

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

Simone Caetano Morale de OLIVEIRA¹, Aarão Mendes PINTO-NETO¹,
Juvenal Ricardo Navarro GÓES², Délio Marques CONDE¹,
Danielle SANTOS-SÁ¹ e Lúcia COSTA-PAIVA¹

RESUMO – Racional - A constipação intestinal é mais freqüente na população feminina, apresentando aumento da prevalência com o passar dos anos. Existem poucos estudos que estimaram sua prevalência em mulheres na pós-menopausa. **Objetivo** - Investigar a prevalência e os fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. **Pacientes e Métodos** - Estudo de corte transversal com mulheres na pós-menopausa e idade superior a 45 anos. Foram incluídas 100 mulheres atendidas no Ambulatório de Menopausa da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, entre março de 2003 e janeiro de 2004. Avaliou-se a prevalência de constipação intestinal, segundo os critérios de Roma II. Foram estudadas as características sociodemográficas e clínicas. A seguir, realizou-se exame físico para avaliação de distopias genitais e do tônus do esfíncter anal. A análise estatística foi realizada por meio de média, desvio-padrão, mediana, freqüências relativas e absolutas e através da razão de prevalência com intervalo de confiança de 95% e regressão logística múltipla. **Resultados** - A média etária das participantes foi de 58,9 ± 5,9 anos, com média de idade à menopausa de 47,5 ± 5,4 anos. A prevalência de constipação intestinal foi de 37%, sendo o sintoma mais freqüente o esforço ao evacuar (91,9%), seguido da sensação de evacuação incompleta (83,8%), fezes endurecidas ou fragmentadas (81,1%), menos que três evacuações por semana (62,2%), sensação de obstrução à evacuação (62,2%) e manobras digitais para facilitar a evacuação (45,9%). A análise bivariada mostrou como fatores associados à constipação o tônus do esfíncter anal diminuído e o antecedente de cirurgia perianal. Após análise de regressão múltipla, o antecedente de cirurgia perianal associou-se significativamente à constipação intestinal (razão de prevalência: 2,68; intervalo de confiança 95%: 1,18-6,11). **Conclusões** - A prevalência de constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa foi alta. O antecedente de cirurgia perianal associou-se significativamente à constipação intestinal, mesmo quando se considerou a influência de outras variáveis.

DESCRIPTORIOS – Constipação. Climatério. Menopausa. Estudos transversais.

INTRODUÇÃO

O termo constipação intestinal descreve dificuldades da defecação, seja pelo emprego de força, e/ou diminuição na freqüência da passagem das fezes⁽¹⁴⁾. Sintomas de constipação são extremamente comuns e sua prevalência tem sido relatada em torno de 20%⁽²⁾, embora a real prevalência seja difícil de ser estimada, devido à dificuldade em se definir exatamente o que seja constipação⁽⁹⁾. Existem vários fatores associados à constipação. Idade, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, inatividade física, baixa ingestão calórica e o estilo de vida dos países industrializados são alguns desses fatores^(3, 9).

A constipação intestinal (CI) é mais prevalente entre mulheres^(25,26). Estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos⁽²⁵⁾, envolvendo 10.018 participantes de ambos os sexos, observou prevalência de 16% de constipação entre mulheres. Em outro estudo, realizado na Austrália, verificou-se que 42% a mais de mulheres idosas referiram constipação em relação aos homens⁽²⁶⁾. Entre os fatores

que podem explicar essa maior prevalência em mulheres citam-se os danos causados aos músculos pélvicos e suas inervações, decorrentes de partos e cirurgias ginecológicas, e os prolapso genitais, mais freqüentes após a menopausa⁽⁴⁾.

A menopausa é definida como a ausência de menstruação por pelo menos 12 meses, ocorrendo geralmente entre 45 e 55 anos⁽²⁹⁾. Nessa fase, instala-se um quadro de hipoestrogenismo associado a mudanças anatômicas e fisiológicas, que comprometem o assoalho pélvico e os esfíncteres⁽¹⁸⁾.

São raros os estudos que avaliaram a CI e os distúrbios da fisiologia anorretal em mulheres durante os anos climatéricos. Em estudo de corte transversal, TRIADAFILOPOULOS et al.⁽²⁷⁾ compararam a prevalência de sintomas gastrointestinais em mulheres na pré e pós-menopausa. Estes autores verificaram que 38% das mulheres na pós-menopausa e 14% na pré-menopausa referiram alterações intestinais. Também o uso de laxativos aumentou de 3,4% na pré-menopausa, para 9,4% após a menopausa. Estudos populacionais mostram claramente

¹ Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; ² Departamento de Cirurgia – UNICAMP; ³ Campinas, SP.
Endereço para correspondência: Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual de Campinas - Rua Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária Zeferino Vaz - 13083-970 - Campinas, SP. e-mail: aarao@unicamp.br

aumento da prevalência de CI em mulheres após os 40 anos, quando comparadas a mulheres mais jovens^(4, 16).

A freqüência das disfunções da evacuação em mulheres na pós-menopausa é pouco conhecida. Este fato implica falha do diagnóstico de CI nessa população, o que se torna preocupante, uma vez que, se severa, essa patologia pode piorar a qualidade de vida e levar ao isolamento social⁽¹¹⁾, determinando alterações no bem-estar físico e psicológico⁽¹³⁾.

Devido a sua alta prevalência e significativa morbidade, a CI acarreta grandes custos relacionados a sua prevenção, diagnóstico e tratamento⁽⁶⁾. Existem poucos estudos avaliando especificamente mulheres na pós-menopausa, período em que a CI se manifesta com maior freqüência e em que há progressiva piora. Considerando que a atenção à saúde da mulher de meia idade deve ser voltada para a manutenção ou obtenção de melhor qualidade de vida, realizou-se este estudo, cujo objetivo foi conhecer a prevalência e os fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa.

PACIENTES E MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo de corte transversal em que participaram 100 mulheres atendidas no Ambulatório de Menopausa da Universidade Estadual de Campinas, no período de março de 2003 a janeiro de 2004. Foram incluídas mulheres na pós-menopausa (mínimo de 12 meses de amenorréia)⁽²⁹⁾ e com idade superior a 45 anos. Os critérios de exclusão foram: menopausa precoce (<40 anos), antecedente pessoal de câncer colorretal ou ginecológico, retocolite ulcerativa ou doença de Crohn. A constipação intestinal (variável dependente) foi avaliada de acordo com os critérios de Roma II: menos que três evacuações por semana, esforço ao evacuar, sensação de evacuação incompleta, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de obstrução à evacuação e manobras digitais para facilitar as evacuações. São considerados constipados aqueles que apresentem ao menos dois desses critérios, referidos em pelo menos 25% das evacuações nos últimos 3 meses. Ainda de acordo com esses critérios, não são considerados constipados aqueles que referem perda de fezes aguadas ou pastosas em pelo menos 25% das evacuações nos últimos 3 meses⁽⁷⁾.

Dentre as variáveis independentes foram avaliadas características sociodemográficas e clínicas: idade, classe socioeconômica, categorizada em A, B, C, D e E⁽¹⁾, cor, estado marital, antecedentes obstétricos (número de abortos, cesáreas, partos fórceps, partos normais e domiciliares), incontinência urinária, cirurgias ginecológicas (histerectomia, perineoplastia, correção de incontinência urinária), idade à menopausa (excluídas mulheres histerectomizadas), uso de terapia hormonal (mulheres que fizeram uso por pelo menos 1 mês ao longo da vida), tempo de terapia hormonal (TH), antecedente de cirurgia perianal (hemorroidectomia, fistulectomia e fissurectomia), co-morbidades (diabetes mellitus, hipotireoidismo). Inicialmente, as participantes responderam a um questionário pré-testado e estruturado para o estudo. Em seguida, elas foram submetidas a exame físico para avaliação de distopias genitais (cistocele, retocele, rotura perineal), patologias perianais (hemorroidas, fissuras, fistulas) e tônus do esfíncter anal. Cistocele e retocele foram classificadas em ausentes ou graus I, II e III e rotura perineal em ausente ou graus I, II, III e IV⁽²¹⁾. O tônus do esfíncter anal foi avaliado através de toque digital, sendo categorizado em normal, aumentado ou diminuído.

Utilizou-se o programa SAS, versão 8.2 (SAS Institute, Cary, NC, EUA)⁽²⁰⁾. Inicialmente, todas as variáveis foram estudadas de

maneira descritiva, através do cálculo de freqüências absolutas e relativas e, no caso das variáveis contínuas, através do cálculo da média, desvio-padrão e mediana. Para estudar a associação da variável dependente com as variáveis independentes, utilizou-se a razão de prevalência (RP). Estimou-se a RP da constipação intestinal para cada variável independente. Estas razões foram comparadas entre as respectivas categorias de cada variável independente com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As razões de prevalência referentes a cada variável foram ajustadas segundo as demais variáveis através do modelo de regressão de Breslow-Cox⁽²²⁾. No cálculo da RP para a constipação intestinal, a idade, idade à menopausa e o tempo de TH foram categorizadas segundo a mediana. A classe socioeconômica foi agrupada em B e C e D e E. As demais variáveis foram consideradas segundo sua presença ou ausência.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

As participantes apresentaram média etária de $58,9 \pm 5,9$ anos e média de idade à menopausa de $47,5 \pm 5,4$ anos. Oitenta e nove por cento estavam usando ou foram usuárias de TH, com tempo médio de uso igual a $65,3 \pm 46,7$ meses. Das 100 mulheres, 54% eram brancas, 66% viviam com companheiro, 50% pertenciam às classes socioeconômicas B e C ou D e E, nenhuma pertencia à classe A. O número médio de abortos foi de $0,6 \pm 1,1$, de partos cesáreas $0,6 \pm 0,8$, de partos normais $3,0 \pm 2,9$, de partos fórceps $0,2 \pm 0,5$ e de partos domiciliares $1,4 \pm 2,7$. Treze por cento das participantes referiram diabetes ou hipotireoidismo (tabelas não apresentadas).

Em relação às cirurgias ginecológicas, 25% eram histerectomizadas, 29% realizaram cirurgia para correção de incontinência urinária e 24% perineoplastia. Oito por cento das mulheres relataram antecedente de cirurgia perianal. Das 100 participantes, 43% referiam incontinência urinária. Ao exame físico, observou-se cistocele grau II ou III em 18% das mulheres, retocele grau II ou III em 11%, rotura perineal grau II ou III em 28% (nenhuma apresentou rotura grau IV), hemorroida em 35% e fissura anal em 9%. O tônus do esfíncter anal estava normal em 64%, aumentado em 10% e diminuído em 26% das mulheres (tabelas não apresentadas).

Prevalência de constipação intestinal

A prevalência de constipação intestinal foi de 37% (Tabela 1). O sintoma mais freqüentemente relatado foi o esforço ao evacuar (91,9%), seguido da sensação de evacuação incompleta (83,8%) e fezes endurecidas ou fragmentadas (81,1%). Manobras digitais para facilitar as evacuações foram referidas por quase metade da população (Tabela 2).

TABELA 1 - Prevalência de constipação intestinal, segundo os critérios de Roma II (n = 100)

Constipação Intestinal	n	%
Presente	37	37
Ausente	63	63
Total	100	100

TABELA 2 - Distribuição percentual dos sintomas, segundo os critérios de Roma II (n = 37)

Roma II	n	%
Esforço ao evacuar ^a	34	91,9
Sensação de evacuação incompleta ^a	31	83,8
Fezes endurecidas ou fragmentadas ^a	30	81,1
Menos que 3 evacuações por semana	23	62,2
Sensação de obstrução à evacuação ^a	23	62,2
Manobras digitais p/ facilitar evacuações ^a	17	45,9

^aSintomas presentes em pelo menos 25% das evacuações nos últimos 3 meses

Fatores associados à constipação intestinal. Análise bivariada

Na análise bivariada, a idade, a cor, o estado marital, a classe socioeconômica e a idade à menopausa não se associaram à CI (Tabela 3). Em relação às variáveis clínicas, uso e tempo de TH, diabetes, hipotireoidismo, incontinência urinária, bem como o antecedente de cirurgia para sua correção ou perineoplastia não se associaram à constipação intestinal, mas o antecedente de cirurgia perianal associou-se significativamente à presença de constipação intestinal (RP: 2,68; IC 95%: 1,18-6,11) (Tabela 4). Os antecedentes obstétricos não se associaram à prevalência de constipação intestinal (Tabela 5).

Cistocele, retocele, rotura perineal, hemorróida e fissura anal não se associaram à constipação intestinal. As participantes com tônus do esfíncter anal diminuído apresentaram chance de ter CI duas vezes e meia maior que a categoria de referência, representada por tônus do esfíncter normal (RP: 2,56; IC 95%: 1,13-5,81) (Tabela 6).

TABELA 3 - Prevalência de constipação intestinal, segundo variáveis sociodemográficas, resultados da análise bivariada (n = 100)

Variáveis	Constipação intestinal				Análise bivariada	
	Presente (n = 37)		Ausente (n = 63)			
	n	%	n	%		
Idade (anos)						
≤58	16	43,2	34	54,0	1,00	-
>58	21	56,8	29	46,0	1,31	0,69-2,52
Cor						
branca	22	59,5	32	50,8	1,00	-
não-branca	15	40,5	31	49,2	0,80	0,42-1,54
Estado marital						
com companheiro	25	67,6	41	65,1	1,00	-
sem companheiro	12	32,4	22	34,9	0,93	0,47-1,86
Classe socioeconômica						
B e C	19	51,4	31	49,2	1,00	-
D e E	18	50,0	32	50,8	0,95	0,50-1,81
Idade à menopausa (anos)						
≤50	19	61,3	28	63,6	1,00	-
>50	12	38,7	16	36,4	1,06	0,52-2,19

*RP = razão de prevalência; %IC = intervalo de confiança; †TH = terapia hormonal; ‡IU = incontinência urinária

TABELA 4 - Prevalência de constipação intestinal, segundo variáveis clínicas, resultados da análise bivariada (n = 100)

Variáveis	Constipação intestinal				Análise bivariada	
	Presente (n = 37)		Ausente (n = 63)			
	n	%	n	%		
Uso de TH [†]						
não usuárias	4	10,8	7	11,1	1,00	-
usuárias	33	89,2	56	88,9	1,02	0,36-2,88
Tempo de TH [†] (meses)						
≤48	14	42,4	31	55,4	1,00	-
>48	19	57,6	25	44,6	1,39	0,70-2,77
Diabetes						
não	32	86,5	55	87,3	1,00	-
sim	5	13,5	8	12,7	1,05	0,41-2,68
Hipotireoidismo						
não	32	86,5	55	87,3	1,00	-
sim	5	13,5	8	12,7	1,05	0,41-2,68
Incontinência urinária						
não	23	62,2	34	54,0	1,00	-
sim	14	37,8	29	46,0	0,81	0,42-1,57
Cirurgia perianal						
não	30	81,1	62	98,4	1,00	-
sim	7	18,9	1	1,6	2,68	1,18-6,11
Cirurgia para IU [‡]						
não	27	73,0	44	69,8	1,00	-
sim	10	27,0	19	30,2	0,91	0,44-1,87
Perineoplastia						
não	30	81,1	47	74,6	1,00	-
sim	7	18,9	16	25,4	0,78	0,34-1,78

*RP = razão de prevalência; #IC 95% = intervalo de confiança; †TH = terapia hormonal; ‡IU = incontinência urinária

Fator associado à constipação intestinal. Análise multivariada

A análise conjunta das variáveis através de regressão logística múltipla, mostrou que o único fator significativamente associado à constipação intestinal foi o antecedente de cirurgia perianal (RP: 2,68; IC 95%: 1,18-6,11) (Tabela 7).

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. A prevalência de constipação intestinal foi 37% e o fator significativamente associado à constipação após análise multivariada foi o antecedente de cirurgia perianal.

Os estudos que avaliaram a prevalência de CI apresentaram estimativas entre 2% e 34%⁽¹⁰⁾. Esta variação pode ser explicada, entre outros fatores, pela utilização de diferentes critérios diagnósticos, aplicados a populações de contextos socioculturais diversos e também à ampla faixa etária dos pacientes avaliados. Sabe-se que há um aumento da prevalência de CI com o aumento da idade⁽⁴⁾. Estudo de base populacional espanhol, envolvendo 349 participantes de ambos os sexos e idade entre 18 e 65 anos, verificou prevalência de CI de 22% em mulheres⁽¹⁰⁾. Em outro estudo populacional, realizado no Canadá com 1.149 participantes, observou-se prevalência de CI de 21,1% na população feminina⁽¹⁶⁾.

Ambos os estudos utilizaram para o diagnóstico de CI os critérios de Roma II, o mesmo aplicado na presente casuística. No entanto, nenhum destes estudos relatou a prevalência de CI especificamente em mulheres

TABELA 5 - Prevalência de constipação intestinal, segundo antecedentes obstétricos, resultados da análise bivariada (n=100)

Variáveis	Constipação intestinal				Análise bivariada	
	Presente (n = 37)		Ausente (n = 63)		RP*	IC 95%#
	n	%	n	%		
Gestações						
0-1	6	16,2	7	11,1	1,00	-
≥2	31	83,8	56	88,6	0,77	0,32-1,85
Partos normais						
0	10	27,0	13	20,6	1,00	-
1-2	10	27,0	21	33,3	0,74	0,31-1,78
≥3	17	45,9	29	46,0	0,85	0,39-1,86
Partos cesáreas						
0	22	59,5	39	61,9	1,00	-
1-2	15	40,5	24	38,1	1,07	0,55-2,06
Partos fórceps						
0	35	94,6	51	81,0	1,00	-
≥1	2	5,4	12	19,0	0,35	0,09-1,46
Partos domiciliares						
0	26	70,3	39	61,9	1,00	-
≥1	11	29,7	24	38,1	0,79	0,39-1,59
Aborto						
0	23	62,2	39	61,9	1,00	-
≥1	14	37,8	24	38,1	0,99	0,51-1,93

*RP = razão de prevalência
#IC 95% = intervalo de confiança

TABELA 6 - Prevalência de constipação intestinal, segundo variáveis do exame físico, resultados da análise bivariada (n = 100)

Variáveis	Constipação intestinal				Análise bivariada	
	Presente (n = 37)		Ausente (n = 63)		RP*	IC 95%#
	n	%	n	%		
Cistocele						
ausente/GI [†]	28	75,7	54	85,7	1,00	-
GII/GIII [†]	9	24,3	9	14,3	1,46	0,69-3,10
Retocele						
ausente/GI [†]	33	89,2	56	88,9	1,00	-
GII/GIII [†]	4	10,8	7	11,1	0,98	0,35-2,77
Rotura perineal						
ausente/GI [†]	29	78,4	43	68,3	1,00	-
GII/GIII [†]	8	21,6	20	31,7	0,71	0,32-1,55
Hemorróida						
ausente	19	51,4	46	73,0	1,00	-
presente	18	48,6	17	27,0	1,76	0,92-3,35
Fissura anal						
ausente	32	86,5	59	93,7	1,00	-
presente	5	13,5	4	6,3	1,58	0,62-4,06
Tônus do esfíncter anal						
normal	20	54,1	44	69,8	1,00	-
diminuído	8	21,6	2	3,2	2,56	1,13-5,81
aumentado	9	24,3	17	27,0	1,11	0,50-2,43

*RP = razão de prevalência; #IC 95% = intervalo de confiança; [†]GI, GII, GIII = graus I, II e III, respectivamente

TABELA 7 - Fator significativamente associado à constipação intestinal. Análise multivariada

Variável	RP ajustada*	IC 95%#
Cirurgia perianal		
não	1,00	-
sim	2,68	1,18-6,11

*RP = razão de prevalência ajustada por todas as variáveis
#IC 95% = intervalo de confiança

acima de 50 anos, quando se esperaria prevalência ainda maior. Em um outro estudo populacional canadense que avaliou exclusivamente mulheres, verificou-se prevalência de CI de 14,1% em mulheres jovens, 26,6% na meia idade e 27% em idosas, entretanto, o critério diagnóstico utilizado foi a auto-avaliação⁽⁴⁾. A diferença de prevalência observada na presente casuística em relação a esses estudos pode ser explicada pelas diferenças socioculturais e pela adoção de diferentes pontos de corte para a idade. Outra possível explicação relaciona-se ao desenho da pesquisa, enquanto aqueles estudos eram de base populacional, a presente coorte era formada por freqüentadoras de um ambulatório especializado na atenção às mulheres de meia idade.

Quanto à prevalência de sintomas segundo os critérios de Roma II, verificaram-se resultados semelhantes aos da literatura, exceto pela alta prevalência de manobras digitais para facilitar a evacuação: 45,9% na presente casuística e 28,4 % em estudo populacional canadense⁽¹⁶⁾. No entanto, STEWART et al.⁽²⁵⁾ também verificaram maior prevalência de manobras digitais em mulheres de meia idade, ressaltando que, apesar do seu uso para facilitar a evacuação não ser comum como os outros sintomas, tem sido reportada mais freqüentemente que o esperado, particularmente em mulheres com idade superior a 60 anos. Provavelmente o uso de manobras digitais reflita diferenças socioculturais e obstétricas, como a multiparidade.

A alta prevalência de partos normais e principalmente a freqüência de 29,7% de partos domiciliares na presente casuística podem explicar a freqüência observada de distopias genitais. De LILLO e ROSE⁽⁶⁾ referiram que alterações anatômicas como as distopias genitais são importantes causas de CI. Danos aos músculos pélvicos, que ocorrem durante os partos, associados a repetidos esforços evacuatórios podem resultar em enfraquecimento do assoalho pélvico e desenvolvimento de prolapso genitais, ocasionando ou piorando a CI⁽⁴⁾. Apesar dessas considerações, no presente estudo, cistocele, retocele e rotura perineal não se associaram a maior prevalência de CI.

Outras características como a idade e a idade à menopausa não se associaram à CI. Sabe-se que a prevalência de CI aumenta na meia idade e se mantém ou se eleva pouco na terceira idade⁽⁴⁾, o que pode explicar esses resultados. Os antecedentes de uso e tempo de TH não se associaram à CI. Na literatura, encontrou-se apenas um estudo pesquisando essa associação e obtendo resultado semelhante ao observado na presente série de casos⁽⁴⁾. Apesar dos estudos apontarem o baixo nível socioeconômico como fator de risco para CI^(19,24,28), tal fato não foi observado nessa casuística. O diabetes e o hipotireoidismo não se associaram à CI, o que pode ser explicado pela baixa prevalência destas patologias nesse estudo. A literatura mostra associação entre diabetes, hipotireoidismo e constipação intestinal.

Em estudo epidemiológico realizado na Austrália, a presença de hemorróida foi significativamente associada à CI em mulheres, embora existam na literatura referências quanto às diferenças epidemiológicas

na prevalência de hemorróida e constipação^(12,17). Nesse mesmo estudo australiano, a associação significativa entre paridade e constipação foi observada apenas em mulheres jovens. Aproximadamente um terço das mulheres de meia idade havia menstruado pela última vez nos últimos 12 meses e neste grupo a prevalência de constipação foi significativamente maior. O uso de TH por pelo menos 5 anos também se associou à CI em mulheres de meia idade, mas não nas idosas⁽⁴⁾, fato não observado no presente estudo.

Destacou-se a prevalência de antecedente de cirurgia para correção de incontinência urinária (27,0%) e queixa de perda urinária aos esforços (37,8%), fato que pode ser explicado pelo grande número de múltiparas (≥ 2 partos), que referiram partos não assistidos (domiciliares). SOLIGO et al.⁽²³⁾ reportaram que 54% das mulheres com distúrbios do trato urinário apresentam sintomas intestinais, mas apenas 12,2% mencionam isso espontaneamente. Outro estudo, realizado em Taiwan, incluindo 320 mulheres, mostrou que 31,5% das pacientes com sintomas do trato urinário baixo apresentam constipação⁽¹⁵⁾. No entanto, nessa amostra de mulheres menopausadas não houve associação significativa entre incontinência urinária e constipação.

Na presente casuística observou-se associação entre tônus do esfíncter anal diminuído e constipação. Ao se analisar esse dado, deve considerar-se a técnica aplicada na avaliação do tônus do esfíncter anal, isto é, o exame digital. Este apresenta limitações quando comparado à manometria. Estudo realizado na Alemanha comparou a manometria e o exame digital, realizado por experientes proctologistas, na avaliação do tônus anal. Observou-se baixa correlação entre essas técnicas, com o exame digital apresentando apenas 57% de especificidade no diagnóstico de esfíncter incompetente. Dessa forma, os autores concluem que mesmo examinadores experientes necessitam de métodos auxiliares na avaliação do tônus anal⁽⁸⁾.

A análise multivariada mostrou o antecedente de cirurgia perianal como o único fator associado à constipação. Ressalta-se que foram incluídas como tendo antecedente de cirurgia perianal todas as mulheres

que referiram hemorroidectomia, fissurectomia ou fistulectomia. Possível explicação para essa associação relaciona-se ao fato dessas patologias, hemorróidas e fissuras, serem descritas como associadas à constipação^(4,5). No presente estudo, a observação de que o antecedente de cirurgia perianal quase triplicou a chance de apresentar CI, destaca a importância deste antecedente para o reconhecimento de queixas intestinais associadas não só à CI, mas possivelmente também a outras patologias como a síndrome do cólon irritável, flatulência, diarreia e sangramento retal⁽⁴⁾.

Finalmente, considera-se que este estudo foi um dos primeiros a avaliar a prevalência de CI em mulheres na pós-menopausa. Os resultados são de relevância, pois foram considerados fatores reconhecidamente associados à CI. Dentre estes, destacamos os antecedentes reprodutivos e o uso de critério diagnóstico reconhecido internacionalmente (Roma II). Por tratar-se de estudo de corte transversal, não foi possível verificar a influência do hipoestrogenismo associado à menopausa na CI. Outra limitação foi a avaliação de amostra de freqüentadoras de um serviço de saúde. Seria importante conhecer a real prevalência de CI na população geral, dado esse, até onde se sabe, não disponível na população brasileira.

Acredita-se que este estudo representa uma contribuição para o reconhecimento da importância da CI e de seus fatores associados. Estudos nacionais que incluam amostras maiores e que contemplem outras variáveis como, por exemplo, hábito alimentar, qualidade de vida e atividade física, entre outras são necessários. Estudos prospectivos avaliando mulheres da pré à pós-menopausa poderão determinar a real influência do hipoestrogenismo sobre a constipação intestinal.

AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos à Gislaíne A. Fonsechi-Carvasan pela análise estatística do estudo.

Oliveira SCM, Pinto-Neto AM, Góes JRN, Conde DM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Prevalence and factors associated with intestinal constipation in postmenopausal women. *Arq Gastroenterol* 2005;42(1):24-9.

ABSTRACT - Background - Constipation occurs more frequently in the female population and it becomes more prevalent with increasing age. There are few studies that have assessed the prevalence of constipation in postmenopausal women. **Aim** - To investigate the prevalence and factors associated with constipation in postmenopausal women. **Patients and Methods** - A cross-sectional study of postmenopausal women aged over 45 years was conducted. It included 100 women who sought medical attention at the Menopause Outpatient Facility at the State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil, between March, 2003 and January, 2004. The prevalence of constipation was assessed according to the Rome II criteria. Sociodemographic and clinical features of these patients were studied. Physical examinations were performed to evaluate genital dystopias and anal sphincter tone. Statistical analysis was performed by using the mean, standard deviation, median, relative and absolute frequencies and by using the prevalence ratio with a 95% confidence interval and multiple logistic regression. **Results** - The mean age of the participants was 58.9 ± 5.9 years and the mean age was 47.5 ± 5.4 years at menopause. The prevalence of constipation was 37%, the most common symptom being excessive straining when defecating (91.9%), followed by a feeling of incomplete evacuation (83.8%), hard or lumpy stools (81.1%), less than three bowel movements per week (62.2%), sensation of anorectal obstruction during defecation (62.2%) and digital maneuvers to facilitate defecation (45.9%). Bivariate analysis showed that anal sphincter tone and the history of perianal surgery were factors associated with constipation. After applying multiple regression analysis, the history of perianal surgery was significantly associated with constipation (prevalence ratio: 2.68; 95% confidence interval: 1.18-6.11). **Conclusions** - The prevalence of constipation in postmenopausal women was high. The history of perianal surgery was significantly associated with constipation, even when the influence of other variables were taken into consideration.

HEADINGS - Constipation. Climacteric. Menopause. Cross-sectional studies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida PM, Wickerhauser H. O critério ABA/ABIPEME – Em busca de uma atualização. São Paulo: Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado;1991.
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement. Guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000;119:1761-78.
3. Andre SB, Rodriguez TN, Moraes Filho JPP. Constipação intestinal. *Rev Bras Med* 2000;12:53-63.
4. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. *Int Urogynecol J* 2000;11:71-8.
5. Delcò F, Sonnenberg A. Associations between hemorrhoids and other diagnoses. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1534-41.
6. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2000;95:901-5.
7. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ. The Rome II modular questionnaire. In: Drossman DA, editors. *Rome II: the functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology, and treatment: a multinational consensus*. 2nd edition. McLean, VA: Degnon Associates; c2000. p.670-88.
8. Eckardt VF, Kanzler G. How reliable is digital examination for the evaluation of anal sphincter tone? *Int J Colorectal Dis* 1993;8:95-7.
9. Faigel DO. A clinical approach to constipation. *Clin Cornerstone* 2002;4:11-21.
10. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a populational-based study survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004;159:520-6.
11. Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1986-93.
12. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. *Gastroenterology* 1990;98:380-6.
13. Mason HJ, Serrano-Ikkos E, Kamm MA. Psychological morbidity in women with idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2852-7.
14. Moore-Gillon V. Constipation: what does the patient mean? *J R Soc Med* 1984;77:108-10.
15. Ng SC, Chen YC, Lin LY, Chen GD. Anorectal dysfunction in women with urinary incontinence or lower urinary tract symptoms. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:139-45.
16. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3130-7.
17. Polglase AL. Hemorrhoids: a clinical update. *Med Aust* 1997;167:85-8.
18. Rekers H, Drogendjik AC, Valkenburg HA, Riphagen F. The menopause, urinary incontinence and others symptoms of the genito-urinary tract. *Maturitas* 1992;15:101-11.
19. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990;80:185-9.
20. SAS software version 8.2. Cary, NC: SAS Institute; 1999.
21. Shull BL. Clinical evaluation of women with pelvic support defects. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:939-51.
22. Skov T, Deddens J, Petersen, MR, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol* 1998;27:91-5.
23. Soligo M, Lalia M, Citterio S, Scaini A, Prisco LD, Milani R. Spontaneous reporting of bowel symptoms in women with urinary disorders [abstract]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2000;11(Suppl 1):13.
24. Stewart RB, Moore MT, Marks RG, Hale WE. Correlates of constipation in an ambulatory elderly population. *Am J Gastroenterol* 1992;87:859-64.
25. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stenhagen A, Chee E, Lipton RB, Farup CE. Epidemiology of constipation (EPOC) in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3530-40.
26. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Functional constipation and outlet delay: a population based study. *Gastroenterology* 1993;105:781-90.
27. Triadafilopoulos G, Finlayson MA, Grellet C. Bowel dysfunction in postmenopausal women. *Women Health* 1998;27:55-66.
28. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, Heller BR, Schuster MM. Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence, and relationship to lifestyle and health status. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:423-9.
29. WHO Scientific Group on Research on the Menopause. *Research on the menopause in the 1990s*. Geneva: WHO; 1996. (WHO technical report series, 886).

Recebido em 4/6/2004.
Aprovado em 16/9/2004.