



SUMÁRIO

- 12304 - ANÁLISE TEMPORAL DA MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 1996 A 2014.....**
Renan Antonio Ceretta¹, Beatriz Elíbio Fagundes¹, Abigail Lopes^{2,3}, Marcelo Aldrighi Moreira^{2,3}, Elisama Lopes da Silva⁴, Luciane Bisognin Ceretta^{1,3}, Priscyla Waleska Simões^{1,2,3}
- 13637 - AVALIAÇÃO DA CARGA MICROBIANA PRESENTE EM SUPERFÍCIES E COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES EM EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA.....**
Júlia Fernandes Tibes¹, Rafaela Zanette Tasca¹, Cleonice Maria Michelin²
- 14643 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E O USO DE LAXANTES EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FARMÁCIA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO NO SUL DO PAÍS**
Rick Wilhiam de Camargo, Franciele Cardozo Coan, Claudio Sérgio da Costa, Alexandre Piccinini, Adalberto Alves de Castro¹
- 14870 - CONHECIMENTOS DOS HOMENS FRENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA**
Rick Wilhiam de Camargo, Bruna Redivo Cechetto, Jenifer Rodrigues Vieira, Lorena Paratella, Karla Pickler Cunha, Adalberto Alves de Castro, Cláudio Sérgio da Costa¹.....
- 14871 - ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**
Rick Wilhiam de Camargo, Daniela Eller, Cleonice Maria Michelin, Maria Morgana Cascaes Montanha, Adalberto Alves de Castro¹

Trabalho Completo de Pesquisa

12304 - ANÁLISE TEMPORAL DA MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 1996 A 2014

Renan Antonio Ceretta¹, Beatriz Elíbio Fagundes¹, Abigail Lopes^{2,3}, Marcelo Aldrighi Moreira^{2,3}, Elisama Lopes da Silva⁴, Luciane Bisognin Ceretta^{1,3}, Priscyla Waleska Simões^{1,2,3}

¹Curso de Odontologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Brasil.

²Laboratório de Tecnologia da Informação e Comunicação na Saúde, UNESC, Criciúma, Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), UNESC, Criciúma, Brasil.

⁴Curso de Psicologia, UNESC, Criciúma, Brasil.

O câncer na cavidade oral representa 3% a 5% do total de cânceres, sendo a neoplasia mais frequente de cabeça e pescoço. Uma das estratégias mais eficientes para diminuir a taxa de mortalidade do câncer de cavidade oral é controlar os fatores de risco que sabidamente levam ao desenvolvimento dessa doença. Para isso é necessário que haja o diagnóstico precoce, possibilitando tratamentos mais eficazes e aumento da sobrevivência das pessoas diagnosticadas com essa neoplasia. Sabendo disso, o objetivo deste estudo foi de analisar as taxas de mortalidade por câncer bucal no Estado de Santa Catarina com base nos dados obtidos pelo Sistema de Informação sobre a Mortalidade no DATASUS. Nosso estudo observou maior taxa de mortalidade no sexo masculino, obtendo uma média de 84,80 óbitos/100.000 habitantes, quanto ao estado civil apresentou uma porcentagem baixa de 8,54% em indivíduos separados judicialmente. Mediante aos dados obtidos neste estudo no período de 1996-2014, foi possível delinear o perfil predominante em nossa amostra, sendo homens, casados, de raça branca, residentes no Planalto Norte, com idade 80 anos e mais, baixo grau de instrução. Ressalta-se que os presentes dados foram obtidos através de sistemas de informação, podendo existir falhas nos registros.

Palavras-chave: Câncer Bucal, Taxa de Mortalidade, Fatores de Risco

INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por 22% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, o equivalente a 8,2 milhões de mortes em 2012, sendo a segunda maior causa de morte no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (WHO, 2014). No Brasil, em 2010, as mortes por câncer representaram 16% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (INCA, 2014).

Dentre as diferentes maneiras de manifestações das neoplasias malignas, o câncer na cavidade oral representa 3% a 5% do total de cânceres, sendo a neoplasia mais frequente de cabeça e pescoço. Na região sul do país, essa estimativa aumenta



para 16 casos a cada 100 mil homens, e 3 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer bucal pode se desenvolver nas gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua, assoalho e lábios (INCA, 2014).

Observando os valores de prevalência de câncer na cavidade oral no Brasil e no mundo, este pode ser considerado um problema de Saúde Pública. Caracteriza-se como uma doença crônica multifatorial, que ocorre em consequência a interação dos fatores etiológicos que alteram a proliferação e crescimento celular, e isso ocorre em consequência das interações entre as células e o meio ambiente (MARTINS et al., 2008).

Além dos fatores ambientais citados, existe ainda uma consistente relação entre classe social e taxa de mortalidade por câncer da cavidade oral. No estudo realizado no município de São Paulo, ocorrido entre 1980-2002 confirmou essa relação, quando classificou os bairros da cidade de acordo com a renda familiar média e identificou maior mortalidade nas áreas mais carentes (BIAZEVIC et al., 2006).

As características culturais observadas nas populações avaliadas, o grau de acesso ao tratamento, às condições precárias de saúde bucal, tabagismo e etilismo associados, carências nutricionais, além do nível sócio econômico, também determinam a taxa de câncer de boca nas populações de baixa renda, resultando em taxas de taxa maiores nos países em desenvolvimento, quando comparado com países desenvolvidos (CARVALHO et al., 2004; CHAIEB; CASTELLARIN, 1998; LA VECCHIA et al., 1997).

Uma das estratégias mais eficientes para diminuir a taxa de mortalidade do câncer de cavidade oral é controlar os fatores de risco que sabidamente levam ao desenvolvimento dessa doença. Para isso é necessário que haja o diagnóstico precoce, possibilitando tratamentos mais eficazes e aumento da sobrevivência das pessoas diagnosticadas com essa neoplasia. Sabendo disso, é essencial a divulgação dos dados estatísticos, visando informar e estimular o profissional da saúde a atuarem na prevenção e diagnóstico do câncer bucal (ONOFRE et al., 1997).

Uma ferramenta importante no auxílio da divulgação dos dados estatísticos sobre a taxa de óbitos no Brasil é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com o objetivo de captar dados sobre mortalidade no país. Essa captação de dados ocorre a partir da Declaração de Óbito (DO), que é um documento padronizado em todo o território nacional, e visa



subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. A partir das informações fornecidas pelo SIM, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2001).

O SIM registrou entre 1991 e 2002 1,8%-2,5% mortes por câncer bucal. Esses valores oscilaram entre as capitais brasileiras, com maior predominância no sexo masculino (CORREA et al., 2005).

Sabendo da importância do levantamento de dados estatísticos e de sua divulgação para informar a população sobre a importância da prevenção do câncer de cavidade oral, além da necessidade de programas que facilitem a atuação do profissional de saúde na prevenção dessa doença, este trabalho tem como objetivo realizar uma análise temporal das taxas de mortalidade por câncer bucal no Estado de Santa Catarina, tendo como base os dados obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade, considerando alguns dados como sexo, faixa etária, grau de instrução, macrorregião, estado civil e raça.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consistiu em um estudo ecológico, descritivo e temporal, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o protocolo 1.055.135/2015.

Foram analisados os registros de óbitos por câncer de cavidade oral, incluindo as neoplasias de gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua, assoalho e lábios, registrados no período de 1996 a 2014. Utilizamos o capítulo III da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) aos eventos C00- Neoplasia Maligna do Lábio, C01- Neoplasia Maligna da Base da Língua, C02- Neoplasia Maligna de Outras Partes e de Partes não Especificadas, C03- Neoplasia Maligna da Gengiva, C04- Neoplasia Maligna do Assoalho da Boca, C05- Neoplasia Maligna do Palato, C06- Neoplasia Maligna de Outras Partes e de Partes não Especificadas da Boca, C08- Neoplasia Maligna de Outras Glândulas Salivares Maiores e as não Especificadas e C14- Neoplasia Maligna de Outras Localizações e de Localizações Mal Definidas, do Lábio, Cavidade Oral e Faringe, que representam as Neoplasias Malignas na Cavidade Oral.



A população foi composta por todos os óbitos por Neoplasia Maligna da Cavidade Oral registrados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 1996 a 2014, ocorridos no Estado de Santa Catarina. As idades foram estratificadas de acordo com os seguintes grupos adotados pelo DATASUS: 0 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 anos e mais. A variável do grau de instrução foi estratificada de acordo com o tempo de estudo 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, e mais que 12 anos, classificação está atualmente adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde. Em relação à raça/cor dos indivíduos, utilizou-se a seguinte classificação: branca, preta, amarela, parda, indígena. O estado civil foi analisado de acordo com os seguintes parâmetros: solteiro, casado, viúvo, separado. No variável sexo, foi utilizada a classificação: Feminino e Masculino.

Com relação à área pesquisada foram divididas por macrorregião com a seguinte classificação: Grande Oeste, Meio Oeste, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense. Durante a coleta das informações disponibilizadas no SIM algumas variáveis não foram encontradas em alguns períodos, como a ocupação.

Calculou-se a frequência absoluta e relativa para todas as variáveis. Foi calculado o coeficiente da taxa de mortalidade pela divisão do número de óbitos, pela população residente no mesmo local e período, e multiplicou-se por 100.000. Foi calculado o coeficiente de mortalidade proporcional e padronizado por macrorregião, sexo e idade, pois estas variáveis apresentaram dados disponíveis tanto no Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) quanto no IBGE.

A tabulação dos dados e acesso ao SIM foi realizada a partir do programa TabNet disponível para acesso online no DATASUS. Os indicadores foram calculados no software Excel versão 2013 e a análise estatística no aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e Tab Win versão 3.6.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wil. A análise de variância (ANOVA) seguida pelo teste post-hoc de Tukey foi utilizada para comparar as médias entre as categorias da variável escolaridade e macrorregião. O teste t de Student para amostras independentes foi utilizado para comparar as médias calculadas para a variável sexo.

RESULTADOS



Durante o período de 1996 a 2014, ocorreram 2.293 óbitos de Câncer Bucal no Estado de Santa Catarina. Com aumento progressivo das taxas até 2004 e algumas oscilações nos anos posteriores.

O perfil descritivo da população estudada encontra-se disponível na Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1 Perfil descritivo da população estudada/ Proporção.

Variáveis	1996–2000 n=425		2001–2005 n=561		2006–2010 n=657		2011–2014 n=650		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Sexo									
Masculino	366	85,26	479	85,24	560	84,15	552	84,48	1.957
Feminino	62	14,74	82	14,76	105	15,85	102	15,52	351
Raça									
Branca	198	72,24	461	95,48	589	94,76	608	93,97	1.856
Negra	10	3,94	17	3,55	22	3,47	16	2,41	65
Amarela	2	1,03	0	0,00	1	0,16	0	0,00	3
Pardo	8	2,79	4	0,78	10	1,61	23	3,62	45
Indígena	0	0,00	1	0,20	0	0,00	0	0,00	1
Escolaridade									
Nenhum ano de estudo	57	76,98	48	12,39	41	8,99	46	7,69	192
1 a 3 anos de estudo	34	11,53	202	51,87	199	41,07	211	35,51	646
4 a 7 anos de estudo	14	4,44	91	23,01	154	32,24	199	33,33	458
8 a 11 anos de estudo	5	1,59	38	9,71	54	11,93	122	20,48	219
12 anos ou mais de estudo	6	5,46	12	3,02	28	5,77	18	3,00	64
Estado Civil									
Solteiro	45	10,81	67	12,56	110	17,02	89	14,53	311
Casado	294	71,76	340	64,07	363	56,77	367	59,83	1.364
Viúvo	50	12,29	84	16,04	101	15,49	87	14,04	322
Separado Judicialmente	21	5,15	39	7,32	70	10,72	70	11,60	200
Faixa Etária									
0 a 39 anos de idade	17	3,99	22	3,89	11	1,72	12	1,83	62
40 a 49 anos de idade	74	17,21	81	14,50	90	13,90	76	11,58	321
50 a 59 anos de idade	111	26,00	161	28,55	222	33,10	203	30,90	697
60 a 69 anos de idade	114	27,00	146	26,07	157	23,64	185	28,54	602
70 a 79 anos de idade	80	18,32	96	17,06	116	17,14	117	17,84	409
80 anos ou mais de idade	32	7,47	55	9,93	69	10,51	61	9,31	217

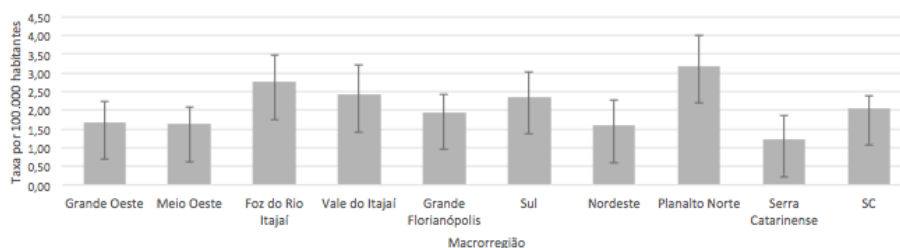
n = Quantidade de ocorrência por macrorregião.

Fonte: Dados da pesquisa.

A macrorregião que apresentou maior coeficiente médio de óbitos por câncer bucal foi o Planalto Norte (3,18 óbitos/100.000 habitantes), seguido da Foz do Rio Itajaí (2,74 óbitos/100.000 habitantes), Vale do Itajaí (2,41 óbitos/100.000 habitantes), e as menores taxas foram encontradas nas macrorregiões da Serra Catarinense (1,71 óbitos/100.000 habitantes) e Nordeste (1,59 óbitos/100.000 habitantes), menores que as

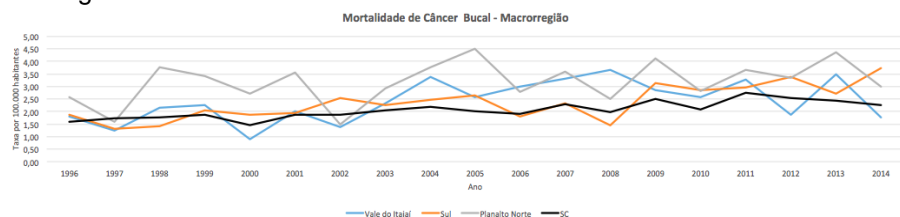
taxas para o Estado de Santa Catarina (2,06 óbitos/100.000 habitantes). Sendo que ao longo de todo o estudo o Planalto Norte teve alta taxa de mortalidade por câncer, conforme apresenta a Tabela 2, Figura 1, e Figura 2.

Figura 1 - Taxas de óbitos por câncer bucal em Santa Catarina registrados no período de 1996 a 2014 divididos por macrorregião



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2 - Taxas de óbitos por câncer bucal em Santa Catarina registrados no período de 1996 a 2014 divididos por macrorregião



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Perfil descritivo da população estudada/ Taxa

Variáveis	1996–2000 n=425		2001–2005 n=561		2006–2010 n=657		2011–2014 n=650		Total N
	n	taxa*	n	taxa*	n	taxa*	n	taxa*	
Macrorregião									
Grande Oeste	48	1,42	46	1,35	65	1,82	67	2,23	226
Meio Oeste	43	1,60	41	1,41	45	1,50	50	2,05	179
Foz do Rio Itajai	50	2,75	67	3,10	61	2,38	65	2,73	243
Vale do Itajai	62	1,67	96	2,33	138	3,07	102	2,60	398
Grande Florianópolis	56	1,58	94	2,14	105	2,15	80	1,88	335
Sul	66	1,70	100	2,36	104	2,32	120	3,20	390
Nordeste	38	1,15	46	1,22	64	1,54	98	2,68	246
Planalto Norte	45	2,81	56	3,25	57	3,16	52	3,59	210
Sul Catarinense	17	1,28	15	1,03	18	1,20	16	1,39	66
Faixa etária									
0 a 39 anos de idade	17	0,09	22	0,11	11	0,05	12	0,07	62
40 a 49 anos de idade	74	2,55	81	2,31	90	2,13	76	2,02	321
50 a 59 anos de idade	111	6,37	161	7,49	222	7,61	203	7,37	697
60 a 69 anos de idade	114	10,08	146	11,10	157	9,30	185	11,63	602
70 a 79 anos de idade	80	14,05	96	13,79	116	12,90	117	14,40	409
80 anos ou mais de idade	32	16,56	55	22,62	69	19,34	61	18,21	217
Sexo									
Masculino	366	2,90	479	3,41	560	3,70	552	4,27	1.957



Feminino	62	0,49	82	0,58	105	0,69	102	0,78	351
----------	----	------	----	------	-----	------	-----	------	-----

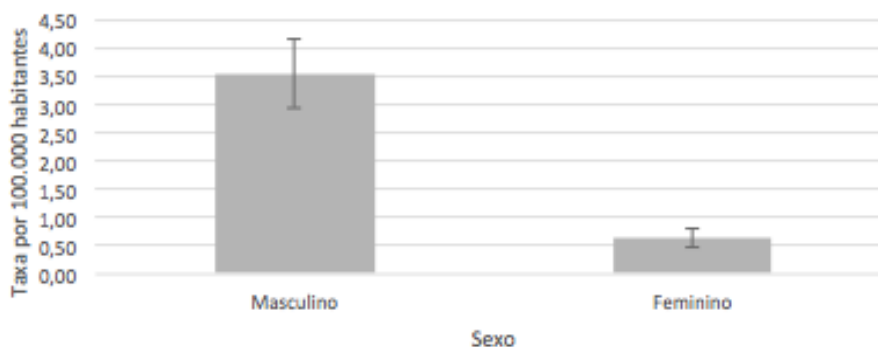
n = Quantidade de ocorrência por macrorregião.

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando os achados acima foi observado que ocorreu uma diferença nas taxas médias em relação às macrorregiões de óbito por câncer bucal no Estado de Santa Catarina, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

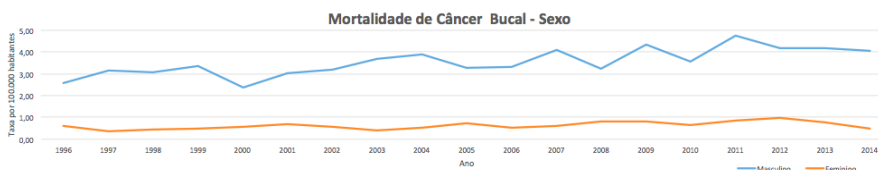
Ao longo do período estudado, houve predomínio de óbitos de Câncer Bucal no sexo masculino, apresentando coeficiente médio de 3,53 óbitos/100.000 habitantes, e o sexo feminino apresentou coeficiente médio de 0,63 óbitos/100.000 habitantes (Figura 3). Verificou-se que no período analisado ocorreu diferença estatisticamente significativa nas taxas médias em relação ao sexo masculino e feminino por óbito de câncer bucal no Estado de Santa Catarina ($p < 0,001$). O sexo feminino em todo o estudo apresentou taxas baixas, sendo que o masculino esteve em crescimento com as taxas até o ano de 2011, tendo baixa em 2012 e se mantendo estável até 2014, conforme mostrado na Tabela 1 e 2 e Figuras 3 e 4.

Figura 3 - Taxas de óbitos por câncer bucal em Santa Catarina registrados no período de 1996 a 2014 divididos por sexo.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4 - Taxas de óbitos por câncer bucal em Santa Catarina registrados no período de 1996 a 2014 divididos por sexo

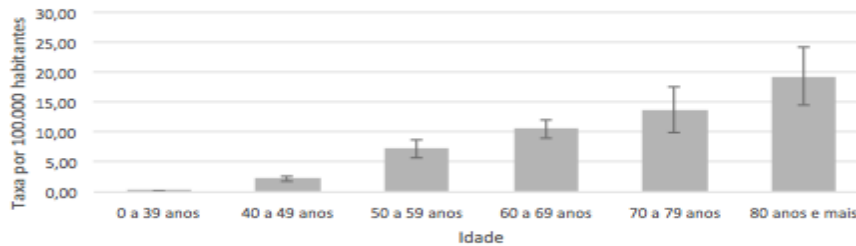


Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar a idade, observou-se que o coeficiente médio de óbito por câncer bucal predominou na faixa etária de 80 anos e mais (19,23 óbitos/100.000 habitantes),

seguida da faixa etária de 70 a 79 anos de idade (13,75 óbitos/100.000 habitantes). Nossos resultados também revelaram diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias analisada ($p < 0,001$) (Figura 5).

Figura 5 - Taxas de óbitos por câncer bucal em Santa Catarina registrados no período de 1996 a 2014 divididos por idade.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observando a variável raça, observou-se predomínio de câncer bucal na raça branca, correspondendo a 88,86% óbitos, seguido da raça negra com 3,39% óbitos.

Na análise do tempo de estudo observou-se predomínio de 1-3 anos de estudo com valores de 34,97% óbitos, seguida de nenhum grau de instrução com 27,50% óbitos.

Quando avaliado o estado civil, foi observado o predomínio de câncer bucal em indivíduos casados, 63,28% óbitos, seguindo de viúvos com 14,49% óbitos.

DISCUSSÃO

Nosso estudo buscou caracterizar as taxas de mortalidade por câncer bucal no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2014. Observamos um total de óbitos de 2.293 casos de câncer bucal, com aumento até 2004 e oscilações nos anos seguintes. No estudo realizado em Santa Catarina, sobre mortalidade de câncer bucal, no período de 1979 a 2000 o número de óbitos por câncer bucal foi de 2.676 (CORREA et al., 2005).

No estudo sobre mortalidade por câncer bucal realizado no Brasil, por região geográfica, faixa etária e sexo, no período de 1996-2001, com um total de 25.972 mortes, foi observada uma taxa de mortalidade de cerca de 2,67 óbitos por 100.000 habitantes. Em nosso estudo o descritivo do Estado de Santa Catarina no mesmo período apresentou uma taxa de 1,70 óbitos por 100.000 habitantes, menor que a encontrada no restante do país (LOFFREDO et al., 2009).



Considerando a raça, observamos em nossa casuística uma proporção maior de óbitos na raça branca com um percentual 88,86%, característica essa também observada em um estudo temporal de abrangência nacional realizado no município de Taubaté, sobre os tratamentos e sobrevida, com 35 prontuários de indivíduos com diagnóstico de Câncer Bucal, que apresentou o percentual de 68,5% de óbitos, dados esses que corroboram também com o estudo realizado na Florida, no período de 1981-2008, que revelou predominância em indivíduos brancos (MACHADO et al., 2003; MCGORRAY; GUO; LOGAN, 2012).

Em relação ao sexo, foi observado um predomínio do sexo masculino em todo o decorrer da pesquisa, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), estando de acordo com um estudo do Instituto Nacional de Câncer (INCA) que cita a predominância do câncer oral no sexo masculino. Nossos achados corroboram também com os do estudo realizado no estado de Santa Catarina, no período de 1980 a 2002, sobre mortalidade por câncer bucal, o mesmo demonstrou a predominância pelo sexo masculino. Tendo considerações no estudo realizado no Brasil, para a análise das taxas e taxa de mortalidade por câncer oral, o câncer bucal representa a quinta taxa de câncer entre os homens, e a sétima entre as mulheres. Em um estudo de natureza qualitativa, realizado em quatro estados do Brasil, sendo eles, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, apresentou que a procura pelas unidades de saúde vem sendo maior pelas mulheres do que pelos homens, relatando que os homens veem as unidades como direcionadas apenas a mulheres e crianças, tendo baixa procura por cuidados com a saúde, aumentando assim as taxas de mortalidades (GOMES et al., 2011; INCA, 2014; WUNSCH-FILHO, 2002).

Em um estudo realizado no município de São Paulo no período de 1980 a 2002, apresentou a faixa etária de predomínio por câncer bucal entre 40 e 59 anos, mostrando assim que nosso estudo apresentou que a faixa etária de predominância por câncer maior em 80 anos e mais, conforme os estudos apresentados. No estudo realizado na Índia no período de 1964 a 2006 a faixa etária com maiores taxas foi dos 65 aos 69 anos. No estudo sobre a análise de óbitos em idosos, envolvendo sete países da América Latina e Caribe, que no Brasil foi desenvolvido no município de São Paulo, com um total de 2.143 idosos, revelou que a idade avançada aumenta o risco de desenvolvimento de tumores malignos, pois com os anos de vida, o envelhecimento celular aparece, causando danos ao DNA das células, o que é comprovado pelos dados estatísticos nacionais e as



taxas de mortalidade nos idosos (BIAZEVIC et al., 2006; COELHO, 2012; MAIA; DUARTE; LEBRÃO, 2006).

A Macrorregião com maior predominância de câncer bucal foi o Planalto Norte, que apresentou taxa de 3,28 óbitos/100.000 habitantes, seguida da Foz do Rio Itajaí com taxa de 2,74 óbitos/100.000 habitantes. No estudo realizado no Estado de Santa Catarina no período de 1979 a 2000 o predomínio foi em Florianópolis e Planalto Norte, o que corrobora com o nosso estudo. Já no estudo realizado do Estado de Santa Catarina no período de 1980 a 2002, apenas a macrorregião de Florianópolis apresentou mais óbitos por câncer bucal (ARMÊNIO; BIAZEVIC, 2006; CORREA et al., 2005).

Relacionado ao grau de escolaridade, os indivíduos apresentaram em nosso estudo maiores taxas associadas a menor escolaridade (1 a 3 anos de estudo), assim, no estudo realizado em Santa Catarina no período de 1979 a 2000, grande parte da população apresentou oito anos de estudo, divergindo de nossos dados (CORREA et al., 2005).

Existem poucos estudos que citam o estado civil dos indivíduos, o estudo realizado em Houston, USA, revisou 92 prontuários de pacientes com câncer, e identificou que a maioria dos indivíduos eram casados, concordando com o nosso estudo, que apresentou uma taxa de 63,28 óbitos/100.000 em indivíduos casados (OLIVER; HELFRICK; GARD, 1996).

CONCLUSÃO

Mediante dados apresentados, pode-se concluir que o perfil predominante na pesquisa foi composto por homens, casados, de raça branca, residentes no Planalto Norte, com mais de 80 anos, e baixa escolaridade. Os dados foram obtidos a partir de sistemas de informações, podendo apresentar falhas de registro. Por se tratar de um estudo ecológico, sugere-se que futuras pesquisas investiguem as causas apresentadas em nosso estudo.

REFERÊNCIAS



ARMÊNIO, M. F.; BIAZEVIC, M. G. H. Tendência da mortalidade por câncer bucal e de faringe em Santa Catarina: Brasil de 1980 a 2002. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 179-190, 2006.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, 2006.

BRASIL. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde: Ministério da Saúde: 48 p. 2001.

CARVALHO, A. L. et al. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. **Head & Neck**, v. 26, n. 1, p. 31-8, Jan 2004.

CHAIEB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 246-54, 1998.

COELHO, K. R. Challenges of the Oral Cancer Burden in India. **Journal of Cancer Epidemiology**, v. 2012, p. 701932, 2012.

CORREA, S. L. et al. Diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer bucal e de orofaríngeo em SC. **UFES Rev odontol**, v. 7, n. 3, p. 36-42, 2005.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 983-992, 2011.

INCA. **Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2014**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva 2014.

LA VECCHIA, C. et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. **Oral Oncology**, v. 33, n. 5, p. 302-12, Sep 1997.

LOFFREDO, L. C. M. et al. Oral cancer mortality trends in Brazilian geographical regions from 1996-2001. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 27, n. 2, p. 133-138, 2009.

MACHADO, A. C. P. et al. Perfil epidemiológico, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região. **Revista Biociências**, v. 9, n. 4, p. 65-71, 2003.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 540-7, 2006.

MARTINS, M. A. T. et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev bras cir cabeça pescoço**, v. 37, n. 4, p. 191-7, 2008.

MCGORRAY, S. P.; GUO, Y.; LOGAN, H. Trends in incidence of oral and pharyngeal carcinoma in Florida: 1981-2008. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 72, n. 1, p. 68-74, Winter 2012.



OLIVER, A. J.; HELFRICK, J. F.; GARD, D. Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases. **Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 54, n. 8, p. 949-54, Aug 1996.

ONOFRE, M. A. et al. Prevalência de câncer bucal: no serviço de medicina bucal da Faculdade de Odontologia de Ararquara/UNESP: 1989-1995. **RGO (Porto Alegre)**, v. 45, n. 2, p. 101-4, 1997.

WHO. Cancer mortality and morbidity. **World Health Organization**, Acces date: 05/09/2014 2014. Disponível em: <
http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/ >.

WUNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. **Oral Oncology**, v. 38, n. 8, p. 737-46, 2002.



Trabalho Completo de Pesquisa

13637 - AVALIAÇÃO DA CARGA MICROBIANA PRESENTE EM SUPERFÍCIES E COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES EM EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Júlia Fernandes Tibes¹, Rafaela Zanette Tasca¹, Cleonice Maria Michelin²

¹Acadêmicos do curso de Biomedicina - UNESC

²Professora UNASAU-UNESC

As Infecções Hospitalares existem desde que surgiram os hospitais, no século XIX, e são frequentemente relacionadas ao modo como é feito o atendimento; o termo “Infecção Hospitalar” está caindo em desuso e vem sendo substituído por um novo termo chamado Infecção Associada à Assistência à Saúde (IRAS), a maioria destas são causadas por bactérias multirresistentes veiculadas pela equipe de atendimento ou ambiente contaminado. O propósito deste estudo foi identificar presença de bactérias multirresistentes na equipe de enfermagem de um hospital do município do extremo sul catarinense, bem como, verificar a carga microbiana existente nas superfícies de diferentes ambientes deste local. Das amostras coletadas dos ambientes hospitalares, aproximadamente 50% apresentaram crescimento microbiano. Destas, quatro revelaram presença de *S. aureus*, sendo que uma mostrou-se resistente a oxacilina. Na equipe de enfermagem foi observada colonização por microrganismos resistentes, principalmente os Enterococos resistentes à vancomicina e *Staphylococcus aureus* metilicina resistentes. A necessidade de verificar a presença de microrganismos circulantes nos ambientes relacionados à assistência à saúde é constante, para que se possa monitorar as medidas de controle de infecção. Estes dados são importantes para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar poder programar medidas de prevenção aos microrganismos encontrados.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. IRAS. Bactérias multirresistentes. Controle de infecção; Superfícies.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é considerado um reservatório de uma grande variedade de microrganismos patogênicos, podendo servir como meio de transmissão de diversas doenças, caracterizadas como Infecções Hospitalares (IH) (MOURA et al., 2007). O termo “Infecção Hospitalar” está caindo em desuso e vem sendo substituído por um novo termo: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), essa nova nomenclatura abrange todos os tipos de procedimentos realizados no âmbito ambulatorial e de internação, que possam, por ventura, causar algum tipo de infecção; esse termo abrange ainda os tipos



de infecções adquiridas por profissionais da saúde durante tais procedimentos (ANVISA, 2013a).

A definição de IRAS surgiu devido ao Ministério da Saúde na Portaria nº 2.616 de 1998 quando fala que em um tipo de infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

A OMS afirma que 5 a 10% dos pacientes internados adquirem uma ou mais IRAS e 1,4 milhões de pessoas sofrem de complicações decorrentes de tais infecções (WHO, 2005). Apresentam letalidade significativa (ANVISA, 2004) e constituem uma das maiores causas de morte (WHO, 2002 apud PONCE-DE-LEON, 1991).

Estima-se que no ano de 1995, 88 mil mortes foram relacionadas a IRAS, nos Estados Unidos (WEINSTEIN, 1998); no ano de 2011, este número sofreu uma pequena queda, para 75 mil mortes (MAGILL et al., 2014). Allegranzi e colaboradores (2011), em um recente estudo de revisão sistemática, que abrangeu trabalhos entre os anos de 1995 e 2008, divulgaram achados que demonstram que IRAS ocorrem em todo o mundo, com prevalência que varia de 5,7 a 19,1%, e incidência de 1,7 a 23,6%. O mesmo estudo mostra que a densidade de IRAS em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) neonatais no Brasil são nove vezes mais altas que nos Estados Unidos (6,9 infecções a cada 1000 pacientes/dia versus 15,2–62 infecções a cada 1000 pacientes/dia).

São diversas as consequências das IRAS, como tempo maior de internação, que acarreta, muitas vezes, em redução da qualidade de vida, bem como aumento de custos para o hospital e para a família (ANVISA, 2004; ENGELKIRK; DUBEN-ENGELKIRK, 2011; PITTET et al., 2008; WHO, 2002). Estima-se que os custos com IRAS na Inglaterra sejam de £1 bilhão por ano, e nos Estados Unidos, entre US\$ 4.5 bilhões e US\$ 5.7 bilhões ao ano (WHO, 2005).

Segundo Turrini (1996, *apud* Turrini; Santo, 2002, p. 486) no Brasil os dados referentes às IRAS são pouco divulgados por diversos fatores, entre eles a falta de informação, por parte dos hospitais, ao Ministério da Saúde, e Vigilância Sanitária que acabam facilitando o surgimento dessas IRAS e dificultando o conhecimento da dimensão do problema em todo país.

São apontados três principais fatores que determinam a existência das IRAS: o uso excessivo de antimicrobianos, que aumentam as chances de resistência bacteriana; o comprometimento do sistema imune dos pacientes; e a falha dos profissionais no controle



da infecção hospitalar (ENGELKIRK; DUBEN-ENGELKIRK, 2011; PITTET, et al., 2008).

Conforme Nascimento (2013) dentre as principais bactérias que estão envolvidas com processos infecciosos em hospitais encontram-se bacilos Gram-negativos fermentadores de glicose, que estão presentes em infecções respiratórias e urinárias, com os principais agentes etiológicos *Escherichia coli* e *Klebsiella sp.* que têm seu reservatório principalmente em profissionais da saúde colonizados ou infectados e, artigos e materiais contaminados; porém estas podem se instalar em locais úmidos, pias, panos de limpeza e também podem resistir a variações de temperatura; cocos Gram-positivos do gênero *Enterococcus*, são responsáveis por grande parte das infecções de trato gastrointestinal e geniturinário, segundo Neumam (1998) e Noskin (1995) estes podem sobreviver até sete dias em superfícies e são naturalmente resistentes a vários antimicrobianos e, em diversas situações os pacientes com infecção necessitam de dois antibióticos para o tratamento (NASCIMENTO, 2013).

As fontes microbianas relacionadas às IRAS podem ser endógenas, provenientes da própria microbiota do paciente, como pele, mucosas e trato gastrointestinal; mas, também, de fontes exógenas, por falhas técnicas de assepsia de equipamentos, ferramentas ou materiais utilizados no procedimento ou então pela higiene inadequada das mãos da equipe hospitalar (ANVISA, 2013).

Ainda que se apresente como um importante veículo de transmissão de patógenos de grande importância no âmbito de IRAS, a lavagem de mãos não é o único método de controle de IRAS que deve ser seguido: os ambientes, camas, artigos de múltiplo uso e ainda as superfícies em que estes são manuseados também atuam como meio de disseminação de microrganismos, por isso, sua limpeza, desinfecção e esterilização devem ser adotadas como boas práticas para a diminuição de populações microbianas (BRASIL, 1994).

Diversos autores observaram a presença de microrganismos em ambientes, superfícies e artigos utilizados na rotina hospitalar, alguns deles, mesmo após o processo de limpeza e desinfecção (ANDRADE, ANGERAMI E PADOVANI, 2000; CARVALHO, 2005; FERREIRA, 2009; FERREIRA, 2014). A exposição dos pacientes a superfícies contaminadas é associada à aquisição de contaminação por diversos patógenos (BRASIL, 1994; MARTÍNEZ et al., 2003). Martínez e colaboradores (2003) associam a exposição a superfícies contaminadas à aquisição de infecção. Ray (2002) demonstra que o contato da equipe hospitalar com estas superfícies pode se comportar como



importantes vetores para a transmissão.

Nesse contexto o objetivo do presente estudo foi avaliar a carga microbiana presente nas superfícies de diferentes ambientes, bem como identificar a colonização de trato respiratório superior e digestivo por bactérias multirresistentes em profissionais da equipe de enfermagem em um hospital do extremo sul catarinense, através de culturas de vigilância.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal observacional com abordagem quantitativa, onde foram realizadas coletas de amostras de nasofaringe e fezes, da equipe de enfermagem, e também de superfícies de seis setores de uma fundação hospitalar de direito privado, sem fins lucrativos, na região sul de Santa Catarina.

Após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense e do Hospital em que foram realizadas as coletas, as amostras foram obtidas com consentimento dos participantes, sendo os mesmos informados sobre os objetivos e intenções da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que elucidou todos os propósitos da pesquisa. Participaram do estudo, 17 funcionários da equipe de enfermagem, entre técnicos e enfermeiros.

A carga microbiana do ambiente foi avaliada através de coleta de amostras de superfícies dos seis setores que compõem a instituição, conforme descrito: Sala de observação: cabeceira, colchão, interruptor, maçaneta; Sala de procedimento: cabeceira, colchão, torneira, interruptor, maçaneta; Sala de emergência: cabeceira, colchão, torneira, interruptor, maçaneta; Quarto de tratamento - maternidade: cabeceira, colchão, interruptor, campainha, maçaneta; Quartos para puérperas (2): cabeceira, colchão, interruptor, campainha, maçaneta; Quarto para puérpera (1): cabeceira, colchão, torneira, interruptor, campainha, maçaneta; Berçário: maçaneta, interruptor, 1 berço aquecido, 2 berços móveis (não aquecidos); Sala de cirurgia: bancada, lateral da cama, interruptor; Sala de parto: bancada, lateral da cama, interruptor; Quartos de internação (9): cabeceira, colchão, torneira, campainha, interruptor, maçaneta; Quarto de internação (1): cabeceira, colchão, torneira, interruptor, maçaneta; As coletas foram realizadas nos ambientes que estavam desocupados e já haviam passado por processo de desinfecção, uma vez que o



intuito foi avaliar a condição microbiológica dos ambientes a que os pacientes estariam expostos no momento que dessem entrada no hospital.

As coletas dos ambientes foram realizadas com swabs embebidos em solução salina estéril e acondicionados em meio de transporte (Stuart). Posteriormente, os swabs foram semeados em placas de ágar Mueller-Hinton e triplacas contendo os meios de Agar Sal Manitol, ágar *Enterococcosel* e ágar MacConkey e submetidas a incubação por 48 horas a $35 \pm 2^\circ\text{C}$ em estufa bacteriológica. As placas de ágar Mueller-Hinton foram avaliadas após as 48 horas de incubação quanto à quantidade de UFC em cada placa. Os valores foram calculados conforme Oplustil (2010).

A presença de *S. aureus* foi identificada através do crescimento de colônias amarelas no meio Sal Manitol, seletivo para este tipo de microrganismo. Ainda assim, foi realizado o teste confirmatório de catalase e coagulase (OPLUTSTIL, 2010). Para identificação da presença de cepas de *S. aureus* metilicina resistentes (MRSA), as colônias de *S. aureus* foram suspensas em solução salina estéril na concentração de 0,5 da escala de McFarland, semeadas em ágar Mueller-Hinton através do método de esgotamento homogêneo e foram então adicionados discos de oxaciclina e cefoxitina. Após incubação por 24h a $35 \pm 2^\circ\text{C}$, foram medidos os halos de inibição. (OPLUSTIL et al., 2010). Os resultados foram interpretados conforme o *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI) (2013).

A análise dos dados foi realizada pela análise de frequências para acompanhar quanto cada dado participou do total das amostras, como também das amostras de setores e pontos de coletas que foram identificadas como culturas positivas. Na análise de UFC, foi utilizada mediana (Md) e também os dados de mínimo e máximo, já que pela distribuição heterogênea das amostras, os resultados de média e desvio padrão não se mostraram confiáveis. Para o cálculo estatístico na comparação entre UFC e Pontos de Coleta e a comparação de UFC e Setores Hospitalares foi utilizado o Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

A coleta de amostra de nasofaringe da equipe de enfermagem foi realizada com swabs embebidos em solução salina estéril, acondicionados no meio de transporte (Stuart) e levados até o laboratório, onde foram realizadas as análises; as amostras de fezes, por sua vez, foram coletadas pelos próprios participantes da pesquisa e acondicionadas em pote estéril. As amostras obtidas através de swab de nasofaringe foram inoculadas em biplacas de cultura contendo ágar Sal Manitol e ágar

Enterococcosel, para detecção de *Staphylococcus* e *Enterococcus*, respectivamente, enquanto as amostras de fezes foram semeadas também em biplacas de ágar Cled e ágar Mac Conkey, para isolamento de Enterobactérias.

Após incubação por 24h a $35 \pm 2^\circ\text{C}$ foi realizada a identificação das colônias e procederam-se os testes para detecção de *Escherichia coli* produtora de Beta-Lactamases de Espectro Estendido (ESBL), Enterococos resistentes a Vancomicina (VRE) e MRSA (CLSI, 2013).

As cepas de *Escherichia coli* e *Klebsiella sp* isoladas foram avaliadas quanto ao seu potencial em produzir ESBL através de triagem por disco aproximação utilizando discos de ceftazidima 10 μg , cefotaxima 30 μg , ceftriaxona 30 μg e amoxicilina com ácido clavulânico 30 μg . O aztreonam não foi testado pela indisponibilidade dos discos. (OPLUSTIL et al., 2010). Os resultados da produção de ESBL foram considerados positivos quando da presença de halo fantasma entre o disco de amoxicilina + ácido clavulânico e outro antimicrobiano testado (CLSI, 2013).

Após crescimento no meio de Enterococcosel as cepas bacterianas foram submetidas ao teste de atividade da enzima *pyrrolidonil arilamidase* (PYR) (OPLUSTIL et al., 2010). A positividade deste teste confirma a identificação de *Enterococcus spp.*, para verificar resistência à vancomicina, foi preparada uma suspensão das colônias já identificadas em escala padrão e com o auxílio de um swab, inoculadas em ágar Enterococcosel com adição de 6 $\mu\text{g}/\text{ml}$ de vancomicina (OPLUSTIL et al., 2010). Após período de incubação, qualquer crescimento bacteriano na placa, foi considerado *Enterococcus spp.* resistente à vancomicina (CLSI, 2013).

Para investigação de cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a vancomicina foram realizados os mesmos procedimentos descritos para as amostras de swabs de ambiente.

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0 A associação entre as diferentes variáveis e a presença de bactérias multirresistentes foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado considerando nível de significância $\alpha=0,05$ e intervalo de confiança de 95%, os dados foram dispostos em gráficos com frequência absoluta.

Resultados e Discussão:



Para as amostras de ambiente observou-se crescimento microbiano em 51, representando uma porcentagem de aproximadamente 50% (Tabela 1)

Tabela 1 – Porcentagem de amostras com crescimento microbiano em relação ao total de amostras colhidas em cada ponto de coleta

Variável	Amostras colhidas em cada ponto de coleta (n=105)	Amostras Positivas n (%) (n=51)
Maca/cabeceira	19	7 (36,84)
Colchão	17	8 (47,06)
Torneira	13	8 (61,54)
Interruptor	20	11 (55,0)
Campainha	13	8 (61,54)
Maçaneta	17	7 (41,18)
Berço	3	2 (66,67)
Bancada	2	0 (0,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Diversos estudos demonstram a importância da contaminação de superfícies inanimadas como reservatórios de microrganismos, e nossos dados estão de acordo com os trabalhos, mas, felizmente, mostram uma contaminação menor e menos preocupante (ANDRADE; ANGERAMI; PADOVANI, 2000; CARVALHO, 2005; FERREIRA; 2009; FERREIRA, 2014). Por exemplo, Zúñiga, Mañalich e Cortés (2016), em uma revisão bibliográfica, observaram uma frequência média de 85% de contaminação de estetoscópios, um artigo de uso comum amplamente utilizado no ambiente hospitalar, incluindo MRSA e VRE.

O setor com a maior porcentagem foi o Berçário, onde 80% das amostras colhidas apresentaram crescimento microbiano. A importância deste dado se dá pelo fato de neonatais estarem entre os grupos de risco, extremamente suscetíveis à aquisição de IRAS (ALLEGIANZI et al., 2011; TURRINI, 2002), devido ao seu sistema imunológico enfraquecido e imaturidade da pele como barreira mecânica contra patógenos (MUSSI-PINHATA; REGO, 2005).

Com 66,67% de positividade, o berço foi o ponto de coleta que apresentou o maior percentual de amostras positivas, e este dado pode ser justificado pelo baixo número de amostras coletadas. Porém, ainda assim, é necessário que este seja um local com uma reduzida carga microbiana, devido à imaturidade de seus mecanismos de defesa (ALLEGIANZI et al, 2011; MUSSI-PINHATA; TURRINI, 2002).



Dentro das 51 amostras positivas, quatro delas (7,84%) revelaram crescimento característico para *S. aureus*, Os locais que apresentaram crescimento positivo para *S. aureus* encontram-se em quartos de internação, na cabeceira da cama, colchão e torneira do banheiro, locais onde o contato com as mãos é frequente. Bardaquim e colaboradores (2014) apud Ratti e Sousa (2009) relatam que a presença deste microrganismo pode ter relação com sua associação ao nariz e mãos humanos, desta forma, funcionando como um meio de transmissão e aquisição.

Das quatro amostras, apenas uma delas, da cabeceira da cama do setor de internação B, apresentou resistência à oxacilina. Além de ser um local com grande contato com as mucosas do paciente, o tempo de exposição também é mais prolongado.

O protocolo utilizado, que segue as normativas determinadas pela ANVISA, descreve a utilização de álcool 70% e água e sabão para assepsia dos ambientes, mobiliários e artigos. Indica também a utilização de compostos de amônio quaternário, principalmente em áreas críticas, já que estes destroem a maioria das formas microbianas às quais o paciente pode estar exposto.

Quanto aos funcionários do hospital, a amostra pesquisada foi composta por 17 profissionais, dois homens e quinze mulheres, sendo quatro Enfermeiras e um Enfermeiro (23,53%) que circulam pelo hospital, 13 técnicos de enfermagem (76,47%), divididos em dois setores de internação (duas no setor I e quatro no setor II) duas na Maternidade, dois no Pronto Socorro, três no Centro Cirúrgico, o tempo de serviço destes varia de um ano a mais de 25 anos de profissão.

Do total de amostras coletadas de *swab* nasal ($n = 15$), em três amostras (20%) houve crescimento de *Staphylococcus aureus*, destas, duas amostras (13,3%) mostraram resistência à CFO (Cefoxitina) e OXA (Oxacilina).

Resultados positivos para MRSA em culturas de nasofaringe podem ser consideradas comuns para profissionais que lidam com diversos pacientes com as mais variadas patologias, porém esses resultados devem ser levados em conta, pois esse tipo de microrganismo pode acabar provocando algum tipo de infecção no paciente que está sendo assistido por essa equipe.

Em relação às amostras de fezes ($n = 8$), houve crescimento de *Enterococcus spp.* em 100%, sendo que em cinco amostras (62,5%) isolou-se *Enterococcus* resistente a vancomicina. Todas as amostras de fezes mostraram também crescimento de *E. coli* e não foi observado crescimento de *Klebsiella spp.* em nenhuma das amostras. As cepas



de *E. coli* isoladas foram testadas para verificar a produção de ESBL, sendo que nenhuma apresentou positividade, no entanto em três casos (37,5%) houve resistência a amoxicilina, inviabilizando a observação da produção de ESBL por disco aproximação.

Conforme a metodologia utilizada no estudo, pode-se observar que há associação significativa entre profissão e a colonização nasal por bactérias multirresistentes ($p=0,002$), visto que a profissão em que houve maior índice de colonização foram os enfermeiros, possivelmente devido ao trânsito destes pelos diversos setores do hospital favorecendo o contato com pacientes e ambientes contaminados com o microrganismo em questão que é colonizador normal de trato respiratório superior; esta correlação entre profissão exercida e a colonização por bactérias multirresistentes não mostrou significância quando o sítio de colonização avaliado foi o trato gastrointestinal.

As correlações entre as demais variáveis (tempo de exercício da profissão, setor e faixa etária) não mostraram significância estatística no teste aplicado, estes valores podem sofrer grande influência devido ao pequeno número de amostras, e a variações fenotípicas dos indivíduos pesquisados que não apresentam ou manifestam sintomas de infecção.

Os *Enterococcus* resistentes à vancomicina podem contaminar e sobreviver por longos períodos de tempo em objetos inanimados, como camas, termômetros, jalecos, e mesmo após a limpeza o ambiente continua a ser uma fonte potencial de propagação de VRE dentro de hospitais e outras instituições (ARIAS e MURRAY, 2015).

Conforme Alvarez, Labarca e Salles (2010) a contaminação das mãos dos profissionais de saúde representa um dos principais mecanismos de transmissão de diversas bactérias para os pacientes, em vários estudos, o MRSA e outros microrganismos multirresistentes, como os enterococos resistentes à vancomicina têm sido isolados tanto nas mãos e nas luvas, em aventais e outros instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de pacientes colonizados ou infectados por microrganismos multirresistentes.

Conclusões

Diante dos resultados encontrados, é possível verificar a necessidade de um maior controle na utilização e prescrição dos antimicrobianos e também uma maior efetividade de medidas e propostas de controle de IRAS, uma vez que foi observada



circulação de cepas bacterianas multirresistentes.

Os ambientes e superfícies hospitalares desempenham uma importante função na disseminação de microrganismos e, apesar de aparentarem estar limpos, podem conter uma carga microbiana alta e perigosa.

Existe uma necessidade frequente de informações acerca dos microrganismos circulantes em todos os ambientes relacionados à assistência à saúde, para sejam implementadas medidas de controle.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Carlos; LABARCA, Jaime; SALLES, Mauro. Estratégias de prevenção de Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) na América Latina. **Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, Bahia, v. 14, n. 2, p.107-118, dez. 2010.

ANDRADE, Denise de; ANGERAMI, Emília LS; PADOVANI, Carlos Roberto. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 163-169, abr. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 475-478, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/cee7130041ab2617a746bfde61db78cc/PNCIRAS++nov+2013.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS - 2013 - 2015**. Brasília. Set, 2013a. p. 20.

ARIAS, Cesar Uma; MURRAY, Barbara. Mecanismos de resistência a antibióticos em enterococos. In: **UpToDate**, 2015

BARDAQUIM, Vanessa Augusto et al. Microbiological characterization of the surface contamination in surgical room areas in a Hospital in São Paulo (Brazil). **Infect.**, Bogotá, v. 18, n. 4, p. 130-134, Dez. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em 19 Mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2. ed. Brasília,



1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Expede na forma de anexos diretriz e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares: Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília (DF), jul 1998. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html> Acesso em: 30 set. 2015.

ALLEGIANZI, Benedetta et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9761, p.228-241, jan. 2011. Elsevier BV. DOI: 10.1016/s0140-6736(10)61458-4. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0140673610614584?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 17 set. 2015.

CARVALHO, Karinne Spirandelli. **Contaminação de superfícies em enfermarias de pacientes com infecções com *Staphylococcus aureus* no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. 2005. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Imunologia e Parasitologia Aplicadas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/2922/1/ContaminacaoSuperficiesEnfermarias.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2016.

CLSI. **Performance Standards for Antimicrobial Disk Susceptibility Tests; Approved Standard**. 8. ed. Pennsylvania: Clsi, 2003. 23 v.

ENGELKIRK, Paul G., DUBEN-ENGELKIRK, Janet. **Burton's microbiology for the health sciences**. 9. ed. Cidade: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. Disponível em: <http://medyu.net/elixir/download/second_year/microbiology_/burton's%20microbiology%20for%20the%20health%20sciences.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

FERREIRA, Ayan Machado. **Identificação de *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* em superfícies de detecção de agentes contaminantes do ar em uma unidade de saúde, Belém - Pará**. 2009. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/tcc/tcc20.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

FERREIRA, Natália Cristina. **Condições bacteriológicas da superfície das poltronas hematológicas para hemodiálise**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Botucatu, 2014 Disponível em <<http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113878/000797018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 11 set. 2015

MAGILL, Shelley S. et al. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care–Associated Infections. **The New England Journal Of Medicine**. Massachusetts, p. 1198-1208. 27 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1306801>>. Acesso em: 11 set. 2015.



MARTÍNEZ, José A. et al. Role of Environmental Contamination as a Risk Factor for Acquisition of Vancomycin-Resistant Enterococci in Patients Treated in a Medical Intensive Care Unit. **Arch. Intern. Med.**, [s.l.], v. 163, n. 16, p.1905-1912, 08 set. 2003. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=215962>>. Acesso em: 21 maio 2016.

MOURA, Maria Eliete Batista et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 416-421, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.

MUSSI-PINHATA, Marisa M.; REGO, Maria A. C.. Particularidades imunológicas do pré-termo extremo: um desafio para a prevenção da sepse hospitalar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S59-S68, Mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jun. 2016.

NASCIMENTO, J. S.; FRÓIO, I. M. **Análise de prevalência de microrganismos multirresistentes no hospital do servidor público estadual de São Paulo (HSPE) no ano de 2012**. Monografia (Especialização) - Curso de MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção, Faculdade FAMESP, São Paulo, 2013, p.27.

NEUMAN K, COX D; BULLOUGH K. et al. Transmission of vancomycin-resistant enterococcus among family members: a case study; **J Community Health Nurs.** 1998;15(1):9-20.

NOSKIN, G. A, Recovery of vancomycin-resistant enterococci on fingertips and environmental surfaces. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 1995 Oct;16(10):577-81.

OPLUSTIL, C. P. et al. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**. São Paulo: Sarvier, 2010.

PITTET, D. et al. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. **Journal Of Hospital Infection**, [s.l.], v. 68, n. 4, p.285-292, abr. 2008. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.jhin.2007.12.013. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S019567010800011X?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 30 set. 2015.

RAY, Amy J. et al. Nosocomial Transmission of Vancomycin-Resistant Enterococci From Surfaces. **The Journal Of The American Medical Association**, [s.l.], v. 287, n. 11, p.1400-1401, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1031806>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

TURRINI, Ruth N.T.; SANTO, Augusto H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, n. 6, p. 485-490, Dez. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2015.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Infecção hospitalar e mortalidade. **Rev. esc. enferm.**



USP, São Paulo , v. 36, n. 2, p. 177-183, Junho 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2015.

TUTUNCU, Emin E. et al. Device-associated infection rates and bacterial resistance in the intensive care units of a Turkish referral hospital. **Saudi Medical Journal**, Ankara, Turquia, v. 32, n. 5, p.489-494, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.smj.org.sa/index.php/smj/article/viewFile/7186/4960>>. Acesso em: 22 set. 2015.

WEINSTEIN, Robert A. Nosocomial Infection Update. **Emerging Infectious Diseases**, Chicago, v. 4, n. 3, p.416-420, jul. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640303/pdf/9716961.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

World Health Organization. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>>.

World Health Organization. The Global Patient Safety Challenge 2005-2006 "Clean Care is Safer Care". Geneva: World Health Organization; 2005. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf> Acesso em: 30 set. 2015.

Trabalho Completo de Pesquisa

14643 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E O USO DE LAXANTES EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FARMÁCIA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO NO SUL DO PAÍS

Rick Wilhiam de Camargo, Franciele Cardozo Coan, Claudio Sérgio da Costa, Alexandre Piccinini, Adalberto Alves de Castro¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde – NEAS – Curso de Farmácia, Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil

A constipação intestinal é uma das queixas digestivas mais comuns na população em geral, um grupo que está suscetível é o de universitários: devido ao estilo de vida moderno optam por refeições rápidas, pobres em fibras, propiciando constipação. O presente estudo teve como objetivo avaliar o hábito intestinal de universitários e investigar a presença de constipação intestinal neste grupo. Para isso, foi elaborado e aplicado um questionário em estudantes universitários do curso de Farmácia do Centro Universidade Barriga Verde - UNIBAVE. O número total de entrevistados foi de 119 alunos, sendo 87,3% de mulheres e 12,3% de homens. Vários fatores de risco podem contribuir para o surgimento deste problema, foram associadas à falta de exercícios físicos e a ingestão de água. Embora também diagnosticada a necessidade de mudanças comportamentais, sendo indispensável à adoção de uma dieta equilibrada e hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Constipação, Laxativo, Estilo de vida.

INTRODUÇÃO

A modificação dos hábitos alimentares advindos da industrialização, vida agitada, realização de refeições fora de casa ou, quando em casa, optando-se por alimentos semi prontos de rápido preparo juntamente com fatores psicossociais, estilo de vida, sedentarismo e situações próprias do meio acadêmico podem resultar em omissão de refeições, consumo de lanches rápidos e ingestão de refeições nutricionalmente desequilibradas, tornaram a ingestão de fibras cada vez menor, contribuindo para a instalação do quadro de constipação intestinal em grande número de indivíduos predispostos (FERNANDES e BLAS, 2010; JAIME et al., 2009).

Nos últimos anos, devido à sua elevada prevalência (de 5 a 25% na população ocidental), a CI, vem sendo considerada como um problema de saúde pública, tratando-se de uma doença de etiologia multifatorial que atinge indivíduos de ambos os sexos e qualquer idade, podendo ser classificada quanto à sua origem (FERNANDES e BLAS, 2010).



Especialistas se veem obrigados a aprofundar seus conhecimentos e alargar os horizontes de suas práticas, pois as distorções mais frequentes estão relacionadas não só à interpretação clínica dos sintomas levando ao diagnóstico, como também à terapêutica igualmente ambígua ou exclusivamente ao erro terapêutico, quando o método de tratamento escolhido não é o que melhor se aplica à doença corretamente diagnosticada (JÚNIOR, 2003).

Os laxativos são medicamentos que promovem a evacuação, aliviando a prisão de ventre, auxiliando na formação das fezes moldadas e amolecidas (GREGÓRIO, 2009), sendo, a maioria apresentado em combinações de dois ou mais princípios ativos (ABCP, 2009).

Fundamentação teórica

A CI é a principal queixa digestiva na população em geral (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010), podendo caracterizar-se não somente por redução da frequência de evacuações, mas também pela presença de esforço maior à evacuação, eliminação de fezes pequenas e endurecidas e sensação de evacuação incompleta (GREGÓRIO, 2009).

A constipação está atingindo o grupo dos adolescentes principalmente os universitários, por possuírem um estilo de vida moderno além da ocorrência de fatores característicos do meio acadêmico (stress, horários desregulados para realizar as refeições) contribuem para a omissão de refeições ou substituição das mesmas por lanches rápidos e práticos, pobres em fibras (JAIME et al., 2009).

A CI em adultos é caracterizada, segundo os critérios internacionais de Roma III, por no mínimo 12 semanas a presença de dois ou mais dos seguintes parâmetros: esforço para evacuar, fezes endurecidas ou em cíbalos, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou bloqueio anorretal e manobras manuais para facilitar a evacuação (FERNANDES e BLAS, 2010).

Deve-se considerar sintomas como flatulência, dor para evacuar, sangramento, dor lombar, ruídos abdominais confusos, náuseas e vômitos, devendo direcionar a anamnese com questões específicas: hábito intestinal, cor e se á presença de sangue, frequência, quantidade e consistência das fezes, última evacuação. Deve-se também verificar a presença de desconforto, como, a dor, flatulência, cólicas, náusea, vômitos ou

sensação de vontade de evacuar persistente. Averiguando se o paciente utiliza laxantes. Analisar o tipo de alimentação e líquidos que costuma ingerir e quais as medicações usadas atualmente e se foram mudadas recentemente (BIGELLI; FERNANDES; GALVÃO, 2004).

No tratamento da CI pode ser feito de maneira não farmacológica ou de forma farmacológica (JÚNIOR, 2003).

No tratamento não farmacológico preconiza-se a correção alimentar com alimentos ricos em fibras e uma primeira refeição matinal de maior volume, tendo-se o reflexo gastrocólico, além de uma maior ingestão de líquidos, cerca de 1,5 litro ao dia (CUNHA; MORAES; OLIVEIRA, 2008).

No tratamento farmacológico utilizam-se os laxativos (Quadro 1), que facilitam o fluxo do intestino por reservarem os fluídos no lúmen intestinal estimulando o peristaltismo (LINDBERG, 2010).

Quadro 1: Laxantes e sua divisão, mecanismo de ação e agentes representantes.

Classe	Sub classe	Mecanismo de ação	Principais representantes
Fármacos ativos no lúmen intestinal	Agentes formadores do bolo fecal	Absorvem água, formam um gel volumoso que distende o cólon e promove o peristaltismo	Metilcelulose, Carboximetilcelulose, Gomas, Farelo e fibras
	Agentes Osmóticos	Laxantes salinos, com ação catártica desses fármacos resulta na retenção de água, que em seguida estimula a peristalse	Sulfato de magnésio, Hidróxido de magnésio, Citrato de magnésio e Fosfato de sódio
	Agentes umectantes e emolientes fecais	Surfactantes: Reduzem a tensão superficial das fezes com o objetivo de facilitar a mistura das substâncias aquosas e gordurosas, amolecendo as fezes permitindo uma evacuação mais fácil Emolientes: Penetram e amolecem as fezes, podendo interferir na reabsorção da água	Surfactantes: Sais de docusato sódico e cálcico. Emoliente: Óleo mineral



Estimulantes ou irritantes inespecíficos	Laxantes estimulantes	Exercem efeitos diretos nos enterócitos, na musculatura lisa do trato gastro intestinal, esses fármacos induzem a uma provável inflamação branda e limitada dos intestinos delgado e grosso, que promove o acúmulo de água e eletrólitos e estimula a motilidade intestinal	Bisacodil, Óleo de rícino e Antraquinonas (sene e cáscara sagrada)
Agentes procinéticos	-	Aumentam o trânsito gastro intestinal por meio da interação com receptores específicos envolvidos na regulação da motilidade	Enemas e Supositórios

Fonte: Adaptado de GREGÓRIO, 2009; GOODMAN e GILMAN 2010.

Procedimentos Metodológicos

Realizou-se um estudo observacional do tipo transversal, quantitativo no Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, localizado na cidade de Orleans, Santa Catarina, Brasil. Com a aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas relacionadas ao tema.

Participaram da pesquisa 119 acadêmicos do curso de farmácia, que estavam presentes em sala de aula durante a aplicação do questionário. O questionário foi aplicado em dias diferentes conforme as fases acadêmicas dos participantes, com o objetivo de avaliar a presença de constipação intestinal e uso de laxantes entre os acadêmicos da área da saúde.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE, com o número do parecer: 1.166.112/2015.

Resultados e Discussão

Do total de participantes (n=119), observou-se que 87,3% (n=103) eram do sexo feminino, e 12,7% (n=15) sexo masculino, com idade média entre 18 a 25 anos (83,1% - n=98), 25-40 anos (15,3% - n=18), 40-55 anos (0,8% - n=1) e 55-65 (0,8% - n=1). Considerando os fatores associados com a constipação intestinal, evidenciou-se que a variável idade, não demonstrou associação significativa com esta disfunção.



As manifestações da CI têm início na adolescência, podendo se estender até os 21 anos, já que é nesse período que se iniciam as modificações hormonais e comportamentais (ZIANI; CASTRO; LARA, 2015). No entanto estudos demonstram que a constipação é mais comum nos extremos de idade e vai depender do sexo: nos homens a constipação é mais frequente, com idade de 60 anos ou mais; nas mulheres, com idade entre 20 e 29 anos (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

Cerca de 67,3% (n=80) dos acadêmicos reside com seus pais, 15,1% (n=18) sozinho, 12,6% (n=15) com parentes e 5% (n=6) com amigos, sendo que destes acadêmicos 82,9% (n=97) fazem suas refeições em casa, 13,7% (n=16) em restaurantes ou lanchonetes e 3,4% (n=4) em *fast foods*. Percebe-se que não tem associação significativa entre o hábito alimentar quanto ao local de refeição e o desenvolvimento de CI. Nos dias atuais as competências e atribuições realizadas pelas pessoas nos seus campos de trabalho, universitário e ambiente familiar são na maioria das vezes mudanças de hábitos alimentares como: aumento no consumo de produtos refinados, industrializados com baixo teor de fibras alimentares, contidas em alimentos como cereais integrais, frutas, verduras e hortaliças (BRAZ e LESSA, 2011).

A tabela 1, oferece os dados sobre a frequência de evacuações, esforço ao evacuar e sensação de evacuação incompleta.

Tabela 1: Evacuação frente à frequência, esforço e alteração sensitiva.

Frequência de evacuações		Apresentam esforço para evacuar		Sensação de evacuação incompleta	
0 à 3 vezes por semana	49 (41.2%)	Sim	49 (43%)	Sim	50 (42.4%)
4 à 6 vezes por semana	30 (25.2%)	Não	65 (57%)	Não	68 (57.6%)
Todos os dias	40 (33.6%)				

Fonte: Os autores (2015).

Nota-se que alguns acadêmicos realizavam as evacuações com menos frequência por semana, a qual, de acordo com estudos de Gregório (2009), a frequência das evacuações varia de três vezes ao dia a três vezes por semana, sendo que, o importante é que a consistência das fezes sejam normais, e a evacuação ocorra sem esforço, deixando a pessoa satisfeita.

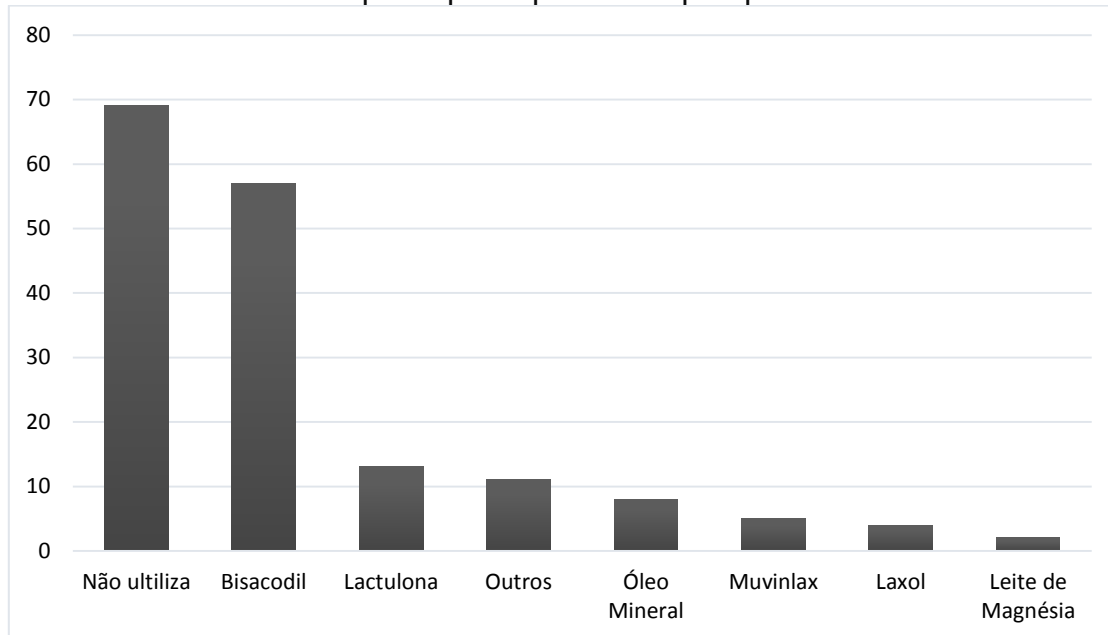


Os laxantes, em sua maioria, são lesivos à mucosa do cólon por seu efeito irritativo e estimulante do peristaltismo intestinal (JAIME et al., 2009). Dos acadêmicos que já usou ou faz uso do método laxativo resultou em 43,7% (n=52), e 56,3% (n=67) não usou o método laxativo. A frequência com que os acadêmicos usam os métodos laxativos foi de 33,6% (n=39) de 1 a 2 vezes por semana, 4,3% (n=5) para 3 a 4 vezes por semana, e 3,4% (n=4) acima de 5 vezes por semana.

Para que ocorra a adesão ao tratamento deve haver uma relação do médico com seu paciente. Para isso, faz-se necessário uma abordagem mais do indivíduo do que de seu sintoma. A constipação crônica traz com o paciente uma história de inúmeros médicos, exames complementares e medicamentos (GALVÃO-ALVES, 2013).

O uso abusivo e prolongado de laxantes pode criar uma inércia intestinal fazendo com que o órgão passe a funcionar lentamente, isto pode ser uma hipótese para o acometimento da constipação intestinal (JAIME et al., 2009). Os laxantes mais utilizados pelos acadêmicos são demonstrados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Laxantes utilizados pelos participantes da pesquisa



Laxantes utilizados	
Não utiliza	69 (40.8%)
Bisacodil	57 (33.7%)
Lactulona	13 (7.7%)
Outros	11 (6.5%)
Óleo Mineral	8 (4.7%)
Muvinlax	5 (3%)



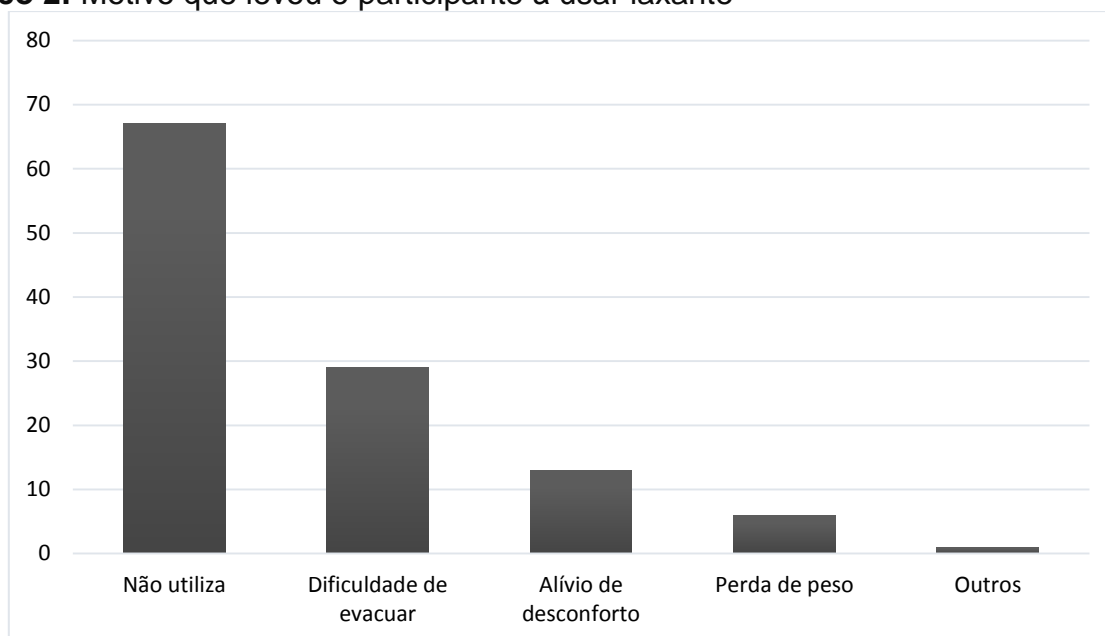
Laxol	4 (2.4%)
Leite de Magnésia	2 (1.2%)

Fonte: Os autores (2015).

Ao serem questionados sobre a indicação dos medicamentos laxativos, 13,7% (n=16) dos acadêmicos responderam que foi através de vizinhos ou amigos, 12% (n=14) programas de TV ou rádios, 10,3% (n=12) farmacêutico e 6% (n=7) médicos.

O uso desenfreado de laxantes deve-se à grandes quantidades de propagandas das indústrias de medicamentos e por este se tratar de um medicamento OTC, ou seja, medicamento de venda livre, não necessitando de receituário médico para serem adquiridos. Desta maneira poucos procuram médicos ou farmacêuticos para informação e uso correto dos laxantes (GREGÓRIO, 2009). O Gráfico 2, demonstra os motivos que levam o acadêmico ao uso do laxante.

Gráfico 2: Motivo que levou o participante à usar laxante



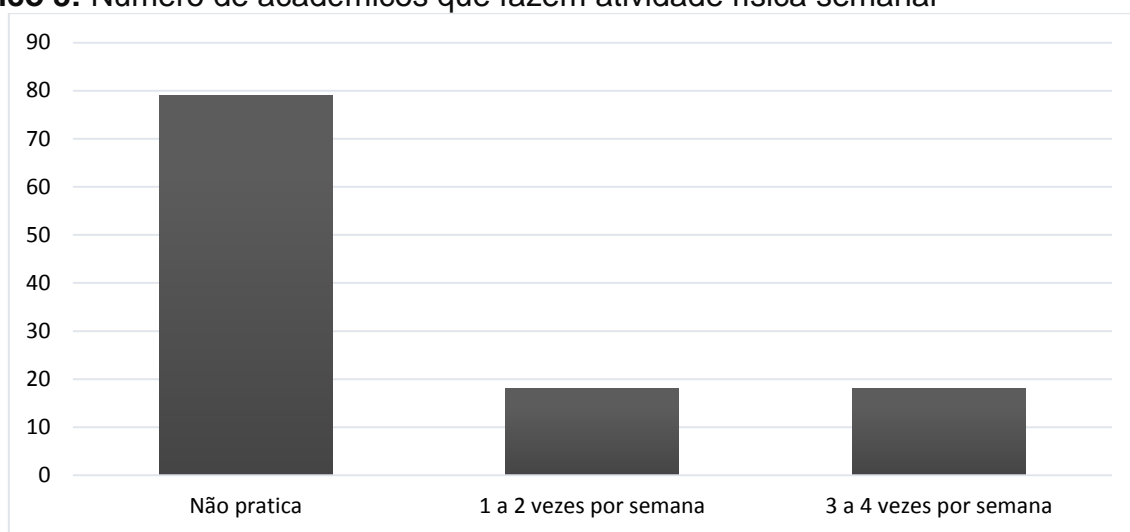
Motivo do uso	
Não utiliza	67 (57.7%)
Dificuldade de evacuar	29 (25%)
Alívio de desconforto	13 (11.2%)
Perda de peso	6 (5.2%)
Outros	1 (0.9%)

Fonte: Autores (2015).

À respeito de CI na família 49,2% (n=58) responderam que possuem familiares com problemas de constipação e 50,8% (n=60) não possuem. Há uma porcentagem alta de histórico na família isso pode ser explicado devido ao estilo de vida e a uma alimentação inadequada, herdados e adquiridos durante a infância e adolescência que, ao passar os anos, facilitam o surgimento deste problema (JAIME et al., 2009).

A vida sedentária é muito comum na atualidade (Gráfico 3), o sedentarismo é citado como fator de risco para a constipação, onde não teve relação estatística neste trabalho (ZIANI et al., 2015). O sedentarismo está cada vez mais crescente por parte dos indivíduos, sendo que os exercícios físicos são essenciais, pois proporciona movimentos no intestino grosso, mudanças hormonais impedindo o peristaltismo, e o fortalecimento da musculatura abdominal, que atuam no hábito da defecação (CUNHA et al., 2008; GAVANSKI e BARATTO, 2009).

Gráfico 3: Número de acadêmicos que fazem atividade física semanal



Atividade física semanal	
Não pratica	79 (68.7%)
1 a 2 vezes por semana	18 (15.7%)
3 a 4 vezes por semana	18 (15.7%)

Fonte: Autores (2015).

Outro fator de risco que pode levar a CI é a omissão de refeições, é certo que, devido à responsabilidade da vida acadêmica, muitas vezes não se tem tempo disponível para realizar refeições básicas diárias, nessa pesquisa os acadêmicos realizam as refeições mais que 4 vezes, só que essas refeições devem ser realizadas em horários regulares, pois o não fracionamento das mesmas podem implicar em uma diminuição do

número de reflexos gastrocólicos devido à falta ou volume inadequado de alimento para formação do bolo fecal, não estimulando o peristaltismo (JAIME et al., 2009), como demonstrado nos resultados da tabela 2.

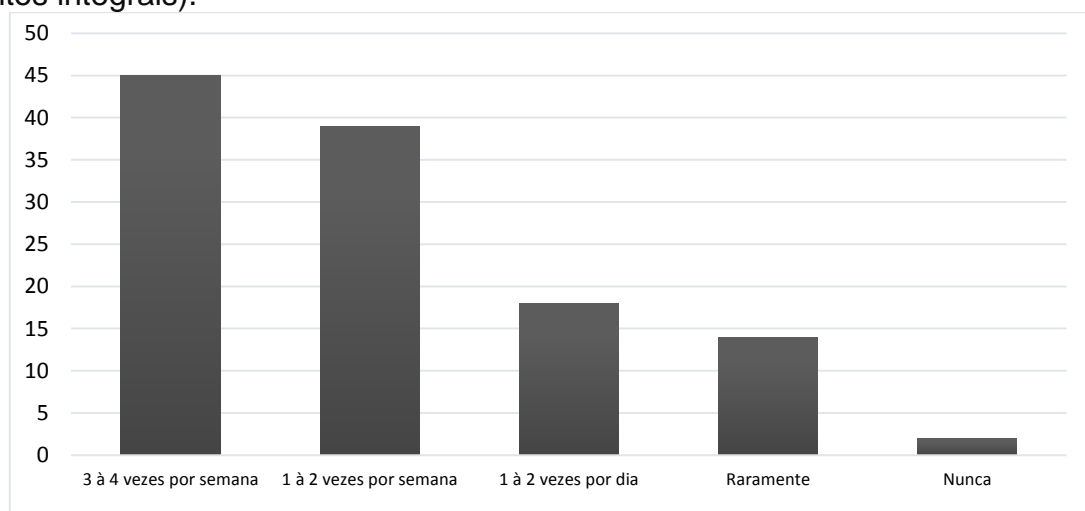
Tabela 2: Número de refeições diárias

Quantidade de refeições diárias	
> 4 vezes ao dia	70 (59.8%)
3 vezes ao dia	43 (36.8%)
2 vezes ao dia	4 (3.4%)

Fonte: Os autores (2015).

Estudos recentes mostram que o consumo de fibra alimentar continua sendo considerado fator importante na prevenção e no tratamento da constipação, principalmente a fibra insolúvel que são as verduras escuras, farelo de trigo, cereais e grãos integrais, e a fibra solúvel exemplos são os flocos como aveia e cevada, casca de frutas e leguminosas como feijão e ervilha, tem um papel na prevenção de outras doenças, tanto do tubo digestivo como extra-digestivas (MORAIS e MAFFEI, 2000). O consumo de fibras ou alimentos ricos em fibras é demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4: Frequência de consumo de alimentos ricos em fibras (verduras, frutas, alimentos integrais).



Consumo de alimentos ricos em fibras	
3 à 4 vezes por	45 (38.1%)



semana	
1 à 2 vezes por semana	39 (33%)
1 à 2 vezes por dia	18 (15.3%)
Raramente	14 (11.9%)
Nunca	2 (1.7%)

Fonte: Os autores (2015)

O recomendado é a ingestão de pelo menos oito copos/dia de líquidos, incluindo sucos, água, entre outros, pois altera o peso e a maciez das fezes. Além disso, a ingestão hídrica elevada também se relaciona com o aumento do número de reflexos gastrocólicos e contribui para a lubrificação intestinal (JAIME et al, 2009).

A tabela 3 abaixo refere-se à frequência de oferta hídrica.

Tabela 3: Frequência diária de oferta hídrica.

Oferta hídrica diária	
1 à 4 copos por dia	70 (59.3%)
4 à 8 copos por dia	47 (39.8%)
Não bebem água	1 (0.8%)

Fonte: Os autores (2015).

Considerações Finais

A prevalência de constipação intestinal encontrada em estudantes de graduação em farmácia foi baixa, em relação a outros estudos que utilizaram os mesmos critérios de avaliação. Vários fatores de risco podem contribuir para o surgimento da constipação intestinal, no presente estudo, foram identificados como mais relevantes dois pontos: a baixa frequência na prática de exercícios físicos e a baixa ingestão diária de água (líquida).

Estes achados requerem uma atenção especial, pois demonstraram a importância da presença do Profissional Farmacêutico, no que se refere à orientação dos pacientes na adoção hábitos saudáveis, visando uma melhora na motilidade intestinal. Além de buscar uma maior prevenção frente ao uso abusivo e prolongado de laxantes favorecedores de inércia intestinal, por indivíduos saudáveis.

Fonte financiadora: UNIBAVE.



REFERÊNCIAS

- ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos - Consenso Brasileiro de Constipação Intestinal Induzida por Opióides, Revista Brasileira de Cuidados Paliativos; 2 (3 - Suplemento 1) 2009).
- BIGELLI R, FERNANDES M, GALVÃO L. Constipação intestinal na criança. Medicina, Ribeirão Preto. 2004. 37: 65-75, jan./jun.
- BRAZ CRS, LESSA NMV. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do curso de nutrição de um centro universitário de minas gerais. **Nutrir Gerais**. Ipatinga. 2011. v. 5, n. 8, p.740-754.
- COLLETE VL, ARAÚJO CL, MADRUGA SW. **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.7, pp. 1391-1402.
- CUNHA GH, MORAES MEA, OLIVEIRA JC. Condutas terapêuticas no manejo da constipação crônica. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, [s.l.], 2008. v. 2, n. 4, p.11-17.
- FERNANDES ES, BLASI TC. Constipação intestinal relacionada com ingestão hídrica em mulheres. **Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria- Rs. 2010. v. 11, n. 1, p.53-59.
- GALVÃO-ALVES J. Osteoartrite Fisiologia e Tratamento Medicamentoso: Constipação intestinal. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro. 2013. p. 31-37.
- GAVANSKI DS, BARATTO I. **Avaliação do hábito intestinal e ingestão de fibras alimentares em uma população de idosos**. 2009. 21 f. TCC (Graduação, Nutrição) - Departamento de Nutrição; Unicentro, Guarapuava.
- GOODMAN LS, GILMAN A. As bases farmacológicas da Terapêutica. Porto Alegre: Artmed. 2010. Ed 11. Ex. 3. P 1821.
- GREGÓRIO KP. **O uso racional de laxativos**. 2009. 40 f. Monografia (Especialização - Curso de Ciências Farmacêuticas) Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc, Criciúma.
- JAIME RP. et al. Prevalência e Fatores de Risco da Constipação Intestinal em universitários de uma instituição particular de Goiânia, GO. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde, Goiânia*. 2009. v. 27, n. 4, p. 378-383.
- JÚNIOR JCMS. O paciente cirúrgico idoso. **Rev Bras Coloproct**, [s.l.]. 2003. v. 23, n. 4, p.305-316.
- LINDBERG G. et al. Constipação: uma perspectiva mundial. World Gastroenterology Organisation, 2010.



MORAIS MB, MAFFEI HVL. Constipação Intestinal: Constipation. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, jan. 2000. p. 1-10.

ZIANI MM, CASTRO AAM, LARA S. Prevalência de constipação intestinal em estudantes da área da saúde. **Saúde (santa Maria)**, Santa Maria – RS. 2015. v. 41, n. 1, p.201-208, 29.



Trabalho Completo de Pesquisa

14870 - CONHECIMENTOS DOS HOMENS FRENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Rick Wilhiam de Camargo, Bruna Redivo Cechetto, Jenifer Rodrigues Vieira, Lorena Paratella, Karla Pickler Cunha, Adalberto Alves de Castro, Cláudio Sérgio da Costa¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde – NEAS – Curso de Farmácia, Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil

O câncer de próstata é considerado, atualmente um problema de saúde pública, devido aos números casos desta malignidade. É uma doença que possui preconceitos em relação ao seu rastreamento. Tratou-se de um estudo transversal, do tipo quantitativo, realizado na cidade de Orleans, Santa Catarina, no qual foi aplicado questionário estruturado com o objetivo de obter informações sobre o câncer de próstata, exame de toque retal e preconceito relacionado a este. Foram entrevistados 40 homens atendidos, sendo que apenas, 13 entrevistados (32,5%) realizaram exame de próstata, 35,0% creem ou não sabem responder se o exame digital de próstata afeta a masculinidade do paciente e consideram importante a realização do exame de prevenção de câncer de próstata (93,0%). Conclui-se que ainda há barreiras para serem enfrentadas quanto ao exame preventivo e necessita do apoio das equipes de saúde para que se reduzam os preconceitos.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Preconceito. Prevenção Primária. Exame Retal Digital.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer como um problema de saúde pública. Segundo a OMS, no mundo, há 10 milhões de pessoas com câncer e caso o crescimento desta malignidade continue, seremos 16 milhões de pessoas com câncer, no ano de 2020 (GONÇALVES, PADOVIM, PANONI, 2008).

O desenvolvimento do câncer está relacionado com a modificação no crescimento do número de células, quando danificada, a célula se divide descontroladamente e produz novas células anormais. As células anormais se tornam agressivas e tem capacidade de invadir os tecidos vizinhos. Com o tempo, podem se acumular umas sobre as outras, formando uma massa de tecido chamada tumor (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015c).

Dentre os tipos de câncer mais incidente, podemos descrever o câncer de próstata no homem. A próstata é uma glândula e se localiza na parte baixa do abdômen,



logo abaixo da bexiga e à frente do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata participa da produção do sêmen, líquido que carrega os espermatozoides produzidos no testículo, liberado durante o ato sexual (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015c).

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser, parcialmente, justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela maior alimentação dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Este trabalho teve por objetivo identificar o conhecimento dos homens da população de estudo em relação ao câncer de próstata, descrever as principais crenças que estes possuem e identificar os exames e métodos de prevenção e os preconceitos na realização do exame de toque digital.

Fundamentação teórica

Epidemiologia

O câncer de próstata (CP) é a sexta neoplasia maligna mais comum no mundo, em casos de incidência, é a mais frequente nos homens e a segunda maior causa de morte no sexo masculino, representa 10% do total de cânceres (RHODEN; AVERBECK, 2010; SOUSA; MORAES; BEZERRA, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

O CP é frequentemente diagnosticado em torno dos 72-74 anos e é uma malignidade seis vezes mais frequente em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento (RHODEN; AVERBECK, 2010; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata é o segundo mais comum no sexo masculino, sendo menos frequente apenas que o câncer de pele não melanoma, para o ano de 2014, o INCA estimou cerca de 68.800 novos casos no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).



No estado de Santa Catarina, a estimativa para 2014 foi de 2.220 casos e de 69,81 a cada 100 mil habitantes, foi o estado brasileiro com maior estimativa de CP (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

A incidência do câncer de próstata em homens com idade superior a 50 anos é maior que 30%, aumentando progressivamente até aproximadamente 80% aos 80 anos (GONCALVES, PADOVIM, PANONI, 2008). Pode-se descrever que um possível motivo para o aumento da incidência seria a elevação da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país, e ainda, a disseminação do rastreamento do câncer de próstata com PSA e toque retal. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015b).

O câncer de próstata apresenta grau de mortalidade relativamente baixo, principalmente nos casos em que o diagnóstico é feito precocemente, contudo, esta taxa de mortalidade tem reduzido, com índices de sobrevida em cinco anos chegando a 99%, podendo ser justificados pelos programas de rastreamento, da detecção precoce e das mudanças no estilo de vida (SOLHA et al., 2013).

Etiologia e fatores de risco

A próstata é uma parte do sistema reprodutor masculino, do tamanho de uma noz, que tem por função produzir o líquido seminal, o esperma, mantendo os espermatozoides protegidos do pH ácido da vagina, garantindo sua sobrevida, assim como fornece energia através da frutose (LIMA et al., 2007; RODRIGUES; SALES, 2013).

A próstata também elimina o antígeno prostático específico, o PSA, o qual não é produzido por nenhum outro órgão, sendo, comumente, utilizado como marcador de CP (LIMA et al., 2007).

A ocorrência de câncer de próstata não pode ser totalmente evitada, porque ainda não estão bem elucidados os mecanismos que transformam células normais da próstata em malignas, sendo atribuído o aparecimento de células malignas aos proto-oncogenes (GOMES et al., 2008; RODRIGUES; SALES, 2013).

Um dos fatores de risco mais importante é a idade, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade eleva exponencialmente após a idade de 50 anos (BRASIL, 2002).



A história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade é outro fator de risco, podendo aumentar o risco de 3 a 10 vezes em relação à população em geral (BRASIL, 2002).

A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer ainda é incerta, não sendo conhecidos os exatos componentes ou mecanismos através dos quais ela poderia estar influenciando no desenvolvimento do câncer da próstata (BRASIL, 2002).

Prevenção e Diagnóstico

A prevenção precoce do CP é a busca de homens assintomáticos através da prática do toque retal e pela dosagem do PSA. O exame de toque retal é um procedimento de baixo custo, rápido e que permite avaliar o tamanho, o formato e a consistência da próstata, embora não em sua totalidade (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

Entretanto, mesmo com todas as oportunidades de informações das atualidades, ainda, encontram-se diversas dificuldades para a sua prevenção, como crenças sobre o câncer e seu prognóstico; preconceito contra o exame preventivo e a carência de rotinas nos serviços para a prevenção do CP (SOUZA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Em geral, os pacientes com essa neoplasia têm descoberto o nódulo, por acaso, durante exames de rotina, entretanto, é descrito o achado incidental durante exames em decorrência do aumento da próstata (GONCALVES, PADOVIM, PANONI, 2008).

Os nódulos de próstata não-palpáveis são descobertos, geralmente, quando realizado ultrassonografia transretal ou mediante estudo de hiperplasia prostática benigna (GONCALVES, PADOVIM, PANONI, 2008).

Atualmente, o diagnóstico do câncer de próstata se baseia no toque retal, nos níveis sanguíneos do antígeno prostático específico (PSA) e na ultrassonografia transretal, porém nenhum deles é sensível e específico o suficiente para ser usado sozinho na definição da conduta a ser tomada em relação ao paciente (SANTOS; MILITO; MARCHIORI, 2006). Como descrito anteriormente, a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata é a combinação entre os exames, já que quando realizado apenas o



exame de toque retal, há falha de 30 a 40% dos diagnósticos, quando realizado o segundo, exclusivamente, falha em 20% e a associação perde apenas 5% dos casos (PAIVA, MOTTA, GRIEP, 2011).

Um fator que caracteriza a importância de ser feito rastreamentos preventivos acerca do câncer de próstata é que este tipo de tumor, quando localizado, raramente causa sintomas. Quando o CP ocasiona sintomatologia, há relatos de obstrução do trato de saída vesical, retenção urinária aguda, hematúria e poliúria ou incontinência (RIBEIRO, OPARACZ, CULIBABA, 2006; GONCALVES, PADOVIM, PANONI, 2008).

Considera a elevada importância do rastreamento precoce do CP e os fatores já descritos, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer da Próstata, cujo principal objetivo é reduzir a incidência e a mortalidade por esse tipo de câncer, no Brasil (PAIVA, MOTTA, GRIEP, 2011).

Tratamento

O câncer de próstata pode ser caracterizado, de acordo com o Consenso de Controle de Câncer de Próstata (2002), como doença localizada, doença localmente avançada e doença metastática e o tratamento depende em qual tipo de doença o câncer será caracterizado.

Para o tratamento da doença localizada incluem-se, como opções a cirurgia radical, a radioterapia e a observação vigilante (BRASIL, 2002).

O tratamento da doença localmente avançada tem como objetivo a cura destes pacientes, nestes casos o tratamento monoterápico é, geralmente, ineficaz. As melhores opções de tratamento incluem uma combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia (BRASIL, 2002).

Nos casos de doença metastática, a cura é improvável e o tratamento está baseado na supressão androgênica (BRASIL, 2002).

Preconceito

Alguns autores relataram este estigma, de preconceito no CP, relacionado ao exame de toque retal em relação a masculinidade (OLIVEIRA, et al., 2015; VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012; LIMA et al., 2007; GOMES, 2003).



Como descrito anteriormente, uma das principais formas de rastreamento do CP, que possui baixo custo, rápido e que permite avaliar o tamanho, o formato e a consistência da próstata é o toque digital da próstata, apesar das suas facilidades, geralmente, é interpretado como uma afronta à masculinidade, o que pode influenciar na adesão ao exame (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

Uma das principais causas de morte no sexo masculino é o CP, que ocorre muitas vezes devido ao diagnóstico tardio, relacionado com o preconceito ao exame de toque retal (LIMA et al., 2007).

Considera-se, que ainda é uma barreira física e social a ser ultrapassada diante dos estigmas masculinos. E que as pesquisas podem auxiliar na suspensão precoce de fatores de risco das populações (OLIVEIRA, et al., 2015).

O receio masculino em relação ao toque retal possui diversos aspectos, que podem ter relação com o medo da dor, que ainda, pode ser lido como violação masculina, pois mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita (GOMES, 2003).

Além do medo, muitos descrevem vergonha mesmo quando estão relaxados para fazer este exame, pois creem que os profissionais que realizarão o exame pensam que sua descontração pode ser interpretada como sinal de que o toque nessa parte é algo comum (GOMES, 2003).

Ainda, alguns pacientes descrevem que preferem não saber que tem câncer e, portanto, não realizar os exames de rastreamentos, pois se permitem conviver com a ideia de que não possuem a doença (PAIVA MOTTA, GRIEP, 2011).

Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa tratou-se de um estudo transversal, do tipo quantitativo, no qual foi aplicado questionário estruturado para obtenção de informações sobre o câncer de próstata, exame de toque retal e preconceito relacionado a este.

O estudo teve como população os indivíduos do sexo masculino e que residiam na cidade de Orleans, Santa Catarina.

A pesquisa foi realizada em duas unidades básicas de saúde do município citado. A amostra, contudo, caracterizou-se como do tipo não probabilístico por conveniência.



Adotaram-se como critérios de inclusão: homens residentes na comunidade com idade acima de 18 anos, independente da existência de história anterior de câncer de próstata e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de exclusão, aqueles que não residiam em Orleans, Santa Catarina.

O questionário foi elaborado com perguntas fechadas, incluindo questões pertinentes quanto ao conhecimento dos homens aos métodos de prevenção, relação com preconceito ao exame de toque retal.

Os dados obtidos foram submetidos à análise e tratamento estatístico por meio do programa Excel Windows 2010, da Microsoft.

O estudo foi realizado dentro das normas éticas conforme Resolução n.466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo comitê de ética n.1.209.646 do Centro Universitário Barriga Verde.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 45 indivíduos, mas destes, cinco se recusaram a assinar o TCLE, portanto, foram excluídos de nossa amostra. A idade dos pesquisados foi entre 18 e 76 anos, com idade média de 41,2 anos ($DP \pm 17,3$ anos), sendo que 92,5% são alfabetizados e residem com uma ou mais pessoas, 75% destes pertencem à classe D e C, segundo a classificação da Fundação Getúlio Vargas (2011) e predominaram entrevistados que não praticam exercícios (52,5%), predominaram homens sem vício, que não fumam, não ingerem bebidas alcoólicas e sedentários.

Os entrevistados quanto ao estado civil 65,0% possuem companheira, o estado civil é fator importante para a busca pela assistência à saúde, pois homens com companheiras procuram mais os serviços de saúde por serem influenciadas pelas esposas (SOUSA; MORAES; BEZERRA, 2013).

A descrição da população estudada e principais características estão descritas detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados quando estado civil, escolaridade, classificação econômica e fatores relacionados a patologias.

Variável	n	%
----------	---	---



Idade (n=40)		
Até 24 anos	7	17,5
De 25 a 59 anos	25	62,5
Acima de 60 anos	8	20,0
Cor da pele (n=40)		
Branca	35	87,5
Negra	2	5,0
Parda	3	7,5
Escolaridade (n=40)		
Não alfabetizado	3	7,50
Ensino Fundamental Incompleto	9	22,50
Ensino Fundamental Completo	3	7,50
Ensino Médio Incompleto	4	10,00
Ensino Médio Completo	9	22,50
Ensino Superior Incompleto	5	12,5
Ensino Superior Completo	7	17,5
Renda Familiar (n=40)		
Até dois salários mínimos	9	22,5
De dois a quatro salários mínimos	18	45,0
De quatro a dez salários mínimos	12	30,0
Sem informação	1	2,5
Nº de Moradores na mesma residência (n=40)		
Um	3	7,50
Dois	6	15,0
Três	17	42,50
Quatro ou mais	14	35,0
Fumante (n=40)		
Sim	2	5,0
Não	38	95,0
Ingestão de bebidas alcoólicas (n=40)		
Sim	14	35,0
Não	26	65,0
Estado Civil (n=40)		
Com companheiro	26	65,0
Sem companheiro	14	35,0
Possui filhos (n=40)		
Sim	28	70,0
Não	12	30,0
Nº de filhos (n=28)		
Um	9	22,5
Dois	10	25,0
Três	6	15,0



Quatro

3

7,5

Fonte: Os autores (2015).

Os entrevistados foram questionados sobre a próstata e seus exames de prevenção: 19 pacientes (47,5%) afirmaram ter conhecimento do que se trata o exame PSA. Sendo que, apenas, 13 entrevistados (32,5%) já realizaram exame de próstata alguma vez em sua vida. E destes, dez realizaram o exame em menos de um ano anterior a pesquisa e três homens afirmam ter feito este exame há um ou dois anos.

Em outros estudos, a prevalência da realização do exame de próstata foi maior do que a encontrada em nossa pesquisa, a realização do exame de toque retal foi relatada por 50,0% dos entrevistados (Vieira et al., 2008; PAULA JÚNIOR et al., 2013).

Em relação, ao motivo da solicitação do exame de próstata, 15 pacientes (60,0%) relataram rotina, três (12,0%) apresentavam sintomas e sete pacientes (28,0%) outros motivos. Verificamos que no estudo realizado por Paiva, Motta e Griep (2011) também foi declarado como principal motivo para realização do exame a rotina de prevenção (61,6%).

Foi contabilizada a solicitação do exame para 25 pacientes (62,5%), mas, como descrito no item anterior, apenas, 13 entrevistados (32,5%) afirmaram terem realizado o exame. Fato este, que pode ser justificado, pode ser viés de memória do entrevistado, ou ainda, pode ser dado como motivo, que tenha sido solicitado pelo prescritor o exame para estes 25 pacientes e apenas 13 destes, se submeteram a realização do exame.

Segundo, Vieira, Araújo e Vargas (2012) vários fatores afetam o processo de adesão ao exame preventivo do CP, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal e dosagem do PSA sanguíneo.

Segundo Nascimento, Florindo e Chubaci (2010), o exame de PSA ainda é desconhecido por alguns pacientes e outros não sabem como ele é realizado, o que acabou influenciando negativamente em sua realização e ressaltam a importância dele ser divulgado, principalmente, entre os idosos, que se encontram na faixa etária com maior prevalência de casos de câncer de próstata.

Quando questionados sobre o câncer de próstata: 25 entrevistados (62,5 %) declararam que não foram informados pelo prescritor sobre a necessidade da realização do exame; 32 entrevistados (80,0%) relataram conhecimento sobre o exame de toque retal, contudo, 22 pacientes (55,0%) afirmaram que conhecem exames para a detecção



do CP, sendo que, isto pode indicar que os pacientes conhecem teoricamente o exame de toque retal, mas podem não estar relacionando como exame preventivo de CP.

Neste quesito, percebemos a importância do profissional de saúde na realização do exame de próstata, pois os pacientes necessitam conhecer o motivo, a importância da realização deste para que seja realmente efetiva a participação do homem no processo de prevenção, pois, certamente, muitos não realizaram o exame por não compreender o motivo da solicitação, sem considerar, os preconceitos criados em torno deste exame.

Na tabela 2 estão descritas algumas crenças existentes em relação ao CP e as respectivas afirmações dos entrevistados.

Tabela 2 - Crenças e conhecimentos dos entrevistados quanto ao câncer de próstata, tratamento e exames.

Crenças	Concordam (%)	Discordam (%)	Não Souberam Informar (%)
- o câncer de próstata pode ser curado se detectado precocemente;	85,0	10,0	5,0
- um homem com o câncer de próstata pode ter uma vida normal;	40,0	27,5	32,5
- o tratamento do câncer de próstata é pior que a doença;	17,5	42,5	40,0
-um homem pode ter o câncer de próstata sem sintomas;	60,0	17,5	22,5
- se tiver o câncer de próstata, é melhor “deixar quieto” e não tratar;	7,5	87,5	5,0
- o exame de próstata pode afetar a masculinidade;	17,5	65,0	17,5
- se estiver bem, não é necessário fazer exame;	17,5	77,5	5,0

Fonte: Os autores (2015)

Em relação ao questionamento de que o exame de toque retal afeta a masculinidade: 35,0% declararam que sim ou não souberam responder à pergunta, vários estudos apontam que este tipo de exame pode ser visto pelos pacientes como algo que causa violação ou interdição na sua masculinidade, o que ratifica o dado encontrado. Considerando que em nossa pesquisa predominou uma amostra jovem, vimos que muitos, ainda, creem que o exame digital de próstata é uma afronta a masculinidade, o que certamente, remeterá há maior preconceito para realização do exame, o que



dificultará no processo de rastreamento e prevenção deste câncer (GOMES et al., 2008; MOREIRA, 2012).

Estes ideais relacionados à masculinidade, se não forem bem trabalhados, podem futuramente inviabilizar este método de rastreamento do câncer de próstata, como também deixar os ideais de cuidado à saúde do homem (BELINELO et al., 2014).

Foi observado que os entrevistados possuem uma adequada compreensão em relação aos fatores associados ao CP, tais como: a ideia de prevenção, pois se detectado precocemente há maior probabilidade de cura (85,0%), que mesmo o paciente não tenha sintomas é necessário a realização de exames (77,5%), quando diagnosticado há necessidade de tratamento do CP (87,5%). Podemos relacionar, o bom entendimento dos entrevistados ao seu grau de escolaridade, pois nosso grupo de estudo, teve no mínimo oito anos de estudos, e este é um facilitador favorável relacionado no conhecimento da doença assim ajudando na sua prevenção (SOUSA; MORAES; BEZERRA, 2013).

Contudo, perceberam-se dúvidas quando ao tratamento e o CP, pois muitos não souberam informar o que era mais agressivo o próprio câncer ou o tratamento.

A população estudada, como descrita anteriormente, possui restrição quanto ao diagnóstico, o que já foi identificado e ratificado em outros estudos, que relatam que a experiência clínica mostra que o medo do diagnóstico constitui grande obstáculo para que o indivíduo se submeta a exames de prevenção e tratamento do CP (VIEIRA; POMPEO; LUCON, 2005 apud VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

Ao verificar as crenças dos pacientes em relação ao CP, percebe-se a necessidade de ação das equipes de saúde para a conscientização da população e esclarecimento sobre dúvidas deste câncer, pois apresentam questionamentos e informações errôneas em relação ao tratamento (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

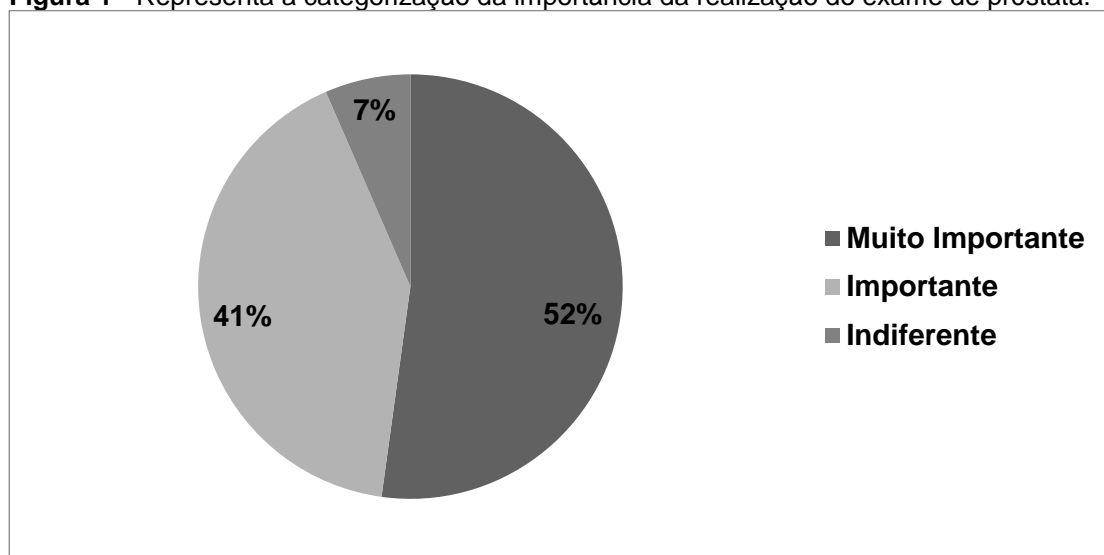
Identificou-se a partir do questionário estruturado às barreiras para investigação e rastreamento do câncer de próstata, foi descrito com maior frequência: ausência de sintomas (62,5%); a não solicitação pelo prescritor (50,0%); não considera importante (37,5%); preferem não saber que tem a doença (32,5%) e medo de realizar o exame (22,5%).

Com relação às barreiras para a prevenção, vimos que há, novamente, a necessidade de atividades educativas quanto a Saúde do Homem, para que estes procurem com maior frequência os serviços de saúde, principalmente, quando estão na faixa etária de maior incidência desta malignidade (PAIVA, MOTTA, GRIEP, 2011).

Assim, o câncer de próstata e seu rastreamento precoce ainda representam um assunto pouco discutido com a população masculina, ficando os homens desatentos a este sério problema de saúde pública no Brasil (LIMA et al., 2007).

Na figura 1 está demonstrada em forma de gráfico a importância considerada pelos entrevistados da realização do exame de próstata, identificamos que a maioria dos entrevistados (93,0%) consideram importante ou muito importante a realização do exame de próstata, pode-se relatar que o índice de indiferença em relação a este método de prevenção e diagnóstico pode estar relacionado aos entrevistados jovens de nossa pesquisa, que não estão inclusos nos grupos de riscos, mas que seria necessária uma reeducação para que compreendam a importância deste exame futuramente.

Figura 1 - Representa a categorização da importância da realização do exame de próstata.



Fonte: Os autores (2015)

Na pesquisa realizada por Souza, Silva e Pinheiro, (2011), não identificaram os mais novos como os mais adeptos aos exames, pois relatam que a idade também é um determinante para a prevenção do câncer de próstata.

Considerações Finais

Ao realizar este estudo verificamos a necessidade de maior envolvimento das equipes de saúde para sensibilização dos homens para a busca da prevenção do câncer de próstata, quando falamos em equipe, consideramos todos os profissionais envolvidos,



pois quando todos se unem por uma causa, há maiores chances de se obter melhor resultado. Por meio, de ações de promoções de saúde, com ação interdisciplinar.

Salientar ainda que, os exames não se delimitam ao toque digital e que se trata de uma associação de fatores.

Observou-se, também, que os homens têm opiniões coerentes a respeito do câncer de próstata, porém grande parte deles ainda não incluiu a prática do exame como rotina de prevenção anual, conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde, podendo ser pelo perfil da idade dos entrevistados ou pela falta de conhecimento da relevância do rastreamento precoce.

E, por fim, destacamos a importância de estudos que abordem a prevenção do CP e a relação com a masculinidade, visto que há poucos estudos sobre o assunto em nossa região, seria necessário um estudo com maior número de entrevistados, uma amostra representativa do município de estudo para assim, traçarmos o perfil do homem, o câncer de próstata e os preconceitos deste.

Fonte financiadora: UNIBAVE.

REFERÊNCIAS

BELINELO, R. G. S; ALMEIDA, S. M; OLIVEIRA, P. P; ONOFRE, P. S. C; VIEGAS, S. M. F; RODRIGUES, A. B. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 697-704, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle do câncer da próstata:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Qual a faixa de renda familiar das classes?** Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, R. et al . A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 235-246, Fev. 2008.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003 .

GONÇALVES, I. R; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1337-1342, Agosto. 2008.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Síntese de resultados e comentários**. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 25 out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tipos de Câncer: Próstata**. 2015a. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 17 out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Carcinogênese**. 2015b. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/carcinogenese.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

LIMA, A. C. F.; SILVA, K. V. M.; CAETANO, J. Á.; LIMA, M.A.; ANDRADE, L. M. Conhecimento dos Trabalhadores de uma Universidade Privada Sobre a Prevenção do Câncer de Próstata. **Cogitare enferm**. Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 460-465, 2007.

MOREIRA, N. M. **O preconceito em relação ao exame de toque retal como forma de rastreamento do câncer de próstata**. 2012. 24 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Conselheiro Lafaiete. 2012.

NASCIMENTO, E. P.; FLORINDO, A. A.; CHUBACI, R.Y.S. Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: Conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.34, n.1, p.7-18, 2010.

OLIVEIRA, P.S. D.; ARAÚJO, M.A. REIS, M.P.R.; BARBOSA, H.A. Percepção dos homens sobre o exame toque retal. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, maio, 2015.

PAIVA, E. P ; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H.. Barriers related to screening examinations for prostate cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto., v. 19, n. 1, p. 73-80, Feb. 2011.

PAULA JÚNIOR, J.D; BARROS JÚNIOR, J.C; PACHECO, F. A; SOUZA, R.L.A. Informações relacionadas ao câncer de próstata de homens que frequentam a feira livre. **Enfermagem Brasil**, v.12, n.6, p. 318-322, 2013.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010.

RODRIGUES, R.; SALES C.A. Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos do Carcinoma Prostático. **Rev Saúde Pesquisa**. 2013; v. 6, n.1, p. 131-140.

SANTOS, V. C. T.; MILITO, M. A.; MARCHIORI, E. O papel atual da ultra-sonografia transretal da próstata na detecção precoce do câncer prostático. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 185-192, 2006.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Câncer de Próstata: Prevenção e Rastreamento.** Projeto Diretrizes, 2006.

SOLHA, R. S. et al . Morbidade da biópsia da próstata transretal guiada por ultrassonografia. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 71-74, Abril. 2013.

SOUSA, M. N. A; MORAES, S. L. L.; BEZERRA, A. L. D. **Câncer de Próstata e Prevenção:** conhecimentos e dificuldades na percepção de homens. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.6, n.2, p. 162-174, jul./dez. 2013.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 1, p. 151-158, Mar. 2011.

VIEIRA, L.J.E.S; SANTOS, Z.M.S.A; LANDIM, F.L.P; CAETANO, J.A; NETA, C.A.S. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.145-152. 2008.

VIEIRA, C.G; ARAÚJO, W.S.; VARGAS, D.R.M. O homem e o câncer de próstata: Prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC.** 2012.



Trabalho Completo de Pesquisa

14871 - ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rick Wilhiam de Camargo, Daniela Eller, Cleonice Maria Michelin, Maria Morgana Cascaes Montanha, Adalberto Alves de Castro¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde – NEAS – Curso de Farmácia, Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil

Com a mudança dos hábitos alimentares da população, devido ao crescimento e fácil acesso aos alimentos industrializados, associado à correria dos dias atuais, as refeições passaram a ser realizadas fora de casa, ou ainda, optadas por alimentos semi prontos de rápido preparo. Estas, por não serem saudáveis, geram prejuízos à saúde das pessoas, principalmente quando associados à baixa ingestão de fibras e líquidos, imobilidade, omissão de atividade física e uso de medicamentos laxativos. Todos esses fatores promovem a ausência de resposta pela vontade de evacuar, o que pode contribuir para o aumento da ocorrência de constipação intestinal. Sendo assim, este estudo fez uma revisão bibliográfica, que teve por objetivo identificar as causas, tratamentos e destacar o papel do farmacêutico no atendimento do paciente com constipação intestinal.

Palavras-chave: Constipação, Fisiopatologia, Tratamento, Atenção Farmacêutica.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal é a queixa digestiva mais comum da população. Pode ser mencionada como um sintoma inicial de várias doenças, ocorrendo devido a vários fatores, sendo mais contínuo nas mulheres do que nos homens (DANTAS, 2004). O termo constipação intestinal se mostra quando há dificuldades na defecação, seja pela força, ou diminuição na passagem das fezes. Os sintomas de constipação são muito comuns e sua predominância tem sido relatada em torno de uma prevalência de 27,4% no Brasil, embora seja difícil de ser estimada, pois há uma grande dificuldade de definição do termo constipação. Há vários fatores que podem se associar à constipação, como idade, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, inatividade física, baixa ingestão calórica e o estilo de vida dos países industrializados (OLIVEIRA et al., 2005; OLIVEIRA, et al., 2006).

A constipação pode ser avaliada como aguda ou crônica. Não é encontrando na literatura uma medida do tempo para se distinguir um quadro agudo de um crônico, sendo importante o reconhecimento prévio de um quadro agudo, visto que, na maior parte



dos casos, não é observado alguma anormalidade intestinal e o prognóstico é melhor que nos casos crônicos (BIGELLI; FERNANDES; GALVAO, 2004).

Os idosos também estão mais sujeitos a ter constipação do que os mais jovens. Sendo associada à falta de resíduos dentro do cólon, a presença da constipação provoca uma perda de sensibilidade dos órgãos que estimulam os mecanismos da defecação, perda das contrações dos músculos comprometidos com a defecação e bloqueio mecânico (DANTAS, 2004).

O termo relacionado à constipação é problemático. Devido a duas fisiopatologias que, se diferem, mas que se superpõem que são os transtornos do trânsito e os transtornos da evacuação (LINDBERG et al., 2010).

A justificativa comum da constipação é a falta de estímulo certo para o funcionamento normal do intestino, causado pela baixa ingestão de alimentos. Inclusive se os alimentos estão sendo ingeridos em quantidade razoável, sua constituição pode não ser adequada. A alimentação com elevado teor de fibra vegetal, propriamente dita de fibra alimentar, apresenta propriedade hidrofílica, que contribui para retenção de água e crescimento do bolo fecal. O uso abusivo ou inapropriado de laxantes também acaba provocando a constipação, por tornar o intestino “viciado” nestes medicamentos, ou seja, só funciona com o acompanhamento de laxantes (ANDRADE et al., 2003).

A fisiopatologia da constipação origina-se das funções do cólon, como absorção de água, eletrólitos, algumas vitaminas, secreção de muco para lubrificação das fezes, síntese de vitamina B e K pelas bactérias colônicas, armazenamento de material fecal para eliminação de resíduos, e sobre a definição de mobilidade, continência e defecação. A passagem do material fecal pelo cólon até o reto é a motilidade e a deslocação da musculatura do cólon que impulsiona o material fecal é a peristalse. Este procedimento é involuntário e motivado pelo estiramento do lúmen pelas fezes, sendo constituída de bactérias, água, gases e resíduos não digeridos no delgado (BURBURAN; SILVA, 2009).

A constipação pode ser associada a diferentes causas, sendo desde mudanças na dieta, atividade física ou estilo de vida, até disfunções motoras primárias produzidas por miopatia ou neuropatia colônica. A constipação também pode ser secundária a um transtorno de evacuação. O transtorno de evacuação pode estar associado a uma contração paradoxal ou espasmo involuntário do esfíncter anal, que pode resultar de um



transtorno adquirido do comportamento na evacuação que ocorre em dois terços dos pacientes (LINDBERG et al., 2010).

Os movimentos do cólon geralmente são lentos e de dois tipos: movimentos de mistura (contrações haustrais) e propulsivos (movimentos de massa). Os primeiros têm efeito na absorção de água e eletrólitos, os segundos são os responsáveis pelo controle das fezes do intestino delgado até o sigmoide, no qual ficam depositadas até o momento da evacuação. No momento em que as contrações propulsivas de grande abrangência ocorrem (uma ou duas vezes ao dia), impulsiona uma massa de fezes para o reto, surgindo à vontade de evacuação (BURBURAN; SILVA, 2009).

A constipação intestinal apresenta alta predominância na população geral, interpretando uma das queixas mais comuns em consultas médicas (LINDBERG et al., 2010). Sendo demonstrada em várias definições e pode ser provocada principalmente em mulheres, idosos, gestantes e crianças. Outro grupo vulnerável é o de universitários, pois esses tem um ao estilo de vida moderno optam por refeições rápidas, pobres em fibras, possibilitando a constipação funcional. Utilizando os Critérios de Roma III, conseguiu-se analisar que há uma prevalência média de constipação intestinal entre estudantes de medicina de uma universidade, constando mais frequência em indivíduos do sexo feminino. Sendo que a constipação intestinal é três vezes maior em mulheres do que em homens (BRAZ; LESSA, 2011). Collete, Araújo e Madruga (2010) relatam que as alterações hormonais nas mulheres, no decorrer da fase lútea do ciclo menstrual, que há um aumento dos níveis de estrogênio, possuindo associação com um período de trânsito intestinal mais lento.

Em idosos a constipação intestinal é oito vezes mais sucessiva do que em jovens, e a prevalência pode atingir de 15% a 20% nos idosos em geral. (NESELLO; TONELLI; BELTRAME, 2011). A constipação intestinal afeta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos, por ser um problema crônico, sendo caracterizada pela dificuldade constante ou ocasional nas eliminações das fezes, que se tornam ressecadas (ISAIA et al., 2014).

A prisão de ventre está relacionada a fatores como maus hábitos alimentares, sedentarismo, e bloqueio do reflexo de evacuação. Dentre outros hábitos comportamentais indevidos está a constipação intestinal de origem funcional (BRAZ; LESSA, 2011).

Sendo assim muitos fatores podem gerar a constipação, desse modo o



tratamento deve ser individualizado, conforme com a necessidade de cada pessoa. A falta de conhecimento dos atendentes e de farmacêuticos, muitas vezes faz com que os pacientes sejam “forçados” a utilizar um medicamento de indicação terapêutica, que os farmacêuticos não reconhecem, ou talvez por ser um medicamento conhecido em propagandas, ou o mais vendido em seu estabelecimento, sujeitando o paciente a um efeito nocivo do uso inadequado destes medicamentos (ANDRADE et al., 2003).

Devido a isso a atenção farmacêutica deve priorizar a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente com constipação intestinal, possuindo uma relação direta entre o farmacêutico e o paciente, possibilitando a identificação de problemas relacionados aos medicamentos, como reações adversas, interações medicamentosas, erro de prescrição, entre outros. Assim com essa prática profissional, o farmacêutico proporciona a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (EUZEBIO; SILVA, 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) decreta a atenção farmacêutica como referência de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, envolvendo atitudes, valores éticos, condutas, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, melhoria e recuperação da saúde, de forma introduzida à equipe de saúde. No decorrer da indicação é onde o profissional tem a oportunidade de assegurar o uso racional dos medicamentos, evitando outras doenças e oferecendo a educação em saúde (OPAS, 2002). Isso destaca o papel do profissional farmacêutico na melhoria da qualidade de vida de cada paciente através de uma solução na terapia medicamentosa, referindo-se ao procedimento de orientação a prescrição (LOZANO, 2000).

Tornando-se necessário identificar as características do local de atuação do profissional e as conseqüentes necessidades de conhecimento, com uma aplicação prática na atenção farmacêutica, através de uma abordagem simples e eficiente ao paciente com sintomas de constipação, conhecendo as causas, possível gravidade, tratamentos medicamentosos, não medicamentosos, e medidas preventivas, tendo como base este trabalho para contribuir com o dia a dia do farmacêutico.

Devido ao grande número de casos de pacientes com queixas de constipação que chegam aos estabelecimentos de saúde e à falta de informações em relação a essa patologia, torna-se necessário aprimorar o conhecimento acadêmico e dos profissionais de saúde para a abordagem terapêutica em um paciente com constipação. Com base



nesta realidade, surge uma questão a ser respondida: como tratar um paciente com queixas de constipação?

Sendo assim, desenvolvemos uma revisão bibliográfica sobre os aspectos fisiopatológicos e terapêuticos da constipação intestinal. Identificando as principais causas e sintomas da constipação intestinal, os tratamentos medicamentosos e não medicamentosos da constipação intestinal, assim como medidas preventivas e por fim destacando o papel do profissional farmacêutico na abordagem do paciente com constipação intestinal.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa em questão foi seguida o preceito de estudo exploratório, através de pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2002, p.50) foi desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Para a busca das fontes abordadas neste trabalho de revisão foram utilizados os seguintes termos: Constipação Intestinal. Causa. Tratamento. Atenção Farmacêutica. Os artigos científicos foram obtidos através de bancos de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO, 2015), PubMed (2015) e Medline Plus (2015).

Coleta, análise e seleção de dados

A obtenção dos dados ocorreu com as seguintes etapas:

- a) Leitura exploratória de todo material selecionado, ou seja, leitura rápida que objetivou verificar as obras de interesse para o trabalho.
- b) Leitura seletiva, ou seja, leitura mais profunda das partes que realmente tinham relevância acerca do tema de interesse.
- c) Fichamento contemplando o registro das informações extraídas das fontes, como autores, ano da publicação, método, resultados e conclusões.

Posteriormente foi realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, para que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

Resultados e Discussão



Um estudo demonstrou que constipação intestinal (CI) afeta 74% dos indivíduos com paralisia cerebral. Onde foi avaliado resultados das intervenções de enfermagem no tratamento da constipação intestinal associada à paralisia cerebral. Realizado por 50 pacientes com paralisia cerebral tetraplégica e constipação intestinal. Sendo 25 pacientes do sexo feminino e 25 do sexo masculino, com idades diversificadas de um ano e sete meses a 21 anos. Todos obtiveram diagnóstico de CI associado a PC tetraplégica. Maior parte (74%) usavam medicações anticonvulsivantes. Treze (26%) faziam uso de medicações laxantes, 22 (44%) utilizavam supositórios e 9 (18%) com histórico de lavagens intestinais. 84% dos pacientes eram submetidos a algum tipo de massagem abdominal segundo o relato das famílias, na primeira consulta (FALEIROS; PAULA, 2013).

Quase todos os pacientes apresentavam alguma complicação relacionada à CI (96%), como presença de hemorroidas, fissura anal, flatulência, sangramento retal, choro, fácies de dor, retenção voluntária das fezes por medo de dor ou desconforto ao evacuar. Além da baixa incidência de pacientes que consumiam alimentos laxantes, quase todos (n=47) apresentavam ingestão hídrica bastante limitada. Apenas três ingeriam 1.000 ml ou mais de líquidos por dia. As principais orientações conservadoras foram: consumo diário de alimentos laxantes e óleos vegetais, aumento da ingestão hídrica e execução de manobras intestinais diárias. Ocorrendo alívio total ou parcial da constipação em 90% dos participantes, com melhora de aspectos da qualidade de vida, como sono, apetite e irritabilidade, além de diminuição significativa de sangramento retal, fissura anal, retenção voluntária de fezes e dor ao evacuar. Apenas 10% necessitaram de medicações laxantes. Recomendando-se que medidas conservadoras sejam preferencialmente utilizadas para o tratamento da constipação intestinal associado à paralisia cerebral e que medicamentos sejam apenas adjuvantes, quando necessário (EMLY; ROCHESTER, 2006).

Identificou-se à efetividade do uso de hidróxido de magnésio e polietilenoglicol 4000 sem eletrólitos no tratamento da constipação intestinal crônica funcional em criança, em trinta e oito crianças que foram divididas, por processo aleatório, em dois grupos para uso de polietilenoglicol 4000 sem eletrólitos ou de hidróxido de magnésio. As crianças foram assistidas em consultas periódicas até completarem 6 meses de tratamento. Em todas as consultas, foram examinados: consistência das fezes, frequência evacuatória, presença de escape fecal, dor abdominal, esforço evacuatório e aceitação desses



fármacos. Sendo que os resultados foi que dezessete crianças fizeram uso de polietilenoglicol, e 21 utilizaram o hidróxido de magnésio. Ocorrendo melhora clínica de todas as variáveis nos dois grupos, sem diferenças com significância estatística. Todas as crianças aprovaram o polietilenoglicol, enquanto 42,9% recusaram o hidróxido de magnésio. Não houve diferença de atividade no tratamento da constipação intestinal entre esses dois laxantes. Entretanto, a melhor aceitação do polietilenoglicol, por ser sem odor e sem gosto, torna-o melhor opção no tratamento da constipação intestinal crônica funcional (GOMES et al., 2011).

Em um estudo onde pacientes de idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, internados em pré-operatório de cirurgia eletiva, com diagnóstico de tumores intracranianos. Sendo realizado com 140 pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), em um centro de reabilitação, mostrou a constipação intestinal como a complicação mais presente, ocorrendo em 22,9% dos casos, referindo com a principalmente a limitação de movimento pós AVC (DOSHI et al., 2003).

Desses pacientes (28,6%) desencadeando a constipação intestinal durante a internação, sendo necessária a administração de enema. Dos pacientes que usavam medicações constipantes durante a hospitalização, em total de (83,8%), (83,9%) usavam anticonvulsivantes, determinando o que pode ser explicado pelo local do estudo ser uma unidade de neurocirurgia. Da soma de (5,4%) pacientes, faziam uso regular de laxativo no domicílio, e desses, apenas (50,0%) desenvolveu constipação intestinal durante o pré-operatório. Para (83,8%) pacientes foi oferecida a dieta laxativa para prevenção da constipação. Do total de pacientes constipados neste estudo, 83,3% manifestava ingestão hídrica diária inferior a 2 litros, volume considerado fator de risco para constipação intestinal. Destes, (16,7%) recebeu suplemento de fibra, e (33,3%) precisaram de enema. Verificando a ocorrência de constipação intestinal em pacientes portadores de tumores intracranianos no período pré-operatório foi de 16,2%. Do total de pacientes estudados, todos realizaram a manobra valsava durante a evacuação espontânea ou quando necessitaram de intervenções medicamentosas por apontar constipação intestinal. No entanto não foi verificada a descompensação da hipertensão intracraniana, demonstrado a partir de alterações do quadro clínico ou neurológico dos pacientes durante o ato de evacuar. Sugerindo aos enfermeiros que mantenham as intervenções de enfermagem, tencionando à prevenção e ao tratamento precoce da constipação intestinal (TORRES e DICCINI, 2006).



Uma análise realizada no município de Itajaí avaliou a constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência, onde de 139 idosos, o sexo feminino predominava (84,9%), onde os mesmos apresentavam uma à idade média 73,5 + 6,5. Conforme ao estilo de vida dos idosos, 73,4% não eram tabagistas, 96,4% mencionaram não consumir bebidas alcoólicas, 62,6% eram ativos, relatando a prática de exercícios aeróbicos, como caminhada, dança e hidroginástica. Associando ao estado nutricional, 45,3% apresentavam IMC superior a 27kg/m², salientando portanto, sobrepeso ou obesidade. O uso de medicamentos foi relatado por 89,9% dos idosos, onde destes 28,1% citavam fármacos com efeitos colaterais eventualmente à constipação. Dos 139 idosos, 28,8% apenas apresentam constipação intestinal (MORIGUTI et al., 2005).

O sintoma prevalente relatado foi o esforço ao evacuar (82,5%), seguido da sensação de fezes bloqueadas (77,5%) e realização da massagem intestinal (32,5%) observando-se que o uso de medicamentos foi à única alteração que apresentou tendência de relação com a constipação intestinal. Foi verificado ainda, que 84,62% dos idosos não constipados ingeriam mais que oito (8) copos de água por dia, 80% dos idosos que não apresentavam sintomas de constipação, tinham o hábito de ingerir iogurte de frutas e 74,1% possuía o hábito de consumir laranja. Verificando que apenas o uso de medicamentos apresentou uma forte tendência à presença de constipação intestinal. Pesquisas semelhantes indicam que, além de maior suscetibilidade de doenças, o idoso tende a ser vítima do uso excessivo de medicamentos, que geram diversos efeitos colaterais, entre eles os problemas digestivos. O controle ou tratamentos de doenças exige prescrição de medicamentos que provocam efeitos secundários no trato digestivo, entre eles a isquemia intestinal, doenças metabólicas, síndrome de má-absorção e constipação intestinal. Demonstrado que muitas fontes de fibras (frutas e verduras) podem diminuir o tempo de transito gastrointestinal, mas o efeito necessário vai depender do tipo e da forma de fibra que é ingerida, e também a baixa ingestão de líquidos pode ser associada a um transito intestinal lento e a diminuição da liberação fecal em adultos sadios e, com mais frequência, em idosos (NESELLO, TONELLI e BELTRAME, 2011).

A ingestão de fibras na dieta (frutas, vegetais e grãos integrais) é a primeira medida recomendada. Se não se mostra suficiente, suplemento comercial com fibras (até 20 - 25 g/dia) deve ser tentado. A adesão a suplementos com fibras é pequena devido a flatulência, distensão, plenitude e gosto desagradável. Para melhorar a adesão,



recomenda-se aumento gradual das fibras por uma a duas semanas (LEMBO e CAMILLERI, 2003).

Em um estudo brasileiro realizado em 38 indivíduos entre 4 e 14 anos com constipação funcional mostrou que somente 18,4% apresentavam inadequada ingestão diária de fibras na dieta. Neles, o tempo médio de trânsito colônico esquerdo foi menor que no grupo com ingestão maior de fibras. Não houve correlação entre ingestão de fibras e tempo de trânsito em cada segmento colônico. Pacientes com trânsito prolongado apresentaram menor frequência de evacuações. Não houve correlação entre ingestão de fibras e frequência de evacuações em crianças com constipação funcional crônica. As crianças constipadas com alto teor de fibras na dieta tiveram quadros mais graves e prolongamento do tempo de trânsito colônico (WANNMACHER, 2005, *apud* GUIMARÃES, GOULART, PENA, 2001).

Um estudo realizado por Machado e Capelari (2010) avaliou grau de adesão e a eficácia da fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. Foram observados 59 pacientes, 54 mulheres e 5 homens, com idade média de 46 anos (variação: 18-74 anos), e com diagnóstico de constipação intestinal funcional. Após regularização do hábito intestinal, com a introdução de fibra dietética, era recomendado aos pacientes manter a dieta com fibra e retornar quatro meses depois, a fim de ser verificada a continuidade da eficácia e o grau de adesão ao seu uso. Destes, 32 mantiveram hábito intestinal satisfatório e a constipação recorreu em 18 deles, sendo que 9 pacientes abandonaram o estudo e 50 permaneceram. Entre os 18 pacientes, nos quais a eficácia da fibra dietética se mostrou insuficiente, a razão principal foi a interrupção completa ou parcial do seu consumo, traduzindo, provavelmente, mais uma perda de adesão do que propriamente ineficácia da terapia prescrita. A razão de risco, aplicada à casuística, demonstrou que a falta de adesão associa-se à acentuada queda da eficácia. O período de quatro meses pareceu adequado, neste estudo para garantir não só maior fidelidade aos retornos, como também um monitoramento adequado da evolução do tratamento. A dieta baseada em fibra dietética mostrou moderado grau de eficácia no tratamento da constipação funcional, quando aplicada por período de tempo prolongado. A eficácia da fibra dietética apresentou um benefício moderado em 64% dos casos. A baixa adesão, observada em mais da metade dos pacientes, foi um importante fator contribuinte para esse desfecho. A perda de adesão foi grande, mais da metade dos indivíduos avaliados (52%). Sendo assim, os resultados sugerem a necessidade pela



busca de novas estratégias terapêuticas, promovendo uma maior fidelidade à terapêutica com fibras visando melhorar os resultados no tratamento de constipação intestinal.

Em ensaio clínico de forma aleatória, 43 constipados com mais de 45 anos e inativos foram destinados para grupos A (manutenção do estilo de vida por 12 semanas) e B (programa de atividade física regular por 12 semanas) e receberam as mesmas recomendações dietéticas. O exercício designou redução no número de Critérios Roma indicativos de constipação e no tempo de trânsito colônico e retossigmóideo total, confirmando ser conveniente promover a atividade física regular ainda que seja um assunto duvidoso (SCHRYVER et al., 2005).

Antes de iniciar um tratamento farmacológico, deve-se utilizar uma rotina evacuatória, ou seja, adotar horários diários para evacuação. Faro (2000) sugere que as evacuações sejam feitas, após as refeições, beneficiando do reflexo gastrocólico. Uma massagem feita da direita para a esquerda com a mão espalmada, se praticada, após 30 minutos das refeições, pode contribuir para a estimulação da motilidade intestinal. A postura, também, é uma razão importante, durante o ato evacuatório. De acordo com Dias e colaboradores (2000), a postura correta seria: a pessoa sentada com os pés apoiados no solo, costas retas ou levemente fletidas (aumento da pressão intra-abdominal).

O sedentarismo e a imobilidade, contudo determinam o aparecimento da constipação intestinal. A incitação à prática de exercícios físicos facilita para os movimentos peristálticos e para o ato da defecação (SOARES et al., 1991).

A inércia colônica prevalente geralmente entre mulheres jovens caracteriza-se pela demora da desobstrução do cólon proximal e redução das contrações peristálticas no período pós prandial. Comumente se observa uma evacuação semanal ou menos relacionada à urgência em defecar, distensão, dor e desconforto abdominal. Diante disso um aumento da ingestão de fibras pode aliviar os sintomas. Sendo recomendados nesse caso o biofeedback auditivo e visual sobre o exercício dos músculos do assoalho pélvico e esfíncter anal. Compreende em treinar, por estímulos verbais sobre a coordenação muscular ou visualização simulada por inclusão no reto de balão de látex preenchido com 50 ml de ar ou fezes artificiais preenchidas com silicone (fecom). A maior prevalência dos pacientes submetidos se favorece do treinamento embora sejam poucos os estudos controlados e os existentes passíveis de críticas (BASSOTTI et al., 2004).

A toxina botulínica utilizada no músculo pubo-retal é uma alternativa para os casos de espasmo de músculos do assoalho pélvico. Também tem sido aconselhado em



pacientes com Parkinson e em casos de retoccele que consiste em hérnia, frequentemente de parede anterior retal em direção a vagina, normalmente relacionada ao trauma durante o parto ou episiotomia. No método dos quadros funcionais de constipação recomenda-se a correção alimentar com alimentos ricos em fibras e uma primeira refeição matinal de maior volume, beneficiando o reflexo gastrocólico (BLESER et al., 2005), além de uma maior ingestão de líquidos, cerca de 1,5 litro ao dia. Não se esquecendo de sugerir o paciente que as fibras estão contidas nos vegetais, especialmente crus, legumes, frutas que possam ser ingeridas com casca e/ou semente e, principalmente, nos grãos de trigo, aveia, milho e produtos integrais (RODRIGUES, 2004). Com a execução às normas dietéticas acima mencionadas, aos poucos o paciente vai sentir vontade de evacuar a seguir da primeira refeição da manhã ou outra ingestão alimentar (AMBROGINI JÚNIOR & MISZPUTEN, 2002).

O tratamento não farmacológico consiste na criação dos hábitos de prevenção no dia-a-dia do paciente, dieta rica em fibras (25g por dia), alta ingestão de líquidos (1,5 – 2,0L por dia) e prática de exercícios físicos (WGO, 2010). As fibras insolúveis em água como, por exemplo, farelo de trigo, grãos integrais, nozes, e hortaliças mostram maior efetividade, pois absorvem água e não se decompõe, aumentando significativamente o volume de fezes. Incluindo à dieta em doses graduais e crescentes (ANDRE et al., 2000; MACHADO, 2010). Não há certezas concretas que demonstrem a indicação das medidas não farmacológicas, porém em virtude aos seus benefícios para a saúde, aos seus baixos custos e riscos e a sua eficácia para a maioria dos pacientes, devem ser aconselhadas (RAO, 2009).

Considerando que as medidas não medicamentosas constituem a primeira escolha para o controle inicial, com destaque na abordagem dietética e de hábitos de vida. Dependendo do mecanismo formador do problema, outras abordagens não medicamentosas são propostas (WANNMACHER, 2005).

As fibras solúveis estão expostas, nas frutas, aveia, cevada, legumes em geral e, particularmente, no feijão. O repolho contém 40% de fibras, a couve-flor 33%, a alface 37%, a cenoura 29%, a batata 14% e o tomate 22% contendo de modo relativo em peso seco. Entre as frutas, o morango 19%, a maçã 9%, o pêssego 16%, a pêra 14%, a laranja e a banana 6% respectivamente de fibras. As fibras insolúveis são interpretadas 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 centeio contém 12% de fibras, sendo 11,2% constituídos de polissacarídeos não celulósicos, celulose e lignina, respectivamente (DANI e CASTRO, 1993). A fibra alimentar não é encontrada em produtos animais (carnes, ovos, gorduras) e em doces (HIRSCHBRUCH e CASTILHO, 1999).

Diante disso a atenção farmacêutica a partir da utilização de medicamentos intestinais (Abaixo) compreende atividades de caráter amplo, multiprofissional e intersetorial, que tem como seu objeto de trabalho, serviços correlacionados ao medicamento e ao paciente que envolve as ações específicas do profissional referente ao usuário do medicamento (MARQUES, 2008).

Uma opção frequente exercido pela população para buscar soluções rápidas e menos gastos a fim de restabelecer sua saúde são as farmácias, que têm sido o serviço de saúde mais prático e em maior número quando comparado às unidades primárias de saúde, clínicas e hospitais. Com isso, a farmácia também se torna um estabelecimento de informação e educação em saúde, indicando a necessidade de uma comunicação mais eficaz entre profissionais e usuários (OSHIRO; CASTRO, 2002).

O profissional farmacêutico auxilia para melhorar os resultados na farmacoterapia, esclarecendo para a equipe sobre o funcionamento da mesma, a padronização da posologia dos medicamentos, ou ajustando para garantir a segurança e eficácia (STORPIRTIS et al., 2008). Sendo fundamental que o farmacêutico, por meio de uma dispensação adequada de medicamentos reguladores intestinais, disponibilize uma orientação quanto ao uso correto dos medicamentos em relação a suas indicações e posologias (conforme abaixo), mencionando seus riscos e benefícios, proporcionando ao paciente uma resposta para seus problemas relacionados à farmacoterapia, garantindo a segurança do tratamento prescrito (NOLES; SOUSA; LIMA, 2011).

MEDICAMENTOS REGULADORES INTESTINAIS UTILIZADOS EM FARMÁCIAS:

LACTULONA®: Lactulose

Laboratório Sankyo

Indicações: LACTULONA® é indicada para o tratamento sintomático da constipação intestinal; também é indicada para a prevenção e tratamento de encefalopatia hepática, tanto no pré-coma quanto no coma hepático.



Posologia: Lactentes: 5 ml/dia. Crianças de 1 a 5 anos: 5 a 10 ml/dia. Crianças de 6 a 12 anos: 10 a 15 ml/dia. Acima de 12 anos e adultos: 15 a 30 ml/dia. A posologia pode ser ajustada para que se obtenha 2 ou 3 evacuações diariamente. Encefalopatia hepática, pré-coma e coma hepático iniciar com 60 ml ao dia podendo chegar, em casos graves, a 150 ml ao dia.

PLANTABEN®: Plantago ovata 3,5g

Laboratório Nycomed

Indicações: Plantaben® é indicado tanto na diarreia como na constipação intestinal. Adicionalmente, auxilia na redução dos níveis de açúcar e de colesterol do sangue. Também pode ser utilizada para complementar a ingestão diária de fibras. Plantaben® é indicado também para: doenças que evoluem com alternância de episódios de diarreia e constipação intestinal (intestino irritável, diverticulose); regulação da evacuação em pacientes portadores de ânus artificial (colostomia); constipação intestinal crônica habitual ou decorrente da permanência no leito após operações cirúrgicas, por alterações de dieta, viagens ou tratamentos prolongados com laxantes potentes; diarreias de origem funcional e como adjuvante em casos de doença de Crohn; hemorroidas, fissuras anais ou abscesso anal, com redução da dor de defecação e facilitação da evacuação das fezes; casos de ingestão insuficiente de fibras.

Posologia: Adultos: Um envelope dissolvido em água, uma a três vezes por dia. Crianças entre 6 a 12 anos: Meio envelope dissolvido em água, uma a três vezes por dia. Crianças acima de 12 anos: Um envelope dissolvido em água, uma a três vezes por dia.

BENESTARE®: Policarbofila Cálcica

Laboratório Medley

Indicações: Pode ser usado quando se deseja a regularização do hábito intestinal, com o aumento do teor de água das fezes: na obstipação intestinal crônica, funcional ou associada à diverticulose. Na síndrome do intestino irritável, quer nos períodos de constipação quer nos episódios diarreicos. Na obstipação secundária a alterações na dieta, mudança de hábitos ou períodos variáveis de restrição ao leito, por enfermidade clínica ou cirúrgica. Nas doenças perianais onde o amolecimento e um maior



teor de água nas fezes sejam desejáveis, como nas fissuras e abscessos anais e nas hemorroidas. No tratamento sintomático das diarreias agudas e crônicas.

Posologia: A dose inicial recomendada é de um a dois comprimidos a cada 12 horas, tomados preferencialmente durante ou após as refeições. É possível que a ingestão no período pré-prandial (antes da ingestão de alimento) reduza o apetite.

REGULARE®: Mix de fibras

Laboratório Momenta

Indicações: Regulare é indicado como suplemento de fibra alimentar em processos que exijam uma melhora no comportamento intestinal. Por provocar aumento do crescimento de bactérias benéficas, as fibras prébióticas podem proporcionar benefícios indiretos no trato gastrointestinal.

Posologia: Adultos e crianças acima de 12 anos, iniciar a ingestão de 1 porção ao dia, podendo chegar até 3 porções, conforme a necessidade e tolerância. Crianças de 7 a 12 anos, iniciar a ingestão de 1 porção ao dia, podendo chegar até 2 porções, conforme a necessidade e tolerância. Crianças menores de 7 anos, utilizar segundo orientação médica ou de nutricionista.

NATURETTI®: Senna alexandrina Miller, Cassia fistula.

Laboratório Sanofi Aventis

Indicação: NATURETTI é um medicamento fitoterápico indicado para o tratamento da prisão de ventre crônica ou momentânea devido a viagens, menstruação, dietas, cirurgias e alteração de hábitos alimentares.

Posologia: Adultos e crianças acima de 8 anos: 1 cápsula ao deitar. Em algumas pessoas pode ser necessário o uso de 2 cápsulas por dia (o aumento da dosagem deve ser acompanhado pelo médico).

TAMARIL: sena 400 mg, cassia fistula 19,5 mg, tamarindo 19,5 mg, cariandrum sativum 9,0 mg, alcacuz 4,0 mg.

Laboratório Marjan

Indicações: Tamaril está indicado em todos os processos de obstipação decorrentes de dietas alimentares inadequadas e naquelas originadas por supressão crônica do reflexo de defecação. Desta forma são beneficiados com o uso de Tamaril a



curto, médio e longo prazos todos os pacientes: idosos que ingerem dietas pobres em resíduos e possuem uma parede muscular deficiente para completar o reflexo de defecação; aqueles que apresentam obstipação por mudanças bruscas do padrão alimentar (viagens, dietas, internações); portadores de patologias anorretais que necessitam manter uma consistência fecal amolecida permanentemente (hemorróidas, fissura anal); pacientes submetidos a imobilização no leito por períodos prolongados (AVC, fraturas, pós-operatórios), convalescenças de doenças crônicas e caquetismo; crianças com distúrbios comportamentais e somatização para a área intestinal (encoprese, megacólon psicogênico, erros alimentares); pacientes que durante a gestação ou no período menstrual apresentam quadros obstipantes.

Posologia: Cápsulas: Crianças acima de 8 anos: 1 cápsula à noite. Adultos: 1 a 2 cápsulas à noite.

ALIMENTOS REGULADORES INTESTINAIS

Hortaliças	Frutas	Plantas
Beterrada – suco 2x/dia.	Abacaxi – consumir 2x na semana.	Bardana – chá das folhas, flores e raízes (20g para 1 litro de água). Tomar 4 xícaras no dia, adoçado com mel de abelhas.
Cenoura – suco puro 2x/dia.	Ameixa- deixar ameixas secas de molho durante 6 horas, em seguida beber a água e comer as ameixas.	Chapéu-de-couro – chá das folhas (30g para 1 litro de água). Tomar 5 xícaras ao dia, adoçado com mel de abelhas.
Quiabo – cozido a vapor e temperado com azeite de oliva e sal.	Mamão – consumir 3 x na semana.	Sabugueiro – chá das folhas (20g para 1 litro de água). Tomar 4 xícaras ao dia, adoçado com mel de abelhas.
	Manga - consumir 3 x na semana.	

Fonte: SPETHMAMM, 2004

OUTROS TRATAMENTOS

Geoterapia	Hidroterapia
Compressa de argila na região lombo-ventral, com duração de 2 horas.	Fricção com toalha molhada na região do ventre.
	Banho de assento com chá de carqueja e



	bardana (80g para 1 litro de água), com duração de 20 minutos.
	Tomar 250 ml pura pela manhã, em jejum.

Fonte: SPETHMAMM, 2004

Considerações Finais

Verificamos que a constipação intestinal está presente em diversos casos e em diferentes faixas etárias, com predomínio em mulheres, pessoas saudáveis, bem como em pessoas com alguma deficiência física ou doença, correspondente pelo uso de tratamento medicamentoso que possui como efeito adverso a constipação. Analisando que muitos pacientes não tinham uma ingestão hídrica adequada suficiente, não consumiam alimentos que continham fibras como frutas, legumes ou grãos que tem como efeito regular o intestinal, e a prática de exercícios físicos, manobras intestinais e a postura correta no momento da evacuação eram quase nunca realizadas o que auxiliaria para os movimentos peristálticos. Tendo em vista alguns medicamentos com efeito laxante, obtiveram relato de boa aceitação na constipação crônica, ainda mais no efeito imediato. Onde se observou a importância dos diversos tipos de alimentos e formas de exercício que auxiliam na regulação do intestino, evitando a constipação intestinal.

Visto que o papel do farmacêutico é de importância fundamental no conhecimento das reações adversas dos medicamentos que por ventura pode ser uma delas a constipação, para poder orientar o paciente e auxiliar em algum tratamento, como podendo indicar medicamentos de venda livre que tem função de regulador, melhorando assim a qualidade de vida de cada paciente.

Fonte financiadora: UNIBAVE

REFERÊNCIAS

AMBROGINI JÚNIOR, O.; MISZPUTEN, SJ. Constipação intestinal crônica. **Rev Bras Med.** 2002. v. 59. n. 12. P.133-139.

ANDRADE, M. et al. Assistência farmacêutica frente à obstipação intestinal no idoso. **Infarma.** 2003. v.15. n. 9-10.



ANDRE, SB.; RODRIGUEZ, TN.; MORAES-FILHO, JPP. Constipação intestinal. **Rev Bras Med.** 2000. v.57. n.12.

BASSOTTI, G. et al. Biofeedback for pelvic floor dysfunction in constipation. **BMJ.** 2004. v.328. p.393-396.

BIGELLI, R.; FERNANDES, M.; GALVAO, L. **Constipação intestinal na criança.** Medicina, Ribeirão Preto. 2004. v. 37. p.65-75.

BLESER, S.; BRUNTON, S.; CARMICHAEL, B. **Management of chronic constipation.** Recommendations from a consensus panel, Supplement to the journal of family practice, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COLLETE, VL.; ARAÚJO, CL.; MADRUGA, SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro. 2010. v. 26. n. 7. p.1391-1402.

BRAZ, C.; LESSA, N. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduados do curso de nutrição de um centro universitário de Minas Gerais. **Revista Digital de Nutrição.** Nutrir Gerais, Ipatinga. 2011. v.5. n.8. p. 740-754.

BURBURAN, S.; SILVA, AC. Constipação intestinal no câncer avançado. Série cuidados paliativos. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer – **INCA. Rio de Janeiro – RJ.** 2009.

DANI, R.; CASTRO, LP. Gastrologia Clínica. São Paulo: Guanabara Koogan. 1993. Ed. 3. 447.

DANTAS, R. **Diarreia e constipação intestinal.** Medicina, Ribeirão Preto. 2004. V. 37. P.262-266.

DIAS, AAC. et al. Constipação no idoso: mitos e verdades. **Rev. Cient. AMECS.** 2000. v. 9. n.1. p.35-39.

DOSHI, VS. et al. Complications in stroke patients: a study carried out at the rehabilitation medicine service, Changi general hospital. **Singapore Med J.** 2003. v. 44. n. 12. p.643-52.

EMLY, M.; ROCHESTER, P. A new look at constipation management in the community. **Br J Community Nurs.** 2006. v.11. n.8. p.326,328-32.

EUZEBIO, P.; SILVA, AM. **Atenção farmacêutica aplicada ao paciente idoso com constipação intestinal.** II Simpósio de ciências farmacêuticas. Data: 24 e 25 de outubro de 2013.



FALEIROS, F.; PAULA, EDR. Paralisia cerebral tetraplégica e constipação intestinal: avaliação da reeducação intestinal com uso de massagens e dieta laxante. **Rev Esc Enferm USP**. 2013. v. 47. n. 4. p.836-42.

FARO, ACM. Eliminações. In: DUARTE, YAO & DIOGO, MJD. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, PB. ; DUARTE, MA.; MELO, MCB. Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol 4000 without electrolytes and magnesium hydroxide in the treatment of chronic functional constipation in children. **Jornal de Pediatria**. 2011. v. 87. n. 1.

GUIMARÃES, EV.; GOULART, EMA.; PENNA, FJ. Dietary fiber intake, stool frequency and colonic transit time in chronic functional constipation in children. **Braz J Med Biol Res**. 2001. v.34. n.9. p.1147-1153.

HIRSCHBRUCH, MD; CASTILHO, S. **Nutrição e bem-estar para a terceira idade**, São Paulo: CMS, 1999. p.119.

ISAIA, C. et al. Avaliação da eficácia terapêutica e tolerabilidade da composição de Cassia fistula e Senna alexandrina Miller em uma amostra de voluntários com constipação intestinal funcional crônica: estudo clínico randomizado com placebo. **RBM**. 2014. v. 71. n. 8. p.262-267.

LEMBO, A.; CAMILLERI, M. Current Concepts: Chronic Constipation. **N Engl J Med**. 2003. v. 349. n. 14. p.1360-1368.

LINDBERG, G. et al. **Constipação: uma perspectiva mundial**. World Gastroenterology Organisation, 2010.

LOZANO, JA. Educación sanitaria. Transtornos de la función intestinal. **Offarm**. 2000. v.19. n.4. p.93-111.

MACHADO, MW.; CAPELARI, SM. Avaliação da eficácia e do grau de adesão ao uso prolongado de fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas. 2010. v.23. n. 2. p. 231-238.

MARQUES, LAM. **Atenção farmacêutica em distúrbios menores**. 2. ed. São Paulo: Medfarma, 2008.

MORIGUTI, JC.; IUCIF, NJ.; FERRIOLI, E. **Nutrição no Idoso**. In: OLIVEIRA, J.E.D.; MARCHINI, J. Ciências Nutricionais. São Paulo: Sarvier, 1998.

NESELLO, L.; TONELLI, F.; BELTRAME, T. Constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. **Ceres**. 2011. v.6. n.3. p.151-162.



NOLES, DF.; SOUSA, APB.; LIMA, AK. Avaliação do atendimento em farmácia comunitária relacionado à diarreia aguda infantil em Aracaju (SE). **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju. 2011. v. 13. n. 13. p. 43-53.

OLIVEIRA, S. et al. **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa**. Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2 Departamento de Cirurgia – UNICAMP; 3 Campinas, SP. 2005. v. 42. n.1.

OLIVEIRA, JN. et al. Prevalência de constipação em adolescentes matriculados em escolas de São José dos Campos, SP, e em seus pais. **Arq Gastroenterol**. 2006. v 43. p.50-4.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília, DF, 2002. 24p.

OSHIRO, ML.; CASTRO, LLC. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2002. v. 18. n. 1.

RAO, SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. **Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**. v.19. n.1. p.117-139. 2009.

RODRIGUEZ, TN.; ROCHA, ECV.; ZANANDRÉA, EF. Síndrome da obstipação intestinal. **Rev Bras Med**. 2004. v. 61. n. 4. p. 174-180.

SCHRYVER, AM.; KEULEMANS, YC.; PETERS, HP. et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middleaged patients complaining of chronic constipation. **Scand J Gastroenterol**. 2005. v. 40. n. 4. p. 422-429.

SOARES, EC. Como diagnosticar e tratar constipação intestinal. **Rev Bras Med**. 1991. v. 48. p 29-3.

SPETHMAMM, CN. **Medicina alternativa de A a Z**. 7ª Ed. Edições Natureza. 2004. p. 392.

STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TORRES, AC.; DICCINI, S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. **Rev Lat Enf**. 2006. v. 14. n. 3. p. 397-404.

WANNMACHER, L. **Constipação intestinal crônica no adulto e na criança: quando não se precisa de medicamentos**. ISSN 1810-0791 Vol. 3, Nº 1 Brasília, dezembro de 2005.

WGO - WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. **Diarréia Aguda**. mar. 2008. 31p. Disponível em: <



http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/01_acute_diarrhea_pt.pdf > Acesso em: 16 de jul. 2012.