

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

JEAN CARLOS MARTINS DA SILVA

PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM
PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Uberlândia/MG

2026

JEAN CARLOS MARTINS DA SILVA

PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM
PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Residência
Médica da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Área de concentração: Clínica Médica

Orientador (a): Dra. Liliane Barbosa da
Silva Passos

Uberlândia/MG

2026

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Às 15h do dia 16 de janeiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo residente Jean Carlos Martins da Silva. Além da orientadora Liliane Barbosa da Silva Passos, presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros: Lorene Cristina Alves Rodrigues e Saadallah Azor Fakhouri Filho.

Após a finalização da apresentação do TCR pela residente, a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: Lorene Cristina Alves Rodrigues

Nota final: 9,5

Avaliador 2: Saadallah Azor Fakhouri Filho

Nota final: 9,7

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final 9,6, considerando-se, assim, o residente APROVADO. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu, Liliane Barbosa da Silva Passos, lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 16 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **LILIANE BARBOSA DA SILVA PASSOS**
Data: 16/01/2026 15:58:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **LORENE CRISTINA ALVES RODRIGUES**
Data: 24/01/2026 14:21:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lorene Cristina Alves Rodrigues

 Documento assinado digitalmente
SAADALLAH AZOR FAKHOURI FILHO
Data: 28/01/2026 08:25:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Saadallah Azor Fakhouri Filho

RESUMO

INTRODUÇÃO: A constipação intestinal é um dos sintomas mais frequentes em pacientes adultos sob cuidados paliativos, especialmente no ambiente hospitalar, estando associada a desconforto significativo, risco de complicações e impacto negativo na qualidade de vida. Apesar de sua elevada prevalência, observa-se grande variabilidade na abordagem diagnóstica e terapêutica, frequentemente marcada pela ausência de protocolos institucionais padronizados. **OBJETIVO:** Este trabalho teve como objetivo elaborar um protocolo institucional para avaliação e manejo da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh). **MÉTODO:** Foi realizada revisão narrativa da literatura, com foco em ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas relevantes, abordando aspectos fisiopatológicos, avaliação clínica, sinais de alarme, exames diagnósticos indicados e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. **RESULTADOS:** Foi elaborado um protocolo, estabelecendo abordagem escalonada, priorizando a exclusão de obstrução intestinal mecânica, o uso racional de laxativos, a reavaliação clínica sistemática e a atuação multiprofissional. De acordo com as evidências mais atuais, sistematizar a abordagem da constipação por meio de protocolo multiprofissional, além de padronizar as condutas, promove a segurança do paciente, otimiza o controle dos sintomas e contribui para a melhoria da qualidade assistencial em cuidados paliativos no âmbito hospitalar. **CONCLUSÃO:** O protocolo para avaliação e manejo de constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos foi desenvolvido, fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptado à prática institucional, favorecendo a qualidade e segurança assistencial.

Palavras-chave: Constipação intestinal; Cuidados paliativos; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Constipation is one of the most frequent symptoms among adult patients receiving palliative care, particularly in the hospital setting, and is associated with significant discomfort, risk of complications, and negative impact on quality of life. Despite its high prevalence, considerable variability exists in diagnostic and therapeutic approaches, often marked by the absence of standardized institutional protocols. **OBJECTIVE:** This study aimed to develop an institutional protocol for the evaluation and management of constipation in adult patients receiving palliative care admitted to the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh). **METHODS:** A narrative literature review was conducted, focusing on randomized clinical trials, systematic reviews, and relevant clinical guidelines, addressing pathophysiological aspects, clinical assessment, alarm signs, indicated diagnostic tests, and pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies. **RESULTS:** A protocol was developed establishing a stepwise approach that prioritizes the exclusion of mechanical bowel obstruction, rational use of laxatives, systematic clinical reassessment, and multiprofessional care. According to the most recent evidence, systematizing the management of constipation through a multiprofessional protocol not only standardizes clinical practices but also enhances patient safety, optimizes symptom control, and contributes to improving the quality of palliative care in the hospital setting. **CONCLUSION:** A protocol for the evaluation and management of constipation in adult patients receiving palliative care was developed, based on the best available scientific evidence and adapted to institutional practice, promoting quality and safety of care.

Keywords: Constipation; Palliative care; Clinical protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos

Figura 2 – Fluxograma de avaliação e manejo da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos - HC-UFU/Ebserh

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de Bristol da Forma das Fezes

Quadro 2 – Distúrbios de motilidade do trato gastrointestinal: alto versus baixo

Quadro 3 – Sinais de alarme na constipação intestinal

Quadro 4 – Agentes procinéticos disponíveis no HC-UFU/Ebserh

Quadro 5 – Laxativos disponíveis no HC-UFU/Ebserh para manejo da constipação intestinal em pacientes paliativos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	9
2.1. Objetivo geral	9
2.2. Objetivos específicos	9
3. METODO	10
3.1. Revisão narrativa de literatura	10
3.2. Critérios de inclusão	10
3.3. Critérios de exclusão	10
4. RESULTADOS E ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO	12
4.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
4.1.1. Relevância clínica da constipação em cuidados paliativos	12
4.1.2. Avaliação e rastreio inicial	12
4.1.3. Profilaxia da constipação associada a opioides.....	16
4.1.4. Tratamento não farmacológico	17
4.1.5. Manejo inicial da constipação estabelecida	17
4.1.6. Uso dos procinéticos na constipação intestinal	18
4.1.7. Constipação refratária e fecaloma	19
4.2. PROTOCOLO.....	21
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	24
REFERENCIAS	25
APENDICE A	27

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização de Saúde (OMS), cuidados paliativos são definidos como um conjunto de abordagens que buscam a melhora da qualidade de vida e bem-estar de adultos e crianças com doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento (Muldrew *et al.*, 2018). Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), estima-se que 4,4 milhões de pessoas na Região Europeia da OMS, necessitem de cuidados paliativos todos os anos, sendo recomendado a presença de 2 serviços especializados de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes.

A constipação intestinal é um dos sintomas mais prevalentes que causam desconforto em pacientes sob cuidados paliativos, com prevalência variando entre 32% a 87% (Muldrew *et al.*, 2018), podendo chegar a 90% entre aqueles usuários crônicos de opioides (Ying *et al.*, 2023). Sua ocorrência está associada a múltiplos fatores: redução da mobilidade, baixa ingestão hídrica, alterações metabólicas, efeitos colaterais de medicamentos e alterações neuromusculares intestinais relacionadas à doença de base. Em pacientes em fase avançada de doença, esses fatores frequentemente coexistem, tornando a constipação um problema multifatorial e de complexo manejo (Ghafar *et al.*, 2020).

Além do desconforto físico, a constipação acarreta sofrimento psicológico e social. O acúmulo fecal pode causar dor, distensão abdominal, náuseas, anorexia e delirium, comprometendo significativamente o conforto e a dignidade do paciente em fim de vida. Diversos autores apontam que o sintoma, embora frequente, ainda é negligenciado, sendo muitas vezes tratado apenas após longos períodos de retenção fecal, quando já há repercussões clínicas relevantes (Hawley *et al.*, 2020).

A utilização de opioides, pilar do controle da dor em cuidados paliativos, é um fator central nesse contexto. A constipação induzida por opioides (CIO) decorre da ligação desses fármacos aos receptores μ -opioides do trato gastrointestinal, levando à redução da motilidade intestinal e da secreção colônica, além do aumento da absorção de água (Candy *et al.*, 2022). Diferentemente de outros efeitos colaterais dos opioides, a constipação tende a persistir durante todo o tratamento e raramente ocorre tolerância fisiológica, o que justifica a necessidade de profilaxia sistemática desde o início do uso (Corli *et al.*, 2019).

Diante disso, a construção de um protocolo institucional para o controle da constipação intestinal em pacientes adultos em cuidados paliativos é uma necessidade prática e ética. Tal iniciativa busca integrar evidências científicas recentes à realidade assistencial, promovendo uma abordagem sistematizada, preventiva e centrada nas necessidades dos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Elaborar protocolo institucional para controle da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh), fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptado à prática hospitalar.

2.2. Objetivos específicos

Realizar revisão narrativa da literatura sobre o manejo de constipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos.

Definir critérios operacionais de triagem e diagnóstico de constipação, estabelecendo etapas sequenciais de manejo conforme gravidade e resposta terapêutica.

3. MÉTODO

3.1. Revisão Narrativa da literatura

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão estruturada com base em evidências científicas, voltada à elaboração de um protocolo clínico institucional. Foram utilizados princípios metodológicos de revisão narrativa de literatura para seleção e análise crítica dos estudos. A busca bibliográfica foi conduzida na base de dados *PubMed/MEDLINE*. A estratégia de busca baseou-se na combinação de descritores, utilizando-se os seguintes termos: “constipação intestinal” e “cuidados paliativos”, associados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme a especificidade da base consultada.

Durante o processo de identificação dos estudos, foram encontrados inicialmente 325 registros. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão elencados a seguir, restaram 14 estudos que compuseram o corpo da revisão (Figura 1).

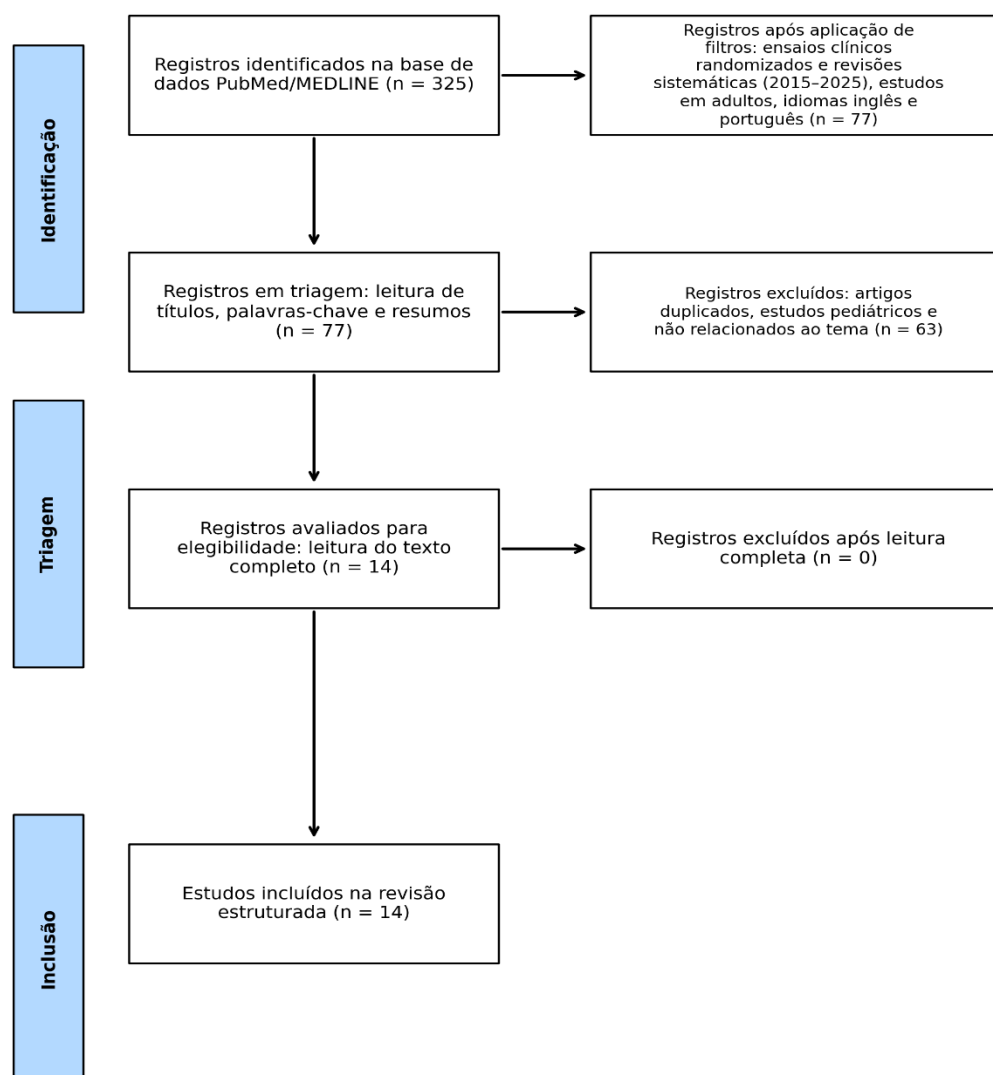
3.2. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão desta revisão contemplaram estudos que abordassem a constipação intestinal no contexto dos cuidados paliativos em pacientes adultos, publicados nos últimos dez anos (2015–2025). Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas indexados na base de dados *PubMed/MEDLINE*, conduzidos em população adulta (≥ 18 anos), com textos disponíveis nos idiomas inglês ou português. A seleção priorizou estudos diretamente relacionados à avaliação clínica, manejo terapêutico e elaboração de estratégias assistenciais para o controle da constipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos, de modo a subsidiar a construção de um protocolo clínico institucional fundamentado em evidências científicas.

3.3. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão abrangeram artigos duplicados, estudos conduzidos exclusivamente em população pediátrica, publicações que não abordassem a constipação intestinal no contexto dos cuidados paliativos e trabalhos cujo foco principal não estivesse relacionado à avaliação ou ao manejo clínico da constipação. Também foram excluídos estudos observacionais sem análise crítica relevante para a prática assistencial, relatos de caso, editoriais, cartas ao editor e publicações que não apresentassem dados aplicáveis à elaboração de um protocolo clínico institucional, bem como estudos fora do período estabelecido ou em idiomas diferentes do inglês e do português.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Autor (2026)

4. RESULTADOS E ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO

4.1. REVISÃO DA LITERATURA

4.1.1. Relevância clínica da constipação em cuidados paliativos

Em 2020, a OMS definiu os cuidados paliativos como um conjunto de abordagens que buscam a melhora da qualidade de vida e bem-estar de adultos e crianças com doenças ameaçadoras à vida. Parte importante dos cuidados trata-se da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e avaliação impecável, do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Muldrew *et al.*, 2018).

Como um dos pontos centrais dos cuidados paliativos, o manejo da dor moderada a grave frequentemente é realizado por meio do uso dos opioides, conforme sugere as principais diretrizes e recomendações internacionais. Por sua vez, tais medicamentos estão relacionados a uma gama de efeitos adversos como constipação, sonolência, confusão mental, xerostomia, náuseas e vômitos. Um estudo observacional mostrou que todos esses efeitos tendem a reduzir ou permanecerem estáveis durante o tratamento, sendo que, apenas a constipação aumentou ao longo do tempo, seja com uso de opioides fortes ou fracos (Corli *et al.*, 2019).

A constipação, de acordo com a Associação Gastroenterológica Americana, é uma síndrome caracterizada por passagem difícil ou infrequente de fezes (menos de 3 vezes por semana), consistência endurecida ou sensação de evacuação incompleta, podendo ocorrer de forma isolada ou secundária a alguma condição clínica. Tal condição é um problema frequente entre pacientes sob cuidados paliativos, com prevalência geral variando entre 32% a 87% (Muldrew *et al.*, 2018), podendo chegar a 90% entre aqueles usuários crônicos de opioides (Ying *et al.*, 2023), estando diretamente associados ao sofrimento emocional e social, indo além de sintomas físicos (Ghafar *et al.*, 2020).

Apesar da alta prevalência nessa população, a constipação continua sendo um problema subdiagnosticado e inadequadamente tratado pelos profissionais de saúde (Hawley *et al.*, 2020). As dificuldades apoiam-se na falta de compreensão do problema, o constrangimento do paciente, a natureza subjetiva do relato, ausência de uma definição consensual, o uso de diferentes ferramentas de avaliação na prática clínica e a escassa aplicação de critérios diagnósticos difundidos (Muldrew *et al.*, 2018). A ausência do reconhecimento e tratamento de forma hábil leva muitos pacientes a interromperem o uso de opioides e aceitarem o controle inadequado da dor, resultando na desesperança de uma boa qualidade de vida em seus dias finais (Hawley *et al.*, 2020).

4.1.2. Avaliação e rastreio inicial

Estudos indicaram que há perfis de pacientes particularmente vulneráveis à constipação grave e refratária. Uma análise em pacientes com câncer sob analgesia opioide identificou subgrupos com maior suscetibilidade a efeitos adversos gastrointestinais, como idosos frágeis, indivíduos em doses analgésicas elevadas e pacientes com múltiplas comorbidades. Além disso, pacientes portadores de metástase hepática e com presença de dor irruptiva, apresentaram pior controle dos sintomas,

necessitando de opioides fortes, em maiores dosagens e terapias multimodais (Corli *et al.*, 2018). Esse achado reforça a necessidade de abordagem individualizada nesses perfis de pacientes (“população de alto risco”), bem como profilaxia laxativa e monitorização do hábito intestinal desde a admissão.

Uma revisão sistemática focada especificamente em pacientes recebendo cuidados paliativos identificou ampla variabilidade entre serviços quanto à própria definição de constipação, frequência de avaliação e momento de intervenção (Muldrew *et al.*, 2018). Apesar dessa heterogeneidade, alguns pontos de observação nas avaliações diárias são mencionados de forma consistente nos estudos, sendo eles: registro diário da função intestinal, documentação da última evacuação e consistência das fezes, investigação ativa de desconforto abdominal, distensão abdominal, náuseas e vômitos (Dionne *et al.*, 2020).

Além da CIO, amplamente reconhecida no contexto dos cuidados paliativos, a constipação intestinal deve ser compreendida como uma condição de etiologia multifatorial, particularmente em pacientes com doenças crônicas avançadas. A literatura descreve como causas frequentes a imobilidade prolongada, a ingestão hídrica e alimentar reduzidas, alterações neurológicas, distúrbios endócrinos e metabólicos — como hipotireoidismo e hipercalcemia —, bem como o uso de diversos medicamentos não opioides, incluindo anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, antieméticos e suplementos de ferro e cálcio (Forootan; Bagheri; Darvishi, 2018).

A avaliação clínica inicial da constipação intestinal deve basear-se em uma anamnese dirigida e sistemática, contemplando a duração dos sintomas, o padrão evacuatório habitual, a consistência das fezes, preferencialmente utilizando a Escala de Bristol (Quadro 1), a presença de esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta e sintomas associados, como dor abdominal, distensão, náuseas, vômitos e sangramento anal (Forootan; Bagheri; Darvishi, 2018). Devem-se investigar ativamente alterações recentes do hábito intestinal, perda ponderal não intencional, história prévia de constipação crônica, comorbidades neurológicas ou endócrinas, além de realizar revisão detalhada da farmacoterapia em uso (Luo *et al.*, 2025).

Quadro 1 – Classificação de Bristol da Forma das Fezes.

Tipo	Descrição	Interpretação Clínica
Tipo 1	Pedaços duros separados, semelhantes a nozes, difíceis de eliminar	Constipação grave
Tipo 2	Fezes em formato de salsicha, porém segmentadas e endurecidas	Constipação
Tipo 3	Fezes em formato de salsicha com fissuras na superfície	Tendência à constipação
Tipo 4	Fezes lisas, macias, em formato de salsicha ou serpente	Normal
Tipo 5	Pedaços macios com bordas bem definidas, facilmente eliminados	Tendência à diarreia
Tipo 6	Pedaços fofos com bordas irregulares, fezes pastosas	Diarreia
Tipo 7	Fezes aquosas, sem pedaços sólidos	Diarreia grave

Fonte: Adaptado de Lewis e Heaton (1997)

A avaliação deve considerar a diferenciação entre distúrbios de motilidade do trato gastrointestinal alto e baixo (Quadro 2), uma vez que essa distinção possui implicações diagnósticas e terapêuticas relevantes. Distúrbios de motilidade alta, envolvendo estômago e intestino delgado, tendem a manifestarem-se com plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, saciedade precoce e associação com gastroparesia ou dispepsia funcional, enquanto a constipação de origem colônica caracteriza-se predominantemente por redução da frequência evacuatória, fezes endurecidas, esforço evacuatório e sensação de evacuação incompleta (Quigley, 2015). A anamnese dirigida e o exame físico permanecem fundamentais para essa diferenciação, sendo que diretrizes contemporâneas reforçam que a constipação funcional e a constipação associada à síndrome do intestino irritável são predominantemente distúrbios de motilidade baixa, relacionados ao trânsito colônico lento ou à disfunção evacuatória, não se beneficiando de terapias voltadas à motilidade gastrointestinal alta (Luo *et al.*, 2025).

O exame físico constitui etapa indispensável e deve ser realizado de forma completa. A avaliação inclui inspeção e palpação abdominal para identificação de distensão, dor localizada ou massas palpáveis, ausculta dos ruídos hidroaéreos e, de maneira sistemática, a realização do toque retal (Forootan *et al.*, 2018).

Quadro 2 – Distúrbios de motilidade do trato gastrointestinal: alto versus baixo

Aspecto	Motilidade do trato alto	Motilidade do trato baixo
Segmentos acometidos	Estômago e intestino delgado	Cólon e reto
Sintomas predominantes	Náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial, saciedade precoce	Constipação, fezes endurecidas, esforço evacuatório
Padrão evacuatório	Evacuação geralmente preservada ou secundariamente reduzida	Evacuações infrequentes ou ausentes
Achado clínico relevante	Sintomas dispépticos predominantes	Fecaloma, distensão abdominal
Risco de fecaloma	Baixo	Elevado

Fonte: Adaptado de Forootan, Bagheri e Darvishi (2018); Muldrew *et al.* (2018); Quigley (2015); Luo *et al.* (2025)

A presença de sinais de alarme impõe a necessidade de exclusão de obstrução intestinal mecânica antes da intensificação de medidas laxativas, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. Entre esses sinais destacam-se dor abdominal progressiva ou intensa, distensão abdominal importante, parada da eliminação de flatos e vômitos biliosos ou fecaloides (Jackson *et al.*, 2018). Alterações abruptas do padrão evacuatório, constipação de início recente, escape de fezes líquidas, falha terapêutica precoce aos laxativos, além de achados ao exame físico como defesa abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes ou metálicos e ampola retal vazia ao toque, também devem ser interpretados como sinais de alerta (Forootan *et al.*, 2018; Luo *et al.*, 2025). O Quadro 2 sintetiza esses sinais e deve ser utilizado como ferramenta de apoio à decisão clínica.

Quadro 3 – Sinais de alarme na constipação intestinal

Sinais de alarme
Dor abdominal progressiva ou intensa
Distensão abdominal importante
Parada da eliminação de flatos
Vômitos biliosos ou fecaloides
Alteração abrupta do hábito intestinal
Escape de fezes líquidas (diarreia paradoxal)
Defesa abdominal ou sinais de irritação peritoneal
Deterioração clínica aguda

Fonte: Adaptado de Forootan, Bagheri e Darvishi (2018); Jackson e Vigliola Cruz (2018)

Nessas situações, a investigação deve ser imediata, associando exame físico minucioso à solicitação de exames complementares apropriados, como radiografia simples de abdome ou tomografia computadorizada, conforme a estabilidade clínica e a disponibilidade local (Jackson *et al.*, 2018). A literatura ressalta que a intensificação empírica de laxativos estimulantes ou a realização de enemas, sem exclusão prévia de obstrução mecânica, pode ser insegura e resultar em complicações, sobretudo em

pacientes com neoplasias abdominais, carcinomatose peritoneal ou histórico cirúrgico prévio (Luo *et al.*, 2025).

Desta forma, o cuidado paliativo entende a constipação como um sinal vital gastrointestinal, o qual necessita ser checado e registrado diariamente, sobretudo em pacientes internados. Tal medida tem como objetivo a realização de intervenções precoces, em detrimento de tratamentos tardios como os realizados anteriormente (Dionne *et al.*, 2020).

Esse conceito é coerente com análises de protocolos institucionais já implementados em contextos de pacientes em estado crítico. Em um estudo que avaliou o conteúdo de “*bowel protocols*” para adultos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), foram identificados três pilares recorrentes nos serviços com melhor estrutura: 1) triagem diária formal da função intestinal; 2) gatilhos objetivos para iniciar laxativos; 3) critérios claros de alarme que exigem avaliação médica imediata (Dionne *et al.*, 2020). Essa estrutura é altamente aplicável ao cenário de abordagem paliativa hospitalar em geral, onde muitos pacientes apresentam imobilidade, redução de ingesta hídrica e polifarmácia que favorece a constipação (Corli *et al.*, 2018).

4.1.3. Profilaxia da constipação associada a opioides

O uso de opioides fortes é uma das principais causas de constipação em paciente em cuidados paliativos, estando associada a pior qualidade de vida (Corli *et al.*, 2019). Dado que esse efeito adverso é previsível, as diretrizes de boa prática clínica sugerem que laxativos devam ser prescritos de forma profilática já no momento da introdução de opioide de uso regular, em detrimento do uso apenas de forma terapêutica nas fases tardias (Corli *et al.*, 2018).

Estudos comparando abordagens farmacológicas de primeira linha em pacientes oncológicos com CIO avaliaram laxativos osmóticos (por exemplo, polietilenoglicol/PEG ou macrogol) em comparação a laxativos estimulantes clássicos à base de senosídeos (Hawley *et al.*, 2020). Ambos os grupos de fármacos constituem boas opções, porém, dados apontam para uma discreta maior eficácia e tolerabilidade no uso do PEG. Em casos selecionados, devido à natureza multifatorial da constipação, estudos sustentam o uso combinado (osmótico + estimulante) como estratégia prática, principalmente em pacientes sob uso crônico de opioides (Hawley *et al.*, 2020).

Na prática institucional, isso significa que pacientes que iniciam o uso opioides com perspectivas de uso a longo prazo, devem receber, salvo contraindicações, um esquema preventivo com laxativo (osmótico e/ou estimulante) em dose regular, com meta de evacuação confortável diária ou dias alternados. Esse raciocínio é particularmente importante em subgrupos de alto risco descritos anteriormente (idosos frágeis, múltiplas comorbidades, altas doses de opioides), os quais apresentam maiores riscos de constipação grave e refratária (Corli *et al.*, 2018).

4.1.4. Tratamento não farmacológico

Medidas não farmacológicas são descritas na literatura como estratégias adjuvantes no manejo da constipação intestinal e devem ser consideradas no contexto do HC-UFU/Ebserh, visto a sua acessibilidade.

A desidratação é reconhecida como fator contribuinte relevante para o endurecimento das fezes, devendo a volemia estar em constante avaliação, e otimizada sempre que possível, inclusive para potencialização da resposta aos laxativos osmóticos (Forootan *et al.*, 2018). Mobilização, mesmo que limitada, incluindo mudanças de decúbito, sedestação ou fisioterapia motora conforme tolerância, pode auxiliar a motilidade colônica e deve ser incentivada quando compatível com o estado funcional do paciente (Forootan *et al.*, 2018; Luo *et al.*, 2025). Ajustes dietéticos, como o aumento do consumo de fibras, são citados como opção em constipação funcional leve. Entretanto, diretrizes contemporâneas alertam para seu uso cauteloso em pacientes frágeis, acamados ou com ingestão hídrica reduzida, devido ao risco de distensão abdominal e piora dos sintomas (Luo *et al.*, 2025). Dessa forma, a literatura reforça que tais medidas devem ser utilizadas, mas não isoladamente; devem ser integradas ao tratamento farmacológico e de maneira individualizada.

Medidas educacionais e comportamentais podem associar-se as medidas descritas anteriormente, e contribuir para o manejo da constipação intestinal no ambiente hospitalar. O estabelecimento de rotina evacuatória regular, preferencialmente após as refeições para aproveitamento do reflexo gastrocólico, associado à garantia de privacidade e tempo adequado para evacuação, é reconhecido como estratégia simples que favorece a resposta evacuatória e reduz a supressão crônica do reflexo (Forootan *et al.*, 2018; Luo *et al.*, 2025). A adequação da posição evacuatória, com flexão de quadris e apoio para os pés, facilita o relaxamento do assoalho pélvico e melhora o ângulo anorretal, sendo particularmente útil em pacientes com distúrbios evacuatórios (Forootan *et al.*, 2018). De forma adicional, a massagem abdominal no sentido do trânsito colônico é citada como intervenção adjuvante de baixo risco, com potencial benefício em constipação funcional, embora com evidência limitada, devendo ser considerada apenas como complemento às demais estratégias (Forootan *et al.*, 2018).

Além das medidas supracitadas, a literatura descreve relevância de intervenções complementares não tradicionais, embora não disponíveis no momento no serviço hospitalar do HC-UFU/Ebserh. Ying *et al.* (2023) e Lau *et al.* (2016) relatam benefícios potenciais da estimulação elétrica transcutânea (TENS) e da acupuntura sobre sintomas gastrointestinais, incluindo constipação, embora a qualidade metodológica dos estudos ainda seja variável. Essas estratégias podem ser incorporadas em protocolos conforme disponibilidade institucional, reforçando o caráter integrativo e individualizado dos cuidados paliativos.

4.1.5. Manejo inicial da constipação estabelecida

Considerando casos em que a redução ou ausência de evacuação já se encontram estabelecidas, a literatura apoia uma conduta escalonada (Muldrew *et al.*, 2018; Dionne *et al.*, 2020):

1. Confirmar tempo desde a última evacuação (tipicamente > 48-72h sem evacuar já demanda intervenção no contexto paliativo);
2. Avaliação e exclusão de sinais de alarme;
3. Avaliação de distúrbios de motilidade alta associados;
4. Se ausência de sinais de alarme, otimiza-se terapia oral:
 - 4.1. Associar ou intensificar laxativo estimulante (ex: senna, bisacodil por via oral);
 - 4.2. Início ou intensificar laxativo osmótico (ex: PEG/macrogol ou lactulose);
5. Reavaliar em 24 horas.

Não há consenso claro na literatura sobre superioridade dos laxativos estimulantes sobre os osmóticos, ou vice-versa. Porém, devido mecanismo fisiopatológico relacionado a indução por opioides ser o principal mecanismo do perfil de pacientes em cuidados paliativos, faz jus o início do tratamento farmacológico com laxativos estimulantes. Além disso, efeitos colaterais de distensão abdominal e cólica relacionado ao uso dos laxativos osmóticos são mais associados ao público idoso, a qual compõem grande proporção dos pacientes em cuidados paliativos (Muldrew *et al.*, 2018; Forootan *et al.*, 2018).

O objetivo dessa etapa precoce é evitar progressão para fecaloma doloroso, delirium secundário à retenção fecal ou vômitos fecaloides, complicações que são fontes importantes de sofrimento em palição avançada

4.1.6. Uso dos procinéticos na constipação intestinal

Um grupo de fármacos amplamente utilizados na instituição (HC-UFU/Ebserh) são os denominados procinéticos, havendo como exemplares: Metoclopramida e Domperidona (Quadro 3). Embora esses agentes sejam utilizados na prática do manejo de distúrbios gastrointestinais funcionais, seu papel na constipação intestinal é limitado.

Revisões de literatura indicam que esses fármacos exercem efeito predominantemente sobre a motilidade gástrica e do intestino delgado, com impacto inconsistente no trânsito colônico, não sendo recomendados como terapia de primeira linha para constipação funcional (Quigley, 2015). Diretrizes clínicas contemporâneas reforçam que o manejo da constipação deve priorizar laxativos osmóticos e estimulantes, reservando os procinéticos apenas para cenários específicos de distúrbios de motilidade alta associados, sempre após exclusão de obstrução mecânica (Forootan *et al.*, 2018; Luo *et al.*, 2025).

Quadro 4 – Agentes procinéticos disponíveis no HC-UFU/Ebserh.

Medicação	Apresentação	Dose habitual	Ajustes renal/hepático	Principais efeitos adversos
Metoclopramida	Comprimido 10 mg	VO: 5–10 mg, 2 a 3 vezes ao dia, antes das refeições	Renal: ClCr 10–60 mL/min: ~50% da dose habitual; ClCr ≤10 mL/min: ~33% ou menos da dose habitual. Hepático: sem ajuste	Sonolência, fadiga, agitação, confusão, tontura, alucinações, erupção cutânea, broncoespasmo
Metoclopramida	Solução injetável 5 mg/mL (ampola 2 mL)	EV/IM: 5–10 mg, 2 a 3 vezes ao dia	Renal: ClCr 10–60 mL/min: ~50% da dose habitual; ClCr ≤10 mL/min: ~33% ou menos da dose habitual. Hepático: sem ajuste	Sonolência, fadiga, agitação, confusão, tontura, alucinações, broncoespasmo
Domperidona	Suspensão oral 1 mg/mL	VO: 10 mg (10 mL), 3 vezes ao dia	Renal: eGFR <30 mL/min/1,73 m ² : 10 mg, 1–2 vezes/dia. Hepático: sem ajuste	Prolongamento do intervalo QT, palpitações, prurido, dor abdominal, vertigem, cefaleia

Fonte: Adaptado de *UpToDate*. Metoclopramide: Drug information; Domperidone: Drug information. Waltham, MA: *UpToDate* Inc. Acesso em: 08 jan. 2025.

4.1.7. Constipação refratária e fecaloma

Nos casos em que o paciente permanece sem evacuar apesar da otimização de laxativos usuais, especialmente em pacientes em uso contínuo de opioides fortes, são necessárias opções específicas.

Quando há suspeita clínica de fecaloma baixo (por exemplo, ausência prolongada de evacuação com escape de fezes líquidas ou dor retal, toque retal compatível), a abordagem descrita inclui medidas locais como enemas retais (glicerina e fosfato) e, se necessário, remoção manual suave sob analgesia adequada (Muldrew *et al.*, 2018; Dionne *et al.*, 2020). Em contrapartida, nesse momento, a avaliação de sinais

de alarme deve ser constante, podendo levar a realização de exames complementares e avaliação cirúrgica se necessário (Jackson *et al.*,2018).

Segue abaixo o quadro com as medicações disponíveis no HC-UFU/Ebserh (Quadro 5), e que poderão ser utilizadas no protocolo clínico, de acordo com estudos analisados.

Quadro 5 – Laxativos disponíveis no HC-UFU/Ebserh para manejo da constipação intestinal em pacientes paliativos.

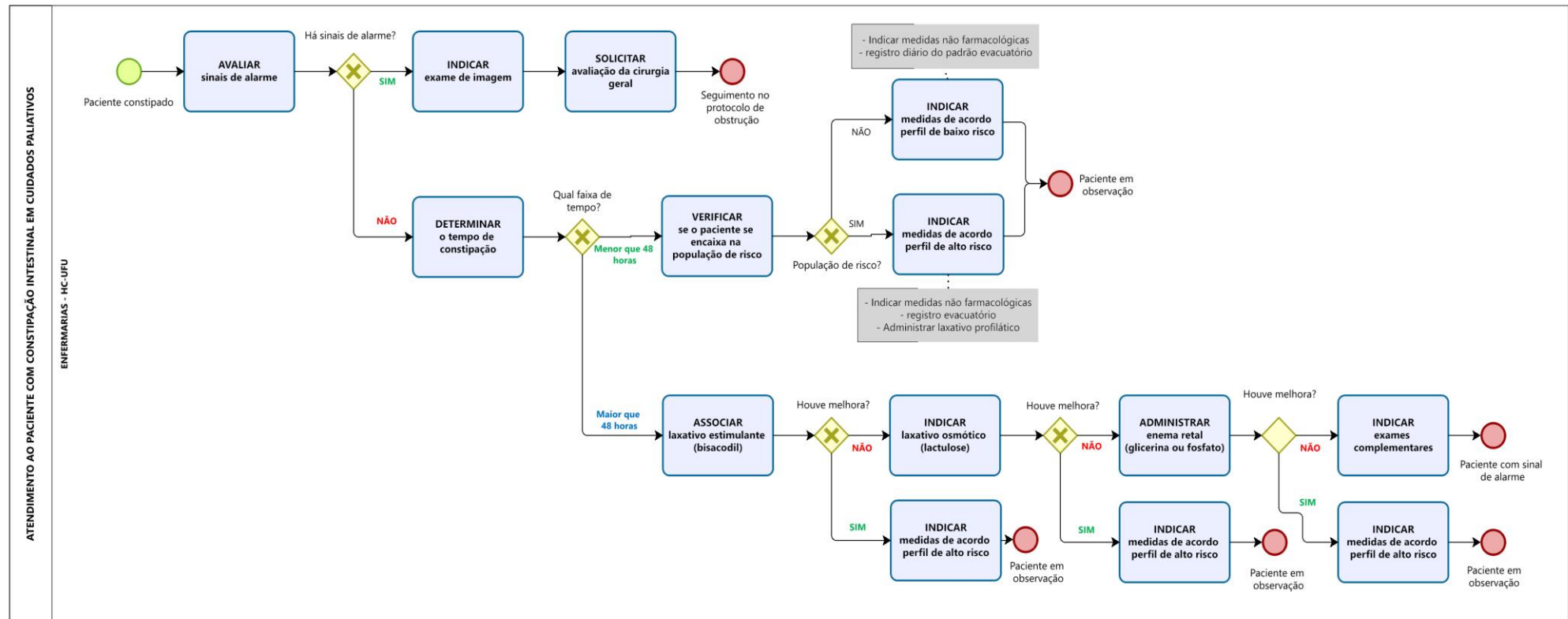
Classe	Medicação	Apresentação	Dose habitual	Ajustes renal/hepático	Principais efeitos adversos
Laxativo osmótico	Glicerol	Supositório adulto (95%)	1 supositório via retal, 1x/dia	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas abdominais, irritação retal, tenesmo
Laxativo osmótico	Glicerol	Solução retal (12% – 120 mg/mL), frasco 500 mL	1 frasco via retal, dose única diária (500 ml)	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas abdominais, irritação retal, tenesmo
Laxativo osmótico	Lactulose	Xarope 667 mg/mL, frasco 120 mL	VO: 10–20 g/dia (15–30 mL); Maximo: 40 g/dia (60 mL)	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas, distensão abdominal, flatulência, náuseas, vômitos, diarreia
Laxativo osmótico	Fosfato de sódio	Solução retal (160 mg/mL + 60 mg/mL), frasco 130 mL	1 frasco via retal, dose única diária	Evitar se TFG < 60 mL/min/1,73 m ² ; sem ajuste hepático	Hiperfosfatemia, hipocalcemia, dor abdominal, náuseas, vômitos, arritmias, lesão renal aguda
Laxativo estimulante	Bisacodil	Comprimido revestido 5 mg	VO: 5–15 mg, 1x/dia	Não necessita ajuste renal ou hepático	Dor abdominal, diarreia, flatulência, colite isquêmica (raro)

Fonte: Adaptado de *UpToDate*. Glycerin: Drug information; Lactulose: Drug information; Sodium phosphate: Drug information; Bisacodyl: Drug information. Waltham, MA: *UpToDate* Inc. Acesso em: 08 jan. 2025.

4.2. PROTOCOLO

O fluxograma (Figura 2) de avaliação e manejo da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos foi elaborado com o objetivo de padronizar a abordagem clínica, orientar a tomada de decisão assistencial e promover maior segurança no manejo terapêutico e faz parte do protocolo clínico (APÊNDICE A). A construção do protocolo baseou-se em evidências disponíveis na literatura, contemplando uma avaliação sistemática do hábito intestinal pela equipe multiprofissional, a identificação precoce de sinais de alarme e a necessidade de exclusão de obstrução intestinal mecânica (Forootan *et al.*, 2018). O fluxograma propõe abordagem escalonada e pragmática, integrando medidas farmacológicas, reavaliação clínica em intervalos definidos e estratégias específicas para constipação induzida por opioides, em consonância com revisões sistemáticas e diretrizes clínicas contemporâneas no contexto dos cuidados paliativos (Muldrew *et al.*, 2018; Candy *et al.*, 2022; Luo *et al.*, 2025).

Figura 2 – Fluxograma de avaliação e manejo da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos - HC-UFU/Ebserh



5. DISCUSSÃO

A constipação intestinal, embora muitas vezes subvalorizada no contexto dos cuidados paliativos, é um sintoma de grande relevância clínica e ética. Seu manejo adequado representa não apenas uma medida de conforto, mas também um ato de respeito à dignidade do paciente em fase avançada de doença (Muldrew *et al.*, 2018). A literatura recente reforça que a constipação não deve ser vista como um efeito colateral inevitável do uso de opioides, e sim como uma complicação previsível e prevenível, cuja abordagem sistemática melhora a qualidade de vida e reduz o sofrimento (Ying *et al.*, 2023).

No presente trabalho, a elaboração do protocolo buscou traduzir essas recomendações em etapas operacionais factíveis para a realidade do HC-UFU/Ebserh, incorporando a triagem diária pela equipe multiprofissional, a realização de medidas não farmacológicas e a prescrição profilática de laxativos em pacientes que iniciam opioides e o escalonamento terapêutico guiado por critérios clínicos. Essa sistematização visa minimizar a subjetividade das condutas e favorecer a continuidade do cuidado entre plantões e equipes.

No manejo da constipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos, o uso de laxativos osmóticos e estimulantes constitui a base terapêutica mais amplamente respaldada pela literatura, especialmente na ausência de sinais de alarme. Os laxativos estimulantes, como o bisacodil, agem diretamente no Plexo mioentérico, se opondo aos efeitos colaterais dos opioides, sendo recomendados como primeira linha tanto para tratamento quanto para profilaxia da constipação, inclusive na CIO (Muldrew *et al.*, 2018; Forootan *et al.*, 2018). A associação com laxativos osmóticos, como o Lactulose, mostra-se eficaz nos casos em que há resposta insuficiente aos estimulantes isoladamente, promovendo aumento da reabsorção de água, maior formação de bolo fecal e aumento do peristaltismo, estratégia também apoiada por revisões sistemáticas e diretrizes clínicas no contexto paliativo (Candy *et al.*, 2022; Luo *et al.*, 2025).

Estudos avaliaram o uso de antagonistas dos receptores μ -opioides, como Naloxona, em pacientes com câncer e em cuidados paliativos (Candy *et al.*, 2022). O uso oral desses fármacos atua revertendo seletivamente a CIO, mas sem atravessar a barreira hematoencefálica em grau significativo, preservando o efeito analgésico central (Candy *et al.*, 2022). No protocolo institucional, essa classe poderia ser considerada como “nível de escalonamento”, porém a via oral da medicação ainda não se encontra disponível na instituição, constituindo uma possibilidade de ampliação do protocolo em discussões futuras.

Além disso, a diferenciação entre distúrbios de motilidade do trato gastrointestinal alto e baixo assume relevância clínica, uma vez que pacientes com sintomas predominantes de trato alto tendem a apresentar resposta limitada ao uso exclusivo de laxativos, podendo se beneficiar da associação de agentes procinéticos para otimização do esvaziamento gástrico e do trânsito intestinal proximal (Quigley, 2015).

As medidas não farmacológicas desempenham papel relevante no manejo da constipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos e devem ser consideradas

como parte integrante de uma abordagem multimodal durante todo o protocolo. Intervenções nutricionais, como a adequação da ingestão hídrica e alimentar, além de medidas comportamentais, incluindo estímulo à mobilização, mudanças frequentes de decúbito, posicionamento adequado para evacuação, garantia de privacidade e tempo suficiente para o ato evacuatório, são frequentemente recomendadas por diretrizes e revisões sistemáticas como estratégias simples, seguras e potencialmente eficazes (Muldrew *et al.*, 2018; Luo *et al.*, 2025). Medidas não tradicionais como a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), acupuntura e outras terapias complementares, demonstraram benefícios modestos, porém consistentes, em revisões sistemáticas no contexto dos cuidados paliativos, sobretudo em termos de alívio sintomático e melhora da qualidade de vida (Lau *et al.*, 2016; Ying *et al.*, 2023), embora ainda não disponíveis no serviço hospitalar do HC-UFU/Ebserh.

Em síntese, a literatura atual converge para alguns princípios fundamentais: a constipação dentro dos cuidados paliativos deve ser prevenida, não apenas tratada. Dessa forma, a avaliação intestinal deve ser diária, sistemática e registrada, sendo que, a falha terapêutica após 72 horas exige reavaliação estruturada e escalonamento.

Esses elementos foram integrados ao protocolo proposto, que se mostra coerente com as melhores evidências disponíveis e aplicáveis ao contexto assistencial do HC-UFU/Ebserh. Além de padronizar condutas, a adoção institucional do protocolo pode contribuir como instrumento educativo para acadêmicos, residentes e profissionais, fortalecendo a cultura de cuidados paliativos centrados no conforto, na segurança e qualidade assistencial do paciente.

6. CONCLUSÃO

A constipação intestinal é um sintoma altamente prevalente e potencialmente evitável em pacientes adultos sob cuidados paliativos. Sua prevenção e tratamento adequado reduz o sofrimento, melhora o conforto e favorece a adesão à analgesia com opioide.

O protocolo institucional foi desenvolvido e traduz as recomendações mais atuais sobre o tema em um modelo assistencial aplicável à prática hospitalar, com fluxos claros e critérios de inclusão bem definidos. A proposta está alinhada aos princípios de segurança, efetividade e humanização que amplamente norteiam os cuidados paliativos no HC-UFU/Ebserh. Por fim, destaca-se que a consolidação de protocolos assistenciais como este contribui para o amadurecimento institucional da prática paliativa, reafirmando o compromisso ético e científico do HC-UFU/Ebserh com o cuidado centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

- CANDY, B.; JONES, L.; VICKERSTAFF, V.; LARKIN, P. J.; STONE, P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 9, n. 9, CD006332, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD006332.pub4.
- CHUNG, V. C. H.; WU, X.; LU, P.; HUI, E. P.; ZHANG, Y.; ZHANG, A. L.; LAU, A. Y. L.; ZHAO, J.; FAN, M.; ZIEA, E. T. C.; NG, B. F. L.; WONG, S. Y. S.; WU, J. C. Y. Chinese herbal medicine for symptom management in cancer palliative care: systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, v. 95, n. 7, e2793, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000002793.
- CORLI, O.; ROBERTO, A.; BENNETT, M. I.; GALLI, F.; CORSI, N.; RULLI, E.; ANTONIONE, R. Nonresponsiveness and susceptibility of opioid side effects related to cancer patients' clinical characteristics: a post-hoc analysis. *Pain Practice*, v. 18, n. 6, p. 748–757, 2018. DOI: 10.1111/papr.12669.
- CORLI, O.; SANTUCCI, C.; CORSI, N.; RADREZZA, S.; GALLI, F.; BOSETTI, C. The burden of opioid adverse events and the influence on cancer patients' symptomatology. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 57, n. 5, p. 899–908.e6, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.02.009.
- DIONNE, J. C.; JOHNSTONE, J.; SMITH, O.; ROSE, L.; OCZKOWSKI, S.; ARABI, Y.; DUAN, E. H.; LAUZIER, F.; ALHAZZANI, W.; ALAM, N.; ZYTARUK, N.; CAMPISI, J.; COOK, D. J. Content analysis of bowel protocols for the management of constipation in adult critically ill patients. *Journal of Critical Care*, v. 58, p. 98–104, 2020. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.04.006.
- FOROOTAN, M.; BAGHERI, N.; DARVISHI, M. Chronic constipation: a review of literature. *Medicine (Baltimore)*, v. 97, n. 20, e10631, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000010631.
- GHAFAR, M. Y. A.; YAAKUP, H.; ALI, R. A. R.; SHAH, S. A. Evaluation of the efficacy of probiotics (MCP® BCMC® strains) treating constipation in elderly patients with multiple chronic co-morbidities: a randomized controlled trial. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 24, n. 10, p. 1066–1072, 2020. DOI: 10.1007/s12603-020-1494-1.
- HAWLEY, P.; MACKENZIE, H.; GOBBO, M. PEG vs. sennosides for opioid-induced constipation in cancer care. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 4, p. 1775–1782, 2020. DOI: 10.1007/s00520-019-04944-5.

JACKSON, P.; VIGIOLA CRUZ, M. Intestinal obstruction: evaluation and management. *American Family Physician*, v. 98, n. 6, p. 362–367, 2018.

LAU, C. H. Y.; WU, X.; CHUNG, V. C. H.; LIU, X.; HUI, E. P.; CRAMER, H.; LAUCHE, R.; WONG, S. Y. S.; LAU, A. Y. L.; SIT, R. W. S.; ZIEA, E. T. C.; NG, B. F. L.; WU, J. C. Y. Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, v. 95, n. 9, e2901, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000002901.

LUO, J.; TO, W. L. W.; XU, Q.; ZHANG, J.; MA, Y.; CHOW, S.; YU, D. J.; YUAN, C. S.; BIAN, Z. Clinical practice guidelines for the diagnosis of constipation-predominant irritable bowel syndrome and functional constipation in adults: a scoping review. *BMC Gastroenterology*, v. 25, n. 1, p. 234, 2025. DOI: 10.1186/s12876-025-03774-6.

MULDREW, D. H. L.; HASSON, F.; CARDUFF, E.; CLARKE, M.; COAST, J.; FINUCANE, A.; GRAHAM, L.; LARKIN, P.; MCCORRY, N. K.; SLATER, P.; WATSON, M.; WRIGHT, E.; MCILFATRICK, S. Assessment and management of constipation for patients receiving palliative care in specialist palliative care settings: a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, v. 32, n. 5, p. 930–938, 2018. DOI: 10.1177/0269216317752515.

QUIGLEY, E. M. Prokinetics in the management of functional gastrointestinal disorders. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, v. 21, n. 3, p. 330–336, 2015. DOI: 10.5056/jnm15094.

YING, J.; XIAO, R.; XU, L.; YAN, M. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for opioid-induced constipation in palliative care: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2023, p. 5383821, 2023. DOI: 10.1155/2023/5383821.

APÊNDICE A

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	3
2. OBJETIVO.....	4
3. JUSTIFICATIVAS.....	4
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	5
4.1. Critérios de Inclusão.....	5
4.2. Critérios de Exclusão.....	5
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	5
5.1. Equipe Médica.....	5
5.2. Equipe de Enfermagem.....	6
5.3. Equipe de Nutrição.....	6
5.4. Equipe de Fisioterapia.....	6
5.5. Demais Membros da Equipe Multiprofissional (Psicologia, Serviço Social e demais... áreas)	7
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	7
6.1. História Clínica (Anamnese).....	7
6.2. Exame Físico.....	8
6.2.1. Avaliação Geral.....	8
6.2.2. Exame Abdominal.....	8
6.2.3. Toque Retal.....	8
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	8
7.1. Indicações para Exames Complementares.....	8
7.2. Exames de Imagem.....	9
7.2.1. Radiografia Simples de Abdome.....	9
7.2.2. Tomografia Computadorizada de Abdome.....	9
7.3. Exames Laboratoriais.....	9
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	9
8.1. Princípios Gerais do Tratamento.....	9
8.2. Profilaxia da Constipação Intestinal.....	9
8.3. Tratamento da Constipação Intestinal (Sem Sinais de Alarme).....	10

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 2/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

8.3.1. Primeira Etapa.....	10
8.3.2. Segunda Etapa (Ausência de Resposta).....	10
8.3.3. Terceira Etapa (Ausência de Resposta).....	10
8.4. Reavaliação Clínica.....	10
8.5. Conduta nos Casos Refratários.....	10
8.6. Conduta Após Resolução do Quadro.....	10
9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	11
9.1. Critérios para Escalonamento Terapêutico.....	11
9.2. Critérios para Redução ou Suspensão de Intervenções.....	11
9.3. Critérios para Mudança de Estratégia Terapêutica.....	11
9.4. Critérios para Interrupção do Fluxo Assistencial.....	12
10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	12
10.1. Critérios de Alta do Protocolo.....	12
10.2. Critérios de Transferência.....	12
11. FLUXOS.....	13
12. MONITORAMENTO.....	14
12.1. Indicadores de Processo.....	14
12.2. Indicadores de Resultado.....	14
12.3. Indicadores de Segurança.....	14
13. REFERÊNCIAS.....	15

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. SIGLAS E CONCEITOS

CIO – Constipação Induzida por Opioides.

Condição caracterizada pela redução da frequência evacuatória e/ou dificuldade para evacuar decorrente do uso de opioides, relacionada à diminuição da motilidade intestinal e da secreção gastrointestinal, sem desenvolvimento de tolerância ao longo do tempo.

Cuidados Paliativos

Abordagem assistencial voltada à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com foco no controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

Constipação intestinal

Condição clínica caracterizada por evacuações infrequentes, fezes endurecidas, esforço evacuatório excessivo, sensação de evacuação incompleta ou necessidade de manobras facilitadoras, podendo ter origem funcional, secundária ou mecânica.

Distúrbio de motilidade alta

Alteração da motilidade do trato gastrointestinal superior (estômago e intestino delgado), frequentemente associada a sintomas como náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial e gastroparesia.

Distúrbio de motilidade baixa

Alteração da motilidade do cólon e/ou do mecanismo evacuatório, manifestando-se predominantemente por constipação, fezes endurecidas, esforço evacuatório e sensação de evacuação incompleta.

Obstrução intestinal mecânica

Interrupção parcial ou completa do trânsito intestinal por causa estrutural ou extrínseca, como neoplasias, estenoses, volvo, fecaloma ou aderências, devendo ser excluída diante de sinais de alarme antes da intensificação do tratamento laxativo.

Fecaloma

Impactação de fezes endurecidas no reto ou cólon distal, podendo causar obstrução funcional, dor abdominal, distensão e escape de fezes líquidas.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 4/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Laxativo osmótico

Classe de medicamentos que aumentam o conteúdo hídrico das fezes, facilitando o trânsito intestinal, como lactulose e polietilenoglicol.

Laxativo estimulante

Medicamentos que estimulam diretamente a motilidade intestinal e a secreção colônica, como bisacodil.

Sinais de alarme

Achados clínicos que sugerem maior gravidade ou complicação, incluindo dor abdominal progressiva ou intensa, distensão abdominal importante, parada da eliminação de flatos, vômitos biliosos ou fecaloides, alteração abrupta do hábito intestinal, defesa abdominal e deterioração clínica aguda.

2. OBJETIVO

Padronizar o manejo para controle da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC-UFU/Ebserh), fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptado à prática hospitalar.

3. JUSTIFICATIVAS

A constipação intestinal é uma condição frequente em pacientes adultos sob cuidados paliativos, especialmente no contexto hospitalar, associando-se a desconforto significativo, risco de complicações e impacto negativo na qualidade de vida. Apesar de sua alta prevalência, observa-se na prática assistencial grande variabilidade na abordagem diagnóstica e terapêutica, com ausência de critérios padronizados para avaliação, exclusão de sinais de alarme e definição do manejo adequado.

A implementação de um protocolo institucional para avaliação e manejo da constipação intestinal justifica-se pela necessidade de uniformizar condutas, promover segurança do paciente e orientar decisões clínicas baseadas em evidências, especialmente quanto à exclusão de obstrução intestinal e ao uso racional de terapias farmacológicas e não farmacológicas. O protocolo visa apoiar a atuação multiprofissional, facilitar a continuidade do cuidado e contribuir para a melhoria da qualidade assistencial no HC-UFU/Ebserh.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 5/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos;
- Pacientes sob cuidados paliativos, internados no HC-UFU/EBSERH;
- Presença de constipação intestinal, caracterizada por ausência de evacuação por período superior a 48–72 horas e/ou fezes endurecidas, esforço evacuatório excessivo, sensação de evacuação incompleta ou necessidade de manobras facilitadoras;
- Pacientes em uso de opioides ou de outros medicamentos associados ao risco de constipação intestinal;
- Pacientes com fatores clínicos predisponentes à constipação intestinal, tais como imobilidade, baixa ingesta hídrica ou alimentar, comorbidades neurológicas ou distúrbios metabólicos;
- Pacientes com condições clínicas que permitam avaliação e manejo conforme o fluxo assistencial estabelecido neste protocolo.

4.2 Critérios de Exclusão

- Presença de sinais clínicos sugestivos de obstrução intestinal mecânica, incluindo dor abdominal progressiva ou intensa, distensão abdominal importante, parada da eliminação de flatos, vômitos biliosos ou fecaloídes, defesa abdominal ou deterioração clínica aguda, até que tal condição seja devidamente investigada e excluída;
- Diagnóstico confirmado de obstrução intestinal mecânica, devendo o paciente seguir protocolos específicos de manejo clínico e/ou cirúrgico;
- Pacientes em pós-operatório abdominal imediato ou com contraindicação clínica formal ao uso de laxativos por via oral ou retal;
- Pacientes com restrição absoluta de via de administração oral ou retal, conforme avaliação e decisão médica registrada em prontuário.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

5.1 Equipe Médica

- Realizar a avaliação clínica inicial e periódica da constipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos;
- Identificar e registrar em prontuário o tempo desde a última evacuação, a presença de fatores de risco e de sinais de alarme;
- Excluir obstrução intestinal mecânica diante de sinais clínicos sugestivos, solicitando exames complementares quando indicados;

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 6/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Prescrever e ajustar o tratamento farmacológico e não farmacológico, conforme o fluxo assistencial estabelecido neste protocolo;
- Indicar e supervisionar o uso de laxativos, medidas locais, enemas e demais intervenções terapêuticas;
- Reavaliar a resposta ao tratamento no prazo definido (24 horas) e promover o escalonamento terapêutico quando necessário;
- Registrar em prontuário as decisões clínicas, reavaliações e condutas adotadas;
- Definir, em conjunto com a equipe multiprofissional, os objetivos de cuidado, respeitando princípios éticos e assistenciais dos cuidados paliativos.

5.2 Equipe de Enfermagem

- Monitorar e registrar DIARIAMENTE o hábito intestinal, incluindo frequência evacuatória, consistência das fezes, esforço evacuatório e sintomas associados;
- Comunicar prontamente à equipe médica a ausência de evacuação por período superior a 48–72 horas ou a presença de sinais de alarme;
- Administrar corretamente as medicações prescritas para manejo da constipação intestinal;
- Executar medidas locais (supositórios, enemas) conforme prescrição médica;
- Garantir condições adequadas para a evacuação, incluindo privacidade, posicionamento apropriado e tempo suficiente;
- Orientar pacientes e cuidadores quanto às medidas não farmacológicas e ao registro do hábito intestinal, quando aplicável;
- Registrar todas as intervenções e observações relevantes em prontuário.

5.3 Equipe de Nutrição

- Avaliar a ingesta hídrica e alimentar dos pacientes incluídos no protocolo;
- Orientar e ajustar o plano alimentar conforme tolerância clínica, objetivos de cuidado e risco de constipação;
- Sugerir adequações dietéticas individualizadas, quando indicadas, em articulação com a equipe médica;
- Registrar orientações e condutas nutricionais em prontuário.

5.4 Equipe de Fisioterapia

- Avaliar a capacidade funcional e o nível de mobilidade do paciente;
- Estimular a mobilização ativa ou passiva, conforme tolerância clínica e objetivos

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 7/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

terapêuticos;

- Orientar posicionamentos que favoreçam a evacuação, quando possível;
- Registrar as intervenções realizadas e a evolução funcional do paciente.

5.5 Demais Membros da Equipe Multiprofissional (Psicologia, Serviço Social e demais áreas)

- Apoiar o paciente e familiares no enfrentamento dos sintomas e no processo de cuidado;
- Contribuir para a adesão às condutas propostas no protocolo;
- Participar das discussões de caso e da definição dos objetivos de cuidado;
- Registrar em prontuário as intervenções realizadas, quando pertinentes.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1 História Clínica (Anamnese)

A avaliação clínica da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos deve ser realizada de forma sistemática e padronizada, contemplando os seguintes aspectos:

- Data e características da última evacuação;
- Frequência evacatória habitual e alterações recentes do hábito intestinal;
- Consistência das fezes, preferencialmente utilizando a Escala de Bristol (Tabela 1);
- Presença de esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta ou necessidade de manobras facilitadoras;
- Sintomas associados, incluindo dor abdominal, distensão, náuseas, vômitos, sangramento anal ou escape de fezes líquidas;
- Presença de sinais de alarme, tais como dor abdominal progressiva ou intensa, parada da eliminação de flatos, distensão abdominal importante e vômitos biliosos ou fecaloides (Tabela 2);
- Uso atual ou recente de opioides e outros medicamentos associados à constipação intestinal;
- Avaliação da ingesta hídrica e alimentar;
- Grau de mobilidade e nível funcional do paciente;
- Comorbidades relevantes, especialmente neurológicas, endócrinas ou metabólicas;
- Histórico prévio de constipação crônica, fecaloma ou obstrução intestinal;
- Objetivos de cuidado estabelecidos no plano terapêutico paliativo.

Todas as informações devem ser devidamente registradas em prontuário, possibilitando

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

acompanhamento evolutivo e tomada de decisão segura.

6.2 Exame Físico

O exame físico deve ser realizado de forma completa, respeitando as condições clínicas do paciente, e incluir obrigatoriamente:

6.2.1 Avaliação Geral

- Estado geral e nível de consciência;
- Presença de sinais sistêmicos de gravidade, como febre, taquicardia, hipotensão ou deterioração clínica aguda.

6.2.2 Exame Abdominal

- Inspeção do abdome quanto à distensão, assimetrias ou cicatrizes cirúrgicas;
- Palpação abdominal para identificação de dor localizada, massas palpáveis ou sinais de irritação peritoneal;
- Ausculta dos ruídos hidroaéreos, observando presença, redução ou ausência;
- Avaliação de timpanismo à percussão, quando aplicável.

6.2.3 Toque Retal

- Avaliação da ampola retal quanto à presença de fezes endurecidas ou fecaloma;
- Avaliação do tônus esfinteriano;
- Identificação de lesões anorretais, como fissuras, hemorroidas ou massas;
- Avaliação de dor ou sangramento à manipulação.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

7.1 Indicações para Exames Complementares

Exames complementares não devem ser solicitados de rotina, mas apenas quando houver suspeita de complicação, falha terapêutica ou presença de sinais de alarme, incluindo:

- Dor abdominal progressiva ou intensa;
- Distensão abdominal importante;
- Parada da eliminação de flatos;
- Vômitos biliosos ou fecaloides;
- Deterioração clínica aguda;
- Suspeita de fecaloma não acessível ao toque retal;
- Falha de resposta às medidas terapêuticas estabelecidas no protocolo.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 9/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

7.2 Exames de Imagem

7.2.1 Radiografia Simples de Abdome

Pode ser indicada nas seguintes situações:

- Suspeita de fecaloma proximal;
- Avaliação inicial de distensão abdominal;
- Investigação de níveis hidroaéreos sugestivos de suboclusão ou obstrução intestinal.

7.2.2 Tomografia Computadorizada de Abdome

Indicada quando houver:

- Suspeita clínica de obstrução intestinal mecânica;
- Dúvida diagnóstica após radiografia simples;
- Suspeita de complicações associadas, como volvo, estenoses, neoplasias ou carcinomatose peritoneal.

7.3 Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais podem ser solicitados de forma seletiva para investigação de causas secundárias ou complicações associadas, incluindo:

- Eletrólitos séricos (especialmente cálcio e potássio);
- Função renal;
- Função tireoidiana, quando clinicamente indicada;
- Marcadores inflamatórios, em casos selecionados.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1 Princípios Gerais do Tratamento

O tratamento da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos deve ser precoce, escalonado e individualizado, com o objetivo de promover conforto, prevenir complicações e garantir segurança assistencial. A intensificação terapêutica deve ocorrer somente após exclusão de sinais de alarme e de obstrução intestinal mecânica, conforme estabelecido neste protocolo.

As condutas devem integrar medidas farmacológicas e não farmacológicas, respeitando o estado clínico do paciente, os objetivos de cuidado e a tolerância às intervenções propostas.

8.2 Profilaxia da Constipação Intestinal

Deve ser instituída profilaxia para constipação intestinal nos seguintes casos:

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 10/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Pacientes em uso regular de opioides;
- Pacientes com fatores de risco para constipação intestinal (imobilidade, baixa ingestão hídrica, polifarmácia).

Conduta profilática recomendada:

- Laxativo estimulante por via oral (ex.: bisacodil em dose de manutenção), salvo contraindicações.

8.3 Tratamento da Constipação Intestinal (Sem Sinais de Alarme)

Na ausência de sinais de alarme, o tratamento deve seguir abordagem escalonada:

8.3.1 Primeira Etapa

- Iniciar ou intensificar laxativo estimulante por via oral (ex: bisacodil).

8.3.2 Segunda Etapa (Ausência de Resposta)

- Associar laxativo osmótico por via oral (ex: lactulose).

8.3.3 Terceira Etapa (Ausência de Resposta)

- Associar medidas locais, se toleradas e sem contraindicações (ex: Supositório de bisacodil)

8.4 Reavaliação Clínica

- Todos os pacientes devem ser reavaliados em até 24 horas após qualquer ajuste terapêutico.
- A reavaliação deve considerar:
 - Resposta evacuatória;
 - Sintomas associados;
 - Tolerância às intervenções;
 - Necessidade de escalonamento terapêutico.

8.5 Conduta nos Casos Refratários

Na ausência de resposta às medidas iniciais:

- Considerar enemas retais, conforme avaliação clínica:
 - Enema de glicerina;
 - Enema de fosfato (avaliar função renal e contraindicações).

8.6 Conduta Após Resolução do Quadro

Após resolução da constipação intestinal:

- Avaliar fatores de risco para recorrência;

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 11/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Instituir ou manter profilaxia para constipação intestinal (ex.: lactulose em dose de manutenção);
- Orientar equipe assistencial quanto à continuidade do monitoramento do hábito intestinal.

9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

9.1 Critérios para Escalonamento Terapêutico

Deve-se considerar escalonamento do tratamento nas seguintes situações:

- Ausência de evacuação após 24 horas da implementação ou intensificação da terapia instituída;
- Persistência de fezes endurecidas, esforço evacuatório significativo ou sensação de evacuação incompleta, apesar do uso adequado de laxativo osmótico;
- Falha terapêutica após associação de laxativo osmótico e estimulante;
- Evidência clínica de fecaloma distal não resolvido com medidas iniciais;
- Agravamento dos sintomas associados à constipação intestinal, como distensão abdominal ou desconforto persistente, na ausência de sinais de alarme.

O escalonamento deve seguir o fluxo assistencial estabelecido neste protocolo, incluindo associação de laxativos estimulantes, medidas locais e enemas, conforme avaliação clínica.

9.2 Critérios para Redução ou Suspensão de Intervenções

Deve-se considerar redução ou suspensão das medidas terapêuticas quando:

- Houver resolução do quadro de constipação intestinal, com evacuação espontânea adequada;
- Ocorrer diarreia, evacuações excessivamente frequentes ou desconforto relacionado ao excesso de laxativos;
- Surgirem efeitos adversos atribuíveis às intervenções instituídas;
- For identificada intolerância às vias de administração oral ou retal.

Nessas situações, recomenda-se ajuste para dose de manutenção ou suspensão gradual, com manutenção de profilaxia quando indicada.

9.3 Critérios para Mudança de Estratégia Terapêutica

Deve-se considerar mudança da estratégia terapêutica quando:

- A constipação intestinal for identificada como predominantemente induzida por opioides, com resposta insatisfatória às medidas convencionais;
- Houver necessidade de introdução de terapias específicas, como naloxona, conforme avaliação médica;
- For identificada condição clínica associada que demande abordagem diferenciada, como distúrbios de motilidade alta;
- Ocorrer redefinição dos objetivos de cuidado, priorizando conforto e proporcionalidade das

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 12/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

intervenções.

9.4 Critérios para Interrupção do Fluxo Assistencial

O fluxo terapêutico deste protocolo deve ser interrompido quando:

- Surgirem sinais de alarme que indiquem necessidade de exclusão de obstrução intestinal mecânica;
- Houver diagnóstico confirmado de condição que exija protocolo assistencial específico;
- O paciente evoluir para condição clínica incompatível com a continuidade das intervenções propostas, conforme decisão multiprofissional registrada em prontuário.

10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

10.1 Critérios de Alta do Protocolo

O paciente poderá receber alta do presente protocolo quando atender a um ou mais dos seguintes critérios:

- Restabelecimento do hábito intestinal, caracterizado por evacuação espontânea, com consistência adequada e sem necessidade de escalonamento terapêutico;
- Controle satisfatório dos sintomas associados à constipação intestinal, como dor abdominal, distensão e desconforto evacuatório;
- Estabilização clínica que permita manutenção de profilaxia para constipação intestinal (ex.: laxativo osmótico em dose de manutenção), sem necessidade de intervenções adicionais;
- Alta hospitalar do paciente, com plano de continuidade do cuidado devidamente registrado em prontuário.

10.2 Critérios de Transferência

O paciente deverá ser transferido para outro nível de cuidado ou especialidade quando houver:

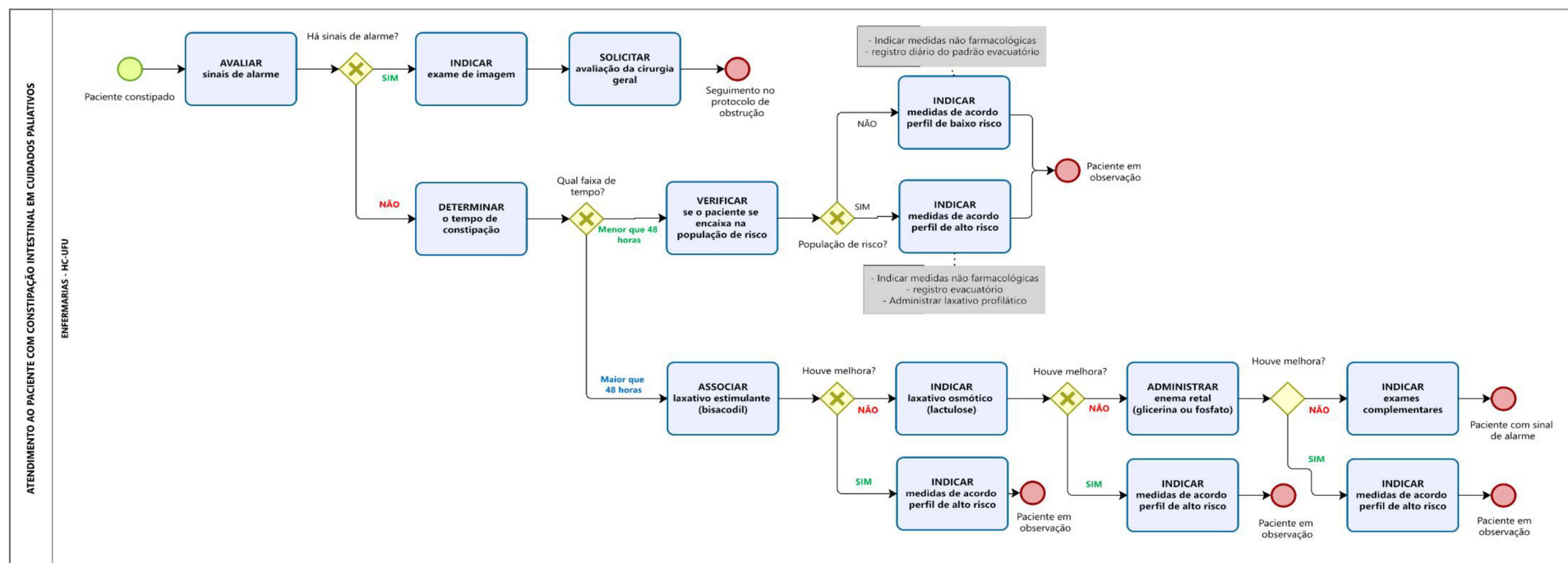
- Suspeita ou confirmação de obstrução intestinal mecânica, necessitando de avaliação por equipe cirúrgica ou unidade especializada;
- Necessidade de exames ou intervenções não disponíveis na instituição
- Decisão multiprofissional que indique a transferência como melhor estratégia para o cuidado do paciente.

A transferência deve ser acompanhada de registro em prontuário das informações clínicas relevantes e das condutas já realizadas no âmbito deste protocolo

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 13/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11. FLUXOS

Fluxograma de avaliação e manejo da constipação intestinal em pacientes adultos sob cuidados paliativos - HC-UFU/Ebserh



Fonte: Autor (2026)

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 14/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

12. MONITORAMENTO

12.1 Indicadores de Processo

- Percentual de pacientes sob cuidados paliativos com registro diário do hábito intestinal em prontuário.
- Percentual de pacientes com constipação intestinal que tiveram avaliação de sinais de alarme documentada antes da intensificação das medidas terapêuticas.
- Percentual de pacientes em uso de opioides com profilaxia para constipação intestinal prescrita.
- Adesão ao fluxograma institucional de avaliação e manejo da constipação intestinal, conforme registro em prontuário.
- Percentual de reavaliações clínicas realizadas em até 24 horas após início ou ajuste do tratamento.

12.2 Indicadores de Resultado

- Tempo médio para resolução da constipação intestinal, definido como ocorrência de evacuação espontânea após início do tratamento.
- Percentual de pacientes que necessitaram de escalonamento terapêutico, incluindo uso de medidas locais ou enemas.
- Incidência de fecaloma durante a internação.
- Incidência de eventos adversos relacionados ao tratamento da constipação intestinal.
- Percentual de pacientes com controle adequado dos sintomas associados à constipação, conforme avaliação clínica.

12.3 Indicadores de Segurança

- Percentual de pacientes que receberam laxativos sem exclusão prévia de sinais de alarme.
- Incidência de complicações associadas ao uso de enemas ou laxativos, especialmente em pacientes com risco renal ou fragilidade clínica.

- : | **EM ELABORAÇÃO** | :-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 15/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

13. REFERÊNCIAS

CANDY, B.; JONES, L.; VICKERSTAFF, V.; LARKIN, P. J.; STONE, P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 9, n. 9, CD006332, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD006332.pub4.

CHUNG, V. C. H.; WU, X.; LU, P.; HUI, E. P.; ZHANG, Y.; ZHANG, A. L.; LAU, A. Y. L.; ZHAO, J.; FAN, M.; ZIEA, E. T. C.; NG, B. F. L.; WONG, S. Y. S.; WU, J. C. Y. Chinese herbal medicine for symptom management in cancer palliative care: systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, v. 95, n. 7, e2793, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000002793.

CORLI, O.; ROBERTO, A.; BENNETT, M. I.; GALLI, F.; CORSI, N.; RULLI, E.; ANTONIONE, R. Nonresponsiveness and susceptibility of opioid side effects related to cancer patients' clinical characteristics: a post-hoc analysis. *Pain Practice*, v. 18, n. 6, p. 748–757, 2018. DOI: 10.1111/papr.12669.

CORLI, O.; SANTUCCI, C.; CORSI, N.; RADREZZA, S.; GALLI, F.; BOSETTI, C. The burden of opioid adverse events and the influence on cancer patients' symptomatology. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 57, n. 5, p. 899–908.e6, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.02.009.

DIONNE, J. C.; JOHNSTONE, J.; SMITH, O.; ROSE, L.; OCZKOWSKI, S.; ARABI, Y.; DUAN, E. H.; LAUZIER, F.; ALHAZZANI, W.; ALAM, N.; ZYTARUK, N.; CAMPISI, J.; COOK, D. J. Content analysis of bowel protocols for the management of constipation in adult critically ill patients. *Journal of Critical Care*, v. 58, p. 98–104, 2020. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.04.006.

FOROOTAN, M.; BAGHERI, N.; DARVISHI, M. Chronic constipation: a review of literature. *Medicine (Baltimore)*, v. 97, n. 20, e10631, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000010631.

GHAFAR, M. Y. A.; YAAKUP, H.; ALI, R. A. R.; SHAH, S. A. Evaluation of the efficacy of probiotics (MCP® BCMC® strains) treating constipation in elderly patients with multiple chronic co-morbidities: a randomized controlled trial. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 24, n. 10, p. 1066–1072, 2020. DOI: 10.1007/s12603-020-1494-1.

HAWLEY, P.; MACKENZIE, H.; GOBBO, M. PEG vs. sennosides for opioid-induced constipation in cancer care. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 4, p. 1775–1782, 2020. DOI: 10.1007/s00520-019-04944-5.

JACKSON, P.; VIGIOLA CRUZ, M. Intestinal obstruction: evaluation and management. *American Family Physician*, v. 98, n. 6, p. 362–367, 2018.

LAU, C. H. Y.; WU, X.; CHUNG, V. C. H.; LIU, X.; HUI, E. P.; CRAMER, H.; LAUCHE, R.; WONG, S. Y. S.; LAU, A. Y. L.; SIT, R. W. S.; ZIEA, E. T. C.; NG, B. F. L.; WU, J. C. Y. Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic

- : | **EM ELABORAÇÃO** | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 16/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, v. 95, n. 9, e2901, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000002901.

LUO, J.; TO, W. L. W.; XU, Q.; ZHANG, J.; MA, Y.; CHOW, S.; YU, D. J.; YUAN, C. S.; BIAN, Z. Clinical practice guidelines for the diagnosis of constipation-predominant irritable bowel syndrome and functional constipation in adults: a scoping review. *BMC Gastroenterology*, v. 25, n. 1, p. 234, 2025. DOI: 10.1186/s12876-025-03774-6.

MULDREW, D. H. L.; HASSON, F.; CARDUFF, E.; CLARKE, M.; COAST, J.; FINUCANE, A.; GRAHAM, L.; LARKIN, P.; MCCORRY, N. K.; SLATER, P.; WATSON, M.; WRIGHT, E.; MCILFATRICK, S. Assessment and management of constipation for patients receiving palliative care in specialist palliative care settings: a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, v. 32, n. 5, p. 930–938, 2018. DOI: 10.1177/0269216317752515.

QUIGLEY, E. M. Prokinetics in the management of functional gastrointestinal disorders. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, v. 21, n. 3, p. 330–336, 2015. DOI: 10.5056/jnm15094.

YING, J.; XIAO, R.; XU, L.; YAN, M. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for opioid-induced constipation in palliative care: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2023, p. 5383821, 2023. DOI: 10.1155/2023/5383821.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Anexo 01 – Tabela 1: Classificação de Bristol da Forma das Fezes

Anexo 02 – Tabela 2: Sinais de alarme na constipação intestinal

Anexo 03 – Tabela 3: Laxativos disponíveis no HC-UFU/Ebserh para manejo da constipação intestinal em pacientes paliativos

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Tabela 1 – Classificação de Bristol da Forma das Fezes

Tipo	Descrição	Interpretação Clínica
Tipo 1	Pedaços duros separados, semelhantes a nozes, difíceis de eliminar	Constipação grave
Tipo 2	Fezes em formato de salsicha, porém segmentadas e endurecidas	Constipação
Tipo 3	Fezes em formato de salsicha com fissuras na superfície	Tendência à constipação
Tipo 4	Fezes lisas, macias, em formato de salsicha ou serpente	Normal
Tipo 5	Pedaços macios com bordas bem definidas, facilmente eliminados	Tendência à diarreia
Tipo 6	Pedaços fofos com bordas irregulares, fezes pastosas	Diarreia
Tipo 7	Fezes aquosas, sem pedaços sólidos	Diarreia grave

Fonte: Adaptado de Lewis e Heaton (1997).

Tabela 2 – Sinais de alarme na constipação intestinal

Sinais de alarme
Dor abdominal progressiva ou intensa
Distensão abdominal importante
Parada da eliminação de flatos
Vômitos biliosos ou fecaloides
Alteração abrupta do hábito intestinal
Escape de fezes líquidas (diarreia paradoxal)
Defesa abdominal ou sinais de irritação peritoneal
Deterioração clínica aguda

Fonte: Adaptado de Forootan, Bagheri e Darvishi (2018); Jackson e Vigiola Cruz (2018)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 18/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Tabela 3: Laxativos disponíveis no HC-UFU/Ebserh para manejo da constipação intestinal em pacientes paliativos

Classe	Medicação	Apresentação	Dose habitual	Ajustes renal/hepático	Principais efeitos adversos
Laxativo osmótico	Glicerol	Supositório adulto (95%)	1 supositório via retal, 1x/dia	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas abdominais, irritação retal, tenesmo
Laxativo osmótico	Glicerol	Solução retal (12% – 120 mg/mL), frasco 500 mL	1 frasco via retal, dose única diária (500 ml)	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas abdominais, irritação retal, tenesmo
Laxativo osmótico	Lactulose	Xarope 667 mg/mL, frasco 120 mL	VO: 10–20 g/dia (15–30 mL); Maximo: 40 g/dia (60 mL)	Não necessita ajuste renal ou hepático	Cólicas, distensão abdominal, flatulência, náuseas, vômitos, diarreia
Laxativo osmótico	Fosfato de sódio	Solução retal (160 mg/mL + 60 mg/mL), frasco 130 mL	1 frasco via retal, dose única diária	Evitar se TFG < 60 mL/min/1,73 m ² ; sem ajuste hepático	Hiperfosfatemia, hipocalemia, dor abdominal, náuseas, vômitos, arritmias, lesão renal aguda
Laxativo estimulante	Bisacodil	Comprimido revestido 5 mg	VO: 5–15 mg, 1x/dia	Não necessita ajuste renal ou hepático	Dor abdominal, diarreia, flatulência, colite isquêmica (raro)

Fonte: Adaptado de *UpToDate*. Glycerin: Drug information; Lactulose: Drug information; Sodium phosphate: Drug information; Bisacodyl: Drug information. Waltham, MA: *UpToDate* Inc. Acesso em: 08 jan. 2025.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 19/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ADULTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão	Jean Carlos Martins da Silva	Médico Residente		
	Liliane Barbosa da Silva Passos	Médica Intensivista		
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação	Ana Elizabeth C. G. de Almeida	Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

- :: EM ELABORAÇÃO :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.