

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**Ana Ester Dantas Lopes**

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM USO DE OPIOIDES COM CONSTIPAÇÃO  
INTESTINAL**

**Cuité/PB  
2013**

Ana Ester Dantas Lopes

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM USO DE OPIOIDES COM CONSTIPAÇÃO  
INTESTINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem, em cumprimento às exigências legais  
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem  
pela Universidade Federal de Campina Grande.

**Orientadora: Msc. Glenda Agra**

**Cuité/PB  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L864c

Lopes, Ana Ester Dantas.

Prevalência e características epidemiológicas e clínicas de pacientes oncológicos em uso de opióides com constipação intestinal. / Ana Ester Dantas Lopes – Cuité: CES, 2013.

**67 fl.**

**Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.**

Orientadora: Me. Glenda Agra.

1. Câncer. 2. Câncer – constipação intestinal. 3. Constipação intestinal - dor. I. Título.

CDU 616-006

Ana Ester Dantas Lopes

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM USO DE OPIOIDES COM CONSTIPAÇÃO  
INTESTINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Ana Ester Dantas Lopes do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Msc. Glenda Agra**

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Orientadora

---

**Prof<sup>a</sup> Msc. Ana Paula M. Falcone**

Curso de Bacharelado em Nutrição – CES/UAS/UFCG

Membro interno

---

**Prof<sup>o</sup> Dr. Egberto Santos Carmo**

Curso de Bacharelado em Farmácia – CES/UAS/UFCG

Membro interno

**Cuité - PB**

**2013**

A todos os pacientes oncológicos que participaram da pesquisa

**DEDICO**

## AGRADECIMENTOS

À **Deus** pelo dom da existência e pela força que me impulsionou chegar até aqui.

À **Universidade Federal de Campina Grande**, Campus-CES, que me educou, proporcionou conhecimento e vivência na teoria e prática.

Aos meus pais **Walfredo Lopes Júnior e Assilene de Souto Dantas** pelo apoio e carinho oferecidos em todos momentos da minha vida e principalmente neste.

Aos meus irmãos **Christiane, Polion e Laila Beatriz** por fazerem parte da minha vida e pela confiança em mim depositada, meu imenso agradecimento.

Aos meus avós **Teonila Souto Dantas, Ana Maria Torres e Walfredo Lopes de Araújo** que de certa forma contribuíram em mais uma conquista da minha vida.

A minha orientadora **Profª. Glenda Agra**. Obrigada por todo apoio, paciência e compreensão durante essa trajetória.

Aos professores **Egberto Santos Carmo e Ana Paula Mendonça Falcone** por aceitarem participar da minha banca examinadora. Muito Obrigada!

Aos **professores** do Curso de Bacharelado em enfermagem que fizeram parte da minha vida acadêmica, por toda sabedoria e ensinamentos.

Aos **meus colegas**. Escolhemos este caminho e juntos chegamos ao término de um momento de grande importância, parte de nossa história vai ficando para trás, mas com certeza, tempo nenhum apagará o que juntos passamos, o que juntos vivemos! A saudade há de ficar. Obrigada por tudo!

À **Fundação Assistencial da Paraíba, a Lindomar de Farias Belém, a Dr. Diego Gadelha de Menezes e a toda equipe** pela acessibilidade e por ter aberto as portas para a realização desta pesquisa. Obrigada!

A minha querida e segunda mãe, **Teresa Simone**, com toda sua paciência e simplicidade me recebeu durante toda essa jornada e que mesmo distante dos meus pais estava sempre ali me tratando como uma verdadeira filha, me dando conselhos e mostrando o verdadeiro valor da vida. Obrigada!

E a todos que de certa forma contribuíram para realização desse sonho. O meu muito Obrigada!

***A DOR NÃO É UMA FLOR, A DOR É UMA RAIZ***

*Nos meandros da alma, no tremor do receio, e sem ninguém chamar, surpresa indesejada: ela penetra, pequeno roedor silencioso nos túneis do abismo, e contagia a claridade do sangue, despoja a carne calma de qualquer calor, devassa de repente o equilíbrio da voz, do sonho, do largo percurso. Companheira jamais pensada, vem veloz no débil pequeno intervalo entre a noite e o dia, feita reverso duma estrela que deixou de brilhar, e não batendo à porta acinza a casa, envenena a água, esboroa o pão, dominando absoluta sobre o cofre do ser.*

*Onde a esperança de expulsá-la?*

*Paul Monette*

## RESUMO

LOPES, Ana Ester Dantas. **Prevalência e características epidemiológicas e clínicas de pacientes oncológicos em uso de opioides com constipação intestinal.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2013, 64p.

A dor é um dos sintomas mais frequentes em pacientes acometidos pelo câncer, principalmente quando a doença encontra-se em estado avançado, afetando a qualidade de vida. Para o alívio da dor, os pacientes oncológicos fazem uso de medicamentos opioides, os quais produzem diversos efeitos colaterais, incluindo a constipação intestinal. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e características epidemiológicas e clínicas de pacientes oncológicos em uso de opioides com constipação intestinal. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e prospectiva realizada na Fundação de Assistência Paraibana (FAP) no município de Campina Grande, Paraíba durante os meses de fevereiro e março de 2013. Participaram desta pesquisa 20 pacientes oncológicos em uso de opioides apresentando constipação intestinal. A pesquisa foi realizada a partir de um questionário semi-estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas baseadas nos Critérios de Roma III e Escala de Bristol. Ao serem convidados a participar da pesquisa, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo. O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos mediante a participação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido no ato da entrevista. Para a apresentação dos dados foi adotada a estatística descritiva sendo utilizada o programa Microsoft Excel 2007 e análise dos dados foi discutida à luz da literatura pertinente. A partir deste trabalho conclui-se que a prevalência da constipação intestinal em decorrência da utilização de opioides foi maior em mulheres com faixa etária entre 41 e 51 anos de idade. Os aspectos clínicos do estudo revelam que a maioria dos participantes da pesquisa apresentou antecedentes familiares relacionados à doença neoplásica. A mastectomia foi o procedimento mais realizado e a droga de escolha mais utilizada foi morfina. No que se refere aos fatores de risco relacionados ao aparecimento da constipação intestinal estão: a diminuição da hidratação oral e a dificuldade quanto à privacidade ao evacuar. Em relação aos Critérios de Roma III e Escala de Bristol, todos os participantes da pesquisa relataram frequência diminuída no hábito intestinal (menos que três vezes por semana), dor ao evacuar, esforço ao evacuar e a maioria deles verbalizou que suas fezes tinham consistência endurecida e que eram difíceis de passar. De acordo com esses resultados vê-se a importância da constipação intestinal ser abordada pelo profissional



enfermeiro nas consultas de enfermagem, a fim de desenvolver ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à prevenção e/ou tratamento do problema.

Palavras-chave: Câncer. Constipação intestinal. Dor.

## ABSTRACT

LOPES, Ana Ester Dantas. **Prevalence and epidemiological and clinical characteristics of cancer patients during opioid use with chronic constipation.** Work of Course Completion (Bachelor of Nursing) – Center for Education and Health. University of Campina Grande. Cuité – PB, 2013, 64p.

Pain is one of the most common symptoms in patients affected by cancer, especially when the disease is in an advanced state, affecting the quality of life. For pain relief oncology patients make use of opioid drugs, which produce various side effects, including constipation. The aim of this study was to investigate the prevalence and clinical and epidemiological characteristics of cancer patients on opioids with constipation. This is a descriptive, cross-sectional and prospective held in Paraibana Assistance Foundation (PAF) in Campina Grande, Paraíba during the months of February and March 2013. Participated in this study in 20 cancer patients using opioids presenting constipation. The survey was conducted from a semi-structured questionnaire containing objective and subjective questions based on Rome III Criteria and Scale Bristol. To be invited to participate in the study, participants were informed about the purpose of the study. Secrecy, anonymity and withdrawal at any time of the survey were guaranteed by the participation of a Term of Consent, provided at time of interview. For the presentation of data was adopted descriptive statistics being used to program Microsoft Excel 2007 and analysis of the data was discussed in the light of relevant literature. From this work it is concluded that the prevalence of constipation due to use of opioids was highest in women aged between 41 and 51 years old. The clinical aspects of the study reveal that the majority of survey participants had a family history related to neoplastic disease. A mastectomy was the most performed and most widely used drug of choice was morphine. With regard to risk factors related to the onset of constipation are: the reduction of oral hydration and difficulty about privacy to evacuate. In relation to the Rome III Criteria and Scale Bristol, all survey participants reported decreased frequency in bowel habits (less than three times per week), pain on defecation, straining when defecating and most of them voiced their stool had hardened and that were difficult to pass. According to these results we can see the importance of constipation be addressed by nurses in nursing consultations, develop actions systematized and interrelated, for the prevention and / or treatment of the problem.

Keywords: Cancer. Constipation. Pain.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	- Escala de Bristol.....	22
----------	--------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os fatores de risco relacionados ao aparecimento da constipação intestinal.....	41
TABELA 2	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os Critérios de Roma III e Escala de Bristol.....	44
TABELA 3	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o manejo clínico da constipação.....	46

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o gênero.....	32
GRÁFICO 2	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária.....	33
GRÁFICO 3	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o estado civil.....	33
GRÁFICO 4	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a religião.....	34
GRÁFICO 5	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o grau de escolaridade.....	34
GRÁFICO 6	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o trabalho atual.....	35
GRÁFICO 7	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a data do diagnóstico.....	36
GRÁFICO 8	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os procedimentos realizados.....	36
GRÁFICO 9	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os casos de câncer na família.....	39
GRÁFICO 10	Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os opioides utilizados.....	40

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Constipação em pacientes oncológicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Local da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento da pesquisa.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>27</b>
<b>3.6</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>28</b>
<b>3.7</b>	<b>Procedimentos operacionais para a coleta de dados.....</b>	<b>28</b>
<b>3.8</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização dos participantes da pesquisa.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento para Coleta dos dados.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Anuência Institucional.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>64</b>
	<b>ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>66</b>



**FONTE: Google imagens, 2013**

## 1 INTRODUÇÃO

A constipação intestinal é classificada como um distúrbio relacionado à dificuldade na eliminação das fezes, que ocorre geralmente de três a quatro dias, causando a sensação de evacuação incompleta, desconforto abdominal ou dor como também há a necessidade de manobras que facilitem o trânsito do bolo fecal. Nesse caso, as fezes apresentam-se com volume reduzido e de forma endurecida. Esse distúrbio pode ser identificado por queixas relacionadas à anorexia, vômitos, náuseas, diarreia paradoxal, incontinência urinária, tenesmo e obstrução intestinal, além de ocasionar delírio em idosos (BRASIL, 2009).

Segundo Corrêa e Shibuya (2007), o câncer é uma doença de elevada incidência e prevalência no mundo. Anualmente, cerca de 11 milhões de novos casos são diagnosticados e sete milhões destes ocasionam em óbito. A dor é um dos sintomas mais frequentes em pacientes acometidos por essa enfermidade, principalmente quando a doença encontra-se em estado avançado, afetando a qualidade de vida.

De acordo com Santos (2002), para o alívio da dor os pacientes oncológicos fazem uso de medicamentos opioides, os quais podem produzir diversos efeitos colaterais, incluindo a constipação intestinal. Esses medicamentos atuam nos receptores opioides no trato gastrointestinal, causando diminuição dos movimentos propulsivos, aumentando o tempo de contato das fezes com a mucosa intestinal, contribuindo assim, com uma maior absorção de fluidos, favorecendo o endurecimento das fezes e sua difícil eliminação.

Em pacientes portadores de neoplasia, hospitalizados para receber tratamento antineoplásico, a prevalência de constipação varia de 70% a 100%. Estudos em pacientes com neoplasias avançadas e que recebem cuidados em *hospices* mostraram que 23% a 84% dos pacientes apresentavam constipação (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Uma análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos em um programa de dor e cuidados paliativos mostrou que a dor é o sintoma mais frequente, seguido pelos sintomas gastrintestinais e, entre estes, a constipação é o de maior incidência (FERREIRA, 2007).

A constipação intestinal é bastante evidente na população em geral, acometendo principalmente as mulheres. Esse distúrbio causa diversos sintomas desagradáveis e angustiantes na maioria das vezes e o mesmo se agrava devido ao grau de debilidade física, dificultando as evacuações espontâneas. Outros aspectos influenciadores para o desenvolvimento da constipação são a ingestão diminuída de fluidos e alimentos que não favorecem a eliminação intestinal (BRASIL, 2009).



Os sintomas da constipação intestinal podem variar de leves até graves. Quando leve, não causa grande impacto na qualidade de vida do paciente, mas quando grave há um enorme comprometimento da capacidade funcional, levando os pacientes a considerar esse sintoma algo ainda mais angustiante do que a dor. Nesse caso, alguns tentam até desistir ou diminuir o uso de opioides com o intuito de minimizar os sintomas da constipação (BRASIL, 2009).

Embora a constipação seja considerada essencialmente como um problema de diminuição da frequência das evacuações, os sintomas são considerados um pouco mais complicados e subjetivos. As manifestações podem incluir: dificuldade em evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, desconforto e mal-estar geral ou dor abdominal. Caso o manejo clínico da constipação não seja bem conduzido, pode gerar consequências negativas ao paciente, tais como: anorexia, náusea, perfuração intestinal, impactação fecal e incontinência, principalmente em idosos com mobilidade reduzida e déficit cognitivo (AZEVEDO et al., 2009).

As consequências da constipação intestinal crônica incluem: complexos hemorroidários, impactação fecal, prurido anal, diarreia paradoxal ou diarreia por transbordamento. Faz-se mister enfatizar que tais sintomas nos pacientes com nível de consciência rebaixado e em cuidados ao fim de vida podem induzir ou agravar um quadro de agitação psicomotora e *dilirium* (BRASIL, 2009).

O diagnóstico da constipação intestinal é realizado através de uma anamnese e exame físico, no entanto deve estar fundamentado na avaliação criteriosa de parâmetros que levem em consideração a frequência das evacuações e as características das fezes produzidas (FERREIRA, 2007).

Nesse ínterim, no contexto da constipação intestinal relacionada ao uso de opioides, medidas medicamentosas constituem a primeira escolha para manejo inicial, com ênfase em abordagem dietética e modificações de hábitos de vida. Os medicamentos laxativos estão indicados quando as primeiras alternativas falham, não demonstrando diferença significativa de eficácia entre eles, sobretudo por longo prazo. Quando usados em esquemas recomendados, sua segurança se equivale (SANTOS, 2002).

Nesta perspectiva, os cuidados paliativos é a melhor proposta de assistência ao paciente oncológico com constipação intestinal, pois visa cuidar de pessoas cuja doença não responde mais ao tratamento curativo e se caracteriza por preconizar uma postura ativa frente ao controle de sinais e sintomas inerentes à fase avançada da doença que se tornou impossível de curar. O objetivo dos cuidados paliativos é diminuir ao máximo o sofrimento físico e

psicológico e alcançar a melhor qualidade de vida possível para o paciente (CORRÊA; SHIBUYA, 2007).

A primeira motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu mediante vivência acadêmica, onde a pesquisadora participante participou como colaboradora de um projeto de extensão acadêmico denominado “Instrumentalização e sensibilização de pacientes com doença crônica”, cujo objetivo era oferecer informações e estratégias de cuidados frente à doença crônica e suas possíveis consequências. A partir dessa experiência, observou-se que a constipação era resultante de alimentação e medicamentos constipantes utilizados para minimizar a dor destes pacientes. A partir desse propósito, seguiu-se a afinidade com a temática. Nesse sentido, iniciei minha trajetória acadêmica na Graduação escolhendo como objeto de estudo a constipação intestinal. E é com base nesse caminho que me despertou o interesse de trabalhar a minha monografia, buscando respostas para os questionamentos desse período: qual a prevalência e caracterização epidemiológica e clínica de pacientes oncológicos em uso de opioides com constipação intestinal?

Diante disso, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e características epidemiológicas e clínicas de pacientes oncológicos em uso de opioides com constipação intestinal na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no município de Campina Grande-PB.

O motivo pelo qual se justifica a escolha do local da coleta de dados é por ser uma fundação assistencial filantrópica de referência da região da Borborema paraibana, que atende aos pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos.



**FONTE: Google imagens, 2013**

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O tumor maligno é um conjunto de patologias distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos. É definido como um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal sofre uma mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e inicia o processo de proliferação de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula. As células passam a ter características invasivas, e as alterações acontecem nos tecidos circunvizinhos. Essas células invadem esses tecidos e chegam até os vasos linfáticos e sanguíneos, os quais as transportam para outras áreas do corpo. Esse fenômeno é denominado de metástase (SMELTZER et al.,2012).

A neoplasia maligna é a segunda causa de morte por doença no Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de nove milhões de pessoas morrem desta doença a cada ano (SANTOS, 2002). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), 520 mil novos casos de câncer foram estimados para 2012. Estudos realizados por este instituto mencionam sete localizações novas de neoplasias malignas pautadas entre os tumores mais frequentes no país, destacando a bexiga, ovário, corpo do útero, tireoide (nas mulheres), sistema nervoso central, laringe (nos homens) e linfoma não Hodgkin. Os estudos revelam que os tipos de neoplasias malignas que mais afetam as regiões brasileiras são de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão (BRASIL, 2011).

Com relação à idade, pessoas com idade acima de 65 anos são mais afetados, embora possa acometer pessoas de todas as idades. Sua incidência é considerada mais elevada em homens do que em mulheres, como também nos setores e nações industrializadas (SMELTZER et al.,2012).

Dentre os principais tipos de câncer podemos citar o localizado na cavidade oral, de cólon e reto, de esôfago, de estômago e o de mama, o qual é considerado o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Os carcinomas de pele do tipo melanoma, do tipo não melanoma e câncer de próstata são considerados cânceres da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Já o câncer de pulmão apresenta aumento de 2% ao ano na incidência mundial, sendo considerado o mais comum de todos os tumores malignos, e o do colo do útero, também chamado de câncer cervical demora muitos anos para se desenvolver (BRASIL, 2011).

De acordo com Smeltzer et al., (2012), as opções de tratamento oferecidas aos pacientes oncológicos deverão ser baseadas de acordo com cada tipo específico de câncer. As

possíveis formas de tratamento podem incluir a erradicação da doença maligna, sobrevida prolongada, diminuição do crescimento da célula tumoral ou o alívio dos sintomas associados à doença.

Quando o processo de cura, de prolongamento e de abreviação da sobrevida não são considerados possíveis (como é o caso de pacientes com doença avançada e progressiva, o qual o prognóstico é limitado), o objetivo do tratamento é proporcionar uma qualidade de vida eficaz, controlando os sintomas e a doença com a terapêutica paliativa. Nesse sentido, o controle da dor assim como os problemas psicológicos, sociais e espirituais passam a ser prioridade (BRASIL, 2002; SANTOS, 2002).

Para Santos (2002), a dor no paciente oncológico é considerada crônica e progressiva, afetando assim, o sono, o apetite, além de deprimir o paciente e aumentar os riscos de suicídio.

De acordo com Silva et al. (2010), a dor causa um enorme impacto no que diz respeito a qualidade de vida do paciente, afetando o humor, influenciando o sono, mobilidade, ingestão alimentar, atividades da vida diária, contribuindo para anorexia, depressão, ansiedade, constipação, dispneia, astenia, além de prejudicar as relações sociais, familiares e laborais.

Aproximadamente 30% dos pacientes que passam por um tratamento de câncer apresentam dor, e essa proporção chega a aumentar para 70% a 90% em pacientes com doença avançada. Em virtude disso, é evidente a necessidade do alívio dessa dor, com o intuito de proporcionar uma sobrevida mais confortável a esse paciente e contribuir para que o mesmo possa desenvolver melhor sua capacidade funcional (SANTOS, 2002).

O controle da dor em pacientes com doença avançada é realizado através do uso de medicamentos opioides ou com auxílio da anestesia ou neurocirurgia. Porém, a utilização destes medicamentos produz diversos efeitos colaterais, incluindo a constipação intestinal devido a sua atuação direta no plexo mioentérico, diminuindo o peristaltismo (SANTOS, 2002).

Os opioides são analgésicos com maior ação constipante e esse efeito pode ser tão intenso que resulta na necessidade de interromper a medicação e incorrer em perda da analgesia (BRASIL, 2009).

## **2.1 Constipação em pacientes oncológicos**

Os opioides afetam a função do aparelho digestivo de várias formas, pois retardam o esvaziamento gástrico, produzindo gastroparesia secundária ao espasmo da região

antropilórica. Essa ação parece originar-se no sistema nervoso central e ser mediada pela dopamina. Os opioides também retardam a progressão do bolo alimentar através do intestino delgado, aumentando o tempo de trânsito. Esse efeito é mais intenso no jejuno e está relacionado a um aumento das contrações não propulsivas. O tempo de trânsito no cólon também é aumentado. Os opioides também podem fazer com que os pacientes experimentem uma diminuição na urgência para evacuar (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

As complicações do trato gastrointestinal são problemas frequentes em pacientes oncológicos e vão desde a disgeusia<sup>1</sup> e mucosite oral, passando por todo trato digestivo, até os intestinos, onde os efeitos adversos mais evidenciados são: constipação, impactação fecal, obstrução intestinal, diarreia e enterite actínica<sup>2</sup>. Além do tratamento, o próprio crescimento e disseminação tumoral podem contribuir para essas condições (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

A própria neoplasia pode levar a mudanças metabólicas e perda de massa corpórea, com um aumento do catabolismo e mudanças no apetite, com diminuição da ingestão. A radioterapia envolve a cavidade oral podendo levar a xerostomia<sup>3</sup>, mudanças no paladar e má aceitação alimentar. O tratamento quimioterápico pode associar-se a mudanças no paladar, com os pacientes referindo gosto metálico e alterações na percepção do sal, fazendo com que alguns alimentos se tornem intoleráveis (FERREIRA, 2007).

A fadiga associada à neoplasia ou aos tratamentos oncológicos, associada ou não à perda de massa muscular, leva os pacientes à inatividade física. A depressão psíquica ou limitações da deambulação por lesões esqueléticas podem agravar mais ainda a inatividade. A realização de exames complementares também influencia no hábito intestinal, pois podem contribuir para a constipação devido aos períodos repetidos de jejum para realização de exames laboratoriais, preparo do cólon para endoscopias e o uso de laxativos para tomografias abdominais, que causam o esvaziamento e constipação secundária (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Nesse sentido, vale ressaltar que a constipação intestinal é considerada uma grave patologia entre os pacientes acometidos por câncer em estado avançado e pode ser definida como a falta de frequência ou dificuldade de evacuar, devido à diminuição dos movimentos intestinais, em que ocorre a absorção de todos os fluidos e eletrólitos presentes nas fezes deixando-as ressecadas e endurecidas dificultando assim sua eliminação. Essa doença causa

---

<sup>1</sup> Disgeusia é a distorção ou diminuição do senso do paladar

<sup>2</sup> Enterite actínica é uma lesão intestinal decorrente do tratamento quimioterápico

<sup>3</sup> Xerostomia é um sintoma relacionado à faltade saliva

bastante dor e desconforto devido à diminuição da sensibilidade do ânus e reto ocasionado pela distensão causada por essas fezes (SANTOS, 2002; BRASIL, 2009).

De acordo com Torres e Diccini (2006), os principais fatores de risco para constipação envolvem a dieta pobre em fibras, ingestão hídrica diminuída, pouca atividade física, uso de medicamento constipante, falta de privacidade para evacuar, mudança no estilo de vida, uso indiscriminado de laxantes e inibição da função fisiológica da defecação.

As manifestações clínicas relacionadas à constipação intestinal incluem a sensação de esvaziamento retal incompleto, dor abdominal, flatulência, distensão, anorexia, cefaleia, edema, presença ou não de náuseas, incontinência urinária, saciedade precoce e alterações no humor (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; BRASIL, 2009).

Em cuidados paliativos, geralmente os pacientes passam a apresentar falta de apetite, desinteresse por alguns alimentos, até mesmo por aqueles considerados preferidos. Em decorrência disso, pode acontecer perda ponderal, aporte nutricional inadequado, aumento do número de infecções, redução do tecido magro e adiposo e até mesmo caquexia (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; AZEVEDO et al, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), as principais consequências relacionadas à constipação intestinal incluem a impactação fecal, prurido anal, complexos hemorroidários, diarreia paradoxal ou por transbordamento, além de que todos esses sintomas contribuem para a diminuição do nível de consciência, agitação psicomotora e *delirium*.

O diagnóstico de constipação intestinal é realizado através de uma anamnese e exame físico, além de uma avaliação da frequência das evacuações, das características das fezes produzidas e de alguns sinais e sintomas de grande relevância. Dada a natureza subjetiva da constipação como sintoma, é necessário que a investigação englobe o histórico de hábito intestinal, mudanças dietéticas, uso de medicamentos e as repercussões que a constipação está causando na vida do paciente (BRASIL, 2009).

O exame físico pode identificar algumas possíveis causas de constipação e sinais associados. A inspeção do abdome pode revelar a presença de massas tumorais neoplásicas ou a presença de material fecal acumulado. A ausculta pode mostrar alterações na intensidade e frequência dos ruídos hidroaéreos, tanto para mais, sugerindo processos obstrutivos, como para menos, na constipação induzida por opioides e nos quadros de íleo adinâmico (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração, de acordo com os autores supracitados, é que na obstrução por fecaloma é possível palpar-se a massa volumosa, de localização variável no abdome, geralmente hipogástrico, e que à palpação é moldável,

apresentando a sensação tátil de despregamento quando a pressão exercida sobre a mesma é relaxada ratificado pelo Sinal de Gersuny (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

O exame digital retal deve ser sempre realizado para verificar o tônus do esfíncter anal, a presença de fezes no reto e sua consistência e, eventualmente, a presença de lesões tumorais. A radiografia simples de abdome em posição ortostática e em decúbito dorsal horizontal pode revelar a presença de níveis hidroaéreos, redução do meteorismo intestinal, grandes massas tumorais deslocando as alças intestinais ou a presença de material fecal em quantidade aumentada (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Conforme Caponero e Teixeira (2007), em alguns casos, a colonoscopia, a tomografia computadorizada ou a ressonância nuclear magnética de abdome e pelve podem ser necessárias para a elucidação diagnóstica. Além desses métodos, atualmente são adotados os Critérios de Roma III e Escala de Bristol (BRASIL, 2009).

Os Critérios de Roma III definem a constipação funcional como sendo a presença, por pelo menos três meses, de dois ou mais dos seguintes sintomas: duas ou menos evacuações por semana; massa do bolo fecal com menos de 35g/dia; aumento no esforço para evacuar em mais de 25% das evacuações; ou fezes endurecidas e em grumos em mais de 25% das evacuações (BRASIL, 2009).

A Escala de Bristol permite a classificação visual das fezes em sete tipos distintos. O tipo um é representado por bolinhas duras e difíceis de passar; no tipo dois, as fezes são moldadas, mas embotadas; já o tipo três é representado por fezes moldadas com rachaduras na superfície; o tipo quatro são moldadas, lisas e macias; no tipo cinco, as fezes apresentam-se como pedaços macios com bordas definidas e fáceis de passar; o tipo seis é representado por fezes pastosas e amolecidas e, por fim o tipo sete, que se caracteriza por fezes completamente líquidas (BRASIL, 2009).

Segue o Quadro 1 demonstrando o aspecto das fezes de acordo com a Escala de Bristol.



**Quadro 1 – Escala de Bristol**

FONTE: Google imagens, 2012

A constipação, na maioria das vezes, causa mudanças negativas na qualidade de vida dos pacientes, levando-os a considerá-la um fator mais angustiante do que a própria dor. Esses chegam até a recusar a administração dos opioides, para diminuir tal sintoma (BRASIL, 2009).

O tratamento para constipação intestinal inclui sua prevenção sempre que possível, a eliminação de fatores causais ou agravantes e uso criterioso de laxativos. A identificação do tratamento das condições subjacentes é primordial, mas, assim como em outros sintomas, o tratamento das causas pode ser possível em pacientes com doenças em fase avançada, de forma que a melhor opção de tratamento deve ser sempre individualizada dentro de cada contexto clínico. O objetivo do tratamento é conseguir restaurar o hábito intestinal normal ou o desaparecimento da sensação de desconforto causada pela constipação (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

As medidas não farmacológicas devem sempre ser adotadas como primeira opção ou associadas às intervenções farmacológicas. As medidas consideradas não farmacológicas abrangem: manter os horários para as funções fisiológicas, (na medida do possível, podem contribuir para melhora no funcionamento intestinal); procurar prover o paciente de tempo e ambiente adequados; manter um balanço hídrico positivo; aumentar a quantidade de fibras na dieta; encorajar exercícios físicos de acordo com a capacidade física de cada paciente; nos pacientes restritos ao leito, estimular a movimentação das pernas e o exercício da musculatura

abdominal; e, por fim, valorizar o componente psicológico ou psiquiátrico. Já as medidas farmacológicas adotadas abordam: administrar medicamentos formadores de massa, laxantes salinos, amolecedores fecais, laxantes estimulantes, lubrificantes e antagonistas opioides (FERREIRA, 2007; CUNHA; MORAIS; OLIVEIRA, 2008).

Algumas precauções especiais devem ser recomendadas, tais como: evitar o uso de agentes por via retal em pacientes apresentando trombocitopenia, leucopenia e/ou mucosite pela neoplasia ou pelo tratamento antineoplásico e evitar manipulações anais em pacientes imunocomprometidos, pois essas ações podem levar ao desenvolvimento de fissuras anais ou abscessos, que são porta de entrada para infecções (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007; FERREIRA; 2007).

O tratamento cirúrgico é reservado para os pacientes com sintomas graves de constipação intestinal e que foram refratários ao tratamento medicamentoso. A proposição pode ser o esvaziamento do fecaloma, por via retal, ou colectomias quando há volvos (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007; FERREIRA; 2007).

Os atendimentos médicos e nutricionais simultâneo permitem a interação entre os profissionais quanto à escolha da terapia medicamentosa e dietoterápica adequada a cada paciente, diminuindo os efeitos colaterais possíveis das medicações. A intervenção precoce nutricional permite que haja melhor controle dos sintomas, do tipo de dieta ofertada e do volume de alimentos (SILVA et al., 2010).

Neste ínterim, conforme autores supracitados, o cuidado paliativo é desenvolvido com o intuito de oferecer um cuidado humanizado ao paciente, promovendo a satisfação do indivíduo com seu bem estar, funcionamento de seu organismo, seu aspecto psicológico, desempenho físico e intelectual, sua vida familiar e espiritual.

De acordo com os autores supracitados, a melhora dos sintomas reflete diretamente na capacidade funcional do paciente, que consegue realizar suas atividades habituais sem depender exclusivamente do cuidador, trazendo conforto e auxiliando na busca pela sensação de bem estar. A intervenção interdisciplinar em pacientes oncológicos em cuidados paliativos visa tratar o indivíduo como um todo, controlar a dor e os demais sintomas decorrentes da neoplasia, promover sua autonomia e fornecer assistência à família.



**FONTE: Google imagens, 2013**

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa transversal e prospectiva, que segundo Haddad (2004), descreve uma situação ou fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico. Portanto, esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento.

A direcionalidade temporal da pesquisa é caracterizada por ser prospectiva, ou seja, é contemporânea e concorrente; monta-se no presente e é seguido para o futuro e apresenta as exigências inerentes à padronização e qualidade das informações colhidas (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2003).

#### **3.2 Local da pesquisa**

O cenário da pesquisa se desenvolveu no Hospital da FAP, localizado no município de Campina Grande na Paraíba, que atende a pacientes em regime de cuidados paliativos. Esta fundação oferece à sociedade serviços oncológicos (radioterapia, ambulatório do câncer, oncologia clínica, cirurgia oncológica e quimioterapia), serviços gerais (raios x, ultrassonografia, mamografia, intensificador de imagem e endoscopia digestiva) e serviços de apoio (Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia hospitalar, serviço social, humanização na radioterapia, farmacovigilância).

#### **3.3 População e amostra**

Para Gil (2008), a população envolve informações acerca do universo a ser estudado. O universo estudado foi composto por pacientes oncológicos, em uso de opioides, que apresentassem constipação intestinal. Quando o pesquisador seleciona uma amostra, ou seja, uma pequena parte de uma população, espera que esta parcela represente toda a população do estudo. Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes

com idade igual ou superior a 18 anos; que estivessem fazendo uso de fármacos opioides; que apresentassem constipação; que aceitassem participar da pesquisa; que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e apresentassem condições físicas e mentais para responder à entrevista.

Nesta perspectiva, a amostra foi constituída por 20 pacientes oncológicos, em uso de opioides, com constipação intestinal.

### **3.4 Instrumento da pesquisa**

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Dessa forma, a pesquisa foi realizada a partir de um questionário semi-estruturado, contendo questões objetivas acerca dos dados epidemiológicos e clínicos dos pacientes oncológicos, em uso de opioides, com constipação intestinal, baseado nos Critérios de Roma III e Escala de Bristol e questões subjetivas relacionadas aos aspectos psicossociais.

### **3.5 Considerações Éticas**

O crescimento rápido das pesquisas envolvendo seres humanos tem levado à preocupações éticas e debates quanto à proteção dos direitos das pessoas que participam das pesquisas em enfermagem. De acordo com Nogueira et al. (2012), a ética pode ser compreendida como o modo de ser dos humanos, um conjunto de valores que dirigem o comportamento do homem em relação aos outros em busca do equilíbrio das relações sociais.

Durante a realização desta pesquisa foram explicados aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, quais as vantagens na sua participação, participação voluntária, retirada ou exclusão do estudo, o caráter confidencial das informações, como também o nome, endereço e número de telefone dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto, ou para comunicarem a desistência.

Essas informações atenderam às Normas da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). De acordo com Nogueira et al. (2012), esta resolução é o principal normativo que regula as pesquisas com seres humanos, tendo como objetivo proteger e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Como esta pesquisa foi realizada diretamente com seres humanos, seguiu todos os princípios descritos nessa resolução.

Segundo a Resolução nº 196/96, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais como: o consentimento livre e

esclarecido dos sujeitos-alvo (autonomia); avaliação dos riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maledicência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

### **3.6 Coleta de dados**

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, a coleta de dados realizou-se nos meses de fevereiro e março de 2013.

### **3.7 Procedimentos Operacionais para a Coleta de Dados**

Na fase inicial, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página Eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional ao Secretário Municipal de Saúde do município de Cuité, Paraíba, para realizar a pesquisa nas referidas Unidades de Saúde da Família, com sua devida assinatura da Folha de Rosto; e 3. Submissão da Folha de Rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para a apreciação e aprovação do projeto.

Após a aprovação do CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE 10005812.6.0000.5188, foi dado início às atividades da coleta nos meses de fevereiro e março de 2013.

Inicialmente, a pesquisadora participante entrou em contato com a Coordenação de Ensino e Pesquisa da Fundação Assistencial da Paraíba, com intuito de explicar a pesquisa e seus objetivos. Logo após, dirigiu-se ao setor da Oncologia Clínica a fim de conhecer os participantes da pesquisa. Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora coletou dados

referentes à idade dos pacientes e da prescrição medicamentosa através de dados secundários (prontuários) e selecionou os pacientes que tinham idade igual ou superior a 18 anos e que faziam uso de medicamentos opioides. Tal procedimento obedeceu aos critérios de inclusão citados anteriormente. Logo após, constatou-se 64 prontuários que abrangia tais critérios, contudo somente 20 pacientes apresentaram constipação intestinal baseado nos Critérios de Roma III e Escala de Bristol.

Ao identificar os pacientes, a pesquisadora apresentou a pesquisa, sua finalidade e importância e convidou-lhe a participar desta. Também foi solicitada a gravação da entrevista, o caráter voluntário, o anonimato da participação e a possibilidade de desvinculação da pesquisa sem danos pessoais. Em seguida, os participantes da pesquisa foram convidados à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura foi solicitada a assinatura deste e assim deu-se início à entrevista.

A entrevista realizou-se nas enfermarias da Oncologia Clínica, as respostas foram gravadas através de um aparelho MP3 de marca Sony e a duração destas variou conforme a capacidade dos participantes em fornecer as informações desejadas. Em média, a duração foi de 30 minutos. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente aos participantes da pesquisa e, quando necessário, a entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas textualmente e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação dos participantes do estudo extraíndo os dados clínicos e epidemiológicos.

### **3.8 Análise de dados**

Para a apresentação dos dados foi adotada a estatística descritiva sendo utilizado o programa Microsoft Excel 2007 e análise dos dados foram discutidos à luz da literatura pertinente.



**FONTE: Google imagens, 2013**



## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa**

A constipação pode ser classificada como sendo de origem orgânica quando é secundária a alguma doença, como câncer de cólon ou por qualquer patologia capaz de impedir o movimento do conteúdo intestinal, como aderências que causem constrição do intestino e úlceras (COTA; MIRANDA, 2006).

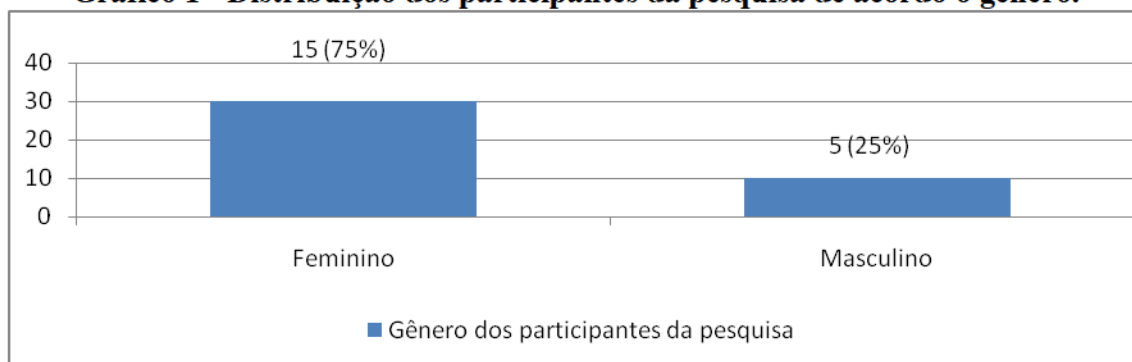
Neste contexto, há uma variedade de opiniões individuais sobre o que se pode considerar constipação. Alguns se sentem constipados quando não conseguem evacuar diariamente, outros quando as fezes são duras, ou ainda quando a evacuação é dolorosa. A história clínica do paciente são peças-chave para se avaliar a constipação intestinal, sendo que uma boa anamnese é imprescindível (COTA; MIRANDA, 2006).

Assim, a constipação é um problema relevante em saúde pública, precisando ser avaliado por cuidadores em atenção primária e secundária, gastroenterologistas e gestores de saúde. Embora somente um terço das pessoas afetadas procure atendimento médico, os custos de tratamento de constipação chegam a milhões de reais por ano despendidos somente com laxativos de venda sem prescrição médica. Em aproximadamente 85% das consultas são prescritos laxativos (WANNMACHER, 2005).

Os dados foram extraídos através de entrevistas realizadas com pacientes oncológicos em uso de opioides com constipação intestinal. Antes de iniciar as entrevistas, as pesquisadoras coletaram dados referentes à idade dos pacientes e da prescrição medicamentosa através de dados secundários (prontuários) e selecionaram os pacientes que tinham idade igual ou superior a 18 anos e que faziam uso de medicamentos opioides. Tal procedimento obedeceu aos critérios de inclusão citados anteriormente. Após este procedimento, constatou-se 64 prontuários, que abrangiam tais critérios, contudo somente 20 pacientes apresentaram constipação intestinal.

Nesta perspectiva, a amostra foi constituída por 20 pacientes oncológicos, em uso de opioides, com constipação intestinal.

O Gráfico 1 representa a distribuição dos participantes da pesquisa, no que refere às variáveis de gênero, onde observou-se prevalência do gênero feminino.

**Gráfico 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo o gênero.**

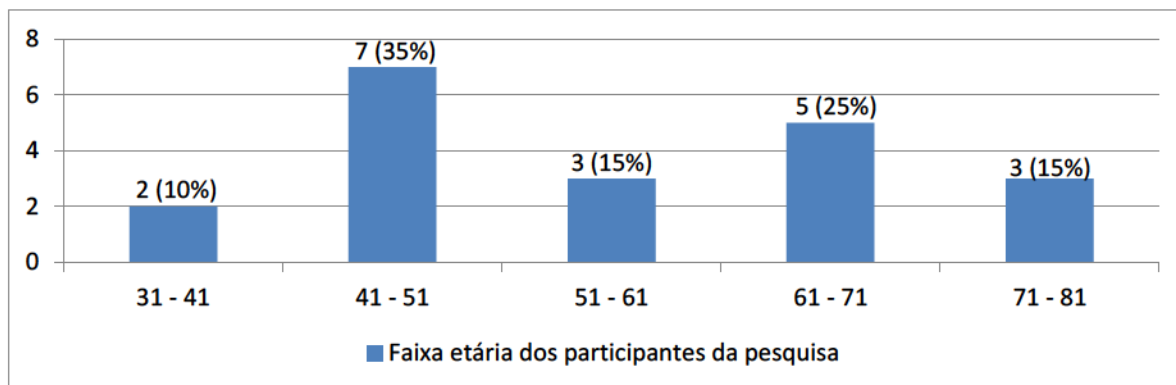
**Fonte: Dados da pesquisa, 2013**

De acordo com o Gráfico 1, a maioria dos participantes da pesquisa é do gênero feminino, correspondendo a 15 (75%) pacientes da amostra. Nesse sentido, Wannmacher (2005) e Collete, Araújo e Madruga (2010) ressaltam que a constipação intestinal acontece mais em mulheres, devido às alterações hormonais. Durante a fase lútea do ciclo menstrual há um aumento dos níveis de estrogênio e isso faz com que o tempo de trânsito intestinal fique mais lento, contribuindo para uma maior absorção de líquidos. Cota e Miranda (2006) afirmam que as mulheres requerem uma menor demanda energética e, portanto, tendem a ingerir uma menor quantidade de alimentos e fibras podendo este fato estar associado à constipação intestinal, visto que, este nutriente proporciona benefícios ao funcionamento do intestino.

Nesta perspectiva, Trisóglia et al. (2010) ressaltam que a associação epidemiológica entre sexo feminino e as altas taxas de prevalência de constipação intestinal é amplamente relatada na literatura. Uma das explicações para o fato seriam os fatores hormonais, considerando-se que durante a fase lútea do ciclo menstrual o risco de manifestações de sintomas de constipação intestinal estaria aumentado em consequência da ação da progesterona, a qual também é encontrada em níveis elevados durante os dois últimos trimestres da gestação (fator epidemiologicamente associado à constipação intestinal). Danos à musculatura do assoalho pélvico durante cirurgias ginecológicas e obstétricas também poderiam justificar tal prevalência.

O Gráfico 2 representa a faixa etária dos participantes da pesquisa, em que teve predominância na faixa etária de 41 a 51 anos, o que corresponde a sete (35%) participantes da pesquisa.

**Gráfico 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

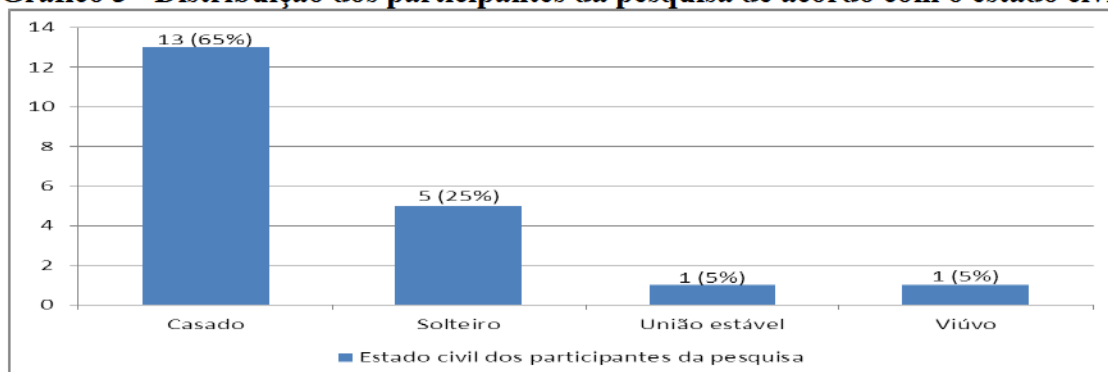
Em relação à idade, houve predominância na faixa etária de 41 a 51 anos correspondendo a sete (35%) participantes da pesquisa, seguido daqueles com idade entre 61 a 71 anos, representado por cinco (25%) pacientes; outros três (15%) apresentaram faixa etária entre 51 e 61 anos; três (15%) pacientes tinham idade entre 71 e 81 anos e somente dois (10%) tinham idade entre 31 e 41 anos.

Neste contexto, Rodriguez, Dantas Júnior e Moraes Filho (2009) salientam que a constipação ocorre com maior incidência em pessoas com idade superior a 40 anos, sendo mais prevalente em mulheres e mais comum em famílias de baixa renda.

De acordo com Andre, Rodriguez e Morais filho (2000), os pacientes com idade avançada estão mais propensos a desenvolver constipação intestinal pela diminuição do tônus da musculatura, presença de doenças crônicas, debilidade e uso excessivo de medicamentos.

O Gráfico 3 revela a distribuição dos participantes da pesquisa conforme o estado civil, com predominância dos casados, correspondendo a 13 (65%) pacientes.

**Gráfico 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o estado civil.**

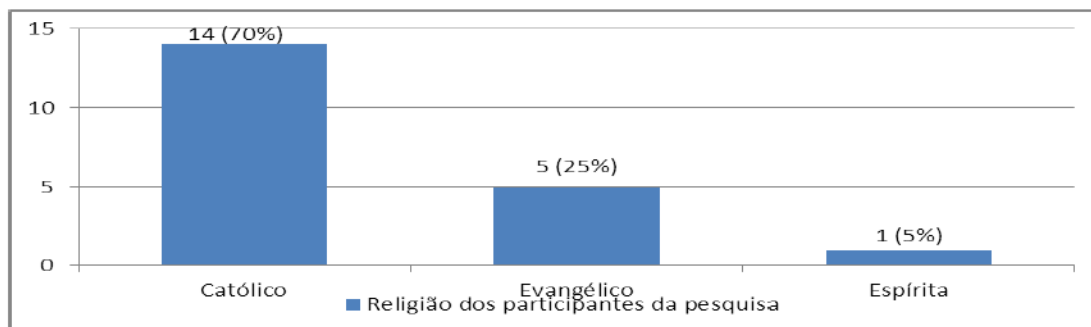


Fonte: Dados da pesquisa, 2013

No que diz respeito ao estado civil dos participantes entrevistados, treze (65%) eram casados, cinco (25%) solteiros, um (5%) viúvo e um (5%) com união estável.

O Gráfico 4 demonstra a distribuição dos participantes da pesquisa segundo à religiosidade, correspondendo a 14 (70%) católicos, cinco (25%) evangélicos e um (5%) espírita.

**Gráfico 4-Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a religião.**

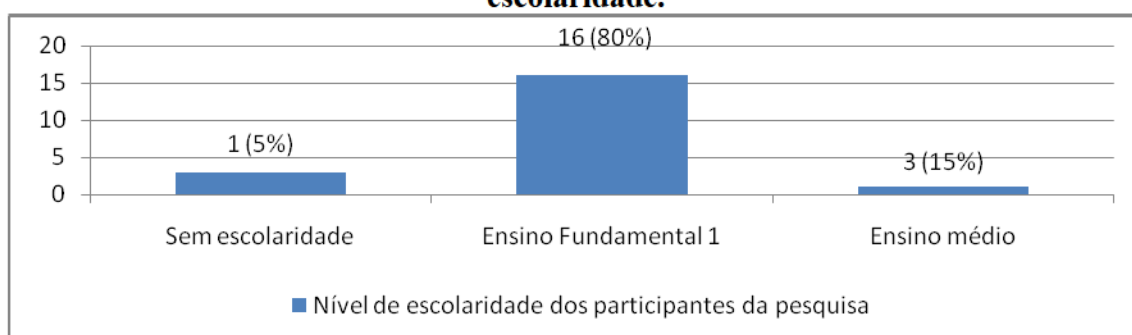


**Fonte: Dados da pesquisa, 2013**

De acordo com dados do censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, mas, na última década, a Igreja teve uma redução da ordem de 1,7 milhão de fieis, um encolhimento de 12,2%. A tendência de redução dos católicos e de expansão das correntes evangélicas era algo esperado. Mas pela primeira vez o Censo detecta uma queda em números absolutos. Antes do levantamento de 2010, o quadro era apenas de crescimento de católicos em ritmo cada vez menor. Mantida essa tendência, em no máximo 30 anos católicos e evangélicos estarão empatados em tamanho na população. Os números mostram uma redução acentuada de poder da Igreja Católica no país nas últimas décadas: a mudança foi lenta entre 1872 e 1970, com perda de 7,9% de participação no total da população ao longo de quase um século; e tornou-se acelerada nos últimos 20 anos, quando a retração foi de 22%.

O Gráfico 5 representa o nível de escolaridade dos participantes e demonstra que 16 (80%) pacientes possuem ensino fundamental.

**Gráfico 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o grau de escolaridade.**



**Fonte: Dados da pesquisa, 2013**

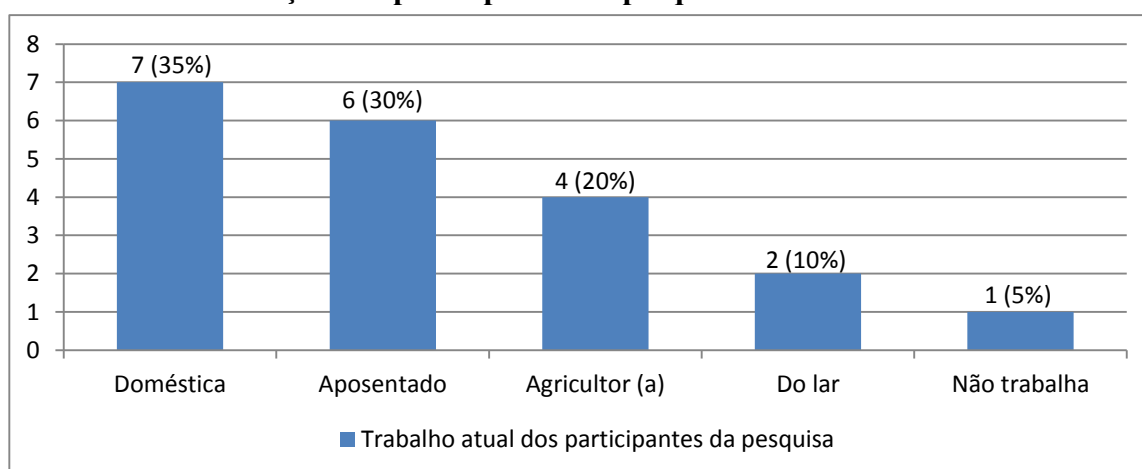
O Gráfico 5 aponta que dezesseis (80%) participantes possuem o ensino fundamental 1, três (15%) não apresentam escolaridade e um (5%) possui o ensino médio.

Segundo dados do censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 12% da população brasileira são considerados sem escolaridade, uma porcentagem elevada, principalmente quando se leva em conta que a formação é cada vez mais exigida pelo mercado de trabalho. Considerando as pessoas de 25 anos ou mais de idade, observou-se que 49,3% eram sem instrução ou não tinham sequer concluído o ensino fundamental, enquanto 11,3% tinham pelo menos curso superior de graduação completo. Esse último indicador ficou em 7,6% na região Norte, 7,1% na Nordeste, 12,1% na Sul, 13,2% na Centro-Oeste e 13,7% na Sudeste. O percentual referente à parcela sem instrução ou com o fundamental incompleto foi maior nas regiões Nordeste (59,0%) e Norte (53,6%). Os dados de 2000 e 2010 foram harmonizados para que pudessem ser comparados. Considerando as pessoas de 25 anos ou mais de idade, verificou-se que o percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto caiu de 64,0% para 49,3% no total, de 58,8% para 44,2%, na área urbana, e de 90,3% para 79,6%, na área rural. Na população masculina, a queda foi de 64,8% para 50,8%, e na feminina, de 63,4% para 47,8%.

De acordo com Andre, Rodriguez e Moraes Filho (2000), a constipação afeta frequentemente famílias com baixa renda e baixo nível educacional.

O Gráfico 6 demonstra o trabalho atual dos participantes da pesquisa, distribuídos em sete (35%) domésticas, seis (30%) aposentadas, quatro (20%) agricultoras, duas (10%) se diziam ‘do lar’ e uma (5%) não exercia nenhuma atividade laboral.

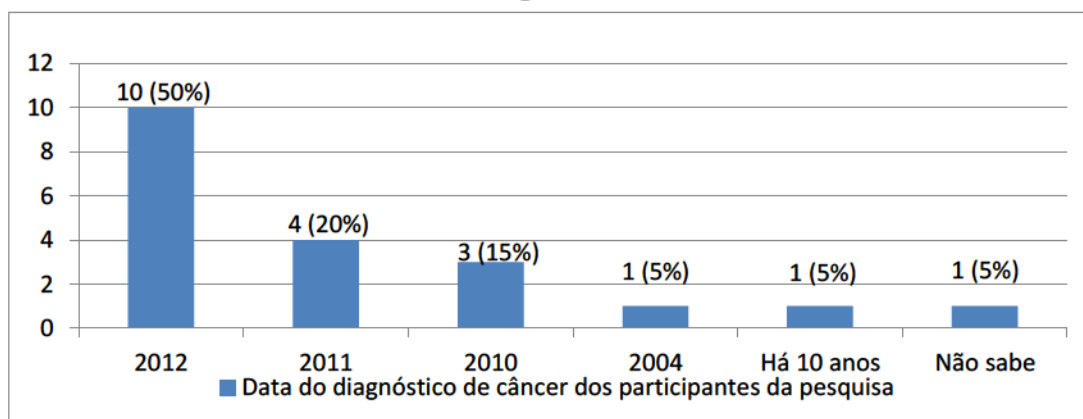
**Gráfico 6 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o trabalho atual.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O gráfico 7 abaixo demonstra a distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a data do diagnóstico de câncer. Conforme destaca, a predominância equivale a 10 (50%) participantes da amostra, os quais afirmaram ter recebido o diagnóstico em 2012.

**Gráfico 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a data do diagnóstico**

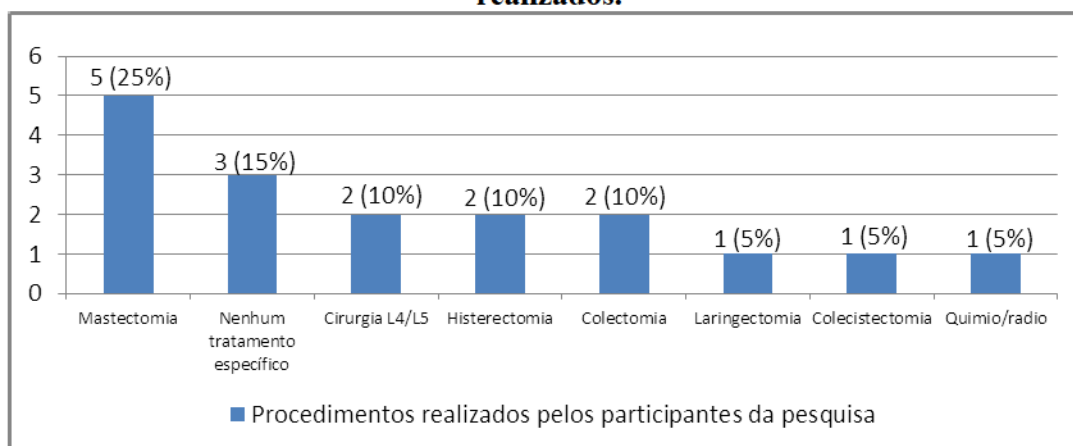


Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O gráfico 7 retrata a distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a data do diagnóstico de câncer. Segundo os dados coletados, 10 participantes (50%) obtiveram diagnóstico em 2012, seguido de quatro (20%) em 2011, três (15%) participantes obtiveram diagnóstico em 2010, um (5%) em 2004, um (5%) há mais de dez anos e um (5%) afirma não saber a data do diagnóstico.

Neste sentido, Sales et al. (2001) afirmam que a detecção precoce do câncer, o avanço no tratamento, o número crescente de sobreviventes e a maior importância atribuída aos fatores psicossociais tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos com câncer.

**Gráfico 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os procedimentos realizados.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2013

O Gráfico 8 destaca que a mastectomia foi o procedimento que teve maior incidência, representado por cinco (25%) pacientes, (15%) pacientes não tinham realizado nenhum tratamento específico; dois (10%) pacientes realizaram, respectivamente, cirurgias espinhais, histerectomia e colectomia e um (5%) paciente realizou, respectivamente, laringectomia, colecistectomia e tratamento quimioterápico e radioterápico, respectivamente.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2011), a mastectomia é uma cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Após a realização desta cirurgia, é necessário cuidados principalmente em relação ao braço do mesmo lado da mama operada.

Como a mastectomia foi o procedimento mais realizado dentro da amostra desse estudo, vale ressaltar que o tumor de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos novos casos a cada ano, sendo o segundo mais frequente no mundo. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente eficaz. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, devido ao fato de que este ainda é diagnosticado em estágios avançados. No que se refere à população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Este tipo de neoplasia maligna é considerada rara antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas mostram aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 foi registrado um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. A estimativa em 2012 foi de 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil (INCA, 2009).

O Gráfico 8 aponta que três (15%) pacientes não tinham realizado nenhum tratamento específico, ou seja, estavam internos, em regime de cuidados paliativos, esperando o procedimento peculiar ao diagnóstico.

As cirurgias realizadas na coluna na altura de L4 e L5 evidenciadas no gráfico, diz respeito à retirada de tumor nestas regiões. Laminectomia descompressiva é a ressecção de uma pequena porção da coluna lombar para obter acesso à medula espinal ou remoção cirúrgica dos arcos ósseos das vértebras espinhais realizada para aliviar a compressão da corda espinal devido a deslocamento de um disco ou a uma hérnia discal e com o fim de aliviar a dor. A remoção completa da lâmina da coluna lombar pode causar problemas de instabilidade da mesma; por esse motivo, os cirurgiões ao invés de removerem a lâmina, cortam uma das suas partes, introduzindo-a de volta, enquanto a outra parte abre como uma charneira. Os tumores presentes nessa região ocasionam a estenose de canal lombar, onde ocorre um

estreitamento do diâmetro do canal lombar devido alterações degenerativas dos discos, articulações facetárias e ligamentos, levando a compressão de várias raízes presentes no canal vertebral gerando dor lombar, nas pernas e dificuldade para caminhadas. Nestes casos, quando indicado tratamento cirúrgico, realiza-se a remoção das lâminas ampliando o diâmetro do canal e descomprimindo as raízes nervosas (MELO; BARROS, 2009).

A histerectomia foi um dos procedimentos mais realizados nos participantes da pesquisa. Nesta perspectiva, vale ressaltar que no Brasil, este procedimento representa a segunda cirurgia mais realizada entre mulheres em idade fértil. Consiste na retirada cirúrgica do útero, órgão feminino comumente investido de grande carga afetiva e vinculado à fertilidade e sexualidade, sendo considerado importante representante da feminilidade. Pode desencadear fortes mudanças refletidas no corpo, no psiquismo e no social quando se fala em tratamento cirúrgico (MELO; BARROS, 2009).

Outro dado relevante da pesquisa destacado no Gráfico 8 foi a colectomia. Neste sentido, vale enfatizar que o câncer de cólon e reto é predominantemente o adenocarcinoma, que se origina do revestimento epitelial do intestino. Este pode apresentar-se como um pólipó benigno, mas pode tornar-se maligno, invadir e destruir os tecidos normais e estender-se para dentro das estruturas circunvizinhas. Os sintomas são determinados de acordo com a localização do câncer, estágio da doença e função do segmento intestinal no qual este se localiza. O sintoma mais evidente é uma alteração nos hábitos intestinais. A eliminação de sangue nas fezes também é muito frequente, além da anemia, anorexia, perda ponderal e fadiga. O tratamento do câncer colorretal depende também do estágio da doença e consiste em cirurgia para remover o tumor, terapia de suporte e terapia auxiliar (SMELTZER et al., 2012).

A laringectomia, a colecistectomia e os tratamentos radioterápico e quimioterápico foram procedimentos destacados no Gráfico 8 como sendo um dos mais realizados entre os participantes da pesquisa. Por ventura, vale realçar que segundo o INCA (2005), o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando aproximadamente 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. Em média 2/3 desses tumores surgem nas cordas vocais verdadeiras e 1/3 acomete a laringe supraglótica (região acima das cordas vocais). Na região de cabeça e pescoço, os procedimentos cirúrgicos geralmente são invasivos podendo causar lesões estéticas irrecuperáveis (uso do traqueostomia e sonda nasogástrica, cicatriz), com um significativo comprometimento funcional (perda da voz, movimentos dos ombros limitados, perda do sentido olfativo, impossibilidade de imersão em líquidos). Em função disto, qualquer



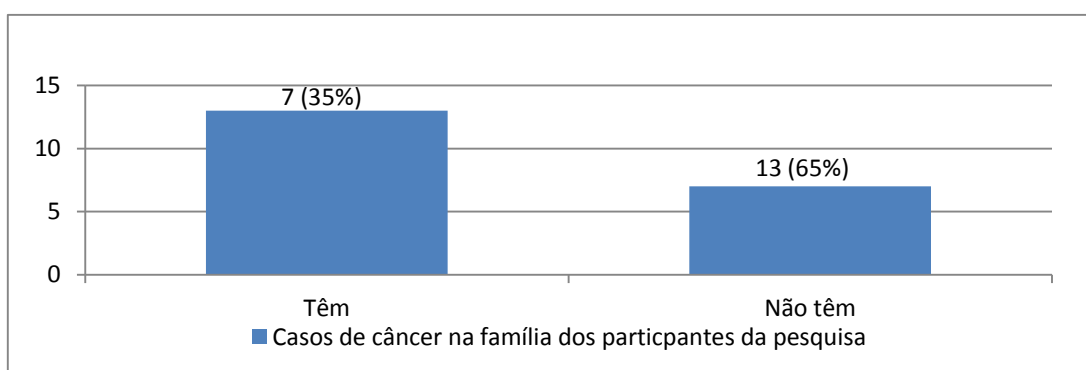
tipo de cirurgia necessitará de readaptações por parte do doente e da sua família e consequente suporte emocional para adaptação à imagem corporal alterada (BARBOSA et al.,2004).

A colecistectomia evidenciada no Gráfico 8 consiste na remoção da vesícula biliar através de uma incisão abdominal depois que a artéria e o duto cístico são ligados. Tal procedimento é realizado para a melhora da colecistite aguda e crônica (SMELTZER et al., 2012).

A radioterapia é empregada para interromper o crescimento celular, mas também pode ser utilizado para controlar a doença maligna quando o tumor não pode ser removido por meio de cirurgia ou quando a metástase nodal local está presente, ou ainda pode ser usada profilaticamente para evitar a infiltração leucêmica do cérebro ou da medula espinhal. A radioterapia paliativa é empregada para aliviar os sintomas da doença metastática, principalmente quando a doença se espalhou para o cérebro, osso ou tecidos moles. Na quimioterapia, os agentes antineoplásicos são usados na tentativa de destruir as células tumorais ao interferir com as funções celulares e a reprodução. Esta é usada para tratar a doença sistêmica em lugar de lesões que são localizadas e adequadas para cirurgia ou radiação (SMELTZER et al.,2012).

O Gráfico 9 aborda a existência de casos de câncer na família, onde 13 (65%) dos participantes da pesquisa verbalizaram possuírem antecedentes familiares de neoplasias.

**Gráfico 9 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os casos de câncer na família**



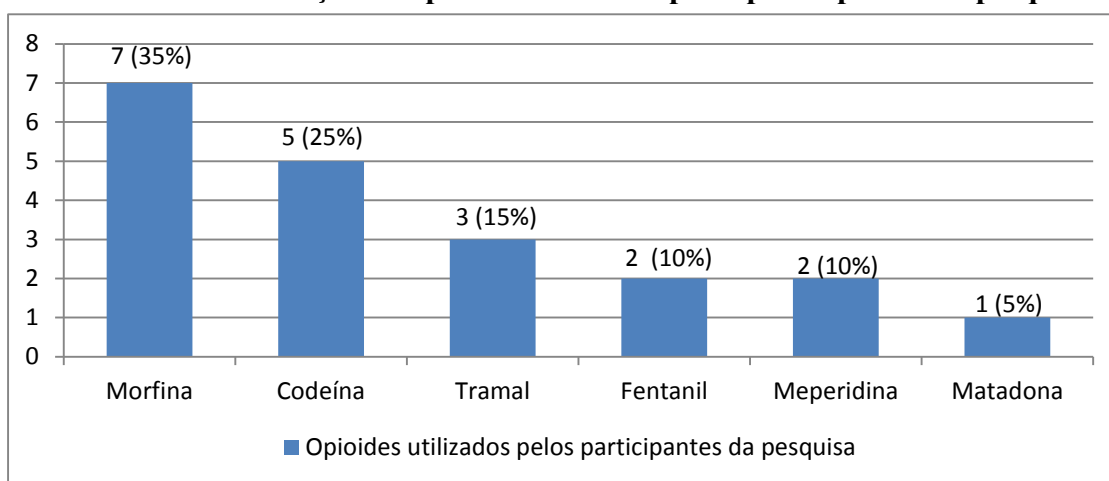
Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Conforme exposto no Gráfico 9, dos vinte entrevistados, 13 (65%) afirmaram possuir na família casos de câncer e apenas sete (35%) afirmaram não apresentar casos de neoplasia maligna na família. Neste sentido, segundo Smeltzer et al.( 2012) quase todo tipo de tumor maligno possui uma base familiar. Isso pode ser gerado pela genética, ambientes compartilhados, fatores culturais ou de estilo de vida, ou apenas por acaso. Os fatores genéticos desempenham certo papel no desenvolvimento da célula cancerosa. Os padrões

cromossomais anormais e o câncer foram associados a cromossomas extraordinários, muito poucos cromossomos ou cromossomos translocados.

O Gráfico 10 corresponde à distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a utilização de opioides, com predominância de sete (35%) pacientes em uso de morfina; cinco (25%) pacientes usavam codeína, três (15%) usavam tramal, dois (10%) usavam, respectivamente, fentanil e meperidina e um (5%) usava metadona.

**Gráfico 10 -Distribuição de opioides utilizados pelos participantes da pesquisa.**



**Fonte: Dados da pesquisa 2013**

De acordo com o gráfico 10, os dados obtidos mostram que as drogas mais utilizadas entre os pacientes que apresentam a constipação são a morfina, a codeína, o tramal, fentanil, meperidina e metadona respectivamente. A morfina é a droga mais utilizada entre os participantes da pesquisa, correspondendo a sete (35%) pacientes.

Nesta perspectiva, vale ressaltar que o controle da dor em pacientes com doença avançada é realizado através do uso de medicamentos opioides ou com auxílio da anestesia ou neurocirurgia. Porém, a utilização de opioides produz diversos efeitos colaterais, incluindo a constipação intestinal devido a sua atuação direta no plexo mioentérico, diminuindo o peristaltismo (SANTOS, 2002).

A ação constipante dos opioides acontece devido a um bloqueio no peristaltismo propulsivo do trato gastrointestinal (TGI), inibição da secreção de fluidos e íons, aumento da reabsorção intestinal de fluidos, aumento do tônus dos esfíncteres intestinais e dano ao reflexo da defecação. A constipação é definida por evacuação insatisfatória, que é caracterizada por redução na frequência de eliminação das fezes, dificuldade para passagem das fezes ou ambas (FERREIRA, 2007).

A morfina oral é considerada um opioide de escolha devido ao seu baixo custo, a sua elevada potência analgésica, a sua simplicidade na administração e a familiaridade dos médicos com tal fármaco. No entanto, este medicamento, geralmente, causa alguns eventos adversos, como náuseas, vômitos, constipação, prurido, tontura, sonolência, entre outros, que, quando não identificados e tratados, podem resultar em piora da qualidade de vida (FERREIRA, 2007).

A codeína é o opioide de escolha em dor leve a moderada, não controlada com antiinflamatórios. Possui baixa afinidade com os receptores opioides. É utilizada sob a forma pura em doses de 30 a 60mg, de quatro em quatro horas ou em associações em intervalos mais prolongados, com dose máxima diária de 360mg. Acima desta dose deve-se avaliar a indicação da morfina, para evitar efeitos adversos com doses mais altas de codeína. Constipação, náuseas e vômitos, tontura e sonolência são seus principais efeitos colaterais. A constipação é mais prevalente com codeína do que com outros opioides (FERREIRA, 2007).

Os opioides afetam a função do aparelho digestivo retardando o esvaziamento gástrico, produzindo gastroparesia secundária ao espasmo da região antro pilórica. Essa ação parece originar-se no sistema nervoso central e ser mediada pela dopamina. Estes medicamentos retardam a progressão do bolo alimentar através do intestino delgado, aumentando o tempo de trânsito. Esse efeito é mais intenso no jejuno e está relacionado a um aumento das contrações não propulsivas e o tempo de trânsito no cólon é aumentado. Os opioides também podem fazer com que os pacientes experimentem uma diminuição na urgência para evacuar (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Nesse sentido, algumas medidas podem ser tomadas para melhorar o controle do hábito intestinal: ingestão líquida de 1,5L a 2L de água por dia; ingestão de fibras de 25 a 35g/dia para pacientes maiores de 20 anos e 10 a 13g por 1.000Kcal para idosos; ingestão de alimentos funcionais, tais como prebióticos e probióticos; exercício físico aeróbico, caminhada, ou movimentação passiva em pacientes muito debilitados fisicamente; massagem abdominal por 10 minutos e acupuntura (CORREIA; SHIBUYA, 2009).

**TABELA 1: Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os fatores de risco relacionados ao aparecimento da constipação intestinal** (continua)

<b>Limitação física</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentagem</b>
Não têm	10	50%
Têm	10	50%
<b>Tipo de dieta</b>		

(conclusão)

Artesanal	13	65%
Branda	01	5%
Laxativa	01	5%
Industrializada	05	25%
<b>Hidratação</b>		
Menos de 1000 mL	11	55%
De 1000 a 2000 mL	09	45%
<b>Dificuldade quanto à privacidade de evacuar</b>		
Sim	11	55%
Não	09	45%
<b>Administração da dieta</b>		
Via oral	20	100%
Sonda Nasoenteral/	00	0%
Gastrostomia/Jejunostomia		

---

**FONTE: Dados da pesquisa, 2013**

Em relação à limitação física, os dados apontam que 10 (50%) participantes não apresentam limitação física e 10 (50%) dizem apresentar alguma limitação física. Nesse sentido, vale salientar que a falta de exercício e o repouso prolongado no leito também contribuem para a constipação, pois diminuem o tônus da musculatura abdominal, motilidade intestinal e o tônus do esfíncter anal (SMELTZER et al.,2012).

Nesse contexto, Cota e Miranda (2006) ressaltam que o exercício físico promove motilidade intestinal, mudanças hormonais, melhora do tônus muscular da musculatura pélvica e abdominal, auxiliando a eliminação das fezes após esforço. E, além disso, o gasto energético que se tem com a prática do exercício, faz com que haja um aumento da ingestão de calorias e, por consequência, do consumo de alimentos fontes de fibras.

De acordo com os dados coletados, 13 (65%) dos participantes da pesquisa aderem à dieta artesanal manipulada, cinco (25%) fazem uso de dieta industrializada não manipulada, um (5%) paciente utiliza dieta laxativa manipulada e outro (5%) faz uso da dieta branda manipulada. Neste sentido, Braz e Lessa (2011) ressaltam que houve uma mudança nos hábitos alimentares da população, em que se percebe um aumento no consumo de produtos refinados, industrializados com baixo teor de fibras alimentares, contidas em alimentos como

cereais integrais, frutas, verduras e hortaliças. Esta mudança tem propiciado o aumento da incidência das “doenças de civilização”, sendo a constipação intestinal uma delas.

Outro aspecto que merece atenção é que as pessoas idosas reportam problemas com constipação com frequência cinco vezes maior que as pessoas mais jovens. Diversos fatores contribuem para essa frequência aumentada: idosos que apresentam dentaduras com má adaptação ou que perderam os dentes apresentam dificuldade para mastigar e, com frequência, optam por alimentos macios e processados, os quais são pobres em fibras; os alimentos de conveniência, também pobres em fibras, são demasiadamente utilizados por aqueles que perderam o interesse na alimentação; os idosos reduzem sua ingestão de líquido quando não estão ingerindo refeições regulares; idosos apresentam sensação diminuída para evacuar e por causa disso utilizam laxativos em excesso como uma tentativa para realizar uma evacuação diária, ficando desse modo dependentes de tais medicamentos (SMELTZER et al., 2012).

Levando em consideração os questionamentos realizados a respeito da hidratação dos participantes, os dados mostram que 11(55%) participantes ingerem menos que 1000 ml de líquidos e nove (45%) participantes ingerem de 1000 a 2000 ml por dia.

Nesse contexto, vale salientar que um estudo realizado por Jaime et al. (2009), ao estabelecerem associação entre a ingestão de líquidos e surgimento de constipação intestinal funcional, não encontraram diferença estatística significativa e observaram que, dos indivíduos constipados e não constipados, 84,81% e 80,17%, respectivamente, possuíam uma ingestão inferior a sete copos de água por dia. Complementando, estes autores afirmam que é recomendada uma ingestão de pelo menos oito copos por dia de líquidos, como água e sucos, por exemplo, pois têm papel no peso e maciez das fezes, além de contribuir para o aumento do número de reflexos gastrocólicos e proporcionar uma lubrificação intestinal.

No que se refere à privacidade ao evacuar, 11 (55%) participantes da pesquisa referiram que apresentavam dificuldade ao evacuar quando na companhia de outras pessoas e nove (45%) pacientes não verbalizaram nenhuma dificuldade ao evacuar, mesmo acompanhados por outras pessoas.

Nesta perspectiva, a falta de privacidade, a indisponibilidade de um sanitário, o uso de fraldas e “comadres” são fatores contribuintes para a constipação (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007). De acordo com Torres e Diccini (2006), os principais fatores de risco para constipação englobam a dieta pobre em fibras, pouca ingestão hídrica, atividade física diminuída, uso de medicação constipante, falta de privacidade para evacuar, mudança no estilo de vida, uso excessivo de laxantes e inibição da função fisiológica da defecação.

No que se refere à administração da dieta, verificou-se que os 20 (100%) participantes da pesquisa fazem uso de dieta por via oral. A alimentação possui papel fisiológico, social e emocional.

Nesse sentido, Silva et al. (2010) ressaltam que com a evolução da doença, o paciente reduz a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas (como o retardo do esvaziamento gástrico) e redução do apetite ou problemas de absorção, o que predispõe para o aparecimento da constipação intestinal, que por sua vez, causa desconforto físico e psíquico. O objetivo do suporte nutricional em cuidados paliativos está direcionado a minimizar o desconforto causado pela alimentação, priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização entre pacientes e familiares durante as refeições.

Vale salientar que a presença da dor tem impacto negativo na ingestão alimentar do paciente, que, muitas vezes, se priva da alimentação por esta desencadear ou exacerbar algum sintoma mal controlado. Além disso, o uso dos medicamentos para controle da dor como opioides e não opioides produzem efeitos colaterais como xerostomia, disgeusia, náuseas, perda do apetite e principalmente constipação intestinal (SILVA et al., 2010).

Pacientes com história prévia de constipação, em geral, já fazem uso dos agentes formadores de bolo, que requerem aporte mínimo de líquidos e melhor motilidade intestinal, para um efeito satisfatório. Todavia, não é possível manter ingestão hídrica e mobilidade intestinal adequadas em pacientes em cuidados paliativos, pois esses apresentam sérias limitações físicas e já fazem uso rotineiro de drogas constipantes. Desse modo, recomenda-se extrema cautela ou a descontinuação do uso dos agentes formadores de bolo nos portadores de câncer avançado (BRASIL, 2002).

**TABELA 2: Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os Critérios de Roma III e Escala de Bristol** (continua)

<b>Frequência no hábito intestinal</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos que três vezes por semana	20	100%
Até três vezes por semana	00	0%
Mais que três vezes por semana	00	0%
<b>Dor ao evacuar</b>		

(conclusão)		
Sente dor	18	90%
Não sente dor	02	10%
<b>Esforço ao evacuar</b>		
Sim	20	100%
Não	00	0%
<b>Consistência das fezes</b>		
Bolinhas duras difíceis de passar	17	85%
Moldadas com rachaduras na superfície	02	10%
Moldadas, mas embolotadas	01	5%

**FONTE: Dados da pesquisa, 2013**

Conforme mostrado na Tabela 2, os dados classificam os participantes como constipados, levando em consideração os Critérios de Roma III.

No que diz respeito à frequência no hábito intestinal, os vinte (100%) participantes da pesquisa afirmaram evacuar menos de três vezes por semana. Nesse sentido, vale destacar que o Instituto Nacional do Câncer dos EUA (NCI) considera a constipação como sendo a condição na qual as fezes se tornam duras, secas e de difícil passagem e as evacuações não acontecem com frequência. Outros sintomas podem incluir evacuações dolorosas e sensação de “estufamento”, desconforto e “intestino preguiçoso” (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

No que se refere à dor durante o processo evacuatório, 18 (90%) participantes apresentaram tal queixa e apenas dois (10%) não apresentam dor durante a evacuação. Dos critérios de Roma III avaliados através do questionário, quanto à necessidade de esforço ao evacuar, 100% da amostra entrevistada apresenta tal achado.

Nesta perspectiva, os Critérios de Roma III utilizados para classificar os participantes da pesquisa como constipados caracterizam o quadro de constipação intestinal quando o mesmo apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas, no período dos últimos três meses: esforço evacuatório, fezes duras ou em cíbalos, sensação de evacuação incompleta, sensação de bloqueio anorretal, necessidade de manobras manuais facilitadoras e frequência de evacuações inferior a três vezes por semana, com início das manifestações em pelo menos 25% das evacuações em no mínimo seis meses antes do diagnóstico (TRISÓGLIO et al., 2010).

No que se refere à consistência das fezes, item abordado na Escala de Bristol, 17 (85%) participantes da pesquisa verbalizaram que o aspecto das fezes é em forma de bolinhas, duras de passar pelo canal; seguido de dois (10%) pacientes que relataram que as fezes tinham aspecto moldadas com rachaduras na superfície e um (5%) referiu que suas fezes eram moldadas, mas embolotadas.

Sobre o conteúdo intestinal, vale enfatizar que os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior será a absorção de água (BRASIL, 2009). Os critérios de Bristol definem a constipação exclusivamente em relação ao aspecto das fezes, classificando-as em sete categorias que vão desde as fezes endurecidas eliminadas em cíbalos até as fezes totalmente líquidas. Embora as escalas do formato das fezes sejam um método simples de avaliar a velocidade do trânsito intestinal, estas não são amplamente aceitas na prática clínica ou em pesquisa, possivelmente em decorrência da falta de evidência de que elas sejam responsivas às mudanças no tempo de trânsito (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

Nesse sentido, vale ressaltar que a rotação dos opioides é uma técnica que pode amenizar os efeitos constipantes. A rotação é baseada na observação clínica que a resposta individual varia de opioide para opioide e a mudança de opioide pode levar a um melhor balanço entre a analgesia obtida e seus efeitos adversos. É importante observar que este grupo de medicamentos leva ao aparecimento de efeitos adversos comuns, podendo desaparecer com a continuação do seu uso, e ser controlado no início de sua utilização como drogas adjuvantes, como antieméticos, laxantes ansiolíticos dentre outros (CAPONERO; TEIXEIRA, 2007).

**TABELA 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o manejo clínico da constipação** (continua)

<b>Medicamento laxativo</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	12	60%
Não	08	40%
<b>A constipação influencia na realização das atividades diárias</b>		
Sim	14	70%
Não	06	30%
<b>A constipação interfere no</b>		



(conclusão)

<b>convívio com outras pessoas</b>		
Sim	03	15%
Não	17	85%
<b>Complicação decorrente da constipação</b>		
Sim	08	40%
Não	12	60%

FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

A constipação tem sido um problema predominante em diferentes culturas, associada a hábitos alimentares que incluem alimentos industrializados, altamente refinados, consequentemente pobres em fibras vegetais. Estas fibras estão associadas com o aumento da frequência dos movimentos intestinais, da massa fecal e com a diminuição do trânsito intestinal, entre outros efeitos contribuindo para o melhor estado de saúde (SANTOS JUNIOR, 2003).

Em relação à adesão aos medicamentos laxativos, 12 (60%) participantes da pesquisa constipados relataram usar algum método laxativo, como medicamentos e chás e oito (40%) afirmaram não aderir a nenhum tratamento farmacológico e não farmacológico.

Os medicamentos mencionados pelos participantes da pesquisa que contribuem para facilitar o trânsito intestinal e melhorar o processo evacuatório foram: lactopurga, óleo mineral, natulaxe, fosfonema, naturetti, tamarine, metamucil, além de serem utilizados a lavagem intestinal e o supositório de glicerina. O chá de mamão foi o método natural mais utilizado pelos pacientes participantes da pesquisa.

De acordo com Lacerda e Pacheco (2006), o uso de drogas laxativas não deve ser estimulado, pois causam dependência e irritam a mucosa intestinal, além de interferirem na absorção das vitaminas lipossolúveis, caroteno e água. No entanto, são frequentemente prescritos para tratar a constipação intestinal de pacientes idosos, jovens e crianças. O uso exacerbado destas drogas pode levar a alterações estruturais no íleo terminal e cólon. Nos exames radiológicos, o íleo apresenta-se com estrutura tubular mais densa e o esfíncter ileocecal torna-se amplo e aberto. O cólon passa a se dilatar e perde seu padrão mucoso normal. Outra complicação vigente decorrente do uso contínuo de laxantes é a hipocalcemia, que pode desencadear arritmias e parada cardiorrespiratória.

Sobre a influência que a constipação intestinal exerce nas atividades diárias, 14 (70%) dos participantes da pesquisa referiram que influenciava negativamente, enquanto que seis (30%) verbalizaram que não interferiam.

Neste contexto, vale realçar que o Ministério da Saúde (2009) enfatiza que a constipação, na maioria das vezes, causa mudanças negativas na qualidade de vida dos pacientes, levando-os a considerá-la um fator mais angustiante do que a própria dor. Esses chegam até a recusar a administração dos opioides, com intuito de diminuir os sintomas desse distúrbio.

Em relação à interferência no convívio com outras pessoas, 17 (85%) participantes da pesquisa enfatizaram que a constipação não interferia, enquanto que três (15%) responderam afirmativamente, ou seja, que a constipação interferia negativamente no convívio com outras pessoas.

No que se diz respeito às complicações da constipação, 12 (60%) participantes da pesquisa ressaltaram que apresentaram complicações, enquanto que oito (40%) não apresentaram nenhuma complicação decorrente da constipação. Dentre as complicações verbalizadas pelos participantes da pesquisa e ratificadas pela história clínica contida no prontuário estavam: sangramento retal, hemorroidas retais, fissuras anais e tumor retal.

Nesse sentido, vale ressaltar que as complicações referenciadas pela literatura decorrentes da constipação incluem hipertensão, impactação fecal, hemorróidas, fissuras e megacólon.

A pressão arterial aumentada pode acontecer com a defecação. O esforço ao evacuar, que resulta na manobra de Valsalva, possui um importante efeito sobre a pressão arterial. Durante o esforço ativo, o fluxo do sangue venoso no tórax é por certo tempo prejudicado por causa da pressão intratorácica aumentada. Essa pressão tende a colabar as grandes veias no tórax. Os átrios e os ventrículos recebem menos sangue, e por conseguinte, uma menor quantidade é liberada pelas contrações sistólicas do ventrículo esquerdo. O débito cardíaco é diminuído, e existe uma queda transitória na pressão arterial. Logo após esse período de hipotensão, ocorre um aumento na pressão arterial; a pressão é momentaneamente elevada até um ponto que supera em muito o nível original (fenômeno de rebote). Nos pacientes com hipertensão, essa reação compensatória pode estar muito exagerada, e os picos de pressão atingidos podem ser perigosamente altos o suficiente para romper uma artéria importante no cérebro ou em algum outro local (SMELTZER et al., 2012).

A impactação fecal ocorre quando uma massa acumulada de fezes secas não pode ser expelida. Esta massa pode ser palpável no exame digital, por produzir pressão sobre a mucosa

colônica que resulta em formação de úlcera e, com frequência, pode provocar o escorrimento de fezes líquidas (SMELTZER et al., 2012).

As hemorroidas e as fissuras anais podem desenvolver-se em consequência da constipação. As hemorroidas desenvolvem-se como resultado da congestão vascular perianal provocada pelo esforço. As fissuras anais podem resultar da passagem de fezes endurecidas através do ânus, lacerando o revestimento do canal anal (SMELTZER et al., 2012).

O megacólon é um cólon dilatado e atônico provocado por uma massa fecal que obstrui a passagem do conteúdo colônico. Os sintomas compreendem a constipação, a incontinência fecal líquida e distensão abdominal. Este pode levar a perfuração do intestino (SMELTZER et al., 2012).

De acordo com Ciampo et al. (2006) a constipação intestinal crônica (CIC), vem sendo considerada um grave problema de saúde pública nos últimos anos, devido à sua elevada prevalência. Trata-se de um distúrbio que afeta indivíduos de qualquer idade e apresenta repercussões clínicas que não requerem tratamento de emergência.

Nesta perspectiva, pode-se concluir que a constipação é um efeito adverso comum e ocorre em 40% a 95% dos pacientes que recebem analgesia com opioide. Esse problema pode, em longo prazo, resultar em aumento da morbidade e mortalidade, com efeito significativo na qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constipação intestinal é um distúrbio comum em pacientes com câncer devido à síndrome de anorexia-caquexia, e sua frequência está elevada naqueles com doença avançada e em uso de drogas opioides para tratamento da dor.

Conclui-se que a prevalência da constipação intestinal em decorrência da utilização de opioides foi maior em mulheres, com faixa etária entre 41 e 51 anos de idade.

Os aspectos clínicos do estudo revelam que a maioria dos participantes da pesquisa apresentou antecedentes familiares relacionados à doença neoplásica; a mastectomia foi o procedimento mais realizado e a droga de escolha mais utilizada foi morfina seguida da codeína.

No que se refere aos fatores de risco relacionados ao aparecimento da constipação intestinal estão: a diminuição da hidratação oral e a dificuldade quanto à privacidade ao evacuar.

Em relação aos Critérios de Roma III e Escala de Bristol, todos os participantes da pesquisa relataram frequência diminuída no hábito intestinal (menos que três vezes por semana), dor ao evacuar, esforço ao evacuar e a maioria deles verbalizou que suas fezes tinham consistência endurecida e que eram difíceis de passar pelo canal.

No que concerne ao manejo clínico da constipação intestinal, a maioria dos participantes da pesquisa utiliza medicamentos laxativos no intuito de melhorar os episódios evacuatórios. Também foi destacado que a constipação intestinal influenciava negativamente na realização das atividades diárias e que apresentaram complicações decorrentes desta patologia.

De acordo com esses resultados vê-se a importância da constipação intestinal ser abordada pelo profissional enfermeiro nas consultas de enfermagem, desenvolver ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à prevenção e/ou tratamento do problema. O paciente oncológico deve ser considerado o principal alvo na atenção à saúde, para isso eles devem ser apoiados durante a investigação das suas queixas que viabilizam a manutenção e/ou obtenção de melhor qualidade de vida. Perante os resultados encontrados no estudo, consideramos importante a realização de pesquisas de campo para verificar a frequência dos fatores etiológicos e influenciadores da constipação intestinal, assim como a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem voltados para o controle deste sintoma.

Após a realização deste trabalho, as pesquisadoras embora tenham sentido dificuldades na busca de literatura sobre o tema, consideraram-no relevante cuja contribuição

para ensino e pesquisa é evidente. Este trabalho proporcionou um olhar mais profundo sobre a constipação intestinal em paciente oncológico em uso de opioides, ao mesmo tempo, gerou conhecimentos para elaboração de outros trabalhos que venham complementar esta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- ANDRE, S. B.; RODRIGUEZ, T. N.; MORAES-FILHO, J. P. P. Constipação Intestinal. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo v. 57, n. 12, dez. 2000. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=584](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=584)> Acesso em: 19 abr 2013.
- AZEVEDO, R. P. et al. Constipação intestinal em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n.3. p. 324-31, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a14v21n3.pdf>>. Acesso em: 05 mar 2012.
- BARBOSA, L. N. F. et al. Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45 – 58, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n1/v7n1a05.pdf>>. Acesso em: 1º mar. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, p.9, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 04 abr de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Sintomas. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.2, p.191-211, 2002. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/conduitas3.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduitas3.pdf)>. Acesso em: 11 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Constipação intestinal no câncer avançado**. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/constipacao.pdf>>. Acesso em: 04 de mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2011
- BRAZ, C. R. D. S.; LESSA, N. M. V. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do curso de nutrição de um centro universitário de Minas Gerais. **Nutrir Gerais – Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 5, n. 8, p. 740-54, fev./jul., 2011. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume5/edicao-08/fatores-de-risco-e-prevalencia-de-constipacao.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.
- CAPONERO, R.; TEIXEIRA, M. J. Constipação induzida por opioides. **Revista Dor é coisa séria**, São Paulo, v.3, n.5, p.19-29, 2007. Disponível em: <<http://www.dentalreview.com.br/nova/login.php?pg=carrinho.php>>. Acesso em: 03 mar 2012.
- CIAMPO, I. R. L. D. Constipação intestinal: um termo desconhecido e distúrbio frequentemente não reconhecido. **Revista Paulista Pediatria**, São Paulo, v.24, n.2, p. 111-4,

2006. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/Revista\\_RPP/24-13.pdf](http://www.spsp.org.br/Revista_RPP/24-13.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2013.

COLLETE, V. L.; ARAÚJO, C. L.; MADRUGA, S. T. W. 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, v. 26, n. 7, p. 1391-1402, jul., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/18.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev, 2007. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=146:resolucao..](http://www.coren-ro.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=146:resolucao..)> Acesso em: 04 abr de 2012

COTA, R. P.; MIRANDA, L. S. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, v. 21, n. 4, p. 296-301, 2006.

CORRÊA, P. H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.53, n. 3, p. 317-23, 2007. Disponível em <<http://xa.yimg.com/kq/groups/19895358/1293893908/name/cuidados+paliativos.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2012.

CUNHA, G. H.; MORAES, M. E. A.; OLIVEIRA, J. C. Condutas terapêuticas no manejo da constipação crônica. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, Fortaleza, v.2, n.4, p. 11-7, 2008. Disponível em <<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

FERREIRA, K. A. S. L. Controle da constipação relacionada ao uso de opioides. **Revista Dor é coisa séria**, São Paulo, v. 3, n.3, p. 19-28, 2007.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Brasil, 2010. Disponível em:<<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

JAIME, R. P. 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, v. 27, n. 4, p. 378-83, 2009. Disponível em:<[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04\\_out\\_dez/V27\\_n4\\_2009\\_p378-383.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p378-383.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2013.

SANTOS JUNIOR, J. C. M. Laxantes e Purgativos - O Paciente e a constipação intestinal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 23, n. 2, p. 130-34, Abril/Junho, 2003. Disponível em: <[http://sbcp.org.br/pdfs/23\\_2/13.pdf](http://sbcp.org.br/pdfs/23_2/13.pdf)>. Acesso em 08 mar. 2013.

LACERDA, F. V.; PACHECO, M. T. T. A ação das fibras alimentares na prevenção da constipação intestinal. In: Encontro latino americano de iniciação científica, 10, 2006, Encontro latino americano de pós-graduação - Universidade do vale do paraíba, 6, 2006, São José dos Campos. **Resumos...** São José dos Campos: Univap, 2006. p. 2466-69. Disponível

em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2006/epg/03/EPG00000435-ok.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000435-ok.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2013.

MELO, M. C. B. de; BARROS, E. N. de. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 80-99, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n2/v12n2a08.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

NOGUEIRA, A.C. et al. Responsabilidade civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres humanos. **Revista do Curso de Direito da UNIFACS**, Salvador, BA, n.142, p.1-16, abr., 2012.

RODRIGUEZ, T. N.; DANTAS-JÚNIOR, P.; MORAES-FILHO, J. P. P. Constipação intestinal funcional. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 66, n. 12, p. 77-84, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4196](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4196)>. Acesso em: 05 mar. 2013.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34<sup>a</sup> ed.. Petrópolis: Vozes, 2007.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.263-72, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_47/v03/pdf/artigo2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

SANTOS, H. S. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 263-69, 2002. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/revisao2.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/revisao2.pdf)>. Acesso em: 15 mar 2012.

SILVA, P.B.; LOPES, M.; TRINDADE, L.C.T; YAMANOUCHI, C. N. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Dor**, São Paulo, v.11, n.4, p.282-88, 2010. Disponível em: <[http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume\\_11/n%C3%BAmero\\_4/pdf/volume\\_11\\_n\\_4\\_pags\\_282\\_a\\_288.pdf](http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_4/pdf/volume_11_n_4_pags_282_a_288.pdf)>. Acesso em 04 mar 2012.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TORRES, A. C.; DICCINI, S. Constipação Intestinal em pacientes com tumores intracranianos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.3, pp.397-404, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a14.pdf> Acesso em: 05 mar 2012.

TRISÓGLIO, C. et al. Prevalência de Constipação Intestinal entre Estudantes de Medicina de uma Instituição no noroeste paulista. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 203-209, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a12.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2013.

WANNMACHER, L. Constipação Intestinal crônica no adulto e na criança: quando não se precisa de medicamentos. **Uso racional de Medicamentos: Temas selecionados**. Brasília, v.



3, n. 1, p. 1-6, dez. 2005. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constipacao.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A -  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) senhor(a)

Esta pesquisa intitulada *“Percepção do paciente com doença oncológica avançada em uso de opioides com constipação, cujo objetivo é investigar a percepção do paciente oncológico em uso de opioides acerca da constipação intestinal e identificar as influências da doença e do tratamento no cotidiano da vida nesses pacientes*, está sendo desenvolvida por Ana Ester Dantas Lopes, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Glenda Agra.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012



---

**Ana Ester Dantas Lopes**

Pesquisadora Calaboradora

---

**Glenda Agra**

Pesquisadora Responsável

---

**Comitê de Ética e Pesquisa**

**Endereço da Pesquisadora Responsável: Glenda Agra**

Responsável pela pesquisa

Endereço: Rua Nicola Porto, 251 – Manáira – João Pessoa/PB – CEP 58038-120

UFCG – CES – Campus Cuité

Olho D'Água da Bica

Cuité - Paraíba - Fone: 3372-1900

**Endereço da Pesquisa Colaboradora: Ana Ester Dantas Lopes**

Rua Diomedes Lucas de Carvalho, SN

Novo Retiro

Cuité – PB

CEP 58175000

Fone: 9654-2913

**Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa:**

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências da Saúde

End: Castelo Branco,SN

João Pessoa/PB –CEP 58051-900

Fone: 3216-7791

**APÊNDICE B -  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Perfil sócio-demográfico, educacional e ocupacional dos participantes do estudo:

- a) Idade
- b) Estado Civil
- c) Religião
- d) Escolaridade
- e) Trabalho atual
- f) Filhos

Perfil clínico dos participantes do estudo:

- a) Data do diagnóstico
- b) Cirurgia
- c) Procedimentos
- d) Casos de câncer na família
- e) Opioide (medicamento) utilizado

1) Você tem alguma limitação física? ( ) Sim ( ) Não

2) Frequência do hábito intestinal?

( ) < que 3 x por semana ( ) Até 3x por semana ( ) > que 3x por semana

3) Tipo de dieta?

( ) Artesanal ( ) Branda ( ) Laxativa ( ) Industrializada

4) A forma como a dieta é administrada é:

( ) Via oral ( ) Cateter ou ostomia

5) Hidratação?

( ) < 1000 ml ( ) 1000 a 2000 ml

6) Medicamentos laxativos. Se sim, quais?

( ) Sim ( ) Não

6) Medicamentos cujo efeito colateral seja a constipação? ( ) Sim ( ) Não

7) Qual a consistência de suas fezes?

- ( ) Bolinhas, duras, difíceis de passar.
- ( ) Moldadas, mas embolotadas.
- ( ) Moldadas, com rachaduras na superfície.
- ( ) Moldadas, lisas e macias.
- ( ) Pedacos macios com bordas definidas e fáceis de passar.
- ( ) Fezes pastosas, amolecidas
- ( ) Completamente líquidas



FONTE: Google imagens, 2012

8) Sente dor ao evacuar? ( ) Sim ( ) Não

9) Se esforça ao evacuar? ( ) Sim ( ) Não

10) Tem privacidade ao evacuar? ( ) Sim ( ) Não

10) Fale como a constipação influencia na realização das atividades diárias.

11) Fale como a constipação interfere no seu convívio com outras pessoas.

12) Fale como a constipação afeta a sua vida social.

11) Você teve alguma complicação decorrente da constipação intestinal? Se sim, quais?

**APÊNDICE C -  
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**



**Fundação Assistencial da Paraíba - FAP**

CNPJ: 08.841.421/0001-57 - Inscrição Estadual: Isento  
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó - Cx. Postal 405  
CEP 58.109-783 - Campina Grande - PB  
Telefone/fax: (83) 2102-0300 - E-mail: fapcg@uol.com.br

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM USO DE OPIOIDS SOBRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL sob orientação e supervisão da Prof<sup>ª</sup> MSC Glenda Agra, desenvolvida pela graduanda ANA ESTER DANTAS LOPES ambas da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA, CAMPUS - CUITÉ-CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. **Sendo a orientadora responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP.** Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em Papel) ao Centro de Pesquisa da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 196/96 do Ministério da Saúde.

Campina Grande 30, de Outubro, de 2012.

*Belém*

Dr. Prof<sup>ª</sup> Lindomar de Farias Belém  
Coordenadora de Pesquisa da FAP

*Diego Gadelha de Menezes*

Diego Gadelha de Menezes  
Gerente Administrativo



## **ANEXOS**

**ANEXO A  
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM USO DE OPIOIDES SOBRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

**Pesquisador:** Glenda Agra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10005812.6.0000.5188

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 202.264

**Data da Relatoria:** 28/01/2013

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto encontra-se bem estruturado, obedecendo todas as exigências necessárias para construção de uma pesquisa científica.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Investigar a percepção do paciente oncológico em uso de opioides acerca da constipação intestinal.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar o impacto da constipação sobre as atividades diárias do paciente, a adesão ao tratamento e a ocorrência de efeitos colaterais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa não trará nenhum risco maiores aos entrevistados, exceto o desconforto durante a entrevista.

**Benefícios:**

O presente trabalho contribuirá como uma fonte de pesquisa para estudantes e profissionais da área de saúde, quando se refere à constipação induzida por opioides. Servirá também como informação, contribuindo na sensibilização de cuidadores de pacientes oncológicos, que

**Endereço:** UNIVERSITÁRIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOÃO PESSOA

**Telefone:** (83)3215-7791

**Fax:** (83)3215-7791

**E-mail:** [atccos@cca.ufpb.br](mailto:atccos@cca.ufpb.br); [elianemduarte@hotmail.com](mailto:elianemduarte@hotmail.com)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



apresentam constipação Intestinal em decorrência do uso de opioides.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um Projeto de Pesquisa egresso da Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da UFCG.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Após análise minuciosa ficou constatado a presença de todos os Termo de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Todas as recomendações foram cumpridas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista o atendimento de todas as recomendações e pendências, anteriormente relatadas, somos de PARECER FAVORÁVEL a aprovação do presente projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

JOÃO PESSOA, 21 de Fevereiro de 2013

---

Assinador por:  
Eilane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3215-7791

Fax: (83)3215-7791

E-mail: [aficccs@ccs.ufpb.br](mailto:aficccs@ccs.ufpb.br); [elianemduarte@hotmail.com](mailto:elianemduarte@hotmail.com)

**ANEXO B –  
Certidão do Comitê de Ética em Pesquisas**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 19/02/2013, o projeto de pesquisa intitulado: "PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM USO DE OPIOIDES SOBRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL" da Pesquisadora Glenda Agra. Prot. nº 0458/12. CAAE: 10005812.6.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Dr<sup>a</sup> Elaine Marques D. Sousa  
Coordenadora CEPICCS/UFPB  
Mat. SIAPE: 0332618