

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM IDOSAS – SUAS QUEIXAS E SUA DIETA

Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Nutrição da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do grau de Mestre.
Área de concentração: Nutrição

Orientadora: Ana Maria Cervato Mancuso

São Paulo
2003



DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre me fizeram acreditar na educação formal e plantaram as sementes da perseverança, da dedicação, do amor pelo trabalho e do respeito às pessoas.

Ao meu marido e companheiro, que esteve presente nos melhores e piores momentos dessa jornada, sempre acreditando em mim. Foi o criador dos meios para eu chegar aos fins.

Aos meus filhos Lucas e Luiza, que são a razão da minha vida, e pintaram o cenário mágico dessa “obra”.

À minha orientadora Ana Maria, que viveu e criou comigo todo o trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Prof^ª Dr^ª Ana Maria Cervato Mancuso, que sempre esteve presente, do início ao fim, com uma palavra carinhosa, um gesto, uma “bronca”, um artigo novo... sempre com um sorriso aberto. Sendo assim, foi possível viver a pós-graduação com muito prazer.

Ao meu querido amigo e super colaborador Prof^º Dr^º Wilson Jacob Filho, um dos principais responsáveis pela realização desse trabalho, da forma como ele ocorreu.

À querida colaboradora e peça importante desta obra Prof^ª Dr^ª Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, nosso porto seguro.

À dedicada e carinhosa Dr^ª Janete Maculevicius, Diretora da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas, que me autorizou a retornar a essa casa para o desenvolvimento da pesquisa. Agradeço ter tido o privilégio de, durante sete anos, ser nutricionista dessa Divisão, local onde pude aprender sobre a vida e sobre como ser uma boa profissional.

Às minhas queridas e inesquecíveis “meninas”, Lisandra, Jackqueline, Daniela, Viviane e Juliana, que estiveram presentes na alegria e na tristeza e nunca me abandonaram, ao contrário, foram fortes e determinadas na fraqueza de uma de nós.

À querida Diane (Didi), exemplo de dedicação, a quem considero como uma filha. Na verdade, agiu como uma mãe, me socorrendo, trabalhando e me amparando nas horas mais difíceis.

À Profª Drª Elizabeth Machado, que nos acolheu no Laboratório de Técnica Dietética dessa Faculdade, onde pudemos enriquecer e saborear os próximos passos do nosso caminhar.

À Profª Drª Maria de Fátima Marucci, que nos ajudou sempre que precisamos, com uma palavra de apoio, de incentivo e de reflexão.

À querida Auxiliar de Laboratório Maria, que sempre nos ajudou nos momentos mais difíceis.

A todos os funcionários do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, pela constante ajuda e dedicação.

A todos os funcionários da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas, que, nos corredores do hospital, me proporcionaram momentos de carinho e boas recordações.

A todos os funcionários da Clínica Pro Vitae, Miriam, Ruth, Neusa, Ivanil, Marcinha, Josué..., por todo o apoio, carinho e incentivo nas horas mais difíceis.

A toda a equipe do Serviço de Geriatria, médicos assistentes, residentes, estagiários, pessoal de enfermagem, fisioterapeutas, Juliana, Rozany e Martinha.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do SENAC, com quem compartilhei todos os momentos desse capítulo da minha vida.

À querida amiga Eliana Rezende, que participou de várias etapas da minha vida, inclusive essa. Foi meu anjo da guarda nos momentos em que mais precisei me dedicar ao trabalho.

Aos queridos Maria Emília, Isabel e Rodrigo, que me incentivaram e ajudaram nos momentos das trocas de aulas, dias sem aulas para execução do trabalho. Obrigada por acreditarem em mim.

Às queridas pacientes, pois, sem a ajuda delas, não poderia realizar meu trabalho.

Não poderia esquecer de duas pessoas que proporcionaram condições ideais para o transcorrer desse caminho, Leonor e Jarlinda. Elas foram mais do que minhas “secretárias do lar” dividiram momentos bons e ruins comigo, e me deram tranquilidade para seguir adiante, mantendo tudo e todos organizados. Aqueles cafezinhos carinhosos nos momentos de sono, durante o estudo, ficarão para sempre.

RESUMO

Salgueiro MMHAO. **Constipação Intestinal em Idosas – suas Queixas e sua Dieta**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objetivo: Descrever o consumo alimentar e o hábito intestinal de mulheres com constipação intestinal funcional atendidas no Ambulatório de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas. **Casuística e Métodos:** Estudo transversal do tipo descritivo realizado no período de abril de 2002 a abril de 2003 por meio de entrevista, que utilizou questionário com informações sobre idade, classe social, peso e altura, atividade física, consumo alimentar, uso de medicamentos e hábito intestinal. O consumo alimentar foi avaliado pelo Recordatório de 24 horas, em medidas caseiras, e analisado pelo software “Virtual Nutri”, adaptado com atualização do banco de dados de alimentos. O hábito intestinal foi medido por meio de queixas de 2 ou menos evacuações por semana, de esforço durante as evacuações; da presença de cíbalos e tenesmo e de ter horários pré-determinados para tentar evacuar, e classificado de acordo com o número de queixas (2, 3 ou 4 queixas). **Resultados:** A população estudada constituiu-se de 65 mulheres com média de idade de 77,5 anos e IMC médio de 27,6 kg/m². A classe social mais freqüente foi a C (43,1%). Observou-se o hábito mais freqüente de realizar 4,3 refeições por dia; consumo médio diário de 1.106,8 ml de líquidos (água, leite, café, suco e chá), 1.216,7 kcal com 54,9% de carboidratos, 17,0% de proteínas e 28,4% de lipídeos e 13,0 g de fibras alimentares. O consumo médio das porções, de acordo com o recomendado para uma dieta de 1.600 kcal, foi de 2,6 porções de cereais, 1,2 de laticínios, 3,9 de frutas, 2,5 de

hortaliças, 1,0 de leguminosas, 0,9 de carnes, 2,2 de óleos e 0,9 de açúcares. Em relação às leguminosas, 49,2% não apresentaram o consumo desses alimentos; apenas 7,7% e 6,2%, respectivamente, ingeriram hortaliças e laticínios de acordo com o recomendado ou acima dele e nenhuma idosa deixou de consumir cereais. Dos medicamentos usados diariamente, o número médio do total utilizado foi de 6,2; desses, 1,5 tinham efeito constipante, 1,4 efeito laxativo e 3,3 não alteravam o hábito intestinal. Das queixas investigadas, o esforço esteve presente em 95,4% das evacuações realizadas, os cíbalos em 83,1% e o tenesmo em 86,2%. A frequência de 2 ou menos evacuações por semana esteve presente em 64,6% das idosas. No que se refere ao número de queixas, observou-se 13,8% com 2 queixas, 43,1% com 3 e 43,1% com 4 queixas. Apenas 20,0% referiram ter horário pré-determinado para tentar evacuar. A análise entre as variáveis estudadas e o número de queixas não apresentou diferença estatisticamente significativa. **Conclusões:** Embora o consumo médio do grupo das frutas e leguminosas esteja adequado, a população apresentou baixo consumo de líquidos e fibras, ausência de consumo de leguminosas por quase a metade das idosas e consumo inadequado de hortaliças e cereais. As queixas intestinais mais frequentes foram cíbalos, tenesmo e esforço, sendo que a minoria apresentava 2 queixas. **Recomendações:** Esses dados reforçam a necessidade de elaborar estratégias educativas junto a esse grupo populacional e a necessidade de estimular o consumo de cereais, hortaliças, leguminosas e laticínios. Além disso, independentemente do número de queixas, as mulheres idosas atendidas podem ser consideradas semelhantes no que se refere à idade, estado nutricional, classe social, atividade física e medicamentos utilizados.

Descritores: Constipação – Idoso – Dieta

SUMMARY

Salgueiro MMHAO. **Constipation in Elderly Women – Complaints and Diet**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective: To describe the food consumption and bowel habits of functionally constipated outpatient women receiving treatment at the Geriatric Clinic, Central Institute, Hospital das Clínicas, São Paulo, Brazil. **Subjects and Methods:** A biased descriptive survey study conducted from April of 2002 to April of 2003 by means of interviews, using questionnaires with age, social status, weight and height, levels of physical activity, food intake, use of medicaments, and bowel habits data. The food intake pattern was assessed by 24-hour recalls, using domestic measures, and lately analyzed by Virtual-Nutri software, adjusted with updated data from the nutritional/food database. The bowel habits were assessed according to complaints of 2 or less emptyings weekly, straining during emptying, presence of scybala, tenesmus, and having a pre-scheduled time to try a movement; and they were classified according to the number of complaints (2, 3, or 4 complaints) registered. **Results:** The study population consisted of 65 outpatient women, average age 77.5 years, and average BMI 27.6 kg/m². The most frequent socio-economic status identified (43.1%) was Class-C. It was most commonly observed the habit of having 4.3 meals a day, with an average daily intake of 1,106.8 ml of liquid (water, milk, coffee, juice and tea), 1,216.7 kcal, with 54.9% of carbohydrates, 17.0% of protein and 28.4% of lipid, and 13.0 g of dietary fiber. The average intake per portion according to the recommended for a 1,600 kcal/day diet was 2.6 servings of cereals, 1.2 of dairy products, 3.9 of fruit, 2.5

of vegetables, 1.0 of grains and nuts, 0.9 of meat, 2.2 of fat, and 0.9 of sugar. Regarding the consumption of grains and nuts, 49.2% of the patients reported not consuming this kind of food; and only 7.7 and 6.2% of the elderly, respectively, ate vegetables and dairy products according to the recommended portions or more than that, and all of the women eat cereals regularly. Of the medicaments used daily, the average number of all drugs used was 6.2; 1.5 of them had constipating side effects, 1.4 had laxative side effects, and 3.3 did not alter the bowel habits. Concerning the investigated complaints, straining was reported in 95.4% of the movements, scybala in 83.1%, and tenesmus in 86.2%. The frequency of 2 or less weekly movements was registered by 64.6% of the elderly. Regarding the number of complaints, it was noticed that 13.8% of the patients reported 2 of the studied complaints, 43.1% reported 3, and 43.1% reported 4. Only 20% of them referred to having a pre-scheduled time to evacuate. The analyses of the studied variables and the number of complaints did not show statistically significant differences. **Conclusions:** Despite the fact that the average intakes of fruit and grains and nuts are adequate, the study population showed low intakes of liquid and dietary fiber, absence of ingestion of grains and nuts by almost half the elderly women, and inadequate consumptions of vegetables and cereals. The most frequent bowel complaints were scybala, tenesmus and straining; though, the minority of the people reported 2 complaints. **Recommendations:** These data reinforce the need to elaborate on focused educational strategies for this population group and the need to stimulate the consumption of cereals, vegetables, grains and nuts, and dairy products. Besides that, independently of the number of complaints, the elderly women studied might be considered similar to each other regarding their ages, nutritional status, social class, levels of physical activity, and medicaments used.

Descriptors: Constipation – Elderly – Diet

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	21
3.1 Local	21
3.2 Delineamento	21
3.3 População	21
3.4 Metodologia	22
3.5 Variáveis de estudo	31
3.6 Análise dos dados	31
3.7 Aspectos éticos	32
4. RESULTADOS	33
5. DISCUSSÃO	45
6. CONCLUSÃO	62
7. RECOMENDAÇÕES	64
8. REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	
Anexo 1 Encaminhamento à nutricionista para pesquisa de constipação intestinal funcional	A-1
Anexo 2 Manual do entrevistador	A-2
Anexo 3 Termo de consentimento	A-13
Anexo 4 Entrevista	A-14
Anexo 5 Tabela de pesos e medidas de hortaliças	A-19

Lista de Tabelas e Figuras

- Tabela 1 Número e percentual das características gerais de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 33
- Tabela 2 Número e percentual de idosas segundo o exercício físico. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 34
- Tabela 3 Estatística descritiva dos escores de atividade física de idosas, do Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 35
- Tabela 4 Estatística descritiva do consumo alimentar de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 35
- Tabela 5 Estatística descritiva do número de porções consumidas pelas idosas segundo os grupos de alimentos. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 37
- Tabela 6 Número e percentual de idosas que utilizavam medicamentos segundo o “efeito” produzido. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 38
- Tabela 7 Estatística descritiva do número de medicamentos utilizados diariamente no último mês por idosas segundo o “efeito” produzido. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 38
- Tabela 8 Número e percentual de idosas segundo as características do hábito intestinal. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 39
- Figura 1 Percentual do número de queixas intestinais de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 40
- Tabela 9 Número e percentual de idosas segundo as variáveis qualitativas de estudo e o número de queixas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003. 41

- Tabela 10 Estatística descritiva das variáveis quantitativas de estudo e o número 42
de queixas em idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das
Clínicas, São Paulo, 2002/2003.
- Tabela 11 Estatística descritiva das variáveis dietéticas de estudo e o número de 44
queixas em idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas,
São Paulo, 2002/2003.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços científicos, as intervenções médicas, o saneamento básico e a conscientização ecológica têm possibilitado maior longevidade à população. Nas populações mais protegidas, a morte pode ser postergada até o limite biológico da existência (PAPALÉO NETTO e SALLES 2001; PAPALÉO NETTO e PONTE 2002).

Os idosos representam um segmento demográfico crescente, principalmente, nos países industrializados. Estima-se que essa população aumenta em um ritmo de 2,4% anualmente, o que incrementa consideravelmente os gastos com saúde pública, pois a população idosa é a maior consumidora de serviços de assistência médica (ALBERICO e CARMO 1998; TALLEY e col 2003). Nos Estados Unidos, o número de pessoas com mais de 65 anos de idade aumentou de 4% da população em 1900 para 13% em 1990 e espera-se que esse número atinja 20% em 2030. A faixa etária de crescimento mais rápido é o segmento acima de 85 anos de idade, que inclui 3,5 milhões de americanos, o qual estima-se que chegará a 20 milhões em 2050 (HARRIS 2002). No Brasil, os idosos, que representavam 4,2% da população em 1950, hoje perfazem 10,5 milhões, ou seja, 7,1% do total (PAPALÉO NETTO e PONTE 2002).

A esperança de vida ao nascer, no Brasil, entre 1980 e 2001, para ambos os sexos, vem experimentando incrementos gradativos. A mortalidade nesse período passou de 62,7 anos para 68,9, correspondendo a um aumento de 6,2 anos. Esse fenômeno foi mais favorável para o sexo feminino, com aumento de 6,9 anos, contra 5,5 anos para os homens. O crescimento mais lento da esperança de vida masculina, encontra explicação no aumento da mortalidade nas idades jovens e adultas jovens

por causas externas como: homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais e afogamentos (IBGE 2001).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (1985), citado por PASCHOAL (2002), os indivíduos a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento são classificados como idosos. Para os países desenvolvidos, adota-se o ponto de corte de 65 anos e mais. Contudo, de acordo com SIMÕES (1998), citado por STOCKLER (2003), caracterizar o idoso é um grande desafio, uma vez que o envelhecimento varia de pessoa para pessoa, de cultura para cultura, e sua complexidade consiste em estabelecer um perfil frente às suas particularidades.

O aumento acentuado de idosos, particularmente nos países em desenvolvimento, trouxe conseqüências preocupantes para a sociedade, especialmente, o aumento de demanda de serviços de saúde especializados. Os idosos, por constituírem um grupo etário politicamente frágil, não tiveram voz e vez no atendimento às suas reivindicações mais elementares, enquanto cidadão integrante da comunidade. A sociedade, que hoje os exclui do contexto social e do exercício da cidadania, deverá viver num futuro bem próximo uma situação pior que a atual. Observa-se inúmeras formas de discriminação e preconceito, negando-lhes a própria condição humana e o direito de viver com dignidade (PAPALÉO NETTO e PONTE 2002; STOCKLER 2003).

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos que tendem a aumentar em decorrência do tempo. Tem início relativamente precoce, no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo, até que surjam, no

final da terceira década, as alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (FRANÇA e SOARES 1997).

As funções orgânicas, de modo geral, declinam ao longo do tempo. Esse declínio, no entanto, exibe uma grande variabilidade quando se considera o ritmo de deterioração nos diferentes sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos. Admite-se, como regra geral, que ocorra a cada ano, a partir dos 30 anos de idade, perda de 1% da função. A questão que se levanta é se o processo intrínseco que ocorre com o avanço da idade por si só é responsável por essas mudanças nas funções orgânicas, ou se fatores extrínsecos ao processo de envelhecimento normal, como dieta, meio ambiente, composição corpórea e causas psicossociais possam exercer papel fundamental nessa diferença de efeitos (FRANÇA e SOARES 1997; ALBERICO e CARMO 1998).

Dentro da categoria de envelhecimento normal tem sido feita a distinção entre envelhecimento comum, no qual os fatores externos intensificam os efeitos do processo de envelhecimento, e envelhecimento bem-sucedido, no qual eles não estariam presentes, ou, quando existentes, seriam de pouca importância. Por esse motivo, tem sido dada ênfase para os exercícios físicos, cuidados com a alimentação, o hábito de não fumar e o consumo com moderação de bebidas alcoólicas (PAPALÉO NETTO e SALLES 2001; PAPALÉO NETTO e PONTE 2002).

Na sociedade brasileira, por motivos econômicos e culturais, predomina o envelhecimento comum, no qual os efeitos do processo natural do envelhecimento estão associados à ação dos fatores extrínsecos (PAPALÉO NETTO e SALLES 2001; PAPALÉO NETTO e PONTE 2002).

Com o envelhecimento, todos os elementos que compõem o organismo alteram-se em ambos os sexos. Há redução da quantidade de água, da massa celular e do conteúdo mineral ósseo, enquanto se eleva a quantidade de tecido gorduroso. Com o passar dos anos, o tecido adiposo aumenta de 18 a 36% nas pessoas do sexo masculino e de 33 a 48% nas do sexo feminino. Esse aumento tem como consequência natural a redução da massa corpórea magra (COELHO e FAUSTO 2002; FIRTH e PRATHER 2002).

As modificações do estado nutricional - definido como a condição de saúde de um indivíduo - são influenciadas pelo consumo, utilização e necessidade de nutrientes. A avaliação do estado nutricional de idosos é uma atividade complexa, uma vez que existem dificuldades para se distinguir as alterações orgânicas relacionadas ao envelhecimento daquelas decorrentes de doenças, do consumo inadequado de alimentos e nutrientes, do estilo de vida sedentário ou mesmo do impacto adverso do baixo nível socioeconômico (COELHO e FAUSTO 2002). Além disso, o estado nutricional do idoso também é influenciado pelos efeitos em longo prazo do consumo de medicamentos e das doenças crônicas, que podem, algumas vezes, gerar interações indesejáveis com nutrientes (TALLEY e col. 2003).

Paralelamente às alterações orgânicas e da composição corpórea observadas no processo de envelhecimento normal vão ocorrendo com o avançar da idade modificações funcionais. Pode-se observar alterações nas funções dos sistemas muscular e osteoarticular, nervoso, cardiovascular, respiratório e digestório, como também a diminuição da função renal e do tamanho do fígado, redução da tolerância à glicose, e decréscimo da imunidade celular. Dentre as modificações do trato gastrointestinal pode-se destacar as alterações na fisiologia intestinal, como a

diminuição do trânsito colônico e, principalmente, mudanças na função anorretal que podem levar à constipação intestinal (ALBERICO e CARMO 1998; BALSON e GIBSON 1995; MARUCCI 1998; CAMILLERI e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002; SCHILLER 2001; PAPALÉO NETTO e SALLES 2001; PAPALÉO NETTO e PONTE 2002).

A constipação é um sintoma comum relatado por 24 a 40% dos idosos estudados por TALLEY e col. (1996) citados por FIRTH e PRATHER (2002) e é uma causa importante de morbidade na velhice (LOCKE e col. 2000; HARARI e col. 1994). Em atendimento ambulatorial e em consultório no Rio de Janeiro, REIS (2003) observou que a constipação intestinal se apresentou como queixa principal ou secundária entre 50 e 60 % dos adultos assistidos. Nos Estados Unidos, acontecem 2,5 milhões de visitas médicas por ano por causa da constipação, sendo que as consultas são mais comuns entre as mulheres e aumentam com a idade. Desses 2,5 milhões de pacientes, 150 mil poderão desenvolver câncer de cólon e 25 mil, câncer de pâncreas, o que reflete a identificação ineficiente de pacientes com risco de câncer dentro daqueles constipados (LOCKE e col. 2000).

Para o entendimento desse sintoma tão comum em idosos, merecem destaque a fisiologia intestinal e as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, que guardam relação com a constipação intestinal.

Fisiologia do intestino grosso

O intestino recebe por dia de um a um litro e meio de fluidos contendo sal, fibra e outros resíduos do processo de absorção do intestino delgado. Aproximadamente 90% da água e do sal que chegam ao intestino grosso são

absorvidos pela mucosa dessa região, e a maior parte dos resíduos digestivos são metabolizados pelas bactérias colônicas em outros produtos, tais como ácidos graxos de cadeia curta, os quais podem ser absorvidos ou eliminados pelas fezes (ANDRE e col. 2000; SCHILLER 2001).

Todos os dias aproximadamente 100 g de fezes são produzidos, contendo 70 g de água e 30 g de sólidos. A absorção de sal e água e o metabolismo bacteriano dos resíduos estão relacionados ao tempo de trânsito intestinal. O trânsito intestinal lento aumenta o período disponível para absorção e metabolismo bacteriano, reduzindo o bolo fecal (ANDRE e col. 2000; REIS 2003).

A maioria dos pacientes constipados produz espontaneamente fezes tendo a mesma composição e quantidade do que aquelas produzidas pelos indivíduos não constipados, sugerindo que uma massa crítica de fezes deveria se acumular antes da necessidade de defecar ser reconhecida. A consistência depende de múltiplos mecanismos presentes no cólon distal, reto e canal anal (FIRTH e PRATHER 2002; SCHILLER 2001).

Os conteúdos do líquido luminal são retidos no cólon sigmóide, onde a absorção adicional de água e sal leva ao aumento na consistência das fezes. A complacência e a capacidade do cólon sigmóide podem ser vencidas se material em excesso for fornecido do cólon proximal num período muito curto de tempo (GUYTON e HALL 1997a; CAMILLERI e col. 2000).

Normalmente, as contrações episódicas do sigmóide empurram material para dentro do reto. O reto é capaz de acomodar o volume aumentado, pelo relaxamento e redução da pressão intra-retal e pela ameaça de incontinência. A passagem para além do reto é inibida pela ação do assoalho pélvico e pelo esfíncter anal externo até que o

momento para defecação seja apropriado. Quando a distensão retal alcança um nível para iniciar a evacuação, os nervos sensoriais alertam o cérebro para a necessidade de defecar (GUYTON e HALL 1997b; CAMILLERI e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002).

As barreiras para a defecação, do assoalho pélvico e do esfíncter anal, são removidas pelo relaxamento desses músculos. A defecação é iniciada pela manobra de Valsalva, a qual move uma quantidade pequena de fezes para dentro da parte sensitiva do canal anal, iniciando as contrações reflexas retais para mover as fezes para fora do reto. Após o término da evacuação, as barreiras para a defecação, que normalmente preservam a continência, são reativadas (GUYTON e HALL 1997a; SCHILLER 2001).

O processo de defecação e de preservação da continência dependem da atividade coordenada do cólon para reduzir o volume do material, do cólon sigmóide e reto para acomodá-lo até poder ser evacuado em um local apropriado, da atividade dos músculos do assoalho pélvico e do esfíncter anal. Todas essas atividades são coordenadas pelos sistemas de nervos autônomos e entéricos e são desencadeadas pelos nervos sensoriais que monitoram o processo. A constipação ou incontinência fecal pode se desenvolver se um ou mais desses mecanismos forem comprometidos (GUYTON e HALL 1997a; CAMILLERI e col. 2000; SCHILLER 2001).

Mudanças fisiológicas com o envelhecimento

O trânsito colônico parece não mudar com o envelhecimento, o que ocorre é uma redução no número de neurônios do plexo mioentérico ou plexo de Auerbach, mas o efeito funcional dessa mudança é incerto. Esse plexo, que está localizado entre

as camadas musculares longitudinal e circular, apresenta certos neurônios inibitórios que inibem alguns músculos esfínterianos intestinais contraídos, impedindo o movimento do conteúdo intestinal ao longo do trato gastrointestinal. Está relacionado principalmente com o controle da atividade motora ao longo de todo o intestino, aumentando a contração tônica intestinal e a intensidade das contrações rítmicas. Além disso, produz discreto aumento da frequência e do ritmo de contração, aumentando a velocidade da condução de ondas excitatórias ao longo da parede intestinal com movimento mais rápido das ondas peristálticas (CAMILLERI e col. 2000; REIS 2003).

O reto e o canal anal são regiões acessíveis para investigação fisiológica de mudanças decorrentes do envelhecimento, entretanto os resultados indicam pequenas diferenças entre as alterações relacionadas ao envelhecimento, daquelas conseqüentes de situações patológicas que podem ocorrer durante o ciclo de vida. É concebível que anos de atividades normais, tais como a movimentação do intestino de um indivíduo ou “dar à luz”, possam causar desgaste ou ruptura nos mecanismos de continência, mas não está claro quando um e outro terminam e quando os eventos patológicos, tais como lesões ou rompimentos nos nervos durante o parto começam (ANDRE e col. 2000; REIS 2003). Dessa forma, é difícil precisar a causalidade das alterações encontradas nessa região do intestino em idosos.

A deterioração da função dos nervos tem sido documentada em muitos estudos. A sensação da evacuação, quando medida pela eletrosensibilidade da mucosa ou pelo ponto inicial de percepção da distensão retal, freqüentemente, está desequilibrada. Como a sensação é essencial para a coordenação da continência e defecação, o enfraquecimento dessa função pode levar à constipação ou à

incontinência fecal. Pacientes podem não se dar conta de que precisam evacuar, mesmo que quantidades suficientes de fezes tenham se acumulado no reto, ou, ainda, podem não perceber as ameaças à continência antes que seja tarde demais (CAMILLERI e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002; SCHILLER 2001).

A função somática motora do nervo podendo ficar crescentemente comprometida com o avanço da idade. A eletromiografia de uma única fibra mostra a diminuição da densidade da fibra nos nervos que suprem o esfíncter anal externo, sugerindo denervação e reervação compensatória desses músculos esqueléticos com o avanço da idade. Devido ao fato de o músculo esquelético desempenhar um papel pivô na continência, defeitos na função motora do nervo, freqüentemente, estão associados à incontinência fecal (SCHILLER 2001).

As mudanças neurológicas juntamente com a lesão direta dos músculos podem ter efeitos profundos na função do músculo esquelético, devido ao fato de o assoalho pélvico e o esfíncter anal externo, semelhante a outros músculos esqueléticos, dependerem completamente da inervação extrínseca para manutenção da atividade e do volume das fezes (LOCKE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002).

O envelhecimento pode influenciar a musculatura lisa tanto diretamente, quanto por meio de mudanças na inervação visceral. Essas alterações comprometem a função motora do assoalho pélvico e do canal anal. A pressão de relaxamento do canal anal se deve principalmente à contração do esfíncter anal interno, que se reduz com o avanço da idade, fato mais observado em mulheres do que em homens (BALSON e GIBSON 1995; CAMILLERI e col. 2000; ANDRE e col. 2000). O assoalho pélvico caído, que compromete a sustentação do reto durante a defecação e a manutenção do ângulo reto-anal para continência, é mais pronunciado nos idosos

que nos jovens. Outras anormalidades da função motora têm sido descritas com o envelhecimento; são elas: diminuição do volume do reservatório retal, ponto inicial de distensão mais baixo para o relaxamento do esfíncter anal interno e capacidade reduzida para defecar uma esfera de 18 mm de diâmetro em 20 segundos (BALSON e GIBSON 1995; CAMILLERI e col. 2000; LOCKE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002).

Mudanças anatômicas que ocorrem com o envelhecimento incluem a ecogenicidade e espessamento aumentados do esfíncter anal interno, medido por ultra-som. Essas mudanças provavelmente estão relacionadas à fibrose do esfíncter anal interno. Imagens por ultra-som mostram o afinamento do esfíncter anal externo com o envelhecimento, que pode refletir uma denervação progressiva (BALSON e GIBSON 1995; CAMILLERI e col. 2000; SCHILLER 2001).

Uma série de outros problemas relacionados à idade podem contribuir para a prevalência de constipação e incontinência fecal, incluindo demência, mobilidade diminuída e efeitos tardios de doenças como diabetes ou traumas resultantes de cirurgia anal ou parto (TOWERS e col. 1994; NEAL 1995; BALSON e GIBSON 1995; CAMILLERI e col. 2000; ANDRE e col. 2000; TALLEY 2003; REIS 2003).

Medicamentos usados para tratar outras afecções podem ter efeitos profundos sobre os intestinos e podem agravar ou produzir constipação ou incontinência fecal (TOWERS e col. 1994; NEAL 1995; BALSON e GIBSON 1995; CAMILLERI e col. 2000; LOCKE e col. 2000; REIS 2003; TALLEY 2003).

Constipação intestinal funcional

A constipação é oito vezes mais freqüente em idosos do que em jovens (ALBERICO e CARMO 1998) e três vezes mais freqüente na mulher do que no homem (ANDRE 2000). Entre os idosos, é um sintoma relatado por 24 a 40% desses indivíduos, afetando 26% dos homens e 34% das mulheres (SCHAEFER e CHESKIN 1998; FIRTH e PRATHER 2002). De acordo com FRANK e SOARES (2002a), entre idosas atendidas pelo Programa de Reabilitação Cardíaca e pela Universidade Aberta à Terceira Idade no Rio de Janeiro a constipação intestinal foi citada por 21,2% dessas mulheres.

Os pacientes entendem constipação intestinal diferente do conceito técnico adotado pelos médicos (HARARI e col. 1994; NEAL 1995; FIRTH e PRATHER 2002). Para os pacientes jovens, ela é descrita normalmente pela falta de freqüência nas evacuações, dificuldade de defecação ou fezes endurecidas. Os pacientes idosos descrevem mais como a necessidade de um grande esforço para evacuar, do que pela falta de freqüência nas defecações (HARARI e col. 1994; CHESKIN e col. 1995; FIRTH e PRATHER 2002). A utilização de diferentes definições nos estudos de constipação intestinal tornam os dados sobre incidência e prevalência conflitantes, além da dificuldade de comparação entre os estudos (LOCKE e col. 2000).

De acordo com MEIRING e JOUBERT (1998), SCHAEFER e CHESKIN (1998) e THOMPSON e col. (1999), a constipação intestinal funcional é caracterizada pela ausência de lesão anatômica e pelas seguintes queixas:

- duas ou menos evacuações por semana;
- esforço para evacuar em pelo menos 25% das vezes;

- sensação de evacuação incompleta no reto (tenesmo) em pelo menos 25% das defecações;
- fezes na forma de cíbalos em pelo menos 25% das evacuações.

Para o diagnóstico de constipação funcional, os pacientes deverão apresentar duas ou mais dessas queixas, por pelo menos um ano, quando não usam laxantes (BALSON e GIBSON 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; SCHAEFER e CHESKIN 1998; THOMPSON e col. 1999; ANDRE e col. 2000).

A constipação intestinal aumenta com a idade, com um aumento exponencial após 65 anos de idade e afeta mais freqüentemente as mulheres não-brancas (CHESKIN e col. 1995; ANDRE e col. 2000; CAMILLERI e col.2000; TALLEY e col. 2003).

A obstipação está associada ainda à inatividade física, depressão, demência, baixo consumo de fibra alimentar e líquido, baixa ingestão calórica, número reduzido de refeições, número e tipo de medicações utilizadas, número de doenças crônicas, baixa renda e baixo nível educacional (CHESKIN e col. 1995; BALSON e GIBSON 1995; NEAL 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; NEGRI e col. 1998; SCHAEFER e CHESKIN 1998; LOCKE e col. 2000; ANDRE e col. 2000; CAMILLERI e col.2000; SCHILLER 2001; FIRTH e PRATHER 2002; REIS 2003; TALLEY e col. 2003).

No entanto, THOMPSON e col. (1999) e LOCKE e col. (2000) defendem que o tratamento que modifica esses riscos pode não resultar em melhora da função intestinal.

Outros fatores importantes que podem influenciar o hábito intestinal normal são a qualidade e a regularidade na ingestão de fibras. Alguns estudos sugerem a

existência de um mecanismo de adaptação intestinal ao consumo diário de fibras na alimentação: o fornecimento constante do substrato fibroso disponível à fermentação afeta a atividade metabólica das bactérias, estimulando sua proliferação, fenômeno provavelmente importante para o aumento da massa fecal. Assim, é possível que o consumo não diário de alimentos fontes de fibras e o aporte intermitente de substrato para a proliferação de bactérias colônicas, prejudique a formação regular de fezes macias e volumosas, fenômeno que pode ser responsabilizado pela constipação intestinal (CUNHA e col. 1992; VODERHOLZER e col. 1997).

Pessoas com constipação crônica têm mostrado uma percepção diminuída da sua qualidade de vida (SCHAEFER e CHESKIN 1998; CAMILLERI e col. 2000; SCHILLER 20001). De acordo com ALBERICO e CARMO (1998) e ISAACS (1971) citado por PAPALÉO NETTO e BRITO (2001) as afecções agudas representam uma das situações que justificaria a internação hospitalar de um idoso. Observa-se com a redução da constipação intestinal a queda no número de internações hospitalares em idosos (LILLEY e JOHNSON 1996). Talvez a diminuição nas internações possa se relacionar com o menor número de intercorrências por fecaloma ou por diarreia, decorrentes da constipação intestinal. Além disso, LOCKE e col. (2000) observaram a diminuição da produtividade e aumento dos gastos com consultas médicas entre os idosos por constipação crônica. O que denota grande interesse para a saúde pública.

Nos Estados Unidos, consultas médicas cuja queixa foi a constipação intestinal (85%) resultaram em prescrição de laxativo ou catártico (LOCKE e col. 2000). Em estudo realizado por SHAEFER e CHESKIN (1998), foi observado o gasto de 400 milhões de dólares por ano com laxantes, para o alívio dos sintomas da constipação.

Processo de envelhecimento e a nutrição do idoso

Além das alterações na fisiologia intestinal, várias outras mudanças são observadas no sistema digestório, decorrentes do processo de envelhecimento, como: diminuição do apetite e da produção das secreções digestivas, dificuldade de mastigação e saciedade precoce (ALBERICO e CARMO 1998; MARUCCI 1998; PAPALÉO NETTO e SALLES 2001; FIRTH e PRATHER 2002). O idoso também vivencia a redução da função sensorial, que levará à diminuição do apetite, do prazer da ingestão alimentar, da quantidade de alimentos, podendo chegar à monotonia da dieta. Cerca de 60% dos indivíduos entre 65 e 80 anos apresentam deficiência olfativa e esse percentual aumenta para 80% em indivíduos acima de 80 anos (ALBERICO e CARMO 1998; MARUCCI 1998).

A maioria das pessoas idosas tem problemas dentários como perda dos dentes, afecções periodontais e/ou grande número de cáries dentárias que resultam no uso de próteses, que muitas vezes estão mal ajustadas, interferindo negativamente no processo de mastigação (MARUCCI 1998). Vale ressaltar que a eficiência mastigatória mesmo com a prótese é inferior ao de uma dentição natural completa (JOSHIPURA e col. 1996; ALBERICO e CARMO 1998). No processo de envelhecimento, verifica-se diminuição da velocidade de deslocamento da mandíbula e redução qualitativa e quantitativa da produção de saliva (MARUCCI 1998; PAPALÉO NETTO e SALLES 2001). Todos esses fatores levam a problemas de mastigação nas pessoas idosas, o que interfere diretamente numa boa nutrição (JOSHIPURA e col. 1996; ALBERICO e CARMO 1998). A diminuição da capacidade de mastigação leva às mudanças na escolha e na consistência dos alimentos. Observa-se redução no consumo de hortaliças e frutas e preferência por

consistências mais pastosas e/ou líquidas, comprometendo o consumo de fibras alimentares e vitamina C (JOSHIPURA e col. 1996). Dessa forma, poderia se estabelecer uma relação entre as mudanças alimentares que ocorrem no processo de envelhecimento, como diminuição na quantidade, variedade e consistência dos alimentos, com a alteração no hábito intestinal (TOWERS e col. 1994; TALLEY e col. 2003).

Em idosos pesquisados em São Paulo, estratificados por nível socioeconômico, segundo ordem crescente de renda, região I, II e III, mais de 85% dos indivíduos de todas as regiões tinham por hábito o consumo semanal de alimentos reguladores (frutas, verduras folhosas, legumes e leguminosas), mas ao se avaliar o consumo diário, medido por questionário de frequência alimentar, a prática foi melhor na região de maior poder aquisitivo (NAJAS e col. 1994).

Estudo realizado por MARUCCI (1992) com idosos do Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas verificou que o consumo dos alimentos construtores e energéticos foi adequado, o mesmo não acontecendo com os alimentos reguladores, quando avaliados por sua presença às refeições. MARUCCI (1998), com o objetivo de avaliar a adequação da alimentação de idosos institucionalizados, verificou que o consumo de hortaliças por esses grupos populacionais não era adequado.

Outro efeito do envelhecimento é a diminuição da percepção da sede, como consequência da redução da função sensorial. A regulação da água corporal depende da sensação de sede para controlar a sua ingestão (BALSON e GIBSON 1995; ALBERICO e CARMO 1998; RUSSELL e col. 1999). Observa-se, portanto, um menor consumo de líquidos em idosos. Com essa abordagem, destaca-se uma

alteração no padrão alimentar com o envelhecimento, levando à diminuição no consumo de fibras alimentares e líquidos, que está relacionada como causa da constipação intestinal em idosos (HUGGINS 1990; BALSON e GIBSON 1995; CUNHA e col. 1992; RUSSELL e col. 1999; ANDRE e col. 2000; CAMILLERI e col. 2000; LOCKE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002; REIS 2003; TALLEY e col. 2003).

Dessa forma, o consumo de uma dieta rica em fibras alimentares e líquidos poderia ajudar na diminuição da prevalência de várias afecções do sistema digestório, entre elas a constipação intestinal (BALSON e GIBSON 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; THOMPSON e col. 1999; ANDRE e col. 2000; CAMILLERI e col. 2000; LOCKE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002; REIS 2003; TALLEY e col. 2003).

As mudanças nos hábitos alimentares observadas entre os idosos levam ao consumo de uma dieta inadequada em fibras alimentares e líquidos. Essa situação desempenha papel crítico na função intestinal, especialmente na população mais velha, tanto como causa, como para tratamento da constipação (SCHAEFER e CHESKIN 1998; ANDRE e col. 2000; LOCKE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002; TALLEY e col. 2003).

De acordo com CHESKIN e col. (1995), uma meta-análise de 20 estudos mostrou que as fibras insolúveis aumentam o peso das fezes e diminuem o tempo de trânsito intestinal em idosos. A dieta rica em fibras e fluidos é considerada sempre a primeira opção de tratamento desses indivíduos (BALSON e GIBSON 1995; CHESKIN e col. 1995; SCHAEFER e CHESKIN 1998; THOMPSON e col. 1999; ANDRE e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002).

As fibras alimentares constituem-se de uma mistura heterogênea de polissacarídeos e lignina, resistentes à hidrólise pelas enzimas digestivas do homem. Estão presentes numa ampla variedade de alimentos de origem vegetal, incluindo as frutas, vegetais folhosos, legumes, cereais e leguminosas (CUNHA e col. 1992).

As fibras alimentares poderiam ser benéficas para os indivíduos constipados por ação em dois mecanismos distintos. De um lado, a fibra solúvel estimula o crescimento bacteriano e a conseqüente ação músculo-ativo pelos próprios catabólitos liberados pela fermentação dessa flora intestinal. De outro, a fibra insolúvel tem a capacidade de reter água na luz intestinal, aumentando a massa fecal (CUNHA e col. 1992; BALSON e GIBSON 1995). Com isso, observa-se diminuição da consistência das fezes e do tempo de trânsito intestinal, aumento do volume, do peso fecal e da freqüência da evacuação (RODRIGUEZ e MORAES FILHO 1989; HUGGINS 1990; CUNHA e col. 1992; BALSON e GIBSON 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; ANDRE e col. 2000).

É interessante que os hábitos alimentares estão relacionados como fatores de prevenção, manutenção e recuperação da saúde, mudá-los representa um aspecto da maior importância na promoção da saúde do idoso (JACOB FILHO 1998).

BAKER e WARDLE (2002) ressaltam que a intervenção educativa para adultos e idosos, quando individualizada e direcionada a mudanças de comportamento alimentar, e realizada num curto período de tempo para o aumento do consumo de frutas e hortaliças, é eficaz.

Por outro lado, vários autores já observam que as intervenções educativas para o aumento do consumo de fibras alimentares e líquidos se mostram benéficas para a diminuição das queixas relacionadas à constipação intestinal em idosos (TOWERS e

col. 1994; BALSON e GIBSON 1995; CHESKIN e col. 1995; SCHAEFER e CHESKIN 1998; THOMPSON e col. 1999; FIRTH e PRATHER 2002).

Sendo assim, o Nutricionista poderia verificar as mudanças no hábito alimentar e intestinal das pessoas idosas e, a partir daí, promover mudanças gradativas e necessárias para o restabelecimento de uma dieta adequada em fibras e fluidos. Um programa educativo para promoção de modificações no comportamento alimentar ligadas às alterações funcionais e orgânicas vivenciadas no processo de envelhecimento, poderia melhorar a condição de constipação intestinal (JOSHIPURA e col. 1996; THOMPSON e col. 1999; FIRTH e PRATHER 2002).

O ponto de partida para a realização de um programa de intervenção educativa consiste no diagnóstico inicial. É necessário entender o que e porque as pessoas comem (GUTHRIE 1994). Em outras palavras, qualquer programa de educação nutricional deve ser iniciado com a identificação clara e precisa do problema para o qual será dirigido (FAO 1999).

Para o desenvolvimento de programas de mudanças de comportamentos de saúde são necessários 10 passos. Os dois primeiros se relacionam à identificação e justificativa dos problemas de saúde que causam a doença. São eles: passo 1, selecionar comportamentos de saúde para um programa comunitário amplo; passo 2, fornecer um fundamento para selecionar um comportamento de saúde. Sendo assim, o consumo alimentar inadequado de fibras alimentares e líquidos poderia ser o comportamento causador, “situação problema”, do comprometimento de saúde, “constipação intestinal” (LYTLE e PERRY 2001).

Observa-se, por tudo o que foi apresentado, que os idosos são os indivíduos que mais utilizam os serviços de saúde; que a expectativa de vida entre as mulheres

no Brasil aumentou mais do que entre os homens; que a constipação intestinal é mais prevalente no sexo feminino; que a modificação dos hábitos alimentares pode levar à constipação e que programas de intervenção educativos para idosos são eficazes. É necessário que os serviços de saúde e os gerontólogos estejam preparados para o atendimento gerado por essa demanda tão específica. Além disso, o Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo apresenta-se como um local com grande interesse em estudos de avaliação diagnóstica e de intervenção, que inclui a participação de equipe multiprofissional com elevada demanda de mulheres idosas.

Esse estudo consiste do diagnóstico inicial que fornecerá subsídios para futuros programas de intervenção educativa para essa população. Com isso, o objetivo foi descrever o perfil de idosas com constipação intestinal funcional atendidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil de mulheres idosas com constipação intestinal funcional atendidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar idade, estado nutricional, classe social, atividade física, consumo alimentar, medicamentos usados e as queixas que identificam a constipação intestinal.
- Verificar a relação entre o número de queixas que caracterizam a constipação intestinal e a idade, estado nutricional, classe social, atividade física, consumo alimentar e medicamentos utilizados.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Local

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse estudo faz parte da pesquisa “Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de idosos com constipação intestinal funcional”, financiado pela FAPESP (processo 02/03186-3) e pelo Fundo de Cultura e Extensão Universitária da USP.

3.2 Delineamento

Estudo transversal do tipo descritivo, que se caracteriza por gerar informações sobre a prevalência de doenças e de outras características da população em um momento particular, o que é muito útil em planejamento de saúde (ROUQUAYROL 1992; PEREIRA 1995).

3.3 População

No período de abril de 2002 a abril de 2003 foram entrevistadas 66 pacientes no Ambulatório de Geriatria, não sendo possível quantificar o número de idosas encaminhadas. Foram encaminhadas todas as pacientes com hipótese diagnóstica de constipação funcional realizada pela equipe médica do Ambulatório de Geriatria. Os médicos preencheram o formulário de encaminhamento ao pesquisador (Anexo 1) que foi entregue às pacientes. De acordo com STEFFEN e col. (2003), ao avaliar o consumo alimentar de adultos e idosos, recomenda a exclusão de mulheres que apresentem ingestão calórica menor do que 500 e maior do que 3.500 kcal. Dessa forma, foi excluída uma idosa que apresentava consumo energético menor que 500 kcal, totalizando 65 mulheres na população de estudo.

Critérios de Inclusão:

Pacientes do sexo feminino, matriculadas no Ambulatório de Geriatria, com idade igual ou superior a 60 anos, com hipótese diagnóstica de constipação intestinal funcional, ou seja, que deveriam apresentar duas ou mais das seguintes queixas: duas ou menos evacuações por semana, fezes na forma de cíbalos em pelo menos 25% das vezes, tenesmo em pelo menos 25% das evacuações, esforço para evacuar em pelo menos 25% das defecações durante um ano, quando não usavam laxantes (BALSON e GIBSON 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; SCHAEFER e CHESKIN 1998; THOMPSON e col. 1999; ANDRE e col. 2000).

Critérios de Exclusão:

Foram excluídas as pacientes que apresentaram antecedentes de doenças endócrinas, neurológicas, gastrintestinais orgânicas (megacólon, obstrução mecânica da luz intestinal e outras), e as que não deambulavam (RODRIGUEZ e MORAES FILHO 1989; BALSON e GIBSON 1995; NEAL 1995; FARCHI e col. 1996; MEIRING e JOUBERT 1998; SCHAEFER e CHESKIN 1998; TALLEY e col. 2003). Para garantir o critério de inclusão e exclusão e evitar viés nos resultados, as queixas em relação à constipação intestinal funcional foram verificadas durante a entrevista, com as questões sobre hábito intestinal.

3.4 Metodologia

A entrevista foi realizada numa sala determinada pela equipe médica, a qual se adequava a esse propósito. O roteiro para coleta de dados está no Anexo 2 – Manual do entrevistador. O formulário do termo de consentimento encontra-se no Anexo 3 e o da entrevista no Anexo 4.

Idade:

A idade foi registrada em anos no momento da entrevista, verificando o valor respondido pela cliente com a data de nascimento de um documento de identificação, ou considerando a data correta, aquela mencionada pela paciente, caso o registro oficial de nascimento estivesse diferente do referido.

Dados Socioeconômicos:

Foram coletados dados socioeconômicos (escolaridade do chefe da família e classe social pelos bens de consumo) e analisados segundo os critérios da Associação Brasileira de Pesquisa e Mercado (ABIPEME 1997).

Peso e Altura:

Foram coletados dados de peso e altura, de acordo com FRISANCHO (1999), utilizando-se de balança antropométrica Fillizola digital e de estadiômetro fixo. O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1995). Para classificação do estado nutricional de idosos segundo o IMC, utilizou-se a recomendação do NSI (1994), considerados eutróficos aqueles indivíduos com valores entre 22 e 27 kg/m².

Atividade Física:

Os dados de atividade física foram coletados por meio de questionário e expressos em escores, como recomenda BAECKE e col. (1982), citado por FLORINDO e col. (2000). Esse questionário foi traduzido para o português e adaptado para avaliar o exercício físico e as atividades de lazer e locomoção nos últimos 12 meses por meio de escores, segundo FLORINDO e col. (2000). Com relação ao questionário utilizado, sua validação foi realizada em população adulta de país desenvolvido (BAECKE e col. 1982). Segundo FLORINDO e col. (2000) é um

questionário de fácil aplicabilidade para a população idosa. Esse questionário foi validado com uma amostra de adultos do sexo masculino da cidade São Paulo (FLORINDO e LATORRE 2003). Verifica-se a utilização desse questionário em pesquisa com homens adultos e idosos na cidade de São Paulo, com publicação em revista nacional e internacional (FLORINDO e col. 2000; TANAKA e col. 2001; FLORINDO e col. 2002).

Para o cálculo do Escore de Atividade Física, foi adotado o seguinte procedimento:

Escore de Atividade Física Ocupacional: sendo que as primeiras oito questões do questionário não foram consideradas para o cálculo do escore, pois as pacientes não trabalhavam fora de casa, o que não comprometeu o valor do escore de atividade física total, uma vez que nenhuma idosa apresentou tal atividade.

Escore de Exercício Físico: a partir da resposta das perguntas da questão 9, assinalou-se a respectiva pontuação da coluna ao lado, para tipo de atividade, horas por semana e quantos meses no último ano. As atividades físicas praticadas foram classificadas em leve, moderada ou intensa, para, a partir disso, receberem a pontuação da coluna ao lado à pergunta (AINSWORTH e col. 2000). Todas as atividades físicas foram classificadas como de intensidade moderada, de acordo com AINSWORTH e col. (2000) que divide as atividades físicas humanas em relação ao seu gasto energético.

Para determinar o gasto energético em quilocalorias por hora, multiplicou-se o valor em MET (equivalente metabólico de repouso, correspondente a um consumo de oxigênio de 3,5 ml/kg/min) pela massa corporal do indivíduo em quilograma.

Para as paciente que não praticavam nenhum tipo de atividade física, o valor dessa resposta foi zero (FLORINDO e col. 2000). O valor do escore da questão 9 foi obtido pela somatória do produto da intensidade com o tempo e com a proporção, e classificado da seguinte forma:

Tabela de Classificação da Questão 9

0	0,01 – 3,99	3,99 – 7,99	7,99 – 11,99	> 11,99	Escore
1	2	3	4	5	Classificação

Escore de Exercício Físico no Lazer: a partir das respostas das questões 10, 11 e 12, assinalou-se a pontuação correspondente na coluna ao lado. Para obtenção desse escore, foi somado o valor do escore da questão 9 com os valores dos pontos da 10, 11 e 12, dividido por quatro (FLORINDO e col. 2000).

Escore de Atividade Física, Lazer e Locomoção: nessa etapa consideraram-se as pontuações referentes às respostas das questões 13, 14, 15 e 16, assinaladas na coluna ao lado. Para o cálculo desse escore, subtraiu-se 6 pontos do valor obtido da questão 13, e em seguida somou-se com os valores das questões 14, 15 e 16, para finalizar o valor do escore, dividiu-se o número obtido por 4 (FLORINDO e col. 2000).

Escore de Atividade Física Total: foi considerado como a soma do Escore de Exercício Físico no Lazer com o Escore de Atividade Física, Lazer e Locomoção (FLORINDO e col. 2000).

Consumo Alimentar:

Foram coletados dados referentes ao consumo alimentar, utilizando-se do Recordatório de 24 horas em medidas caseiras para quantificar a ingestão alimentar (CINTRA e col. 1997; KAMIMURA e col. 2002). A paciente foi questionada sobre o consumo alimentar do dia anterior ao atendimento, desde o café da manhã até a última refeição.

As informações obtidas por esse método foram divididas em refeições segundo o horário de consumo. As refeições informadas pelas pacientes durante a entrevista foram classificadas da seguinte forma: a primeira refeição foi considerada o café da manhã, que incluiu os primeiros alimentos consumidos no dia. O lanche da manhã como todos os alimentos sólidos e/ou líquidos ingeridos entre a primeira refeição e o almoço. O almoço como a refeição realizada no horário entre 11 e 14 horas, que não fosse o café da manhã e nem o lanche, composta por alimentos sólidos e/ou líquidos. O lanche da tarde foi considerado como uma refeição realizada entre 15 e 17 horas, composta por alimentos sólidos e/ou líquidos. O jantar como uma refeição realizada no final da tarde ou início da noite, entre 17 e 21 horas, composta por alimentos sólidos e/ou líquidos. A ceia ou lanche noturno como sendo a última refeição do dia antes de a paciente dormir, composta por alimentos sólidos e/ou líquidos.

As quantidades e porções consumidas foram registradas em medidas caseiras (CINTRA e col. 1997; KAMIMURA e col. 2002). Para auxiliar a identificação das quantidades e porções de alimentos consumidos, utilizou-se o Registro Fotográfico para Inquéritos Dietéticos (ZABOTTO 1996) e de utensílios de tamanho real (prato de sobremesa, pires de café e de chá, copo de requeijão, copo americano simples,

xícara de café e de chá e de copo plástico graduado), presentes no consultório (CINTRA e col. 1997; KAMIMURA e col. 2002).

Foram coletados dados referentes ao consumo de líquidos e água do dia anterior, também em medidas caseiras, utilizando-se os utensílios presentes no consultório (copos e xícaras). Os líquidos considerados como fluidos totais do dia foram: água, leite, café, suco e chá. O café e o chá foram incluídos, pois a contribuição para o total de líquidos consumidos foi pequena como sugere SCHAEFER e CHESKIN (1998) e RUSSELL e col. (1999).

Foram calculadas as necessidades energéticas das idosas, de acordo com as recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde FAO/OMS (1985). A fórmula utilizada foi o produto entre a taxa metabólica basal e o fator atividade física ($NE = TMB \times \text{atividade ocupacional}$), segundo a OMS 1985 por AVESANI e col. (2002), em que a taxa metabólica basal foi obtida como $(10,5 \times \text{peso ideal} + 596)$. Para cálculo do peso ideal, foi considerada a média (peso ideal no IMC $24,5 \text{ kg/m}^2$) do padrão de peso ideal (entre 22 e 27 kg/m^2) da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) para idosos segundo NSI (1994).

O fator atividade física aplicado à fórmula da necessidade energética foi considerado como moderado, de acordo com o nível de atividade física diária recomendada pela OMS (1985). A seguir foi estabelecida a necessidade energética média da população de estudo. Dessa forma, observou-se a concordância entre a média calórica obtida pelas recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde FAO/OMS (1985) e o valor energético de referência adotado para idosos (PHILIPPI e col. 1999).

O cálculo do consumo alimentar foi realizado após a conversão das quantidades dos alimentos em medidas caseiras para o respectivo peso em grama, utilizando-se a Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras (PINHEIRO e col. 2000). Além disso, foram realizados os preparos de várias hortaliças consumidas pelas mulheres entrevistadas no Laboratório de Técnica Dietética da Faculdade de Saúde Pública, para quantificar o peso em grama, de acordo com os utensílios utilizados como medida caseira no Recordatório de 24 horas. São eles: pires de café, pires de chá e prato de sobremesa (Anexo 5).

O cálculo do valor nutricional dos alimentos consumidos, registrados no Recordatório de 24 horas, foi feito utilizando-se o software “Virtual Nutri” (PHILIPPI e col. 1996) com banco de dados modificado. O banco de dados do programa foi adaptado com a introdução das informações da composição de alimentos da Tabela de Composição Química de Alimentos: Suporte para Decisão Nutricional (PHILIPPI 2002). A composição dos alimentos industrializados foi inserida de acordo com as informações nutricionais disponíveis nos rótulos dos alimentos industrializados e/ou centro de atendimento ao consumidor.

Para a transcrição dos pesos dos alimentos na sua forma de consumo para a forma crua, levou-se em consideração todos os ingredientes das receitas, de acordo com as receitas da Tabela para Avaliação do Consumo Alimentar em Medidas Caseiras (PINHEIRO e col. 2000), do Manual de Receitas e Medidas Caseiras para Cálculo de Inquéritos Alimentares (FISBERG e VILLAR 2002) e de receitas desenvolvidas no laboratório de Técnica Dietética da Faculdade de Saúde Pública, a partir de informações obtidas durante a aplicação do Recordatório de 24 horas.

Os alimentos na forma crua e os outros na sua forma de consumo, por exemplo, torrada, pão francês, pão de forma, chocolate, extrato de tomate e outros, foram inseridos no software “Virtual Nutri” (PHILIPPI e col. 1996), com banco de dados modificado para realização do cálculo nutricional. Em seguida, os itens alimentares foram classificados dentro de cada um dos oito grupos recomendados pela Pirâmide de Alimentos proposta por PHILIPPI e col. (1999).

De acordo com o valor calórico da porção consumida, foi quantificado o número de porções que essa quantidade representava no grupo alimentar da Pirâmide. O grupo dos pães, cereais, raízes e tubérculos tem sua porção determinada em 150 kcal; hortaliças em 15 kcal; frutas em 35 kcal; carnes em 190 kcal; leite em 120 kcal; leguminosas em 55 kcal; óleos e gorduras em 73 kcal e açúcares e doces em 110 kcal (PHILIPPI e col. 1999).

O número de porções consumidas por grupo foi determinado de acordo com o valor calórico do item. Por exemplo: uma unidade de pão francês (alimento pertencente ao grupo dos pães, cereais, raízes e tubérculos) contém 150 kcal, portanto, ele representa uma porção do grupo dos pães, cereais, raízes e tubérculos.

O parâmetro utilizado para avaliar a adequação das dietas foi a de 1.600 kcal, que é a recomendação energética para adultos idosos, proposta por PHILIPPI e col. (1999). Essa dieta estabelece: 5 porções para o grupo dos pães, cereais, raízes e tubérculos; 4 para hortaliças; 3 para frutas; 3 para leite; 1 para carnes; 1 para leguminosas; 1 para óleos e gorduras e 1 para açúcares e doces.

O número de porções consumidas de cada grupo alimentar foi comparado com o número de porções recomendadas pela dieta de 1.600 kcal, citada acima. Para cada grupo alimentar foi verificado o consumo médio de porções, a frequência relativa das

idosas que não consumiam os alimentos de cada grupo, as que ingeriam abaixo do recomendado e as que consumiam de acordo com o número de porções recomendadas ou acima.

Medicamentos:

Os dados sobre o uso de medicamentos foram coletados junto à receita médica, e com a paciente, para verificar possíveis interações com o hábito intestinal. Após a identificação dos medicamentos e dosagens, que de fato estavam sendo utilizados diariamente pelas idosas no último mês, verificou-se a relação desses elementos com o hábito intestinal (DEF 2002/3; Farmácia em Casa, 2003).

Os medicamentos utilizados foram agrupados de acordo com o número total de drogas utilizadas, com as reações adversas a medicamentos e com o número de laxativos usados. Para a reação adversa a medicamentos, foram estabelecidas três categorias de “efeitos”. São eles: “efeito” laxativo, constipante e medicamentos que não alteravam o hábito intestinal. Dessa forma foi possível quantificar o número total de medicamentos utilizados, o número de laxativos e o número de medicamentos que pudessem provocar algum “efeito”, e o tipo em relação ao hábito intestinal.

Hábito Intestinal:

Em relação ao hábito intestinal, foram coletados dados sobre a frequência semanal e esforço, tenesmo e presença de fezes na forma de cíbalos em 25% das defecações. Esses aspectos da constipação intestinal foram quantificados em cada defecação relatada pela paciente. Dessa forma, foi verificada a presença de pelo menos duas queixas durante um ano, quando a paciente não fazia uso de laxantes (BALSON e GIBSON 1995; MEIRING e JOUBERT 1998; SCHAEFER e CHESKIN 1998; THOMPSON e col. 1999; ANDRE e col. 2000).

Quanto ao hábito de higiene pessoal, as pacientes foram perguntadas se tinham um horário pré-determinado para tentarem evacuar todos os dias, mesmo sem vontade.

3.5 Variáveis de estudo

- Idade (anos)
- IMC (kg/m^2)
- Classe social (A,B,C,D e E)
- Hábito intestinal (número e tipo de queixa e hábito de higiene pessoal-sim/não)
- Atividade física (scores, pratica exercício físico-sim/não e o tipo)
- Medicamentos
- Energia e nutrientes
- Grupos de alimentos

3.6 Análise dos dados

Na análise estatística, foram definidos dois grupos: um grupo com 2 e 3 queixas intestinais ($n = 37$) que caracterizam a constipação intestinal, definido pelo autor como grupo de menor número de queixas, e o outro grupo com 4 queixas ($n = 28$), definido como grupo de maior número de queixas.

Para avaliar a associação entre os grupos e as variáveis qualitativas, classe social, prática de exercício físico e hábito de higiene pessoal, foi feito o teste de associação pelo Qui-quadrado (X^2).

Na avaliação da diferença das médias das variáveis quantitativas (idade, IMC, consumo alimentar e medicamentos utilizados) entre os grupos realizou-se o teste de Mann–Whitney.

Avaliou-se a aderência à distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e, para verificar a igualdade das variâncias, o teste de Bartlett.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos programas EPI INFO versão 6.040 (DEAN e col. 1994) e SPSS - Standard Version, e para digitação do banco de dados o Excel versão 7.0 para Windows.

3.7 Aspectos Éticos

O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado baseado na resolução CNS/196 de 10/10/96 e apresentado às pacientes encaminhadas no momento da entrevista (Anexo 3).

Nesse momento, as pacientes foram esclarecidas quanto ao sigilo das informações prestadas por elas, bem como do não prejuízo ao seu tratamento dentro da Instituição. Todas elas se mostraram disponíveis para responder às perguntas e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, com exceção de uma, que concordou em fornecer as respostas ao questionário da entrevista, porém se recusou a assinar o termo de consentimento. Para aquelas que eram analfabetas e tinham acompanhante, foi essa pessoa quem assinou o termo.

Esse estudo faz parte da pesquisa “Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de idosos com constipação intestinal funcional”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública em 19/02/2002 e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 23/01/2001 (Anexo 3).

4. RESULTADOS

A população estudada constituiu-se de 65 mulheres com idade média de 77,5 anos ($dp = 7,0$), sendo o mínimo de 64 e o máximo de 96 anos. Observa-se na Tabela 1 que a faixa etária mais prevalente foi a de maiores de 70 anos (83,0%). Nessa tabela também é possível verificar-se que o grupo estudado situou-se entre as classes sociais C (43,1%) e D (30,8%).

No que se refere à avaliação do estado nutricional dessas idosas, verifica-se que o IMC médio foi de $27,6 \text{ kg/m}^2$ ($dp = 5,3$), com mínimo de $14,6$ e máximo de $42,3 \text{ kg/m}^2$; 47,7% apresentavam IMC maior que 27 kg/m^2 e 38,5% mantiveram-se dentro da faixa considerada adequada para o IMC, entre 22 e 27 kg/m^2 .

Tabela 1: Número e percentual das características gerais de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variáveis	Categorias	n	Frequência relativa (%)
Idade	60 - 69	11	17,0
	70 - 79	27	41,5
	80 e +	27	41,5
Classe Social	A	02	3,1
	B	14	21,5
	C	28	43,1
	D	20	30,8
	E	01	1,5
IMC (kg/m^2)	< 22	09	13,8
	22 - 27	25	38,5
	> 27	31	47,7
Total		65	100,0

Observa-se na Tabela 2 que 50,8% não praticavam exercício físico e 49,2% praticavam algum tipo de atividade. Dentre os exercícios físicos praticados, a caminhada foi realizada por 65,6% das idosas.

Tabela 2: Número e percentual de idosas segundo o exercício físico. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variáveis	Categorias	n	Frequência relativa (%)
Exercício físico	Praticam	32	49,2
	Não praticam	33	50,8
	Tipo de exercício		
	Subir e descer escadas	01	3,1
	Ginástica	01	3,1
	Dançoterapia	01	3,1
	Ginástica caseira	01	3,1
	Ioga	01	3,1
	Alongamento	02	6,3
	Fisioterapia	02	6,3
	Hidroginástica	02	6,3
	Caminhada	21	65,6

Em relação aos escores de atividade física, observa-se na Tabela 3 que as idosas apresentaram valores médios para o escore de exercício físico no lazer de 2,1 (dp = 0,6), para o escore de atividade física, lazer e locomoção de 2,3 (dp = 0,7) e para o escore de atividade física total de 4,4 (dp = 1,1).

Tabela 3: Estatística descritiva dos escores de atividade física de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Critérios	Média (dp)	Min - Max	Mediana
Exercício físico no lazer (EFL)	2,1 (0,6)	1,0 - 3,5	2,0
Atividade física, lazer e locomoção (AFL)	2,3 (0,7)	1,3 - 3,8	2,3
Atividade física total (AFT)	4,4 (1,1)	2,3 - 7,3	4,3

As idosas entrevistadas têm o hábito de realizar 4,3 refeições em média por dia, com consumo energético de 1.216,7 kcal e de 13,0 g de fibras alimentares (Tabela 4). Observa-se também que o consumo médio de líquidos (água, leite, café, suco e chá) foi de 1.106,8 ml, destacando-se um consumo mínimo de 250 ml e um consumo máximo de 2.600 ml por dia.

Ainda em relação à Tabela 4, avaliando-se os percentuais da distribuição dos macronutrientes, observa-se que a dieta consumida por esse grupo apresentou, em média, 54,9% de carboidratos, 17,0% de proteínas e 28,4% de lipídeos.

Tabela 4: Estatística descritiva do consumo alimentar de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Características	Média (dp)	Min - Max	Mediana
Energia (kcal)	1216,7 (506,9)	527,2 - 2769,0	1034,3
Carboidratos (g)	162,2 (65,2)	55,3 - 371,4	151,7
Proteínas (g)	52,3 (27,1)	9,7 - 111,5	45,0
Lipídeos (g)	39,7 (22,8)	11,2 - 107,3	32,9
Fibras alimentares (g)	13,0 (9,0)	3,0 - 57,5	11,8
Líquidos (ml)	1106,8 (529,0)	250,0 - 2600,0	1000,0
Número de refeições	4,3 (0,9)	3,0 - 6,0	4,0
Carboidratos (%)	54,9 (12,2)	21,5 - 79,2	55,5
Proteínas (%)	17,0 (5,5)	6,8 - 32,8	16,3
Lipídeos (%)	28,4 (7,4)	11,4 - 47,3	28,8

Avaliando-se a dieta de acordo com o consumo diário de alimentos segundo os grupos alimentares, verifica-se na Tabela 5 que o consumo de açúcares foi de 0,9 porções, sendo que 13,8% não consumiram esse alimento, 63,1% ingeriram abaixo do recomendado e 23,1% consumiram os alimentos desse grupo de acordo com o recomendado ou mais.

Para o grupo das carnes observa-se o consumo médio de 0,9 porções diariamente, sendo que 18,5% não consumiram alimentos desse grupo, 32,3% ingeriram carnes abaixo do recomendado e 49,2% apresentaram ingestão de acordo com o recomendado ou mais.

No que se refere ao grupo dos óleos observa-se que as idosas consumiram em média 2,2 porções, das quais 29,2% ingeriram abaixo do recomendado, 70,8% consumiram de acordo com o recomendado ou mais porções e nenhuma delas ficou sem consumir alimentos desse grupo.

Foram ingeridas 1,2 porções em média do grupo dos laticínios por dia, com 6,2% apresentando nenhum consumo de alimentos desse grupo, 87,7% abaixo das 3 porções recomendadas e somente 6,2% com ingestão adequada ou acima do recomendado.

No que se refere ao grupo das leguminosas, o consumo médio foi de 1,0 porção e apenas 4,6% tiveram consumo de acordo com as porções recomendadas ou mais. É interessante notar que 49,2% não consumiram leguminosas e 46,2% apresentaram ingestão abaixo do recomendado.

Para as hortaliças, o consumo médio foi de 2,5 porções, sendo que 15,4% não consumiram esses alimentos, 76,9% estavam abaixo do recomendado e apenas 7,7% ingeriram esses alimentos de acordo com o recomendado ou acima dele.

Foram consumidas 2,6 porções de cereais, sendo que nenhuma idosa ficou sem consumir algum alimento desse grupo; 96,9% apresentaram consumo abaixo do recomendado e apenas 3,1% tiveram ingestão de 5 ou mais porções por dia.

Verifica-se que para o grupo das frutas o consumo médio foi de 3,9 porções. Nota-se que 13,8% das idosas não consumiram alimentos desse grupo, 27,7% tiveram consumo abaixo do recomendado e 58,5% ingeriram frutas de acordo ou acima do recomendado.

Tabela 5: Estatística descritiva do número de porções consumidas pelas idosas segundo os grupos de alimentos. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Grupos de alimentos	Porções consumidas				
	Média (dp)	Min - Max	Frequência relativa (%) do consumo de porções		
			Não consome	Abaixo recomendado	Recomendado e +
Açúcares	0,9 (0,9)	0,0 - 4,9	13,8	63,1	23,1
Carnes	0,9 (0,8)	0,0 - 3,9	18,5	32,3	49,2
Óleos	2,2 (1,8)	0,2 - 8,9	0,0	29,2	70,8
Laticínios	1,2 (0,9)	0,0 - 3,5	6,2	87,7	6,2
Leguminosas	1,0 (2,2)	0,0 - 14,7	49,2	46,2	4,6
Hortaliças	2,5 (3,0)	0,0 - 18,6	15,4	76,9	7,7
Cereais	2,6 (1,4)	0,2 - 6,2	0,0	96,9	3,1
Frutas	3,9 (3,4)	0,0 - 21,8	13,8	27,7	58,5

Na Tabela 6 nota-se que 50 mulheres (76,9%) utilizaram algum medicamento com “efeito” laxativo. Entre esses medicamentos com “efeito” laxativo, 19 pacientes (29,2%) utilizaram os verdadeiros laxantes, sendo que apenas 2 idosas (10,5%) utilizaram dois laxativos por dia. Também se observa que 51 mulheres tomaram

algum medicamento com “efeito” constipante (78,5%) e 40 (61,5%) usaram medicamento com “efeito” constipante e com “efeito” laxativo.

Tabela 6: Número e percentual de idosas que utilizavam medicamentos segundo o “efeito” produzido. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Medicamentos	n	Frequência relativa %*
“Efeito” constipante	51	78,5
“Efeito” laxativo	50	76,9
“Efeito” constipante e laxativo	40	61,5
Laxantes	19	29,2

* Porcentagem calculada em relação a 65 idosas.

Observa-se na Tabela 7 que as idosas usaram em média 6,2 medicamentos por dia, variando entre 0 e 14 drogas, sendo que apenas uma senhora não utilizava medicamentos todos os dias. Da medicação utilizada diariamente, verifica-se que 1,5 medicamentos têm “efeito” constipante, 1,4 têm “efeito” laxativo e 3,3 não alteravam o hábito intestinal, salientando-se que elas usavam em média 1,1 medicamentos laxantes por dia.

Tabela 7: Estatística descritiva do número de medicamentos utilizados diariamente no último mês por idosas segundo o “efeito” produzido. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variável	Categorias	Média (dp)	Min - Max	Mediana
Medicamento	“Efeito” constipante	1,5 (1,2)	0,0 - 7,0	1,0
	“Efeito” laxativo	1,4 (1,1)	0,0 - 4,0	1,0
	Não altera o hábito intestinal	3,3 (1,8)	0,0 - 9,0	3,0
	Laxantes*	1,1 (0,3)	1,0 - 2,0	1,0
	Total	6,2 (2,7)	0,0 - 14,0	6,0

* Média feita em relação a 19 (29,2%) idosas que utilizam medicamentos laxantes.

Das características do hábito intestinal apresentadas na Tabela 8, observa-se que 64,6% das idosas tiveram duas ou menos evacuações por semana. Cíbalos, tenesmo e esforço em 25% ou mais das evacuações realizadas apareceram em 83,1%, 86,2% e 95,4%, das mulheres, respectivamente. Verifica-se que apenas 13 idosas (20,0%) referiram ter um horário diário pré-determinado para tentar evacuar.

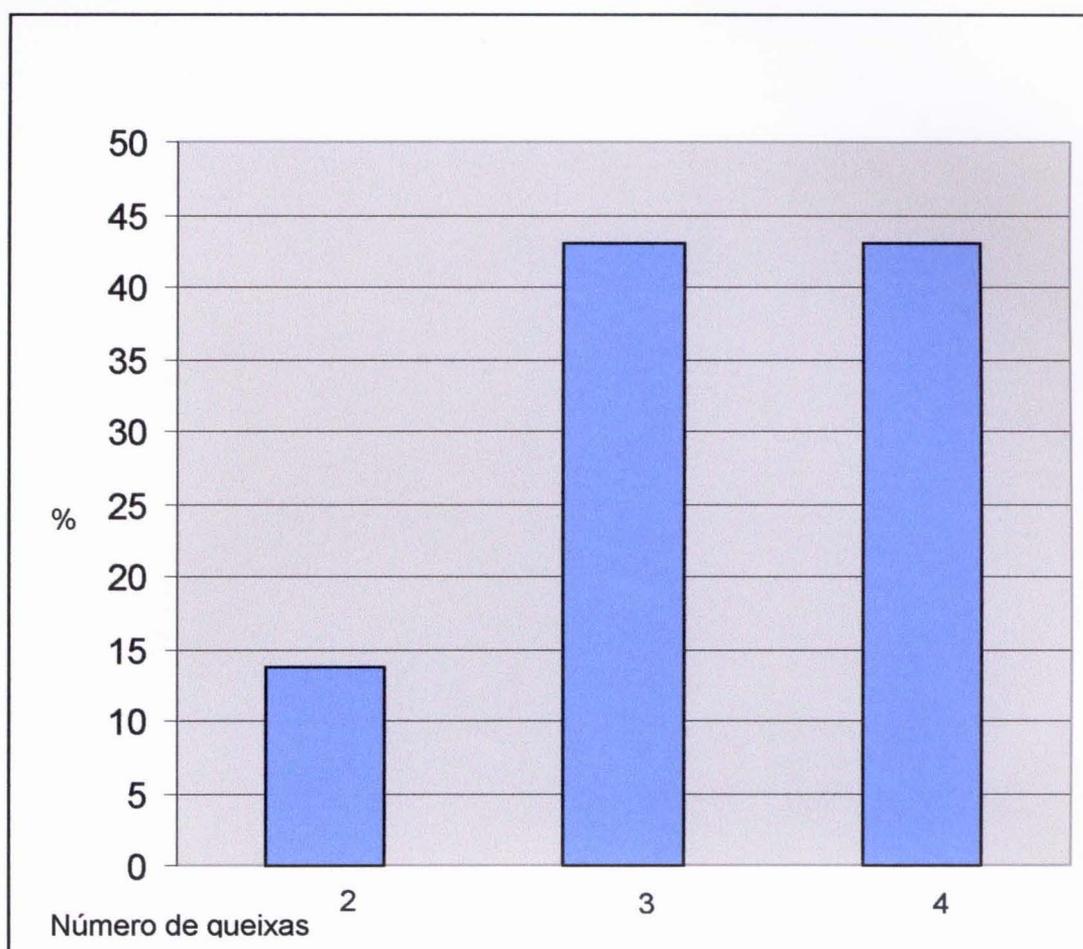
Tabela 8: Número e percentual de idosas segundo as características do hábito intestinal. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Características	n	%*
Queixas	Duas ou menos evacuações por semana	42 64,6
	Cíbalos em 25% ou mais das evacuações	54 83,1
	Tenesmo em 25% ou mais das evacuações	56 86,2
	Esforço em 25% ou mais das evacuações	62 95,4
Ter o hábito de higiene pessoal	13	20,0

* Porcentagem calculada em relação a 65 idosas.

O gráfico 1 mostra que 13,8% apresentaram 2 queixas, 43,1% com 3 e 43,1% com 4 queixas, sendo que nesse último grupo estão as idosas que apresentaram o número máximo de queixas relacionadas com constipação intestinal. São elas: baixa frequência, cíbalos, tenesmo e esforço.

Gráfico 1: Percentual do número de queixas intestinais de idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.



Devido à pequena frequência na categoria de 2 queixas ($n = 9$) as idosas foram reclassificadas, formando dois grupos: 2+3 queixas e 4 queixas. A Tabela 9 apresenta a associação entre esses grupos e as variáveis qualitativas (classe social, exercício físico e hábito de higiene pessoal), em que se verifica que não houve associação estatisticamente significativa entre elas.

Tabela 9: Número e percentual de idosas segundo as variáveis qualitativas de estudo e o número de queixas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variáveis	Categorias	Número de queixas				Total		p (X ²)
		2 + 3		4		n = 65	%	
		n = 37	%	n = 28	%			
Classe social	(A + B + C)	27	61,4	17	38,6	44	100,0	0,299
	(D + E)	10	47,6	11	52,4	21	100,0	
Exercício físico	Praticam	22	68,8	10	31,3	32	100,0	0,060
	Não praticam	15	45,5	18	54,5	33	100,0	
Hábito de higiene pessoal	Sim	11	84,6	02	15,4	13	100,0	0,025
	Não	26	50,0	26	50,0	52	100,0	

Em relação as variáveis quantitativas (idade, IMC e número de medicamentos) e o número de queixas, a análise estatística realizada não identificou diferença estatisticamente significativa entre as médias observadas nos dois grupos de queixas (Tabela 10).

Tabela 10: Estatística descritiva das variáveis quantitativas de estudo e o número de queixas em idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variável	Número de queixas				p diferença da média	
	2 + 3 (n = 37)		4 (n = 28)			
	Média (dp)	Min - Max	Média (dp)	Min - Max		
Idade	78,0 (6,8)	67,0 - 96,0	77,0 (7,2)	64,0 - 88,0	0,745	
IMC (kg/m ²)	27,4 (5,6)	14,6 - 42,3	27,8 (4,8)	17,4 - 35,2	0,624	
Número de medicamentos						
“Efeito”	Constipante	1,5 (1,4)	0,0 - 7,0	1,5 (1,0)	0,0 - 3,0	0,610
	Laxativo	1,2 (1,0)	0,0 - 4,0	1,6 (1,2)	0,0 - 4,0	0,122
	Não altera hábito intestinal	3,1 (1,6)	0,0 - 7,0	3,7 (2,1)	0,0 - 9,0	0,218
	Laxante	1,1 (0,3)	1,0 - 2,0	1,1 (0,3)	1,0 - 2,0	0,816
	Total	5,7 (2,5)	0,0 - 12,0	6,9 (2,9)	1,0 - 14,0	0,079

Verifica-se que também não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as médias das variáveis dietéticas: consumo alimentar, número de refeições, quantidade de líquidos, fibras alimentares e número de porções por grupos de alimentos, quando comparadas entre os dois grupos de queixas (Tabela 11).

Tabela 11: Estatística descritiva das variáveis dietéticas de estudo e o número de queixas em idosas. Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, São Paulo, 2002/2003.

Variável	Número de queixas				p diferença da média	
	2 + 3 (n = 37)		4 (n = 28)			
	Média (dp)	Min - Max	Média (dp)	Min - Max		
Consumo						
	Energia (kcal)	1.236,6 (521,1)	527,2 - 2514,9	1.190,6 (495,8)	614,9 - 2.769,0	0,596
	Carboidratos (g)	170,2 (66,0)	72,3 - 334,2	152,0 (63,9)	55,3 - 381,4	0,291
	Proteínas (g)	51,0 (27,7)	9,7 - 111,5	53,9 (26,8)	20,8 - 110,0	0,681
	Lipídeos (g)	40,8 (23,4)	12,6 - 107,3	38,2 (22,4)	11,2 - 103,5	0,730
Distribuição calórica						
	Carboidratos (%)	56,6 (11,1)	37,1 - 79,2	52,7 (13,3)	21,5 - 78,5	0,330
	Proteínas (%)	16,2 (5,3)	6,8 - 32,8	18,1 (5,7)	8,5 - 28,7	0,185
	Lipídeos (%)	28,6 (6,8)	18,1 - 47,3	28,1 (8,2)	11,4 - 47,0	0,822
Número de refeições		4,3 (1,0)	3,0 - 6,0	4,4 (0,8)	3,0 - 6,0	0,884
Líquidos (ml)		1.166,5 (540,8)	300,0 - 2.600,0	1.027,9 (511,8)	250,0 - 2.250,0	0,389
Fibras alimentares (g)		12,6 (7,2)	3,9 - 38,5	13,5 (11,1)	3,0 - 57,5	0,989
Grupos de alimentos (número de porções)						
	Açúcares	0,8 (0,8)	0,0 - 2,6	0,9 (1,0)	0,0 - 4,9	0,826
	Carnes	0,9 (0,8)	0,0 - 2,9	1,0 (0,9)	0,0 - 3,9	0,542
	Óleos	2,5 (1,9)	0,5 - 8,9	1,9 (1,5)	0,2 - 7,9	0,238
	Laticínios	1,3 (0,9)	0,0 - 3,5	1,2 (0,8)	0,0 - 3,3	0,995
	Leguminosas	1,1 (2,6)	0,0 - 14,7	0,8 (1,6)	0,0 - 7,8	0,989
	Hortaliças	2,7 (2,4)	0,0 - 12,3	2,3 (3,7)	0,1 - 18,6	0,071
	Cereais	2,7 (1,5)	0,2 - 6,2	2,5 (1,3)	0,4 - 5,1	0,884
	Frutas	3,7 (2,4)	0,0 - 9,5	4,3 (4,4)	0,0 - 21,8	0,750

5. DISCUSSÃO

As mulheres idosas estudadas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas apresentam idade média de 77,5 anos. Resultados semelhantes foram encontrados por GARCIA (2001), quando também estudou idosas no mesmo ambulatório e identificou a idade média de 74 anos. MARUCCI (1992) observou entre os idosos estudados nesse mesmo ambulatório média de idade de 74 anos. Em idosos atendidos em Ambulatório Municipal da cidade de São Paulo, a média de idade observada foi de 72,3 anos (RASSI 1998). Valores semelhantes ao do presente estudo foram encontrados por MENEZES (2000), em idosos institucionalizados em Fortaleza, onde a idade média foi de 77,5 anos. Verifica-se que 83,0% das mulheres desse estudo têm idade mais avançada, a maioria delas com 70 anos e mais. Essa informação era esperada, pois, de acordo com ANDRE e col. (2000), CAMILLERI e col. (2000) e SCHILLER (2001), a constipação intestinal é mais prevalente com o avanço da idade, especialmente, entre as mulheres idosas (SCHAEFER e CHESKIN 1998; MEIRING e JOUBERT 1998; THOMPSON e col. 1999; TALLEY e col. 2003). Esse fato foi comprovado no trabalho de NAKAJI e col. (2002) em que se encontrou associação estatisticamente significativa entre o avanço da idade e a constipação intestinal em mulheres. Os resultados do presente estudo coincidem com a literatura, uma vez que a maioria das idosas com constipação intestinal atendidas no Ambulatório de Geriatria tem mais de 70 anos.

De acordo com os estudos de CHESKIN e col. (1995), confirmados por SCHILLER (2001) e FIRTH e PRATHER (2002), os idosos com constipação intestinal se apresentavam nos estratos sociais de baixa renda. As idosas estudadas têm classe social baixa, com 43,1% no critério C de classificação e 30,8% no critério

D. Verifica-se que, 73,9% se apresentam nos critérios C ou D de classificação social e, apenas, 24,6% estão nos melhores critérios, A ou B. Esses resultados de baixa renda eram esperados, uma vez que a clientela atendida no Hospital das Clínicas, normalmente, se encontra nos estratos mais baixos de classificação social. RASSI (1998) também verificou baixa renda entre idosos atendidos em Ambulatório Municipal da cidade de São Paulo analisados pelo rendimento mensal em salários mínimos.

Os dados de baixa renda desse estudo vêm corroborar com a literatura sobre a análise de renda entre idosos. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1992, citada por FLORENTINO (2002), verificou-se uma situação de pobreza no Brasil entre os idosos com mais de 60 anos, analisados pelo rendimento mensal *per capita* em salários mínimos. Nesse sentido, o acesso a uma alimentação equilibrada poderia estar comprometido pela renda (FLORENTINO 2002).

Dessa forma, observa-se que o presente estudo tem validade interna e externa, pois as idosas estudadas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas são semelhantes às idosas de outros estudos desenvolvidos no mesmo ambulatório, segundo a idade. As informações de classe social obtidas também são semelhantes às de trabalhos com idosos de outras regiões do Brasil.

Nos estudos de CHESKIN e col. (1995) e LOCKE e col. (2000), a constipação intestinal foi mais prevalente em mulheres não brancas e naquelas com menos educação formal. JOHANSSON e col. (1999) mostraram que os indivíduos adultos e idosos que tiveram os melhores escores dos indicadores de uma dieta saudável (consumo adequado de frutas, hortaliças, fibras alimentares e gorduras) foram os que

apresentaram mais anos de ensino formal, quando estudaram sujeitos com idade entre 19 e 76 anos.

Infelizmente o questionário utilizado para obter a informação da escolaridade faz referência ao chefe da família em que vivia a idosa, que podia não ser, necessariamente, a paciente, o que impossibilitou usar essa informação para comparação com outros estudos. Informações de idosas estudadas nesse mesmo ambulatório por MARUCCI (1992) mostraram que 34,4% delas eram analfabetas.

Em relação ao estado nutricional, as mulheres estudadas apresentam IMC médio de $27,6 \text{ kg/m}^2$. Esses resultados de sobrepeso coincidem com outros estudos, como os encontrados por MARUCCI (1992), com IMC médio de $27,3 \text{ kg/m}^2$, quando estudou idosas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas. BARBOSA e col. (2001) verificaram entre mulheres idosas na cidade de São Paulo, média de IMC de $27,7 \text{ kg/m}^2$. Do mesmo modo, PENTTILÄ e col. (1996) citados por MENEZES (2000) também observaram um IMC médio de $27,1 \text{ kg/m}^2$ entre idosas não institucionalizadas na Finlândia. Além disso, CABRERA e JACOB FILHO (2001) observaram entre idosas atendidas em dois ambulatórios da cidade de Londrina, na faixa etária de 70 a 79 anos, a média de IMC de $26,6 \text{ kg/m}^2$.

Verifica-se, claramente, a prevalência de sobrepeso na população estudada. Mesmo sendo a faixa etária mais prevalente a maior de 70 anos, observa-se que 47,7% estão com IMC maior que 27 kg/m^2 , quando para essa faixa de idade seria esperada a diminuição de peso (COELHO e FAUSTO 2002). Entretanto, não se dispõe do peso anterior dessas mulheres, ou seja, em anos anteriores, para verificar se houve alguma diminuição ponderal com o avanço da idade. A prevalência de sobrepeso também foi observada em outros trabalhos, como nos estudos de

NOVAES (1997) entre idosas com mais de 80 anos atendidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, em que verificou que 53% delas apresentavam IMC maior que 25 kg/m². Em outro estudo realizado no mesmo ambulatório, MARUCCI (1992) observou que 70% das idosas tinham IMC maior que 25 kg/m²; esse valor diminuiu para 24% quando se considerou apenas aquelas que estavam acima do IMC 30 kg/m².

TADDEI e col. (1997) citados por CABRERA e JACOB FILHO (2001), a partir de um estudo multicêntrico com idosos atendidos em ambulatórios de geriatria e cardiologia de instituições brasileiras, identificaram que 36% das mulheres idosas apresentavam IMC maior que 27,3 kg/m². A inadequação de peso também foi verificada por MONTILLA (2001) entre mulheres adultas e idosas de 35 a 65 anos no climatério, em que 24% tinham IMC adequado contra 76% de inadequação, dessas, somente 1% apresentava magreza leve.

O fato é que a prevalência de sobrepeso entre mulheres idosas é uma realidade. Nos estudos sobre obesidade como o de PECORA e col. (1981) citados por NAKAJI e col. (2002), o sobrepeso foi observado em idosos com constipação intestinal.

CHESKIN e col. (1995) e LOCKE e col. (2000) observaram que os idosos constipados eram menos ativos. De acordo com NEAL (1995), ANDRE e col. (2000), SCHILLER (2001) e NAKAJI e col. (2002), o exercício físico poderia ser muito útil na prevenção e tratamento da constipação intestinal. Em estudo realizado por TOWERS e col. (1994), verificou-se que os sujeitos que se exercitavam com menos regularidade eram constipados. O presente estudo mostra entre as mulheres que praticavam exercício físico o menor número de queixas intestinais, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,060$).

A caminhada é o exercício mais frequentemente realizado pelas idosas estudadas, representando 65,6% das atividades praticadas. A caminhada foi sugerida nos estudos de NAKAJI e col. (2002) como sendo um exercício físico capaz de ajudar na prevenção de constipação intestinal. ANDRE e col. (2000) destacaram como parte do tratamento da constipação intestinal, a caminhada diária não extenuante durante 45 minutos.

Do mesmo modo, o Programa Agita São Paulo recomenda a prática de atividade física durante 30 minutos por dia ou em sessões de 10, 15 ou 20 minutos. A atividade física estimulada no Programa Agita vem ao encontro do que a maioria das idosas estudadas normalmente faz, ou seja, a caminhada. Dessa forma, elas poderiam se beneficiar com a prática diária de caminhada em muitos aspectos, como: diminuir a constipação intestinal, melhorar o controle do peso corporal, diminuir a pressão arterial, aumentar a auto-estima, melhorar a depressão, reduzir o isolamento social, manter a autonomia, entre outros (AGITA SÃO PAULO 2003).

Em relação às médias dos escores nas categorias de exercício físico no lazer; atividade física, lazer e locomoção e atividade física total não se pode fazer extrapolações para a população idosa em geral, pois, esses dados se referem ao nível de atividade física da população de estudo.

No que se refere ao consumo alimentar as idosas estudadas apresentam consumo energético médio de 1.216,7 kcal e distribuição calórica para os carboidratos de 54,9%, para lipídeos de 28,4% e para proteínas de 17,0%. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO 2003), as idosas apresentam ingestão média abaixo do valor recomendado para carboidratos (55 a 75%), acima para proteínas (10 a 15%) e adequada para os lipídeos (15 a 30%). Resultados

semelhantes foram encontrados por TOWERS e col. (1994) e citados por NAKAJI e col. (2002), que verificaram entre idosos constipados o consumo calórico médio de 1.313 kcal e distribuição calórica de 51,1% para carboidratos, 31,5% para lipídeos e 17,2% para proteínas, quando analisaram o consumo alimentar por meio do Recordatório de 24 horas. Valor de baixo consumo energético também foi encontrado por SAMPAIO (1997) entre mulheres idosas do município de São Paulo, quando analisadas por meio do Recordatório de 24 horas em que a média encontrada foi de 1.343 kcal. Entretanto, esse mesmo autor encontrou valores diferentes ao analisar a distribuição calórica, ou seja, 46,5% para carboidratos, 38,0% para lipídeos e 15,4% para proteínas. Valores semelhantes ao do presente estudo tanto em relação à energia quanto à distribuição dos carboidratos foram encontrados por NOVAES (1997) entre idosas com mais de 80 anos do Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, avaliadas pelo Recordatório de 24 horas, em que se verificou consumo de 1.300 kcal com 52,0% de carboidratos.

Em estudo realizado por CERVATO e col. (1997) com indivíduos maiores de 20 anos, verificou-se que, entre as mulheres com idade superior a 60 anos, a ingestão calórica no Percentil 50 foi de 1.301,4 kcal, quando avaliadas pelo método do histórico alimentar individual. Esses mesmos autores verificaram a diminuição da energia da dieta com o avanço da idade.

Observa-se que o baixo consumo energético entre as idosas estudadas, coincide com os valores verificados em vários estudos, quando comparados a qualquer padrão de referência, o que talvez possa ser o consumo habitual dessa população. É interessante que, mesmo com essa realidade, a prevalência de idosos acima do peso ideal é alta.

No que se refere ao consumo de proteínas nossos resultados percentuais (17,0%) são muito semelhantes aos encontrados por TOWERS e col. (1994) (17,0%), por NOVAES (1997) (17,0%) e por FRANK e SOARES (2002a) (19,0%). Considerando os valores de referência da Organização Mundial da Saúde (WHO 2003) para esse nutriente em termos de contribuição calórica (10 a 15%), as idosas entrevistadas apresentam ingestão de proteínas acima do recomendado. Em relação ao consumo médio de proteínas por quilograma de peso corporal, as pacientes apresentam 0,81 g de proteínas/ kg de peso corporal, segundo a FAO/OMS/UNU (1990) citado por PEREIRA e CERVATO (2002), elas apresentam ingestão de proteínas acima do recomendado (0,75 g de proteínas/ kg de peso corporal). Essa observação é importante, pois TOWERS e col. (1994) verificaram entre os idosos constipados que se apresentaram com um percentual mais alto de proteínas na dieta um tempo de trânsito intestinal mais lento.

Embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,185$), observa-se entre as idosas que têm menos queixas intestinais, um consumo menor de proteínas (16,2% em relação ao total calórico consumido) do que o grupo de maior número de queixas (18,1% em relação ao total calórico consumido).

Quanto ao consumo de líquidos e fibras alimentares, os valores encontrados para os fluidos são semelhantes aos encontrados por TOWERS e col. (1994), 1.160,0 ml, e um pouco menores em relação às fibras, 17,3 g entre os idosos constipados. Em estudo realizado por NOVAES (1997) no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, com idosas com mais de 80 anos, verificou-se um consumo médio de fibras alimentares de cerca de 12,0 g, resultado semelhante ao verificado no presente trabalho (13,0 g). Observa-se entre as idosas estudadas que consomem menos fibras

alimentares o menor número de queixas, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,989$).

Nos estudos de RUSSELL e col. (1999), 20,0 g de fibras alimentares e 2.000 ml de fluidos foram sugeridos como componentes importantes da dieta para prevenção da constipação em idosos. Entretanto, ANDRE e col. (2000) citaram como tratamento da constipação intestinal uma dieta com 20,0 a 35,0 g de fibras alimentares, com o mínimo de 20,0 g e o consumo de 6 a 8 copos de água ou no mínimo 1.500 ml por dia. BALSON e GIBSON (1995) também recomendaram de 6 a 8 copos de água diariamente. NEAL (1995) citou de 6 a 8 copos de líquidos por dia. De acordo com o NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES (2002), a ingestão adequada (AI) de fibras alimentares para mulheres com mais de 70 anos foi definido em 21,0 g por dia. Esses valores foram sugeridos baseados em estudos epidemiológicos sobre os benefícios para a saúde promovidos por esse nutriente na prevenção de doenças. No entanto, não foram encontradas evidências suficientes de melhora da constipação intestinal e da doença diverticular com o consumo de uma dieta rica em fibras nos níveis estabelecidos para a ingestão adequada (AI).

Observa-se uma recomendação bastante divergente sobre os líquidos e a água, o que não ocorre para as fibras alimentares. Além disso, os estudos não apresentavam quais eram os líquidos ou fluidos recomendados. Somente SCHAEFER e CHESKIN (1998) e RUSSELL e col. (1999) recomendaram não considerar como líquidos o café, o chá e as bebidas alcoólicas, pelo seu efeito diurético, se esses representassem a maior parte dos fluidos do dia, mas não quantificaram essa contribuição em relação ao total consumido. O fato é que as idosas estudadas apresentam valores de consumo

médio, tanto para fibras alimentares quanto para líquidos, inferiores a todos os sugeridos pelos estudos citados anteriormente.

Em relação ao número de refeições, a população de estudo apresenta o número médio de 4,3 refeições, variando entre 3 e 6 refeições. Observa-se que nenhuma idosa faz menos de 3 refeições ao dia e a maioria (66,6%) consome entre 4 ou 5 refeições (valores não demonstrados). Resultados semelhantes foram encontrados por MARUCCI (1992) entre idosos atendidos no mesmo ambulatório, que realizavam 4,6 refeições em média por dia, com o maior número deles (67,5%) consumindo 4 ou 5. GOMES (2003), quando estudou mulheres adultas entre 20 e 50 anos, também verificou que a maioria fazia 4 refeições ao dia (43,7 %). Em estudo realizado por TOWERS e col. (1994) observou-se que 61,1% dos idosos constipados realizaram 3 ou mais refeições ao dia.

De acordo com FERREIRA (1983) e DUTRA DE OLIVEIRA e col. (1998) citado por GOMES (2003), em termos gerais, recomenda-se o número de 3 a 6 refeições diárias, com intervalos de 3 horas ou um pouco mais, com quantidade pequena e regular de alimentos em cada uma. Sendo assim, verifica-se que as mulheres estudadas apresentam número médio de refeições adequado, de acordo com a literatura.

Além disso, de acordo com REIS (2003) e GUYTON e HALL (1997c), o reflexo gastrocólico (sinal do estômago que leva a evacuação do cólon) pode ocorrer com a entrada de alimentos no sistema digestório, principalmente, após a refeição matinal. Dessa forma, as idosas estudadas necessitam manter esse número de refeições para que possam se beneficiar de tal reflexo.

Quanto ao consumo alimentar avaliado por grupos de alimentos, verifica-se entre as idosas um consumo médio diário de frutas de 3,9 porções, de 2,6 de cereais, de 2,5 de hortaliças e de 1,0 de leguminosas. É interessante ressaltar que, entre as idosas estudadas, apenas 3,1%, 7,7% e 4,6% apresentam consumo adequado ou acima do recomendado para o grupo dos cereais, hortaliças e leguminosas, respectivamente. Além disso, 49,2% delas não apresentam consumo de leguminosas, 76,9% ingerem menos de 4 porções de hortaliças e 96,9% menos de 5 porções de cereais, diariamente. Embora a média do consumo para o grupo das leguminosas se apresente como adequado, a maioria das idosas (95,4%) apresenta consumo abaixo do recomendado ou não ingere tais alimentos. Os quatro grupos citados, cereais, hortaliças, frutas e leguminosas, estão diretamente relacionados ao consumo de fibras alimentares, pois são fontes desse nutriente na alimentação. Em estudo realizado por RUSSELL e col. (1999) sugeriu-se o estímulo ao consumo desses quatro grupos de alimentos (frutas, hortaliças, leguminosas e cereais) na população mais velha. Nossos dados da média de porções consumidas por grupos de alimentos são diferentes dos encontrados por KENNEDY e col. (1995) para frutas e cereais e semelhantes para hortaliças, quando verificaram que o consumo médio diário por grupos de alimentos em idosos com mais de 65 anos para frutas foi de 1,84 porções, cereais de 5,26 e hortaliças de 2,91. As leguminosas nesse estudo foram quantificadas junto com as carnes, não sendo possível estabelecer uma comparação.

No estudo de BAKER e WARDLE (2002) com adultos mais velhos no Reino Unido, com idade entre 55 e 64 anos, verificou-se que o consumo médio diário de porções dos grupos das frutas e das hortaliças foi, respectivamente, 1,53 e 1,52. Nesse estudo, os valores de consumo por porção dos grupos das hortaliças e das

frutas foram diferentes dos resultados encontrados no presente estudo. BAKER e WARDLE (2002) observaram o consumo substancialmente menor que o recomendado quando analisaram como adequada a ingestão de 5 porções entre hortaliças e frutas ao dia.

De acordo com NAJAS e col. (1994), ao pesquisar idosos em São Paulo, verificou-se que o consumo diário dos alimentos reguladores (frutas, hortaliças folhosas, legumes e leguminosas) foi melhor na região de maior poder aquisitivo, avaliado pelo questionário de frequência alimentar, tendo como adequada a frequência relativa diária de ingestão de alimentos reguladores de 70,0% ou mais.

Do mesmo modo, MARUCCI (1992) verificou que idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas apresentaram consumo adequado para os alimentos construtores e energéticos e inadequado para os reguladores (frutas, hortaliças, cereais e leguminosas), analisados pela presença destes nas grandes refeições (café da manhã, almoço e jantar). Em outro estudo, MARUCCI (1998) observou que o consumo de hortaliças em idosos institucionalizados também não foi adequado, quando avaliado pelo mesmo critério do seu estudo anterior.

GOMES (2003) também verificou entre mulheres adultas da cidade de São Paulo com idade entre 20 e 50 anos o baixo consumo dos grupos das frutas, laticínios, hortaliças e leguminosas, quando avaliadas pelo Índice de Alimentação Saudável (IAS). O IAS é composto por 10 itens. São eles: consumo adequado dos grupos dos cereais, hortaliças, frutas, laticínios, carnes e leguminosas, de gorduras totais e saturadas, de colesterol dietético e a variedade alimentar. Esses achados corroboram com uma dieta não adequada em relação aos grupos de alimentos ricos em fibras alimentares entre adultos e idosos.

Destaca-se que as idosas constipadas que foram entrevistadas apresentam consumo médio acima do recomendado para o grupo das frutas e adequado para as leguminosas, porém inadequado para hortaliças e cereais.

De acordo com o FDA (Food and Drug Administration) em 1987 citado por ANDRE e col. (2000), do total de fibras alimentares consumido numa dieta ideal, dois terços deveriam ser fibras insolúveis e um terço fibras solúveis. É interessante ressaltar que algumas frutas são fontes alimentares de fibras solúveis, como: abacate, abacaxi, ameixa, banana, caqui, melão, pêra, melancia, tangerina, kiwi, jaca, jaboticaba, laranja, maçã, mamão, maracujá e uva. Outras, de fibras insolúveis: banana, caju, carambola e morango. Observa-se, portanto, que grande parte das frutas são fontes de fibras solúveis. As hortaliças, na sua grande maioria, as leguminosas e os cereais, especialmente os integrais, são fontes de fibras insolúveis. Os farelos de aveia e cevada, por sua vez, são fontes de fibras solúveis (REIS 2003; FRANK e col. 2002b).

No entanto, ter um consumo médio de porções do grupo das frutas acima do recomendado e adequado para as leguminosas, com quase 50% delas não ingerindo os alimentos desse último grupo, pode não significar consumir uma dieta ideal em termos de qualidade da fibra alimentar e, possivelmente, não melhore a constipação intestinal com essa ingestão: Considerando a clara necessidade da ingestão de fibra insolúvel e solúvel na relação de 2 para 1, torna-se necessário o consumo adequado dos outros grupos alimentares como: hortaliças, leguminosas e cereais, que são os maiores fornecedores de fibras insolúveis. Essa informação é importante para subsidiar a realização de futuros programas de intervenção educativa para esta população. Uma ênfase maior no aumento do conteúdo de fibras na alimentação tem

baixo custo e poderia ser potencialmente benéfica na melhoria da constipação intestinal (CHESKIN e col. 1995; CAMILLERI e col. 2000; FIRTH e PRATHER 2002). Sendo assim, o estímulo para o consumo de uma dieta rica em fibras alimentares precisa estar voltado para o aumento do consumo dos grupos das hortaliças, leguminosas e cereais, levando-se em consideração os hábitos alimentares dessas idosas. Poderiam ser utilizados os alimentos desses grupos de acordo com a safra e com os hábitos alimentares, representando baixo custo para o cardápio.

Vale ressaltar que os suplementos alimentares ricos em fibras devem ser usados com moderação, por conterem grandes quantidades de fibras insolúveis, podendo causar o fecaloma, devido à hipomotilidade intestinal e pela diminuição da sensibilidade anal em idosos (DUARTE e NASCIMENTO 2002; FIRTH e PRATHER 2002).

Observa-se maior consumo do grupo das leguminosas entre as idosas com menor número de queixas, e ingestão maior para o grupo das carnes para o grupo de mais queixas, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,989$ e $p = 0,542$, respectivamente).

Preocupa também o fato de as idosas apresentarem baixo consumo médio do grupo dos laticínios (1,2 porções ao dia), sendo que 87,7% ingerem menos de 3 porções de alimentos desse grupo por dia e que apenas 6,2% consomem 3 ou mais porções diariamente. GOMES (2003) também verificou baixo consumo dos laticínios em mulheres entre 20 e 50 anos, que apresentaram dieta pouco saudável segundo o Índice de Alimentação Saudável. O baixo consumo de laticínios também foi verificado por KENNEDY e col. (1995) entre idosos com 65 e mais, com um consumo muito semelhante ao do presente estudo, 1,45 porções diárias. A dieta

inadequada em cálcio é um dos fatores de risco de diminuição da massa óssea (FRANK e SOARES 2002c).

Quanto aos medicamentos utilizados diariamente, as mulheres entrevistadas tomam em média 6,2 medicamentos, variando de nenhum a 14 medicamentos. Dados semelhantes foram citados por HARARI e col. (1994), que observaram que idosas constipadas usavam 6,7 medicamentos por dia. De acordo com LOCKE e col. (2000) e ANDRE e col. (2000), a constipação intestinal está relacionada à presença de doenças crônicas não transmissíveis e com o uso de medicamentos. Os estudos de TALLEY e col. (2003) mostraram que os indivíduos com constipação crônica eram aqueles que apresentavam um maior número de medicamentos prescritos. Além disso, verificaram a associação entre o número de doenças e as medicações múltiplas com o diagnóstico de constipação crônica ou não especificada.

No que se refere ao uso de medicamentos laxantes, 29,2% das idosas estudadas usam em média 1,1 medicamentos para facilitar a evacuação, diariamente. Esses achados coincidem com os encontrados por HARARI e col. (1994), que verificaram a utilização também de 1,6 medicamentos laxativos por dia. NEAL (1995) e ANDRE e col. (2000) citaram o uso abusivo de laxantes por idosos, dificultando inclusive o tratamento da constipação intestinal, embora isso não tenha sido observado entre as idosas estudadas.

Segundo SCHILLER (2001), a constipação intestinal crônica pode se tornar limitante para o idoso, pois algumas pessoas programam seu dia de acordo com o ritmo de evacuação. Alguns medicamentos laxantes podem produzir fezes líquidas levando à incontinência fecal. A urgência para evacuar requer que o indivíduo esteja sempre perto do banheiro.

TALLEY e col. (2003) ressaltaram ainda a necessidade de mais estudos sobre a relação do uso de medicamentos em idosos com a constipação intestinal.

Quanto às queixas que caracterizam a constipação intestinal, verifica-se que 64,6% das idosas estudadas apresentam frequência de duas ou menos evacuações por semana e, 95,4% referem esforço em 25,0% ou mais das evacuações realizadas na semana. Os idosos estudados por TOWERS e col. (1994) 72,1% apresentaram frequência de duas ou menos evacuações por semana e 94,4% necessidade de esforço em 25,0% ou mais destas evacuações. Nos estudos de VODERHOLZER e col. (1997), 82,0% dos indivíduos apresentaram frequência de menos de 3 evacuações por semana e 94,0% necessidade de esforço, também em 25,0% ou mais das defecações.

No presente estudo, o tenesmo em 25,0% ou mais das evacuações é referido por 86,2% das idosas. Os resultados encontrados nos estudos de VODERHOLZER e col. (1997) em relação ao tenesmo foram diferentes dos nossos, com 59,0% dos indivíduos apresentando essa queixa. As fezes na forma de cíbalos se apresentam em 83,1% das idosas estudadas. É importante ressaltar que, além do desconforto causado por cada uma dessas queixas, baixa frequência de evacuação semanal, esforço, cíbalos e tenesmo, a constipação intestinal pode acarretar patologias diversas.

De acordo com REIS (2003) e RUSSELL e col. (1999), os esforços evacuatórios decorrentes da expulsão de fezes duras predisõem a hemorróidas, fissuras anais (fendas ou sulcos na margem do ânus) e retocele (protusão da parede retal anterior para dentro da cavidade vaginal). A doença diverticular (pequenas bolsas formadas na parede e no revestimento do cólon), geralmente, aparece em pessoas obesas e com constipação intestinal. Quando as bactérias e outros agentes

irritantes se concentram nos divertículos, ocorre a inflamação, caracterizando a diverticulite (REIS 2003; RUSSELL e col. 1999). A procidência retal interna (descida da parede retal superior sobre a inferior e o canal anal, sem exteriorização pelo ânus) é mais comum na mulher, e o grande fator causador também é a constipação crônica. Outra patologia decorrente da constipação crônica e muito freqüentemente observada em idosos é o prolapso retal, que consiste numa invaginação da parede retal que se inicia na junção retossigmoidiana e leva à alteração do reflexo da evacuação por vários fatores (REIS 2003).

Ainda em relação ao hábito intestinal, observa-se que apenas 20,0% da população estudada relata ter horário pré-determinado todos os dias para tentar evacuar, mesmo sem vontade. CHESKIN e col. (1995), GUYTON e HALL (1997c), ANDRE e col. (2000), FIRTH e PRATHER (2002) e REIS (2003) ressaltaram a importância do indivíduo permanecer de 10 a 20 minutos no banheiro, realizando um pouco de esforço para tentar evacuar, após uma hora do desjejum ou das grandes refeições, pois as contrações potentes do cólon ocorrem durante 10 a 15 minutos, 60 minutos após o início dessas refeições. Observa-se entre as mulheres que têm o hábito de higiene pessoal menor número de queixas, embora sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,025$).

Vale ressaltar que os resultados observados nesse estudo são exclusivos dessas idosas constipadas atendidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas, não devendo ser extrapolados para a população de idosas em geral. Além disso, os trabalhos sobre constipação intestinal não apresentam os mesmos critérios diagnósticos e nem sempre relacionam todas as queixas que caracterizam a situação de obstipação, dificultando dessa forma comparações e conclusões.

As limitações do estudo foram o número reduzido de mulheres e a ausência do grupo controle. Mesmo assim, optou-se pelo delineamento transversal em função do desejo de verificar como se apresentava o perfil de idosas com constipação intestinal funcional, ou seja, observar como a idade, estado nutricional, classe social, atividade física, consumo alimentar e medicamentos utilizados se distribuíam nessas mulheres constipadas. Além disso, os estudos transversais são úteis para obter informações que apontem ou confirmem alguma hipótese (PEREIRA 1995; ROUQUAYROL 1992).

Dessa forma, foi possível realizar as análises estatísticas das variáveis de estudo entre dois grupos de queixas, representando a comparação entre dois grupos de indivíduos doentes. Embora as análises não demonstrem significância estatística, o fato é que essas mulheres representam uma clientela que precisa de cuidados, pois quem apresenta duas queixas, talvez possa evoluir para quatro, pode desenvolver outras patologias e não consome uma alimentação adequada.

Portanto, esse estudo foi apenas o ponto de partida para um melhor entendimento do perfil de idosas constipadas em atendimento ambulatorial. A partir desse diagnóstico inicial, pode fornecer subsídios para o desenvolvimento da pesquisa “Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de idosos com constipação intestinal funcional”.

6. CONCLUSÃO

O perfil de mulheres idosas com constipação intestinal funcional atendidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas foi abordado segundo as variáveis: idade, estado nutricional, classe social, atividade física, consumo alimentar, uso de medicamentos e número de queixas intestinais. Os resultados obtidos nessas análises permitem as seguintes conclusões:

- O perfil do grupo estudado mostrou:

- √ média de idade elevada;

- √ tendência a sobrepeso;

- √ baixo nível de atividade física;

- √ baixo nível socioeconômico.

- Em relação ao consumo alimentar o grupo de idosas caracterizou-se por:

- √ baixa ingestão calórica, com maior proporção de proteínas;

- √ baixo consumo de líquidos e fibras alimentares;

- √ consumo médio adequado em termos de porções dos grupos das frutas e das leguminosas e inadequado para o grupo das hortaliças, cereais, laticínios, açúcares, carnes e óleos;

- √ ausência do consumo de alimentos do grupo das leguminosas por quase a metade da população estudada.

- No que se refere ao uso de medicamentos verificou-se:

- √ número elevado de medicamentos utilizados e baixo índice de uso de laxantes.

- Em relação ao hábito intestinal verificou-se:

- √ que as queixas mais freqüentes foram de cólicas, tenesmo e esforço;

- √ que a minoria apresentou duas queixas;

- √ que independentemente do número de queixas, os dois grupos constituídos para as análises podem ser considerados como semelhantes no que se refere a idade, estado nutricional, classe social, atividade física, consumo alimentar e uso de medicamentos.

7. RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista o estudo realizado, considerou-se importante fazer algumas recomendações:

- Em relação a realização de outros estudos:

- √ estudos transversais de identificação de perfil de idosas com constipação intestinal funcional;

- √ estudos de intervenção direcionados a mulheres idosas com constipação intestinal funcional;

- √ estudos de consumo alimentar com essa população, buscando identificar os alimentos mais consumidos em cada grupo alimentar, em função dos tipos diferentes de fibras que um mesmo alimento apresenta;

- √ estudos de análise de composição química dos alimentos, que identifiquem os tipos de fibras dos alimentos consumidos pelos idosos.

- Em relação aos serviços:

- √ elaboração de medidas de educação em saúde pública que visem à promoção da saúde de idosos por meio de educação nutricional para o consumo de uma dieta adequada em fibras alimentares e líquidos e por meio do estímulo à prática de atividade física. Essas medidas educativas para a população com diagnóstico de constipação intestinal funcional podem ser semelhantes independentemente do número e tipo de queixa;

√ as medidas educativas precisam se ajustar às condições de saúde, à baixa renda e aos hábitos alimentares. Em função dos recursos disponíveis por essa clientela, as mudanças de comportamento alimentar para o consumo de uma dieta rica em fibras alimentares e líquidos devem se fundamentar numa abordagem educativa moderna. Além de incluir sugestões de receitas culinárias adequadas às mudanças fisiológicas impostas pelo envelhecimento, utilizando-se os vários alimentos para facilitar a incorporação de novos hábitos alimentares, valorizando os já existentes.

• Em relação ao profissional:

O nutricionista ao estabelecer o aconselhamento nutricional deve dar atenção especial quanto:

√ à ingestão calórica adequada;

√ ao aumento do consumo dos líquidos na dieta, principalmente na forma de água e suco;

√ ao consumo adequado dos alimentos dos grupos dos laticínios, carnes, açúcares e óleos e dos grupos alimentares fontes de fibras alimentares no cardápio (cereais, frutas, hortaliças e leguminosas);

√ a interação entre medicamentos e alimentação.

8. REFERÊNCIAS

[ABIPEME]. Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado. **Critério de classificação socioeconômico**. Disponível em <http://www.abipeme.org.br>> [2002 fev 20].

Agita São Paulo. Disponível em <http://www.agitasp.com.br>> [2003 ago 25].

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz NA, Strath SJ et al. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. **Med Sci Sports Exerc** 2000; 25(1): 498-514.

Alberico APM, Carmo MGT. Alterações nas funções do trato gastrintestinal no envelhecimento. **Arq Geriatr Gerontol** 1998; 2(2): 47-51.

Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. 2ª edição. Belo Horizonte: COOPMED; 1992. Metodologia da Pesquisa Epidemiológica; p. 79-101.

Andre SB, Rodriguez TN, Moraes filho JPP. Constipação Intestinal. **Rev Bras Med** 2000; 57: 53-63.

Badiali D, Corazziari E, Habib FI, Tomei E, Bausano G, Magrini P et al. Effect of Wheat Bran in Treatment of Chronic Nonorganic Constipation. **Dig Dis Sci** 1995; 2 (40): 349-356.

Baecke JAH, Burema J, Frijters JER. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. **Am J Clin Nutr** 1982; 36: 936-42.

Baker AH, Wardle J. Increasing Fruit and Vegetable Intake Among Adults Attending Colorectal Cancer Screening: The Efficacy of a Brief Tailored Intervention. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2002; 11: 203-6.

Balson R, Gibson PR. Lower gastrointestinal tract. **Med J Australia** 1995; 162 (3): 155-71.

Barbosa AR, Santarém JM, Jacob Filho W; Meirelles ES, Marucci MFN. Comparação da gordura corporal de mulheres idosas segundo antropometria, bioimpedância e DEXA. **Arch Latinoam Nutr** 2001; 51 (1) Suppl 51.

Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001; 45 (5): 494-501.

Camilleri M, Lee JS, Viramontes B, Bharucha AE, Tangalos EG. Insight into the Pathophysiology and Mechanisms of Constipation, Irritable Bowel Syndrome, and Diverticulosis in Older People. **J Am Geriatr Soc** 2000; 48 (9): 1142-50.

Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, Marucci MFN. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev Saúde Pública** 1997; 31 (3): 227-35.

Cheskin LJ, Kamal N, Crowell MD, Schuster MM, Whitehead WE. Mechanisms of Constipation in Older Persons and Effects of Fiber Compared with Placebo. **J Am Geriatr Soc** 1995; 43: 666-9.

Cintra IP, Vonder Heyde MED, Schmitz BAS, Franceschini SCC, Taddei JAAC, Sigulem D M. Métodos de Inquéritos Dietéticos. **Cad Nutr Soc Bras Alimentos** 1997; 13: 11-23.

Coelho AK, Fausto MA. Avaliação pelo Nutricionista. In: Maciel A. **Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico**. Rio de Janeiro; Revinter: 2002. p. 121-156.

Cuenca AMB, Noronha DP, Ferraz MLEF, Andrade MTD. **Guia de apresentação de teses**. São Paulo: Plano A Gráfica e Editora, 1998.

Cunha SFC, Bianchi MLP, Cunha DF, Salgado SM, Oliveira JED. Ingestão de fibras alimentares em mulheres com constipação intestinal. **Arq Gastroenterol** 1992; 29 (4): 137-141.

[DEF] Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 31^a ed. São Paulo: Publicações Científicas; 2002/3.

Duarte ALN, Nascimento ML. Condutas Dietéticas. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.** São Paulo: Atheneu; 2002. p. 262-72.

FAO. **Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição.** Roma; 1999. Disponível em [http:// www.fao.org](http://www.fao.org) > [2003 out 4].

Farchi S, Saba A, Turrini A, Forlani F, Pettinelli A, D' Amicis A. An ecological study of correlation between diet and tumour mortality rates in Italy. **Eur J Cancer Prev** 1996; 5 (2): 22-25.

Farmácia em Casa. Disponível em [http: www.fec.com.br](http://www.fec.com.br)> [2003 jun 20].

Fisberg RM, Villar BS. **Manual de receitas e medidas caseiras para cálculo de inquérito alimentares.** São Paulo: Sigmus, 2002.

Firth M, Prather CM. Gastrointestinal Motility Problems in the Elderly Patient. **Gastroenterology** 2002; 122: 1688-1700.

Florentino AM. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: Frank AB, Soares EA. **Nutrição no Envelhecer**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002. p. 3-11.

Florindo AA. **Atividade Física Habitual e Densidade Mineral Óssea em Homens Adultos e Idosos**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Florindo AA, Latorre MRDO, Tanaka T, Jaime PC, Zerbini CAF. Atividade Física Habitual e sua Relação com a Densidade Mineral Óssea em Homens Adultos e Idosos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2000; 5 (1): 22-34.

Florindo AA, Latorre MRDO, Tanaka T, Jaime PC, Zerbini CAF, Pippa MGB. Past and Present Habitual Physical Activity and Its Relationship with Bone Mineral Density in Men Aged 50 Years and Older in Brazil. **J Gerontol Med Sci** 2002; 57 (10): 654-57.

Florindo AA, Latorre MRDO. Validação e reprodutibilidade do questionário de Baecke de avaliação da atividade física habitual em homens adultos. **Rev Bras Med Esporte** 2003; 9 (3): 121-28.

França LH, Soares NE. In Veras RP. **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997. p. 143-61.

Frank AA, Soares EA. **Resultados obtidos na avaliação antropométrica e dietética**. Atheneu; 2002a. *Nutrição no Envelhecer*; p. 193-210.

Frank AA, Soares EA, Fernandes AS, Santinoni E. **Carboidratos e Fibras Alimentares**. Atheneu; 2002b. *Nutrição no Envelhecer*; p. 45-71.

Frank AA, Soares EA. **Cálcio e vitamina D: intervenções nutricionais na osteoporose**. Atheneu; 2002c. *Nutrição no Envelhecer*; p. 143-62.

Frisancho R. **Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status**. Ann Arbor: University of Michigan; 1997.

Garbelotti ML. **Fibra Alimentar e Valor Nutritivo de preparações servidas em restaurantes “por quilo” (Cerqueira César)**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Garcia YM. **Sinais clínicos, níveis bioquímicos e consumo alimentar de vitamina A em idosos atendidos em Ambulatório Geriátrico**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Gibson CJ, Opalka PC, Moore CA, Brady RS, Mion LC. Effectiveness of Bran Supplement on the Bowel Management of Elderly Rehabilitation Patients. **J Gerontol Nurs** 1995; 21 (10): 21-30.

Gomes ALC. **Indicador da Qualidade da Alimentação em Mulheres de Diferentes Estratos Sociais**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Guthrie JF. Quantitative Nutrition Education Research: Approaches, Findings, Outlook. **Am Inst Nutr** 1994; supplement: 1813-19.

Guyton AC, Hall JE. **Transporte e Mistura do Alimento no Tubo Alimentar**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997a. Tratado de Fisiologia Médica; p. 725-34.

Guyton AC, Hall JE. **Princípios Gerais de Função Gastrintestinal-Motilidade, Controle Nervoso e Circulação Sangüínea**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997b. Tratado de Fisiologia Médica; p. 715-23.

Guyton AC, Hall JE. **Fisiologia dos Distúrbios Gastrintestinais**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997c. Tratado de Fisiologia Médica; p. 763-68.

Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Choodnovskiy I, Minaker KL. Contipation: Assessment and Management in an Institutionalized Elderly Population. **J Am Geriatr Soc** 1994; 42: 947-52.

Harris NG. Nutrição no Envelhecimento. In: Mahan LK e Escott-Stump S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10ª ed. São Paulo: Roca; 2002. p.276-293.

Huggins D. Fibras dietéticas e aparelho digestivo. **Rev Bras Clin Ter** 1990; 19 (8): 302-307.

[IBGE]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Evolução de Mortalidade**. Brasil; 2001. Disponível em <http://www.ibge.com.br>> [2003 out 6].

Jacob Filho W. **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. Promoção da Saúde do Idoso: um desafio interdisciplinar; p. 11-18.

Johansson L, Thelle DS, Solvoll K, Bjorneboe GEA, Drevon CA. Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. **Brit J Nutr** 1999; 81: 211-20.

Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. **J Am Dent Assoc** 1996; 127 (4): 459-67.

Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação Nutricional. In: Cuppari L. **Guia de Nutrição – Nutrição Clínica do Adulto**. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2002. p.71-109.

Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: Design and applications. **J Am Diet Assoc** 1995; 95 (10): 1103-09.

Lilley JM, Johnson AE. Health and diet in a rural area: the construction of food choice in later life. **Nutr Food Sci** 1996; 5:22-25.

Locke GR, Pemberton JH, Phillips SF. AGA Technical Review on constipation. **Gastroenterology** 2000; 119 (6): 1766-78.

Lytle LA, Perry CL. Applying Research and Theory in Program Planning: An Example from a Nutrition Education Intervention. **Health Prom Pract** 2001; 2 (1): 68-80.

Marucci MFN. **Aspectos Nutricionais e Hábitos Alimentares de Idosos, Matriculados em Ambulatório Geriátrico**. São Paulo; 1992. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Marucci MFN. Fatores nutricionais determinantes da saúde. In: Jacob Filho W. **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 93-107.

Meiring PJ, Joubert G. Constipation in elderly patients attending a polyclinic. **S Afr Med J** 1998; 46: 65-75.

Menezes TN. **Avaliação antropométrica e do consumo alimentar de idosos residentes em Instituições Geriátricas da cidade de Fortaleza/Ceará.** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Minaker KL, Harari D. Constipation in the elderly. **Hosp Pract Ed** 1995; 30 (5): 67-70, 73-5.

Montilla RNG. **Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério de um Centro de Saúde - (Escola).** São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al. Padrão alimentar em idosos em diferentes extratos sócio-econômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1994; 28 (3): 187-91.

Nakaji S, Tokunaga S, Sakamoto J, Todate M, Shimoyama T, Umeda T, et al. Relationship between lifestyle factors and defecation in a Japanese population. **Eur J Nutr** 2002; 41 (6): 244-48.

National Academy of Sciences. **Dietary Reference Intake for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein and Amino acids**. 2002. Disponível em <http://www.nap.edu>> [2002 out 26].

Neal LJ. Power Pudding- Natural laxative therapy for the elderly who are homebound. **Home Healthcare Nurs** 1995; 13 (3): 66-71.

Negri E, Franceschi S, Parpinel M, La Vecchia C. Fiber intake and risk of colorectal cancer. **Cancer Epidemiol Biomarkers** 1998; 7 (8): 667-71.

Novaes VLSS. **Padrão dietético de idosos de 80 anos e mais atendidos em ambulatório de geriatria na capital de São Paulo**. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Organización Panamericana de la Salud. **Epidemiologia Básica**. Washington (DC); 1994.

Papaléo Netto M, Ponte JR. **Envelhecimento: Desafio na Transição do Século**. São Paulo: Atheneu; 2002. Gerontologia A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada; p. 3-12.

Papaléo Netto M, Brito FC. **Fisiologia do Envelhecimento: Aspectos Fundamentais**. São Paulo: Atheneu; 2001. Urgências em Geriatria: Epidemiologia-Fisiopatologia - Quadro Clínico-Condução Terapêutica; p. 1-22.

Papaléo Netto M, Brito FC. **Aspectos Multidimensionais das Urgências do Idoso**. São Paulo: Atheneu; 2001. Urgências em Geriatria: Epidemiologia - Fisiopatologia- Quadro Clínico - Conduta Terapêutica; p. 1-22.

Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 26-43.

Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. Diet Quality Index: Capturing a multidimensional behavior. **J Am Diet Assoc** 1994; 94 (1): 57-64.

Pereira FAI, Cervato AM. Recomendações Nutricionais. In: Papaléo Netto M, Brito FC. **Urgências em Geriatria: Epidemiologia-Fisiopatologia - Quadro Clínico - Conduta Terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 248-61.

Philippi ST, Szarfarc SC, Latterza AR. **Virtual Nutri (software). Versão 1.0 for Windows**. Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.

Philippi ST. **Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional**. São Paulo: Coronário, 2002.

Pinheiro ABV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. **Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

Rassi EPM. **Fatores de risco coronariano e riscos auto-criados em idosos**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Reis NT. **Nutrição Clínica Sistema Digestório**. Rio de Janeiro: Rubio, 2003.

Rodriguez TN, Moraes Filho JPP. Constipação Intestinal Funcional. **Rev Bras Med** 1989; 46: 65-75.

Russell RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified Food Guide Pyramid for People over Seventy Years of Age. **J Nutr** 1999; 129 (3): 751-3.

Sampaio LR. **Avaliação da dieta de idosos residentes no município de São Pulo**. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Schaefer DC, Cheskin LJ. Constipation in the elderly. **Am Fam Phys** 1998; 58 (4): 907-14.

Schiller LR. Constipation and fecal incontinence in the elderly. **Gastrointest Dis Elderly** 2001; 30 (2): 497-515.

Schmidt MI, Duncan BB. O Método Epidemiológico na Conduta e na Pesquisa Clínica. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 185-207.

SPSS for Windows. Release 10.0.1 Standard Version (27/10/1999).

Steffen LM, Jacobs Jr DR, Stevens J, Shahar E, Carithers T, Folsom A. Associations of whole-grain, refined-grain, and fruit and vegetable consumption with risks of all-cause mortality and incident coronary artery disease and ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. **Am Soc Clin Nutr** 2003; 78: 383-90.

Stockler PS. **Educação em Saúde para Idosos**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Talley NJ, Phillips SF, Wiltgen CM, Zinsmeister AR. Assessment of Functional Gastrointestinal Disease: The Bowel Disease Questionnaire. **Mayo Clin Proc** 1990; 65: 1456-79.

Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk Factors for Chronic Constipation Based on a General Practice Sample. **Am J Gastroenterol** 2003; 98 (5): 1107-1111.

Tanaka T, Latorre MRDO, Jaime PC, Florindo AA, Pippa MGB, Zerbini CAF. Risk Factors for Proximal Femur Osteoporosis in Men Aged 50 Years or Older. **Osteoporos Int** 2001; 12: 942-49.

Thompson GG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut** 1999; 45 (II): 3-13.

Towers AL, Burgio KL, Locher JL, Merkel IS, Safaeian M, Wald A. Constipation in the Elderly: Influence of Dietary, Psychological, and Physiological Factors. **J Am Geriatr Soc** 1994; 42: 701-6.

Trigo M. **Metodologia de Inquérito Dietético – Estudo do Método Recordatório de 24 horas**. São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

[USP]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Departamento de Alimentos e Nutrição Experimental. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. Disponível em www.fcf.usp.br/tabela/tbcapresen.php [2002 mar 7].

Voderholzer WA, Schatke W, Mühldorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Lissner M. Clinical Response to Dietary Fiber Treatment of Chronic Constipation. **Am J Gastroenterol** 1997; 92 (1): 95-98.

[WHO]. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation. **Diet, nutrition and the prevention of Chronic Diseases 2002**. WHO. Geneva; 2003. Disponível em <http://www.who.int/hpr/nutrition>> [2002 out 10].

World Health Organization. **Physical Status: The use and interpretation of anthropometry**. Geneva; 1995.

Zabotto CB. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos**. Metha: Campinas; 1996.

ANEXO 1

ENCAMINHAMENTO À NUTRICIONISTA PARA PESQUISA DE
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL
(GERIATRIA- HCFMUSP)

(ETIQUETA OU FAVOR PREENCHER)

NOME: _____

Diagnósticos Outros:

 IDADE: _____ a

R.G. HC: _____

FAVOR COMPARECER AO PRÉDIO DOS AMBULATÓRIOS (PRÉDIO AMARELO), NA GERIATRIA, 5º ANDAR, BLOCO 4A, SALA DO GAMIA, ÀS TERÇAS E SEXTAS-FEIRAS ÀS 8 H. PROCURAR A NUTRICIONISTA Marcia Salgueiro.

Critérios de Inclusão:

Critérios de Exclusão:

(Assinalar)

(Assinalar se ausentes)

Idade 60 anos ou mais

Doença Gastrintestinal Orgânica

Hipótese Diagnóstica de Constipação

Doença Neurológica

Funcional

Doença Endócrina

Recebido Orientação Dietética anteriormente

DATA ____ / ____ / ____

CARIMBO/ASSINATURA

ANEXO 2



Manual do Entrevistador

APRESENTAÇÃO

O manual do entrevistador foi elaborado para auxiliar a coleta de dados no desenvolvimento da pesquisa “**Constipação Intestinal em Idosas – suas Queixas e sua Dieta**”, visando a facilitar a abordagem e a sistematização do atendimento das informações.

ENTREVISTA

Todos os campos do impresso do termo de consentimento e do formulário da entrevista serão preenchidos de acordo com as instruções que se seguem.

Anexo 3 -Termo de consentimento

Será informado à paciente o conteúdo da pesquisa, o sigilo das informações prestadas por ela e do não prejuízo do seu tratamento dentro da Instituição. Caso a paciente aceite participar, preencher os campos com seu nome completo, registro geral do Hospital, endereço e telefone para contato. Em seguida, pedir a assinatura da paciente ou, se não puder, de seu acompanhante.

Anexo 4 – Entrevista

Colocar a data da entrevista com o dia, mês e ano.

1. Características gerais

A idade em anos e a data de nascimento serão perguntadas diretamente à paciente ou obtidas em um documento de identificação, registrando-se a idade em anos no respectivo campo. Em seguida, a paciente será pesada e medida. O entrevistador deverá fazer o cálculo do Índice de Massa Corporal e registrá-lo no respectivo campo do impresso.

O entrevistador deverá perguntar se ela já participou de algum programa sobre alimentação ou nutrição no Ambulatório do Hospital das Clínicas. A resposta deverá ser registrada no impresso em sim ou não.

Antropometria

Peso

O peso corporal será medido por meio de balança antropométrica digital da marca Fillizola, com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 g, existente no Posto de Enfermagem do Ambulatório. Antes de iniciar a pesagem, o pesquisador verificará se o aparelho está regulado. A paciente será orientada a pisar no centro da balança com o peso distribuído entre ambos os pés, com roupas leves (sem casaco ou paletó) e sem sapatos.

Altura

O comprimento será medido com antropômetro fixo, localizado no Posto de Enfermagem do Ambulatório. A idosa deverá permanecer descalça, com os calcanhares juntos, e de costas para a fita métrica. As costas deverão estar esticadas. As nádegas, os ombros, a parte posterior do joelho e a cabeça deverão estar encostadas na parede. O peso deverá estar distribuído igualmente sobre ambos os pés e os braços pendurados livremente ao lado do corpo, com as palmas das mãos de frente para as coxas. A paciente será orientada a respirar profundamente e mantendo uma posição completamente ereta. O antropômetro será trazido até que toque a cabeça, formando um ângulo reto com a parede e fazendo uma pressão suficiente para comprimir o cabelo. Serão tomadas duas medidas sucessivas e calculada a média entre elas, desde que não haja diferença maior que um centímetro.

Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) será obtido pela relação do peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado.

2. Classificação socioeconômica

O entrevistador deverá fazer perguntas à paciente sobre a escolaridade do chefe da casa e sobre os itens de conforto presentes no domicílio. Em relação à escolaridade, a pergunta se refere à série até a qual o chefe da família estudou, independentemente, se tenha repetido algum ano escolar. Em seguida, o entrevistador dará pontos de acordo com a classificação da tabela 2.1. Depois, serão feitas perguntas sobre a existência e a quantidade de cada item de conforto presente na casa. Por exemplo: A senhora tem televisão em casa? Quantas? E assim por diante para todos os itens de conforto contidos na tabela 2.2. No final, o entrevistador fará a somatória dos pontos da escolaridade e dos itens de conforto; com o total de pontos obtidos, determinará o nível socioeconômico de acordo com os critérios da tabela 2.3.

2.1 Escolaridade do chefe da casa

Modelo ABIPEME: itens de pontuação levados em consideração na classificação socioeconômica.

Escolaridade do chefe da casa	Pontos
Analfabeto	00
Ensino fundamental incompleto	01
Ensino fundamental completo / Ensino médio completo	03
Ensino médio completo / Superior incompleto	05
Superior completo	10

2.2 Itens de conforto - pontos

Itens	Número de itens de conforto						
	0	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Empregada fixa	0	6	12	18	24	24	24
Aspirador de pó	0	5	5	5	5	5	5
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2	2	2
Automóvel	0	4	8	12	16	16	16

2.3. Classificação pela pontuação obtida em classes socioeconômicas (ABIPEME)

Se X = soma dos pontos de um sujeito particular (S).	
Se $X > 35$ pontos	S E classe A
Se $21 < X < 34$	S E classe B
Se $10 < X < 20$	S E classe C
Se $5 < X < 9$	S E classe D
Se $0 < X < 4$	S E classe E

3. Hábito Intestinal

A paciente será questionada sobre o seu hábito intestinal de acordo com as perguntas do formulário. O entrevistador deverá fazê-las com calma, explicando cada item que está sendo perguntado e usando sinônimos e esclarecimentos para os termos “evacuação”, “sensação” de esvaziamento incompleta do reto após a “defecação”, “cíbalos” e outras em que perceba dificuldade da paciente para o entendimento das questões.

Ela será questionada quanto ao hábito de higiene pessoal, perguntando-se se tem o costume de ficar todos os dias num horário pré-determinado tentando evacuar, mesmo sem vontade. Anotar a resposta em sim ou não no campo.

4. Atividade Física

As perguntas referentes à atividade física deverão ser feitas com muita calma e com a devida explicação, de cada item, conforme as questões do questionário, quantas vezes forem necessárias para a sua compreensão.

Questões de 4.1 a 4.8 - Atividade Física Ocupacional

O entrevistador deverá perguntar à paciente se ela ainda trabalha, ou seja, se tem uma atividade ocupacional ou profissional, caso a resposta seja negativa, iniciar o preenchimento a partir da questão 4.9. Nesse caso, os campos referentes às perguntas de 4.1 a 4.8 deverão ficar em branco.

Questões de 4.9 a 4.12 - Exercício físico

Questão 4.9: perguntar se ela faz algum tipo de exercício físico ou esporte com frequência, como, por exemplo, caminhada. Caso pratique, preencher o primeiro campo com o tipo de atividade e, em seguida, perguntar quantas horas por semana e há quantos meses no último ano vem praticando, preenchendo os respectivos espaços. Depois, perguntar se faz uma segunda atividade física ou esporte. Em caso afirmativo, coloque o tipo, quantidade de horas por semana e há quantos meses no último ano vem praticando.

Questão 4.10: perguntar se, nas horas de lazer, ela acha que sua atividade física é muito maior, a mesma, menor ou muito menor, quando comparado com outras pessoas da sua idade. Explicar nesse momento que hora de lazer é aquela, no seu dia-a-dia, em que não teria nada para fazer. Assinalar a resposta referida pela paciente de acordo com as opções do questionário.

Questão 4.11: perguntar se nas horas do dia que não está fazendo nada, se chega a suar por estar realizando alguma atividade. Anotar a resposta de acordo com as opções do questionário.

Questão 4.12: perguntar se nas horas que sobram do seu dia-a-dia faz algum esporte ou atividade física como, por exemplo, caminhada. Anotar a resposta de acordo com as opções do questionário.

Questões de 4.13 a 4.16 - Atividade física, lazer e locomoção

Questão 4.13: perguntar se nas horas que sobram do seu dia-a-dia, assiste televisão.

Anotar a resposta de acordo com o questionário.

Questão 4.14: perguntar se nas horas que sobram do seu dia a dia, costuma andar.

Anotar a resposta de acordo com as opções do questionário.

Questão 4.15: perguntar se nas horas que sobram do seu dia a dia, anda de bicicleta.

Anotar a resposta de acordo com as opções do questionário.

Questão 4.16: perguntar quantos minutos do seu dia-a-dia, anda a pé ou de bicicleta, indo e voltando da padaria, farmácia, mercado, banco e etc., ou seja, fazendo coisas fora de casa. Anotar a resposta de acordo com as opções do questionário.

5. Medicação

O entrevistador deverá perguntar à paciente quais os medicamentos e as dosagens que estão sendo utilizados, diariamente, no último mês; essas informações também serão verificadas na receita prescrita pelo médico.

6. Recordatório de 24 horas

A paciente será questionada sobre os alimentos e líquidos consumidos no dia anterior à entrevista, com as respectivas quantidades em medidas caseiras. Durante o questionamento, o entrevistador mostrará as fotos do Registro Fotográfico para Inquéritos Dietéticos, para os alimentos e medidas existentes nele, e de utensílios

domésticos presentes no consultório como: pires de café e chá, xícara de café e chá, prato de sobremesa e copos. O consumo de hortaliças cruas, cozidas ou refogadas deverá ser registrado de acordo com sua ingestão nas 3 medidas adotadas, são elas: pires de café, pires de chá ou prato de sobremesa. Para os líquidos consumidos, deverão ser apresentados os copos ou xícaras, para que a paciente identifique a quantidade. Dessa forma, à medida que ela vai informado os alimentos e identificando o tamanho das porções consumidas em cada refeição, o entrevistador registra as informações nos campos do impresso em medidas caseiras.

ANEXO 3**Termo de consentimento**

Eu _____,
portador do documento de identidade R.G. _____, residindo na
_____, bairro _____
_____, cidade _____, estado (____), CEP _____ - _____,
telefone _____ aceito participar da pesquisa que será realizada pela Nutricionista Marcia Maria
Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro, R.G. 17.133.533-8 (SP), telefone (11) 3742-9141, cujo tema será Mulheres
Idosas com Constipação Intestinal Funcional Atendidas no Ambulatório de Geriatria do Instituto Central do Hospital das
Clínicas – Suas Quicixas e sua Dieta.

Estou ciente da necessidade do desenvolvimento de trabalhos envolvendo doenças em idosos, modo de vida e a
alimentação da terceira idade.

Sei que a pesquisa tem por objetivo avaliar as mudanças na alimentação, relacionados com as alterações no
funcionamento intestinal.

Serei atendido gratuitamente no ambulatório pelo pesquisador, onde serão levantados dados referentes à alimentação e
prisão de ventre.

Recebi garantias de que esse estudo não representa nenhum risco à minha saúde física ou moral. Também tenho a
liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem penalização alguma
e sem prejuízo de qualquer espécie ao meu tratamento.

Tenho ciência de que as dúvidas relacionadas à pesquisa serão esclarecidas pelo pesquisador, e as informações contidas no
trabalho são sigilosas, de modo a garantir a privacidade.

A minha participação é voluntária e estou ciente das informações acima, aceitando, desta forma, participar da pesquisa.

Modelo baseado na Resolução CNS/196 de 10/10/1996.

ANEXO 4**Entrevista****Data:** _____ / _____ / _____

↘

1. Características gerais

Idade: _____ **Data de nascimento:** _____ **Grupo:**

Peso (kg): _____ **Altura (m):** _____ **IMC (kg/m²):** _____

Participou de algum programa sobre alimentação ou nutrição neste ou em outro Serviço: () sim () não

2. Classificação socioeconômica: Modelo ABIPEME**2.1 Escolaridade do chefe da casa**

- () Analfabeto
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo / ensino médio completo
- () Ensino médio completo / superior incompleto
- () Superior completo

Pontos: _____

2.2 Itens de conforto - pontos

Número de itens de conforto

Itens	0	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	()	()	()	()	()	()	()
Rádio	()	()	()	()	()	()	()
Banheiro	()	()	()	()	()	()	()
Empregada fixa	()	()	()	()	()	()	()
Aspirador de pó	()	()	()	()	()	()	()
Máquina de lavar roupa	()	()	()	()	()	()	()
Automóvel	()	()	()	()	()	()	()

Pontos: _____

2.3 Nível socioeconómico

Total de pontos: _____

Classe social: _____

3. Hábito intestinal**3.1 Frequência - Qual o número de evacuações por semana?** menos de 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ou mais**3.2 Esforço para evacuar - Das evacuações realizadas em uma semana, em quantas delas necessita fazer esforço?** 1 2 3 nenhuma todas**3.3 Consistência das fezes - Das evacuações realizadas em uma semana, em quantas delas tem fezes na forma de bolinhas (cibalos)?** 1 2 3 nenhuma todas**3.4 Sensação de esvaziamento incompleto do reto após a evacuação - Das evacuações realizadas em uma semana, em quantas delas tem a sensação de esvaziamento incompleto do reto após a evacuação?** 1 2 3 nenhuma todas**3.5 Por quanto tempo vem tendo os sintomas relacionados nos itens 3.1 e/ou 3.2 e/ou 3.3 e/ou 3.4 sem usar laxantes?** menos de 1 ano 1 ano mais de 1 ano**3.6 Hábito de higiene pessoal - Existe um horário ou momento do dia em que permanece sentado no vaso sanitário tentando evacuar?** sim não

4. Atividade Física						
Nos últimos 12 meses:						
4.1 Qual tem sido sua principal ocupação?	1		3		5	
4.2 No trabalho, eu sento nunca/ raramente/algumas vezes/ freqüentemente/ sempre	1	2	3	4	5	
4.3 No trabalho, eu fico em pé nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ sempre	1	2	3	4	5	
4.4 No trabalho, eu ando: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ sempre	1	2	3	4	5	
4.5 No trabalho, eu carrego carga pesada: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ sempre	1	2	3	4	5	
4.6 Após o trabalho, eu estou cansado: muito freqüentemente/ freqüentemente/ algumas vezes/ raramente/ nunca	5	4	3	2	1	
4.7 No trabalho, eu sou: muito freqüentemente/ freqüentemente/ algumas vezes/ raramente/ nunca	5	4	3	2	1	
4.8 Em comparação com outros da minha idade eu penso que o meu é fisicamente: muito mais pesado/ mais pesado/ tão pesado quanto/ mais leve/ muito mais leve	5	4	3	2	1	
4.9 Você pratica esporte ou exercício físico: sim/ não Qual esporte ou exercício físico você pratica mais freqüentemente?	1 0,76		3 1,26		5 1,76	
- Quantas horas por semana?	<1 0,5	1-2 1,5	2-3 2,5	3-4 3,5	>4 4,5	
- Quantos meses por ano?	<1 0,04	1-3 0,17	4-6 0,42	7-9 0,67	>9 0,92	
Se você faz um segundo esporte ou exercício físico (qual o tipo) ?	1 0,76		3 1,26		5 1,76	
- Quantas horas por semana?	<1 0,5	1-2 1,5	2-3 2,5	3-4 3,5	>4 4,5	
- Quantos meses por ano ?	<1 0,04	1-3 0,17	4-6 0,42	7-9 0,67	>9 0,92	
4.10 Em comparação com outros da minha idade eu penso que minha atividade física durante as horas de lazer é: muito maior/ maior/ a mesma/ menor/ muito menor	5	4	3	2	1	
4.11 Durante as horas de lazer, eu sou: muito freqüentemente/ freqüentemente/ algumas vezes/ raramente/ nunca	5	4	3	2	1	
4.12 Durante as horas de lazer, eu pratico esporte ou exercício físico: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ muito freqüentemente	1	2	3	4	5	
4.13 Durante as horas de lazer, eu vejo televisão: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ muito freqüentemente	1	2	3	4	5	
4.14 Durante as horas de lazer, eu ando: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ muito freqüentemente	1	2	3	4	5	
4.15 Durante as horas de lazer, eu ando de bicicleta: nunca/ raramente/ algumas vezes/ freqüentemente/ muito freqüentemente	1	2	3	4	5	
4.16 Durante quantos minutos por dia você anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras? <5 / 5-15 /16-30 /31-45 />45	1	2	3	4	5	

5. Medicação

Medicamento	Dosagem/dia	Finalidade	Observações

6. Recordatório de 24 horas

Data ____ / ____ / ____ Dia da semana: _____

Refeição	Alimentos	Medidas Caseiras
Desjejum		
Colação		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

Água: copos por dia

Total de líquidos ml por dia

The background of the page features a collection of laboratory glassware. In the upper left, there is a tall, clear test tube. To its right and slightly behind, another test tube is visible. In the center, there is a beaker containing a yellow liquid. To the right of the beaker is a graduated cylinder containing a blue liquid. Below these items, there are two shallow dishes: a blue one on the left and a yellow one on the right. The text 'Tabela de pesos e medidas de hortaliças' is overlaid on this background. The words 'Tabela de pesos e medidas' are arranged in a large, orange, 3D-style font that curves across the top. The word 'de' is in a smaller, yellow, 3D-style font in the center. The word 'hortaliças' is in the same large, orange, 3D-style font, curving across the bottom.

Tabela de pesos e medidas
de
hortaliças

TABELA DE PESOS E MEDIDAS DE HORTALIÇAS

1. Justificativa

Para efetuar o cálculo da dieta obtida pelo Recordatório de 24 horas, percebeu-se a necessidade de mais um material de apoio para ajudar na informação da medida caseira, que pudesse quantificar com menos erro o consumo das hortaliças. As pacientes conseguiram com o auxílio de pires de café, chá e prato de sobremesa expressarem o consumo das verduras e legumes crus e cozidos ou refogados. O peso de hortaliças em pires de café, pires de chá e prato de sobremesa não é facilmente encontrado em tabelas já existentes de pesos e medidas de alimentos.

Sendo assim, foi necessário medir os pesos das hortaliças consumidas pelas pacientes, para obter valores mais próximos aos consumidos por elas. Esses valores alimentaram o banco de dados do “Virtual-Nutri” com os valores encontrados.

Para isso, foi elaborada uma tabela de pesos e medidas de hortaliças nestas medidas caseiras (pires de café, pires de chá e prato de sobremesa) a fim de facilitar o cálculo da informação nutricional dos Recordatórios de 24 horas.

2. Materiais e Métodos

✓ Materiais

a) Hortaliças

Foram utilizadas as hortaliças consumidas pela população estudada, conforme é descrito na tabela abaixo.

b) Medidas Caseiras

As medidas caseiras utilizadas foram pires de café, pires de chá e prato de sobremesa.

c) Balança

A balança utilizada foi a balança digital da marca Fillizola existente no Laboratório de Técnica Dietética.

✓ Métodos

Este trabalho foi desenvolvido no Laboratório de Técnica Dietética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Primeiramente todas as hortaliças foram previamente lavadas e higienizadas com hipoclorito (*Hidrosteryl*).

De acordo com o seu uso culinário, as hortaliças foram utilizadas nas formas cruas e/ou cozidas. Além disso, utilizou-se vários tipos de cortes e apresentações, como: rodelas, cubos, tiras, palito, meia-lua, com e sem casca, com e sem semente, em folhas e raladas.

As hortaliças que são comumente consumidas cozidas foram cozidas em água potável até adquirirem consistência adequada.

Para medir o peso das hortaliças nos pires de café e chá e no prato de sobremesa, considerou-se que as hortaliças deveriam se encontrar entre a borda do pires ou prato e o círculo central de marcação do pires ou prato. Considerou-se também que fossem porcionadas em medidas rasas, para que não superestimassem o conteúdo da medida caseira.

As hortaliças foram pesadas da seguinte maneira: pesou-se previamente o utensílio (pires e/ou prato), depois pesou-se a hortaliça dentro do utensílio e, em seguida, descontou-se o peso do pires ou do prato para obter o valor real do peso da hortaliça.

TABELA DE PESOS

	Tipo	pires de café	pires de chá	prato de sobremesa
ALFACE	Lisa - folhas	3,6 g	5,3 g	14,8 g
	Lisa - picada	6,0 g	10,0 g	27,2 g
	Crespa - folhas	5,0 g	8,0 g	18,7 g
	Crespa - picada	7,5 g	11,0 g	23,4 g
	Americana - folhas	7,3 g	15,0 g	34,2 g
	Americana - picada	12,2 g	25,2 g	54,0 g
AGRIÃO	Folhas	7,7 g	16,6 g	27,8 g
	Folhas/Talo	10,6 g	18,4 g	36,9 g
ALMEIRÃO	à Juliana	6,8 g	19,1 g	21,1 g
RÚCULA	Folhas	7,3 g	19,3 g	27,2 g
	Folhas/Talo	6,4 g	8,3 g	23,9 g
PEPINO	Rodelas c/casca	26,7 g	41,8 g	79,2 g
	Rodelas s/casca	30,2 g	48,6 g	85,3 g
	Cubos c/casca	42,9 g	79,9 g	124,7 g
	Cubos s/casca	41,0 g	74,6 g	150,6 g
TOMATE	Rodelas	28,5 g	61,8 g	104,6 g
	Cubos	39,4 g	60,2 g	149,4 g
	Cubos s/pele e semente	35,3 g	47,6 g	85,5 g
	Meia - lua	31,5 g	76,8 g	154,3 g
RABANETE	Rodelas	24,5 g	33,7 g	79,1 g
	Cubos	25,0 g	31,7 g	68,9 g
CENOURA	Ralada	15,2 g	25,3 g	71,2 g
	Rodelas cozidas	24,5 g	49,4 g	125,5 g
	Palito	21,8 g	46,0 g	105,3 g
	Palito cozido	27,0 g	45,9 g	95,2 g
REPOLHO	Salada	14,2 g	29,9 g	50,1 g
	Refogado	27,0 g	46,9 g	115,1 g
BERINJELA	Cubos cozidos c/casca	38,3 g	63,2 g	155 g
	Rodela cozida c/casca	34,0 g	52,2 g	94,9 g
	Cubos cozidos s/casca	40,0 g	72,0 g	167,8 g
	Rodelas cozidas s/casca	37,3 g	73,7 g	167,4 g
ACELGA	à Juliana	15,0 g	34,2 g	76,6 g
	Cozida	37,5 g	54,7 g	141,2 g
COUVE-FLOR	Cozida buquê	48,4 g	104,1 g	226,5 g
BRÓCOLIS	Buquês cozidos	25,2 g	38,4 g	115,5 g
	Folhas e buquês coz./picados	22,4 g	38,3 g	109,9 g
VAGEM	Cozida	29,7 g	47,5 g	124,7 g
VAGEM CHATA	Cozida	24,5 g	44,2 g	73,6 g
QUIABO	Refogado	27,1 g	46,3 g	127,8 g
PIMENTÃO AMARELO	Tiras	19,3 g	31,6 g	83,0 g
	Cubos	28,7 g	43,2 g	76,5 g

TABELA DE PESOS

	Tipo	pires de café	pires de chá	prato de sobremesa
COUVE	à Juliana	6,8 g	11,5 g	28,0 g
	Refogado	7,2 g	19,3 g	42,7 g
ESPINAFRE	Cozido	30,0 g	53,0 g	107,2 g
ESCAROLA	à Juliana	6,3 g	19,3 g	36,0 g
	Cozida	22,7 g	37,3 g	79,7 g
BETERRABA	Rodelas cozidas	23,8 g	30,0 g	75,1 g
	Cubos cozidos	34,9 g	66,2 g	146,4 g
	Ralada crua	17,1 g	27,5 g	61,3 g
CHUCHU	Cozido	35,5 g	64,4 g	158,4 g