

Obstipação no Adulto: Diagnóstico e Orientação em Medicina Geral e Familiar

1. INTRODUÇÃO

A obstipação é uma queixa frequente em Medicina Geral e Familiar (MGF), com prevalência estimada entre 12–20% da população adulta, sendo mais comum em mulheres e idosos. Trata-se de um sintoma com múltiplas etiologias e impacto significativo na qualidade de vida. O papel do médico de MGF é central no diagnóstico, identificação de causas secundárias e tratamento inicial, reservando a referência para casos refratários ou suspeita de doença orgânica.

A escala de Bristol é uma ferramenta útil na avaliação clínica, pelo seu grafismo intuitivo, permitindo identificar adequadamente o padrão evacuatório do doente.

2. CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

Obstipação primária

- Trânsito cólico lento
- Disfunção do pavimento pélvico (obstipação dissinérgica)
- Trânsito cólico normal

Obstipação secundária

- **Endócrinas/metabólicas:** Hipotireoidismo, hipercalcemia, diabetes *mellitus*, insuficiência renal
- **Neurológicas:** Doença de Parkinson, AVC, esclerose múltipla, lesões medulares
- **Fármacos:** Opioides, anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores de canais de cálcio, ferro oral, diuréticos
- **Obstrução mecânica:** Cancro colorretal (CCR), estenoses, doença diverticular complicada
- **Outras:** Imobilidade, baixa ingestão hídrica, dieta pobre em fibras

A obstipação iatrogénica e de causa mista é frequente em idosos e doentes polimedicados.

3. DEFINIÇÃO DE OBSTIPAÇÃO FUNCIONAL (CRITÉRIOS DE ROMA IV)

Presença de ≥ 2 dos seguintes critérios em pelo menos 25% das dejeções, durante os últimos 3 meses (com início ≥ 6 meses antes):

1.	Esforço excessivo durante a evacuação
2.	Fezes duras ou fragmentadas (tipos 1–2 na escala de Bristol)
3.	Sensação de evacuação incompleta
4.	Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal
5.	Manobras manuais necessárias para facilitar a evacuação
6.	Frequência evacuatória inferior a 3 vezes por semana

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA

História clínica

- Duração e padrão das evacuações (frequência, consistência, esforço)
- Sinais de alarme: Hematoquízias/retorragias, perda ponderal, anemia, alteração súbita do trânsito intestinal, dor abdominal persistente, história familiar de CCR
- Medicamentos em curso, ingestão hídrica e de fibras
- Doenças associadas; história obstétrica e cirúrgica pélvica

Exame físico

- Inspeção abdominal (distensão, massas, dor)
- Toque retal - essencial em todos os doentes: avalia tónus esfíncteriano, fecalomas, massas, sangue
- Exame neurológico sumário

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome do intestino irritável com predomínio de obstipação (SII-O)
- Cancro colorretal
- Doença inflamatória intestinal
- Oclusão intestinal / Fecaloma
- Estenoses ou megacólon adquirido
- Hipomotilidade por fármacos ou doenças sistémicas

6. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

O diagnóstico em MGF é predominantemente clínico. Os ECD estão reservados para situações de sinais de alarme ou refratariedade terapêutica.

Exame	Indicação principal
Análises básicas (hemograma, TSH, cálcio, glicemia, função renal)	Despiste de causas metabólicas
Colonoscopia total	Sinais de alarme, suspeita de neoplasia, idade > 45 anos sem colonoscopia prévia
Radiografia abdominal	Avalia fecalomas ou oclusão intestinal
Tempo de trânsito cólico (marcadores radiopacos)	Suspeita de trânsito lento / inércia cólica
Manometria anorretal + teste de expulsão de balão	Suspeita de dissinergia defecatória
Defecografia por ressonância magnética	Dissinergia defecatória complexa; prolapso de órgãos pélvicos

7. ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

A abordagem é progressiva e escalonada, com objetivo de aliviar os sintomas, normalizar a frequência e consistência das fezes e melhorar a qualidade de vida.

7.1. Medidas Gerais e Não Farmacológicas

- Educação e tranquilização do doente
- Hábitos intestinais regulares (reflexo gastrocólico pós-prandial)
- Ingestão hídrica $\geq 1,5$ –2 L/dia (salvo contra-indicação)
- Exercício físico regular
- Dieta rica em fibras: 20–30 g/dia (fruta, legumes, cereais integrais); suplementos se insuficiente: psílio 3,4 g 1–3×/dia ou metilcelulose 2 g 1–2×/dia

7.2. Laxantes

Classe	Fármacos e dose habitual	Observações
Formadores de volume	Psílio, metilcelulose, farelo 1–3×/dia com ≥ 250 mL água	1. ^a linha se dieta insuficiente. Melhora consistência e reduz esforço.
Osmóticos	Macrogol/PEG: 10–13 g/dia (até 3×/dia) Lactulose: 10–30 g 1–2×/dia Hidróxido de magnésio: 15–60 mL/dia	Seguros a longo prazo (> 6 meses). Macrogol: bem tolerado, eficaz em idosos. Hidróxido de magnésio: evitar na doença renal crónica
Estimulantes	Bisacodilo: 5–10 mg oral ou 10 mg supositório Picossulfato de sódio: 5–10 mg/dia Sene: 12–24 mg à noite	Início em 6–12h. Úteis se falha de osmóticos. Uso prolongado sob vigilância. Efeitos adversos: cólicas, diarreia.
Amaciantes / Lubrificantes	Docusato de sódio: 100 mg 1–2×/dia Parafina líquida: 15–45 mL/dia	Úteis em idosos e pós-operatório. Evitar parafina em uso crónico (risco de pneumonite por aspiração).

7.3. Terapêutica de 2.^a Linha

Indicada quando falham medidas conservadoras e laxantes convencionais:

Fármaco	Dose	Mecanismo / Indicação
Linaclotida	145 μ g 1×/dia	Agonista da guanilato ciclase-C; agente secretor. Útil também em SII-O. Efeito adverso mais comum: diarreia.
Prucaloprida	1–2 mg/dia	Agonista 5-HT ₄ ; procinético. Indicado na obstipação crónica idiopática refratária.

7.4. Terapêuticas Adicionais

- Enemas e supositórios: evacuação imediata em impactação fecal (ex.: fosfato de sódio 133 mL, glicerina)
- *Biofeedback*: eficaz em dissinergia defecatória (sucesso > 70%)

- Probióticos: podem ser considerados como complemento (*Bifidobacterium lactis*, *Lactobacillus casei*); evidência limitada
- Irrigação transanal: pode prevenir impactação num subgrupo de doentes; uso rotineiro não recomendado
- Correção de causa secundária: ajuste farmacológico, correção hormonal/metabólica

7.5. Situações Especiais

- **Idosos:** Preferir macrogol ou psílio; evitar laxantes salinos e estimulantes de forma crónica
- **Grávidas:** São seguros: psílio, lactulose, macrogol; evitar estimulantes
- **Doentes acamados:** Ingestão hídrica adequada; laxantes osmóticos e estimulantes em regime alternado programado
- **Cirurgia:** Reservada a casos crónicos incapacitantes refratários a toda a terapia médica

8. CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO A GASTROENTEROLOGIA

Referenciar quando:

- Presença de sinais de alarme ou suspeita de neoplasia
- Falência da terapêutica otimizada após ≥ 3 meses
- Necessidade de estudos funcionais (manometria anorretal, defecografia por RM)
- Suspeita de dissinergia defecatória ou trânsito intestinal lento severo
- Impactação fecal recorrente ou complicações (megacólon, incontinência fecal)

9. RESUMO PRÁTICO

1.	Avaliar os sintomas e excluir causas secundárias
2.	Corrigir fatores dietéticos e de estilo de vida
3.	Introduzir laxantes de forma progressiva (formadores de volume → osmóticos → estimulantes)
4.	Considerar terapias de 2. ^a linha em caso de refratariedade
5.	Monitorizar a eficácia terapêutica e os efeitos adversos
6.	Reavaliar periodicamente os hábitos alimentares e os fármacos em uso
7.	Incentivar a automonitorização do padrão evacuatório pelo doente
8.	Referenciar em caso de suspeita de patologia orgânica ou falência terapêutica

REFERÊNCIAS

1. Direção-Geral da Saúde. Normas de Orientação Clínica em Obstipação Crónica. Lisboa: DGS, 2020.
2. GEEMD/SPG. Guia de abordagem da obstipação crónica funcional. Rev Port Gastroenterol. 2021.
3. Mearin F, et al. Bowel Disorders: Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2016.
4. NICE NG12. Constipation in adults. National Institute for Health and Care Excellence. 2022.
5. American College of Gastroenterology. Clinical Guidelines: Management of Chronic Idiopathic Constipation. Am J Gastroenterol. 2021.
6. Oliveira A. Obstipação Crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico. Rev Port Coloproctologia. 2020.