

**A constipação intestinal em idosas
participantes de um programa de
promoção à saúde, em Santa Maria (RS):
sua prevalência, sintomas e fatores
psicossociais associados**

*Constipation in elderly woman participants of a health
promotion program in Santa Maria (RS): Prevalence,
symptoms and psychosocial factors associated*

Melissa Medeiros Braz
Bianca Ineu Kelling
Guilherme Tavares de Arruda
Joana Hasenack Stallbaum

RESUMO: Este trabalho tem o objetivo de investigar a prevalência e as características de várias ordens da constipação intestinal entre idosas. É uma pesquisa do tipo observacional. Foram entrevistadas 50 idosas com idade acima de 60 anos. A partir deste estudo, observou-se alta prevalência de constipação intestinal, tendo como sintomas mais relatados a sensação de evacuação incompleta (58%) e a sensação de obstrução anorretal (46%). Estes dados apontam para a importância do cuidado a essas mulheres, a fim de evitar consequentes mal-estares no cotidiano, prejudicando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Constipação intestinal; Idosas; Promoção à Saúde.

ABSTRACT: *This paper aims to investigate the prevalence and characteristics from diverse kind of constipation among older women. It is an observational study, where 50 elderly women over the age of 60 years were interviewed. From this study, we observed a high prevalence of constipation, when the most frequently reported symptoms were incomplete evacuation (58%) and the sensation of anorectal obstruction (46%). These data indicate the importance of caring for these women, in order to avoid discomforts resulting in daily life, impairing their quality of life.*

Keywords: *Constipation; Elderly Women; Health Promotion.*

Introdução

Assim como muitos países em desenvolvimento, o Brasil apresenta uma mudança demográfica muito nítida nas últimas décadas, evidenciando alterações na pirâmide populacional (Wong, & Carvalho, 2006). Com isso, as condições de saúde próprias da população senil ganharam maior prevalência no conjunto da sociedade, lançando grandes desafios aos sistemas de saúde pública (Furtado, *et al.*, 2012).

A constipação intestinal (CI) é uma das queixas mais comuns ao se chegar à terceira idade, atingindo 26% dos idosos do sexo masculino e 34% do sexo feminino (Dias, 2000). Este alto índice de constipação nos idosos pode estar relacionado a uma série de modificações no intestino grosso, como atrofia da mucosa, alterações morfológicas das glândulas mucosas, infiltração celular da mucosa e lâmina própria, hipertrofia da camada muscular da mucosa, aumento do tecido conjuntivo e esclerose arteriolar (Carvalho Filho, & Papaleo Netto, 2000). Já a maior incidência entre as mulheres pode ter relação com diferenças comportamentais entre os sexos, com explicações relacionadas ao recato feminino. Desde a infância, o cuidado por parte das meninas em utilizar banheiros desconhecidos pode contribuir para que estas se tornem mais propensas a ignorar o reflexo evacuatório normal (Collete, Araújo, & Madruga, 2010; Miszputen, 2015).

As causas da CI são multifatoriais e incluem o hábito alimentar com ingestão inadequada de fibras e de líquidos, visto que é a hidratação adequada do organismo que contribui para a homeostase corporal, lubrifica o intestino e facilita sua motilidade.

Outros fatores predisponentes à constipação intestinal são o sedentarismo (fato observado especialmente em pacientes acamados) e as mudanças hormonais nas mulheres (gravidez e menopausa, por exemplo) (Morais, & Maffei, 2000). Além disso, condições ambientais de higiene e saneamento podem interferir no agravo da CI, sobretudo em idosos (Furtado, *et al.*, 2012).

Segundo Alves (2013), não existe uma definição de abrangência universal para a CI. Fundamentando-se nas queixas dos pacientes, ela pode ser referida como fezes endurecidas, esforço excessivo no ato evacuatório, evacuações infrequentes, sensação de evacuação incompleta e até mesmo demora excessiva no banheiro. A CI subdivide-se em primária e secundária, tendo esta última causa bem definida, como doenças endócrinas e neurológicas ou uso inadvertido de substâncias obstipantes. Em termos fisiopatológicos, divide-se em três categorias: constipação de trânsito normal; constipação de trânsito lento e doenças do ato evacuatório.

O diagnóstico de CI pode ser feito com base nos Critérios de Roma III, que envolvem a frequência de evacuação associada a sintomas como esforço, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução intestinal e uso de manobras manuais para facilitar a evacuação. Os critérios de Roma III devem ser preenchidos por pelo menos 3 meses em um período de 6 meses de sintomas (Filho, *et al.*, 2014).

O problema da CI, muitas vezes, pode ser subdimensionado porque os pacientes ficam relutantes em mencionar esta condição aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento de possibilidades terapêuticas (Baracho, 2007). Assim, a educação em saúde deve ser um dos primeiros passos no tratamento, visando a favorecer o autocuidado dos pacientes e promover qualidade de vida e manutenção da saúde de uma forma geral (Bertoletti, & Junges, 2014; Vitorino, Miranda, & Witter, 2012).

Além disso, o tratamento da CI crônica (CIC) baseia-se, principalmente, em instituir medidas dietéticas, como a ingestão adequada de fibras e líquidos, e o incentivo à prática de exercícios físicos. Também é importante o estímulo do reflexo da evacuação, principalmente após as refeições. O uso de fármacos pode ser indicado em alguns casos (Filho, *et al.*, 2014). Ainda, a fisioterapia pode auxiliar, valendo-se dos recursos manuais e de exercícios que estimulem a contração/relaxamento da musculatura pélvica (Baracho, 2007).

As consequências da CI podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, que se refere à maneira como estes percebem subjetivamente sua própria saúde dentro dos limites do ambiente sociocultural em que vivem (Bengi, Yalcin, Akpinar, Keskinoglu, & Elliodokus, 2015). Isso porque pode aumentar o risco de câncer de cólon e acarretar disfunções da musculatura do assoalho pélvico (Harrington, & Haskvitz, 2006; Cofré, Germain, Medina, Orellana, Suárez, & Vergara, 2008), bem como podem estar associadas a condições psicológicas, simbolizando situações emocionais, ansiedades e conflitos (Brandão, 2011; Silva, D.O., Silva, F.I., Machado, & Passoni, 2016).

Portanto, destaca-se a importância do diagnóstico e tratamento da CI, o que por vezes é considerada como um acontecimento irrelevante pelo próprio indivíduo que a possui e até mesmo pelo profissional que o assiste. Diagnosticar e tratar adequadamente essa doença intestinal são procedimentos que favorecem em muito o bem-estar de uma pessoa idosa. Caso esta tenha o funcionamento intestinal normalizado, pode relacionar-se socialmente de forma mais harmônica, evitando as consequências sérias do problema, muitas vezes negligenciadas.

Dessa forma, esta pesquisa visa a investigar a prevalência e as características da constipação intestinal entre idosas participantes de um evento de promoção da saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bem como, a partir destes dados, sugerir um adequado encaminhamento destas aos serviços de saúde, se necessário.

Aspectos Metodológicos

Foi desenvolvida uma pesquisa do tipo observacional com idosos do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, sem limite etário superior. Foram excluídas mulheres com distúrbios neurológicos centrais ou periféricos e as portadoras de megacólon chagásico.

As idosas foram entrevistadas em um evento de promoção de saúde de idosos realizado junto à Universidade Federal de Santa Maria (RS).

Nesse momento, foi aplicado o questionário de Roma III (Filho, *et al.*, 2014), para a avaliação e caracterização da constipação intestinal. Tal instrumento possui 17 perguntas referentes ao trânsito intestinal e à sintomatologia relacionada.

O questionário se baseia em seis critérios: esforço ao evacuar, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou bloqueio anorretal, manobras manuais para facilitar as evacuações e menos de três evacuações por semana. As participantes foram orientadas a responderes às perguntas sobre o funcionamento intestinal natural, ou seja, sem o uso de laxantes, chás ou qualquer outro tipo de ajuda.

A presença de dois ou mais desses critérios nos últimos seis meses caracterizou a presença de constipação intestinal, sendo que cada critério foi considerado positivo quando atingiu os pontos de corte mostrados a seguir:

- a) esforço evacuatório em pelo menos 25% das evacuações – resposta equivalente a “frequentemente” (questão 11>1);
- b) fezes duras ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações – resposta equivalente a “frequentemente” (questão 10>1);
- c) sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% de todas as evacuações – resposta equivalente a “algumas vezes” (questão 12>0);
- d) sensação de obstrução anorretal ou bloqueio em pelo menos 25% das evacuações – resposta equivalente a “algumas vezes” (questão 13>0);
- e) manobras manuais para facilitar a evacuação em pelo menos 25% das evacuações – resposta equivalente a “algumas vezes” (questão 14>0);
- f) menos de 3 evacuações por semana (questão 9>1).

Também foi utilizada a Escala de Bristol, a fim de classificar as fezes, conforme seu tipo e consistência, em sete tipos: o tipo (1) apresenta vários torrões pequenos e duros; o tipo (2) tem forma de “linguiça”, mas ainda apresenta torrões em sua superfície; o tipo (3) também tem forma de “linguiça”, mas com fendas na superfície; o quarto tipo (4) tem forma de “linguiça” lisa e mole; o tipo (5) apresenta torrões pequenos e moles, mas com contornos nítidos; no tipo (6) as fezes são pastosas e os pedaços são soltos com bordos franjados. No sétimo (7) e último tipo as fezes são aquosas, não apresentando pedaços firmes (Henschler, 2007).

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil de sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)
Tipo 6		Massa pastosa e fofo, com bordas irregulares
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos

Figura 1 – Escala de Bristol de classificação da consistência das fezes
Fonte: Henscher (2007)

Por fim, dados adicionais foram registrados pelos pesquisadores em um Diário de Campo, onde os pesquisadores anotaram dados referentes ao constrangimento das entrevistadas frente aos questionamentos e situações relatadas por estas em relação aos fatores psicossociais e à qualidade de vida.

O banco de dados foi elaborado no programa Microsoft Excel (versão 2010). Os dados foram analisados pela estatística descritiva e são apresentados na forma de tabelas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, cidade de Santa Maria (RS). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista.

Resultados

Foram entrevistadas 50 idosas durante o período do evento, sendo a totalidade destas a amostra do estudo. Os dados descritivos da amostra encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição da amostra

Variável	Distribuição amostral	
	<i>n</i>	%
<u>Idade (anos)</u>		
60-69	29	58,0
70-79	18	36,0
≥80	3	6,0
<u>Filhos (n.º)</u>		
0	5	10,0
1	3	6,0
2	13	26,0
≥3	29	58,0
<u>Tipo de parto</u>		
Não realizou	5	10,0
Natural	34	68,0
Cesárea	5	10,0
Ambos	6	12,0
<u>Laxantes</u>		
Já fez uso	8	16,0
Nunca fez uso	42	84,0
<u>Lavagens intestinais</u>		
Já fez uso	3	6,0
Nunca fez uso	47	94,0

Dados expressos em *n* e porcentagem

Da totalidade da amostra, 28 (56%) foram classificadas como constipadas, segundo os critérios de Roma III. Destas, na Figura 2, estão expressos os sintomas de constipação mais frequentes.



Figura 2 – Prevalência dos critérios entre as idosas constipadas

Em relação ao número de critérios positivos entre aquelas classificadas como constipadas (Figura 3), observa-se que a metade delas apresentava apenas dois, dentre os seis critérios avaliados, e que nenhuma delas apresentou os seis critérios positivos.

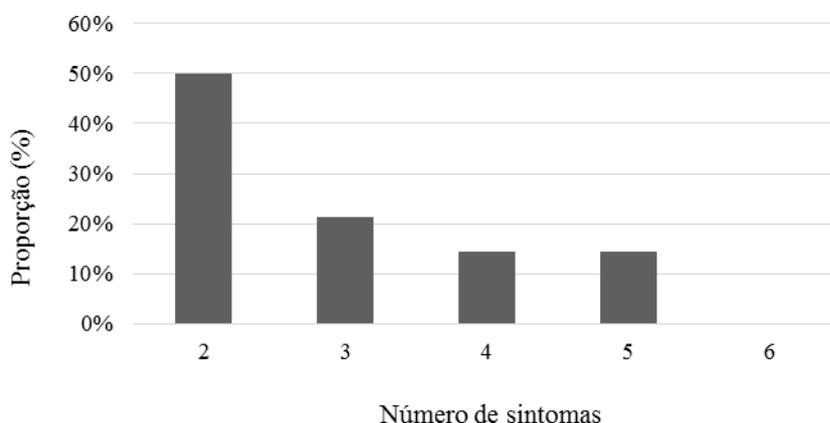


Figura 3 – Proporção do número de critérios positivos entre as idosas constipadas. Dados expressos em porcentagem

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes ao tipo de fezes da totalidade da amostra, classificados pela Escala de Bristol, demonstrando que as formas mais prevalentes são as de número 4 e 3, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos, quando comparadas as idosas não constipadas com as constipadas.

Tabela 2 – Tipos de fezes classificados segundo a Escala de Bristol

	Não constipadas		Constipadas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tipo 1	1	4,54	2	7,14
Tipo 2	2	9,09	4	14,28
Tipo 3	6	27,27	9	32,14
Tipo 4	9	40,91	8	28,57
Tipo 5	1	4,54	3	10,71
Tipo 6	2	9,09	1	3,57
Tipo 7	1	4,54	0	0

Dados expressos em *n* e porcentagem

Os dados qualitativos registrados no Diário de Campo permitiram observar moderado grau de constrangimento das entrevistadas frente aos questionários, especialmente em relação à escala de Bristol. Além disso, a grande maioria da amostra referiu diminuição na participação de atividades sociais em virtude do desconforto abdominal ocasionado pela CI.

Discussão

No Brasil já foram realizados estudos populacionais variados para verificar a incidência de CI (Collete, Araújo, & Madruga, 2010; Domansky, 2009). Este é um dos primeiros estudos realizados com o objetivo de investigar a prevalência da CI, e os sintomas mais comumente associados a ela, assim como seus efeitos influenciadores no bem-estar cotidiano, em uma população específica, composta por mulheres acima dos 60 anos.

O instrumento de pesquisa utilizado para a definição de CI foi baseado nos critérios de Roma III, recomendados pelas diretrizes da Associação Americana de Gastroenterologia e muito empregados em estudos internacionais (Collete, Araújo, & Madruga, 2010) e a escala de Bristol (The Bristol Stool Form Scale), que tem sido muito utilizada e reconhecida pela literatura científica como instrumento valioso na avaliação das doenças intestinais (Martinez, & Azevedo, 2012).

A prevalência de CI foi de 28% e o sintoma mais frequentemente citado foi a sensação de evacuação incompleta (58% das constipadas).

Estes dados concordam com estudos anteriores que avaliaram a prevalência de CI e apresentaram estimativas entre 2% e 34% (Domansky, 2009). Um estudo de base populacional realizado anteriormente no Rio Grande do Sul, com 2946 indivíduos de ambos os sexos com idade superior ou igual a 20 anos, estimou a prevalência de 26,9% de CI (Collete, Araújo, & Madruga, 2010). Outro estudo populacional, envolvendo 139 idosos de ambos os sexos frequentadores de um centro de convivência, verificou a prevalência de CI em aproximadamente 29% (Nesello, Tonelli, & Beltrame, 2011).

Já em estudo com população similar à investigada neste artigo, realizado por Oliveira, *et al.* (2005) em mulheres após a menopausa, os resultados foram divergentes, visto que este autor encontrou prevalência superior de CI, 37%. Esta variação pode ser explicada, entre outros fatores, pela utilização de diferentes critérios diagnósticos, aplicados a populações de contextos socioculturais diversos.

Em relação aos sintomas mais frequentes, encontramos em nosso estudo a prevalência de sensação de evacuação incompleta na maioria das constipadas (58%), seguida da sensação de obstrução anorretal (46%), fezes duras ou segmentadas (26%); e o uso de manobras manuais para facilitar a evacuação e menos de três evacuações por semana, ambas com 20%. A necessidade de forçar para evacuar foi o sintoma menos citado, com prevalência de 18%.

Estes dados concordam com os de Collete, Araújo, & Madruga (2010), em que os dois critérios que mais se destacaram foram: sensação de evacuação incompleta e de obstrução anorretal, ambos com prevalência de aproximadamente 85% entre as mulheres constipadas. Por outro lado, o sintoma menos relatado em nosso estudo, a necessidade de forçar para evacuar, é o mais frequente segundo outros autores (Domansky, 2009; Nesello, Tonelli, & Beltrame, 2011), chegando à prevalência de até 91,9% (Oliveira, *et al.*, 2005).

No que diz respeito ao número de critérios positivos entre aqueles classificados como constipados, a maioria de nossa amostra apresentou dois ou três dentre os seis critérios, enquanto que no estudo de Collete, Araújo e Madruga (2010) as mulheres demonstraram-se mais sintomáticas, relatando quatro ou mais critérios.

Outra variável de destaque é o tipo de parto, bem como o número de filhos. Em nosso estudo, houve predomínio de mulheres múltíparas (58%) e que haviam realizado parto vaginal (68%).

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 (Oliveira, *et al.*, 2005). No entanto, em estudo de Domansky (2009), foi verificado que a grande maioria (73%) das mulheres que tiveram parto vaginal mantiveram padrão intestinal normal pós-parto. Assim, reconhecer que alterações do assoalho pélvico após multiparidade, secundárias a partos por via vaginal, interfiram com o desempenho daquela musculatura na dinâmica da evacuação colorretal é uma hipótese válida, mas o comportamento irregular do esvaziamento intestinal nas mulheres acontece antes mesmo da fase reprodutiva (Miszputen, 2015).

Os resultados da presente casuística ainda revelam que 16% das participantes relataram já ter feito uso de laxantes em algum momento da vida. Outros autores encontraram utilização ainda mais corriqueira, por 22,4% dos indivíduos avaliados (Collete, Araújo, & Madruga, 2010). Destaca-se que, na atenção farmacêutica direcionada à CI, deve-se recorrer à utilização de medicamentos, tipo laxantes em último caso, optando-se anteriormente por medidas higiênico-dietéticas, como realizar exercício físico moderado, manter uma alimentação rica em líquidos e fibras, visando a solucionar o problema (Andrade, Silva, Mendonça, & Freitas, 2003; Salmgueiro, Jacob, & Cervato-Mancuso, 2013).

A mudança no estilo de vida, que inclui modificações na dieta, maior atividade física, ingestão de maior quantidade de líquidos, reeducação intestinal e o auxílio de preparados de fibras vegetais, pode ser o componente de terapêutica de sucesso para a maioria dos casos de constipação intestinal (Santos Junior, 2003, como citado em Nesello, 2011). As medidas dietéticas e comportamentais podem resultar no efeito desejado de evacuação, mas implicam mudanças nos hábitos de vida e, nesse caso, o indivíduo deve ser orientado e motivado a não retornar aos hábitos antigos após a normalização dos hábitos evacuatórios (Navarro-Rodriguez, Júnior, & Moraes Filho, 2009).

Considerando os dados de bem-estar e qualidade de vida, relatados pelas idosas, paralelamente às entrevistas, no presente estudo pôde-se observar que a principal interferência da CI se dá nas atividades sociais.

Isso vai ao encontro dos relatos anteriores de Baracho (2007) e de Palma, Berghmans, Seleme, Riccetto, & Pereira (2014), que afirmam que a incontinência fecal e a constipação intestinal são as desordens anorretais benignas de maior efeito sobre a qualidade de vida dos pacientes, promovendo forte prejuízo pessoal e social para os portadores.

A participação em atividades sociais é um dado relevante a se considerar, visto que estudos atuais apontam que interagir socialmente é fundamental para o idoso e diminui significativamente os níveis de depressão (Carneiro, Falcone, Clark, & Prette, 2007). Isto se torna ainda mais evidente quando comparado ao estudo de Pich, Vieira, Cortese, e Goes (2013), em que 14,3% dos idosos constipados apresentavam diagnóstico de depressão.

Decorrente desse processo, destaca-se a necessidade de trabalho na abordagem multidimensional, sem perder do contexto o enfoque especializado para este grupo etário, objetivando um envelhecimento com melhor qualidade de saúde e anos de vida mais saudáveis (Silva, Souza, T.F., Souza, T.O., Souza, M.C., & Souza, M. (2014).

Conclusão

A partir deste estudo, observou-se alta prevalência de constipação intestinal dentre o grupo pesquisado, tendo como sintomas mais relatados a sensação de evacuação incompleta (58%) e a sensação de obstrução anorretal (46%). Estes dados apontam para a importância do cuidado a essas mulheres, visando, de um lado, evitar futuros danos à musculatura do assoalho pélvico e patologias como incontinência fecal e prolapso pélvicos. De outro, a evitar os efeitos psicossociais consequentes à constipação intestinal, que chegam a prejudicar as relações da idosa com as demais pessoas e consigo mesmas, conforme observações registradas pelos pesquisadores durante as entrevistas.

Da mesma forma, os profissionais de saúde devem desenvolver ações para a prevenção da constipação intestinal, considerando-se seus efeitos danosos sobre a população idosa.

Para tal, sugere-se que novos estudos sejam realizados com um percentual de amostra maior, a fim de tomar medidas preventivas sobre esse distúrbio na população idosa, especialmente a feminina, bem como estudos que contemplem variáveis que podem interferir no funcionamento intestinal normal, como, por exemplo, atividade física, hábitos alimentares, influência hormonal, entre outras.

Referências

- Alves, J.G. (2013). Constipação Intestinal. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 101(2), 31-37.
- Andrade, M.A., Silva, M.V.S., Mendonça, S., & Freitas, O. (2003). Assistência farmacêutica frente à obstipação intestinal no idoso. *Infarma*, 15(9), 64-69.
- Baracho, E. (2007). *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Bengi, G., Yalcin, M., Akpınar, H., Keskinoglu, P., & Elliiodokus, H. (2015). Validity and reability of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire for the Turkish population. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 26, 309-314.
- Bertoletti, E., & Junges, J.R. (2014). O autocuidado de idosas octogenárias: desafios à Psicologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 285-303.
- Brandão, A.A.R. (2011). *Perfil psicológico dos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais: avaliação quantitativa e qualitativa*. (71 f.). Dissertação de mestrado em Ciências. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).
- Carneiro, R.S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z.D., & Prette, A.D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carvalho Filho, E.T., & Papaleo Netto, M. (2000). *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Cofré, P.L., Germain, F.P., Medina, L.L., Orellana, H.G., Suárez, J.M., & Vergara, T.A. (2008). Manejo de la constipación crónica del adulto: Actualización. *Revista Médica del Chile*, 136(4), 507-516.
- Collete, V.L., Araújo, C.L., & Madruga, S.W. (2010). Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(7), 1391-1402.
- Dias, A.A.C. (2000). Constipação no idoso: mitos e verdades. *Revista Científica da AMECS*, 9(1), 35-39.
- Domansky, R.C. (2009). *Avaliação do hábito intestinal e fatores de risco para incontinência anal na população geral*. (130 f.). Tese de doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

- Filho, C.I., Jung, L.K., Ignácio, M.O., Sosa, F.F., Rocha, A.R., & Bueno, P.T.B. (2014). Avaliação comparativa de eficácia clínica e tolerabilidade para a combinação de *Cassia fistula* e *Senna alexandrina* Miller em pacientes com constipação intestinal funcional crônica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 12(1), 15-21.
- Furtado, L.F.V., Araújo, P.M., Soares, V.S., Brito, V.M., Sousa, L.G., Melo, A.C.L., Yoshioka, F.K.N., Araújo, L.F., & Melo, A.C.F.L. (2012). Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 55-69.
- Harrington, K.L., & Haskvistz, E.M. (2006). Managing a patient's constipation with Physical Therapy. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 86, 1511-1519.
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo (SP): Editora Santos.
- Martinez, A.P., & Azevedo, G.R. (2012). Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 583-589.
- Miszputen, S. (2015). *Obstipação intestinal na mulher*. Recuperado em 13 abril, 2015, de: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3856&fase=imprime.
- Morais, M.B., & Maffei, H.V.L. (2000). Constipação Intestinal. *Jornal de Pediatria*, 76(2), 147-156.
- Navarro-Rodriguez, T., Júnior, J.P.D., & Moraes Filho, J.P.P. (2009). Constipação intestinal funcional. *Revista Brasileira de Medicina*, 66, 77-84.
- Nesello, L.A.N., Tonelli, F.O., & Beltrame, T.B. (2011). Constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. *CERES: Nutrição & Saúde*, 6(3), 151-162.
- Oliveira, S.C.M., Pinto-Neto, A.M., Góes, J.R.N., Conde, D.M., Santos-Sá, D., & Costa-Paiva, L. (2005). Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. *Arquivos de Gastroenterologia*, 42(1), 24-29.
- Palma, P.C.R., Berghmans, B., Seleme, M.R., Riccetto, C.L.Z., & Pereira, S.B. (2014). *Urofisioterapia: Aplicação Clínica das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assoalho Pélvico*. São Paulo (SP): Person.
- Pich, P.C., Vieira, D.G., Cortese, R.D.M., & Goes, V.F. (2013). Avaliação do Trânsito Intestinal em Relação ao Estilo de Vida de Idosos de um Clube de Terceira Idade. *UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde*, 15(3), 207-213.
- Salgueiro, M.M.H.A.O., Jacob, W., & Cervato-Mancuso, A.M. (2013). Intervenção nutricional em idosos com constipação intestinal funcional. *Revista de Ciências Médicas*, 22(3), 117-127.
- Silva, D.O., Silva, F.I., Machado, D.Z., & Passoni, C.R.M.S. (2016). Prevalência e correlação entre constipação intestinal e ansiedade. *Cadernos da Escola de Saúde*, 6, 70-83.
- Silva, L.W.S., Souza, T.F., Souza, T.O., Souza, M.C., & Souza, M. (2014). Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 69-86.

Vitorino, S.S., Miranda, M.L.J., & Witter, C. (2012). Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 29-42.

Wong, L.L.R., & Carvalho, J.A. (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23(1), 5-26.

Recebido em 06/05/2015

Aceito em 30/09/2015

Melissa Medeiros Braz - Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria (RS), Brasil.

E-mail: melissabraz@hotmail.com

Bianca Ineu Kelling – Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS), Brasil.

E-mail: bih_bianca@hotmail.com

Guilherme Tavares de Arruda – Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS), Brasil.

E-mail: gui_tavares007@hotmail.com

Joana Hasenack Stallbaum – Fisioterapeuta Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especializanda em Reabilitação Físico-Motora pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria (RS), Brasil.

E-mail: jo.hs@hotmail.com