

Constipação intestinal e gravidez

Constipation in pregnancy

Renata Felipe Saffioti¹
Roseli Mieko Yamamoto Nomura²
Maria Carolina Gonçalves Dias³
Marcelo Zugaib⁴

Palavras-chave

Constipação intestinal
Gravidez
Motilidade gastrointestinal
Ingestão de alimentos
Qualidade de vida

Keywords

Constipation
Pregnancy
Gastrointestinal motility
Eating
Quality of life

Resumo

A constipação intestinal é queixa frequente no atendimento obstétrico, e está associada a dificuldades na defecação, seja pelo emprego de força e/ou diminuição de frequência na evacuação. Na gravidez, além dos fatores relacionados à dieta, como a baixa ingestão de fibras e água, outros contribuem para a piora deste sintoma, tais como: suplementação de ferro, redução na atividade física, motilidade reduzida do cólon e os efeitos hormonais sobre a motilidade gastrointestinal. Apesar de a anamnese detalhada permitir a identificação da constipação, alguns critérios específicos são propostos para auxiliar o reconhecimento deste sintoma. Entender a constipação no período gestacional é importante, pois é condição comum que leva a queixas nas consultas médicas resultando em altos custos para a saúde pública. O maior conhecimento dos fatores associados a este sintoma pode auxiliar no tratamento e delineamento de estratégias de conduta, visando melhorar a qualidade de vida das gestantes afetadas pela constipação.

Abstract

Constipation is a frequent complaint in obstetric care, and is associated with difficulties in defecation, either by using force and/or decreased frequency in the evacuation. In pregnancy, in addition to dietary factors, such as low intake of fiber and water, iron supplementation, reduction in physical activity, reduced colonic motility and the hormonal effects on gastrointestinal motility also contribute to the worsening of this symptom. Although the detailed history of constipation can be identified, some specific criteria are proposed to assist the recognition of this symptom. Understanding constipation during pregnancy is important because it is a common condition that leads to complaints in medical consultations resulting in high costs to public health. Knowledge of the factors associated with this symptom may help to establish treatments and to manage strategies to improve the quality of life of pregnant women affected by constipation.

¹ Nutricionista; Pesquisadora da Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Associada de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Nutricionista; Mestre em Ciências, Divisão de Nutrição e Dietética e Grupo de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professor Titular de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Roseli Mieko Yamamoto Nomura – Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, 10º andar, sala 10.037 – CEP: 05403-000, São Paulo (SP), Brasil - E-mail: roseli.nomura@hotmail.com

Introdução

Durante a gravidez, sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e constipação são comuns^{1,2}(D,B). O termo constipação intestinal está associado a dificuldades na defecação, seja pelo emprego de força e/ou diminuição de frequência na evacuação. É importante ressaltar que a constipação é sintoma e não doença. Pode ser conceituada como: dificuldade na passagem das fezes e movimentos intestinais pouco frequentes, não relacionados a causas secundárias subjacentes¹(D). Vários fatores relacionam-se à constipação e a maioria é pouco compreendida, entre eles idade, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, inatividade física, baixa ingestão calórica, falta de fibras na alimentação, gestação e estilo de vida dos países industrializados^{3,4}(B,B).

A constipação no período gestacional é queixa frequente no atendimento obstétrico⁵(D). Além disso, muitas mulheres afetadas pela constipação relatam agravamento desse sintoma durante a gravidez¹(D). Há algumas razões para o aumento da prevalência de constipação intestinal no período gestacional, mas poucos trabalhos avançam além da notificação dos sintomas e do período em que eles ocorrem^{5,6}(D,C). Na gravidez, além dos fatores relacionados à dieta, outros contribuem para a piora deste sintoma, tais como: suplementação de ferro⁷(B), redução na atividade física, motilidade reduzida do cólon com tempo de trânsito prolongado e os efeitos hormonais sobre a motilidade gastrintestinal^{8,9}(D,D).

Entender a constipação no período gestacional é importante, pois é uma condição comum que leva a queixas nas consultas médicas resultando em altos custos para saúde pública¹⁰(B), além de causar desconforto e influenciar na qualidade de vida da mulher.

Métodos

Para a elaboração desta revisão foi realizada pesquisa na literatura disponível entre 1998 a 2010. Os estudos foram selecionados pelas referências encontradas em base de dados, utilizando os seguintes sites de busca: PubMed e SciELO. A pesquisa dos artigos foi efetuada aplicando-se os seguintes termos: “constipation”; “pregnancy”; “constipation in pregnancy”; “fiber intake”; “physical activity in pregnancy”; “quality of life”.

Os artigos e os resumos foram lidos para identificação de conteúdos que estivessem de acordo com a revisão proposta, sendo selecionados 26 artigos, dos quais 24 foram encontrados no PubMed e 2, no SciELO. Os critérios de inclusão dos

artigos foram definidos a partir das questões investigadas, idioma do texto e resultados encontrados.

Discussão

Apesar de a anamnese detalhada da gestante permitir a identificação da constipação, alguns critérios específicos são propostos para auxiliar o reconhecimento deste sintoma. O método mais divulgado baseia-se na aplicação dos critérios de Roma III, que inclui a pesquisa de sintomas específicos por determinado período de tempo. Outros aspectos relevantes na avaliação da constipação incluem: frequência de passagem das fezes, necessidade de esforço prolongado para evacuar, uso de laxantes, consumo de outros medicamentos, distúrbios neurológicos, condições psiquiátricas, histórico familiar de constipação, exame clínico e exames laboratoriais¹(D).

Desde 1980, a partir da publicação do primeiro consenso de Roma para doenças funcionais gastrointestinais, os estudos epidemiológicos sobre o tema têm usado tais critérios como definição de constipação intestinal. Antes disso, ela era definida somente com base no número de evacuações semanais ou no autorrelato¹¹(B).

Os critérios de Roma III¹²(D), definem constipação pela presença de pelo menos dois dos seis seguintes sintomas: esforço, fezes irregulares, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução anorretal/bloqueio, manobras manuais para facilitar a evacuação, e menos de três evacuações por semana. Os sintomas devem aparecer em, pelo menos, um quarto das evacuações, durante seis meses. Fezes moles não podem estar presentes.

No período gestacional a aplicação deste critério fica prejudicada, pois o período de seis meses de ocorrência do sintoma é proporcionalmente longo quando comparado à duração da gestação. Nesse sentido, na avaliação da gestante, alguns autores propõem aplicar os critérios de Roma III apenas no último mês antes da entrevista¹⁰(B).

Fatores hormonais

Os hormônios sexuais femininos parecem afetar as células musculares lisas gastrointestinais por mecanismos ainda não plenamente compreendidos. Estudos concluem que a maior secreção de estrógeno, progesterona e relaxina podem estar relacionados ao relaxamento da musculatura lisa intestinal na gravidez^{13,14}(D,C). Christofides et al.¹⁵(C) analisam 37 gestantes no segundo e terceiro trimestres e relatam inibição da motilina, hormônio conhecido por habitualmente estimular a

musculatura lisa e a motilidade do trato gastrointestinal. Isso sugere que a progesterona possa ter efeito inibitório sobre a motilina, pois seus níveis aumentam com o progredir da gravidez, o que pode parcialmente justificar a hipomotilidade observada¹⁶ (C).

A alta prevalência de constipação durante a gestação, suporta a teoria segundo a qual, os fatores hormonais estão frequentemente relacionados a esse sintoma. Na gravidez, elevado nível de progesterona torna este hormônio o principal candidato responsável pela constipação¹⁷(C). Além disso, o tempo de trânsito colônico é maior na fase lútea do ciclo menstrual quando comparado com a fase folicular¹⁸(C). Entretanto, estudos sobre a atividade mioelétrica colônica, em animais, não demonstram influência da progesterona na redução da contratilidade¹⁹(D).

Fatores dietéticos

Hábitos alimentares saudáveis são importantes durante a gravidez. Profissionais da saúde, em especial nutricionistas, podem usar este período para encorajar as mulheres a fazerem mudanças em seu estilo de vida²⁰(B).

A constipação está relacionada aos maus hábitos alimentares, inclusive a falta de ingestão de fibras e o consumo de água²¹(B). A recomendação preconizada do consumo de fibras para a população brasileira é de 25 a 30g por dia, para adultos saudáveis; na gravidez, a recomendação é de 28g por dia²¹(B). Em estudo realizado em Londres (2006)²¹(B), é avaliada a alimentação de mulheres grávidas e sua relação com a atividade física e constipação, utilizando-se um diário alimentar preenchido pelas participantes durante quatro dias. Os nutrientes são calculados por um *software* de nutrição, e os resultados demonstram que as mulheres com maior consumo de água no primeiro trimestre apresentam redução dos sintomas relacionados à constipação. Porém, nos trimestres seguintes esses efeitos estão limitados, e os autores consideram ser necessário dedicar maior atenção na hidratação materna nesses trimestres e no pós-parto²¹(B). A explicação encontrada para a melhora da constipação com o consumo de água é que as fezes se tornam mais macias e volumosas, o que torna esse hábito uma medida preventiva para o sintoma.

Em pesquisa recente realizada no Brasil (2008)²⁰ (B), com objetivo de avaliar qualitativamente e quantitativamente o consumo de fibras no período gestacional e os fatores associados, é avaliado o perfil alimentar de 578 gestantes. Os dados são coletados por meio de questionário de frequência alimentar com 88 itens, validado para esta população. Verifica-se que

50% das gestantes não consomem a quantidade recomendada de fibras. O estudo mostra que as gestantes com acompanhamento nutricional estão mais próximas do consumo recomendado de fibras. No entanto, o estudo não demonstra a existência de relação entre a constipação e o baixo consumo de fibras durante a gravidez²⁰(B). Estudos adicionais são desejáveis para quantificar os efeitos da falta do consumo de fibras durante a gravidez, na qualidade de vida e na relação com a constipação.

Não apenas a falta de fibras na dieta, mas também o baixo consumo de água contribuem para o desenvolvimento da constipação intestinal. À medida que as fibras aumentam o bolo fecal, a água o torna mais macio, e é importante avaliar o padrão alimentar da gestante, pois o baixo consumo de água pode ser uma das causas da constipação¹(D). A correção destes hábitos pode contribuir para a melhora do sintoma.

Atividade física

Atividade física é definida como movimento corporal produzido pela contração do músculo esquelético, que aumenta substancialmente o gasto de energia²²(C). A prática regular de exercícios resulta em benefícios substanciais para mulheres adultas. Nos Estados Unidos, as recomendações atuais aconselham a prática de, pelo menos, 2,5 horas/semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada, durante a gravidez e após o parto²³(D).

Dados populacionais apoiam a ideia de que indivíduos que praticam mais atividade física, teriam menor frequência de constipação, principalmente devido ao fato de que a atividade promove melhora da motilidade gastrointestinal, com mudanças proporcionais à quantidade exercida¹¹(B).

Em estudo realizado na Dinamarca³(B), com objetivo de avaliar a natureza da atividade física em gestantes, mostram que pouco mais de um terço delas praticava atividade física em algum momento da gravidez. O estudo mostra também que as mulheres que autoavaliam sua saúde como muito boa e com dieta saudável são as que mais praticam atividade física. Porém os autores não relacionam a constipação ou qualquer outro sintoma com o sedentarismo durante a gravidez³(B).

Outro estudo, realizado por Derbyshire et al.²¹(B), analisa, além da alimentação em gestantes, a atividade física por meio de questionário específico (IPAQ, do inglês *International Physical Activity Questionnaire*). Procuram relacionar a atividade física com a constipação, porém os resultados não são significativos. Como conclusão, relatam que são necessárias mais pesquisas prospectivas com metodologias detalhadas, para investigar

as associações entre atividade física e constipação no período gestacional^{21(B)}.

Constipação na gravidez

Marshall et al.^{24(B)}, verificam que 37,5% de mulheres relatam o início dos sintomas de constipação em algum período da gravidez. Na análise da relação com a paridade, constatam constipação em 35,5%, 39,1% e 42,3%, em primíparas, multíparas (paridade de 2 a 4) e grandes multíparas (paridade > 5), respectivamente. Entretanto este estudo não utiliza os critérios de Roma II para o diagnóstico da constipação, fato esse que dificulta a comparação com os resultados de outros trabalhos publicados na literatura. Outra limitação importante consiste no fato de que as gestantes não são acompanhadas longitudinalmente durante o período gestacional, e sim entrevistadas após o parto, o que pode comprometer a lembrança fidedigna de aspectos do passado, por parte das pacientes.

Em estudo realizado em primíparas^{21(B)}, com objetivo de verificar a prevalência da constipação intestinal nos diferentes trimestres da gestação e no pós-parto, utilizando os critérios de Roma II, este sintoma é detectado em, 35%, 39%, 21% e 17%, no primeiro, segundo e terceiro trimestres, e no pós-parto, respectivamente. Nessa investigação, os dados do primeiro trimestre são coletados na confirmação da gravidez, os do segundo trimestre entre 24 e 28 semanas, os do terceiro trimestre entre 34 e 38 semanas gestacionais, e no pós-parto, seis semanas após este evento. Para verificar os hábitos intestinais as participantes completam um diário de sete dias consecutivos sobre a frequência das evacuações e consistência das fezes. São consideradas constipadas aquelas que apresentam dois ou mais sintomas dos critérios de Roma II. Os autores acreditam que fatores relacionados à dieta devem desempenhar papel relevante na prevenção ou no alívio de perturbações do hábito intestinal, durante ou após a gravidez.

Em 2007^{10(B)}, a prevalência de constipação na gravidez é investigada aplicando-se os critérios de Roma II e o autorrelato. No método, são utilizados questionários aplicados por via telefônica com 42 questões abordando aspectos demográficos, antropométricos, histórico obstétrico, hábitos intestinais e o uso de laxantes. Nas 116 mulheres entrevistadas, os resultados indicam presença de constipação em 29,6%, 21,6%, 22,4% e 26,7%, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro trimestres, e no pós-parto. Entretanto, pela análise de informações de autorrelato, esse sintoma é referido por 47,4%, 38,8%, 39,7% e 43,1% das pacientes, no primeiro, segundo e terceiro trimestres, e no pós-parto, respectivamente. Os

autores ressaltam que a prevalência de constipação é maior no autorrelato quando comparado com a utilização dos critérios de Roma II, e concluem que os resultados são semelhantes aos observados na população feminina em geral. Consideram também que o autorrelato pode ser um bom critério para excluir a presença de constipação no período gestacional. Os hábitos relacionados à dieta apresentam variações no decorrer da gravidez e, nesse sentido, o aumento do consumo de frutas, vegetais, água e fibras podem exercer influência na redução da prevalência desse sintoma.

Bradley et al.^{7(B)} avaliam o funcionamento intestinal durante a gravidez e no parto, aplicando os critérios de Roma II, porém os sintomas devem estar presentes no mês anterior e não por três meses. Nesse estudo, as participantes são arroladas no primeiro trimestre da gravidez e são orientadas a preencher, a cada trimestre, um questionário autoadministrado e um diário de sete dias sobre a frequência e consistência das fezes. A incidência de constipação relatada é de 23%, 26%, 16% e 24%, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro trimestres, e no pós-parto. Os autores concluem que a constipação afeta um quarto das mulheres durante a gravidez, e que os sintomas mais frequentes são esforço, fezes duras, e sensação de evacuação incompleta, em vez de defecação infrequente^{7(B)}.

No Brasil, são raros os estudos sobre prevalência de constipação no período gestacional. Apenas um trabalho^{6(C)} se destaca na literatura nacional, com o objetivo de verificar a prevalência de constipação durante a gravidez. Os autores entrevistam 41 gestantes, sem comorbidades, mas não é aplicado nenhum dos critérios de Roma (II ou III). Os resultados mostram que 24% das mulheres referem lentidão do trânsito intestinal, mas apenas 19,5% seriam efetivamente consideradas constipadas pelos critérios aceitos. O questionário aplicado considera de forma qualitativa as características do ritmo intestinal antes, durante e depois da gestação, levando em conta o ritmo das evacuações. Pelas limitações apresentadas, verifica-se a necessidade de novas investigações que pesquisem de forma objetiva e padronizada a prevalência do sintoma constipação na gravidez.

Qualidade de vida e constipação

Não existem estudos na literatura abordando questões relativas à qualidade de vida e constipação intestinal na gravidez. Os dados disponíveis, mostram que a constipação crônica afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo, de forma geral. Em estudo realizado na França^{25(B)}, com objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes que

sofrem de constipação crônica, é aplicado um questionário com 36 itens pontuados de 0 a 4, com informações sobre condição física, social e emocional das duas últimas semanas. Esse questionário tem a vantagem de poder ser utilizado para todas as doenças gastrointestinais, permitindo a comparação entre os diferentes tipos de afecções. Os achados deste estudo ilustram que existe grande alteração na qualidade de vida dos pacientes que sofrem com a constipação e mostram a importância da necessidade desse sintoma ser mais bem avaliado na prática clínica²⁶(B).

Irvine et al.²⁶(B) analisam o questionário Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HRQOL, do inglês *Assessing Health-Related Quality of Life*) em amostra aleatória da população canadense, incluindo alguns critérios de Roma II para comparar com grupo sem problemas gastrointestinais. Utilizam o questionário SF-36, um instrumento genérico do HRQOL, com 36 questões que abordam conceitos de saúde e a vida social, física e emocional do paciente. Participam da pesquisa 1.149 pessoas de ambos os sexos. A prevalência de constipação funcional segundo o Roma II é de 41,6%, e a

maioria é do sexo feminino. O resultado mostra que a qualidade de vida medida pelo questionário SF-36 é significativamente comprometida na presença de problemas gastrointestinais, principalmente nos componentes mental e físico. Os autores concluem que este instrumento de avaliação é simples e revela a qualidade de vida do paciente²⁶(B). Entretanto ressalte-se que a pesquisa é na população geral, não existindo publicações que avaliem a qualidade de vida na população gestante.

Considerações finais

Os estudos encontrados sobre a constipação intestinal no período gestacional mostram metodologias diferentes e são pouco consistentes. Portanto, é evidente a necessidade da realização de novos estudos com métodos padronizados e detalhados para melhor avaliação deste sintoma na gravidez e no pós-parto. Além disso, o conhecimento dos fatores associados pode auxiliar no tratamento e delineamento de estratégias de conduta, visando melhorar a qualidade de vida das gestantes afetadas pela constipação.

Leituras suplementares

- Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21(5):807-18.
- Acs N, Bánhidly F, Puhó EH, Czeizel AE. No association between severe constipation with related drug treatment in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring: a population-based case-control study. *Congenit Anom.* 2010;50(1):15-20.
- Juhl M, Madsen M, Andersen AM, Andersen PK, Olsen J. Distribution and predictors of exercise habits among pregnant women in the Danish National Birth Cohort. *Scand J Med Sci Sports.* 2010 May 24. doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01125.x. (in press).
- Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr.* 2006;2(3):127-34.
- Keller J, Frederking D, Layer P. Medscape: the spectrum and treatment of gastrointestinal disorders during pregnancy. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008;5(8):430-43.
- Kawaguti FS, Klug WA, Fang CB, Ortiz JA, Capelhocnick P. Constipação na gravidez. *Rev Bras Coloproct.* 2008;(28):46-9.
- Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SS, Nygaard IE. Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1351-7.
- Mulholland CA, Benford DJ. What is known about the safety of multivitamin-multimineral supplements for the generally healthy population? Theoretical basis for harm. *Am J Clin Nutr.* 2007;85(1):318-22.
- Klug WA; Aguida HAC; Ortiz JA; Fang CB; Capelhocnick P. Alteração das pressões anais na gravidez. *Rev Bras Coloproct.* 2007;27(2):196-201.
- Ponce J, Martínez B, Fernández A, Ponce M, Bastida G, Plá E, Garrigues V, Ortiz V. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008;20(1):56-61.
- Collete VL; Araújo CLI, Madruga SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;(26):1391-402.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterol.* 2006;130(5):1480-91.
- Wald A, Van Thiel DH, Hoehstetter L, Gavaler JS, Egler KM, Verm R, et al. Effect of pregnancy on gastrointestinal transit. *Dig Dis Sci.* 1982;27(11):1015-8.
- Lawson M, Kern F Jr, Everson GT. Gastrointestinal transit time in human pregnancy: prolongation in the second and third trimesters followed by postpartum normalization. *Gastroenterol.* 1985;89(5):996-9.
- Christofides ND, Ghatei MA, Bloom SR, Borberg C, Gillmer MD. Decreased plasma motilin concentrations in pregnancy. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1982;285(6353):1453-4.
- Chiloiro M, Darconza G, Piccioli E, De Carne M, Clemente C, Riezzo G. Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. *J Gastroenterol.* 2001;36(8):538-43.
- Xiao ZL, Pricolo V, Biancani P, Behar J. Role of progesterone signaling in the regulation of G-protein levels in female chronic constipation. *Gastroenterol.* 2005;128(3):667-75.
- Jung HK, Kim DY, Moon IH. Effects of gender and menstrual cycle on colonic transit time in healthy subjects. *Korean J Intern Med.* 2003;18(3):181-6.
- Speranzini LB, Lopasso PP, Laudanna AA. Progesterone, estrogen and pregnancy do not decrease colon myoelectric activity in rats: an in vivo study. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):53-8.
- Buss C, Nunes MA, Camey S, Manzolli P, Soares RM, Drehmer M, et al. Dietary fibre intake of pregnant women attending general practices in southern Brazil - the ECCAGE Study. *Public Health Nutr.* 2009;12(9):1392-8.

21. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr.* 2006;2(3):127-34.
22. Cioffi J, Schmied V, Dahlen H, Mills A, Thornton C, Duff M, et al. Physical activity in pregnancy: women's perceptions, practices, and influencing factors. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(5):455-61.
23. Evenson KR, Pompeii LA. Obstetrician practice patterns and recommendations for physical activity during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(9):1733-40.
24. Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(4):400-2.
25. Damon H, Dumas P, Mion F. Impact of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. *Gastroenterol Clin Biol.* 2004;28(1):16-20.
26. Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(8):1986-93.