



Constipação intestinal em pacientes admitidos em Programa de Reabilitação Neurológica*

Constipation in patients admitted to the Neurological Rehabilitation Program

Constipación intestinal en pacientes admitidos en un Programa de Rehabilitación Neurológica

Tânia Mara Nascimento de Miranda Engler¹, Luciano Farage², Paulo Andrade de Mello³

RESUMO

Objetivos: Conhecer a prevalência da constipação intestinal em pacientes admitidos para reabilitação e verificar os resultados de dois modelos de condutas instituídas para reeducação intestinal durante a internação. **Métodos:** Estudo longitudinal, analítico, com 98 pacientes internados em enfermaria de reabilitação entre dezembro de 2009 e maio de 2010. **Resultados:** A prevalência de constipação foi de 57,1%, não houve correlação entre as variáveis sexo, escolaridade, idade, auxílio locomoção, alteração de linguagem, atividade física, dieta e presença de constipação intestinal; a melhora na capacidade funcional foi um preditor de progresso na frequência intestinal; as condutas introduzidas apresentaram um importante papel na melhora do hábito intestinal. **Conclusões:** Estudos de condutas poderão fornecer subsídios no tratamento da constipação intestinal, aperfeiçoando a qualidade de vida dessas pessoas.

Descritores: Constipação intestinal; Acidente vascular cerebral; Centros de reabilitação

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of constipation in patients admitted for rehabilitation and to verify the results of two intervention models for bowel retraining during hospitalization. **Methods:** A longitudinal, analytical study, with 98 patients admitted to rehabilitation ward between December 2009 and May 2010. **Results:** The prevalence of constipation was 57.1%, there was no correlation with gender, education, age, transportation assistance, language disorder, physical activity, diet and presence of constipation; the improvement in functional capacity was a predictor of progress in intestinal frequency; interventions introduced demonstrated an important role in improving bowel habits. **Conclusions:** Conduct studies may provide treatment options for constipation, improving the quality of life for these individuals.

Keywords: Constipation; Stroke; Rehabilitation Centers

RESUMEN

Objetivos: Conocer la prevalencia de la constipación intestinal en pacientes admitidos para rehabilitación y verificar los resultados de dos modelos de conductas instituídas para la reeducación intestinal durante el internamiento. **Métodos:** Estudio longitudinal, analítico, realizado con 98 pacientes internados en una unidad de rehabilitación entre diciembre del 2009 y mayo del 2010. **Resultados:** La prevalencia de constipación fue del 57,1%, no hubo correlación entre las variables sexo, escolaridad, edad, auxilio locomoción, alteración del lenguaje, actividad física, dieta y presencia de constipación intestinal; la mejora en la capacidad funcional fue un predictor de progreso en la frecuencia intestinal; las conductas introducidas presentaron un importante papel en el mejoramiento del hábito intestinal. **Conclusiones:** Estudios de conductas pueden ofrecer subsidios en el tratamiento de la constipación intestinal, perfeccionando la calidad de vida de esas personas.

Descriptores: Estreñimiento; Accidente Cerebrovascular; Centros de Rehabilitación

* Trabalho realizado no Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação, unidade SARAHA – Brasília (DF), Brasil.

¹ Mestre. Enfermeira do Programa de Reabilitação Neurológica da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação. Brasília (DF), Brasil.

² Doutor. Radiologista. Professor de Radiologia da Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

³ Livre docente. Neurocirurgião, Pesquisador associado e ex-professor titular de Neurocirurgia, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal (CI) é um problema comum na população dos países ocidentais, apresenta um impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como sobre os custos associados a seu tratamento⁽¹⁾. Tipicamente muitos pacientes utilizam um ou mais dos seguintes sintomas para defini-la: evacuação infrequente; incompleta; eliminação de fezes ressecadas; esforço excessivo; tempo excessivo dispensado no banheiro para evacuação e insucesso na defecação⁽²⁻³⁾.

O trato gastrointestinal pode ser comprometido de diversas maneiras e, após um acidente vascular cerebral (AVC), as manifestações mais comuns são disfagia e alteração no ritmo intestinal⁽⁴⁾. O AVC pode resultar em parestias, alterações cognitivas e na fala, produzindo o comprometimento para evacuar em local e horário socialmente aceitável, podendo ocasionar situações de incontinência fecal ou CI⁽⁵⁾.

A prevalência de CI em pacientes com lesão cerebral decorrente de AVC varia de 22,9% a 60%, a depender da definição utilizada e do tipo de estudo^(4,6-7). No programa de reabilitação neurológica do Hospital SARA-H-Brasília, integrante da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação que fornece atendimento gratuito a população brasileira, muitos pacientes relatam evacuação infrequente e eliminação de fezes ressecadas. Uma das expectativas dos pacientes e de suas famílias na admissão é a melhora do funcionamento intestinal.

Nos pacientes com lesão cerebral, especificamente, naqueles em que a lesão cerebral é decorrente de AVC, existem poucas informações na literatura sobre as alterações intestinais e condutas para promover a reeducação intestinal. Um melhor entendimento da CI nesses pacientes poderá fornecer subsídios aos programas de reeducação intestinal, que possam refletir na melhora da qualidade de vida.

OBJETIVO

Conhecer a prevalência da constipação intestinal em pacientes admitidos para reabilitação e verificar os resultados de dois modelos de condutas instituídas para reeducação intestinal durante a internação.

MÉTODOS

Estudo longitudinal e analítico, realizado em uma enfermaria de reabilitação neurológica, onde são admitidos pacientes com objetivo de investigação diagnóstica e reabilitação. Os dados foram coletados entre dezembro de 2009 e maio de 2010.

Foram incluídos pacientes adultos com lesão cerebral decorrente de lesão vascular, independente do tempo e natureza (isquêmico ou hemorrágico), do comprometimento cognitivo e alteração de linguagem. As alterações cognitivas foram avaliadas por intermédio do minixame do estado mental, versão brasileira⁽⁸⁾, e o teste não foi aplicado nos pacientes com alteração de linguagem. As entrevistas foram realizadas diretamente com aqueles que não apresentavam alterações cognitivas e de

linguagem e com os cuidadores dos com alterações.

No período, foram internados 120 pacientes, sendo 98 incluídos no estudo, conforme critérios anteriormente citados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, que contemplava informações sócio-demográficas, clínicas, auxílio locomoção, hábitos alimentares, uso de laxantes/supositórios e prática de atividade física.

Para definição da CI, foram utilizados os critérios de Roma e/ou uso de laxantes e/ou supositórios e/ou lavagem intestinal^(4,6-7,9-10). Optou-se por acrescentar os critérios de Roma à definição, por serem usados em muitas pesquisas e reconhecidos internacionalmente; não foi encontrado um instrumento específico para avaliar esse sintoma na população-alvo.

Os pacientes identificados na admissão com CI foram acompanhados por um período de, aproximadamente, quatro semanas e receberam orientações para promover a reeducação intestinal. Não foi elaborado um programa específico, as condutas aqui avaliadas foram as usuais no programa de reabilitação, e os pacientes não foram randomizados para tais condutas.

As orientações para promover a reeducação intestinal envolvem o aumento da ingestão de líquidos, respeito ao reflexo gastrocólico, massagem abdominal e estimulação da evacuação diariamente após o jejum ou conforme o hábito intestinal do paciente anterior à lesão cerebral, além do uso de dieta laxante e, quando indicado, as medidas medicamentosas. Essas orientações foram fornecidas de acordo com os parâmetros abaixo, constituindo-se em dois tipos:

- Conduta 1: Os pacientes que utilizavam ou não supositórios e não laxantes orais, receberam dieta laxante e orientações para promover a reeducação intestinal. Essa conduta não prevê o uso de laxantes orais.

- Conduta 2: todos os pacientes que, na admissão, utilizavam algum laxante oral regularmente, passaram a empregar um laxante osmótico, dieta laxante e as orientações usuais para promover a reeducação intestinal;

Destaca-se ainda a ocorrência de pacientes constipados não identificados no ato da admissão, o que, possivelmente, pode estar relacionado à dificuldade na percepção da pessoa e/ou de seu cuidador quanto aos sintomas intestinais. Com a observação da equipe de enfermagem desses sintomas, nos primeiros dias de internação, e com a necessidade de iniciar um laxante via oral e/ou supositório e/ou lavagem intestinal, os pacientes foram acompanhados conforme a conduta 2.

A respeito dos tipos de laxantes, é relevante esclarecer que diante da necessidade de uso, a opção pelo laxante osmótico deve-se ao fato de apresentar poucos efeitos colaterais, sendo possível o uso prolongado e boa tolerância pelos pacientes, além do que os laxantes estimulantes devem ser descontinuados em um programa de reeducação intestinal⁽¹¹⁾. É comum a maioria dos indivíduos internar para reabilitação em uso de laxantes estimulantes, possivelmente, por serem mais baratos e conhecidos.

Conforme é proposto pelo programa de reabilitação

e evidenciado na prática clínica, o laxante osmótico auxilia no processo inicial de reeducação intestinal nos pacientes com história de uso crônico de vários tipos de laxantes estimulantes e que não aderem imediatamente às medidas dietéticas e comportamentais. Outra evidência é a possibilidade de retirada desse laxante em um curto período de tempo o que, em muitos casos, associados à dieta laxante e às outras medidas acontece até o final da internação. Nos casos em que essa retirada não é possível durante a internação, os pacientes e/ou seus cuidadores são orientados a fazê-lo no domicílio.

O hábito intestinal dos pacientes foi registrado nos momentos de admissão e alta hospitalar, e alocado em: hábito diário; até dois dias; e acima ou igual a três dias. A necessidade de manutenção do uso de laxantes também foi registrada.

O diagnóstico clínico de AVC foi confirmado por exame de imagem encefálica (tomografia computadorizada ou ressonância magnética). Os exames foram realizados na admissão e sua leitura feita por um único médico radiologista, a fim de evitar discrepâncias na descrição dos achados.

A capacidade funcional foi avaliada por meio da escala de medida de independência funcional (FIM), que avalia o nível de independência do paciente quanto ao autocuidado, controle de esfínteres, mobilidade, comunicação e integração social em uma escala de sete níveis, com pontuação que varia de um a sete⁽¹²⁾. Os dados do escore motor foram usados na admissão e na alta, variando 13 (maior dependência) a um máximo de 91 pontos (menor dependência).

A entrevista semiestruturada e demais instrumentos de avaliação foram utilizados nos primeiros 30 dias da coleta dos dados para ajustes. Esses instrumentos foram aplicados na admissão ou em até 72 horas, pela pesquisadora e mais duas enfermeiras com experiência na área e após treinamento específico.

Todos os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, ofício de aprovação nº 518.

Para a análise estatística dos dados sócio-demográficos, clínicos, hábitos alimentares e prática de atividade física foi utilizado o teste Qui-quadrado. As porcentagens de pacientes internados com CI na admissão e após internação foram testadas com base no teste de McNemar. Um modelo de regressão logística com equações de estimação generalizadas (GEE)⁽¹³⁾ foi empregado para se verificar o comportamento do uso de laxante ao longo do período avaliado. Na avaliação do hábito intestinal dos pacientes constipados que participaram do programa de reeducação intestinal, foi usado um modelo de chances proporcionais com GEE⁽¹³⁾. Um modelo de regressão de chances proporcionais com equações de estimação GEE⁽¹⁴⁾ foi empregado para se verificar o efeito do escore FIM (variável independente) sobre o hábito intestinal (variável dependente). O nível de significância (p) foi arbitrado em 0,05.

RESULTADOS

Nos dados da Tabela 1, observa-se que metade (49 indivíduos) da amostra era composta de mulheres, com uma média de idade de 58,13 anos e desvio-padrão de 12,64. Na admissão, foram identificados 48 (48,98%) pacientes com CI. Após a internação, esse número passou para 56 (57,14%).

Tabela 1 – Pacientes sem e com constipação intestinal, conforme variáveis sócio-demográficas, clínicas, hábitos alimentares e atividade física, Brasília, DF, dezembro de 2009 a maio de 2010 (n=98)

Variável	Constipação intestinal				Valor de p
	Não		Sim		
	nº	%	nº	%	
Sexo					
Feminino	20	40,82	29	59,18	0,6831
Masculino	22	44,90	27	55,10	
Estado Civil					
Não casado	10	27,77	26	72,23	0,1466
Casado	32	51,61	30	48,39	
Cor					
Branca	26	47,27	29	52,73	0,4546
Negra/parda	16	38,10	26	61,90	
Amarela	-	-	1	100,00	
Auxílio locomoção					
Sem auxílio	6	50,00	6	50,00	0,3753
Andador/bengala/terceiros	18	50,00	18	50,00	
Cadeira de rodas	18	36,00	32	64,00	
Ingestão de líquidos					
< 1 l	17	44,74	21	55,26	0,8389
1 a 2 l	21	40,38	31	59,62	
> 2 l	4	50,00	4	50,00	
Ingestão frutas/verduras/legumes					
Nunca	2	33,33	4	66,67	0,6003
Raramente	9	36,00	16	64,00	
Sempre	31	46,27	36	53,73	
Outros alimentos ricos em fibra					
Não	24	48,98	25	51,02	0,2207
Sim	18	36,73	31	63,27	
Atividade física					
Nunca	30	37,97	49	62,03	0,0464
Raramente/regularmente	12	63,16	7	36,84	

As comorbidades observadas na amostra foram: 7 (63,64%) casos de doença de Chagas, 10 (43,48%) casos de diabetes, 10 (100,00%) de hipotireoidismo, 42 (60,00%) com hipertensão arterial, 33 (58,93%) displipidêmicos e 5 (83,33%) cardiopatas.

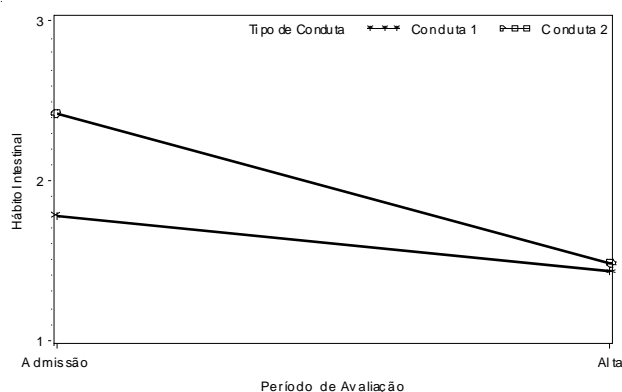
Nos dados da Tabela 2, verificou-se que o comportamento do uso de laxantes foi diferente ao longo dos três períodos avaliados, sua frequência durante a internação foi 2,11 vezes maior que na admissão ($p=0,0035$). Na alta, essa frequência foi 64,4% menor que na internação ($p < 0,0001$) e 24,86% menor que na admissão ($p=0,3936$).

Na avaliação do escore FIM e o hábito intestinal dos pacientes constipados, observou-se que, para cada aumento de uma unidade no escore FIM, as chances do paciente melhorar a frequência do hábito intestinal aumentaram em 11,45% ($p=0,0090$). Na alta, os pacientes apresentaram 2,05 vezes mais chances de terem hábito intestinal mais frequente que na admissão ($p=0,0207$).

Tabela 2- Comportamento do uso de laxante durante os períodos de admissão, após internação e alta de pacientes admitidos para reabilitação em hospital de reabilitação, Brasília, DF, dezembro de 2009 a maio de 2010 (n=56)

Comparações entre os períodos de avaliação	Razão de Chances	Razão de Chances		Qui- quadrado	Valor de p
		IC (95 %)			
Internação vs Admissão	2,1109	1,2777	3,4876	8,51	0,0035
Alta vs Internação	0,3560	0,2269	0,5586	20,19	<,0001
Alta vs Admissão	0,7514	0,3897	1,4489	0,73	0,3936

Ao avaliar-se o hábito intestinal dos pacientes que participaram do programa de reeducação intestinal, a variável hábito intestinal apresentou três níveis de ordenação (diário, até dois dias e três dias ou mais), que foram avaliadas na admissão e alta para os dois tipos de condutas: conduta 1 (pacientes que receberam dieta e orientações para reeducação intestinal) e conduta 2 (pacientes que além da dieta e orientações receberam um laxante osmótico, seja oral ou via retal).

**Figura 1** – Comportamento do escore médio de hábito intestinal segundo as condutas 1 e 2 durante o período admissão e alta dos pacientes constipados, Brasília, DF, dezembro de 2009 a maio de 2010 (n=56)

Na Figura1, verifica-se que a interação entre o tipo de conduta e a situação foi significativa ($p=0,0191$), evidenciando que o comportamento dos dois grupos, na admissão e alta, para os escores de hábito intestinal diferiu-se. Ainda em relação a essa informação, nos dados da Tabela 3 observa-se que, na admissão, os escores médios de hábito intestinal apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos. Os pacientes que iriam receber a conduta 1, apresentavam 4,95 vezes mais chances de terem hábitos intestinais mais frequentes do que os que iriam receber a conduta 2 ($p = 0,0040$). Nos que receberam conduta 1, os escores médios de hábito intestinal tiveram uma redução significativa quando

comparados ao final do tratamento. Na alta, os pacientes apresentaram 2,42 vezes mais chances de terem hábitos intestinais mais frequentes ($p = 0,0116$).

A análise dos resultados da admissão demonstrou que os pacientes tratados com a conduta 2 apresentaram 4,18 vezes mais chances de terem hábitos intestinais mais frequentes do que os tratados com a conduta 1 ($p = 0,0131$).

DISCUSSÃO

Nos estudos disponíveis na América Latina, a constipação intestinal crônica na população geral tem uma frequência estimada de 5% a 21%⁽¹⁵⁾.

Na população com AVC, existem trabalhos onde a prevalência variou de 22,9% a 60%, nos quais foram utilizadas diferentes definições e momentos de investigação; em alguns casos, a prevalência foi investigada em pacientes mais agudos ou após lesão recente^(6-7,16) e, em outros, com pacientes crônicos⁽⁴⁾. Neste estudo, encontrou-se uma prevalência semelhante a outras pesquisas^(7,9).

A diferença observada na prevalência de CI na admissão e após a internação pode ser justificada pela falsa percepção da família ou do próprio paciente em relação ao sintoma. Alguns pacientes apresentavam evacuações por transbordamento e acreditavam, tanto o paciente como o cuidador estar apresentando evacuações frequentes. Dessa forma, o paciente e/ou cuidador optou pelo uso de alimentos ou medicações constipantes por acreditar ser esse um quadro de diarreia. Após melhor avaliação, com base no exame físico (toque retal) ou de imagem (radiografia convencional ou tomografia computadorizada), verificou-se a presença de grande quantidade de fezes nos cólons/reto. Assim, após o primeiro dia da admissão, a equipe conseguiu identificar o sintoma, que não era percebido pelo paciente/cuidador. Também é importante destacar que alguns pacientes/cuidadores têm um enfoque inicial no tratamento fisioterápico, não entendendo a proposta de um programa de reabilitação global; mas, no momento da admissão, não se atentam aos sintomas

Tabela 3 - Avaliações comparativas entre os períodos de avaliação e condutas 1 e 2, dos pacientes que participaram do programa de reeducação intestinal, Brasília, DF, dezembro de 2009 a maio de 2010 (n=56)

Comparações	Razão de Chances	Razão de Chances		Qui- quadrado	Valor de p
		IC (95 %)			
Na Admissão - Conduta 1 vs Conduta 2	4,9448	1,6661	14,6758	8,29	0,0040
Na Alta - Conduta 1 vs Conduta 2	1,1835	0,4105	3,4124	0,10	0,7552
No Grupo Conduta 2 - Alta vs Admissão	10,0967	4,1270	24,7020	25,66	<,0001
No Grupo Conduta 1 - Alta vs Admissão	2,4166	1,2180	4,7946	6,37	0,0116
Diferença entre Alta e Admissão Comparando-se Conduta 2 vs Conduta 1	4,1781	1,3509	12,9224	6,16	0,0131

intestinais, o que dificulta a avaliação inicial dos sintomas de CI.

Na avaliação do perfil dos pacientes com CI, houve um maior número de mulheres, porém não foi verificada associação estatisticamente significativa entre o sexo e CI, o que também foi observado em outros estudos^(4,6,9), ressaltando que na população geral a CI é mais comum em mulheres⁽¹¹⁾. Entre os constipados, há um maior número de usuários de cadeira de rodas, o que pode estar relacionado à menor mobilidade e de pacientes que não realizavam atividades físicas. No entanto, não houve associação estatisticamente significativa entre essas variáveis, corroborando os achados de outro trabalho⁽⁴⁾. Mas, em outro estudo, observou-se maior tendência na presença de CI entre os pacientes com maior incapacidade⁽¹⁶⁾. Em um estudo realizado com pacientes com AVC recente, verificou-se que aqueles independentes na marcha eram menos constipados⁽⁹⁾, o que também foi possível observar em nosso estudo. Há relatos de que andar menos que 0,5 km por dia aumentam os riscos de CI em idosos⁽⁵⁾.

Na avaliação do papel da dieta rica em fibra na prevenção e tratamento da CI, verificou-se que há muita discussão na literatura, havendo informações que a dieta aumenta a frequência da defecação, embora os resultados não sejam unânimes. Neste estudo, no relato admissional do paciente/familiar, observou-se um alto relato de consumo de dieta rica em fibras entre os constipados, porém não foi notada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Este dado pode não ser fidedigno quanto à quantidade e tipo de fibra ingerido, pois essas informações não foram quantificadas. Já após a avaliação das condutas realizadas durante o programa de reeducação intestinal, observou-se que a dieta laxante pode desempenhar um papel na reeducação intestinal, porém há necessidade de estudos adicionais para esclarecer seu papel, levando em consideração outros fatores.

Na literatura, existem poucos estudos sobre condutas para o tratamento da CI em pacientes com AVC. Em um estudo estratificado, no qual foi avaliado um tratamento para CI e incontinência fecal, cuja conduta baseou-se em um único encontro realizado por uma enfermeira, para avaliação física, orientação ao paciente, associada à entrega de manual com orientações do manejo intestinal, ingestão adequada de líquidos e dieta laxante. O manual foi também direcionado ao clínico que acompanhava o paciente. O grupo controle recebeu cuidados rotineiros. Observou-se que, após seis meses, houve melhora efetiva dos sintomas de disfunção intestinal, e em 12 meses ainda se percebia mudança no comportamento relacionado ao estilo de vida, hábitos alimentares, ingestão de líquidos e prescrição empírica de laxantes pelos profissionais de saúde que acompanhavam o grupo que recebeu a intervenção⁽⁷⁾.

Nosso estudo avaliou o uso de laxantes, na admissão, durante internação e na alta, associado às medidas de reeducação intestinal e dieta laxante. Notou-se que, durante a internação, o número de pacientes que utilizava laxantes foi maior que na admissão, e isso pode ser justificado pela inclusão daqueles constipados que foram

identificados após a admissão. Na alta, houve uma redução nesse número. Outros fatores podem estar relacionados a essa redução, pois todos os pacientes que utilizaram laxantes também iniciaram dieta e demais orientações de reeducação intestinal. Com o uso de laxante foi possível melhorar a frequência de evacuação, porém ressaltamos a importância das demais medidas. Os pacientes que receberam laxantes, apresentavam uma frequência evacuatória inferior aos que receberam dieta e as medidas para reeducação intestinal, sendo pacientes com um quadro de CI mais grave. Mas para esclarecer melhor o papel da dieta laxante e demais medidas há necessidade de realização de estudos randomizados.

Essas condutas também foram avaliadas baseadas nas alterações no escore de hábito intestinal. Observa-se que há uma interação significativa ($p=0,0191$) entre tipo de conduta e escore. Há uma diferença entre os escores médios na admissão e na alta. Os pacientes na alta apresentam mais chances de terem hábitos intestinais mais frequentes do que quando foram iniciadas as condutas.

Quanto à capacidade funcional e a frequência do hábito intestinal, houve correlação entre o aumento do escore FIM e a melhora na frequência intestinal. Em um estudo no qual se avaliou o quadro funcional do paciente pela escala de Barthel, observou-se que a prevalência de CI foi maior nos pacientes com baixo índice de Barthel, ou seja, os mais dependentes. Para cada ponto a menos, o risco de CI aumentava para 2,6%, portanto, a escala de Barthel foi um preditor de CI⁽¹⁶⁾. Em outro estudo realizado com 152 pacientes com hemiplegia recente, foi observado que os pacientes constipados também apresentavam índice de Barthel mais baixos⁽⁹⁾. Neste estudo, a melhora na capacidade funcional, medida pela da escala FIM, foi um preditor de melhora da frequência do hábito intestinal.

O estudo apresentou algumas limitações, não foi randomizado e houve a necessidade de inclusão das informações dos cuidadores, o que poderá comprometer a qualidade dos dados. Uma amostra de conveniência foi usada cujos dados podem diferir em uma população maior e não selecionada.

Ressalta-se que as intervenções analisadas foram realizadas em situação ideal, em um ambiente hospitalar, com equipe interdisciplinar e que os resultados podem não ser reproduzíveis em situações diferentes da aqui analisada.

Em estudos futuros, pode-se investigar um tratamento com base nas medidas de reeducação intestinal associadas à dieta por meio de um estudo randomizado, para entender melhor os resultados dessa intervenção nessa população, além de verificar quais os aspectos funcionais da escala FIM que melhoram após um programa de reabilitação, e que são preditores de melhora na frequência do hábito intestinal.

CONCLUSÕES

Neste estudo foi possível verificar a alta prevalência de CI (57,1%) na admissão em programa de reabilitação em paciente com lesão cerebral vascular.

Existem grupos subdiagnosticados por erro de

percepção do indivíduo e de seus familiares e que devem ser prontamente identificados, para que sejam adequadamente inseridos no programa de reeducação intestinal.

A implementação de um programa de reeducação intestinal e funcional tem impacto positivo na frequência intestinal desses pacientes, sendo, portanto, necessárias a um programa de reabilitação.

Estudos adicionais nessa área são necessários com o objetivo de avaliar condutas que diminuam a CI

e, conseqüentemente, provoquem impacto positivo na qualidade de vida dessas pessoas.

AGRADECIMENTOS

A Eduardo Freitas da Silva, professor do Departamento de Estatística da UnB, pela assessoria na análise estatística e a Ingrid Lapa de Camillis Gil, professora da rede SARAH pelo carinho e revisão cuidadosa do método.

REFERÊNCIAS

1. Talley NJ. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Rev Gastroenterol Disord.* 2004; 4 Suppl 2:S3-10.
2. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum.* 1996; 39(6):681-5.
3. Koch A, Voderholzer WA, Klauser AG, Muller-Lissner S. Symptoms in chronic constipation. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40(8):902-6.
4. Bracci F, Badiali D, Pezzotti P, Scivoletto G, Fuoco U, Di Lucente L, et al. Chronic constipation in hemiplegic patients. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(29):3967-72.
5. Winge K, Rasmussen D, Werdelin LM. Constipation in neurological diseases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003; 74(1):13-9.
6. Doshi VS, Say JH, Young SH, Doraisamy P. Complications in stroke patients: a study carried out at the Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. *Singapore Med J.* 2003; 44(12):643-52.
7. Harari D, Norton C, Lockwood L, Swift C. Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients: randomized controlled trial. *Stroke.* 2004; 35(11):2549-55.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.
9. Robain G, Chenneville JM, Petit F, Piera JB. Incidence de la constipation dans une population de patients atteints d'hémiplégie vasculaire récente: étude prospective de 152 cas. *Rev Neurol.* 2002; 158(5):589-92.
10. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology.* 2006; 130(5):1377-90.
11. Lacerda-Filho A, Paiva RA. Constipação intestinal crônica: manejo atual. In: Castro LP, Rocha PR, Lacerda-Filho A, Conceição SA, organizadores. *Avanços em coloproctologia.* Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.231-53.
12. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SS, Sakamoto H, Pinto PP, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica.* 2004; 11(2):72-6.
13. Hedeker D, Gibbons R. *Longitudinal data analysis.* Hoboken (NJ): Wiley-Interscience; 2006.
14. Neuhaus JM, Kalbfleisch JD. Between- and within-cluster covariate effects in the analysis of clustered data. *Biometrics.* 1998; 54(2):638-45.
15. Wasserman MS, Francisconi C, Olden K, Paíz LA, Bustos-Fernández L, Cohen H, et al. Consenso latinoamericano de estreñimiento crónico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31(2):59-74.
16. Su Y, Zhang X, Zeng J, Pei Z, Cheung RT, Zhou QP, et al. New-onset constipation at acute stage after first stroke: incidence, risk factors, and impact on the stroke outcome. *Stroke.* 2009; 40(4):1304-9.