

Prevalência de constipação intestinal no município de Viçosa/MG

Prevalence of constipation in Viçosa/MG

Monica de Souza Lima Sant'Anna, D.Sc.*, Celia Lucia de Lucas Fortes Ferreira, D.Sc.**

**Professora da Universidade Federal de Sergipe,*

***Professora Titular do Departamento de Tecnologia de Alimentos – Universidade Federal de Viçosa*

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de constipação intestinal (CI) do município de Viçosa/MG. Realizou-se um estudo transversal com aplicação de questionários individuais à população. O questionário continha questões acerca da CI, com os critérios diagnósticos do Roma III. Responderam ao questionário 140 indivíduos de ambos os sexos. Os participantes apresentaram média etária de $31,9 \pm 12,5$ anos. A prevalência total de CI foi de 31,4%. As mulheres apresentaram maior prevalência do que os homens com valores de 32,6 % e 25,6%, respectivamente. A queixa mais relatada pelo sexo feminino foi a presença de fezes endurecidas ou fragmentadas (73,1%) seguido de sensação de evacuação incompleta (71,1%) e esforço ao evacuar (44,3%). Entre os homens as queixas foram as mesmas com 76,3%, 63,1% e 34,2% respectivamente. A prevalência encontrada foi alta. Devem ser realizadas atividades educativas para informar à população formas de prevenção e tratamento dessa doença.

Palavras-chave: prevalência, constipação intestinal, motilidade gastrointestinal, saúde do adulto.

Abstract

The present study aimed to assess the prevalence of constipation (CI) at Viçosa/MG. We conducted a cross-sectional study with individual questionnaires to population. The questionnaire contained questions about the CI, with the Rome III diagnostic criteria. 140 individuals responded to the questionnaire of both sexes. Participants were 31.9 ± 12.5 years old. The overall prevalence of CI was 31.4%. Women had a higher prevalence than men with values of 32.6% and 25.6%, respectively. The chief complaint reported by women was the presence of hard or lumpy stools (73.1%) followed by feeling of incomplete evacuation (71.1%) and effort to evacuate (44.3%). Among men the complaints were the same with 76.3%, 63.1% and 34.2% respectively. The prevalence was high. Should be performed educational activities to inform the public how to prevent and treat this disease.

Key-words: prevalence, constipation, gastrointestinal motility, adult health.

Recebido 22 de agosto de 2012; aceito 15 de março de 2015

Endereço para correspondência: Mônica de Souza Lima Sant'Anna, Av. Santa Rita 216/101 Centro 36570-000 Viçosa MG, E-mail: monicaslsantana@gmail.com

Introdução

Vários fatores têm sido relacionados ao aparecimento de doenças no organismo humano, entre eles a herança familiar, o fumo, o sedentarismo e o estresse, mas pode-se dizer que a alimentação talvez seja um dos fatores mais importantes. O aumento significativo do consumo de refeições rápidas e de lanches tem sido verificado nos últimos anos e revela uma tendência de mudança no estilo de vida da população [1]. Isso se deve às facilidades encontradas para a aquisição de alimentos pré-preparados, prontos e congelados no mercado [2]. Maus hábitos alimentares, como o excessivo consumo de alimentos gordurosos, com alta densidade energética, aliados à redução da prática de exercícios físicos e ao baixo consumo de água e de fibras alimentares, causam à população problemas nutricionais como sobrepeso e obesidade [3]. A importância das fibras alimentares foi reconhecida há mais de duas décadas, após estudos sobre sua química e fisiologia que associavam o consumo de fibras com a prevenção de diversas doenças como constipação, hemorroidas, câncer de cólon, arteriosclerose, entre outras doenças comuns a uma população acostumada com alimentos refinados e pobres em fibras [4]. Nas últimas décadas houve um aumento considerável no consumo de alimentos integrais em populações ocidentais, principalmente de grãos [5].

A constipação intestinal (CI) é uma doença polissintomática caracterizada por manifestações que podem interferir de maneira variada sobre as funções colônicas e anorretais. Com base em diferentes estudos epidemiológicos, estima-se que a doença acometa entre 15% e 20% da população adulta na América do Norte (podendo alcançar taxas como 27%), o que corresponde a mais de 60 milhões de indivíduos [6,7]. Porém sua prevalência pode ser subestimada, pois uma minoria dos indivíduos que sofrem com a doença procuram cuidados médicos [8]. Do ponto de vista do impacto populacional, a doença é mais prevalente que uma série de outras afecções crônicas comuns, como a hipertensão, obesidade e diabetes mellitus [9]. Ocorre de maneira predominante no sexo feminino [1,2] e acomete todas as faixas etárias, embora seja mais comum em indivíduos com idade superior a 65 anos [7,9]. Considerando-se o impacto médico e socioeconômico, a CI é motivo de mais de 2,5 milhões de consultas médicas anualmente nos EUA, gastos anuais superiores a 2700 dólares por paciente, aumento dos índices de absenteísmo, declínio da produtividade individual e diminuição da qualidade de vida [10-12].

A fisiopatologia da doença é complexa e multifatorial, resultando da combinação direta ou indireta

de fatores estruturais e anatômicos, mecânicos, metabólicos e funcionais sobre o cólon, reto e ânus [12].

Embora a definição da doença com base na apresentação dos sintomas muitas vezes seja divergente entre médicos e pacientes [13], há critérios consensuais que auxiliam na padronização do diagnóstico. Os critérios diagnósticos para a CI, recentemente atualizados como Critérios de Roma III [14], estabelecem a necessidade de apresentação, por parte do paciente, de dois ou mais dos seguintes sintomas no período dos últimos 3 meses, com início das manifestações em no mínimo 6 meses antes do diagnóstico, em pelo menos 25% das defecações: evacuações inferior a 3 vezes por semana, esforço evacuatório, fezes duras ou em cíbalos, sensação de evacuação incompleta, sensação de bloqueio anorretal e necessidade de manobras manuais facilitadoras.

Devido a sua alta prevalência e significativa comorbidade, a CI acarreta grandes custos relacionados a sua prevenção, diagnóstico e tratamento [15]. Além disso, a CI tem um impacto negativo na qualidade de vida, afetando os indivíduos fisicamente e emocionalmente [8,16]. No Brasil poucos estudos levantaram a prevalência da CI em diferentes faixas etárias. Devido aos fatores acima mencionados a constipação deve ser considerada uma questão de saúde pública e o conhecimento de sua prevalência é de suma importância para os prestadores de cuidados a saúde. Assim, o objetivo desse trabalho foi quantificar a prevalência de CI na população adulta (≥ 20 anos) e idosa (≥ 60 anos) do município de Viçosa/MG.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo transversal por meio de aplicação de questionários individuais à população adulta e idosa de Viçosa.

O tamanho amostral foi calculado por meio do comando Statcalc (Sample Size & Power) no programa Epi Info, versão 6.04. Para tal cálculo, foram considerados os seguintes dados: número total de adultos e idosos e a prevalência de constipação intestinal na mesma faixa etária do estudo. Foi adotado um intervalo de 5% de variação aceitável na estimativa de frequência esperada e um intervalo de confiança de 99%.

O município de Viçosa/MG possuía no ano de 2000, segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 40.711 adultos e idosos. A prevalência de CI utilizada para cálculo foi obtida por dois estudos realizados em Campinas e São José do Rio Preto, estado de São Paulo, com mesma faixa etária e que encontraram prevalência de 37% e 35% respectivamente [12,15]. Assim utilizou-se a prevalência de 35% para o cálculo perfazendo um total de 68 indivíduos.

O questionário aplicado continha questões acerca da constipação intestinal, com o objetivo de se avaliar os critérios diagnósticos do Roma III: menos de três evacuações por semana, esforço ao evacuar, sensação de evacuação incompleta, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de obstrução à evacuação e manobras digitais para facilitar a mesma. Foram considerados constipados aqueles que apresentem aos menos dois desses critérios, referidos em pelo menos 25% das evacuações nos últimos três meses [12].

Resultados

Responderam ao questionário 140 indivíduos de ambos os sexos. Os participantes apresentaram média etária de $31,9 \pm 12,5$ anos. A prevalência total de CI foi de 31,4%. O sexo feminino apresentou uma prevalência estatisticamente maior do que o masculino com valores de 32,6% e 25,6%, respectivamente. Na Tabela I estão os dados da população estudada segundo sexo e faixa etária.

Tabela I - Distribuição por sexo e faixa etária da população estudada, Viçosa/MG, 2011.

Faixa etária/Sexo	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
20-29 anos	24	61,5	70	68,7
30-39 anos	8	20,5	12	11,8
40-49 anos	3	7,7	6	5,8
50-59 anos	1	2,6	8	7,9
60 +	3	7,7	6	5,8
Total	39	100	102	100

Na Tabela II estão os dados de prevalência de constipação intestinal por sexo e faixa etária

Tabela II - Prevalência de constipação intestinal por sexo e faixa etária, Viçosa/MG, 2011.

Sexo/Faixa etária	Masculino (%)	Feminino (%)
20-29 anos	33,3	34,2
30-39 anos	14,2	25,0
40-49 anos	0	0
50-59 anos	2,0	12,5
60 +	33,3	100,0

A queixa mais relatada pelo sexo feminino foi a presença de fezes endurecidas ou fragmentadas (73,1%) seguido de sensação de evacuação incompleta (71,1%) e esforço ao evacuar (44,3%). Entre os homens as queixas foram as mesmas com 76,3%, 63,1% e 34,2% respectivamente.

Discussão

No Brasil a prevalência de constipação intestinal foi estudada em várias faixas etárias, tanto em crianças, quanto em adultos e idosos. O critério utilizado, nesse estudo, para o levantamento da prevalência de constipação intestinal foi escolhido por ser recomendado pelas diretrizes da Associação Americana de Gastroenterologia. O consenso de Roma para constipação foi desenvolvido para padronizar a definição de constipação em estudos epidemiológicos, bem como para realizar o diagnóstico na prática clínica [16].

A prevalência de 31,4% de constipação intestinal estimada pelo presente estudo está de acordo com aquelas encontradas em outras pesquisas de mesmo delineamento, realizadas em diferentes países [6,7,17-19]. Porém deve-se ter cuidado ao se comparar as prevalências encontradas baseando-se no uso dos critérios de Roma III com os anteriores (Roma I e II) tendo em vista as diferenças relativas ao número de sintomas e ao período recordatório da informação [17,20].

Em um estudo realizado com estudantes [12] a prevalência de CI foi de 35% com predominância da doença entre o sexo feminino (55%; $p < 0,0001$). As estudantes também apresentaram menor frequência de evacuações diárias e maior frequência de uso de laxativos ($p < 0,05$). No presente estudo a prevalência encontrada também foi maior no sexo feminino. Alguns autores tem investigado a causa dessa maior prevalência, mas os achados ainda são inconclusivos. As principais teorias são: i) o trânsito intestinal nas mulheres é maior do que nos homens [21]; ii) o papel dos hormônios sexuais femininos, já que a maioria das mulheres relatam alterações nas funções intestinais durante o ciclo menstrual. Levanta-se a hipótese de que o aumento de estrogênio na fase lútea do ciclo menstrual está associado a um tempo de trânsito intestinal mais prolongado [17,22,23]. No entanto, os dados são conflitantes [8]; iii) outra discussão foca aos possíveis danos causados aos músculos pélvicos durante o parto ou cirurgias ginecológicas que também podem contribuir para a constipação nas mulheres [22].

Um estudo australiano [22] comparou taxas de prevalências segundo grupos etários (18 a 23, 45 a 50 e 70 a 75 anos), revelando taxas de prevalência de 14,1%, 26,6% e 27%, respectivamente. Em um estudo realizado em Pelotas/RS, com adultos, encontrou-se uma prevalência de CI de 26,9%. As mulheres apresentaram 2,5 vezes mais constipação que os homens (36,8% vs. 13,9%). Entre os homens, mostraram-se como fatores de risco idade maior que 60 anos, cor da pele preta/parda e menor nível econômico. Entre as mulheres, a idade teve relação inversa com o desfecho, apresentando efeito protetor entre as idosas [17].

Em levantamento realizado com mulheres na pós-menopausa foi encontrada uma prevalência de CI de 37% sendo que as queixas mais relatadas foram: esforço ao evacuar (91,9%), seguido da sensação de evacuação incompleta (83,8%), fezes endurecidas ou fragmentadas (81,1%), menos que três evacuações por semana (62,2%), sensação de obstrução à evacuação (62,2%) e manobras digitais para facilitar a evacuação (45,9%) [15]. Na presente casuística a presença de fezes endurecidas ou fragmentadas e a sensação de evacuação incompleta foram relatadas mais frequentemente do que o esforço ao evacuar.

No presente estudo a prevalência de CI foi maior entre as idosas do que nas outras faixas etárias, não acontecendo o mesmo para o sexo masculino. Alguns estudos demonstram que o trânsito do cólon diminui com o envelhecimento, mas isto é bem variável [8,24]. O aumento da prevalência de taxas de CI em idosos pode refletir a presença de causas secundárias como utilização de múltiplos medicamentos e também a ocorrência de outras doenças como diabetes mellitus [25], artrite reumatóide e fibromialgia [26] e condições neurológicas como doença de Parkinson [27], acidente vascular cerebral [28] e esclerose múltipla [29].

O tratamento da CI é comumente baseado em dieta rica em fibras podendo ser suplementado pelo uso de substâncias laxativas [30]. Os prebióticos são componentes alimentares não digeríveis que afetam benéficamente o hospedeiro, por estimularem seletivamente a proliferação ou atividade de populações de bactérias desejáveis no cólon [31]. Além disso, por ter características bifidogênicas inibe patógenos, garantindo benefícios adicionais à saúde do hospedeiro. Eles atuam mais frequentemente no intestino grosso, embora possam também ter algum impacto sobre os microrganismos do intestino delgado [32]. Os prebióticos identificados atualmente são carboidratos não-digeríveis, incluindo a lactulose, a inulina e diversos oligossacarídeos que fornecem carboidratos que as bactérias benéficas do cólon são capazes de fermentar. A maioria dos dados da literatura científica sobre efeitos prebióticos relaciona-se aos frutooligosacarídeos (FOS) e à inulina [33]. Uma das fontes mais ricas em FOS e inulina encontradas na natureza é o yacon (*Smallanthus sonchifolius*), um tubérculo originalmente cultivado nos Andes (Colômbia) e no norte-ocidental da Argentina [34]. O yacon é utilizado na produção de adoçantes naturais e xaropes e embora existam poucos relatos na literatura, algumas propriedades medicinais têm sido atribuídas a este vegetal, tais como controle da glicemia, diminuição dos níveis sanguíneos de colesterol, promoção da digestão da lactose em indivíduos intolerantes à lactose, estimulação do sistema imune,

alívio da constipação intestinal e aumento da absorção de minerais [34,35].

Embora usualmente não represente risco à vida, a constipação funcional pode provocar grande desconforto nos portadores e repercutir negativamente na sua qualidade de vida e no seu desempenho pessoal [30].

Conclusão

A prevalência encontrada no município foi alta, sendo que no sexo feminino essa taxa foi significativamente maior. Devem ser realizadas atividades educativas com o intuito de informar à população formas de se prevenir e tratar essa doença que é pouco divulgada nos centros de saúde. Além disso, estudos que objetivem levantar a magnitude da doença e seus fatores de risco são de suma importância para adotar estratégias de combate à doença.

Referências

1. Vieira VCR. Hábitos alimentares e consumo de lanches. *Nutrição em Pauta* 2001;46:14-20.
2. Mattos LL, Martins IS. Consumo de fibras alimentares em população adulta. *Rev Saúde Pública* 2000;34(1):50-4.
3. Hill JO, Trebridge FL. Childhood obesity: future directions and research priorities. *Pediatrics* 1998;101(3):570-4.
4. Fagundes RLM, Costa YR. Uso de alimentos funcionais na alimentação. *Hig Aliment* 2003;17(47).
5. Lobo AR, Silva GML. Implicações nutricionais no consumo de fibras e amido resistente. *Nutrição em Pauta* 2001;46:28.
6. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3130-7.
7. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004;99:750-9.
8. Mugie SM, Beninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011;25:3-18.
9. Pleis JR, Lethbridge-Cejku M. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey. *Vital Health Stat* 2006;232:1-153.
10. Martin BC, Barghout V, Cerulli A. Direct medical costs of constipation in the United States. *Manag Care Interface* 2006;19:43-9.
11. 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. *Gastroenterol* 2006;130:1435-46.
12. Trisóglia C, Marchi CMG, Torres US, Natinho JG. Prevalência de constipação intestinal entre estudantes de medicina de uma instituição no noroeste paulista. *Rev Bras Coloproct* 2010;30(2):203-9.
13. Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. *N Engl J Med* 2003;349:1360-8.

14. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scand J Gastroenterol* 2002;37:294-8.
15. Oliveira SCM, Pinto-Neto AM, Góes JRN, Conde DM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. *Arq Gastroenterol* 2005;42(1):24-9.
16. Wald A, Scarpignato C, Kamm MA et al. The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:227-36.
17. Collete VL, Araujo 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;26:1391-402.
18. Harris LA. Prevalence and ramifications of chronic constipation. *Manag Care Interface* 2005;18:23-30.
19. Adibi P, Behzad E, Pirzadeh S, Mohseni M. Bowel habit reference values and abnormalities in young Iranian healthy adults. *Dig Dis Sci* 2007;52:1810-3.
20. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterol* 2006;130:1480-91.
21. Southwell BR, Clarke MC, Sutcliffe J, et al. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and scintigraphic methods. *Pediatr Surg Int* 2009;25:559-72.
22. Chiarelli P, Brown W, Mcelduff P. Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:71-8.
23. Jung HK, Kim DY, Moon IH. Effects of gender and menstrual cycle on colonic transit time in healthy subjects. *Korean J Intern Med* 2003;18:181-6.
24. Madsen JL. Effects of gender, age, and body mass index on gastrointestinal transit times *Dig Dis Sci* 1992; 37:1548-53.
25. Oh JH, Choi MG, Kang MI, et al. The prevalence of gastrointestinal symptoms in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Korean J Intern Med* 2009;24:309-17.
26. Pamuk ON, Umit H, Harmandar O. Increased frequency of gastrointestinal symptoms in patients with fibromyalgia and associated factors: a comparative study. *J Rheumatol* 2009;36:1720-4.
27. Ramjit AL, Sedig L, Leibner J et al. The relationship between anosmia, constipation, and orthostasis and Parkinson's disease duration: results of a pilot study. *Int J Neurosci* 2010;120:67-70.
28. Su Y, Zhang X, Zeng J et al. New-onset constipation at acute stage after first stroke: incidence, risk factors, and impact on the stroke outcome. *Stroke* 2009;40:1304-9.
29. Norton C, Chelvanayagam S. Bowel problems and coping strategies in people with multiple sclerosis. *Br J Nurs* 2010;19:220-6.
30. Machado WM, Capelari SM. Avaliação da eficácia e do grau de adesão ao uso prolongado de fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. *Rev Nutr* 2010; 23:231-8.
31. Gibson G, Roberfroid M. Dietary modulation of the human colonic microbiota introducing the concept of prebiotics. *J Nutr* 1995;125:1401-12.
32. Mattila-Sandholm T, Myllärinen P, Crittenden R, Mogensen G, Fondén R, Saarela M. Technological challenges for future probiotic foods. *Int Dairy J* 2002;12:173-82.
33. Puupponen-Pimiä R, Aura AM, Oksmancaldentey KM, Myllärinen P, Saarela M, Mattila-Sanholm T, Poutanen K. Development of functional ingredients for gut health. *Trends Food Sci Technol* 2002;13:3-11.
34. Aybar MJ, Sanchez Riera AN, Grau A, Sanchez SS. Hypoglycemic effect of the water extract of *Smallantus sanchifolius* (yacon) leaves in normal and diabetic rats. *J Ethnopharmacol* 2001;74:125-132.
35. Saad SML. Probióticos e prebióticos: O estado da arte. *Rev Bras Cienc Farm* 2006; 42 (1):1-16.