



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

## **Consumo de laxantes particularmente de Sene numa Farmácia do Nordeste Transmontano**

**Cristiana Isabel Matias Pessegueiro Manso**

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança  
e à Universidade de Salamanca para obtenção do  
Grau de Mestre em Farmácia e Química de Produtos Naturais*

Orientado por:

**Professora Doutora Helena Pimentel; Professora Doutora Rosalía Carrón de La  
Calle**

**Bragança**

**2013**

# **Consumo de laxantes particularmente de Sene numa Farmácia do Nordeste Transmontano**

**Cristiana Isabel Matias Pessegueiro Manso**

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança  
e à Universidade de Salamanca para obtenção do  
Grau de Mestre em Farmácia e Química de Produtos Naturais*

Orientado por:

**Professora Doutora Helena Pimentel; Professora Doutora Rosalía Carrón de La  
Calle**

**Bragança**

**2013**

## Resumo

---

A fitoterapia é considerada uma das práticas mais antigas da medicina da humanidade. O consumo de medicamentos fitoterápicos, bem como de plantas medicinais tem sido estimulado com base no mito “se é natural não faz mal”.

A obstipação, a procura de uma forma regular de ir à casa de banho e a perda de peso são os principais motivos pelos quais há abuso do consumo de laxantes. O consumo excessivo destas substâncias tornou-se um problema de Saúde Pública que resultou na dependência e habituação por parte dos consumidores. O sene tornou-se num dos laxantes mais utilizados pelo facto de ser natural e de efeito imediato. É frequente no âmbito da prescrição médica, da indicação farmacêutica, da automedicação e do aconselhamento por parte de amigos e familiares.

O estudo pretende conhecer o consumo de laxantes, particularmente de sene pelos utentes de uma farmácia do nordeste transmontano. O estudo realizado comportou uma análise de 340 utentes da Farmácia D’Izeda, dos quais 78,2% eram do sexo feminino e 21,8% do sexo masculino, dentro de uma faixa etária dos 18-92 anos.

Estudo de natureza quantitativa, descritivo/correlacional e transversal. A informação foi recolhida através de um inquérito. Recorreu-se a medidas de tendência central para análise das variáveis numéricas e ordinais. Para análise de correlações recorreu-se ao Qui-Quadrado, ao teste exato de Fisher e teste U-Mann-Whitney. A prevalência do consumo de laxantes é de 55,9% e de produtos que contêm sene é de 41,8%. Nos últimos 12 meses 43,2% dos inquiridos assumem ter feito restrição alimentar dos quais 30,3% associaram o uso de laxantes para perder peso. Os inquiridos casados/união de fato são quem mais consome produtos com sene (84,4%), o principal motivo de consumo prende-se com a vontade de perder peso (22,1%), a maioria recorre ao consumo deste produto por iniciativa própria (17,9%) ou por aconselhamento de amigos (9,7%). Dor abdominal e diarreia são os efeitos mais sentidos aquando do consumo (30,9% e 6,2% respetivamente). Observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre o consumo de sene e o estado civil, o nº de elementos do agregado familiar, o grupo etário, o consumo de fruta, vegetais e laticínios. O mesmo se observa com a perceção do estado de saúde, perceção da imagem corporal e o consumo de laxantes para perder peso.

**Palavras-chave:** Fitoterapia, laxante, sene

## Abstract

---

Phytotherapy is considered one of the most ancient practices of medicine of humanity. The use of phytotherapeutic and medicinal plants has been stimulated based on the myth "what is natural inherently good or right."

Constipation, looking for a regular go to the bathroom and weight loss are the main reasons for abuse in the use of laxatives. Excessive consumption of these substances has become a public health problem that resulted in addiction and habituation by consumers. Senna has become one of the most commonly used laxatives to be a natural laxative effect immediately. Often under medical prescription, pharmaceutical indication, self-medication and advice from friends and family.

The study seeks to examine the consumption of laxatives, particularly of senna by users of a pharmacy of the northeast transmontano. The study behaved an analysis of 340 users of Pharmacy D'Izeda, of which 78,2% were female and 21,8% male, within an age range of 18-92 years.

This study is an quantitative, descriptive/ correlational and transversal in nature. The information was collected through a survey. Resorted to measures of central tendency for the analysis of numeric and ordinal variables. For correlation analysis we used the chi-square, Fisher's exact test to test and Mann-Whitney-U. The prevalence of consumption of laxatives is 55,9% and products that contain senna in its composition is 41,8%. In the past 12 months 41,8% did food restriction of which 18,2% was associated with laxatives to lose weight. It was found the respondents married/consensual union are who consumes more products that contain senna, the main reason consumer relates to the desire to lose weight (22,1%), the majority refers to consumption of this product on their own initiative (17,9%) or advice from friends (9,7%), abdominal pain and diarrhea are the effects felt most when consumption (30,9% and 6,2% respectively). We observed statistically significant positive correlations between consumption of senna and marital status, number of household members, age group, consumption of fruit, vegetables, and dairy products. The same is observed with the perception of health status, perception of body image and the consumption of laxatives to lose weight.

**Keywords:** Phytotherapy, laxative, senna

# Resumen

---

La fitoterapia es considerada una de las más antiguas prácticas de la medicina de la humanidad. El uso de los fitoterápicos y de las plantas medicinales se ha basado en el mito de "si es natural no hace daño."

Estreñimiento, en busca de un ir regularmente al baño y pérdida de peso son las principales razones para el abuso de laxantes. El consumo excesivo de estas sustancias se ha convertido en un problema de salud pública que dio lugar a la dependencia y la habituación de los consumidores. El sen se ha convertido en uno de los laxantes más utilizados por ser un laxante natural y de efecto inmediato. Es con frecuencia prescrito por el médico, indicación farmacéutica, la automedicación y el consejo de amigos y familiares.

El estudio tiene por objeto examinar el uso de laxantes, particularmente sen por los usuarios de una farmacia de el nordeste transmontano. El estudio incluyó una análisis de 340 usuarios de la Farmacia D'Izeda, de los cuales 78,2% eran mujeres y 21,8% hombres, dentro de un rango de edad de 18-92 años. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo / correlacional y transversal. La información se recogió mediante una encuesta. Recurrió a medidas de tendencia central para el análisis de las variables numéricas y ordinales Para el análisis de correlación se utilizó el qui-cuadrado, la prueba exacta de Fisher y U- Mann- Whitney. La prevalencia del uso de laxantes es del 41,8% y de sen es del 55,9%. En los últimos 12 meses 41,8% ha hecho restricción de comida de los cuales 18,2% asoció laxantes para bajar de peso. De los encuestados los que más consumen productos que contienen sen son los casados (84,4 %), la razón principal del consumo se relaciona con el deseo de perder peso (22,1 %), la mayoría refiere el consumo de este producto por iniciativa propia (17,9%) o por consejo de amigos (9,7%), dolor abdominal y la diarrea son los efectos más sentidos durante el consumo (30,9% y 6,2% respectivamente). Se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre el consumo de sen y el estado civil, el número de miembros del hogar, grupo de edad, el consumo de frutas, verduras y productos lácteos. Lo mismo se observa con la percepción del estado de salud, la percepción de la imagen corporal y el consumo de laxantes para perder peso.

**Palabras clave:** Fitoterapia, laxantes, sen

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e ao meu namorado por todo o amor e dedicação, pelo apoio incondicional e por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

# Agradecimentos

Considerando este trabalho o culminar de um longa etapa quero agradecer a todas as pessoas que tiveram uma contribuição direta ou indireta na construção do mesmo:

- À Professora Doutora Helena Pimentel pela disponibilidade demonstrada e por ter sido incansável no apoio prestado. Um muito obrigado pelas suas contribuições teóricas, pelo acompanhamento do trabalho, pelas críticas e sugestões que se tornaram preciosas na construção do mesmo.
- À Professora Doutora Rosalía Carrón que embora longe mostrou-se sempre disponível e incansável na orientação do mesmo.
- À Professora Doutora Maria Augusta Mata pela disponibilidade e pela contribuição preciosíssima no tratamento dos dados estatísticos no SPSS.
- À Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Brás por me ter permitido a aplicação dos questionários na sua farmácia.
- À minha amiga e colega de trabalho Elsa Geca pela amizade, pelo carinho e sobretudo pelo apoio. Teve uma contribuição valiosa tanto na aplicação dos questionários como no tratamento dos dados estatísticos com os seus conhecimentos em SPSS.
- À minha tia Élia, pela ajuda na introdução dos dados em SPSS, um muito obrigado pela disponibilidade, pelo apoio prestado e sobretudo pela amizade e carinho que me deu.
- Aos meus pais e meus ídolos, por todo o amor e dedicação, por serem a peça fundamental da pessoa que me tornei, por estarem sempre presentes nos bons e maus momentos, por todo o apoio e por serem uns pais exemplares que apesar das dificuldades lutaram sempre para que eu atingisse os meus objetivos.

- À minha irmã, ao meu irmão, ao meu cunhado e aos meus lindos sobrinhos por estarem sempre presentes na minha vida, pelo apoio, pela amizade e o carinho, pois, sem eles também não seria possível.
  
- E por fim, um agradecimento especial ao meu incansável namorado Vítor Barata, por estar sempre ao meu lado, nos momentos mais difíceis, que neste último ano não foram escassos, sempre fazendo-me acreditar que eu conseguia. Obrigado pelo apoio, pelo incentivo, pelas constantes idas às bibliotecas de forma a quando eu chegasse a casa tivesse material para trabalhar. Um muito obrigada por fazeres parte da minha vida!

# Índice

---

<b>Resumo</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen</b>	<b>v</b>
<b>Lista de Siglas e Abreviaturas</b>	<b>xiii</b>
<b>Introdução</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1. Fitoterapia</b>	<b>- 3 -</b>
1.1. Breve resenha histórica sobre a evolução da fitoterapia	- 4 -
1.2. Fitoterapia na atualidade	- 6 -
<b>2. Laxantes</b>	<b>- 7 -</b>
2.1. Consumo de laxantes: estado da arte	- 7 -
2.2. Sene	- 10 -
2.2.1. Consumo de sene: estado da arte	- 12 -
<b>3. Estilos de Vida</b>	<b>- 15 -</b>
3.1. Hábitos alimentares	- 15 -
3.1.1 Imagem corporal	- 16 -
3.2. Consumo de bebidas alcoólicas	- 17 -
3.3. Consumo de tabaco	- 18 -
3.4. Perceção do estado de saúde	- 19 -
<b>4. Metodologia</b>	<b>- 20 -</b>
4.1. Tipo de estudo	- 20 -
4.2. Objetivos	- 20 -
4.3. População	- 21 -
4.4. Variáveis	- 22 -
4.5. Instrumento de recolha de dados	- 23 -
<b>5. Apresentação dos resultados</b>	<b>- 24 -</b>
<b>6. Discussão de resultados</b>	<b>- 38 -</b>
<b>Conclusão</b>	<b>- 41 -</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>- 43 -</b>
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	- 49 -
Anexo II – Pedido de aplicação dos inquéritos	- 50 -
Anexo III – Classificação das profissões	- 56 -
Anexo IV – Tabela estatística relativa às idades	- 58 -
	- 60 -

# Índice de Gráficos

---

Gráfico 1. Frequências relativas ao número de refeições por dia .....	- 28 -
Gráfico 2. Frequências relativas ao tipo de laxantes que usam .....	- 30 -

# Índice de Tabelas

---

Tabela 1: População de Izeda. ....	21 -
Tabela 2. Caraterização Sociodemográfica. ....	25 -
Tabela 3. Frequências relativas ao consumo de álcool e tabaco.....	26 -
Tabela 4. Estatísticas relativas ao consumo de álcool e de tabaco .....	27 -
Tabela 5. Frequências relativas aos hábitos alimentares .....	27 -
Tabela 6. Frequências relativas às restrições alimentares nos últimos 12 meses.....	28 -
Tabela 7. Frequências relativas à percepção estado de saúde e imagem corporal .....	29 -
Tabela 8. Frequências relativas ao IMC .....	29 -
Tabela 9. Frequências relativas às doenças diagnosticadas / sintomas .....	30 -
Tabela 10. Frequências relativo ao consumo de laxantes no geral e de sene.....	31 -
Tabela 11. Frequências percepção da eficácia de alguns produtos que contém Sene .....	32 -
Tabela 12. Frequência relativas aos motivos que levam a consumir sene.....	33 -
Tabela 13. Frequência relativas aos efeitos do consumo de sene .....	33 -
Tabela 14. Frequência relativas a quem indicou o consumo destes produtos .....	34 -
Tabela 15. Frequências relativas ao efeito obtido aquando consumo de sene .....	34 -
Tabela 16. Resultados estatísticos relativamente ao consumo de sene e os dados sociodemográficos- -	35 -
Tabela 17. Resultados dos testes estatísticos relativamente ao consumo de Sene e os hábitos alimentares.....	35 -
Tabela 18. Resultados dos testes estatísticos relativamente ao consumo de Sene e a restrição alimentar - 36 -	36 -
Tabela 19. Resultados dos testes estatísticos relativamente percepção de saúde e imagem corporal...-	36 -
Tabela 20. Resultados dos testes estatísticos relativamente aos grupos etários, nº de elementos do agregado familiar e IMC .....	37 -
Tabela 21. Classificação Nacional das Profissões .....	59 -
Tabela 22. Estatísticas relativas à idade .....	61 -

# Índice de Figuras

---

Figura 1. Modelo Conceptual da investigação em estudo .....- 22 -

# Siglas e Abreviaturas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APN – Associação Portuguesa dos Nutricionistas

EMA – European Medicines Agency (Agência Europeia do Medicamento)

ESCOP – European Scientific Cooperative Phytotherapy (Cooperativa Científica Europeia da Fitoterapia)

FDA – Food and Drug Administration (Administração de alimentos e medicamentos)

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (Programa Estatístico de Ciências Sociais)

/s- Por semana

# Introdução

---

Desde sempre, o ser humano utilizou as plantas como recurso para o alívio da dor e do sofrimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 80% da população mundial depende regularmente de plantas medicinais para os seus cuidados primários de saúde (Lima, 2010).

Atualmente o consumo de fitoterápicos, pouco informado e sem prescrição médica ou sem orientação farmacêutica, revela-se um perigo para a nossa sociedade, pois os utentes pensam que por ser natural não faz mal. A utilização inadequada dos fitoterápicos, como a automedicação, pode trazer uma série de efeitos colaterais. Entre os principais problemas causados pelo seu uso indiscriminado e prolongado estão as reações alérgicas, os efeitos tóxicos graves em vários órgãos e mesmo o desenvolvimento de certos tipos de cancro. Há ainda muitas plantas cujos efeitos não são bem conhecidos e o seu uso incontrolado pode prejudicar a saúde.

Por esta razão, considerámos oportuno avaliar o consumo tão recorrente de laxantes, particularmente de sene, na farmácia onde trabalho e tentar perceber os principais motivos desse consumo. É crescente o uso de suplementos alimentares e fitoterápicos na população, em regime de automedicação, como forma de perda de peso e/ou melhoria da performance (Perroni, 2012). De acordo com o mesmo autor, a maioria desconhece o perfil tóxico destes produtos. No entanto, a utilização inadequada de um produto, mesmo de baixa toxicidade, pode levar a problemas graves quando associado ao uso de outros medicamentos, à presença de substâncias contraindicadas ou a problemas alérgicos.

De maneira a conhecer o consumo de laxantes particularmente de sene numa farmácia do Nordeste Transmontano e os motivos que levam a consumi-los desenvolveu-se a presente investigação. O trabalho encontra-se dividido em seis capítulos. O capítulo 1 aborda o tema Fitoterapia numa perspetiva histórica e atual. O capítulo 2 refere-se ao consumo de laxantes e os principais motivos do seu consumo. Este capítulo apresenta também a caracterização do sene, o seu mecanismo de ação, indicações, posologia, modo de emprego, efeitos adversos e as suas utilizações mais comuns. O capítulo 3 intitula-se estilos de vida e descreve-os. Abordam-se os hábitos alimentares, o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco. O capítulo 4 apresenta a

metodologia utilizada: caracteriza o estudo, descreve os objetivos, a população estudada, as variáveis em curso e por fim faz uma breve explicação dos métodos e procedimentos utilizados na recolha de dados e no seu tratamento. O capítulo 5 apresenta os resultados obtidos em gráficos e tabelas. O capítulo 6 é dedicado à discussão dos resultados. A conclusão apresenta os principais resultados obtidos, limitações e constrangimentos.

# 1. Fitoterapia

---

A Fitoterapia é considerada uma das práticas mais antigas da medicina da humanidade. Este conceito foi introduzido no meio científico pela primeira vez pelo médico francês Henri Leclerc (1870-1955), quando publicou numerosos ensaios sobre o uso de plantas medicinais num importante jornal médico, La Presse Médicale. Do ponto de vista etimológico, o termo Fitoterapia deriva do grego “phytos” que significa planta e “therapeia” que significa terapêutica. É a ciência que estuda a utilização de produtos de origem vegetal com a finalidade de prevenir, atenuar e curar um estado patológico (Monteiro, 2006). Pode usar-se sozinha ou como coadjuvante de outras medicações para melhorar determinados sintomas associados. O seu principal campo de ação são as infecções leves e moderadas e doenças crônicas (Garcia & Solis, 2007).

Descreve a profilaxia e o tratamento de doenças e distúrbios da saúde através de plantas, como folhas, flores, raízes, frutos ou sementes e respectivas preparações. As plantas apropriadas para este fim são também tradicionalmente denominadas plantas medicinais (Fintelman & Weiss, 2010).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, fitoterápico é todo o preparado (extrato, tintura, pomada, óleos essenciais, cápsulas, comprimidos, etc.) que utiliza como matéria-prima parte de plantas, como folhas, caules, raízes, flores, sementes, com eficácia e segurança validadas em estudos etnofarmacológicos, documentações tecnocientíficas ou ensaios clínicos (ANVISA, 2004).

Um medicamento à base de plantas “é qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas, uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas” (Decreto-lei nº 176/2006, de 30 de agosto).

## **Planta medicinal**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define planta medicinal como sendo “todo e qualquer vegetal que possui, um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos”. O uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo nos últimos

tempos. Dados da OMS mostram que cerca de 80% da população mundial fez uso de algum tipo de erva na busca de alívio de alguma sintomatologia dolorosa ou desagradável. Desse total, pelo menos 30% deu-se por indicação médica. Outros indicadores do amplo uso de plantas medicinais são o comércio intenso em locais públicos e a venda de formas derivadas simples (planta rasurada ou pó) em farmácias e supermercados (OMS, 1998).

O consumo de medicamentos fitoterápicos, bem como de plantas medicinais in natura, tem sido estimulado com base no mito “se é natural não faz mal”. Porém, ao contrário da crença popular, podem causar diversas reações como intoxicações, enjoos, irritações, edemas (inchaços) e até a morte, como qualquer outro medicamento (ANVISA, 2010).

### **Droga Vegetal**

Planta medicinal ou suas partes que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processo da coleta, estabilização, secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada (ANVISA, 2004).

## **1.1. Breve resenha histórica sobre a evolução da fitoterapia**

A utilização de plantas com fins medicinais remonta desde o início da história da humanidade desempenhando um papel chave na cura das doenças. O homem pré-histórico já utilizava e sabia distinguir as plantas comestíveis daquelas que podiam ajudar a curá-lo de alguma moléstia (Filho, 2004). A natureza foi, portanto, o primeiro remédio e a primeira farmácia a que o homem recorreu. Imagina-se que foi por meio de observação dos animais que o homem iniciou a utilização de plantas terapêuticas (Lima, 2010).

Com o desenvolvimento da botânica, da química, da medicina e da farmácia o conhecimento sobre plantas medicinais foi-se sistematizando e estas ocuparam um lugar de destaque nas farmacopeias. Os primeiros registros do uso de fitoterápicos foram realizados na China Antiga (Iversen, 2012). Desde o ano de 3000 a.C. que se tem conhecimento que a China cultiva plantas medicinais (Braga, 2011). O primeiro livro foi publicado pelo imperador Sheng-Nung, intitulado Pen Tsão, catalogava 365

fitoterápicos e tornou-se uma base importante para o progresso da medicina chinesa (Cunha, 2006).

No antigo Egito (2000 a.C.-1500 a.C.), foi escrito um dos mais antigos herbários, nos conhecidos papiros Ebers, que catalogaram 125 plantas medicinais e 811 receitas. Este manuscrito descreve o uso das plantas medicinais, bem como a sua utilização no combate de doenças (Braga, 2011). Entre essas plantas encontram-se: o sene, o zimbro, as sementes do linho, o funcho, o rícino e muitas outras. Inúmeros textos médicos do Egito antigo descrevem o uso de muitos medicamentos fitoterápicos e naturais: sene, mel, tomilho, zimbro, olíbano e cominho (para a digestão), raiz de romã e meimendo (para vermes), além de linho, bugalho, breu, maná, baga-de-loureiro, acanto, babosa, alcaravia, cedro, coentro, cipreste, sabugueiro, erva-doce, alho, alface selvagem, agrião, cebola, papiro, papoula, açafraão, sicómoro e melancia (Cunha, 2006).

No ano 400 a.C. Diocles escreveu o primeiro livro conhecido sobre ervas medicinais, sistematizando os conhecimentos adquiridos até aquele momento (Braga, 2011).

Hipócrates, também conhecido como “pai da medicina” escreveu o Corpus Hipocratium onde identificava para cada doença o remédio vegetal e o tratamento a utilizar (Galvão, 2013).

Já na era Cristã, Pelacius, médico Nero, realizou estudos sobre mais de 500 espécies de plantas medicinais (Braga, 2011). Plínio (60 d.C) publicou *Naturalis Historia*, a maior compilação de fitoterápicos e outros remédios naturais (Galvão, 2013).

Na Idade Média, há uma estagnação e até um retrocesso na evolução da designada “Arte de Curar por esta via” (Cunha, 2006), visto a Igreja Católica não apoiar o desenvolvimento dos conhecimentos científicos. No entanto, este assunto volta a ser retomado, no século XIII, com o surgimento das escolas de Salerno e Montpellier na Europa. No ano de 1484 foi impresso o primeiro livro sobre o cultivo de plantas medicinais, com base nos escritos do século IV por Dioscórides (Braga, 2011).

Na Alemanha, em 1542, foi elaborada a primeira farmacopeia descrevendo uma lista de 300 espécies medicinais. Mais tarde em 1563, o português Garcia Orta utilizou os conhecimentos trazidos da Índia e edita a obra “*Colóquios dos Simples, das drogas e Cousas Mediciniais da Índia*” (Cunha, 2006).

Já no século XIX, fez-se o isolamento de constituintes ativos a partir de plantas ou de produtos vegetais. Derosne, em 1803, extraiu do ópio a narcotina e uma mistura de alcalóides, da qual Serturner, em 1816, isolou a morfina. Pelletier e Caventou, isolaram a estricnina, em 1818. Também, os primeiros heterósidos foram obtidos nesta época: a salicina do salgueiro por Leroux, em 1830, que iria conduzir ao ácido acetilsalicílico, a amigdalina das amêndoas amargas por Robiquet e nesse mesmo ano, a digitalina cristalizada da dedaleira por Nativelle, em 1868 (Cunha, 2006).

## **1.2. Fitoterapia na atualidade**

A partir dos finais do século passado, com o isolamento dos constituintes dotados de ação farmacológica, entra-se numa nova fase da utilização científica das plantas medicinais, com a substituição progressiva destas e dos seus extratos, pelos compostos reconhecidos como responsáveis pela sua ação farmacológica (Cunha, 2006).

Na sociedade atual verifica-se um aumento do consumo de fitoterápicos como um importante recurso terapêutico tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Calixto, 2000). Existem diversos fatores que têm contribuído para o aumento da utilização deste recurso, tais como: o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência, nos dias atuais, do uso de produtos de origem natural (Simões et al., 1998).

Atualmente, grande parte da comercialização de plantas medicinais é feita em farmácias e lojas de produtos naturais, onde preparações vegetais são comercializadas com rotulagem industrializada (Júnior & Pinto, 2005).

## 2. Laxantes

---

Os laxantes são usados desde há 2000 anos com fins terapêuticos, no entanto o seu uso indevido e abuso não conseguiram ser evitados (Roerig et al, 2010). Estes, em geral, funcionam estimulando de modo artificial o intestino grosso para esvaziá-lo e, no processo metabólico, isto só ocorre após a absorção de água e nutrientes (Lobo,2012). São substâncias que favorecem a defecação (Garcia & Solis, 2007).

Os laxantes podem dividir-se em dois grupos, agentes químicos e naturais. No entanto ao lado de poucos laxantes sintéticos existe um grande número de laxantes vegetais (Fintelmann & Weiss, 2010). De uma forma geral, os laxantes são classificados de acordo com o mesmo mecanismo de ação em laxantes de contato, osmóticos, lubrificantes, expansores do volume fecal e emolientes fecais. Os laxantes de contato são também conhecidos como estimulantes, atuam diretamente no intestino, causando uma irritação que promove o peristaltismo e a defecação, como exemplo o sene. Os laxantes osmóticos são compostos hipertônicos que extraem a água dos tecidos circundantes para o intestino, a água que se acumula nos intestinos vai alterar a consistência das fezes e aumentar o peristaltismo, como por exemplo a lactose. Os laxantes lubrificantes lubrificam as paredes intestinais e suavizam as fezes, permitindo uma eliminação suave do conteúdo fecal, exemplo da parafina líquida. Os laxantes expansores do volume fecal aumentam o volume das fezes e devem ser administrados com um grande copo de água. Estes provocam a retenção de água pelas fezes, o que lhes aumenta o volume e estimula o peristaltismo, exemplo as fibras de soja. Os emolientes fecais são ainda conhecidos como humidificadores, captam a água para as fezes, amaciando-as, mas não estimulam o peristaltismo, exemplo Docusato de sódio (Clayton & Stock, 2002).

### 2.1. Consumo de laxantes: estado da arte

Segundo Clayton & Stock (2002), o uso de laxantes e enemas diários deve ser evitado porque diminui a tonicidade dos músculos e a produção de muco no reto e pode provocar desequilíbrio hidra eletrolítico. No entanto, os laxantes e os analgésicos são os medicamentos mais utilizados sem prescrição médica (Segura & Rodriguez, 2007).

Estudos revelam que o consumo de laxantes é mais comum em crianças, jovens, idosos e mulheres em especial na menopausa (Lobo, 2012).

Uma das principais causas do consumo de laxantes é a obstipação ou prisão de ventre. A obstipação é um termo que define um sintoma, não uma doença nem um diagnóstico (Garcia & Solis, 2007). É dos mais frequentes na prática diária como sintoma principal ou secundário, por vezes mascarado por outros problemas digestivos (Castro et al, 1994). Existe uma variabilidade de definições para este problema o que dificulta a sua caracterização clínica (Díaz & Requena, 2005). O trânsito intestinal varia entre as pessoas, sendo difícil o estabelecimento de padrões de normalidade (Dantas, 2004). A obstipação ou prisão de ventre consiste na eliminação difícil ou infrequente das fezes, podendo referir-se às fezes endurecidas ou a uma sensação de evacuação incompleta. Este sintoma pode ser caracterizado por: eliminação infrequente de fezes, evacuação dolorosa ou que exige um esforço prolongado, sintomas de evacuação incompleta e eliminação de fezes em pequena quantidade (Castro et al, 1994). Podem ser consideradas outras definições de obstipação como:

- Menos de três dejeções por semana para as mulheres e menos de cinco para os homens (Díaz & Requena, 2005).
- O diagnóstico de obstipação requer a presença de dois ou mais sintomas relatados abaixo, por pelo menos três meses consecutivos ou não, no último ano:
  - a. Esforço em mais de 25% das evacuações;
  - b. Fezes endurecidas ou fragmentadas mais de 25% das evacuações;
  - c. Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das evacuações;
  - d. Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação em mais de 25% das evacuações;
  - e. Manobras manuais para facilitar em mais de 25% das evacuações;
  - f. Menos de 3 evacuações por semana (WOGP, 2010).

Para muitos basta sair da rotina, uma simples viagem ou mudança de hábitos alimentares para se sentirem obstipados (Garcia & Solis, 2007). A obstipação pode ser classificada como ocasional ou crónica. A obstipação ocasional não é prejudicial para a saúde mas pode causar uma sensação de desconforto ou distensão abdominal, anorexia e ansiedade. A obstipação crónica produz diminuição da tonicidade dos músculos

intestinais, aumenta o esforço da defecação e a incidência das hemorróides (Clayton & Stock, 2002). A obstipação crónica é uma condição comum no sexo feminino e nos idosos (Leung et al, 2011).

Estima-se que um terço da população nos países industrializados ocidentais sofra de prisão de ventre, pelo menos, de vez em quando (Klaschik et al, 2003). As causas podem ser diversas e podemos agrupá-las em dois grupos: causas sintomáticas e funcionais. As causas sintomáticas podem ser resultado de doenças tais como: cancro, processos inflamatórios na região anal, doenças neurológicas, doenças endócrinas, doenças ou alterações metabólicas. Enquanto as causas funcionais podem ser provocadas pela baixa ingestão de fluidos ou fibras dietéticas, medicação ou fatores situacionais, tais como estilos de vida inapropriados, falta de exercício/mobilidade (Klaschik et al, 2003). Estas causas são as mais comuns e normalmente advêm de uma dieta inadequada, falta de ingestão de fibras e líquidos, bem como o sedentarismo (Clayton & Stock, 2002). No entanto, existem diversas outras causas. Um grande número de substâncias são conhecidas por induzirem a obstipação. São medicamentos como antiácidos, antibióticos, anticolinérgicos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, diuréticos, uso excessivo de laxantes, relaxantes musculares, neurolépticos, anti-inflamatórios não-esteroides, opiáceos e muitos outros (Klaschik et al, 2003).

Não há explicação para o facto de o sexo feminino ser mais propício à obstipação do que o sexo masculino. Os mais idosos também são mais vulneráveis a este sintoma, o que pode estar associado à menor ingestão alimentar, perda da mobilidade, fraqueza da musculatura abdominal e pélvica e maior consumo de medicação (Dantas, 2004).

O tratamento da obstipação é sintomático, deve começar-se sempre por medidas simples ao nível dos hábitos alimentares e estilos de vida. Só se estas não resultarem é que se deve recorrer ao uso de medicamentos (Díaz & Requena, 2005). O primeiro passo é modificar a alimentação e o estilo de vida. Deve adotar-se uma alimentação equilibrada incluindo: cereais integrais, vegetais, frutos secos, intensificar o consumo de alimentos ricos em fibras e aumentar a ingestão de líquidos (Clayton & Stock, 2002). É também muito importante não contrariar a vontade de defecar e evitar alimentos e fármacos que provoquem a prisão de ventre (Díaz & Requena, 2005).

Outra causa frequente que leva à toma de laxantes prende-se, com o objeto deste estudo, a vontade de perder peso. A ingestão de laxantes diminui o peso por aumentar a perda de água nas evacuações. Por conseguinte, pode desencadear problemas renais e intestinais diversos. Além disso o uso de laxantes, por tempo prolongado, pode tornar o intestino "dependente" destes medicamentos e originar maior dificuldade na evacuação regular. Ainda, dependência no recurso a laxantes (Andrade et al, 2003).

O abuso de laxantes verifica-se tanto em adultos como em crianças (Middleberg & Homan, 2012), bem como em pessoas com distúrbios alimentares tais como anorexia nervosa ou bulimia. Ainda, pessoas que sofrem de problemas relacionados com o trânsito intestinal e acreditam que somente uma dose de laxantes pode solucioná-los (Strumia, 2013). O excessivo uso de laxantes por tempo prolongado pode levar a um ciclo vicioso, as evacuações espontâneas e satisfatórias deixam de ocorrer e pode até agravar o problema de obstipação, pois o cólon completamente vazio, pelo uso de laxantes, irá prejudicar o tónus e o peristaltismo (Andrade et al, 2003).

## **2.2. Sene**

O sene de nome científico *Cassia angustifolia* Vahh.l, pertence à família da Fabaceae. Tem como sinónimos botânicos: *Cassia senna* L., *Senna alexandrina* Mill., *Cassia acutifolia* Delile, *Cassia alexandrina* (Garsault) Thell., *Senna acutifolia* (Delile) Batka, *Senna alexandrina* (Garsault), *Senna angustifolia* (Vahl) Batka e como nomes populares: sena, cássia, cene, fedegoso-do-rio-de-janeiro, lava-pratos, mamangá; senna (alemão), senna (espanhol), séné ou cassier (francês), senna leaves (inglês), senna (italiano).

O sene é uma planta nativa da Arábia e África Ocidental, sendo muito cultivado na Índia. A sua introdução na fitoterapia foi feita por médicos árabes no século IX (Cunha, 2006).

As partes da planta com interesse que constitui o fármaco são as folhas e os frutos. Os folíolos, folhas, são constituídos por antracénicos [crisofanol, aloé-emodina, réina e os respetivos glicósidos, glucósidos de diantronas (senósidos)]; mucilagens; flavonoides (isoramnetina, campferol e respetivos glicósidos etc); resinas; ácidos orgânicos; fitosteróis (Cunha, 2006). Os componentes ativos que estão presentes nas folhas são as antroquinonas que se dividem em diantronas e as antronas (EMA, 2007). Os folículos,

frutos, têm uma composição muito semelhante aos folíolos. A Farmacopeia Portuguesa VII refere que os frutos (folículos) secos de *C. senna* L. (*C. acutifolia* Delile), o sene-de-cartum ou sene-de-alexandria, devem conter no mínimo, 3,4% de heterósidos hidroxiantracénicos, expressos em senósido B e os do sene-da-índia ou sene-de-tinnevelly devem conter, no mínimo, 2,2% de hidroxiantracénicos, expressos no mesmo constituinte. As folhas do sene são constituídas pelos folíolos secos do sene-da-Alexandria ou o sene-de-cartum ou de sene-da-índia ou o sene-de-tinnevelly, ou por uma mistura das 2 espécies, deve conter, no mínimo, 2,5 de heterósidos de hidroxiantracénicos expressos em senósido B (Cunha, 2006).

O sene é considerado um laxante estimulante e o seu modo de ação é baseado em dois mecanismos: a motilidade do colón é aumentada o que leva a uma redução do tempo do trânsito intestinal com uma secreção dos eletrólitos ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ) para dentro das células epiteliais e, simultaneamente, um aumento da permeabilidade das junções e estimulação da secreção de água e eletrólitos para o lúmen do cólon (EMA, 2007).

Os derivados antraquinónicos, existentes em maior quantidade nas folhas do que nos frutos, exercem uma ação colerética, laxante e purgante conforme a dose que se faz sentir 10 a 12 h depois da ingestão. Os heterósidos ao atingirem o cólon são hidrolisados pela ação das enzimas da flora bacteriana atuando com as geninas sobre as terminações nervosas da parede intestinal, diminuindo a absorção da água a estimulação do peristaltismo. (Cunha, 2006). O aumento do peristaltismo intestinal e da secreção de água e eletrólitos para a lúmen intestinal resulta num efeito laxante.

Da folha e do fruto são extraídos e purificados os senósidos A e B que são utilizados, através de várias preparações farmacêuticas, para o tratamento de curta duração de obstipação. Os senósidos A e B são também utilizados para provocar o esvaziamento intestinal, aquando da realização de exames ou cirurgias.

O sene é uma das plantas mais consumidas no caso de obstipação quer seja em forma de comprimidos, de capsulas ou chás. As formas de administração que podemos encontrar podem ser por uso interno:

- Infusão: 0,5 a 2 g por chávena, 1 a 2 chávenas, repetir se for necessário.
- Pó: 100 a 300 mg, 1 a 4 vezes por dia, em cápsulas.
- Extracto seco (4:1): 0,5 a 2 g por dia (1g equivale a cerca de 4 g de planta seca).

- Enema: infusão de 15 a 20 g/litro.

As doses recomendadas pela ESCOP: preparações equivalentes a 15-30 mg de derivados hidroxiantraquinônicos, calculados em senósido B. A dose correta é a menor possível para produzir o efeito desejado. Em idosos é recomendada metade das doses para os adultos. (Cunha, 2006).

O consumo excessivo e contínuo de sene provoca vômitos, cólicas, diarreias, dores abdominais, aumento do fluxo menstrual. Pode, ainda provocar carência de potássio, diminuição de globinas séricas e causar nefrites em tratamentos longos.

Está contraindicado em pessoas com hipersensibilidade ao sene, gravidez, lactação e em crianças menores de 12 anos. Nestas situações a sua utilização pode provocar: obstrução e estenose intestinal, atonia, doenças inflamatórias intestinais apendicite, estados inflamatórios uterinos, cistite, insuficiência hepática, renal ou cardíaca, náuseas, vômito, estados de desidratação severa. Ainda, hemorróides, sintomas abdominais não diagnosticados e obstipação crônica (Alonso, 1998).

### **2.2.1. Consumo de sene: estado da arte**

O sene e o bisacodil são, na atualidade, os laxantes estimulantes mais utilizados (Leung et al., 2011). Efetivamente, o consumo de extratos de sene tornou-se frequente no âmbito da prescrição médica, da automedicação, da indicação em ervanárias e em farmácias, o que levou a um crescente número de intoxicações (Raposo & Velho, 2009).

O sene é um medicamento que não necessita de receita médica. É aprovado pela Food and Drug Administration (FDA). O seu uso é seguro quando utilizados por curtos períodos de tempo (Singh et al., 2010). Os laxantes hidroxiantrocenicos, nomeadamente o sene, devido à sua origem natural e aparente baixa toxicidade oral, à sua eficácia e facilidade de o adquirir sem prescrição médica são usados frequentemente e de forma abusiva (Segura & Rodriguez, 2007).

O sene não deve ser usado por mais de duas semanas, pois o seu uso prolongado pode levar a que o intestino deixe de funcionar normalmente, causando dependência. O seu uso continuado pode ainda alterar a quantidade ou o balanço de algumas substâncias químicas no sangue (eletrólitos) e causar distúrbios cardíacos, fraqueza muscular e

outros efeitos nocivos. Esta substância não deve ser usada por pessoas com dor abdominal, obstrução intestinal, doença de Crohn, colite ulcerativa, apendicite, inflamação do estômago, prolapso anal ou hemorróides (Vashishtha et al., 2007). Estudos concluíram que a ingestão involuntária de sene por crianças pequenas pode causar assaduras cutâneas graves, bolhas e descamação da pele (Spiller et al., 2003) e a ingestão em grandes doses pode causar hepatotoxicidade (Vashishtha et al., 2007).

Estudos mais recentes revelaram que o consumo de laxantes à base de sene pode provocar toxicidade (Segura & Rodriguez, 2007), especialmente em pacientes que usem infusões da planta de forma crônica e continuada em vez de comprimidos doseados (Raposo & Velho, 2009).

Casos clínicos conhecidos relatam que o sene pode ser prejudicial à saúde quando usado de forma contínua e abusiva. Foi realizado um estudo em sete mulheres que estiveram internadas 127 dias e que apresentavam os mesmos sintomas: dor abdominal, diarreia e perda de peso. Todas negaram a toma de laxantes, no entanto, após a realização de uma biopsia à mucosa retal, em 3 dessas mulheres diagnosticaram alterações histológicas sugestivas do cólon catártico indicadoras da ingestão de sene (Cummings et al., 1974).

Também, uma mulher de 42 anos de idade foi admitida no serviço de emergência do hospital de Londres, com um histórico de cinco dias de agravamento da dor epigástrica, anorexia, vômitos e febre intermitente. Relatou que já há dois anos que fervia folhas secas de sene e que bebia cerca de 200 ml por dia. Realizaram-lhe um eco doppler e encontraram um trombo obstruindo a ramificação da veia porta e ramo direito. O lúmen do vaso foi obstruído impedindo o fluxo de sangue (Soyuncu et al., 2008).

Existem casos relatados em Portugal de internamentos causados pelo sene. Uma paciente do sexo feminino, de 31 anos de idade recorreu à consulta de medicina interna por indicação de um gastroenterologista relatando a seguinte história clínica: dois anos de episódios de gastroenterite, diarreia aquosa, anorexia, vômitos e dores abdominais. Também, edema acentuado, bilateral e simétrico nos membros inferiores, que desapareceu após três dias sem consumir sene. A paciente referiu que consumiu sene durante 10 anos “1 colher de chá” de extrato de sene num litro de água para o alívio da obstipação. Referiu ainda dispepsia com pirose e enfartamento pós-prandial, tendo emagrecido 7 Kg desde o primeiro episódio de gastroenterite e apresentando 33 Kg de massa corporal. Foi internada e houve uma suspensão imediata da ingestão de sene. O

estudo clínico realizado durante internamento revelou marcadores significativos de lesão hepática e muscular, hipercolesterolemia (colesterol total) e HDL. O estudo anato patológico da biopsia muscular confirma atrofia difusa de fibras musculares, acumulação lipídica e uma quantidade moderada de fibras com diminuição da atividade das enzimas mitocôndrias (COX). Após a suspensão do sene verificou-se uma diminuição progressiva das enzimas inicialmente elevadas e do colesterol total. Os atuais conhecimentos que conciliam a constatação de efeitos tóxicos em animais e seres humanos em estudos realizados e o presente caso clínico revelam que a ingestão contínua de sene provoca efeitos tóxico com incidência no tecido nervoso, muscular e hepático (Raposo & Velho, 2009).

## 3. Estilos de Vida

---

Entende-se por estilo de vida um conjunto de hábitos aprendidos e adotados durante toda a vida, relacionados com a realidade familiar, ambiental, social, resultando de diversos fatores que compõem a existência humana. É um fator que identifica a maneira como a pessoa vive, qual a sua forma de agir, na prática de atividades comportamentais em geral (Gonçalves & Vilarta, 2004).

Neste trabalho são descritos os hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco.

### 3.1. Hábitos alimentares

A alimentação é uma necessidade humana vital (Souto & Ferro-Bucher, 2006). Para uma alimentação saudável e adequada é necessário que todos os grupos alimentares estejam presentes, ou seja, deve fornecer água, hidratos de carbono, proteínas, lípidos, vitaminas, fibras e minerais (Guedes, 2012). Uma alimentação equilibrada não pressupõe uma alimentação restrita e monótona (Melo, 2010).

Os hábitos alimentares são formados principalmente durante a infância e tendem a perpetuar-se ao longo de toda a vida e sua influência advém de diversos fatores como a família, a escola e as tecnologias de informação (Marques et al., 2011). O comportamento alimentar constitui um importante aspeto dos hábitos alimentares (Viana, 2002). Estes são influenciados por fatores externos e internos. Os fatores externos socioculturais estão relacionados com a tradição alimentar de cada região, o estilo de vida adotado por cada família, a diversificação dos produtos alimentares, disponibilidade económica na sua aquisição, bem como a publicidade alimentar. Os fatores internos relacionam-se com fatores fisiológicos, ou seja, as necessidades de cada indivíduo, fatores sensoriais e psicológicos catalogados como valores, crenças, hábitos e atitudes (Marques et al, 2011). Segundo a Associação Portuguesa de Nutricionistas devem fazer-se entre 5 a 6 refeições por dia (APN, 2011).

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do consumo de açúcares e gorduras (Viana, 2002). Os portugueses apresentam desequilíbrios na sua dieta alimentar, com o consumo excessivo de calorias e gorduras insaturadas e um défice no consumo de frutos, hortícolas e leguminosas secas (INE, 2010).

Num estudo realizado a 100 indivíduos dos 18-83 anos verificou-se que 97% consumia diariamente fruta, 95% consumia vegetais diariamente, 94% consumia laticínios diariamente e cerca de 3% não consumiam carne nem peixe diariamente. Ainda no mesmo estudo 41% dos inquiridos assumiu que fazia 4 refeições diárias, 28% fazia 3, 17% fazia 5 por dia, 10% 6 refeições e 4 % fazia apenas 2 (Melo, 2010).

Numa amostra de 2362 indivíduos residentes no Porto a totalidade de mulheres e 99,7% dos homens consumia vegetais diariamente. O consumo de fruta foi 99,5% em mulheres e 99,8% em homens (Maia, 2010).

Um estudo realizado em idosos portugueses de zona rural e zona urbana verificou que os da zona rural consumiam mais bebidas alcoólicas e menos fruta e/ou vegetais (Araújo et al., 2011).

### **3.1.1 Imagem corporal**

A imagem corporal é o desenho que a nossa mente forma do nosso próprio corpo ou a forma como o vemos. A satisfação com a nossa imagem corporal refere-se à forma como nos sentimos relativamente ao nosso corpo, como um todo e às suas várias partes em particular (Vidal, 2006).

Na sociedade atual o ideal de estética corporal foi sofrendo alterações à medida que os valores, normas e comportamentos foram mudando. Vivemos numa cultura que valoriza a magreza para atingir uma beleza ideal, quando tal não acontece, entra-se em situação de insatisfação corporal que consiste numa avaliação subjetiva negativa da aparência física, o que terá, inevitavelmente, repercussões a nível psicológico. Com vista a alcançar uma efetiva satisfação com a imagem do corpo, isto é, corresponder aos ideais estéticos da cultura de pertença, recorre-se a restrições alimentares, ao exercício físico exagerado, ao uso de diuréticos e laxantes, entre outros (Alves et al., 2009).

A restrição alimentar é uma estratégia comportamental e cognitiva que as pessoas usam para controlar o peso corporal (McGuire et al., 2001). Contudo, sabemos igualmente, que os maus hábitos alimentares, conjuntamente com uma vida sedentária, têm vindo, cada vez mais, a enraizar-se na população em geral e, também, na população portuguesa. Estas alterações do padrão alimentar estão associadas a problemas de saúde vários e, muitas vezes, relacionadas com a obesidade, colesterol, hipertensão, doenças do esqueleto e cardiovasculares, cancro e obstipação (Lazarou et al, 2009).

Existe uma variedade infinita de produtos para perder peso, nomeadamente moderadores de apetite, diuréticos, laxantes, calmantes e ansiolíticos, compostos naturais e ervas. Os diuréticos reduzem o peso apenas através da perda de água corporal, sem interferir na quantidade de gordura do corpo. Por alterarem o conteúdo de água do organismo, podem levar a problemas renais graves (insuficiência renal e pedras nos rins), bem como à perda de sais minerais importantes (potássio, sódio, cálcio etc.).

Em 2004, Kruger et al publicaram dados de um estudo de base populacional, conduzido nos Estados Unidos e vinculado ao inquérito anual conhecido como *National Health Interview Survey* (NHIS), do ano de 1998, com mais de 32 mil indivíduos com 18 ou mais anos de idade, cujo objetivo era avaliar a prevalência de métodos para perder peso na população. No momento do inquérito, a prevalência do uso de métodos para emagrecer foi de 30,9%, sendo 24,3% nos homens e 37,6% nas mulheres, valores semelhantes aos encontrados nos NHIS de 1985 e 1990, apesar do grande aumento na prevalência de obesidade nos Estados Unidos neste período. Os métodos mais prevalentes foram uma menor ingestão de calorias (61,0%), uma menor ingestão de gorduras (53,2%) e o aumento da atividade física (53,0%). O uso de substâncias foi uma prática menos prevalente na amostra (10,7% dos indivíduos em tentativa de emagrecimento), sendo que 5,8% utilizavam suplementos dietéticos, 2,5% anorexigénios, 1,7% diuréticos e 0,4% laxantes (Machado, 2010).

Avaliando uma amostra feminina de uma universidade norte-americana com idade média de 21 anos e com alto risco para distúrbios alimentares, a partir de um questionário sobre a imagem corporal e preocupação com peso e forma (WCS), Celio e cols. (2010) encontraram uma prevalência de uso de substâncias para perder peso, no último ano, de 32,4%, sendo que 25% das usuárias referiram usar mais do que uma substância, 65,4% uso de anorexigénios e 17,2% de laxantes. Quando analisadas apenas aquelas universitárias com  $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$  e índices elevados no WCS ( $> 68$ ), a prevalência de uso de substâncias para emagrecer foi de 79% (Machado, 2010).

### **3.2. Consumo de bebidas alcoólicas**

O álcool é atualmente, em Portugal, uma droga legal e comercializada fazendo parte dos hábitos alimentares de uma larga maioria da população. De todas as substâncias

psicoativas o álcool é a mais consumida, estimando-se que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo consumam bebidas alcoólicas (Balsa et al., 2011). O consumo de álcool em Portugal continua a apresentar-se como um sério problema social e de Saúde Pública, com importantes repercussões. Em 2001, Portugal ocupava o 4º lugar, a par com a Roménia, o ranking mundial do consumo total de álcool (Lopes et al., 2006). Em Portugal e Espanha os homens consomem bebidas alcoólicas mais frequentemente do que os homens dos outros países do Sul da Europa (Dias, 2008).

Num estudo realizado em 561 indivíduos do distrito de Leiria selecionados através de uma amostra não probabilística, com idade igual ou superior a 18 anos verificou-se que 8,7% dos inquiridos consome álcool diariamente (Catarino & Dixe, 2009).

Num outro estudo foram inquiridos 2414 indivíduos residentes no Porto, dos quais 82% consumiam bebidas alcoólicas diariamente (Dias, 2008).

### **3.3. Consumo de tabaco**

O consumo de tabaco é um fator de risco importante para diversas doenças, em especial para as do aparelho respiratório e cardiovascular. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que morrem em todo o mundo cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, das quais 650 000 na União Europeia. O consumo de tabaco foi responsável em Portugal por cerca de 10% do total de mortes no ano 2004, por diversas patologias na população com mais de 30 anos. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino (17%) e no grupo etário dos 45-59 anos (OMS, 2012).

Em Portugal, 20% da população com mais de 10 anos é fumadora. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, 20,9% da população portuguesa era fumadora e 18,7% fumava diariamente (Machado et al., 2009).

Segundo o estudo de Catarino & Dixe (2009), realizado à população de Leiria, 84% dos seus inquiridos não tem o hábito de fumar e cerca de 5,3% fuma entre 10-20 cigarros por dia.

### **3.4. Percepção do estado de saúde**

A percepção do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde (Oliveira, 2009). O conceito de saúde segundo a OMS é um bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença. Este conceito evoluiu, pois a saúde em concepção ampliada é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, entre outros fatores (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Cada indivíduo possui capacidade para avaliar de forma consciente o seu estado de saúde. A percepção do estado de saúde é reconhecida como indicador do estado de saúde das pessoas porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, é independente das interpretações dos sintomas e é também um importante preditor da mortalidade, bem como da utilização dos serviços de saúde (Araújo et al., 2011).

Nas sociedades modernas, o conceito de saúde/ doença tem vindo a colocar na ordem do dia as preocupações ambientais relativas à natureza artificial em que vivem os seres humanos. A saúde é concebida como ausência de doença; a pessoa não tem consciência do próprio corpo ou, simplesmente, não é aborrecida por sensações corporais. Há uma espécie de "silêncio corporal". Um substrato de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Cott et al. (1999) verificaram que 79% dos indivíduos que reportam a presença de doenças crónicas classificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom (Oliveira, 2009).

Num estudo realizado a idosos portugueses de zonas rurais e zonas urbanas verificou-se que os idosos da zona rural avaliam o seu estado de saúde pior do que o das zonas urbanas (Araújo et al., 2011).

## 4. Metodologia

---

Entende-se por desenho de investigação a estrutura geral ou plano de investigação de um estudo (Ribeiro, 2010). Segundo este autor no desenho torna-se necessário especificar o método e a recolha de dados. Desta forma, iniciaremos por falar primeiro do tipo de estudo que pretendemos realizar, da população alvo, do instrumento de recolha de dados, de forma a atingir os objetivos a que nos propomos.

### 4.1. Tipo de estudo

Quanto ao tipo de estudo podemos afirmar que é um estudo quantitativo de carácter descritivo/ correlacional e transversal.

- Estudo quantitativo que visa a apresentação e a manipulação numérica de observações, com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre a qual recaem as observações (Ribeiro, 2010).
- Estudo descritivo/correlacional pois pretende descrever a problemática em estudo e estabelecer relações entre as variáveis.
- Estudo transversal visto que a população em estudo foi levada a preencher um instrumento de recolha de dados uma única vez durante todo o processo metodológico do desenvolvimento do estudo.

### 4.2. Objetivos

O trabalho realizado tem como objetivo principal conhecer o padrão de consumo de laxantes, particularmente de sene, em utentes de uma farmácia de vila do Nordeste Transmontano. Este trabalho tem como objetivos específicos:

- Conhecer o consumo de laxantes, particularmente de sene, em utentes de uma farmácia do Nordeste Transmontano;

- Identificar variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, número de elementos do agregado familiar, estado civil, habilitações académicas, profissão; estado de saúde, perceção de saúde e estilos de vida da população em estudo e relacioná-las com a procura e o consumo destas substâncias;
- Avaliar a perceção dos utentes sobre a eficácia dos produtos, efeitos associados e os motivos que levam ao consumo.

### 4.3. População

O estudo incide sobre a totalidade da população residente em Izedá. A *tabela 1* apresenta a população de Izedá segundo os Censos realizados em 2011.

**Tabela 1:** População de Izedá.

População residente em Izedá	
População total	1006
Homens	614
Mulheres	392
População (0-14)	84
População (15-24)	88
População (25-64)	579
População (65 ou mais)	255

**Fonte:** INE, censos de 2011.

No presente estudo foram considerados todos os utentes que recorreram à Farmácia D´Izedá e que demonstraram disponibilidade para colaborar com o mesmo. Em termos de representatividade procurou-se inquirir 30% da população alvo, no total 340 participantes de ambos os sexos, num período que decorreu entre o mês de março e julho de 2013.

#### 4.4. Variáveis

Cada dado recolhido acaba por assumir na investigação, o estatuto de variável, razão pela qual têm no estudo um papel muito importante pois é “à volta delas que se estrutura a investigação” (Ribeiro, 2010).

De forma a apresentar as variáveis que possam estabelecer uma relação estatisticamente significativa com o consumo de laxantes, particularmente de sene é apresentado o seguinte esquema:



**Figura 1.** Modelo Conceptual da investigação em estudo

## 4.5. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de um inquérito (em *anexo I*) previamente estruturado de acordo com os objetivos do estudo. O inquérito encontra-se organizado em quatro módulos. O módulo A é constituído por perguntas de caracterização sociodemográficas. O módulo B pretendeu conhecer alguns aspetos relacionados com os estilos de vida como hábitos alimentares; consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. O módulo C pretendeu conhecer alguns aspetos relacionados com o estado de saúde e por último o módulo D avalia a variável dependente em estudo.

O pré-teste é a realização do inquérito numa pequena amostra de respondentes para identificar e eliminar erros potenciais (Pereira, 2008). Como os respondentes do pré-teste devem ser semelhantes aos da amostra, realizou-se o pré-teste a 10 utentes de uma farmácia de Bragança.

A recolha de dados decorreu entre o mês de março e julho até perfazer 1/3 do total da população alvo. O estudo foi efetuado com o consentimento informado dos inquiridos, sem prejuízo da sua potencial retirada em qualquer momento do estudo. Foi salvaguardado de igual modo o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados.

Os dados recolhidos foram inseridos no programa informático SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Recorreu-se às Medidas de Tendência Central: Média, Moda e Mediana e as Medidas de Dispersão: Desvio Padrão, Variância, Valor Máximo e Valor Mínimo, quando possível a sua utilização, ou seja, para as variáveis numéricas e ordinais. Não foi possível aplicar estas medidas para variáveis nominais.

Para a análise de associação de variáveis, o método estatístico usado foi o teste do Qui-Quadrado pois as variáveis dependentes que se pretendem analisar são variáveis nominais. Quando este teste não apresentava valores estatísticos válidos, foi usado o teste exato de Fisher para tabelas de 2x2 e o teste de U- Mann-Whitney quando não foi possível nem o uso de um nem do outro. Nesta análise foi considerado um  $\alpha=0,05$  para todas as decisões estatísticas.

## 5. Apresentação dos resultados

---

Após recolha dos dados e do seu registo, procedemos à sua análise estatística. Seguidamente, apresentaremos os resultados obtidos através de tabelas e gráficos de barras.

### **Caraterização Sociodemográfica**

A caraterização dos inquiridos inclui a distribuição das variáveis segundo o género, grupo etário, estado civil, nº de elementos do agregado familiar, habilitações académicas, profissão.

Participaram nos estudos 340 utentes. Do total de participantes, 266 (78,2%) são do sexo feminino e 74 (21,8%) são do sexo masculino. O estudo incidiu sobre indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 92 anos, podendo ainda verificar-se que a média das idades é aproximadamente de 54 anos e a moda é de 60 anos (*tabela 21 em anexo*).

A maioria dos inquiridos no que toca ao estado civil são casados, 64,7% (220), e apenas 6,8% (23) são divorciados/separados. A fim de contextualizar o meio familiar dos indivíduos da amostra deste estudo, importa caracterizar o nº de elementos do agregado familiar, sendo que mais de metade 260 (74,7%) pertence a um agregado familiar constituído entre 2 a 4 elementos. Quanto às habilitações académicas a maioria dos participantes 21,2% (72) não sabe ler nem escrever. Cerca de 18,8 % (64) tem o 2º Ciclo (6º ano), 18,2% (62) ensino secundário, 17,9% (61) possui o 3º ciclo (9ºano), 13,8% (47) possui o 1º Ciclo (4º classe), sendo que apenas 9,4% (32) possui uma licenciatura/bacharelato e 0,6% (2) possui mestrado/doutoramento.

Para os indivíduos que declaram atividade profissional e tendo como categorização a classificação nacional das profissões, foram agrupadas para ser mais fácil a sua análise estatística em 3 grupos: o primeiro inclui o grupo 1 quadros superiores de administração pública, dirigentes superiores de empresa, o grupo 2 especialistas das profissões intelectuais e científica, grupo 3 técnicos e profissionais de nível intermédio e o grupo 4 pessoal administrativo e similares; o segundo inclui o grupo 5 pessoal dos serviços e vendedores e o grupo 6 agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e por último um terceiro grupo que inclui o grupo 7

operários, artífices e trabalhadores similares, grupo 8 operadores de instalações e máquinas e trabalho de montagem e o grupo 9 trabalhadores não qualificados. Os indivíduos que não declaram atividade profissional, ou seja a população não ativa, são 212 (62,4%), dos quais fazem parte os reformados, desempregados, estudantes e domésticas.

**Tabela 2.**Caraterização Sociodemográfica.

Variáveis		N	%
<b>Género</b>	Feminino	266	78,2
	Masculino	74	21,8
<b>Grupo Etário</b>	15-24	13	3,8
	25-64	223	65,6
	≥ 65	104	30,6
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	50	14,7
	Casado/União de fato	220	64,7
	Divorciado/Separado	23	6,8
	Viúvo	47	13,8
<b>Nº elementos agregado familiar</b>	1	62	18,2
	2 a 3	190	55,9
	≥ 4	88	25,9
<b>Habilitações Académicas</b>	Não sabe ler, nem escrever	72	21,2
	1º Ciclo	47	13,8
	2º Ciclo	64	18,8
	3º Ciclo	61	17,9
	Ensino Secundário	62	18,2
	Ensino Superior	34	10
<b>Profissões</b>	Grupo 1,2,3 e 4	26	7,6
	Grupo 5 e 6	47	13,8
	Grupo 7,8 e 9	55	16,2
	População não ativa	212	62,4

## Estilos de vida

Neste subcapítulo apresentam-se os dados relativos ao estilo de vida nomeadamente: ao consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e hábitos alimentares.

Através da análise da **tabela 3** podemos afirmar que mais de metade dos inquiridos, isto é 70,9% (241) raramente/nunca consomem álcool. Cerca de 18,5% (63) consomem bebidas alcoólicas diariamente, 7,4% (25) consomem 2 a 3 vezes por semana e uma minoria 3,2% (11) consome 4 a 6 vezes por semana. Relativamente ao consumo de tabaco podemos observar que a maioria dos intervenientes, 254 (74,7%) raramente/nunca fumaram e que 8 (2,4%) deixaram de fumar. Existem 72 pessoas (21,2%) que fumam diariamente e 6 (1,8%) 2 a 3 vezes por semana. Pode ainda constatar-se, através da análise da **tabela 4** que a média de cigarros fumados diariamente é aproximadamente 17 cigarros e a moda é 20 cigarros por dia, ou seja aproximadamente um maço de tabaco por dia.

**Tabela 3.** Frequências relativas ao consumo de álcool e tabaco

Variáveis		N	%
Consumo de Bebidas Alcoólicas	Diariamente	63	18,5
	4 a 6 vezes /s	11	3,2
	2 a 3 vezes /s	25	7,4
	Raramente/Nunca	241	70,9
Consumo de Tabaco	Diariamente	72	21,2
	4 a 6 vezes /s	6	1,8
	Raramente/Nunca	254	74,7
	Deixou de fumar	8	2,4

**Tabela 4.** Estatísticas relativas ao consumo de álcool e de tabaco

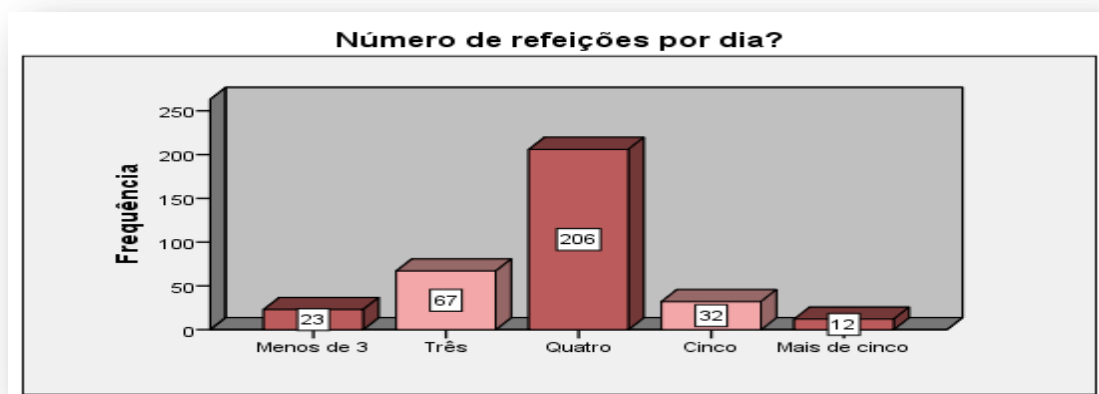
	Consumo de Bebidas alcoólicas	Consumo de Tabaco	Cigarros p/ dia
Média	3,31	2,58	16,90
Mediana	4,00	3,00	16,90
Moda	4	3	20
Desvio Padrão	1,180	0,846	10,446
Mínimo	1	1	1
Máximo	4	4	45

Para verificar os hábitos alimentares foram feitas perguntas sobre a frequência do consumo de alguns alimentos tais como: fruta, vegetais, carne, peixe, laticínios e cereais. De acordo com a **tabela 5**, podemos constatar que a maioria dos intervenientes 237 (69,7%), consome fruta diariamente, 215 (63,2%) dos inquiridos consome vegetais diariamente e 242 (71,2%), consome carne também diariamente. Do total de participantes apenas 71 (20,9%) consome peixe diariamente, sendo que 68 (20%) raramente/nunca consome peixe. Cerca de 260 participantes (76,5%) consome laticínios diariamente. Relativamente ao consumo de cereais, pode afirmar-se que 154 dos participantes (45,3%) raramente/nunca consome cereais, sendo que apenas 88 (25,9%) o fazem diariamente.

**Tabela 5.** Frequências relativas aos hábitos alimentares

	Hábitos Alimentares											
	Fruta		Vegetais		Carne		Peixe		Laticínios		Cereais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diariamente	237	69,7	215	63,2	242	71,2	71	20,9	260	76,5	88	25,9
4 a 6 vezes /s	59	17,4	66	19,4	57	16,8	59	17,4	40	11,8	29	8,5
1 a 3 vezes /s	21	6,2	36	10,6	29	8,5	142	41,8	14	4,2	69	20,3
Raramente / Nunca	23	6,8	23	6,8	12	3,5	68	20	26	7,6	154	45,3
Total	340	100	340	100	340	100	340	100	340	100	340	100

Pela análise do gráfico 1 é de salientar que 206 (60,9%) utentes fazem quatro refeições por dia.



**Gráfico 1.** Frequências relativas ao número de refeições por dia

Os resultados apontados na **tabela 6** indicam que 193 (56,8%) não fizeram restrição alimentar para perder peso, nos últimos 12 meses e 147 (43,2%) afirmam que sim. Das 147 pessoas que fizeram restrição alimentar para perder peso 103 (30,3%) associaram diariamente à restrição alimentar laxantes. Podemos ainda observar que 29 inquiridos associaram diuréticos diariamente à restrição alimentar com o intuito de perder peso.

**Tabela 6.** Frequências relativas às restrições alimentares nos últimos 12 meses

Variáveis		N	%
Restrição Alimentar	Sim	147	43,2
	Não	193	56,8
Associação do consumo de laxantes para perder peso	Diariamente	103	30,3
	4 a 6 vezes /s	10	2,9
	1 a 3 vezes /s	6	1,8
	Raramente/ Nunca	28	8,2
Associação do consumo diuréticos para perder peso	Diariamente	29	8,5
	4 a 6 vezes /s	2	0,6
	1 a 3 vezes /s	2	0,6
	Raramente/ Nunca	114	33,5

## Percepção do estado de Saúde

A percepção de saúde e da imagem corporal foi obtida através da auto-avaliação dos inquiridos numa escala de cinco categorias: muito má (1), má (2), nem boa nem má (3), boa (4) e muito boa (5). No que diz respeito à percepção da saúde, por parte dos inquiridos 139 (40,9%) avaliam a sua saúde nem boa nem má. Quanto à imagem corporal podemos afirmar que 102 (30%) dos inquiridos avaliam-na também como nem boa nem má, como podemos verificar na *tabela 7*.

**Tabela 7.** Frequências relativas à percepção estado de saúde e imagem corporal

Variáveis		N	%
Estado da Saúde	Muito má	24	7,1
	Má	40	11,8
	Nem boa nem má	139	40,9
	Boa	91	26,8
	Muito boa	46	13,5
Imagem Corporal	Muito má	41	12,1
	Má	71	20,9
	Nem boa nem má	102	30
	Boa	71	20,9
	Muito boa	55	16,2

Na *tabela 8* encontram-se descritos os resultados relativos ao IMC, com os dados relativos ao peso e altura foi calculado o IMC através da fórmula  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ .

**Tabela 8.** Frequências relativas ao IMC

Variáveis		
IMC Classificado	N	%
Baixo Peso	2	0,6
Peso Normal	117	34,4
Excesso de Peso e Obesidade	221	65

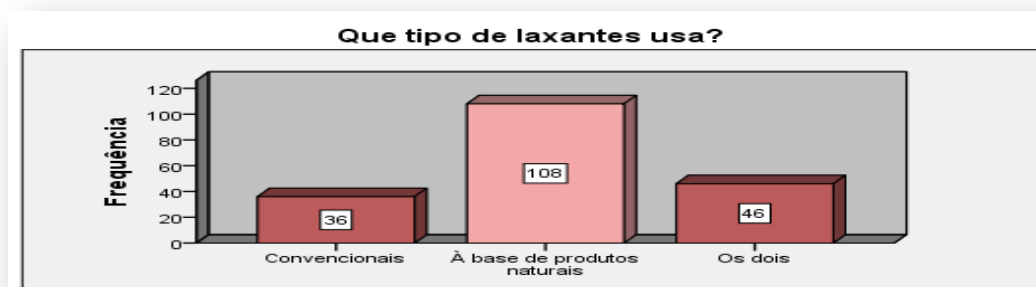
Do total de indivíduos avaliados 185 (54,4%) possui doença/ sintomas que levaram à toma de medicação diária. A informação referente a esta variável foi obtida através de uma questão aberta. Como a mesma pessoa pode possuir mais do que uma doença para o tratamento estatístico desta variável as doenças foram agrupadas em doenças respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, do sistema digestivo, músculo-esquelético, doenças cancerígenas e diabetes. As doenças mais prevalentes são a diabetes e doenças cardiovasculares com 49 (14,4%) e 136 (40%), respetivamente.

**Tabela 9.** Frequências relativas às doenças diagnosticadas / sintomas

Variáveis		N	%
Doenças/ Sintomas	Sim	185	54,4
	Não	155	45,6
Doenças Respiratórias		28	8,2
Doenças Cardiovasculares		136	40
Doenças Neurológicas		15	4,4
Doenças do Sistema Digestivo		25	7,4
Doenças do Sistema Músculo-esquelético		21	6,2
Doenças Cancerígenas		3	0,9
Diabetes		49	14,4

### Consumo de laxantes, particularmente de Sene

Os resultados demonstrados no *gráfico 2*, apontam para 108 (31,8%) inquiridos a recorrer ao uso de laxantes à base de produtos naturais, 46 (13,5%) usam os dois tipos e 36 (10,6%) usam laxantes convencionais.



**Gráfico 2.** Frequências relativas ao tipo de laxantes que usam

A **tabela 10** mostra que 190 (55,9%) dos inquiridos recorre habitualmente a laxantes para evacuar e 150 (44,1%) não. O consumo de sene observou-se em 142 (41,8%) dos inquiridos consomem. Na mesma tabela verifica-se que dos 142 inquiridos que recorrem ao uso de sene, 60 (17,6%) consomem sene diariamente, 29 (8,5%) consomem em média 1 vez por mês, 25 (7,4%) 1 a 3 vezes por semana e 14 (4,1%) 4 a 6 vezes por semana. Nos últimos 30 dias, o consumo diário sobe para 59 (17,4%), semanal para 30 (8,8%) em média 1 vez por mês, 27 (7,9%) 1 a 3 vezes por semana e 12 (3,5%) 4 a 6 vezes por semana.

**Tabela 10.** Frequências relativo ao consumo de laxantes no geral e de sene

Variáveis		N	%
Uso de laxantes	Sim	190	55,9
	Não	150	44,1
Consumo de Sene	Sim	142	41,8
	Não	48	14,1
Consumo de Sene nos últimos 12 meses	Diariamente	60	17,6
	4 a 6 vezes /s	14	4,1
	1 a 3 vezes /s	25	7,4
	Em média 1 vez / mês	29	8,5
	Raramente/Nunca	14	4,1
Consumo de Sene nos últimos 30 dias	Diariamente	59	17,4
	4 a 6 vezes /s	14	4,1
	1 a 3 vezes /s	27	7,9
	Em média 1 vez / mês	30	8,8
	Raramente/Nunca	12	3,5

Quanto à eficácia dos produtos que contêm sene na sua composição, podemos observar que dos inquiridos que consomem sene, o produto que consideram mais eficaz em termos do efeito para que é consumido é o Fitos<sup>®</sup> Chá de Sene. Dos inquiridos que consomem estes produtos, uma grande parte não sabe/ não utiliza um conjunto de três produtos Doce Alivio<sup>®</sup>, Pursenide<sup>®</sup> e Imperial<sup>®</sup>.

**Tabela 11.** Frequências percepção da eficácia de alguns produtos que contém Sene

		Ineficaz	Pouco Eficaz	Bastante Eficaz	Eficaz	Não sabe/Não Utiliza
Doce Alivio <sup>®</sup>	N	2	6	37	6	90
	%	0,6	1,8	10,9	1,8	26,5
Pursenide <sup>®</sup>	N	3	12	26	3	97
	%	0,9	3,5	7,6	0,9	28,5
Agiolax <sup>®</sup>	N	1	20	11	3	106
	%	0,3	5,9	3,2	0,9	31,2
Bekumis <sup>®</sup>	N	---	15	21	2	103
	%	---	4,4	6,2	0,6	30,3
Fitos <sup>®</sup> chá de Sene	N	---	1	32	63	45
	%	---	0,3	9,4	18,5	13,2
Moreno <sup>®</sup> chá de Sene	N	15	13	12	19	82
	%	4,4	3,8	3,5	5,6	24,1
Manasul <sup>®</sup>	N	1	2	28	33	77
	%	0,3	0,6	8,2	9,7	22,6
Elegante <sup>®</sup>	N	---	2	39	8	92
	%	---	0,6	11,5	2,4	27,1
Imperial <sup>®</sup>	N	---	1	1	1	137
	%	---	0,3	0,3	0,3	40,3

Relativamente aos motivos que levaram os inquiridos a consumir os produtos que contêm sene na sua composição, a maioria 75 (22,1%) recorre a este consumo como forma de emagrecer, 62 (18,2%) pela dificuldade em defecar e 9 (2,6%) como forma regular de ir à casa de banho.

**Tabela 12.** Frequência relativas aos motivos que levam a consumir sene

Variáveis	N	%
Dificuldade em defecar	62	18,2
Forma regular de ir à casa de banho	9	2,6
Forma de emagrecer	75	22,1

Os efeitos relacionados com o consumo mais referidos pelos utentes que consomem produtos com sene são, como se observa na *tabela 13*, cólicas/dor abdominal e diarreia (30,9% e 6,2%, respetivamente).

**Tabela 13.** Frequência relativas aos efeitos do consumo de sene

Variáveis	N	%
Nenhum	20	5,9
Cólicas/dor abdominal	105	30,9
Diarreia	21	6,2
Náuseas	11	3,2
Desidratação	1	0,3
Cansaço/Fadiga muscular	9	2,6
Cãibras	7	2,1

Através da análise da *tabela 14*, podemos constatar que 61 (17,9%) dos inquiridos que consomem produtos com sene o fazem por livre iniciativa, 33 (9,7%) por indicação de um amigo, 27 (7,9%) por indicação de um familiar e 21 (6,2%) por indicação de um profissional de saúde. 9 (2,6%) foram aconselhados por farmacêuticos, 6 (1,8%) por médicos, 5 (1,5%) por técnicos de farmácia e 1 (0,3%) por enfermeiros.

**Tabela 14.** Frequência relativas a quem indicou o consumo destes produtos

Variáveis	N	%
Livre iniciativa	61	17,9
Profissional de Saúde	21	6,2
Familiares	27	7,9
Amigos	33	9,7
Outros	---	---

Através da análise da **tabela 15**, podemos verificar que 73 (21,5%) dos inquiridos que consomem sene, o mesmo deixou de fazer efeito ao longo do tempo.

**Tabela 15.** Frequências relativas ao efeito obtido aquando consumo de sene

Variáveis	N	%
Sempre o efeito pretendido	68	20,0
Deixou de fazer efeito ao longo do tempo	73	21,5
Nunca obteve o efeito pretendido	1	0,03

### **Análise estatística relativa à associação de variáveis**

Da associação entre a variável consumo de sene com as variáveis sociodemográficas verificamos que existem diferenças altamente significativas entre o consumo de sene e o estado civil ( $p=0,001$ ). Cruzando a informação relativa à tipologia do consumo com o estado civil, constata-se que são os inquiridos casados/união de facto quem mais consome este produto. Relativamente às outras variáveis sociodemográficas não se encontram diferenças estatisticamente significativas, como se pode verificar na **tabela 16**.

**Tabela 16.** Resultados estatísticos relativamente ao consumo de sene e os dados sociodemográficos

Variáveis	Teste Estatístico	Valor do teste qui-quadrado	gl	<i>P</i>
Consumo de Sene*Sexo	Teste exato Fisher	---		0,780
Consumo de Sene*Classe etárias	Qui-quadrado	5,670	2	0,059
Consumo de Sene*Estado Civil	Qui-quadrado	17,549	3	<b>0,001</b>
Consumo de Sene*Habilitações Académicas	Qui-quadrado	5,443	3	0,142
Consumo de Sene*Profissões	Qui-quadrado	3,317	3	0,345

Da associação entre a variável consumo de sene com os hábitos alimentares podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o consumo deste produto e o consumo de fruta ( $p=0,021$ ), vegetais ( $p=0,015$ ) e laticínios ( $p=0,013$ ). É importante salientar que dos inquiridos que consomem sene 99 também consomem diariamente fruta, 94 vegetais e 98 laticínios.

**Tabela 17.** Resultados dos testes estatísticos relativamente ao consumo de Sene e os hábitos alimentares

Variáveis	Teste Estatístico	Valor do teste qui-quadrado	Gl	<i>p</i>
Consumo de Sene*Consumo de Bebidas Alcoólicas	Teste exato Fisher	---	--	0,521
Consumo de Sene*Consumo de Tabaco	Teste exato Fisher	---	--	0,691
Consumo de Sene*Consumo de Fruta	Qui-quadrado	7,747	2	0,021
Consumo de Sene*Consumo de Vegetais	Qui-quadrado	8,335	2	0,015
Consumo de Sene*Consumo de Carne	Qui-quadrado	3,918	2	0,141
Consumo de Sene*Consumo de Peixe	Qui-quadrado	0,984	2	0,611
Consumo de Sene*Consumo de Laticínios	Qui-quadrado	8,694	2	0,013
Consumo de Sene*Consumo de Cereais	Qui-quadrado	0,553	2	0,759
Consumo de Sene*Número de Refeições que faz por dia	Qui-quadrado	10,966	4	0,027

Através da análise da **tabela 18**, podemos afirmar que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre o consumo de sene e o consumo laxantes para perder peso ( $p < 0,001$ ). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de sene e a restrição alimentar e entre o consumo de sene e consumo de diuréticos.

**Tabela 18.** Resultados dos testes estatísticos relativamente ao consumo de Sene e a restrição alimentar

Variáveis	Teste Estatístico	<i>p</i>
Consumo de Sene*Restrição alimentar	Teste exato Fisher	0,610
Consumo de Sene*Associação do consumo de laxantes para perder peso	Teste exato Fisher	<b>0,000</b>
Consumo de Sene* Associação do consumo de diuréticos para perder peso	Teste exato Fisher	1,000

De acordo com a **tabela 19**, podemos constatar que existem diferenças altamente significativas entre o consumo de sene e a percepção de estado de saúde ( $p=0,002$ ), havendo também diferenças estatisticamente significativas com a percepção da imagem corporal ( $p=0,020$ ).

**Tabela 19.** Resultados dos testes estatísticos relativamente percepção de saúde e imagem corporal

Variáveis	Teste Estatístico	Valor do teste qui-quadrado	gl	<i>p</i>
Consumo de Sene*Percepção da Saúde	Qui-quadrado	17,509	4	0,002
Consumo de Sene* Percepção da Imagem Corporal	Qui-quadrado	11,684	4	0,020
Consumo de Sene* Doenças Diagnosticadas/ Sintomas	Teste exato Fisher	---	--	0,318

Analisando a **tabela 20**, podemos averiguar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de sene o grupo etário ( $p=0,043$ ) e entre o consumo de sene e o nº de elementos do agregado familiar ( $p=0,017$ ).

**Tabela 20.** Resultados dos testes estatísticos relativamente aos grupos etários, nº de elementos do agregado familiar e IMC

Variáveis	Teste Estatístico	Valor do teste qui-quadrado	<i>p</i>
Consumo de Sene*Grupos etários	U-Mann-Whitney	2741,000	0,043
Consumo de Sene*nº elementos agregado familiar	U-Mann-Whitney	2643,000	0,017
Consumo de Sene*IMC Classificado	U-Mann-Whitney	3222,000	0,572

## 6. Discussão de resultados

---

Este trabalho teve como objetivo principal conhecer o consumo de laxantes, particularmente de sene, numa farmácia do nordeste transmontano. Para tal, realizou-se um estudo descritivo/correlacional e transversal através da aplicação de um inquérito que incluía perguntas sobre características sociodemográficas, percepção do estado de saúde, estilos de vida, auto-imagem e consumo de laxantes em particular de sene. Os resultados obtidos permitem-nos retirar diversas conclusões.

Numa primeira abordagem à caracterização da amostra é de salientar que esta é constituída maioritariamente pelo sexo feminino (78,2%). Os utentes tinham idades compreendidas entre 18 e 92 anos sendo a média aproximadamente de 54 anos. Ao agrupar as idades verificou-se que a maioria se encontrava na faixa etária entre os 25 e 64 anos, em semelhança com os censos 2011, o que evidencia o envelhecimento populacional da área geográfica onde foi desenvolvido o estudo. No que diz respeito ao estado civil a maioria dos participantes 64,7% (220) são casados ou vivem em união de facto.

Quanto ao número de elementos do agregado familiar, a maior parte encontra-se inserido num contexto familiar entre 2 a 3 elementos, resultados em conformidade com os censos 2011 (INE, 2012) em que tendencialmente as famílias são cada vez de menor dimensão.

Em relação às habilitações académicas a maioria dos inquiridos 21,2 % (72) não sabe ler, nem escrever. Mais de metade dos inquiridos 212 (62,4%) são população não ativa nos quais se incluem os reformados, desempregados, estudantes e domésticas.

A fim de contextualizar os estilos de vida que se enquadra nos utentes inquiridos avaliou-se o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, sendo que 70,9% (241) e 74,7% (254) respetivamente, raramente ou nunca consumiram estas substâncias. Situação semelhante foi encontrada no estudo “Obesidade, Hábitos Alimentares e Estilos de Vida” da população em Leiria, visto que mais de metade da população não consome bebidas alcoólicas nem fuma diariamente (Catarino & Dixe, 2009).

A maioria dos inquiridos consome fruta e vegetais diariamente, sendo que estes resultados estão em concordância com os de Melo e Maia (2010). Ainda, no presente

trabalho os inquiridos assumem ingerir, em média, apenas 4 refeições por dia. Número reduzido se considerarmos as 5 a 6 refeições/dia recomendadas pela Associação Portuguesa de Nutrição (APN, 2011). Também estes dados estão em consonância com os verificados pelo INE (2010) e com os do estudo realizado no Porto por Melo (2010). Em relação à restrição alimentar para perder peso verificamos que 43,2% fez restrição alimentar nos últimos 12 meses, dos quais 18,2% e 3,2%, respetivamente, ainda associaram laxantes e diuréticos diariamente, com o intuito de obter melhores efeitos. A resultados semelhantes chegaram Celio & cols (2010) em que 17,2%, da amostra por eles estudada, usava laxantes para perder peso. A resultados ainda um pouco mais elevados, sobre esta prática, chegaram Kruger & cols (2004).

Pensamos que o facto de os utentes avaliarem o seu estado de saúde como nem boa nem má se deve a mais de metade dos inquiridos apresentarem doenças crónicas. É importante salientar que tudo isto pode estar relacionado com a idade dos inquiridos (moda=60 anos). Quanto à imagem corporal, o facto de os utentes a avaliarem como nem boa, nem má, má e muito má deve-se à prevalência de inquiridos com excesso de peso.

De acordo com Alves et al. (2009) e examinando os valores obtidos chega-se à conclusão que muitas pessoas fazem restrição alimentar com o intuito de perder peso associando laxantes em vez de optarem por melhorar o seu estilo de vida e a sua imagem corporal.

Relativamente ao consumo de laxantes verificamos que apenas 36 inquiridos recorrem aos convencionais. A maioria, (106), consomem laxantes naturais e 46 recorrem aos dois tipos.

Quanto ao consumo de sene, verificámos que este estudo está de acordo com o estudo de revisão de Leug et al 2011, sendo o sene um dos laxantes mais usados, facto que se verifica através do seu elevado consumo (41,8% das pessoas que consomem laxantes). Analisando a perceção da eficácia de alguns produtos que contêm sene o Fitos Chá de Sene<sup>®</sup> é apontado pelos inquiridos como o mais eficaz.

Por sua vez, 22,1% dos inquiridos recorre ao sene para emagrecer, sendo este o principal motivo do seu consumo. De acordo com Cunha (2006), o consumo excessivo de sene provoca vômitos, cólicas, diarreia, dores abdominais. No nosso estudo a dor

abdominal e a diarreia (17,6% e 17,4%) são apontados como os efeitos mais sentidos por quem ingere estes produtos.

Segundo Raposo & Velho (2009), o consumo de sene tornou-se frequente no âmbito da prescrição médica, da automedicação, da indicação em ervanárias e em farmácias. Os nossos dados apontam para a maioria dos inquiridos consumir sene por iniciativa própria ou por indicação de amigos e familiares, apenas uma minoria por aconselhamento de um profissional de saúde.

Os estilos de vida e o modo como as pessoas agem para chegar a um objetivo final é por vezes preocupante. Esta é uma situação que se expressa no facto de as pessoas usarem laxantes para perder peso, um acto errado mas que se pode comprovar com a nossa investigação.

## Conclusão

---

De acordo com o estilo de vida sedentário e os hábitos alimentares adotados cada vez mais se verifica a procura de laxantes quer por causa da obstipação quer como uma forma de perder peso. Com o intuito de não prejudicar a saúde os laxantes naturais em particular os que contêm sene são os mais procurados. Este trabalho assumiu como objeto de estudo o consumo de laxantes, particularmente de sene.

Ao analisarmos todos os dados obtidos, podemos salientar que:

- Participou no estudo 340 utentes da Farmácia D'Ízeda e a amostra é constituída maioritariamente pelo sexo feminino 78,2% e apenas 21,8% do sexo masculino. Tendo em conta a idade esta varia entre 18 e 92 anos.

- 21,2 % inquiridos não sabe ler, nem escrever, sendo que a maioria possui um nível de escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo do Ensino Básico. A maioria é população não ativa dos quais fazem parte reformados, desempregados, domésticas e estudantes.

- Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e tabaco a maioria revela-se como não consumidora.

- Relativamente aos hábitos alimentares, os alimentos mais consumidos são: laticínios, carne e fruta e os menos consumidos é o peixe e os cereais. A maioria dos inquiridos realiza em média quatro refeições por dia (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar).

- 43,2 % dos inquiridos fez restrição alimentar nos últimos 12 meses, dos quais uma percentagem significativa associou laxantes para perder peso.

- No que diz respeito à perceção do estado de saúde e da imagem corporal a maioria manifesta opinião neutra sobre estas variáveis, embora a maioria dos inquiridos apresente excesso de peso (65%) e doenças diagnosticadas/sintomas das quais se evidenciam a diabetes e as doenças cardiovasculares (14,4% e 40%, respetivamente).

- Relativamente ao uso de laxantes verificámos que a maioria dos inquiridos procura consumir laxantes à base de produtos naturais (31,8), sendo que os convencionais são pouco procurados.

- Dos inquiridos que consomem laxantes a maioria consome produtos com sene. Nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias 17,6 e 17,4% consumiram diariamente estes produtos.

- Questionados os inquiridos sobre a percepção da eficácia de alguns produtos que contêm sene o Fitos Chá de Sene<sup>®</sup> foi assinalado como o mais eficaz.

- Como o principal motivo que leva ao consumo de sene está relacionado com a vontade de perder peso, a dor abdominal e a diarreia são os efeitos mais sentidos aquando o consumo. A maioria consome sene por iniciativa própria ou por indicação de amigos e familiares. Apenas uma minoria recorreu ao consumo por indicação de um profissional de saúde.

No que diz respeito ao consumo de sene concluímos que:

- Existe uma associação altamente significativa entre o consumo de sene com o estado civil, sendo que são os inquiridos casados/união de fato quem mais consome.
- Existem diferenças estatísticas significativas entre o consumo de fruta, vegetais e laticínios.
- Há diferenças estatísticas significativas entre o consumo de sene e o consumo de laxantes para perder peso.

No decorrer da realização deste estudo surgiram algumas limitações. Houve uma grande dificuldade em comparar os resultados obtidos com outros devido à escassez de estudos desta natureza.

Por fim, este estudo constitui apenas um contributo para o conhecimento do consumo de sene. Dada a importância do tema, consideramos que há muito para percorrer no campo de investigação desta área sendo portanto um tema de estudo útil para outros investigadores.

## Bibliografia

---

- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perpetivas em mudança. *Revista do IPV*, (25) 201-214.
- Alonso, J. R. (1998). *Tratado de Fitomedicina*. Buenos Aires: Isis.
- Alves, D., Pinto, M., Mota, A., & Leiros, V. (2009). Cultura e imagen corporal. *Motricidade*, 5(1)1-20.
- Andrade, M., Silva, M., Mendonça, S., & Freitas, O. (Setembro/Outubro de 2003). Assistência farmacêutica frente à obstipação intestinal no idoso. *Infarma*, pp. (15) 9-10.
- ANVISA. (2004). *Medicamentos Fitoterápicos*. Obtido em 16 de Janeiro de 2013, de Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/definicao.htm>
- ANVISA. (2010). *O que devemos saber sobre medicamentos*. Brasília : ANVISA.
- Araújo, J. (2011). *Estilos de Vida e Percepção do Estado de Saúde em idosos portugueses de zonas rurais e urbanas*. Porto: Faculdade de Medicina Porto.
- Associação Portuguesa de Nutricionistas. (2011). *Alimentação Adequada: Faça mais pela sua saúde!* Porto: APN.
- Balsa, C. V. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001 – 2007*. Lisboa: IDT, IP.
- Braga, C. (2011). *Histórico da Utilização de Plantas Medicinais*. Brasília: Universidade Brasillia e Universidade Estadual de Goias.
- Calixto, J. (2000). Efficacy, safety, quality control, marketing and guidelines for herbal medicines (phytotherapeutics agents). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol.33 n.2 179-189.
- Castro, L. P., Rocha, P., & Melo, J. (1994). *Tópicos em Gastroenterologia*. Rio de janeiro: Medsi.
- Catarino, H., & Dixe, M. (2009). Obesidade, Hábitos Alimentares e Estilos de Vida da população de Leiria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (1)751-768.

- Celio, C., Luce, K., Bryson, S., & Winzelberg, A. (2006). Use of diet pills and other dieting aids in a college population with high weight and shape concerns. *Int. J. Eat Disord*, 39:492-7.
- Clayton, B., & Stock, Y. (2002). *Fundamentos de Farmacologia*. Loures: Lusociência.
- Cott, C. A. (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 731-736.
- Cummings, J. H., Sladen, G. E., James, F. W., Sarner, M., & Misiewicz, J. J. (1974). Laxative-induced Diarrhoea: A Continuing Clinical. *British Medical Journal*, (1)537-541.
- Cunha, A. P., Silva, A. P., & Roque, O. R. (2006). *Plantas e Produtos Vegetais em Fitoterapia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dantas, R. O. (2004). Diarreia e constipação intestinal. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*, (37)262-266.
- Dias, P. (2008). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo do álcool*. Porto: Universidade Porto.
- Díaz, L., & Requena, E. (2005). *Manual de Farmacoterapia*. Madrid: Elsevier.
- EMA. (2007). *Assessment Report von Cassia Senna L. and Cassia Angustifolia VAHL, Folium*. London: EMEA.
- Filho, S. F. (2004). *Plantas Terapêuticas*. Andrein.
- Fintelman, V., & Weiss, R. (2010). *Manual de Fitoterapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Galvão, E. (2013). *A utilização Contemporânea de Plantas Mediciniais do Cerrado no Estado de Goiás*. Goiás: Universidade Estadual de Goiás.
- Garcia, C., & Solis, I. (2007). *Manual de Fitoterapia*. Madrid: Elsevier Masson.
- Gonçalves, A., & Vilarta, C. (2004). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole.
- Guedes, A. (2012). *Hábitos alimentares e saúde oral das crianças*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- INE. (2010). *Balança alimentar 2003-2008, INE, Informação à Comunicação Social*. Obtido em 2013 de Setembro de 29, de INE: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Iversen, L. (2012). *Drogas*. Oxford: L&PM.
- Junior, V., & Pinto, A. (28 de fevereiro de 2005). Plantas medicianais: cura segura? v.28 (3) 519-528.

- Klaschik , E., Nauck , F., & Ostgathe , C. (2003). Constipation--modern laxative therapy. *Support Care Cancer*, v.11 679-685.
- Kruger, G., Serdula, M., & Jones, D. (2004). Attempting to lose Weight: Specific practices among US adults. *AMJ. Prev. Medd*, 402-6.
- Lazarou, C., Panagiotakos, D., & Matalas, A.-L. (2009). Physical activity mediates the protective effect of the Mediterranean diet on children's obesity status: The CYKIDS study. *Nutrition*, v.26(1) 61-7.
- Leung, L., MBBChir, FRACGP, Riutta, T., MD, Kotecha , J., et al. (2011). Chronic constipation: an evidence-based review. *Journal of the American Board Family Medicine*, v.24(4)436- 451.
- Lima, J. (2010). *Plantas e Dor: Contributo para o Estudo Etnoantropológico do Tratamento e Dor*. Almada: Universidade de Lisboa.
- Lobo, C. (2012). Cascara Sagrada: uma revisão de leitura. *Revista da Divulgação Científica Sena Aires*, (2)171-178.
- Lopes, H. (2006). *Epidemiologia de dependência de jogo a dinheiro em Portugal*. Obtido de <http://jogoremoto.pt/docs/extra/IrjRW.r.pdf>
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise de dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Departamento do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Machado, E. (2010). *Estratégias de emagrecimento e uso de substâncias para perder peso na cidade de Pelotas: Um estudo de base populacional* . Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- Maia, B. (2010). *Determinantes socio-demográficos e de estilos de vida do consumo de hortofrutícolas em adultos: um estudo de base populacional*. Porto: Universidade do Porto.
- Marques, Á., Luzio, F., Martins, J., & Vaquinhas, M. (2011). Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. *Esc. Ana Nery*, V.15(2) 402-409.
- McGuire MT, J. R. (2001). The relationship between restraint and weight, and weight-related behaviors among individuals in a community weight-gain -prevention trial. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, pp. 25(4):574-80.
- Melo, G. (2010). *Fatores de risco cardiovascular, hábitos alimentares e o consumo de chocolate em indivíduos adultos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa .

- Middleberg, R. A., & Homan, J. (2012). LC-MS/MS Method for the Detection of Common Laxatives. *Methods in Molecular Biology*, 157-166.
- Monteiro, L. (2006). *Fitoterapia I*. Obtido em 14 de Janeiro de 2013, de IMT - Instituto de Medicina Tradicional: <http://talasnal.no.comunidades.net/index.php?pagina=1389117273>
- Oliveira, D. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- OMS. (1998). Regulatory Situation of Herbal Medicines. *Bulltin of the World Health Organization*, 3-49.
- Pereira, A. (2008). *Spss, Guia Pratico de Utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Perroni, C. (2012). *Eu atleta*. Obtido em 2013 de Março de 28, de O risco da automedicação de suplementos e fitoterápicos: <http://globoesporte.globo.com/eu-atleta/noticia/2012/05/o-risco-da-automedicacao-de-suplementos-e-fitoterapicos.html>
- Raposo, J., & Velho, P. (2009). Toxicidade da planta do sene: hepatoneuromiapatia - caso clinico. *Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, (2)34-38.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic Editora.
- Roerig JL, S. K. (2010). Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs*, 70(12) 1487-1503.
- Segura, M., & Rodriguez, L. (2007). Revisión de la literatura sobre la toxicidade del sen. *Revista de Fitoterapia*, 7(1)31-41.
- Simões, C., Mentz, L., & SchenkeL, E. (1998). *Plantas da Medicina Popular do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS.
- Singh, D., Gupta, R., & Shubhini, S. A. (2010). Herbs-are they safe enough? an overview. *Food Science and Nutrition*, 876-898.
- Souto, S., & Ferro-Bucher, J. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, vol.19(6) :693-704.
- Soyuncu S, Y. C. (2008). Portal vein thrombosis related to Cassia angustifolia. *Clin Toxicol (Phila)*, (2)774-777.
- Spiller, H. A. (2003). Skin breakdown and blisters from senna-containing laxatives in young children. *Ann Pharmacother*, 37(5)636-639.
- Strumia, R. (2013). Eating disorders and the skin. *Clinics in Dermatology*, v.1(5)80-85.

- Vashishtha, V. M. (2007). Recurrent annual outbreaks of a hepato-myo-encephalopathy syndrome in children in western Uttar Pradesh. *Indian Journal of Medical Research (IJMR)*, 125(4)756–762.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, v.20(4) 611-624 .
- Vidal, A. (2006). *Satisfação com a imagem em praticantes de ginásticas em academia*. Porto: Universidade do Porto.
- WOGP. (2010). *Constipação uma perspetiva mundial*. WGO Pratices Guidelines.



## **Anexo I – Instrumento de recolha de dados**

**INQUÉRITO PARA AVALIAR O NÍVEL DE CONSUMO DE LAXANTES, PARTICULARMENTE DE SENE, PELOS UTENTES DA FARMÁCIA D'IZEDA**

Esta investigação está a ser desenvolvida no âmbito do curso de mestrado de Farmácia e Química dos Produtos Naturais do Instituto Politécnico de Bragança e Universidade de Salamanca pela aluna Cristiana Isabel Matias Pessegueiro Manso. Tem como objectivos conhecer e identificar fatores associados ao consumo de laxantes, particularmente de Sene na população de Izeda.

Solicito, assim, que colabore pois a sua resposta é imprescindível à conclusão com sucesso do estudo. Garante-se que as informações recebidas serão estritamente, confidenciais, anónimas e de carácter voluntário.

**GRATA PELA SUA COLABORAÇÃO**

**A. DADOS SOCIOECONÓMICOS**

Para começar, vou pedir-lhe para responder a alguma informação de ordem pessoal.

**A1. Sexo:** F  M

**A2. Idade** \_\_\_\_\_ anos.

**A3. Estado civil:**

- Solteiro (a)
- Casado (a) / União de facto
- Divorciado (a) / Separado (a)
- Viúvo (a)

**A4. N° de elementos do agregado familiar** \_\_\_\_\_.

**A5. Habilitações Académicas:**

- Não sabe ler, nem escrever
- Ensino Básico (1ºCiclo)
- Ensino Básico (2ºCiclo)
- Ensino Básico (3ºCiclo)
- Ensino Secundário (12 ° Completo)
- Bacharelato / Licenciatura
- Mestrado / Doutoramento

**A6. Qual a sua profissão** \_\_\_\_\_

## B. ESTILO DE VIDA

Neste módulo vou fazer-lhe algumas perguntas sobre o seu estilo de vida, como o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e hábitos alimentares.

### B1- Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

- Diariamente
- Quatro a seis vezes por semana
- Uma a três vezes por semana
- Raramente / Nunca

### B2- Com que frequência consome tabaco?

- Diariamente. Quantos cigarros em média? \_\_\_\_\_
- Uma a três vezes semana
- Raramente / Nunca
- Deixei de fumar

### B3- Relativamente aos seus hábitos alimentares, regra geral, com que frequência ingere os seguintes alimentos?

	Diariamente	4 a 6 vezes por semana	1 a 3 vezes por semana	Raramente/ Nunca
a) Fruta				
b) Vegetais				
c) Carne				
d) Peixe				
e) Laticínios				
f) Cereais				

### B4. Quantas refeições faz, regra geral, por dia?

- Uma a duas (ex: almoço e jantar)
- Três (ex: Peq. almoço, almoço e jantar)
- Quatro (ex: Peq. almoço, almoço, lanche e jantar)
- Cinco (ex: Peq. almoço, lanche a meio da manhã almoço, lanche a meio da tarde e jantar)
- Mais de cinco

**B5. Nos últimos 12 meses fez restrição alimentar para perder peso?**

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Se respondeu SIM responda às questões seguintes. Se respondeu NÃO passamos ao módulo C.**

**B6. Enquanto fez restrição alimentar, nos últimos 12 meses, associou o consumo de laxantes para perder peso?**

<input type="checkbox"/> Diariamente
<input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 vez no mês
<input type="checkbox"/> Nunca

**B7. Enquanto fez restrição alimentar, nos últimos 12 meses, associou o consumo de diuréticos para perder peso?**

<input type="checkbox"/> Diariamente
<input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 vez no mês
<input type="checkbox"/> Nunca

### **C. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

Neste módulo vou fazer-lhe algumas perguntas sobre o seu estado de saúde, que correspondem à forma como se sente.

**C1- De um modo geral, como avalia a sua saúde?**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Muito má</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Muito boa</b>

**C2- De um modo geral, como avalia a sua aparência corporal?**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Muito má</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Muito boa</b>

**C3- Peso?** \_\_\_\_\_ Kg      **C4- Altura?** \_\_\_\_\_ Cm.      **C5- Calculo do IMC**  
\_\_\_\_\_.

**C6- Atualmente tem alguma doença diagnosticada / sintoma que o leve a tomar medicação diária ou regularmente?**

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Qual(ais)? _____.			

**C7- Com que frequência evacua?**

<input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por dia
<input type="checkbox"/> Diariamente
<input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> Semanalmente

**C8. Para evacuar recorre habitualmente ao consumo de laxantes?**

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Se SIM continuar para as questões seguintes. Se respondeu NÃO o seu inquérito termina aqui. Muito obrigado pela sua colaboração!**

## **D. CONSUMO DE LAXANTES NOMEADAMENTE DE SENE**

Este módulo é direcionado aos utentes que consomem laxantes.

**D1. Tipo de laxantes:**

Convencionais	<input type="checkbox"/>	À base de produtos naturais	<input type="checkbox"/>	Os dois	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------	--------------------------

**D2. Laxante com Sene na sua composição?**

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Se respondeu SIM continuar para as questões seguintes. Se respondeu NÃO o inquérito termina aqui. Muito obrigado pela sua colaboração!**

**D3- Nos últimos 12 meses, com que regularidade, consumiu produtos com Sene?**

<input type="checkbox"/> Diariamente
<input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> Aproximadamente uma vez por mês
<input type="checkbox"/> Sazonalmente: Em que épocas? _____.

**D4- Nos últimos 30 dias, com que regularidade, consumiu produtos com Sene?**

<input type="checkbox"/> Diariamente
<input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> Aproximadamente uma vez no mês

**D5. Para cada produto abaixo descrito procure indicar o seu grau de eficácia:**

**1. Ineficaz; 2. Pouco eficaz; 3. Bastante eficaz; 4. Eficaz; 5. Não sabe/Não utiliza**

	1	2	3	4	5
a) Doce Alivio®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pursenide®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Agiolax®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bekunis® (comp. ou chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fitos® Chá de Sene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Moreno® Chá de Sene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Manasul ® (chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Elegante ® (comp. ou chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Imperial ® (comp. ou chá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro.Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D6. Motivo(s) porque consume (ou consumiu) formulações de Sene?**

- Dificuldade em defecar
- Forma regular de ir à casa de banho
- Forma de emagrecer
- Outros, especifique \_\_\_\_\_.

**D7. Quando consume produtos que contêm Sene obtém:**

- Sempre o efeito pretendido
- Deixou de ter efeito ao longo do tempo de utilização
- Nunca teve o efeito pretendido
- Outros, especifique \_\_\_\_\_.

**D8. Que efeitos verifica quando consume produtos que contêm Sene?**

- Nenhum
- Cólicas/ Dor abdominal
- Diarreia
- Náuseas
- Desidratação
- Cansaço, Fadiga muscular
- Caibras
- Outros, especifique \_\_\_\_\_.

**D9. Recorreu ao consumo de produtos que contém Sene por:**

- Livre iniciativa
- Indicação de um profissional de Saúde. Qual? \_\_\_\_\_.
- Indicação de um familiar
- Indicação de um amigo
- Outros, especifique \_\_\_\_\_.

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

## **Anexo II – Pedido de aplicação dos inquéritos**

Cristiana Isabel Matias Pessegueiro Manso  
Avenida Abade Baçal

Lote 47, 7º Direito Frente

5300-068 Bragança

Ex.ma Sr. Drª Maria José Franco M. F. Brás

Farmácia D´Izeda  
Rua da Ataquilha, nº 1  
5300-000 Izeda

**Assunto: Aplicação de inquéritos – Pedido de autorização de recolha de dados:**

Cristiana Isabel Matias Pessegueiro Manso, aluna do Mestrado de Farmácia e Química dos Produtos Naturais do IPB - USAL e Técnica de Farmácia na sua Farmácia, portadora da cédula nº 13386893 , no seguimento da pretensão de desenvolver um estudo de investigação que se insere no Projeto de Investigação subordinado ao tema “Estudo de caso de utilizações de Sene na Farmácia D´Izeda”, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência conceder-me uma autorização para efectuar um inquérito dentro da sua farmácia aos utentes, a partir do mês de Fevereiro deste ano. Este estudo tem como objetivo principal conhecer o consumo de formulações de Sene a partir de uma realidade concreta e com especificidades próprias como as da população de Izeda e tendo como orientadora a Professora Doutora Maria Helena Pimentel e Coordenadora a Professora Doutora Rosalía Carrón de la Calle.

Envio-lhe em anexo o protocolo / Projeto de Investigação e o questionário a fim de ser analisado por vossa excelência.

Agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos:

A Requerente,

---

(Cristiana Manso)

## **Anexo III – Classificação das profissões**

**Tabela 21.** Classificação Nacional das Profissões

Classificação Nacional das Profissões	
Grande Grupo 1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
Grande Grupo 2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
Grande Grupo 3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
Grande Grupo 4	Pessoal Administrativo e Similares
Grande Grupo 5	Pessoal dos Serviços e Vendedores
Grande Grupo 6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
Grande Grupo 7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
Grande Grupo 8	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
Grande Grupo 9	Trabalhadores Não Qualificados

**Fonte:** IEFP, classificação nacional das profissões

## **Anexo IV – Tabela estatística relativa às idades**

**Tabela 22.** Estatísticas relativas à idade

Média	53,79
Mediana	52
Moda	60
Desvio Padrão	18,354
Mínimo	18
Máximo	92