

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Programa de Iniciação Científica



**PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL E
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

PREVALENCE OF FUNCTIONAL CHRONIC CONSTIPATION AND QUALITY
OF LIFE OF WOMEN ATTENDED BY FAMILY HEALTH STRATEGY

Recife

2014

PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL E
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto apresentado ao Programa de
Iniciação Científica do IMIP referente ao
processo seletivo do edital PIC/IMIP 2013.

Autora: Roberta Lorena de Farias Souza

Estudante de Graduação do 8º período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP)

Endereço: Rua Desembargador João Paes, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51350-360

Telefone: 81 8809-5454

Email: betinnha@gmail.com

Coautora: Ludymila Gomes de Oliveira

Estudante de Graduação do 8º Período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Rua Luiz Pimentel, 269, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51030-350

Telefone: 81 99264277

Email: oliveira.ludymila@gmail.com

Coautora: Jéssica Rosado Maia Jales

Estudante de Graduação do 8º Período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Av. Conselheiro Aguiar, 3384, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51020-021

Telefone: 81 96938648

Email: jessica_rosado_92@hotmail.com

Coautora: Maria Carolina Simões Monteiro

Estudante de Graduação do 10º Período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Rua Professor Osias Ribeiro, 61, apto:902. Boa Viagem, Recife-PE

Telefone: 81 96070490

Email: smonteiro.carolina@gmail.com

Coautora: Ana Amélia Freire Furtado de Mendonça

Estudante de Graduação do 10º Período do Curso de Medicina

Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Rua Barão de Itamaracá, 98, apto:1201, Espinheiro, Recife-PE. CEP:

Telefone: 81 85946704

Email: aameliaffm@gmail.com

Orientadora: Raquel Kelner

Médica coloproctologista do IMIP e Hospital Barão de Lucena-PE. Título de especialista em coloproctologia pela Sociedade Brasileira de coloproctologia.

Professora tutora da Faculdade de Pernambuco de Saúde-FPS.

Telefone:81 99737379

Email: rkelnersilveira@gmail.com

Coorientador: Djalma Agripino de Melo Filho

Médico epidemiologista

Telefone: 81 96627554

E- mail: djalma.melofilho@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência, fatores associados e o perfil da qualidade de vida de mulheres com constipação intestinal crônica funcional atendidas na atenção primária em saúde no Recife. **Método:** Foi realizado um corte transversal composto por 350 mulheres. Para a coleta das informações foram utilizados os questionários critérios de Roma III, Short Form Health Survey-Sf-36, Constipation-Related Quality of Life Questionnaire, Cleveland Clinic Constipation Score System-CCS. Os dados da amostra foram analisados no programa Softwares SPSS 13.0. Para análise de associações foram utilizados o teste X^2 , a ANOVA ou ANOVA fatorial quando necessário. O nível de significância adotado foi 5%. **Resultados:** A prevalência de constipação intestinal crônica funcional (CI) foi de 30%. As mulheres constipadas apresentaram escores significativamente reduzidos em seis dos oito domínios e nos dois escores sumários do SF-36 quando comparadas ao grupo de não constipadas. Encontrou-se associação significativa entre a intensidade da CI avaliada pelo CCS e pelos critérios de Roma III e a redução da qualidade de vida. Apenas a idade apresentou uma associação significativa com CI. **Conclusões:** Os achados desse estudo demonstraram que mulheres brasileiras diagnosticadas com constipação intestinal crônica funcional, pelos critérios de Roma III, atendidas pela atenção primária em saúde, apresentaram piores escores de qualidade de vida quando comparadas as não constipadas.

Palavras chave: constipação intestinal, qualidade de vida, mulheres.

ABSTRACT

Objective: Determine prevalence, associated factors, and women's quality of life with chronic constipation attended in primary health care in Recife. **Method:** It was conducted a cross-section composed 350 women. To collect the information were used the questionnaires Rome III criteria, Short Form Health Survey-Sf-36 Constipation-Related Quality of Life Questionnaire, Cleveland Clinic Constipation Score System-CCS. The sample data were analyzed with SPSS 13.0 software. To analyze the association were used X^2 test, ANOVA or ANOVA factorial when necessary. The level of significance was 5%. **Results:** The prevalence of chronic constipation (CI) was 30%. Constipated women showed significantly reduced scores in six of the eight domains and in the two summary scores of the SF-36 when compared to the non constipated group. A significant association was found between the severity of CI, evaluated by CSS and the Rome III criteria, and reduces in quality of life. Only age had a significant association with CI. **Conclusions:** Our findings demonstrate that Brazilian women diagnosed with chronic constipation by the Rome III criteria, attended in primary health care, had worse scores for quality of life when compared to non constipated.

Keywords: Constipation, Health related quality of life, Women.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal crônica funcional (CI) é uma desordem funcional que se expressa como uma dificuldade persistente em evacuar, infrequência das evacuações ou sensação de evacuação incompleta.¹

A prevalência da CI varia de 4% a 28% na população geral, com médias entre 10% e 15% em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Brasil.^{1 - 4} Essa ampla variação parece acontecer em decorrência da utilização de diferentes critérios de definição para CI. Além disso, é uma desordem duas a três vezes mais frequente em mulheres,^{5 - 7} acometendo 35-37% das brasileiras,^{4, 8} o que pode estar relacionado aos fatores hormonais. Os episódios se tornam mais frequentes com o aumento da idade, acometendo 30% a 40% de idosos acima dos 65 anos.^{6, 9} Constata-se que apenas uma pequena proporção de pessoas procura atendimento médico, o que torna difícil estimar de forma correta a prevalência.^{5, 6, 10 - 13}

A etiologia específica dessa desordem ainda não foi completamente esclarecida. Sabe-se que a constipação intestinal, vinculada a etiologias orgânicas, como a obstrução mecânica, lesão da medula espinhal, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, hipotireoidismo, diabetes mellitus e distúrbios neurogênicos locais, atinge apenas uma minoria das pessoas. Dessa forma, a maioria dos casos é atribuída a distúrbios funcionais sem uma causa estrutural subjacente a que possa atribuir os sintomas,⁵ caracterizados por: dificuldade em iniciar ou completar a evacuação, sangramento retal, dor abdominal e/ou anal, gases, distensão abdominal, incontinência fecal, evacuação infrequente, fezes endurecidas, esforço evacuatório, evacuação incompleta, desconforto abdominal, súbita vontade de evacuar.^{6, 14}

Hábitos alimentares, sedentarismo, nível socioeconômico, aspectos psicológicos, uso de medicamentos, idade, gênero se vinculam à ocorrência da constipação intestinal crônica funcional.^{5, 15-17}

A qualidade de vida é uma dimensão percebida pelo paciente ora de forma negativa, como uma limitação no estado funcional (físico e mental), ora de modo positivo, vinculada à sensação de bem-estar. Uma recente revisão sistemática¹⁸ mostrou um efeito consistente da constipação intestinal crônica funcional nos componentes mentais e físicos da qualidade de vida, afetando principalmente o estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. Os sintomas que mais afetam a qualidade de vida são: desconforto abdominal (65%), evacuação infrequente (63%), fezes endurecidas (59%) e esforço evacuatório (59%).¹⁴

Nesse sentido, a elevada prevalência e implicações na qualidade de vida fazem da CI um importante problema de saúde pública.^{5, 18} O desconhecimento de sua magnitude no âmbito da atenção primária em saúde limita a adoção de estratégias efetivas para seu controle. Portanto, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência, os fatores associados e o perfil da qualidade de vida das mulheres com constipação intestinal crônica funcional atendida pela Estratégia de Saúde da Família do distrito sanitário III do Recife – Pernambuco.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Realizou-se, entre agosto de 2012 e agosto de 2014, um estudo do tipo corte transversal cuja população foi constituída pelas mulheres com 18 anos ou mais atendidas pela Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário III do Recife (PE).

Foram excluídas as mulheres portadoras de constipação intestinal vinculada a causas orgânicas, previamente diagnosticadas, como câncer, diverticulite, diverticulose, doença intestinal inflamatória, doença de Crohn, pólipos, prolapso retal. Além disso, não foram incluídas as mulheres com síndrome do intestino irritável com componente de constipação intestinal, colón espástico ou irritável, intolerância lactose, como também as grávidas e as com incapacidade em compreender o questionário.

A amostra foi composta de 350 mulheres cujo cálculo considerou uma frequência esperada de 37,5% de constipação intestinal crônica funcional (Collete e col., 2010⁴ e Oliveira e col., 2005⁸) com precisão absoluta de 5% e um nível de confiança de 95%.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. O Distrito Sanitário III foi o escolhido entre os seis que compõem a rede assistencial pública do Recife, uma vez que é o mais representativo das condições sociodemográficas do município. Posteriormente, sortearam-se 50% das Unidades de saúde da família (USFs) desse território, o que resultou em dez unidades: Poço da Panela, Apipucos, Santana, Passarinho baixo, Bola na rede, Alto do Eucalipto, Vila boa vista, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto José Bonifácio. Por meio do cadastro das famílias, as mulheres com 18 anos ou mais foram selecionadas de forma aleatória sistemática.

Os dados foram coletados no domicílio onde apenas uma mulher com 18 ou mais anos constituiu a fonte das informações. Após, assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido, responderam ao instrumento de coleta de dados contendo perguntas sobre as variáveis biológicas e sociodemográficas, os critérios de Roma III, ² The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey (Sf-36), ¹⁹ Constipation-Related Quality of Life Questionnaire (CRQOL), ²⁰ Cleveland Clinic Constipation Score system-CCS. ²¹

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, estado civil e cor da pele referida pela participante como presente no registro, escolaridade (anos completos de estudo) e nível socioeconômico (renda *per capita* familiar mensal em salários mínimos). As participantes foram questionadas sobre diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoartrite, osteoporose, ou outras doenças. E também sobre o uso de medicamentos: analgésicos, antiácidos, anticolinérgicos, anticonvulsivante, antidepressivo, antiparkinsoniano, anti-hipertensivo não diurético, suplemento de cálcio, diurético, anti-histamínico, ou outros. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com base no peso e altura autorreferidos e classificado segundo a Diretriz Brasileira de Obesidade 2009/2010. ²² As variáveis sobre hábitos de vida tiveram como base as definições adotadas pelo VIGITEL BRASIL 2012. ²³ Considerou-se fumante a pessoa que fuma atualmente, ex-fumante a que referiu ter parado independentemente do número de cigarros e da duração do hábito de fumar e não fumante quem referiu nunca ter fumado. Foi considerada ativa a mulher que praticava pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada (caminhada, hidroginástica, academia) ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa (corrida) em sua hora livre. Atividades com duração inferior a 10 minutos não foram consideradas. Em relação ao consumo de frutas e hortaliças, o padrão considerado recomendado é o que inclui a ingestão de cinco porções por dia com base no cardápio regular diário.

A constipação intestinal crônica funcional foi definida de acordo com o consenso de Roma III,² como a presença de dois ou mais dos seguintes sintomas, por pelos menos três meses, com seu início há seis meses: fezes endurecidas, esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta, necessidade de manobras manuais para facilitar a evacuação, sensação de obstrução anorretal. Todos eles devem ser positivos em mais de 25% das evacuações. Além disso, a presença de evacuações infrequentes, ou seja, menos de três evacuações por semana. As mulheres foram orientadas a responderem as perguntas sobre o funcionamento intestinal natural, ou seja, sem o uso de laxantes, chás ou qualquer outro tipo de ajuda.

A intensidade da constipação intestinal crônica funcional também foi avaliada pelo Cleveland Clinic Constipation Score System-CCS.²¹ Ele é um sistema de escore objetivo com base nas queixas das pessoas. É composto por oito itens: duração da constipação intestinal (anos), frequência de evacuações, evacuação dolorosa, sensação de evacuação incompleta, dor abdominal, período de tempo por tentativa de evacuar, auxílio para evacuar, tentativas para evacuar sem sucesso em 24 horas. O escore varia entre 0 e 30 sendo a constipação intestinal considerada leve quando a soma total encontra-se no intervalo entre 0 e 14 e grave entre 15 e 30. Esse instrumento ainda não foi validado para população brasileira.

A qualidade de vida foi avaliada pelos questionários:

- Short Form Health Survey (Sf-36)¹⁹ é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, não sendo específico para determinada idade, doença ou tratamento. O atual SF-36 é multidimensional formado por 36 quesitos, englobados em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, saúde mental e mais uma questão

de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há de um ano atrás. Essa ferramenta é composta por oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental) e dois escores sumários (saúde física e saúde mental) e tem um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior e 100 ao melhor estado geral de saúde. Outrossim, esse questionário já foi validado para população brasileira.

- Constipation-Related Quality of Life Questionnaire-CRQOL²⁰ é um questionário para avaliar especificamente a qualidade de vida da população constipada nos aspectos sociais, psicológicos e físicos da qualidade de vida. Consiste em quatro subescalas: Estresse, Prejuízo social, Hábitos alimentares, Atitudes quanto à utilização do banheiro. O escore final varia entre 0 e 90; quanto maior o valor, pior a qualidade de vida. Foi realizada a adaptação transcultural do questionário.

Os dados foram duplamente digitados, processados e analisados no programa SPSS 13.0. As inconsistências foram detectadas e corrigidas por meio de consulta aos questionários.

Foram calculadas as prevalências de constipação intestinal crônica funcional, as razões de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança entre grupos específicos. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste X^2 . Como não obedeciam ao pressuposto da normalidade, avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov, as médias dos domínios e subescalas dos questionários de qualidade de vida foram logaritmizadas e se procedeu à ANOVA e à ANOVA fatorial com ajuste por comorbidade, idade, nível socioeconômico e escolaridade. A significância estatística dessa análise foi avaliada pelo teste F. A probabilidade máxima de erro para rejeição da hipótese nula em todas as situações foi de 5%.

O estudo obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS) sob o número de protocolo: 20-2013.

RESULTADOS

Foram selecionadas 350 mulheres que preenchiam os critérios de elegibilidade, vinte delas se recusou a participar da pesquisa ou não estava em casa no momento da coleta, o que corresponde a uma perda de 5,7%.

A média de idade das mulheres foi de $46,3 \pm 17,9$ anos, variando entre 18 e 90 anos. Aproximadamente 61% apresentaram IMC superior a 25kg/m^2 .

Entre as participantes, 80,6% tinham a cor da pele preta ou parda, 51,8% referiram ter terminado o ensino fundamental, 48,5% eram casadas ou viviam em união estável, 75,2% ganhavam uma renda familiar entre um e dois salários-mínimos e 51,5% referiram sofrer de alguma comorbidade, como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoporose, osteoartrose, entre outras. Quanto ao uso de medicamentos, 43% relataram utilizar algum dos seguintes medicamentos: analgésicos, antiácidos, anticolinérgicos, anticonvulsivante, antidepressivo, anti-hipertensivo não diurético, suplemento de cálcio, diurético, anti-histamínico ou outros. No que se refere às variáveis comportamentais, cerca de 17% eram fumantes, 87,6% foram classificadas como inativas e 17,3% ingeriam a quantidade recomendada de frutas e hortaliças. Quanto ao estado nutricional, 60,6% apresentaram IMC superior a 25kg/m^2 . (Tabela 1).

A prevalência de constipação intestinal crônica funcional foi de 30% e só mostrou diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias. As mais jovens (<

45 anos) sofrem 44% mais de CI do que as mulheres com 45 anos ou mais ($p=0,032$) (Tabela 1).

Na análise não ajustada, houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores de quatro dos oito domínios (aspectos físicos, dor, aspectos sociais e aspectos emocionais) e dos escores sumários (saúde física e saúde mental) do SF-36 quando se compararam os grupos de constipadas e não constipadas. As mulheres constipadas apresentaram escores menores do que as mulheres não constipadas. (Tabela 2 e Figura 1).

Após o ajuste por comorbidade, idade, nível socioeconômico e escolaridade, além dos domínios (aspectos físicos, $p=0,001$; dor, $p=0,002$; aspectos sociais, $p=0,021$ e aspectos emocionais, $p=0,037$) e dos escores sumários (saúde física e saúde mental), também se mostraram associados à variável caso mais dois domínios: capacidade funcional ($p=0,022$) e estado geral de saúde ($p=0,034$), enquanto as médias referentes aos domínios vitalidade e saúde mental continuaram a não apresentar diferenças estatisticamente significantes entre constipadas e não constipadas ($p>0,05$) (Tabela 2).

Os critérios de Roma III mais frequentes entre as mulheres classificadas como constipadas ($n=99$) foram: esforço evacuatório (90,9%), fezes endurecidas (89,9%) e evacuação incompleta (80,8%). Entre as não constipadas, os critérios mais frequentes foram evacuação incompleta (8,2%) e menos de três evacuações por semana (6,1%). A utilização de manobras manuais para facilitar a evacuação foi o critério menos citado nos dois grupos. (Figura 2).

A Tabela 3 mostra a existência de uma associação entre a intensidade da constipação intestinal crônica funcional avaliada pelo CCS e qualidade de vida. Evidenciou ainda uma associação estatisticamente significativa entre CCS e o CRQOL

($p=0,015$), entre o CCS e o domínio dor do SF -36 ($p=0,014$) e entre os critérios de Roma III e o domínio saúde mental do SF-36 ($p=0,012$). Os dois escores sumários do SF 36 estiveram significativamente associados ao CSS ($p<0,05$) e aos critérios de Roma III($p<0,05$).

DISCUSSÃO:

A constipação intestinal crônica funcional é um problema comum cuja prevalência varia entre 4% a 28% na população geral, em países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Brasil, acometendo 35-37% das brasileiras.^{4, 8, 9} O presente estudo encontrou uma prevalência de 30%, essa variação pode ter ocorrido pela utilização de diferentes critérios diagnósticos, níveis socioeconômicos, condições de vida e padrão alimentar, além do fato desse estudo ter avaliado apenas mulheres atendidas em USF. Contudo, uma recente revisão sistemática²⁴ mostra maiores taxas de prevalência da CI na América do Sul quando comparada a outros continentes, como América do Norte, Europa, Ásia, África. Demonstra ainda que a prevalência da CI está aumentando com o passar dos anos, pois entre 1981 e 1990 afetava 11% da população geral quando considerado os continentes citados acima e entre 1991 e 2010 já atingia taxas de prevalência de 15%. Esta revisão sistemática concluiu que este aumento da prevalência da CI com o passar dos anos foi estatisticamente significativo.

Os critérios diagnósticos Roma III para constipação intestinal crônica funcional foram desenvolvidos para padronizar as definições existentes e são mundialmente aceitos, pois a definição de CI é variável. Os médicos a compreendem de forma objetiva por meio da redução na frequência de evacuações por semana. Enquanto os pacientes estão mais preocupados com seus sintomas, como: consistência das fezes, esforço

evacuatório e dificuldade na saída das fezes.^{1, 2, 25} Corroborando com esse achado o presente estudo encontrou, entre as mulheres constipadas, os seguintes critérios de Roma III mais frequentes: esforço evacuatório (90,9%), fezes endurecidas (89,9%) e evacuação incompleta (80,8%). O critério que avalia a frequência de evacuação foi menos frequente, apenas 61,6% das mulheres constipadas avaliadas no presente estudo referiram ter menos de três evacuações por semana.

O presente estudo encontrou uma associação entre idade e prevalência de constipação intestinal crônica funcional, evidenciando que mulheres com menos de 45 anos possuem uma maior chance de ter CI, de acordo com os critérios de Roma III, em relação àquelas com idade superior, indo de encontro à literatura vigente. Diversos estudos encontraram uma elevação da prevalência de CI associado ao avançar da idade,^{7, 9}, embora as causas não sejam bem esclarecidas. Atribui-se a esse aumento às alterações fisiológicas que o intestino grosso sofre com o avançar da idade (menos fibras colágeno, menor número de plexos mioentéricos), apesar dessas alterações anatômicas ainda não serem comprovadamente consideradas contribuintes da CI. Uma recente revisão sistemática⁷ constatou que a prevalência da CI cresce com o envelhecimento, sendo encontrados números mais elevados a partir do 50 anos (prevalência de 2,6% a 28,4%), chegando a valores de 7,7% a 48,2% em indivíduos com mais de 70 anos de idade.

No entanto, um estudo brasileiro realizado por Collete e col.⁴ concluiu que a prevalência da constipação intestinal crônica funcional tende a ser maior na faixa etária feminina que se encontra em idade reprodutiva e diminui com o avançar da idade. Este achado pode estar associado ao início das alterações hormonais nas adolescentes, visto que o aumento dos níveis de estrogênio, na fase lútea da menstruação, eleva o tempo do trânsito intestinal. Além disso, por serem educadas desde novas a não utilizar banheiros

fora de suas residências, as jovens tendem a ignorar os reflexos evacuatórios normais. Outro fator contribuinte seria o maior número de casos de abusos sexuais (físico e emocional) no sexo feminino, esses traumas podem estar ligados à disfunção evacuatória.^{4, 26}

Em contra partida, o presente estudo não identificou associação entre a constipação intestinal crônica funcional e os seguintes fatores: baixa escolaridade, IMC, raça, tabagismo, estado civil, baixa renda familiar, uso de medicamentos, atividade física e ingestão de frutas e hortaliças. Essa falta de significância estatística corrobora com diversos achados literários.^{4, 15, 27, 28} No entanto, a literatura é muito divergente nesse contexto.^{4, 9, 15, 16, 24, 27, 28}

Quanto à cor da pele preta ou parda, alguns estudos^{4, 9} mostram associação entre esta variável e CI, concluindo que a prevalência de CI é 24% maior em mulheres de cor da pele preta ou parda. As causas dessa possível relação ainda não foram esclarecidas, até o presente momento.

Com relação ao hábito de fumar, a literatura não mostra associação entre o tabagismo e CI,^{4, 15, 27} corroborando com os achados do presente estudo. Contudo, em um artigo realizado por Dukas e col.²⁶ concluiu que os efeitos adrenérgicos da nicotina seriam responsáveis por diminuir o tempo de esvaziamento gástrico e aumentar a atividade motora do intestino, estando esse efeito diretamente associado ao número de cigarros fumados por dia.

Alguns estudos mostram que os níveis socioeconômicos mais baixos estão associados a uma maior chance de ter constipação intestinal crônica funcional.^{4, 9, 24} Isso pode ocorrer devido às diferenças entre os hábitos alimentares de indivíduos de níveis econômicos diferentes, pois, apesar de uma baixa ingestão global de alimentos

saudáveis e ricos em fibras, as pessoas mais carentes consomem uma quantidade inferior a da população geral.⁴ Porém, contrapondo a literatura citada, o presente estudo não detectou a associação da CI e a renda familiar das mulheres estudadas.

Ao analisar a possível relação entre o uso de medicamentos e a constipação intestinal crônica funcional, o presente estudo constatou que tal associação não existiu. Essa conclusão diverge de diversos achados literários^{15, 16} que descrevem uma inter-relação entre o uso de drogas lícitas, como antiácidos que contém alumínio, antidepressivos, opioides, paracetamol, AINE e bloqueadores de canal de cálcio com o aparecimento da CI. Muitos indivíduos que fazem uso desses remédios possuem uma chance 2-3 vezes maior de desenvolver CI, o que pode ser justificado pelo uso corriqueiro deles. O paracetamol atua de uma forma antisserotonérgica, impedindo a atuação da serotonina, que regula a motilidade e a secreção do trato gastrointestinal, por interromper o metabolismo desse neurotransmissor, o que modifica a função intestinal.¹⁵

Quanto à ingestão de fibras a literatura é controversa. Alguns estudos encontraram uma associação entre CI e consumo de fibras na dieta.^{26, 28} A ausência dessa associação no presente estudo pode ter ocorrido por não ter sido avaliado o consumo diário de fibras, apenas o consumo diário de frutas e hortaliças.

Este é o primeiro estudo brasileiro a avaliar o impacto da constipação intestinal crônica funcional na qualidade de vida das mulheres. Dados consistentes da literatura^{10, 27, 29-32} mostram que a CI reduz a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esta desordem, corroborando com os achados do presente estudo. Wald e col.¹⁰ e Sun e col.²⁷ avaliaram a qualidade de vida de indivíduos constipados utilizando apenas os escores sumários do SF-36. Ambos encontraram uma associação significativa entre a CI e a

redução na qualidade de vida, achado que também corrobora com o presente estudo. Koloski e col.²⁹ e Chan e col.³⁰ ao avaliarem a qualidade de vida de mulheres com CI encontraram uma redução desta nos oito domínios analisados pelo SF-36. No entanto, o presente estudo encontrou uma associação estatisticamente significativa em apenas seis dos oito domínios do SF-36. Essa divergência pode ter ocorrido, pois o presente estudo, para a análise do SF-36, realizou a utilização de testes estatísticos específicos, uma vez que os valores não obedeciam ao pressuposto da normalidade, e as médias foram logaritmizadas. Além disso, foram realizados ajustes para variáveis confundidoras, como: escolaridade, renda, idade e comorbidades. Esses cuidados nem sempre foram realizados em outras pesquisas.

A redução da qualidade de vida em constipados pode ser explicada pelo fato dessa desordem afetar física e psicologicamente seus portadores, além de interferir de forma significativa na sua vida diária e bem-estar. A CI é ainda uma queixa subjetiva influenciada por costumes culturais e sociais.¹³ As pessoas que tem distúrbios funcionais do aparelho gastrointestinal enfrentam um estigma social de que seus problemas não são reais. Estes rótulos sociais negativos podem afetar a autoestima e a crença na própria capacidade de lidar com situações de vida e levar os indivíduos com estas desordens a esconder sua condição e restringir suas experiências de vida, incluindo lazer, viagens, alimentação, emprego, vida social e vida sexual.³³ A maioria das pessoas não compreende sua desordem e sofrem de isolamento social por medo de apresentar sintomas quando estão fora de casa e se sentem frustrados, pois a maioria das terapias não é efetiva e a família e colegas de trabalho não manifestam empatia. Pessoas com CI estão mais preocupados com sua qualidade de vida do que com sua longevidade.¹³

Recentemente foi desenvolvido um questionário que avalia a qualidade de vida específico para constipados, o CRQOL.²⁰ O presente estudo encontrou uma correlação

significativa entre suas subescalas e os domínios e escores sumários do SF - 36. Apesar de apresentar boa correlação, estimulando seu uso, novas pesquisas de validação são necessárias.

O presente estudo utilizou 2 instrumentos baseados em sintomas para avaliar a intensidade da CI, os critérios de Roma III e o CCS. Apesar de ser um escore baseado em sintomas os estudos geralmente utilizam o CCS para avaliar resposta da CI aos tratamentos realizados. Não foram encontradas, pelos pesquisadores desse estudo, outras pesquisas que avaliaram a associação dos escores encontrados pelo CCS com a redução da qualidade de vida, apesar de ser uma escala de fácil aplicação e recomendada por um recente consenso.³⁴

O presente estudo encontrou uma associação significativa entre intensidade da CI e a redução da qualidade de vida de mulheres constipadas. A qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo em relação ao seu estado físico, psicológico e sensação de bem-estar. Um estudo realizado por Cheng e col.³⁰ mostra que a intensidade da CI está significativamente associada a níveis maiores de depressão e ansiedade. Conclui que constipados tem uma percepção de doença reduzida, dos 458 constipados apenas 5,6% relataram que sentiam que seus sintomas afetavam sua vida de forma significativa, e mulheres com CI têm maiores níveis de ansiedade por ter uma maior percepção de seus sintomas. Achado que corrobora com o presente estudo, pois as mulheres constipadas analisadas possuíam piores escores de saúde mental quando avaliadas pelo SF-36.

Além das limitações já citados, pode ter ocorrido viés de recordação. Além disso, a falta de associação estatisticamente significativa entre atividade física e CI, pode ter ocorrido por não ter sido avaliado o nível de atividade física, pois a literatura mostra

que apenas exercícios de intensidade vigorosa possuem associação com CI. E, a falta de associação com alimentação pode ter ocorrido, pois nesse estudo não foi avaliada a ingestão total de fibras diárias, apenas de frutas e hortaliças.

Em conclusão, os achados do presente estudo demonstraram que a constipação intestinal crônica funcional, diagnosticada pelos critérios de Roma III, afeta 30% das mulheres brasileiras atendidas pela estratégia de saúde da família do Recife. Essas, também apresentaram piores escores de qualidade de vida quando comparadas as não constipadas. Ainda como achado, este estudo mostra uma associação significativa entre intensidade da CI e redução na qualidade de vida. Curiosamente, foi encontrada uma associação inversa entre idade e CI. Assim, sugere-se a realização de novas pesquisas visando à validação do CRQOL e do CCS para língua portuguesa. Além disso, analisar se o aumento da prevalência dessa desordem nas faixas etárias mais jovens estaria associado a fatores hormonais, estilo de vida ou traumas psicológicos, e se o tratamento correto melhoraria a qualidade de vida dessas mulheres constipadas.

Tabela 1. Prevalência de constipação intestinal crônica funcional e fatores associados nas mulheres estudadas.

Variáveis	Distribuição amostral		Prevalência (%)	RP (IC95%)	Valor de p
	n	%			
Total	330	100	30		
Idade (anos)					
< 45	157	47,6	35,7	1,44 (1,03-2,00)	0,032
≥ 45	173	52,4	24,9	1,00	
Índice de massa corporal (Kg/m²)					
≤ 24,9	130	39,4	30,0	1,05(0,71-1,54)	>0,05
25-29,9	115	34,8	28,7	1,00	
≥ 30	85	25,8	31,8	1,11(0,72-1,69)	>0,05
Raça/cor					
Preta/Parda	266	80,6	30,8	1,16(0,74-1,81)	>0,05
Branca e outras	64	19,4	26,6	1,00	
Escolaridade					
Não alfabetizada	34	10,3	29,4	1,00	
Curso fundamental completo ou incompleto	171	51,8	29,8	1,01(0,57-1,79)	>0,05
Curso médio ou superior completo ou incompleto	125	37,9	30,4	1,03(0,58-1,85)	>0,05
Estado civil					
Solteira/ divorciada/ viúva	170	51,5	31,2	1,08(0,78-1,51)	>0,05
Casada/ união estável	160	48,5	28,8	1,00	
Renda familiar per capita (em SM)*					
< 1 SM	34	10,3	32,4	1,29(0,65-2,58)	>0,05
1-2 SM	248	75,2	30,6	1,23(0,73-2,07)	>0,05
> 2 SM	48	14,5	25,0	1,00	
Hábito de fumar					
Não fumante ou ex-fumante	275	83,3	30,2	1,04(0,70-1,63)	>0,05
Fumante	55	16,7	29,1	1,00	
Atividade física suficiente no lazer					
Sim	41	12,4	34,1	1,16(0,73-1,84)	>0,05
Não	289	87,6	29,4	1,00	
Consumo diário de frutas e hortaliças					
Menos do que o recomendado	273	82,7	31,5	1,34(0,83-2,30)	>0,05
Recomendado ou mais	57	17,3	22,8	1,00	
Comorbidades					
Não	160	48,5	31,9	1,13(0,81-1,57)	>0,05
Sim	170	51,5	28,2	1,00	
Medicamentos					
Não	180	57	34,0	1,38(0,97-1,96)	>0,05
Sim	142	43	24,6	1,00	

*SM= salário mínimo; R\$ 724,00 em 2014.

Tabela 2. ANOVA* e ANOVA Fatorial* das médias e desvios-padrão das escalas do SF-36 entre os grupos de mulheres com constipação e sem constipação.

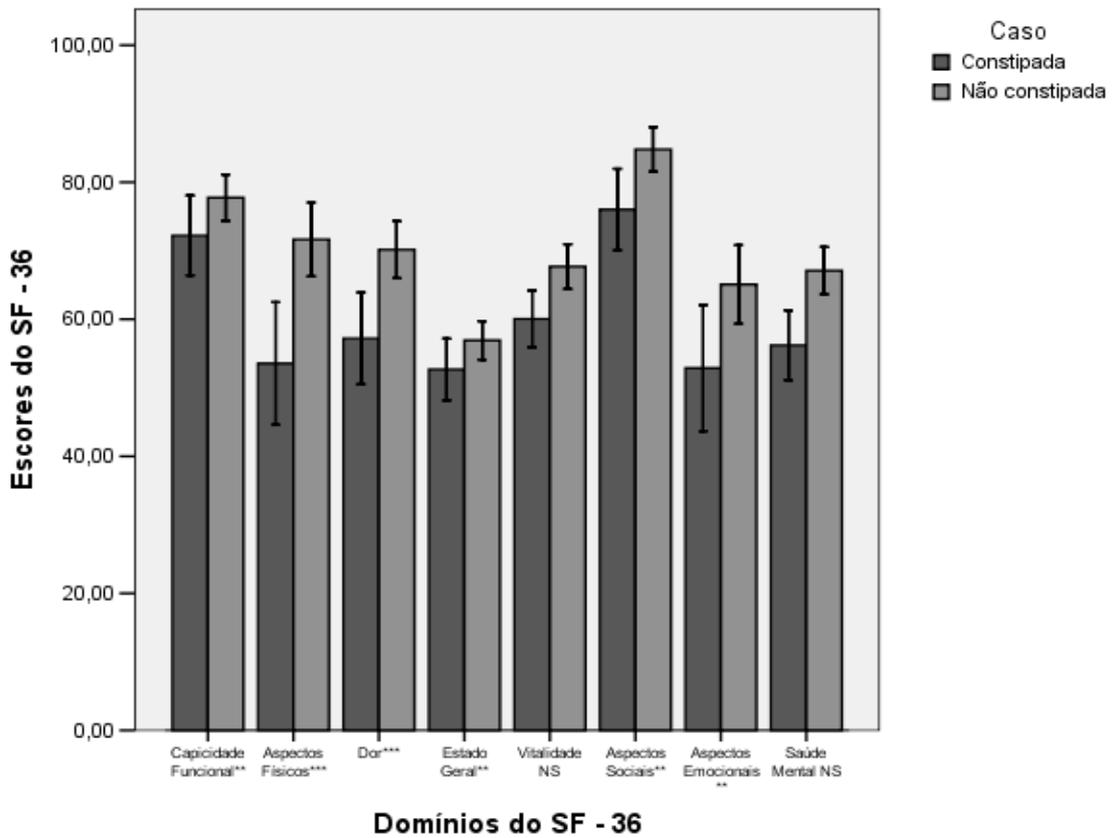
Domínios SF-36	Constipadas		Não constipadas		Valor p**	Valor p***
	M	D.P.	M	D.P.		
Capacidade funcional	72,2	29,2	77,7	26,1	>0,050	0,022
Aspectos físicos	53,5	44,9	71,6	41,6	0,001	≤0,001
Dor	57,2	33,6	70,1	32,0	0,005	0,002
Estado geral de saúde	52,7	22,6	56,9	21,7	>0,050	0,034
Vitalidade	60,0	20,7	67,7	25,3	>0,050	>0,050
Aspectos sociais	76,0	29,9	84,8	25,0	0,028	0,021
Aspectos emocionais	52,9	46,2	65,1	44,2	0,048	0,037
Saúde mental	56,2	25,5	67,1	26,6	>0,050	>0,050
Escore Saúde física	60,1	26,5	70,5	24,6	0,002	≤0,001
Escore Saúde mental	61,2	22,6	71,1	23,6	0,028	0,020

* Para a análise, as médias foram logaritmizadas.

** Não ajustado.

*** Ajustado para comorbidade, idade, renda, escolaridade.

Figura 1: Médias* dos escores dos domínios do SF – 36 com indicação dos intervalos de confiança 95% em mulheres constipadas e não constipadas.



*Ajustadas por idade, escolaridade, renda e comorbidades; **p<0,05; ***p<0,01; NS=Não significante

Figura 2: Distribuição de frequência (%) dos critérios de Roma III em mulheres constipadas e não constipadas.

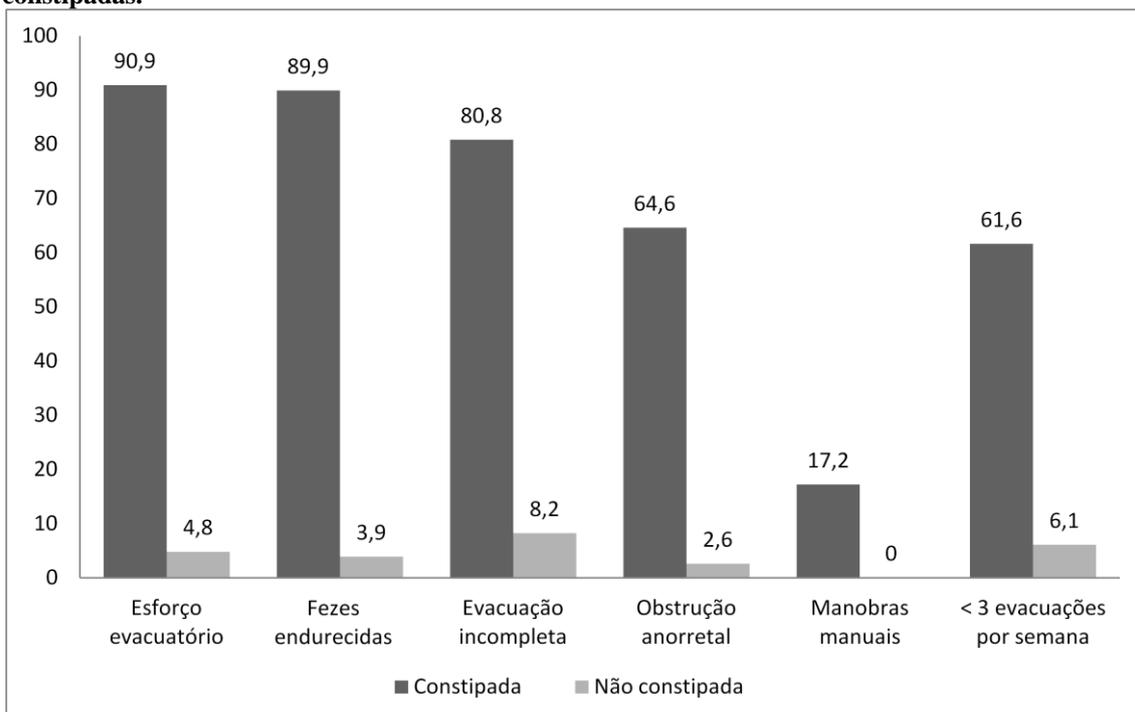


Tabela 3. Associação* entre intensidade da constipação intestinal classificada pelo Cleveland Constipation Scoring System-CCS e pelos critérios de Roma III e qualidade de vida avaliada pelos domínios do SF-36 e subescalas do CRQOL

CRQOL e domínios do SF-36	Escores do CCS**					Critérios de Roma III				
	≥ 15		< 15		Valor p	4-6 critérios		2-3 critérios		Valor p
	M	D.P.	M	D.P.		M	D.P.	M	D.P.	
CRQOL	47,59	12,41	41,27	13,68	0,015	45,80	13,3	40,30	13,10	>0,050
Domínios SF-36										
Capacidade funcional	65,11	30,75	77,90	26,87	>0,050	71,10	29,84	74,68	28,10	>0,050
Aspectos físicos	46,59	45,94	59,09	43,66	>0,050	51,84	45,98	57,26	42,91	>0,050
Dor	47,84	34,93	64,69	30,80	0,014	53,16	33,94	66,06	31,55	>0,050
Estado de saúde geral	47,04	23,71	57,16	20,74	>0,050	51,69	23,16	54,81	21,44	>0,050
Vitalidade	56,48	19,37	62,91	21,44	>0,050	57,94	19,93	64,67	21,91	>0,050
Aspectos sociais	70,17	32,93	80,68	26,55	>0,050	73,71	31,38	81,05	25,99	>0,050
Aspectos emocionais	44,70	45,99	59,39	45,67	>0,050	49,51	45,16	60,21	48,24	>0,050
Saúde mental	47,45	23,71	63,20	24,96	>0,050	51,65	26,53	66,19	20,18	0,012
Escore saúde física	52,70	27,78	66,03	24,07	0,008	58,11	27,02	69,81	24,71	0,001
Escore saúde mental	54,70	22,33	66,54	21,65	0,011	58,20	22,83	70,79	23,37	0,005

*Avaliada pela ANOVA, as médias foram logaritimizadas.

**Quanto mais próximo de 30 for o valor total, maior o grau de intensidade da constipação intestinal.

REFERÊNCIAS:

- 1-Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91 .
- 2- American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100(Suppl 1):S1-22.
- 3- Hart SL, Albiani JJ, Crangle CJ, Torbit LA, Varma MG. Development and assessment of the constipation-related disability scale. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35: 183–192.
- 4- Collete VL, Araújo CL, Madruga SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (Suppl 7):1391-1402.
- 5-Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *Gastroenterology*. 2008;8:5.
- 6-Dennison C, Prasad M, Lloyd A, Bhattacharyya SK, Dhawan R, Coyne K. The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics*. 2005; 23 (suppl 5):461-76.
- 7- McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. A Review of the Literature on Gender and Age Differences in the Prevalence and Characteristics of Constipation in North America. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009; 37 (Suppl 4):737-45.
- 8- Oliveira SCM, Pinto-Neto AM, Conde DM, Góes JRN, Santos-Sá D, Fonsechi-Carvasan GA, Costa-Paiva L. Constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(Suppl 16): 334-41
- 9- Higgins P, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:750-9.
- 10- Wald A, Scarpignato C, Kamm MA, Mueller-lissner S, Helfrich I, Schuijt C, et al. The burden of constipation on quality of life: Results of a multinational survey. *Aliment Pharm Therap*. 2007;26:227-36.
- 11- Paré P, Bridges R, Champion MC, Ganguli SC, Gray JR, Irvine EJ, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment. *Can J Gastroenterol*. April 2007; 21(Suppl B): 3B-22.

- 12- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic Constipation in the Elderly. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107:18–25.
- 13- Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol*. October 2011; 25 (Suppl B):11B-15.
- 14- Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007; 25; 599–608.
- 15- Chang JY, Richard Locke G, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. *Neurogastroenterol Motil*. 2007; 19: 905–911.
- 16- Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98 (Suppl 5): 1107-1111.
- 17- Cook IJ, Talley NJ, Benninga MA, Rao SS, Scott SM. Chronic constipation: overview and challenges. *Neurogastroenterol Motil*. 2009; 21 (Suppl. 2): 1–8.
- 18- Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: Impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31:938-49.
- 19- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Mainão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (Suppl 3): 143- 150.
- 20- Wang JY, Hart SL, Lee J, Berian JR, McCrea GL, Varma MG. A Valid and Reliable Measure of Constipation- Related Quality of Life. *Dis Colon Rectum*. 2009; 52: 1434–1442.
- 21- Agachan F, Chen T, Pfeife J, Reissman P, Wexner SD. A Constipation Scoring System to Simplify Evaluation and Management of Constipated Patients. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39:681-685.
- 22- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso). *Diretriz Brasileira de Obesidade*; 2009/2010.
- 23- Ministério da saúde. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil*; 2012.
- 24- Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and Risk Factors for, Chronic Idiopathic Constipation in the Community: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011; 106:1582–1591.

- 25- James R, Gray MD. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25 (Suppl B):B7-10.
- 26- Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98:1790-6.
- 27- Sun SX, DiBonaventura M, Purayidathil FW, Wagner JS, Dabbous O, Mody R. Impact of Chronic Constipation on Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Healthcare Resource Use: An Analysis of the National Health and Wellness Survey. *Dig Dis Sci*. 2011; 56:2688–2695
- 28- Markland AD, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, Busby-Whitehead J, MD4, Whitehead WE. Association of Low Dietary Intake of Fiber and Liquids with Constipation: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Am J Gastroenterol*. 2013; 108(Suppl 5): 796–803.
- 29- Koloski NA, Jones M, Wai R, Gill RS, Byles J, Talley NJ. Impact of Persistent Constipation on Health-Related Quality of Life and Mortality in Older Community-Dwelling Women. *Am J Gastroenterol*. 2013; 108:1152-1158
- 30- Chan AO, Cheng C, Hui WM, et al. Differing coping mechanisms, stress level and anorectal physiology in patients with functional constipation. *World J Gastroenterol*. 2005; 11: 5362–6.
- 31- Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97: 1986–93.
- 32- FriedenberG FK, Dadabhai A, Palit A, Sankineni A. The Impact of Functional Constipation on Quality of Life of Middle Aged Black Americans: A Prospective Case-Control Study. *Qual Life Res*. 2012; 21(Suppl 10): 1713–1717.
- 33- Chang L, Toner BB, Fukudo S, Guthrie E, Locke GR, Norton NJ, et al. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1435–1446..
- 34- Bove A, Pucciani F, Bellini M, Battaglia E, Bocchini R, Altomare DF et al. Consensus statement AIGO/SICCR: Diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation. *World J Gastroenterol*. 2012; 18 (Suppl 14): 1555-1564.