

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO PACIENTE  
IDOSO E SUA QUALIDADE DE VIDA**

**VANIR CARDOSO**

**FLORIANÓPOLIS, SC  
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO PACIENTE  
IDOSO E SUA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada no  
Curso de Pós-graduação em Ciências Médicas  
da Universidade Federal de Santa Catarina,  
para obtenção do Título de Mestre.

**ORIENTADOR: MÁRIO SÉRGIO SOARES DE AZEREDO COUTINHO  
CO-ORIENTADORA: LÚCIA HELENA TAKASE GONÇALVES**

**VANIR CARDOSO**


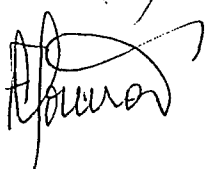

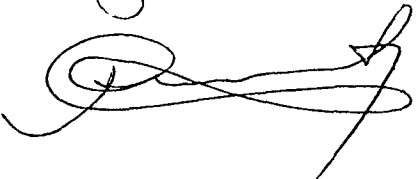
**FLORIANÓPOLIS, SC  
1998**




Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Mestrado em Ciências Médicas

## DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

No dia dez de agosto de mil novecentos e noventa e oito, às treze horas e trinta minutos, no Anfiteatro do Hospital Universitário da UFSC, o aluno do Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Médicas – **VANIR CARDOSO**, submeteu-se à defesa de sua Dissertação de Mestrado intitulada "**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO PACIENTE IDOSO E SUA QUALIDADE DE VIDA**", ocasião em que foram emitidos os seguintes conceitos pela Banca Examinadora:

NOME	CONCEITO
Prof. Mário Sérgio S.A. Coutinho	 <u>B</u>
Prof. Luis Fernando Moreira	 <u>B</u>
Profª. Márcia Margaret M. Pizzichini	 <u>B</u>
Prof. Antônio Carlos F. da Cunha	 <u>B</u>
<b>CONCEITO FINAL:</b>	<u>B</u>

Florianópolis, 10 de agosto de 1998.

  
Prof. Mário Sérgio Soares de Azeredo Coutinho  
Presidente da Comissão Examinadora





Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Mestrado em Ciências Médicas

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

CANDIDATO: *VANIR CARDOSO*

A partir das treze horas e trinta minutos do dez de agosto de mil novecentos e noventa e oito, no Anfiteatro do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a Comissão Examinadora, constituída pelos Professores Mário Sérgio Soares de Azeredo Coutinho, Luis Fernando Moreira, Márcia Margaret Menezes Pizzichini, Antônio Carlos Ferreira da Cunha, procedeu ao exame da Dissertação de Mestrado apresentada pelo Dr. **VANIR CARDOSO**, intitulada "**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO PACIENTE IDOSO E SUA QUALIDADE DE VIDA**". Após explanação feita pelo candidato, o mesmo foi argüido pela Comissão Examinadora, nos termos da Resolução 010/CUn/97 e Regimento Interno do Curso de Pós-Graduação em Ciência Médicas. A aprovação, no entanto, ficou condicionada à apresentação de nova versão da Dissertação, dentro do prazo de trinta dias a contar da presente data, contendo as modificações exigidas pela Comissão Examinadora. A nova versão deverá ser referendada pelo Professor-Orientador.

NOME:	ASSINATURA	CONCEITO
Prof. Mário Sérgio S.A. Coutinho.....		B
Prof. Luis Fernando Moreira.....		B
Profª. Márcia Margaret M. Pizzichini.....		B
Prof. Antônio Carlos F. da Cunha.....		B

CONCEITO FINAL: *B*.....

Florianópolis, 10 de agosto de 1998.

*Prof. Mário Sérgio Soares de Azeredo Coutinho*  
Presidente da Comissão Examinadora



*Para meus pais, Valter e Maria Cecilia  
(in Memoriam)*

*Para minha esposa, Lourdes, e para  
Vanessa, Priscila e Patricia, nossas filhas.*

*... “Não que por nós mesmos sejamos capazes de pensar alguma coisa, como se partisse de nós; Pelo contrário, a nossa suficiência vem de Deus”.*

*Paulo 2ª Cor 3:5*

## AGRADECIMENTOS

*Ao Orientador, Prof. Mário Sérgio Soares de Azeredo Coutinho, que desde os primeiros momentos soube incentivar e apoiar a elaboração deste trabalho.*

*À Co-orientadora, Profa. Lúcia Helena Takase Gonçalves, pela sua orientação constante, disponibilidade e explícita ansiedade para realização deste trabalho. Sua orientação e cobranças disciplinadas foram essenciais para a elaboração deste estudo.*

*Ao Dr. José Paulo de Figueiredo Drummond, pela amizade e apoio no início dos trabalhos.*

*Aos Professores João Carlos B. Maurer (in Memoriam), Odilson Borini e Waldomiro Dantas, pelo ensino e vivência da Clínica Médica e por terem oportunizado minha carreira docente.*

*À Profa. Sílvia Modesto Nassar, pela sua assessoria na análise estatística realizada nesta dissertação e por sua presteza incansável.*

*À Profa. Rachel Duarte Moritz, amiga e integrante da Disciplina de Semiologia, pelo apoio e estímulo constante.*

*Ao Prof. Newton Bernardi, pelo apoio e incentivo desde o início deste estudo, e pela revisão do "Abstract".*

*Ao NETI, na pessoa da Profa. Neusa Guedes, pelo incentivo permanente para o aprendizado da Geriatria e Gerontologia.*

*Aos colegas da equipe do NIPEG/HU/UFSC (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogerátrica) pelo incentivo e apoio durante a coleta de dados.*

*À secretária do Curso de Mestrado Sra. Tânia Regina Tavares Fernandes, pela eficiência e profissionalismo, e por seu incentivo encorajador durante a confecção do trabalho escrito.*

*À Bibliotecária Sra. Maria Goreti Savi, pelo apoio durante o levantamento bibliográfico.*

*Aos idosos, que tornaram possível este trabalho, pelo ensino que nos transmitem por suas histórias de vida.*

*E principalmente, sou grato, a minha esposa Maria de Lourdes Cardoso e as minhas filhas, pelo carinho e por me permitirem tempo para realizar este trabalho.*

# SUMÁRIO

RESUMO .....	vi
ABSTRACT .....	vii
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
2.1 - O ENVELHECER E O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA .....	10
2.2 - QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE .....	13
2.3 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO IDOSO .....	16
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
3.1 - OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
4.1 - TIPO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	28
4.2 - AMOSTRAGEM .....	28
4.3 - PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS .....	29
4.4 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	29
4.5 - PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	31
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	32
5.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL .....	33
5.3 - QUALIDADE DE VIDA E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	35
<b>6. DISCUSSÃO E ANÁLISE.....</b>	<b>39</b>
6.1 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL .....	39
6.2 - QUALIDADE DE VIDA.....	45
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>



## RESUMO

O presente estudo, de natureza exploratório-descritiva, teve como objetivo estudar a qualidade de vida de idosos portadores de polipatologia incluindo a constipação intestinal funcional crônica. A amostra foi constituída de um grupo de trinta e um pacientes idosos portadores de polipatologia incluindo a CI, frequentadores do ambulatório de Gerontogeriatrico do Hospital Universitário da Universidade de Federal de Santa Catarina, durante o período 96/97. Os convidados ao estudo incluíram-se na amostra, como sujeitos da pesquisa, após cumprida as exigências éticas de respeito aos direitos humanos. A avaliação da qualidade de vida foi realizada pela aplicação da Escala de qualidade de Vida (EQV) de Flanagan (1978), um tipo de escala ordinal composta de quinze itens, agrupados em cinco dimensões. Esta escala já validada, e traduzida para o português, é usada em nosso meio, por demonstrar alto índice de confiabilidade. Os escores totais obtidos de qualidade de vida pela EQV em ambos os grupos serviram para o teste estatístico não paramétrico de Kolmogorov-Sminorv resultando em diferença a nível de significância de 0,05, concluindo-se que os pacientes geriátricos portadores de constipação intestinal demonstraram menos qualidade de vida do que aqueles não-portadores de constipação intestinal. Com relação as características clínicas da casuística estudada evidenciaram-se os seis fatores causais clássicos já descritos na literatura mais importantes na gênese da constipação intestinal. Outros fatores agravantes e complicações graves foram registrados. A avaliação da qualidade de vida no estudo por meio da EQV de Flanagan mostrou-se efetiva na medida em que destacou características específicas nas diferentes dimensões contempladas na escala, demonstrando que a constipação intestinal em idosos portadores de polipatologia influenciou negativamente em sua qualidade de vida.

## ABSTRACT

The main goal of the present research, which has an exploratory-descriptive nature, is to study the quality of life of elderly people who suffer from polipathology, including chronic functional intestinal constipation. In the present project, thirty-one aged patients with the above mentioned characteristics, who attended the geronto-geriatric primary care unit of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, during the 96/97 period, have been investigated. People were invited to join in the sample as subjects of the present research only after all the ethical procedures regarding the full respect for human rights had been fulfilled by the researcher. Quality of life evaluation has been carried out by applying Flanagan's Quality of Life Scale (1978), a sort of ordinal scale of fifteen items, grouped in five dimensions. This scale has already been validated and translated into Portuguese, and is employed in our midst because of its high reliability. The total scores for quality of life, obtained through QLS for both groups, have been used for statistical analysis with the non-parametric Kolmogorov-Smirnov test, with significance level of 0,05. The obtained results have shown that geriatric patients with intestinal constipation show a significantly lower quality of life than those who do not have the disease. As far as clinical characteristics are concerned, the six classical factors for causing intestinal constipation, already reported in the specific literature, have been observed. Some other aggravating factors and serious complications have also been seen. The present study has shown that evaluation of the quality of life by Flanagan's QLS is an effective method for this purpose, since it has evidenced the specific characteristics of the various dimensions comprised by the scale, clearly demonstrating that intestinal constipation in aged patients affected by polipathology have negatively influenced their quality of life.

# 1. INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, o crescente interesse no envelhecimento, e seus problemas médicos promoveu um incremento substancial nas pesquisas gerontogeriatricas. Pesquisadores, envolvidos nesses estudos, reconhecem a importância de separar alterações patológicas de alterações relacionadas à idade. O envelhecimento populacional hoje observado é, em parte, fruto da maior socialização de recursos de promoção e prevenção em saúde, disponíveis para a população em idades mais jovens.<sup>1</sup>

O crescimento da faixa populacional idosa é hoje um fenômeno universal que ocorre com maior aceleração, nos países ditos “em desenvolvimento”, isto demanda, de imediato, o planejamento de estratégias de saúde pública para enfrentamento racional desta questão.<sup>2</sup>

Atualmente, os idosos representam 8% da população total brasileira, e já ocupam cerca de 30% dos leitos de hospitais gerais devido a doenças crônicas de baixa mortalidade, porém, com alto grau de incapacitação.<sup>3</sup>

A composição demográfica atual da população cria uma nova realidade para a ciência e para os governos, que precisarão redefinir prioridades e estratégias que se adequem ao panorama demográfico.

Nos EUA, as pessoas acima de 65 anos, procuram seis vezes mais o internista do que os adultos jovens no período de um ano, e são portadores de mais de uma doença (comorbidade), tendo a probabilidade quatro vezes mais de serem internadas em relação àquelas com menos de 65 anos. Entre os problemas clínicos responsáveis pelas consultas médicas estão os problemas gastrointestinais. O autor relata que ao lidar com o paciente idoso, às vezes, é difícil diferenciar entre pequenos problemas funcionais gastrointestinais, que podem ser tratados sintomaticamente, e outros que podem ser prenúncios de séria doença subjacente, ou tornarem-se problemas crônicos, comprometendo a qualidade de vida destes pacientes.<sup>4</sup>

Entre várias condições clínicas gastrointestinais do idoso que exigem especial atenção, estão a constipação intestinal (CI), a incontinência fecal e a diarreia, não só por sua alta frequência, mas porque podem ser manifestações iniciais de problemas subjacentes mais graves, e que também podem afetar de uma maneira importante a

qualidade de vida do idoso.<sup>5,6</sup> A constipação intestinal é o distúrbio do aparelho gastrointestinal mais comum na população idosa. Trata-se de importante causa de morbidade e de piora da qualidade de vida, e do bem estar.<sup>7</sup> A constipação intestinal no indivíduo idoso pode se acompanhar de complicações como, impactação fecal, incontinência fecal, dilatação e mesmo perfuração do cólon.<sup>8,9</sup> Assim, a constipação intestinal no idoso tem, além das repercussões fisiológicas, repercussões psicológicas e sociais, as quais não devem ser menosprezadas e nem atribuir-se meramente ao processo de envelhecimento do indivíduo observaram fato semelhante quanto ao aspecto de comorbidade.<sup>6,10,11</sup> Entre os problemas clínicos encontrados pelas autoras acima, a constipação intestinal foi referida como uma das queixas mais comuns na clientela idosa daquele ambulatório. Percebo, também, em minha prática clínica diária, no ambulatório do Grupo Interdisciplinar Gerontogeriátrico (GIG) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina, que o problema de constipação intestinal não é muito valorizado no atendimento ambulatorial, tanto pelo próprio cliente, como pela sua família e pelos profissionais de saúde que consideram esta queixa banal para a idade.

A constipação intestinal é um problema cinco vezes mais comum nos pacientes idosos do que nos adultos jovens. Portanto, trata-se de um problema clínico que deveria ser mais valorizado, tanto pelos idosos como pelos seus clínicos, devido ao comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos nesta faixa etária. A prática geriátrica deve permitir uma aproximação mais estreita das necessidades do indivíduo idoso, partindo de sua visão de qualidade de vida, e questionando, junto a equipe interdisciplinar, formas de abordagem clínica nesta população.<sup>7</sup>

A presente pesquisa foi desenvolvida com o intuito de estudar as características clínicas da constipação intestinal próprias do idoso, e sua influência na qualidade de vida.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo de revisão de literatura são apresentados conceitos teórico-práticos e resultados de pesquisa relacionadas à temática da dissertação. Assim, no sub-ítem: “O Envelhecer e o Processo Saúde/Doença”, foram destacadas pesquisas que forneceram uma compreensão da relação entre o envelhecimento e o processo saúde/doença além das implicações sobre o atendimento gerontogeriátrico. No sub-ítem: “Qualidade de Vida”, foi explorada a diversidade de idéias envolvidas na compreensão deste conceito. E, como êle tem sido usado dentro de uma visão mais abrangente de saúde na terceira idade. E por fim, no sub-ítem: “Constipação Intestinal no Idoso”, é apresentada a literatura para a compreensão da especificidade dessa afecção clínica comum no idoso, e que afeta sua qualidade de vida.

### 2.1 – O Envelhecer e o Processo Saúde/Doença

Embora inexorável, o processo de envelhecimento não deve ser necessariamente acompanhado de grande carga de sofrimento. “O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo. Neste sentido, é durante a vida que envelhecemos. Portanto, o envelhecimento enquanto processo, concerne a todos em qualquer idade. Isto é, não é só o velho que envelhece”.<sup>12</sup>

É ressaltada a atenção para a compreensão da chamada "geriatriaização da medicina", ou seja a utilização do serviço de saúde por um número cada vez maior de idosos.<sup>13,14</sup>

A população brasileira vive, atualmente, duas grandes transformações, ambas com profundas implicações para o setor da saúde. A primeira caracteriza-se pelo aumento percentual da população de idosos, fruto da queda da taxa fecundidade e do aumento da expectativa de vida; fenômeno este chamado de transição demográfica. A segunda, diz respeito ao progressivo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, em relação às doenças infecciosas e parasitárias ou, a “transição epidemiológica”.<sup>15</sup>

As projeções indicam que no período de 1975 - 2025 a população mundial terá tido um crescimento de 102%, enquanto a população de idosos terá aumentado 224%. No Brasil, a população de  $\geq 60$  anos dobra a cada 20 anos deduzidos dos dados dos anos de 1950 a 1991.<sup>3</sup> O aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado por um aumento explosivo de doenças crônico-degenerativas. É destacada a importância das doenças crônico- degenerativas, para as quais infelizmente ainda não há cura, mas cujos mecanismos começam a ser decifrados, e que, hoje, se não podem ser evitadas, pelo menos retardadas, se os fatores de risco forem detectados e afastados a tempo.<sup>16</sup>

Uma pesquisa sobre a saúde do idoso no Brasil, demonstrou que - "o processo de envelhecimento populacional brasileiro é semelhante ao que ocorreu com os países mais desenvolvidos da Europa e da América do Norte; inclusive com aumento progressivo da faixa etária maior de 60 anos nos últimos anos". E ainda afirma que "se as condições sociais continuarem a melhorar no mundo, diminuindo a mortalidade precoce, a população mais velha aumentará ainda mais, o que implicará numa necessidade de melhor assistência geriátrica".<sup>17</sup> O alto grau de morbidade e incapacitação na população geriátrica resultou num aumento progressivo no número de idosos que se tornam dependentes. A luz desses fatos, pode-se avaliar o impacto que o crescimento acelerado desta população provocará sobre o sistema de saúde.<sup>16</sup>

A coexistência de diversas doenças, a comorbidade, é uma realidade em pacientes idosos, causando-lhes prejuízo maior da saúde. É salientado que o estudo da comorbidade em vários países, revela que cada idoso, vivendo na comunidade sofre, em média, três a quatro enfermidades ou problemas clínicos.<sup>14</sup> Ao passo que, os idosos hospitalizados sofrem, em média, de seis doenças. Concluindo que, o plano de tratamento dos pacientes geriátricos deve levar em consideração a condição de comorbidade. O "idoso-idoso", de 80 e mais anos, pode acumular várias condições mórbidas, nem sempre referidas nos registros hospitalares ou nem mesmo nos atestados de óbito.<sup>18</sup> Isto implica num levantamento incompleto dos problemas clínicos que atingem esta faixa da população geriátrica. O envelhecimento é um processo dinâmico progressivo e irreversível em que intervém múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais. Na atualidade, ainda não se tem respostas a muitas perguntas sobre como se entrelaçam os fatores mencionados, e como se processa o envelhecimento. O certo é que não existe uma causa única que explique porque se envelhece, e sim um conjunto de fatores relacionados.<sup>19</sup>

Apesar das pesquisas aumentarem a cada dia, ainda não temos marcadores biológicos, que definam o início do processo de envelhecimento.

A velhice é um termo impreciso, e sua realidade é difícil de perceber. A velhice seria a soma de alterações anatômicas, bioquímicas e fisiológicas que se faz ao longo da vida.<sup>4,17</sup>

O fenômeno do envelhecimento é um processo novo, e uma experiência nova para a ciência e para a sociedade. E também enfatiza que os humanos estão entre as espécies que apresentam o "programa para o final da vida" em aberto. Ao longo da história e da vivência médica em vários países, os gerontólogos observaram que o processo de envelhecimento não se dá abruptamente, não é similar entre as pessoas, não é generalizado no organismo, e pode ser retardado, se houver adequação no ambiente, na dieta e no estilo de vida.<sup>20</sup>

A compreensão da saúde do cidadão idoso, aponta para um amplo espectro de situações possíveis que engloba o aparecimento de novas doenças ou problemas clínicos, tanto crônicos como agudos, somando-se à comorbidade gerada pelas enfermidades prévias e suas consequências.<sup>21</sup>

Com o envelhecimento, há diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, embora em condições basais, não são suficientes para produzir distúrbio funcional. Quando este declínio é suficientemente grande, ocorre redução importante da reserva funcional colocando o idoso muito próximo da eclosão de sintomas, com desequilíbrio da homeostase, e conseqüente redução na função de diversos órgãos, tornando-o vulnerável para desenvolver a chamada "comorbidade", pelo acúmulo de condições patológicas ao longo do tempo.<sup>12,14</sup> Originando a perda da reserva funcional.

A interação de modificações fisiológicas próprias do envelhecimento e as decorrentes de processos patológicos é responsável pela apresentação clínica de várias enfermidades, que é, frequentemente, mais grave em gerontes do que em adultos jovens, e em grande parte das vezes com apresentação atípica.

Na história da medicina, Hipócrates citado por Guimarães já salientava a comorbidade quando escreveu que: - "Os velhos necessitam comer menos que os jovens, e que estes idosos padecem de catarrhos e de dificuldades respiratórias e articulares, além de outros problemas como vertigens, dificuldades urinárias e cataratas."<sup>22</sup>

A detecção precoce das doenças no indivíduo idoso, é uma atitude para qual os clínicos devem ser treinados vencendo certos preconceitos em relação ao geronte. A falta

de uma conduta médica adequada, acaba se constituindo em um dos maiores problemas dos anciãos: ora atribuem-se sintomas à velhice, como se a idade em si fosse uma doença; ora trata-se o que não se conhece e que nem sempre deve ser tratado com medicamentos. Foi descrito ao que se chamou de “Fenômeno do Iceberg”, os problemas conhecidos dos idosos, constituindo apenas de uma parcela menor dos problemas existentes. Pois, a maioria permanece submerso, oculto e não diagnosticado, e que costuma passar despercebido ou ser inadequadamente tratado.<sup>23</sup>

O estudo de Williamson acerca dos idosos de Edimburgo (Escócia), mostrou que todas as pessoas com idade acima de 65 anos, apresentavam em média três condições incapacitantes, e que, metade destas, era desconhecida do médico, sendo a maioria tratável. Os problemas mais comuns levantados foram a depressão e a incontinência urinária, seguidas de obesidade, insuficiência cardíaca, osteoartrose e pés dolorosos, infecção urinária, anemia e deficiência de visão ou audição. Alguns pacientes vivendo na comunidade, segundo dados obtidos neste estudo escocês, podem ser colocados na categoria de alto risco. Esta categoria comporta idosos fragilizados que necessitam do serviço de cuidados comunitários; de indivíduo muito idoso, o “velho velho”, que vive sozinho; de pessoas que enviuvaram nos últimos dois anos; e pessoas que tiveram alta hospitalar ou uma doença significativa recente.

Por outro lado, também é preciso reconhecer que na sua grande maioria, os idosos ainda são independentes e autônomos, por isto, é necessário apoiá-los para que sigam vivendo como parte da sociedade e contribuindo, com a sua experiência acumulada ao longo dos anos.

## **2.2 - Qualidade de Vida na Terceira Idade**

O pensar sobre a qualidade de vida na terceira idade, nos leva a considerar alguns aspectos sobre a sua relação com a saúde e a velhice, bem como induz a refletir como a prática médica diária, pode interferir de modo positivo na qualidade de vida de clientes idosos.

O conceito de “Qualidade de Vida” passou a receber atenção não apenas dos cientistas, dos médicos, dos economistas, dos filósofos, mas dos Governos quando incorporaram seus princípios nas políticas e programas, dos países desenvolvidos, e nas metas de algumas empresas progressistas.



As primeiras contribuições ao conceito de qualidade de vida, vem dos trabalhos teóricos da filosofia e da ética. Grandes obras como de Illich, Tolstoy e Frankl discutem o significado da vida e as dimensões espirituais do sofrimento.<sup>24</sup>

A qualidade de vida é usualmente descrita como um conceito multidimensional, com variação entre os autores quanto as dimensões que incluem. De acordo com este autor, mesmo quando a sua visão está limitada à saúde e a doença, a qualidade de vida engloba uma ampla gama de experiências, resultados, condições e percepções. Este conceito pode ser um critério identificado e/ou medido por meio de instrumentos específicos de avaliação como subsídio para intervenções, seja no cuidado da saúde em geral, no tratamento específico, na aplicação de legislação especial, em iniciativas de melhoramento ambiental, entre outras.<sup>25</sup>

Não há um consenso na definição do que seja a qualidade de vida, e avaliá-la é um desafio contínuo na geriatria e gerontologia.<sup>26,27</sup>

Neri, AL.<sup>29</sup> estudiosa da gerontologia em nosso meio, vem publicando entre seus vários estudos, discussão sobre a literatura por ela revisada sobre qualidade de vida na terceira idade. Em sua síntese crítica de literatura atualizada destaca uma definição de qualidade de vida na velhice, a de Lawton publicada em 1992, por considerá-la mais integrativa. Nessa definição são contemplados os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais e centra-se na idéia de que a qualidade de vida comporta muitas dimensões e depende de múltiplos determinantes que atuam sobre a pessoa ao longo de seu curso de vida. Considera ainda que a qualidade de vida é um estado que pode ser avaliado por critérios objetivos e subjetivos, possibilitando, assim, uma avaliação multidimensional, baseada em critérios sócio-normativos e intrapessoais, considerando relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro/idoso e o seu ambiente.<sup>28,29</sup>

Refere-se ainda que “do ponto de vista médico a noção de boa qualidade de vida na velhice está ligada à longevidade, à funcionalidade e à boa saúde física e mental. Está associada às condições médicas que permitem uma velhice digna, mesmo na presença de doenças graves, fragilidade, dependência e iminência da morte”.<sup>29</sup>

Somente em 1977 o termo “Qualidade de Vida” foi listado separadamente pelo Index Medicus. Portanto o uso do conceito de qualidade de vida, a partir dos anos 80 passa a ser estudado com mais regularidade e motivando discussões, sobretudo na área da assistência médica. A qualidade de vida está sendo usada crescentemente como uma variável de resultado, em estudos terapêuticos em oncologia. E, ainda ao relacionar

qualidade de vida e o manejo do paciente com dor neoplásica, descreve a qualidade de vida como resultado de prevenção e alívio do sofrimento físico e psicológico, da manutenção do funcionamento físico e mental, e da presença de uma rede de apoio de relações informais.<sup>24</sup>

Foi considerado que a qualidade de vida pode ser quantificada em uma dimensão global, considerando as possibilidades motoras ou físicas, o estado emocional, a atividade social e ocupacional e as manifestações da doença como dor, dispnéia, tosse, náuseas ou constipação. Ao associar qualidade de vida e saúde, chama atenção para alguns processos fisiológicos como a gravidez e o envelhecimento e para algumas doenças, sobretudo as de curso crônico, porque elas têm grandes possibilidades de modificar o modo de vida habitual dessas pessoas, nessas condições.<sup>30</sup>

A vivência prática geriátrica diária demonstra que a presença de doenças crônicas em situação de comorbidade, acaba por tornar menos possíveis aquelas facilidades e recursos necessários à promoção de um estilo de vida ativa e de qualidade aceitável.

É chamada atenção para os trabalhos que estudam o comprometimento do desempenho funcional, demonstrando que o idoso sobrevive enquanto tem potencial de resposta e adaptação às exigências do seu meio. Este idoso vai vivendo esta experiência de sobrevivência, consciente ou não, com comprometimento, mais ou menos acelerado, da qualidade de vida até que se aperceba que uma vida mais longa não implica vivê-la com qualidade.<sup>20</sup>

Na posição de diversos autores, a questão da autonomia do idoso é um aspecto fundamental ao seu bem-estar. A autonomia inclui a capacidade para a auto-determinação, para resistir a pressões sociais, para pensar e agir de maneira mais independente. Os estudos não deixam dúvida, de que a auto-determinação contribui para a satisfação pessoal, reforçando a importância da livre escolha. Para os mais idosos a capacidade de realizar rotinas e tarefas da vida diária determina a independência pessoal, um valor amplamente considerado em nossa sociedade. É neste aspecto que o trabalho de Fries<sup>61</sup> reflete, do ponto de vista médico ou de saúde pública, que a noção de envelhecimento satisfatório e com qualidade consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social.

Retomando a definição de Lawton, a qualidade de vida pode e deve ser avaliada e o critério inclui aspectos objetivo e subjetivo e, a abrangência deve ser multidimensional. Ao buscar na literatura instrumentos de medida encontramos no livro organizado por Ann

Bowling,<sup>31</sup> uma verdadeira coletânea de instrumentos de avaliação do tipo psicométrico, dos mais variados, desde escalas/questionários medindo uma única dimensão da qualidade de vida, até alguma combinação de dimensões, até multidimensionais. Entre as dimensões incluídas, de modo isolado ou associado, mais trabalhadas apareceram como sendo: capacidade funcional, bem estar psicológico, estado de saúde, estado mental, interação social, auto-estima, comportamento/conduita, satisfação na vida, auto-realização, entre outras. Entre os instrumentos multidimensionais desenvolvidos destacamos a Escala de Qualidade de Vida (EQV) de Flanagan,<sup>48</sup> bastante utilizada na área da saúde e, aplicada principalmente em indivíduos portadores de afecções crônicas. Sendo a EQV de Flanagan um instrumento com evidência da validade de construto e com alta confiabilidade, recaiu sobre ela a escolha para aplicação na presente pesquisa.

## **2.3 - Constipação Intestinal no Idoso**

### **2.3.1 – Caracterização**

Etimologicamente, constipação provém do vocábulo latino “constipatione” e significando “prisão de ventre”.

Existe uma definição habitual de constipação intestinal como “condição crônica de eliminação de fezes endurecidas, com evolução superior a seis semanas e com sequência de evacuações inferior a três vezes por semana”.<sup>10</sup>

É relatado que um grande número de pacientes define constipação diferentemente de seus médicos. No estudo de uma população idosa com constipação intestinal, sendo 46% de homens e 54% de mulheres, os indivíduos queixavam-se de exonerações intestinais com esforço, de evacuação incompleta, de dificuldade ou dor no ato da defecação, e de fezes endurecidas. Entretanto, apenas 2% dos homens e 3% das mulheres, relataram apresentar três ou menos exonerações intestinais por semana. Além disso, o mesmo refere que os diários mantidos sobre o ritmo (frequência) intestinal mostraram que os pacientes tendem a subestimar o número de exonerações intestinais que costumavam ter anteriormente.<sup>7</sup>

Harari e cols.,<sup>32</sup> em seu estudo identificaram, que muitos pacientes têm falsas crenças e idéias no que concerne aos hábitos intestinais. Uma delas é de que é necessária uma evacuação intestinal diária. Essa crença, traz em seu bojo conceito errôneo, tal como a

idéia de que se o intestino não funcionar diariamente, “os resíduos intestinais” serão absorvidos acarretando riscos à saúde. Este conceito falso, é um dos responsáveis pelo grande consumo e abuso de laxativos nos EUA. Estima-se um gasto de 400 milhões de dólares anuais com laxativos naquele país, na sua uma grande maioria, de uso desnecessário, e mesmo, prejudicial. Os laxativos, após os analgésicos, são o grupo de drogas mais vendido nos EUA.<sup>7,32</sup>

A constipação intestinal está cercada de preconceitos e tabus. Estes tornam difícil uma avaliação real do quadro clínico e determinam, com frequência, a automedicação. Da mesma forma há uma supervalorização da queixa de constipação, originando prescrição desnecessária de medicações laxativas quando, a simples correção do hábito alimentar e o aumento da atividade física poderiam ser suficientes. Por esses motivos, é importante que se conceitue corretamente junto ao paciente, o que significa constipação intestinal para que decisões clínicas adequadas sejam tomadas.

Ao consultar a literatura pertinente sobre função intestinal e, mais especificamente, da constipação intestinal na terceira idade, percebe-se que a temática começou a chamar a atenção dos pesquisadores a partir dos meados da década de 60.<sup>33</sup> Porém, a partir de 1985, a produção de pesquisas tanto na área da gastroenterologia geral quanto na da gastroenterologia geriátrica aumenta de maneira considerável.<sup>34</sup>

Connel e cols.,<sup>33</sup> em um de seus estudos que se tornou clássico, definiu que o ritmo intestinal poderia ser considerado normal se ocorresse de uma a três vezes ao dia, ou até três exonerações intestinais por semana. Tal estudo compreendeu a avaliação do hábito intestinal durante uma inspeção de saúde de uma amostra de 1.055 pessoas, compreendendo 655 mulheres e 400 homens, funcionários ou candidatos a empregos em três fábricas situadas na área da grande Londres, e pacientes atendidos em uma clínica de cirurgia geral.

Donald e cols.,<sup>34</sup> avaliou duas amostras de indivíduos idosos, sendo o primeiro grupo constituído por 129 pacientes de uma clínica geral em Edinburgo (Escócia), com a idade média de 76,3 anos e, 65% sendo mulheres. O segundo grupo formado por 159 pacientes procedentes de dois hospitais dia (geriátricos) (D.H.)\* e com idade média de 79,1 anos, sendo 75% mulheres. A constipação intestinal foi relatada em 23% de primeiro grupo e em 53% no segundo grupo, e estava associada a esforço para a exoneração intestinal, e dor durante a defecação. Laxativos eram usados pelo menos uma vez por

semana por 15% dos pacientes no primeiro grupo e 32% dos pacientes no segundo grupo. A queixa de constipação intestinal em ambos os grupos, estava fortemente associada a menos de três defecções intestinais por semana, esforço ao defecar, e uso aumentando de laxativos.

Vários autores relataram que a constipação intestinal no idoso pode ser acompanhada de limitações.<sup>7,34</sup> O fecaloma ou impactação fecal é muito freqüente em idosos constipados, podendo ocorrer em até 40% dos pacientes admitidos em uma unidade hospitalar geriátrica. O fecaloma, pode produzir um quadro de obstrução intestinal, úlcera estercorales, estados de confusão mental (delírio), retenção urinária por obstrução compressiva extrínseca, diarreia paradoxal e incontinência fecal. Esta situação provoca extrema ansiedade no indivíduo, afetando de maneira relevante a sua qualidade de vida. Continuam dizendo que as principais complicações do fecaloma são a incontinência fecal (a mais séria delas), a obstrução intestinal, a infecção urinária (síndrome entero-renal), e as úlceras estercorais. O autor conclui que, a melhor conduta é a profilaxia, com o uso de dieta rica em fibras, aumento da atividade física e diminuição ou interrupção, quando possível, de medicamentos constipantes.<sup>8</sup>

Segundo as constatações nos estudos de Harari e cols.,<sup>32</sup> o uso de laxativos pelos idosos pesquisados aumentava substancialmente com o avançar da idade. Além disso, 66% dos idosos que viviam em casa e 45% dos que viviam em pensionatos (asilos) tomavam, regularmente, laxantes, indicando que, muitos desses seriam desnecessários. Embora não encontrassem evidências de um funcionamento intestinal alterado, constataram um aumento significativo no consumo de laxantes com o avançar da idade. Este consumo aumentou de 15% nas pessoas entre 20 e 50 anos de idade, para mais de 50% naquela com idade acima de 60 anos.<sup>33</sup>

Na avaliação de saúde de 81 pessoas de idade entre 90 e 99 anos, que viviam em Aberdeen (Escócia), observou-se que 78% da clientela que vivia em suas casas, os hábitos intestinais foram considerados regulares ou normais. Mas, somente 4% dos que viviam em pensionatos e 37% dos que se encontravam em hospitais de longa permanência, apresentavam hábitos intestinais normais.<sup>35</sup> Romero,<sup>7</sup> ressaltou que o empobrecimento da população, principalmente da faixa etária idosa, onde geralmente é maior a queda do poder aquisitivo, leva a um maior consumo de hidratos de carbono, o que contribui para o agravamento da constipação. A redução do conteúdo de fibras alimentares no cardápio,

---

\* DH = Day Hospital, atendimento durante o dia, sem pernoite ou internação.

passando-se ao uso de alimentos refinados, é um outro fator que agrava o quadro de constipação nesses pacientes.

Outros autores observaram que o envelhecimento interfere na fisiologia da eliminação intestinal pela diminuição da força dos músculos abdominais, pélvicos e diafragmáticos, os quais são fundamentais para iniciar e completar a defecação. Estes músculos atuam principalmente no fator expulsivo, e, no idoso frágil, sedentário ou acamado, a sua participação está diminuída, prejudicando a dinâmica da evacuação.<sup>36</sup>

A constipação foi classificada como o distúrbio gastrointestinal mais comum na velhice, e podem representar 40 a 50% das queixas (principal ou secundária), das clínicas especializadas.<sup>36,37</sup> A importância da constipação está, não somente no aumento da prevalência com a idade, mas também no agravamento das complicações.<sup>36</sup>

No estudo da constipação em populações geriátricas, é ressaltado por vários autores, que problemas como o abuso de laxativos, a falta de uma abordagem terapêutica adequada e individualizada, e o sub-registro clínico (pouca importância da constipação relativa a outros problemas clínicos) podem subestimar a real prevalência da constipação. O sub-registro clínico se dá em função da idéia distorcida de que a constipação é um problema próprio da idade, e, portanto, sendo relegado a um segundo plano, permitindo, assim, que um dado clínico importante, deixe de ser investigado ou avaliado de maneira adequada.<sup>6,7,32,36,39</sup>

A constipação intestinal no paciente idoso pode ser de tratamento bastante difícil, e mesmo que seja uma complicação de uma condição clínica prévia ou uma queixa não correlata com seus problemas atuais, seu impacto sobre a sensação global de bem estar e qualidade de vida não deve ser subestimado.<sup>6</sup>

A constipação intestinal de causa iatrogênica é frequente em indivíduos idosos e diminuem a motilidade colônica. E esta pode ser apenas uma das comorbidades provocadas pela politerapia e seus efeitos colaterais, situação freqüente em pessoas idosas. Alguns autores situam os analgésicos, os antiácidos e os antidepressivos como os medicamentos que mais favorecem ou intensificam a constipação na clientela idosa.<sup>7,32</sup>

A constipação atônica não é muito frequente entretanto, ocorre em inúmeras doenças como distúrbios endócrinos (mixedema, hiperparatireoidismo), e no curso de doenças neurológicas como seqüelas de AVC, lesões medulares como comprometimento do sistema nervoso autônomo, síndromes meningíticas, e na já citada doença de Parkinson.

Foi avaliado um grupo de pacientes, onde detectou-se que o cólon hipotônico é frequente em pessoas idosas, nos sedentários e nas distrofias pluricarenciais. O cólon hipotônico assume grandes proporções, nos pacientes idosos fragilizados, e restritos ao leito. Portanto, a vida sedentária, e a imobilidade são fatores importantes para a manifestação da constipação intestinal. E observaram que a contratilidade colônica é maior quando indivíduo está em movimento do que quando está deitado.<sup>34,38,39</sup>

### 2.3.2 – Fisiopatologia

Para a maior compreensão da fisiopatologia, da constipação intestinal no idoso, apresentamos, uma recapitulação da fisiologia intestinal.

A motilidade colônica é controlada por atividades miogênicas, neural e química, com o objetivo de propiciar reabsorção de água e eletrólitos, além do armazenamento e exoneração do bolo fecal. Os movimentos propulsivos, que consistem de contrações segmentares em série, peristálticos, facilitam o transporte do bolo fecal até o cólon descendente e reto, onde desencadeiam o reflexo da defecação.

A ingestão de alimentos desencadeia movimentos propulsivos do cólon através do reflexo gastro-cólico e pela liberação de gastrina e colescistocinina.

A chegada das fezes até o reto, ativa os receptores de estiramento responsáveis pela sensação de plenitude ou urgência a defecação, e via reflexa, inibe o tônus do esfíncter anal interno. O controle voluntário da defecação ocorre pela contração ou relaxamento do esfíncter anal externo e músculo pubo-retal. Desencadeado o reflexo, haverá ação peristáltica do sigmóide e contração da musculatura longitudinal do reto e cólon distal, estreitando-se o reto e obliterando o ângulo ano-retal. Com o auxílio da musculatura abdominal e do diafragma, haverá o esvaziamento do cólon distal, desde a flexura esplênica. A atividade física é um fator importante que influi sobre os movimentos do cólon. As mudanças de postura, como levantar-se, inclinar-se ou sentar-se estando deitado modificam os registros de pressão do trato gastro intestinal.<sup>33</sup>

As alterações do tônus da musculatura abdominal podem determinar ondas de pressão que repercutem sobre o cólon. A observação de que o trânsito colônico é consideravelmente mais lento em ratos senís, em comparação aos mais jovens. Este fenômeno está associado a respostas diminuídas de músculo liso ao estímulo elétrico dos nervos e aos agentes procinéticos.<sup>6</sup> Entretanto, estudos do trânsito colônico em seres

humanos idosos saudáveis não mostraram uma lentificação semelhante quando comparados com indivíduos mais jovens.<sup>40</sup>

Em indivíduos normais, a única sensação consciente originada a partir do cólon é a sensação de distensão e plenitude retal que produz o desejo de evacuar. Existem evidência de que esta sensação está reduzida em idosos. A continência anal é mantida pelo esfíncter interno, o esfíncter externo e o ângulo anorretal. Para que haja continência esse ângulo deve ser menor que 115 graus.<sup>41</sup> O esfíncter interno é uma continuação da musculatura circular do reto, e é responsável por 75% a 80% da pressão de fechamento anal em repouso. O esfíncter externo é formado por fibras musculares estriadas, continuação caudal dos músculos elevadores do ânus e é morfológicamente constituído de três segmentos: profundo, superficial e subcutâneo. Este esfíncter é influenciado pela vontade (contração voluntária) e os três segmentos atuam como única unidade funcional. A importância do esfíncter externo para a continência anorretal, consiste na sua ação de controle voluntário da evacuação.

Se o desejo de evacuar for inibido repetidas vezes, o estímulo sensorial desencadeado pela distensão retal será suprimido e os reflexos da defecação serão inibidos. E, assim a CI pode ser instalada devido ao estilo de vida agitado, ao não atendimento do desejo de evacuar, na maior parte das vezes, entre outros motivos. No idoso, isto pode ocorrer por ignorância, por incapacidade física, confusão mental, pela dificuldade de acesso ao toalete ou pela dificuldade em receber ajuda nos momentos que deseja evacuar.

A causa mais freqüente da prisão de ventre (constipação) habitual é educacional. Na sociedade ocidental, o ato de evacuar é considerado deselegante, sendo ensinado principalmente às meninas, que só se deve evacuar em recintos conhecidos, limpos e em situações convenientes. Isso determina que, na maioria das vezes em que aparece a sensação de necessidade de evacuar, é reprimida, e com a repetição leva a abolição da representação cortical do reflexo da evacuação.<sup>42,43</sup>

O ato de evacuar é então transformado em ato puramente voluntário, quando na realidade, como vimos na fisiologia, existe um componente involuntário importante. A evacuação passa a ser então, uma função difícil e penosa e o paciente passa a se utilizar unicamente da prensa abdominal para exonerar as fezes, contra a barreira esfínteriana interna e sem a contração da musculatura lisa retal. Esse fato por si só, faz com que o paciente passe a evitar o ato de evacuar. Em decorrência desses fatos, as fezes tornam-se endurecidas, pela menor absorção de água, acrescentando mais dificuldade ao ato



evacuatório, que agora se transforma num procedimento doloroso, pelo traumatismo decorrente das fezes endurecidas e pela falta de abertura do músculo do esfíncter interno. Geralmente é a partir dessa situação, que se instala uma constipação mais severa, e o indivíduo passa a fazer uso indiscriminado de laxativos progressivamente mais potentes e em maior quantidade no decorrer do tempo, o que vai agravar ainda mais o quadro de constipação, agora pela irritação crônica da mucosa, que diminui a sensibilidade dos pressorreceptores que iniciam a via aferente do reflexo da evacuação.

Com referência ao fator representado pela diminuição do poder propulsivo, pode-se dizer que a falta de exercícios abdominais, a obesidade, a presença de hérnias intra e extra abdominais, a multiparidade e algumas doenças neuromusculares levam a uma diminuição da capacidade da prensa abdominal, preenchendo os requisitos que determinam a constipação intestinal.<sup>6</sup>

Em nossa clientela de ambulatório, principalmente em mulheres idosas, encontramos fatores que determinam a flacidez da musculatura perineal, tais como multiparidade, roturas perineais e prolapso retal que também determinam diminuição da pressão intra abdominal, podendo provocar igualmente este tipo de constipação intestinal associada com um quadro dispéptico flatulento.

Ainda em relação ao estilo de vida, o sedentarismo, a vida moderna nas grandes cidades, faz com que o indivíduo deambule o mínimo possível, passando horas sentado, ou em seu local de trabalho, ou à frente de um televisor, de um computador ou dentro de um veículo. Esta falta de movimentação leva a obesidade, à flacidez muscular e à diminuição do reflexo gastrocólico, que somadas podem determinar o aparecimento de constipação intestinal.<sup>44</sup>

Brocklehurst,<sup>37</sup> relata que estudos fisiológicos não se demonstraram alterações da motilidade intestinal, ou prolongamento do trânsito intestinal, em pessoas idosas fisicamente ativas, sem história de constipação ou doença anorretal.

Essa condição chamada de inércia colônica ou constipação de trânsito lento, é geralmente acompanhada de dor, distensão abdominal e mucorretal, além de episódios intermitentes de evacuações frequentes de fezes mais moles, funde-se certamente com a chamada Síndrome do Intestino Irritável.<sup>45</sup>

O atraso no trânsito, o esvaziamento incompleto, a sensibilidade retal diminuída e a negligência em atender ao reflexo da evacuação, favorecem o aparecimento e agravamento da CI na população idosa. Com a sensibilidade e complacência retais deterioradas, o

adiamento repetido das evacuações, ou o ato de ignorar a necessidade de evacuar, podem resultar em fecaloma. Essa é uma causa comum de “incontinência por transbordamento” no idoso. A sensibilidade anorretal deteriorada pode estar associada a uma resposta anormal do esfíncter anal externo à distensão retal, resultando em incontinência.

A continência fecal, portanto, representa uma função complexa mantida pela interação de múltiplos mecanismos, incluindo a consistência das fezes, motilidade colônica, capacidade e complacência retais, sensibilidade do reto e do canal anal, a função do aparelho esfíncteriano de músculos e nervos do assoalho pélvico.

A influência da atividade física sobre a movimentação intestinal foi muito bem ilustrada no trabalho de Brocklehurst,<sup>37</sup> mostrando que o tempo de trânsito de indivíduos idosos é o mesmo de pessoas mais jovens, mas que, nos indivíduos acamados, aquele tempo pode tornar-se muito prolongado. O chamado “reflexo gastro-cólico” praticamente só ocorre em pessoas que se encontram em atividade.<sup>37,41</sup>

O quadro clínico do paciente constipado é extremamente variável e depende de vários fatores ou de coexistência de outras situações clínicas. Os sintomas podem variar de nenhum a vários sintomas como: dor abdominal, distensão abdominal, sonolência, irritabilidade, cefaléia, inapetência, língua saburrosa e halitose.

Autores como Aveny Jones<sup>44</sup> no entanto, negam que estes sintomas decorram da constipação, mas sim do estado psíquico do paciente. Já outros autores procuram demonstrar uma absorção de substâncias tóxicas pela mucosa colônica nos paciente obstipados provocando verdadeira “auto-intoxicação”. Outro grupo de pesquisadores demonstra a reprodutibilidade dos sintomas acima com a distensão experimental da ampola retal.<sup>43</sup>

A constipação intestinal nos pacientes idosos, pode apresentar-se com queixas de desconforto geral e até mesmo síncope, nos casos de exoneração intestinal com muito esforço, constituindo um risco de “queda” seguido de fraturas ósseas, principalmente nos idosos fragilizados. Podem ser periódicos nestes idosos constipados, a presença de pequenos escapamentos de fezes líquidas, ou até mesmo de diarreia paradoxal quando consequente a um fecaloma. A incontinência fecal e urinária pode surgir, até mesmo em pacientes ambulatoriais com idades mais avançadas. Nos idosos fragilizados ou em estado geral comprometido, poderá ocorrer prolapso anormal do períneo, no momento do esforço para defecação poderá ainda ocorrer pequeno prolapso da mucosa retal anterior no conduto anal, o que pode dar a impressão da existência de massa de matéria fecal no

conduto anal. História de hemorróidas, ou de outros problemas anorretais, também podem coexistir.<sup>22,44</sup>

Pacientes idosos, hospitalizados ou institucionalizados, de ambos os sexos, apresentam redução da sensibilidade retal e, com frequência, desenvolvem constipação severa, impactação fecal e hipotonia esfinteriana, desencadeando a diarréia paradoxal ou falsa diarréia, ou mesmo, incontinência fecal ou “soiling” pelo menos duas vezes por mês.<sup>7</sup>

Em mulheres de meia idade ou idosas, a descida excessiva do períneo resulta da fraqueza do assoalho pélvico, o que pode ocorrer devido à degeneração neuromuscular relacionada a idade avançada, trauma obstétrico ou longa história de obstipação com prolongado esforço evacuatório. A flacidez pélvica, uma vez presente, predispõe a uma excessiva descida do períneo durante o esforço evacuatório, refletindo a falta de suporte do assoalho pélvico para o reto e estruturas perirretais. O excessivo esforço evacuatório e o aumento da pressão intra-abdominal não propulsionam efetivamente o bolo fecal, distalmente, acarretando sensação contínua de evacuação incompleta e consequente necessidade de maior esforço evacuatório. A consequência imediata é o obstáculo à defecação. A seqüela tardia, também é a incontinência fecal.<sup>40</sup>

Finalmente, os fatores de risco mais importantes na instalação ou agravamento da CI no idoso, comentados na literatura revisada seguem em síntese.

Os fatores de risco para a constipação intestinal no paciente idoso afetos à motilidade intestinal incluem o tipo de alimentação, a atividade física, o uso de medicamentos e os hábitos pessoais de eliminação. Além disso, existem os fatores de risco afetos às condições neuromusculares do assoalho pélvico e abdominal, tais como: multigestações e partos, grandes cirurgias abdominais e pélvicas, doenças sistêmicas e afecções anorretais.

Os mais importantes fatores de risco para a constipação intestinal no idoso são os mesmos que atingem as pessoas mais jovens e tem relação com os hábitos alimentares e de ingestão de líquidos inadequados. Os alimentos que contém fibras possuem propriedades hidrofílicas e, ao reterem água no intestino, tendem a tornar as fezes moles. Além disso, ao aumentar o volume das fezes, favorecem a estimulação do reflexo peristáltico natural e a secreção de muco que lubrificará as fezes.

O sedentarismo como um hábito ou a inatividade física como uma imposição sócio-econômica, cultural ou de saúde, constitui outro fator de risco que compromete a

função intestinal, retardando os movimentos intestinais em contraposição à atividade física que aumenta a atividade contrátil do cólon, e é o principal fator desencadeador das contrações segmentares longas (movimentos de massa). Essas contrações ocorrem logo que as pessoas normais se levantam do leito pela manhã, e, habitualmente, são acompanhados do desejo de evacuar. A prática da ingestão de uma boa quantidade de líquidos diários, acompanhados de exercícios regulares são excelentes estímulos para atividade intestinal.<sup>32</sup> Muitas vezes torna-se necessário exercícios especiais para aumentar o tônus da musculatura abdominal.<sup>46</sup>

Em grupos idosos sedentários e inativos, reclusos ao domicílio, ou em instituições portadores de depressão e demência, é mais comum a presença de constipação intestinal, complicada com impactação fecal, chegando muitos deles a apresentar incontinência fecal.<sup>33,34</sup>

Outro fator de risco comum à constipação intestinal relaciona-se aos efeitos colaterais de alguns medicamentos usados. O levantamento das medicações usadas pelo cliente idoso deve ser considerado com atenção, durante a investigação das causas de constipação. A politerapia pode aumentar o risco de CI em pacientes idosos, particularmente os asilados. Várias drogas de prescrição comum no idoso como: antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, narcóticos, bloqueadores dos canais de cálcio, suplementos de ferro, antiácidos a base de alumínio e alguns anticonvulsivantes, estão associados com constipação intestinal e devem ser usados com parcimônia.<sup>7</sup> Os medicamentos com ação anticolinérgica lentificam o trânsito intestinal, bloqueando o parassimpático. Os bloqueadores dos canais do cálcio relaxam a musculatura lisa do cólon. Os diuréticos causam desidratação, com provável aumento da absorção de água intestinal e conseqüente endurecimento das fezes. Os AINEs (anti-inflamatórios não esteróides), freqüentemente utilizados na prática médica diária, também são capazes de provocar constipação, através da inibição da produção normal de prostaglandinas. Portanto, o uso variado de medicamentos, coloca as pessoas idosas sob o risco, de desenvolver constipação intestinal, pelas seus efeitos colaterais agindo concomitantemente.

A constipação intestinal do pacientes idoso é habitualmente de natureza multifatorial. Sendo que, na chamada constipação intestinal crônica funcional, é a causa mais freqüente em todas as idades pode se originar de problemas intestinais primários ou secundários, conseqüentes às várias condições de hábitos pessoais de vida e de saúde peculiares do idoso.

Do exposto, observamos que no idoso, o estilo de vida relacionado ao hábito pessoal de eliminação intestinal, e ao da alimentação pobre em fibras e com menos ingestão de água, associada à perda dentária, e problemas bucais, bem como o sedentarismo, as consequências da politerapia medicamentosa, as condições alteradas anatomofisiológicas do segmento anorectal e assoalho pélvico, tornam-se importantes para explicar a prevalência da CI na população idosa e constitui em fatores de risco importantes.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 - OBJETIVO GERAL**

- Determinar a qualidade de vida em idosos portadores de multipatologia e constipação intestinal funcional crônica.

### **3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.2.1** - Descrever as características clínicas dos idosos portadores de multipatologia incluindo a constipação intestinal funcional crônica.

**3.2.2** - Avaliar a qualidade de vida destes pacientes idosos aplicando a Escala de qualidade de Vida (EQV) de Flanagan.

**3.2.3** - Verificar a aplicabilidade da EQV de Flanagan na avaliação da qualidade de vida em pacientes geriátricos portadores de multipatologias.

## **4. MÉTODO**

Este capítulo destaca os aspectos do desenvolvimento do estudo, que inclui tipo de pesquisa, local, período, amostragem, proteção aos direitos humanos dos participantes da pesquisa, procedimento de coleta de dados incluindo o instrumento, e procedimento de análise dos dados.

### **4.1 – Tipo, local e período do estudo**

Trata-se de pesquisa, de natureza descritivo-exploratória, desenvolvida no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), Florianópolis, durante o período de 04/96 a 12/97.

A escolha do local foi motivada pelo fato deste hospital ter um bom fluxo de pacientes idosos, tanto no ambulatório geral como no ambulatório do NIPEG/HU/UFSC (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Extensão e Assistência Geronto-geriátrica). Pela facilidade de acesso do autor àquelas unidades e pelo apoio recebido da direção, do corpo clínico e do serviço de enfermagem ambulatorial, criou-se uma agenda específica para esta pesquisa, com atendimento programado dos clientes idosos com constipação intestinal. Os clientes dessa agenda eram, portanto, encaminhados pela comunidade do HU/UFSC e por alguns clínicos da rede ambulatorial do SUS da Grande Florianópolis, em atendimento à colaboração solicitada pelo pesquisador. Assim, todos os clientes agendados foram examinados e tratados ou encaminhados devidamente, independente de terem sido incluídos, ou não, na presente pesquisa.

### **4.2 - Amostragem**

A amostra foi do tipo intencional por conveniência do autor. Consistiu-se de trinta e um pacientes que se enquadravam nos critérios estabelecidos, ou sejam: a) que fossem portadores de constipação intestinal (CI) funcional crônica não-associada a neoplasia colônica, mixedema ou outros problemas orgânicos relacionados; b) que tivessem idade igual ou superior a 60 anos; c) que estivessem acometidos de multipatologia

(comorbidade). A multipatologia, foi definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas, uma situação prevalente em pacientes geriátricos. A CI funcional crônica foi definida como: frequência de evacuações menor que três por semana, com fezes endurecidas e exoneradas com esforço. Os pacientes que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, após as informações prestadas, foram selecionados entre os atendidos na agenda especial.

### **4.3 - Proteção dos direitos humanos**

Em observância aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram tomados alguns cuidados como:

- a) os clientes agendados à consulta para tratamento da constipação intestinal eram atendidos e quando preenchiam os critérios de inclusão, eram convidados a participar do estudo sendo informados quanto aos objetivos e a utilidade do estudo, bem como quanto aos benefícios próprios que poderiam obter dessa participação sem risco, exceto pelo desconforto, de dispendir algum tempo junto do pesquisador médico e de seu assistente de pesquisa. Assegurou-se que a liberdade e direito de não participar da pesquisa em nada prejudicaria o seu atendimento rotineiro no Ambulatório. Após o consentimento verbal de cada cliente, como participante da pesquisa, precedia-se a entrevista e a aplicação do EQV de Flanagan;
- b) aos pacientes participantes foi assegurada a proteção da privacidade e identidade durante a coleta de dados, a menção destes na dissertação, comprometendo-se a evitar a possibilidade de associação dos dados à pessoa de cada participante. Todo o material referente às anotações dos clientes participantes foi guardado em local seguro e sem acesso a outras pessoas a não ser as envolvidas na pesquisa.

## **4.4 – Procedimentos de coleta de dados**

### **4.4.1 – Quanto à constipação intestinal**

Dos idosos portadores de constipação intestinal funcional crônica foram obtidas informações clínicas, valendo-se do método clínico, em ambiente privativo do consultório



ambulatorial. Os dados especiais da pesquisa foram colhidos em formulário próprio (Anexo I). Os tópicos incluídos neste formulário visavam a identificação da gravidade da CI, detectando os seis fatores causais clássicos de CI por meio de quatorze itens de observação e questionamento. Os fatores causais são: baixo consumo de fibra; baixa ingestão de líquidos; mastigação prejudicada; sedentarismo; polifarmácia e a multipatologia. Estes fatores causais foram determinados entre os dados levantados segundo os critérios definidos em: para fibra e líquidos, consumo adequado ou inadequado; para mastigação prejudicada; sedentarismo, atividade física adequada ou inadequada; para polifarmácia, presente ou não; para multipatologia, com menos ou mais de três patologias.

#### 4.4.2 – Quanto à qualidade de vida

Para a obtenção dos dados relativos à qualidade de vida aplicou-se a Escala de Qualidade de Vida (EQV) de Flanagan. A EQV proposta por Flanagan (1982), é um tipo de escala ordinal, utilizada para obter medidas quantitativas de qualidade de vida por meio de respostas obtidas em quinze itens agrupados em cinco dimensões; conforme pode ser observado no instrumento completo apresentado no Anexo II. Flanagan<sup>48</sup> desenvolveu esta escala com os dados colhidos de uma amostra de 3.000 homens e mulheres norte-americanos, com idades de 30, 50 e 70 anos, valendo-se do método de incidente crítico. A escala foi construída indutivamente. Trata-se de um instrumento multidimensional e com evidência de validade de construto em função dos resultados da análise fatorial efetuada. Burckhardt et al.<sup>49</sup> utilizou-a, modificando a original graduação de resposta em cinco pontuações para sete pontuações, por permitir um espectro maior de respostas, ou seja, uma captação mais sensível de resposta. As autoras testaram esta escala em uma amostra composta de 227 pessoas portadoras de quatro diferentes doenças crônicas. E obteve para a EQV de Flanagan uma confiabilidade por consistência interna, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87. Esta escala foi traduzida para o português e usada por Hashimoto, Guedes e Pereira, porém, estes não fazem referência quanto à confiabilidade.<sup>50</sup> Por isso, para o nosso estudo, considerou-se o cálculo realizado por Nassar e Gonçalves<sup>51</sup> do coeficiente de confiabilidade reunindo os dados de aplicação da EQV de Flanagan em três amostras diferentes: de 72 pacientes idosos em tratamento ambulatorial, de 52 pessoas idosas freqüentadoras de uma universidade aberta para terceira idade, e de 59 membros da

equipe de enfermagem, trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva neo-natal e de unidade de pacientes com AIDS, perfazendo um total de 183 sujeitos. Dos dados desta amostra relativamente heterogênea obteve-se em seus cálculos, uma confiabilidade refletida pelo coeficiente alfa de Cronbach de 0,90. Submetidos também ao teste das metades, separando-se os dados dos itens pares dos ímpares da Escala, obteve-se um índice de 0,86. Demonstra-se, desse modo, que a EQV de Flanagan, traduzida em português e aplicada em nosso meio, apresenta alta confiabilidade.

Para o presente estudo, a EQV de Flanagan foi utilizada com pontuação adotada por Burckhardt.<sup>49</sup> Vale lembrar que se trata de uma escala ordinal. Portanto, o valor **um** representa um escore de resposta “muitíssimo insatisfeito a algum aspecto da qualidade de vida” e assim sucessivamente. O valor **sete** representa o escore de resposta “muitíssimo satisfeito” a algum aspecto da qualidade de vida. Assim a pontuação máxima que um respondente pode obter na Escala é de 105 pontos, representando um escore de mais alta qualidade de vida, e a pontuação mínima de 15 pontos, representando um escore de mais baixa qualidade de vida.

#### **4.5 – Procedimento de análise dos dados**

Os dados foram apresentados segundo a organização:

- a) dos dados obtidos por meio do método clínico, destacados aqueles aspectos que tiveram relação com a CI, seus fatores causais e complicações. Estes dados foram apresentados descritivamente;
- b) os escores de qualidade de vida obtidos no grupo de pacientes estudados, apresentados graficamente os escores totais obtidos por membros do grupo bem como os escores médios de cada um dos quinze itens das cinco dimensões de qualidade de vida segundo Flanagan.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 – Caracterização da amostra

A população alvo deste estudo é representada por pacientes geriátricos, portadores de multipatologia e acometidos de CI funcional crônica. A amostra formada de 31 pacientes nestas condições constituiu-se a casuística do estudo. As características do grupo está apresentada na Tabela I. Nela demonstra-se as características onde são contemplados os seguintes aspectos: sexo, estado civil, “com quem mora” (com quem reside), moradia, polipatologia, polifarmácia e idade. Tais características delineiam um perfil dos idosos estudados. Quanto ao sexo, houve um predomínio do sexo feminino. Houve predomínio de condição de casado. Com relação à “com quem mora” a maioria convivia com seu cônjuge. Quanto ao tipo de moradia também a maioria vivia em casa própria.

Em relação à polipatologia, observa-se alta frequência de comorbidade com a presença de 3 ou mais doenças. Neste estudo 19 pacientes (61%) apresentavam 3 ou mais doenças, 7 paciente (23%) tinham 3 doenças associadas e apenas 5 pacientes (16%) tinham menos de 3 doenças.

Estes três idosos sofriam de diabetes, não tendo sido evidenciado nestes pacientes a presença de neuropatia visceral. Apesar da maior incidência de doenças cardio vasculares (20 pacientes), com predomínio da doença arterial coronariana e hipertensão arterial sistêmica, nesta amostra também foram encontrados 17 pacientes com problemas osteoarticulares de moderada a severa gravidade, e 10 pacientes apresentavam um quadro importante de depressão.

A polifarmácia foi observada com alta frequência, e um grande número de medicamentos são consumidos pela maioria dos idosos estudados.

E, a idade média apresentada foi 71 anos.

**TABELA I – Distribuição das características dos pacientes idosos do ambulatório do NIPEG/HU/UFSC - período 96/97.**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	25	81,6
Masculino	6	19,4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	4	12,9
Casado	18	58,0
Viúvo	8	25,8
Separado	1	3,3
<b>“COM QUEM MORA”</b>		
Só	6	19,4
Cônjuge	17	54,8
Outros familiares	4	12,9
Outros idosos	4	12,9
<b>MORADIA</b>		
Própria	18	58,0
Filhos	6	19,4
Alugada	3	9,7
Outros	4	12,9
<b>POLIPATOLOGIA</b>		
Menos de 3	5	16,1
3 ou mais	26	83,9
<b>POLIFARMÁCIA</b>		
Menos de 3	5	16,0
3 ou mais	26	84,0
<hr/>		
<b>IDADE (ANOS)</b>		
Média	71,2	
Desvio padrão	6,1	
Nº de Pacientes	31	

## 5.2 – Caracterização clínica dos pacientes com Constipação Intestinal

A CI funcional ou essencial, detectada no grupo estudado, apresentou-se com as características essenciais da constipação: intervalos de 3 a 5 dias ou acima de 5 dias, história de longa duração (3 a 6 meses, maior que 1 ano, superior há 2-3anos etc.), exonerações com esforço e/ou dolorosas com associação de medidas laxativas.

Entre os fatores causais conhecidos de CI no idoso, o consumo de fibras, (frutas, hortaliças, verduras e fibras propriamente ditas, como farelos, estava reduzido, segundo o relato de vinte e nove pacientes. Apenas em dois pacientes seu consumo foi considerado moderado.

Outro fator é a ingestão de líquidos sob a forma de água, chás, café, sucos e leite. Em vinte e nove pacientes estudados, houve uma reduzida ingestão de líquidos, com um volume diário dificilmente ultrapassando os 500 ml ao dia. Apenas em dois pacientes o consumo foi moderado, perfazendo um volume de 1000 a 1200ml ao dia.

Em relação a mastigação, foi observada, na totalidade dos pacientes, um prejuízo mastigação, devido à presença de prótese total ou parcial, frequentemente mal ajustadas, ou à dentição precária, ou ausente. O hábito de ingerir somente “papinhas” e líquidos era comum, tanto por iniciativa própria, como por indicação de familiares, como forma de contornar tal problema. Uma dieta uniforme, exigida foi um padrão de alimentação muito comum nesses pacientes.

O fator sedentarismo e imobilidade foi observado em 100% dos pacientes avaliados e considerados como de moderado a intenso. Alguns destes tinham, entre suas condições crônicas de saúde, a osteoartrose, que dificultava sobremaneira sua mobilidade. Esses pacientes possuíam especial prejuízo nas funções de eliminação intestinal representado por dificuldades no sentar e/ou levantar-se do vaso sanitário, ou urinol de uso noturno.

A polifarmácia, como outro fator coadjuvante da CI, foi observada como segue: entre os pacientes 93,5% usavam três ou mais medicamentos diferentes diariamente e por longa data. Os medicamentos usados em sua predominância foram os analgésicos/anti-inflamatórios, os laxativos, a medicação cardiovascular e diurética, os benzodiazepínicos, os antidepressivos, os bloqueadores H<sub>2</sub> e os antiácidos. No estudo, 98% dos pacientes já havia usado em torno de três tipos diferentes de laxativos e supositórios. A característica do uso do laxante foi a irregularidade, muitas vezes sem controle médico, e frequente automedicação.

Os laxativos mais usados pelos pacientes foram produtos comerciais como Específico 46<sup>®</sup> (Almeida Prado), Tamarine<sup>®</sup>, Dulcolax<sup>®</sup>, Humectol<sup>®</sup>, Agarol<sup>®</sup>, Gotalax<sup>®</sup>, Lactopurga<sup>®</sup> e Agiolax<sup>®</sup>. Entre os supositórios mais usados estavam os de glicerina. Vinte e cinco pacientes já haviam feito uso de supositório em mais de uma ocasião. O uso de Fleet Enema<sup>®</sup> de forma episódica, também foi relatado por essa clientela. O uso de fibras na forma de farelos e de sementes de *Psyllium* (Metamucil<sup>®</sup>), foi citado por 60% dos pacientes, porém de forma irregular.

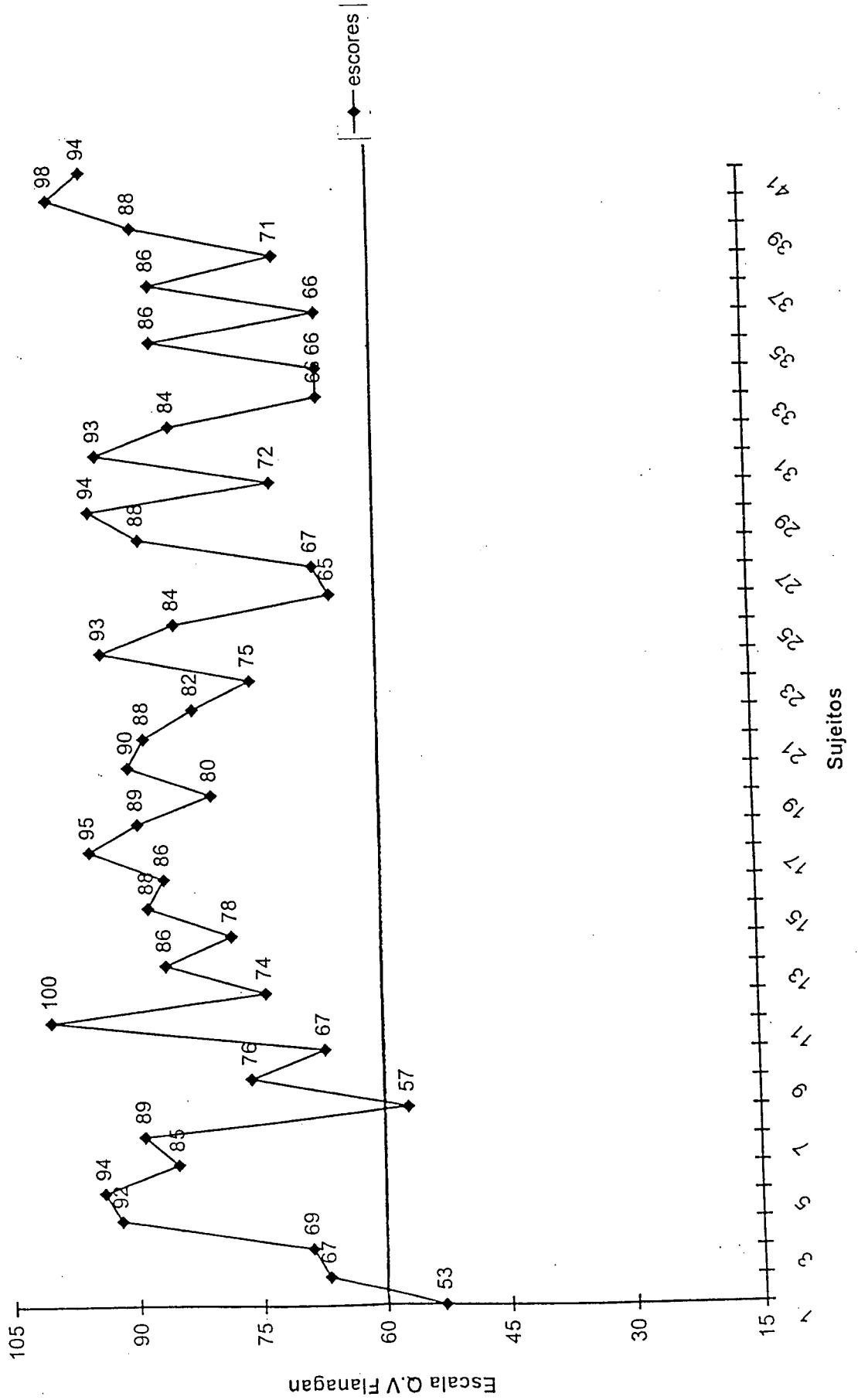
Em relação à polipatologia, foram identificados em 26 pacientes três ou mais afecções crônicas concomitantes e apenas um pequeno grupo de 5 pacientes apresentavam duas patologias associados.

Todos os pacientes revelaram ter sensação de esvaziamento incompleto do reto após as evacuações, sendo, as fezes muitas vezes, fracionadas em dois tempos, com a necessidade de manobras digitais (perineais, perianais, intra retais), para auxiliar a exoneração dos intestinos. Cinco pacientes relataram a ocorrência da principal complicação da CI que é a impactação fecal ou fecaloma. Estes apresentaram esta complicação em várias ocasiões, e todos tiveram a necessidade, em pelo menos em um dos episódios, da retirada mecânica, ou de outras manobras terapêuticas em ambiente hospitalar. Na vigência da impactação fecal, dois pacientes apresentaram episódios de diarréia paradoxal, e de incontinência fecal persistente. Uma paciente apresentou o quadro clínico de “delírio” na vigência do fecaloma.

### **5.3 – Qualidade de vida e constipação intestinal**

Os escores totais de qualidade de vida obtidos de cada um dos idosos participantes do estudo encontram-se no gráfico 1.

Gráfico 1 - Grupo sem CI



Os escores totais de qualidade de vida obtidos entre os idosos estudados perfizeram um escore médio de 58,9 pontos com desvio-padrão de 15,0 pontos, significando um nível de discreta satisfação para à indiferença.

Para melhor visualizar as diferenças nos escores de qualidade de vida obtidos entre as suas dimensões apresentam-se no Gráfico 2 e Tabela II. Observa-se que as dimensões e itens que demonstraram escores médios mais baixos foram: a dimensão “atividades sociais, comunitárias e cívicas”; o item “saúde” da dimensão “desenvolvimento pessoal e realização”; e a dimensão “recreação” com excessão do item recreação passiva. O item “conforto material” da dimensão “bem estar físico e material”, e a dimensão “relação com outras pessoas “onde inclui a relação com familiares e amigos, foram as áreas de maior satisfação manifestada, oscilando os escores com pontuação entre 4,7 e 4,0. Tal constatação encontra lógica considerando que os idosos, em meio a seus aborrecimentos, encontram ainda apoio e convívio com seus familiares.

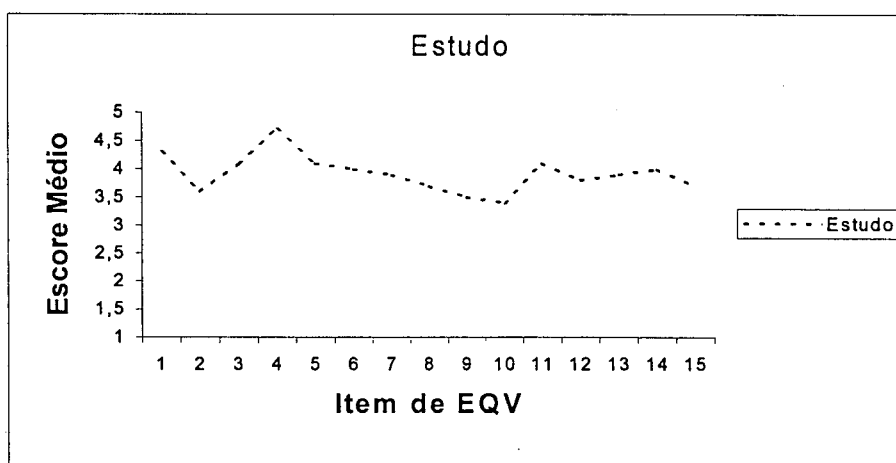


Gráfico 2 - Escores médios obtidos nos 15 itens da EQV de Flanagan pelos pacientes geriátricos com CI. Ambulatório do NIPEG/HU/UFSC.



**TABELA II – Escores médios desvios-padrão em cada um dos quinze itens da EQV de Flanagan obtidos pelos pacientes geriátricos com CI. Ambulatório do NIPEG/HU//UFSC, período 1996-1997.**

<b>DIMENSÕES/ITENS</b>	<b>Escore Médio</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>1. Bem estar físico e material</b>		
Conforto Material	4,4	1,3
Saúde	3,6	1,3
<b>2. Relação com outras pessoas</b>		
Relação com parentes	4,1	1,3
Ter e criar filhos	4,7	1,1
Íntimo	4,0	1,4
Amigos	4,0	1,6
<b>3. Atividades Sociais, comunitárias e cívicas</b>		
Ajuda	3,9	1,5
Participação	3,7	1,6
<b>4. Desenvolvimento pessoal e realização</b>		
Aprendizagem	3,5	1,3
Auto-conhecimento	3,4	1,1
Trabalho	4,0	1,4
Comunicação	3,8	1,4
<b>5. Recreação</b>		
Socialização “fazer amigos”	3,9	1,5
Recreação passiva	4,0	1,2
Recreação ativa	3,7	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>80,9</b>	<b>11,8</b>

## 6. DISCUSSÃO E ANÁLISE

### 6.1 – Constipação Intestinal

Nesta casuística, estão analisados os dados de trinta e um pacientes idosos portadores de multipatologias, incluindo a constipação intestinal, atendidos no ambulatório de gerontogeriatrics do HU/UFSC. Um considerável número de (50,7%) pacientes tinha história de CI crônica funcional de longa data, com tempo superior a 3 anos, e conviviam com a alteração do ritmo intestinal que foi considerada constipação grave, traduzida por exonerações intestinais com intervalo superior a 4 dias, muitos chegando a permanecer até uma semana sem evacuar. Estes dados são comparáveis aos achados de pesquisa semelhante de outros autores.<sup>7,32,52</sup> Os outros idosos (49,3%) com constipação de leve para moderada e, já estavam em uso de laxativos, porém nem sempre a busca da assistência foi motivada pela constipação intestinal.

Em estudos sobre CI em idosos ambulatoriais, observaram que 50% sofriam de constipação moderada, e faziam a auto-medicação com laxativos.<sup>33,34</sup>

Apesar da crença comum de que a constipação é mais frequente no idoso, poucos dados sustentam essa idéia na população sem limitações funcionais. Para este autor a CI é um dos mais freqüentes distúrbios do sistema gastrointestinal nos idosos, quando acamados ou sedentários.<sup>9</sup> Outro autor afirma que no idoso com envelhecimento satisfatório e saudável, o problema da CI não é freqüente.<sup>53</sup>

No processo do envelhecimento a perda progressiva da reserva funcional com redução da visão, diminuição das funções gustativas e olfativa contribuem para o aumento de incidência de constipação intestinal na pessoa idosa.

Em relação aos fatores causais de CI levantados no grupo de estudo, houve o predomínio de seis fatores: o baixo consumo de fibras; a baixa ingestão de líquidos; a mastigação prejudicada; o sedentarismo; a polifarmácia; e a polipatologia. Estes foram também os fatores mais prevalentes.<sup>7,32,53</sup>

Além disso, identificou-se em dezenove pacientes outros fatores causais, como a diminuição do tônus da musculatura abdominal e fragilidade do assoalho pélvico, que contribuíram para o aparecimento da CI. Entre essas pacientes, houve aquelas com mais

de cinco gestações, e outras cinco, com cirurgias abdomino-pélvicas, que provavelmente, influenciaram no aparecimento da constipação intestinal. Tal constatação é concordante com os resultados de pesquisa.<sup>40</sup>

### **6.1.1 - O Consumo deficiente de fibras na alimentação**

Entre os pacientes estudados, vinte e nove deles tinham um consumo reduzido de fibras em sua dieta, e em dois pacientes, o consumo era moderado. Esses idosos demonstraram hábitos alimentares inadequados pois consumiam pirão de água e de feijão, como o prato básico, além do arroz, batata, aipim, café puro e pão. Esporadicamente, comiam banana, laranja, alface quando recebiam dos filhos ou vizinhos.

As fibras alimentares constituem-se numa mistura heterogênea de polissacarídeos e lignina, resistentes à hidrólise pelas enzimas digestivas do homem.<sup>54</sup> Estão presentes numa ampla variedade de alimentos de origem vegetal, incluindo os vegetais folhosos (as folhas verdes), as verduras com talo, o palmito, o bagaço de frutas (principalmente a laranja), a casca das frutas (maça, uvas, figo), o arroz integral, o trigo sarraceno, o farelo de trigo e o germe de trigo.<sup>43,54</sup>

Nos estudos de Donald,<sup>34</sup> a média de fibra consumida por dia por um grupo de pacientes idosos ambulatoriais, na sua maioria estava abaixo da ingestão diária recomendada, que é de 20g/diárias, necessárias à formação do bolo fecal.

As vantagens da dieta com fibras, para um intestino bem funcionante, são além da normalização intestinal, a prevenção do aparecimento da doença diverticular dos cólons, uma das consequências da CI, e cuja incidência é de quase a totalidade dos idosos ocidentais, e rara entre os nativos africanos.<sup>34</sup>

Nos idosos que tenham dificuldade em seguir uma dieta que assegure uma quantidade adequada de alimentos contendo fibras vegetais, pode ser introduzido algum preparado comercial como complemento dietético regular. Estes preparados hidrófilos, estão constituídos fundamentalmente por celulose e derivados de celulose de origem vegetal, que possuem propriedades de reter água, propriedade dos alimentos que contém fibras.

### 6.1.2 - A ingesta hídrica reduzida

A ingestão de quantidade adequada de líquidos e fibras na dieta constitui a chave para a prevenção da constipação intestinal.<sup>10,32</sup>

Tem sido demonstrado na literatura que as pessoas idosas apresentam diminuição dos mecanismos da sede, mesmo em presença de desidratação, impedindo a hidratação normal.<sup>10</sup>

A capacidade do rim para concentrar urina e reter água não é, na velhice, tão eficiente quanto na juventude. Assim sendo, o idoso, nem sempre, apresenta o desejável grau de hidratação. Os idosos estudados, com predomínio na faixa etária superior a 70 anos, apresentavam filtração glomerular comprometida e, faziam uso de diuréticos, o que interferia assim no estado de hidratação destes pacientes.

Embora se saiba que a desidratação provoca impactação fecal, os benefícios da ingestão de líquidos, em idosos constipados não estão bem demonstrados. No processo de envelhecimento, o rim do idoso tem uma habilidade de concentração decrescente e o reflexo da sede está diminuindo nestes pacientes.

Os diuréticos também contribuem para perda de líquidos em idosos. A desidratação como um fator de coadjuvante da CI. O autor, em um de seus estudos, observou que a baixa ingestão de líquidos durante uma semana em homens jovens, voluntários, resultou na redução do volume das fezes e tendência a constipação intestinal. O idoso vive em um estado crônico de desidratação, cuja origem é multifatorial, e contribui para o aparecimento de constipação intestinal nesta clientela.<sup>32</sup>

### 6.1.3 - Mastigação deficiente

A mastigação inadequada é um fator causal que se soma à gênese da CI no paciente idoso. O desejo e a habilidade em se alimentar são comprometidos pela deterioração do “status” dentário.

Em nosso estudo, dezoito pacientes do total usavam prótese total, quase sempre mal-ajustada, e nem todos a usavam todo o tempo, ou, às vezes, apenas a prótese superior. Seis pacientes usavam prótese parcial e mal ajustadas, e sete pacientes apresentavam dentição precária ou ausente. Próteses especialmente quando mal-ajustadas, limitam a escolha de alimentos.

A eficiência mastigatória é importante para uma boa digestão, e um bom funcionamento intestinal.<sup>55</sup> Em nossa casuística todos queixaram-se de dificuldade no processo mastigatório, principalmente para sólidos, e, por isso, mudaram sua dieta que se constituía de “papinhas” e líquidos. Tal mudança foi seguida de piora constipação intestinal.

#### **6.1.4 - Sedentarismo/Imobilidade**

A atividade física moderada é recomendada em idosos com constipação intestinal. Geralmente, um programa de caminhadas diárias dentro de trinta minutos, após uma refeição (café da manhã ou almoço), é de grande auxílio para diminuir a constipação.<sup>7</sup> A imobilidade é um importante fator no desencadeamento do processo de CI.<sup>32</sup> O sedentarismo foi um fator marcante entre os idosos do grupo de estudo, e mesmo sendo uma clientela ambulatorial, 24 pacientes relataram ter uma atividade física extremamente reduzida. Esses pacientes passavam praticamente todo o dia sentados ou deitados, até por dificuldades de mobilização, e sem estímulo e/ou ajudas para qualquer atividade física.

A atividade física e o condicionamento físico para o idoso podem aprimorar a qualidade de vida, melhorando a disposição para o trabalho e recreação e alterar o ritmo de declínio funcional.

Os idosos ativos apresentam maior participação na auto assistência e nas atividades da vida diária, do que idosos sedentários.<sup>56</sup>

Foi relatado que os idosos de seu estudo tinham baixa atividade física diária, e mantinham um ritmo intestinal em torno de duas a três evacuações semanais, ao passo que os idosos que permaneciam acamados na maior parte do tempo, apresentavam um ritmo intestinal mais prolongado, ultrapassando uma semana; finalmente, paciente idosos e sedentários, apresentam redução da sensibilidade retal, impaction fecal e hipotonia esfinteriana.<sup>32,57</sup>

#### **6.1.5 - A polifarmácia**

Este termo tem a conotação de uso abusivo de remédios, pois significa associar aos medicamentos prescritos a auto-medicação. A polifarmácia pode aumentar o risco de

CI no paciente idoso, principalmente naqueles que vivem em instituições, onde o uso de medicamentos é maior.<sup>32</sup>

Em nosso estudo, vinte e nove pacientes idosos relataram fazer o uso diário de três ou mais diferentes tipos de medicamentos, e somente em dois pacientes o uso era menor do que três medicamentos diários. A polifarmácia no paciente idoso é fonte de muitos problemas clínicos, tornando-se uma preocupação constante na medicina geriátrica. Entre os problemas clínicos relacionados ao uso de vários medicamentos, a constipação intestinal encontra-se frequentemente, presente. Os medicamentos com fortes propriedades anticolinérgicas, como os antidepressivos tricíclicos, os antipsicóticos e os narcóticos, são drogas que apresentam a CI como efeito colateral. Outros medicamentos de uso comum na clínica geriátrica como os diuréticos, os bloqueadores do canal de cálcio, suplementos de ferro, antiácidos e anticonvulsivantes, também com frequência facilitam o aparecimento da CI. São medicações que requerem cuidados na seleção e no planejamento terapêutico dos idosos.

A polifarmácia apresenta riscos devido a três fatores: interações medicamentosas, interação de drogas com doenças, e a simples exposição a vários compostos diferentes.<sup>58</sup>

Dos pacientes estudados, trinta relataram usar algum tipo de laxativo. Em média, todos já haviam usado três ou mais diferentes tipos de drogas laxativas, incluindo os supositórios e lavagens “desintoxicantes”. Na sua totalidade, o uso destes medicamentos era irregular, e não seguiam uma prescrição médica. Entre esses idosos, foi comum o relato da troca de informações ou sugestões dos amigos, como a principal fonte no uso destas drogas. A fenolftaleína, largamente utilizada em várias formulações laxativas, deveria ser abandonada, por provocar, além da melnose cólica, sensibilização cutânea, com aparecimento de erupções. É curioso notar que a fórmula 46, conhecida como droga natural homeopática, nada mais é do que a fenolftaleína.<sup>43</sup>

Ficou claro, neste estudo, o abuso do uso de laxativos por parte dos pacientes, por “palpite” e aconselhamento dos familiares e amigos. A ansiedade provocada pela falta de uma resposta rápida aos laxativos, motiva os idosos à troca constante por outras especialidades farmacológicas.<sup>7,43</sup>

Os medicamentos por prescrição médica mais comumente utilizados pelos idosos que habitam na comunidade são os analgésicos, diuréticos, drogas cardiovasculares e sedativos.<sup>9</sup> Estas também foram as drogas mais citadas pelos idosos de nosso estudo.

### 6.1.6 - A polipatologia

A comorbidade é uma característica típica da população idosa. Entre as patologias diagnosticadas, a depressão e a demência, predispõem ao aparecimento da impaction fecal, independentemente de outros fatores associados, como a imobilização, a desidratação, a alimentação.<sup>32</sup> O paciente idoso deprimido ou demente, ao ignorar o desejo ou urgência para exonerar os intestinos, agrava ainda mais a severidade da CI. Na prática clínica diária, temos observado que a impaction fecal provoca nos pacientes, irritabilidade e, eventualmente, quadro de delírio. A presença de episódios de delírio é mais frequente em idosos dementes, aumentando a severidade do quadro clínico. A retirada do fecaloma torna-se uma urgência no sentido de aliviar estes pacientes, e evitar conseqüências maiores.<sup>14</sup>

A depressão e ansiedade associadas no cliente idoso, podem acarretar a intensificação dos sintomas da CI. Esta constatação também foi observada em pessoa mais jovens ansiosas com CI.<sup>6</sup>

Deve-se estar atento para o fato de poder coexistir no organismo do idoso diversas patologias, conhecidas e as ainda não manifestadas (ocultas) que coexistem por um determinado tempo. Uma descompensação pode levar ao aparecimento de múltiplas falências e ou ao óbito. A coexistência de várias doenças, pode levar a abusos terapêuticos, com repercussões orgânicas importantes e até fatais, como o uso dos psicofármacos que provocam queda, fratura, incapacidade e morte.

O diabetes mellitus, contribui também para a instalação da CI em paciente idoso. Num estudo com pacientes diabéticos idosos ambulatoriais cerca de 60% deles apresentaram CI.<sup>59</sup> Em relação a comorbidade, as doenças crônicas mais freqüentes sofridas pelos idosos estudados foram as doenças crônico-degenerativas, semelhante ao observado na literatura.<sup>8,32</sup>

Os fatores causais e sua interação fisiopatológica na gênese da CI em idosos, estão bem definidas na literatura. O trânsito intestinal prolongado e as disfunções anorretais, estão marcadamente associadas com a polipatologia, a imobilidade e a polifarmácia, sendo que o quadro de CI se apresenta em diferentes graus de gravidade.<sup>32</sup>

A prática médica geriátrica deve estar alerta ao idoso portador de multipatologias, pois o surgimento de qualquer agravo em uma das doenças impõe um ônus pesado no

processo saúde/doença, e prejuízo para a qualidade de vida, que pode estar já comprometida neste paciente.

## 6.2 – Qualidade de Vida

A aplicação da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, permitiu a avaliação da qualidade de vida nas dimensões propostas, e explorar a influência da CI como um fator subjacente na diminuição da qualidade de vida dos pacientes geriátricos.

A constipação intestinal é um distúrbio digestivo prevalente no paciente idoso, e, freqüentemente, debilitante naqueles idosos portadores de polipatologia. O autor demonstrou em um de seus estudos que, a CI, nessas condições, diminui a qualidade de vida e a sensação de bem-estar. Indicou ainda que, a função intestinal comprometida em idosos, provoca e acentua a piora cognitiva, trazendo transtornos maiores, principalmente, naqueles portadores de demência ou depressão.<sup>7</sup>

A seguir, discute-se as particularidades das diferenças das cinco dimensões que a Escala (EQV) de Flanagan contempla, ou sejam: bem estar físico e material; relação com outras pessoas; atividades sociais comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realizações; e recreação.

A dimensão “Bem estar físico e social” engloba os itens conforto material e saúde. Com relação ao item conforto material os escores obtidos de 4,4 pontos significando algo de indiferença. Isto tem relação com a condição dos pacientes freqüentadores de ambulatório de hospital público, e pertencentes à classe sócio-econômica de média para baixa, e portanto possuindo bens materiais semelhantes. No item saúde, também os escores médios atingidos foram de pontuação baixa, ou seja 3,8 pontos significando que os idosos estão insatisfeitos com a vida, devido aos problemas de saúde que enfrentam, incluindo a CI. Freqüentemente em seus depoimentos revelevam medo de se tornar dependentes.

Os fatores biológicos são evidentemente muito importantes, porém jamais serão eficientemente modificados se as condições sociais e emocionais do paciente não forem paralelamente adequadas. No cenário social por exemplo, podemos salientar o aspecto nutricional e de moradia que já foram e ainda serão bastante valorizados na predisposição e ou evolução das doenças crônicas do idoso. (Ponte, 1996)



A outra dimensão “Relação com outras pessoas”, inclui os ítems: pais, irmãos e outros parentes; ter e criar filhos; relacionamento íntimo; e amigos próximos.

Os escores médios obtidos em cada um desses quatro itens da dimensão, oscilaram entre 4,0 e 4,7 pontos significando uma posição de indiferença levando-nos a pensar que os idosos portadores de CI estão mais preocupados com sua situação desconfortante conforme se observa em alguns depoimentos colhidos durante a anamnese: “... quando ‘tranca’ todos lá em casa se preocupam e até meus netos e genro caçoam muito comigo e com os meus intestinos...”; “...quando meus intestinos não funcionam nem com os remédios, fico com medo de ter que ir para o hospital, e o doutor ter que tirar...”; “... fico estufada, agoniada, e sem vontade de sair ou conversar ...” “... quando fico assim não quero conversar com ninguém...”

A CI principalmente quando acompanhada de episódios de impactação fecal, costuma se associar a uma extrema ansiedade, afetando de maneira importante a qualidade de vida do indivíduo idoso.<sup>8</sup>

Donald,<sup>34</sup> em seu estudo sobre CI em pacientes idosos de ambulatório, observou que um grupo de pacientes com maior grau de isolamento social, houve aumento da imobilidade e de períodos de depressão. Um outro autor, estudando a constipação intestinal em uma instituição de idosos, demonstrou que as medidas farmacológicas e não-farmacológicas visando a correção da constipação, melhoraram a sensação de bem-estar geral. Esta melhora foi demonstrada com a recuperação da sociabilidade, da comunicação e relacionamento com amigos.<sup>52</sup>

Diante desses fatos, algumas questões são oportunas e devem ser reforçadas, pois, na realidade, a CI continua sendo um problema comum e importante, particularmente, no paciente idoso, e pode ser de tratamento extremamente difícil.

Foi relatado que, as razões pelas quais isso torna-se um problema crônico e refratário ao tratamento, e que compromete o bem-estar geral, são provavelmente a consequência de duradouros problemas associados, ou seja, a soma dos fatores causais. Para este autor, mesmo que a constipação seja uma condição clínica de menor importância, ou uma queixa não-correlata num idoso com polipatologia, seu impacto sobre a sensação de bem-estar de uma pessoa não deve ser subestimado.<sup>10</sup>

A dimensão “Atividades sociais, comunitárias e cívicas” inclui os ítems: ajuda e apoio a outras pessoas voluntariamente; e participação em associações. Também nesta dimensão, de natureza ativa e social verificou-se que os idosos obtiveram escores médios

de 3,9 e 3,7 pontos significando algo como entre pouco insatisfeito o para indiferença àquelas atividades.

Os idosos com CI mais severa e fragilizados obtiveram pontuação mais baixa significando estarem insatisfeitos com a vida nesta dimensão, o que pode ser explicado pela falta de disposição para comunicação, revelada em seus depoimentos. Estes eram idosos mais sedentários e reclusos em seus ambientes. A inatividade com a conseqüente imobilidade associados a solidão têm um efeito mais devastador do que muitas doenças no paciente idoso.<sup>61</sup>

A dimensão "Desenvolvimento pessoal e realização" inclui os itens: aprendizagem; auto-conhecimento; trabalho; e comunicação criativa.

Os escores médios obtidos nos quatro itens de desenvolvimento pessoal entre os idosos oscilaram entre 3,4 e 4,0 pontos variando entre pouco insatisfeitos à indiferença. Isto pode ser explicado em função da condição prevalente dos idosos atuais, onde as limitações e as dificuldades próprias da idade mais avançada, como as questões da aprendizagem, e as barreiras, tanto intrínsecas como extrínsecas, ao estímulo para aquisição de novos conhecimentos e novas formas de aprendizagem ainda são bastante incipientes.

O complexo problema que associa a precária condição sócio econômica, a problemas advindos da existência de múltiplas afecções concomitantes e dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, tem como conseqüência natural o isolamento do velho e um impacto sobre a sociedade que terá que enfrentar este desafio com absoluta presteza.<sup>12</sup>

É importante considerar a capacidade de criação e aprendizagem, experiência de vida, perspectiva, julgamento e motivação como fatores capazes de determinar a competência do idoso para o auto-cuidado. Quando esta competência é estimulada, proporcionamos o aumento da auto-estima, encorajando-os a permanecer contribuindo com a comunidade, afastando o risco de asilamento.<sup>62</sup>

Tem-se observado, na clientela idosa de nosso ambulatório, que muitos idosos, apesar de apresentarem problemas de saúde, continuam chefes de família, muitas vezes apoiando os seus filhos, seja financeiramente, seja auxiliando nas atividades domésticas, seja no cuidado dos netos. Aqueles que conseguem se relacionar e sair de casa, estão participando de atividades comunitárias e da igreja nos seus bairros, demonstrando interesse no bem-estar da coletividade. Isto parece ser um dos motivos que elevam os escores dos idosos não-portadores de CI, que demonstram uma vida mais ativa e sociável.

No ítem “Desenvolvimento do trabalho” com enquadramento de qualquer tipo de atividade, a predominância foi a doméstica, o grupo era constituído praticamente de aposentados ou de mulheres que nunca trabalharam fora de casa. Muitos idosos continuaram exercendo algum tipo de atividade doméstica desde apoio aos filhos, e até mesmo de pequenos “biscates” para a complementação do seu sustento. Observou-se ainda, que os idosos moradores de bairros mais distantes ou no interior da Ilha, continuavam com hábitos do meio rural e, apesar de doentes, persistiam realizando certas atividades, como: fazer “rede” de pescaria, criar pequenos animais, fazer rendas, entre outros. Moragas<sup>63</sup> revela diferenças na área do trabalho entre o idoso urbano e o idoso rural. Assim, um idoso que mora na cidade pode ter uma disfunção brônquica leve ou uma ligeira rigidez articular, e sentir-se bastante limitado para atividades laborativas. Enquanto que, um idoso do meio rural, sob as mesmas condições físicas, pode sentir-se bem para desempenhar os trabalhos de campo que sempre realizou. Saúde e doença são qualificadas pela circunstância histórica, geográfica, cultural e social, sendo difícil definir, numa primeira avaliação, o que constitui uma velhice normal sob o ponto de vista físico, pois o que para uns representa doença e limitação, para outros, é um mero incômodo que não o impede de desempenhar os mesmos papéis que desempenhava na vida adulta.<sup>63</sup>

Scott e Ford,<sup>64</sup> ressaltam que é importante lembrar que o diagnóstico não prevê o estado funcional do paciente. Não se sabe se um paciente com hipertensão, diabetes mellitus, artrite degenerativa, AVC e infarto do miocárdio prévios está internado em uma Clínica Geriátrica ou se é um político local ativo.

A dimensão “Recreação” inclui a socialização; a recreação passiva e a recreação ativa. Os escores médios obtidos nesta dimensão também oscilaram entre 3,7 e 4,0 pontos. Os resultados desta dimensão assemelham-se aos das dimensões de “Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas”, e “Desenvolvimento pessoal e realização”, pois, ambos têm caráter de atividade pessoal.

Poucos estavam abertos para um investimento pessoal, mesmo com limitações físicas devido aos padecimentos de doenças além da CI.

Na análise da participação em recreação ativa, observou-se que este aspecto foi bastante comprometido. Sabemos que, as atividades de recreação ativa implicam numa maior interação social, e no afastamento do ambiente doméstico como viajar, ir a praia e outros, exigindo um esforço para realizá-las nos portadores de polipatologia e com limitações físicas e psicossociais.

Esta situação ocorrendo com idosos em todo o mundo, não deve ser vista de maneira pessimista, pois a velhice entre as minorias étnicas e raciais não é uma fase de declínio inevitável e irreversível. As mudanças no estilo de vida, as reduções dos riscos ambientais e as intervenções médicas e sociais podem afetar positivamente a qualidade de vida das pessoas idosas, de acordo com os recursos atuais na área da geriatria e gerontologia.<sup>65</sup>

No grupo estudado predominaram as mulheres que, tradicionalmente, procuram mais o médico e outros serviços de saúde. Também havia uma maior porcentagem de indivíduos morando sós, ou com outros idosos. Além disso, grande porção desses idosos não possuíam moradia própria, vivendo alternadamente em casa de filhos, muitas vezes morando no quarto de um neto ou em residências asilares. Quanto à porcentagem de polipatologias e de uso múltiplo de medicamentos, também houve predominância dos idosos vivendo nesta situação.

Um abismo ocorre quando os que assistem os idosos tentam atribuir os sintomas a um único processo de doença. Muitos problemas geriátricos são multifatoriais. Por exemplo, as quedas podem ocorrer devido a uma combinação de medicamentos, artrite e visão reduzida. A incontinência urinária pode ser resultado de um fecaloma, de uma bexiga hiper-reflexa e uma deficiência de mobilidade.<sup>66</sup>

Todos os fatores acima mencionados podem, de certa forma, modificar a qualidade de vida, o que nos leva a considerar que, as diferenças observadas nos escores de qualidade de vida nos idosos estudados possam ser resultantes, pelo menos parcialmente, das referidas diferenças no processo do envelhecimento que é de natureza individual e biopsicosocial.

Portanto, com as devidas limitações deste estudo, ainda de caráter exploratório, podemos especular que a constipação intestinal influi consideravelmente na qualidade de vida do paciente geriátrico. As implicações desta constatação, levam a sugerir a continuidade do estudo em maior profundidade com delimitação específica de diferentes condições e contextos vividos pela população idosa.

## 7. CONCLUSÕES

O presente estudo exploratório da influência da constipação intestinal funcional crônica sobre a qualidade de vida dos idosos portadores de multipatologia, leva-nos a concluir, guardadas as limitações metodológicas assumidas, que:

7.1 - As características clínicas observadas na casuística estudada apontaram, como já descrito na literatura, seis fatores causais importantes na constipação intestinal: consumo deficiente de fibras alimentares, ingestão reduzida de líquidos, mastigação deficiente, acentuado sedentarismo/imobilidade, prática de polifarmácia e comorbidade de três ou mais doenças. Ademais outros fatores agravantes como cirurgias pélvicas, multigestações e complicações graves, como o fecaloma, foram registradas.

7.2 - A avaliação da qualidade de vida de idosos portadores de polipatologia, por meio de EQV de Flanagan, mostrou-se efetiva na medida em que destacou características específicas nas diferentes dimensões contempladas na Escala.

7.3 - A constipação intestinal funcional crônica em idosos portadores de multipatologia influenciou negativamente sobre a qualidade de vida. Os idosos se indispunham à comunicação, à sociabilidade e ao relacionamento com os familiares e amigos, levando-os ao isolamento social e resultando na diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Rowe JW et al Constipation and fecal incontinence. Gastrointestinal System. In: ROWE, John W e BESDINE, Richard W. *Geriatrics Medicine*. Little Brow and Company: Boston, 1988. p.508-509.
2. Kinsella K. Dimensiones demograficas y de salud en America Latina y el Caribe. In: OPAS - La atención de los ancianos un desafio para los años noventa. Publicacion Cientifica, Washington, DC, EUA, 1994; 546: 3-18.
3. FIBGE - Censos Demográficos das Unidades da Federação (série), 1994.
4. Friedman LS. Editorial - Doenças gastrointestinais no idoso. *Clin. Gast. A. Norte*, Rio de Janeiro; Interlivros, v.2, p.233-234, 1990.
5. Moraes J. *Diarréia, constipação e impactação fecal no idoso. Manifestações gastroenterológicas em pacientes idosos*. Tese defendida na Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, 1984.
6. Wald A. Constipação e incontinência fecal no idoso. *Clin. Gastroent. A. Norte, Rio de Janeiro*, Interlivros, v.2, p.419-431, 1990.
7. Romero Y et al Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Symposium on Geriatrics, Mayo Clin Proc, Rochester, MN, v.71, part VI, p. 81-92, 1996.
8. Andino R, Galindo GE. Enfermidades digestivas. In: La atención de los ancianos un desafio para los años noventa. Organización Panamericana de La Salud. Publicación Cientifica, 546, Washington, DC, 20037, EUA, 1994.
9. Beers MH. Medicamentos para idosos. In: Calkins – Geriatria Prática. 2.ed., Rio de Janeiro: Rewinter; 1997.
10. Castle SC. Constipação: endêmica entre idosos? Gerontofisiopatologia, avaliação e tratamento. *Clin Med A Norte*, Rio de Janeiro, 1989;73(6):1639-1652.
11. Ballen e cols.
12. Papaleo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M, Ponto JR. Gerontologia. Atheneu, São Paulo, 1996; 3-12.
13. Cunha SF de C. et al Ingestão de fibras alimentares em mulheres com constipação intestinal. *Arq. Gastroenterol*, São Paulo, 1992;29(4):1371-1141.
14. Rowe JW O impacto clínico de alterações fisiológicas do envelhecimento. In: BUSSE, E.W.; BLAZER, D. *Psiquiatria Geriátrica*. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992. cap.2, p.35-47.
15. Ramos L.

16. Bigarella RL. Editorial do livro *Atualidades em Geriatria*. SBGG, Porto Alegre, RS, 1996.
18. Sayeg MA. A vida após os 80 anos de idade. *Arq. Ger. Geront.*, SBGG: Rio de Janeiro, p.5-8, 1996.
19. Martines FM. Visión integral de los ancianos. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: *La atención de los ancianos un desafio para los años noventa*. OPAS, Publicacion científica, Washington, DC, EUA, 1994; 45-55.
20. Menezes AK. Qualidade na assistência do idoso. Editorial - *Arq. Geriatria. Gerontologia*, Rio de Janeiro, 1996; 03.
21. Salas A. Base para la atención de los ancianos “los programas de prevención”. In: *OPAS - La atención de los ancianos un desafio para los años noventa*. Publicacion Cientifica, Washington, DC, EUA, 1994; 546: 330-358.
22. Guimarães RM. Prevenção de doenças associadas ao envelhecimento. *Arq. Ger. Gerontol.* - SBGG, Rio de Janeiro, p.9-14, 1996.
24. Ferrel BR, Wisdon D, Cox DR. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, Philadelphia, PA, 1989; 63:2321-2327.
24. Willianson J, Stokde IH, Gray S et al. Old people at home, their unreported needs. *Lancet*, London - England, 1994; 1:1117-1123.
25. Patrick D, Erickson P. O que significa qualidade de vida? Conceitos e dimensões. *Squibline*, São Paulo, ano II, n.1, p.16-24, 1986. 1ª Parte
26. Chiba T. Assistência ao idoso terminal. In: Papaléo Neto M. *Gerontologia*, Atheneu: São Paulo, 1996; 28:431:439.
27. Alvarez AM, Seiffert RQ, Gonçalves LHT. *Calidad de vida en la vejez*. Gerokomos, Barcelona, 1998 (no prelo)
28. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretação teóricas e evidências de pesquisa. In: *Qualidade de vida e idade madura*. Papirus: São Paulo, 1993. p.9-56
29. Neri AL. *Qualidade de vida na terceira idade*. (Documento Interno do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Envelhecimento), p.3-10. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, 13084-100, Campinas, SP, Brasil. E-mail: anitaben@lexxa.com.br
30. Lopes G. Como se mede a qualidade de vida. *Rev. Top.Ger.*, São Paulo, v.5, p.4-9, Fev 1996.
31. Bowling A. Conceptualizacion de la función física, la salud y la calidad de vida. La Medida de la Salud. Revisións de las escalas de medida de la calidad de vida. Ed. Masson, SA: Barcelona, 1994;1-13.
32. Harary D. et al Constipation in the elderly. *J.A.G.S.*, Baltimore, v.41, p.1130-1140, 1993.



33. Connel AM, Hilton C. et al Variation of bowel habit in two populations samples. *BMJ*, London, 1965; 2;1095-1099.
34. Donald, IP, Smith RE, Cruikshank, et al A study of constipation in the elderly living at home. *Gerontology*, London, 1985;31:112-118.
36. Smith S. Constipação em Geriatria. In: JONES, F.A.; GODDING, E.W. *Tratamento da constipação*, Manole: Rio de Janeiro, 1975. p.154-173.
37. Brocklehurst JC. Ageing and bowel habit. *Clin.Gastroenterology Gastrointestinal Dis.*, Rio de Janeiro, 1995;14(4):725-747.
38. Godding
39. Madoff RD, et al Fecal Incontinence. Review Article. *N. Engl. J. Med.*, Boston, MA v.326, n.15, p.1002-1007, 1992.
40. Sagar PM, Pemberton JH. Função anorretal e do assoalho pélvico: relevância para a continência, a incontinência e a constipação. *Clin. Gastroent. A. Norte*, Rio de Janeiro, v.1, p.167-176, 1996.
41. Haddad H, Bertrand GD. Distúrbio da motilidade do intestino grosso. *Clin. Med.A. Norte*, Rio de Janeiro, v.6, p.1391-1412, Nov 1981.
42. Lima JP. Aspectos da relação médico-paciente em gastroenterologia, hepatologia e endoscopia digestiva. In: MARTINS, C. et al *Perspectivas da relação médico-paciente*, 2.ed., Artes Médicas: Porto Alegre, 1981. p.107-118.
43. Gang AJ, Barone B. Constipação intestinal: importância das fibras vegetais. *GED*, São Paulo, v.3, p.59-69, 1989.
44. Jones AF. Tratamento da constipação no adulto. In: JONES, F.A.; GODDING, E.W. *Tratamento da constipação*, Manole: São Paulo, 1975. p.95-129.
45. Reynolds JC. Agentes procinéticos – A chave do futuro da gastroenterologia. *Clin.Gastroenterol. A.Norte*, Rio de Janeiro, v.2, p.485-503, 1989.
46. Fay DE, Lance P. Distúrbios do trato alimentar. In: Calkins E, Ford AB, Katz, PR. *Geriatria Prática*, 2.ed., Revinter: Rio de Janeiro, 1997; 54;599-612.
48. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of art. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Philadelphia, PA, v.23,p.56-59, 1982.
49. Burckhardt CS, Woods SL, et al. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Res. Nurs. Health*, New York, 1989; 12:347-354.
50. Hashimoto H, Guedes SL, Pereira VC. *O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da QV proposta por Flanagan*. São Paulo, 1996. (Monografia apresentada no VII Curso de Especialização de Enfermagem em Estomaterapia, EEUSP/SP).

51. Nassar SM, Gonçalves LHT. Teste de confiabilidade do EQV de Flanagan. Florianópolis, 1998. (sem publicação)
52. Passmore AP. et al Chronic constipation in long stay elderly patients: a comparison of lactulose and a senna - fibre combination. *BMJ*, London, v.307, p.769-71, 1993.
53. Murray FE, Bliss CM. Geriatric constipation: brief update on a common problem. *Geriatrics*, Dututh, v.46, n.3, p.64-68, 1991.
54. Cunha UG. Alterações gastroentológicas no idoso. In: Dani R, Castro LP. Gastroenterologia Clínica. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1994; 2:1856-1869.
56. Fitzgerald PL. Exercício para o idoso. *Clin. Med. A. Norte*, Rio de Janeiro, 1985;1:201-210.
57. Laudanna AA, Soares A de M. Constipação intestinal no idoso – fisiopatologia, etiologia, diagnóstico e tratamento. Artigo de Revisão. *Gerontologia*, São Paulo, v.5, n.4, p.171-178, 1997.
58. Arvon J. Medication and the Elderly. In: rowe JW, Besdine RW. Geriatric Medicine. Little Brown and Company, Boston, 1988.
59. Feldman M, Schüler LR. Disorders of gastrointestinal motility associated with diabetes mellitus. *Ann. Inter. Med.*, Philadelphia, PA, 1983; 98;378-384.
60. Papaleo Netto M, Ponte JR. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M, Ponto JR. Gerontologia. Atheneu, São Paulo, 1996; 415-430.
61. Fries JF. Aging, illness and health policy. Implications of the compression of mortality. *Perspec. Biol. Med.*, New York, EUA, 1988; 31(3): 407-428.
62. Renwick D. Caring for older people. Community care and social services. *BMJ*, London, v.313, p. 869-72, 1996.
63. Moragas RM. *Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade de vida*. Paulinas: São Paulo, 1997. cap. II Biologia, p.39-56; cap. V - Família, p.117-136.
65. Travers AF. Caring of older people. "Carers". *BMJ*, London, v.313, p.482-86, 1996.
66. Wanklyn P. Caring for older people. Home and housing for elderly people. *BMJ*, London, 1996; 313:218-21.

## **ANEXO**

# ANEXO I

## FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA FATORES CAUSAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL CRÔNICA (CI) NO IDOSO

1 – Quando iniciou o quadro de CI?

Foi gradual? Súbito?

2 – Como evacuava antes? (ritmo intestinal anterior)

- a) diariamente?
- b) dias alternados
- c) duas vezes por semana?
- d) outras, especifique.

3 – Qual é o seu hábito intestinal atual e qual a consistência das fezes?

4 – Na evacuação há:

- a) perda de muco: Sim ( ) Não ( )
- b) sangue: Sim ( ) Não ( )
- c) Sensação de peso perineal: Sim ( ) Não ( ) As vezes ( )

5 – Existe dor associada a evacuação:

Sim ( ) Não ( )

Com que frequência ou características?

Pouca, média, intensa.

6 – Tem sensação de esvaziamento completo do reto após a evacuação?

Ela é fracionada em 2 tempos?

Há necessidade de manobras digitais (perineiais, perianais, intra retais?)

7 – O que você entende por CI?

E sua família como avalia esta sua situação? Preocupa-se em ajudá-lo?

8 – Em que basicamente consiste sua alimentação?

Pergunta livre: eles respondiam espontaneamente os tipos de aumentos mais frequentes das refeições diárias?

9 – Nos últimos anos, ocorreram mudanças nos seus hábitos alimentares; Houve redução na atividade física? Costuma dar passeios (caminhada), ou dançar?

10 – No passado tinha por hábito atender (responder) ao desejo de evacuar? E atualmente costuma responder a este aviso?

11 – Toma habitualmente laxativos ou supositórios?

Sim ( ) Não ( )

- a) Quais?
- b) Desde quando?
- c) Periodicamente? ( )
- d) contínuo? ( )
- d) Quais foram os resultados obtidos?

12 – Vem tomando outros medicamentos?

Sim ( ) Não ( )

- a) Antidepressivos ( ) – Quais?
- b) Psicotrópicos
- c) Antiácidos
- d) Outros

13 – Antecedentes de cirurgias, gestação e coexistência de outros problemas clínicos importantes:

- a) Número de gestações anteriores
- b) Internações anteriores por problemas clínicos ou cirúrgicos importantes
- c) Cirurgias abdominais prévia: principalmente pélvicas

14 – Questões diretas:

- a) Características dos alimentos e refeições, ingestão líquido diário
- b) Presença e grau de sedentarismo.

Ausência de dentes? Parcial/total

Próteses? Chapas?