Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 12/12/2023
Data de Aprovação: 13/03/2024

ARTIGO DE REVISÃO

Constipação em Pediatria - uma revisão de artigos publicados nos últimos dez anos

Constipation in Pediatrics - a review of articles published in the last ten years

Henrique Ortiz[1]

Palavras-chave:
Constipação intestinal, Diagnóstico, Pediatria.

Resumo

Objetivo: Discutir dados da literatura sobre constipação em pediatria a fim de elucidar qual o conhecimento disponível sobre o tema que embasa a prática médica atual. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática do tipo integrativa utilizando as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), incluindo trabalhos publicados entre 2013 e 2023, em português e inglês. Foram excluídos artigos repetidos; aqueles cujo tema não era compatível com os objetivos do trabalho, ou por não estarem acessíveis gratuitamente. **Resultados:** 20 trabalhos foram analisados, nos quais se pode observar que a literatura é divergente quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de constipação, mas o aleitamento materno permanece como fator protetor. A etiologia e a fisiopatologia da condição são multifatoriais e têm como base um círculo vicioso desencadeado por experiências de evacuações dolorosas. Para que o paciente que costumeiramente apresenta baixa frequência evacuatória e dor abdominal seja diagnosticado, utilizam-se critérios em constante evolução e que atualmente obedecem à padronização de Roma IV. O tratamento é baseado em 4 critérios: desmistificação, desimpactação fecal, mudança da dieta e dos hábitos de vida e uso de laxativos. **Conclusão:** Apesar da constante evolução dos conhecimentos sobre o tema, ainda restam lacunas a serem preenchidas, principalmente sobre tratamento e diagnóstico da constipação em pediatria. Além disso, pode-se perceber o relato da falta de conhecimento dos profissionais da saúde quanto às atualizações mais recentes na literatura.

Keywords:
Constipation, Diagnosis, Pediatrics.

Abstract

Objective: To carry out a systematic review of data from the literature on constipation in pediatrics to clarify what knowledge is available on the subject that underlies current medical practice. **Methods:** This is an integrative systematic review study using the BVS and SciELO databases, analyzing works published between 2013 and 2023 in Portuguese and English. **Results:** 20 studies were included, in which we can observe that the literature is divergent about risk factors for the development of constipation, but breastfeeding remains as a protective factor. The etiology and physiopathology of the condition are multifactorial and are based on a vicious cycle triggered by painful evacuation experiences. In order for the patient who usually has a low bowel movement frequency and abdominal pain to be diagnosed, there are constantly evolving criteria that currently comply with the Rome IV standardization. The treatment is based on 4 pillars: demystification, fecal disimpaction, change in diet and life habits and use of laxatives. **Conclusion:** It was concluded from the work that despite the constant evolution of knowledge on the subject, there are still gaps to be filled, mainly in treatment and diagnosis. In addition, it was possible to notice the report about the lack of knowledge of health professionals regarding the most recent updates in the literature.

[1] Universidade do Planalto Catarinense, Curso de Medicina - Lages - Santa Catarina - Brasil.

Endereço para correspondência:
Henrique Ortiz.
Universidade do Planalto Catarinense. Av. Mal. Castelo Branco, 170, Universitário, Lages, SC, Brasil. CEP: 88509-900. E-mail: ortizhenrique18@gmail.com

DOI: 10.25060/residpediatr-2025.v15n1-1206

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

O termo "Constipação" é derivado do latim "*constipare*", que significa reunir ou apertar; em paralelo, na pediatria a constipação é definida como atraso ou resistência para evacuar, com história de duas ou menos evacuações por semana, podendo estar associada à incontinência fecal, à retenção fecal e/ou à dor evacuatória[1]. É classificada como constipação funcional (CF) quando, após avaliação clínica e exame físico no paciente pediátrico, não pode ser atribuída a nenhum distúrbio intestinal e extraintestinal, conforme o consenso de ROMA IV[1].

Essa condição é uma queixa comum em consultas pediátricas, sendo causa de cerca de 3% das consultas em ambulatórios de pediatria, de aproximadamente 1/4 das consultas de gastroenterologia pediátrica e abrangendo mais de 90% dos casos enquadrados nos distúrbios gastrintestinais funcionais em pediatria[2,3]. No Brasil a prevalência de início dos sintomas no primeiro ano de vida está estimado em 67,5%, enquanto no mundo é descrita uma prevalência que varia entre de 17 a 40% para a mesma faixa etária[4].

Embora seu diagnóstico e tratamento sejam relativamente simples, a constipação afeta a integridade física e emocional da criança, podendo ter implicações significativas na sua qualidade de vida e tendo capacidade para representar um fardo importante nos níveis primário e secundário de atenção à saúde[5,6]. Além disso, estudos apontam que aproximadamente 15% das crianças com constipação funcional não retentiva com incontinência fecal ainda têm os mesmos sintomas aos 18 anos, o que demonstra a natureza crônica da constipação funcional e a importância da abordagem precoce, multidisciplinar e especializada[7]. Por isso, a constipação deve ser considerada um problema de saúde importante na faixa etária pediátrica, e o conhecimento acerca das suas definições, causas e manejo é altamente relevante.

Desse modo, o objetivo deste artigo é identificar e analisar a produção científica nacional e internacional acerca do tema "constipação em pediatria", apontando conhecimentos e recomendações que embasam a prática médica atual. Além disso, espera-se identificar os pontos que ainda necessitam de atenção e estudo sobre essa queixa tão comum e importante.

MÉTODOS

Usaram-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). O período avaliado foi de janeiro de 2013 a agosto de 2023. Foi feita pesquisa dos artigos publicados em inglês e português, usando como estratégias de busca os descritores "constipação em pediatria", "Constipação Intestinal" fazendo uso dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

A partir dessa pesquisa, foram encontrados 32 artigos, dos quais 12 foram excluídos por repetição, por não relação direta com os objetivos do trabalho, ou por não estarem disponíveis na íntegra gratuitamente. Restaram, assim, 20 publicações levadas em consideração na revisão atual.

Os dados encontrados foram analisados e interpretados incluindo as referências dos artigos selecionados na tentativa de obter outras publicações não indexadas para comparação.

Os tópicos analisados foram: Fatores de risco, etiologia e fisiopatologia, manifestações clínicas e diagnóstico, tratamento e nível de conhecimento dos profissionais da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 20 artigos estudados incluíram revisões de literatura, estudos prospectivos, estudos transversais, *guidelines* baseados em evidência, projetos de pesquisa, estudos randomizados e não randomizados, metanálises e estudos de séries de casos. Todavia, é justo dizer que o presente trabalho apresenta limitações relacionadas aos filtros aplicados, bases de dados pesquisadas e à utilização apenas de artigos disponíveis gratuitamente.

Os resultados foram organizados nas seguintes categorias:

Fatores de Risco

Apesar de variáveis múltiplas serem constantemente estudadas em busca de um padrão específico de risco para constipação em crianças, os dados encontrados na literatura ainda são divergentes em vários aspectos.

Nesse sentido, em um estudo conduzido com crianças maiores de 2 anos, a constipação funcional estava significativamente associada ao sexo feminino, com o baixo nível educacional materno, com a residência em comunidades com mais de 3.000 habitantes e com a ausência de irmãos mais velhos[8]. Todavia, outro estudo – realizado em Santa Cruz do Sul (RS, Brasil) – que buscou avaliar parâmetros semelhantes, observou maior prevalência (61,3%) do sexo masculino em relação ao sexo feminino no diagnóstico de constipação[4].

Desse modo, percebe-se que quanto ao sexo relacionado como fator de risco para constipação, a maior parte das referências descreve predomínio discreto em meninas, mas outros autores encontraram uma maior predominância no sexo masculino, não sendo, portanto, definido nenhum dos sexos como fator de risco devido à discordância presente na literatura.

Outro possível fator de risco analisado pelas referências deste artigo foi o uso de acetaminofeno, droga muito utilizada em pediatria para o tratamento de queixas como dor e febre. A respeito desse tópico, em um estudo prospectivo com 402 crianças na Itália, o acetaminofeno não foi fator de risco para o desenvolvimento de CF aos 3 meses, mas aos 6 meses foi encontrada tendência significante para o uso dessa droga em crianças com constipação e aos 12 meses de vida foi observado que 79,1% das crianças com constipação tinham usado acetaminofeno, em contraposição a 58,2% das crianças sem constipação. Dessa maneira, o estudo acabou por

concluir que a constipação funcional estava significativamente associada ao uso de acetaminofeno, mesmo que o papel exato dessa droga na indução de constipação crônica não seja bem compreendido (3 mecanismos possíveis foram postulados: alta taxa de ingestão aumentada da droga como resultado da alta frequência de dor abdominal ou somática, o uso de uma formulação com opioide adicionado e os possíveis efeitos antisserotoninérgicos do acetaminofeno)[8].

O mesmo estudo italiano avaliou a história familiar de atopia como fator de risco independente para CF; porém, pela análise de regressão logística condicional multivariada, não foi comprovado aumento do risco independente de outros fatores aos 3 e 6 meses de vida. Apesar disso, os autores desse mesmo trabalho verificaram maior prevalência de histórico familiar de atopia em crianças constipadas quando comparadas com as sem constipação. Sendo assim, apesar de não ser definido como fator de risco independente, a história familiar de atopia é um fato importante a ser considerado na investigação de quadros de constipação.

Outro fator de risco estudado foi a baixa ingestão hídrica, sobre a qual uma revisão de literatura publicada em 2017 no Jornal de Pediatria concluiu que o menor consumo de água se associa com maior risco de constipação intestinal[9].

Por fim, é válido ressaltar que alguns fatores protetivos para constipação pediátrica estão bem definidos na literatura. Nesse ponto, destaca-se que diversos estudos atestaram que a probabilidade de desenvolver constipação é menor nas crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente quando comparadas com as crianças não amamentadas ou com aleitamento artificial[8,4].

Etiologia e fisiopatologia

A constipação intestinal indiscutivelmente apresenta etiologia multifatorial e tem, por ora, sua fisiopatologia não completamente esclarecida. Dessa maneira, assim como se observa em outros distúrbios funcionais gastrointestinais, a constipação intestinal na infância resulta da interação de fatores biológicos, alimentares e psicossociais que interferem na motilidade intestinal[9].

Ademais, as causas de constipação devem ser diferenciadas entre as responsáveis pelo desenvolvimento de CF e aquelas que constituem uma causa orgânica de constipação. Por exemplo, causas orgânicas de constipação incluem distúrbios metabólicos (hipotireoidismo, fibrose cística, hipercalcemia e hipocalemia), neuropáticos (doença de Hirschsprung, mielomeningocele, espinha bífida, paralisia cerebral) e imunológicos (alergia à proteína do leite da vaca, doença celíaca), além do uso de medicamentos, como sais de ferro, antiácidos, anti-inflamatórios e opioides[5]. Por outro lado, a causa mais comum de constipação funcional parece ser o desenvolvimento de um comportamento de retenção de fezes após uma experiência de defecação dolorosa[8].

O que ocorre nos casos de CF é que, devido ao comportamento de retenção desencadeado pela experiência dolorosa, as fezes permanecem por mais tempo nos cólons, onde a mucosa absorve a água da massa fecal. A partir disso, inicia-se um ciclo vicioso, pois as fezes ressecadas tornam-se mais duras e difíceis de serem eliminadas. Esse círculo vicioso entre experiências traumáticas de evacuação dolorosa e o comportamento de retenção constitui a base para a persistência do quadro.

Ainda, na constipação funcional, haverá dilatação retal, que será, provavelmente, mais severa em crianças que tiverem sintomas por um período maior. Essa dilatação é ocasionada pela presença de massa fecal impactada no reto, o que também gera a produção de uma secreção serosa pela mucosa retal que arrasta pequenas quantidades de material sólido dos bordos do bolo fecal, gerando os sintomas de escape fecal (costumeiramente mal compreendidos pelos familiares da criança)[10].

Outrossim, foi sugerido na literatura que a estase fecal prolongada no cólon de pacientes constipados pode resultar em alterações da microbiota intestinal, influenciando diversas funções intestinais, incluindo na motilidade[3]. Essas possíveis alterações ganham ainda mais importância, pois evidências recentes sugerem que a constipação crônica grave em crianças pode ser devida ao trânsito intestinal desacelerado[11]. Todavia, nesse sentido é necessário ressaltar que em revisão sistemática de literatura publicada na Revista Paulista de Pediatria em 2020 os resultados obtidos sobre a microbiota fecal de crianças e adolescentes com constipação intestinal foram discrepantes. Segundo essa revisão, as diferentes metodologias empregadas para a análise da microbiota fecal dos indivíduos estudados e diferentes espécies de bactérias avaliadas inviabilizaram a determinação de um padrão específico de anormalidades da microbiota fecal em pacientes com constipação intestinal[3].

Manifestações clínicas e diagnóstico

Os principais sintomas presentes na criança constipada são: defecação dolorosa e/ou infrequente, incontinência fecal e dor abdominal, sendo que em até 40% das crianças os sinais de constipação se iniciam no primeiro ano de vida e aproximadamente 16%-40% das crianças com constipação funcional desenvolvem sintomas durante os primeiros 6 meses[2,8].

O diagnóstico da constipação baseia-se inicialmente na anamnese e no exame físico, sendo que, apesar de a maioria das crianças não ter patologia orgânica identificada e serem diagnosticadas com constipação funcional, é imprescindível buscar por sinais de outros transtornos que podem se apresentar com dificuldades para a evacuação[10].

Dentre os sinais de alarme que devem atrair a atenção do médico pediatra, destacam-se[12]:

- Constipação no período neonatal e eliminação de mecônio depois de 48h de vida: pode sugerir doença de Hirschsprung ou fibrose cística;
- Sintomas urinários;

- Sintomas sistêmicos (perda de peso/letargia);
- Sangramento nas fezes: nesses casos é importante investigar a presença de fissura anal, alergias (uma história dietética é essencial e deve incluir a mãe se a criança ainda estiver sendo amamentada) e doenças inflamatórias intestinais (DII);
- Fístula perianal: que também pode sugerir DII;
- Depressão sacral: a mielomeningocele é uma malformação congênita da coluna vertebral que pode evoluir tanto com retenção quanto com incontinência fecal e cursar com depressão sacral;
- Ausência de sensibilidade perianal;
- Estabelecimento de constipação antes do 1º mês de vida;
- Glúteos atrofiados ou assimétricos: pode sugerir doença celíaca;
- Febre: não faz parte da sintomatologia habitual da constipação, por isso, outras causas devem ser investigadas;
- Déficit de crescimento: demonstra gravidade do quadro, podendo significar comprometimento do desenvolvimento devido à condição intestinal[12].

Outrossim, devido ao ciclo vicioso que perpetua a fisiopatologia da condição, é de grande valia determinar se há presença de qualquer um dos seguintes comportamentos de retenção[12]:

- Permanecer tenso;
- Contração das nádegas;
- Andar na ponta dos pés;
- Cruzar as pernas;
- Apoiar-se (fazer força em) móveis;
- Ficar na posição de 4 apoios ou rolando em uma bola;
- Sentar com as pernas tensas.

Além desses, vômitos, diarreia e distensão abdominal grave devem sempre levar à investigação mais detalhada antes do diagnóstico de CF. Quanto à investigação adicional, exames laboratoriais devem ser realizados somente em casos duvidosos para descartar doenças como hipotireoidismo, doença celíaca ou doença de Hirschsprung[4]. Ademais, é importante destacar que apesar de guias baseados em evidência sugerirem claramente que a radiografia abdominal não é necessária para a avaliação de constipação (exceto em circunstâncias muito limitadas), um estudo publicado em 2017 no *The Journal of Pediatrics* apontou que 97,2% dos entrevistados para o artigo acharam a radiografia abdominal útil para o diagnóstico após atendimentos relacionados à constipação. Sendo assim, em tal estudo, os resultados embasam a argumentação já realizada anteriormente por Yang e Punnati (2017)[13], de que há baixo conhecimento e baixa adesão aos guias supramencionados.

Além disso, na abordagem é necessário ter atenção à presença de dor abdominal, distensão, mudança de comportamento e anorexia nessas crianças, pois esses sinais podem indicar a necessidade de desimpactação, sem a qual o tratamento de manutenção perderá efetividade e eficácia.

Ainda na avaliação de pacientes pediátricos com queixas relacionadas à constipação, uma etapa importante é a caracterização do tipo de fezes do paciente, que tradicionalmente é feita utilizando a Escala de Bristol para Consistência de Fezes (EBCF).

A Escala de Bristol para Consistência de Fezes (EBCF) foi desenvolvida e validada em Bristol, na Inglaterra, há mais de duas décadas. Essa escala é composta de fotos que representam sete tipos de fezes associados a descrições precisas de acordo com seu formato e consistência, com o uso de ilustrações reconhecíveis. Para a melhor adequação da escala à faixa etária pediátrica foi criada mais recentemente a EBCF modificada para crianças (mBSFS-C), que propôs reduzir o número de tipos de fezes de sete para cinco e adaptar a linguagem usada nas descrições para possibilitar que as crianças entendam completamente as representações de cada tipo de fezes. Todavia, para possibilitar o uso na prática clínica fora do país onde a escala foi criada, é necessário que haja tradução e adaptação cultural dessa. Por isso, um grupo da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP desenvolveu um trabalho de tradução, adaptação e aplicação da escala entre os anos de 2015 e 2017. Nesse estudo, obtiveram-se resultados que permitiram aos autores inferirem que a mBSFS-C em português (Brasil) foi comprovadamente reprodutível, pois foi obtida quase uma concordância total entre as descrições e as ilustrações traduzidas dos tipos de fezes, entre as crianças e o grupo de especialistas das áreas de gastroenterologia e pediatria. Todos os tipos de fezes mostraram percentuais de atribuições corretas consideradas adequadas e isso foi verdade para crianças entre seis e oito anos e as com mais de oito anos[14].

Tendo exposto as manifestações mais importantes da constipação intestinal, agora é possível evidenciar os critérios diagnósticos e sua evolução. Sendo assim, cabe ressaltar que o diagnóstico de constipação funcional é clínico e que durante muitos anos não houve padronização de seus critérios, até que a partir da elaboração dos critérios de Roma II para constipação funcional na infância os critérios foram padronizados pela primeira vez. Entretanto, tais critérios foram considerados demasiadamente restritivos e, em 2004, foram modificados. A nova padronização foi ratificada pelos critérios de Roma III (2006)[15].

Os critérios propostos em 2006 foram utilizados como ferramenta para o diagnóstico até que em 2016 houve outra atualização, na qual a padronização de Roma IV foi estabelecida. Os critérios de Roma IV são, atualmente, utilizados como ferramenta mais atualizada para o diagnóstico de constipação funcional e estão descritos a seguir.

→ Critérios de Roma IV para diagnóstico de CF[12]:

Em crianças >4 anos e adolescentes, deve haver duas ou mais das seguintes características (pelo menos uma vez por semana) durante o período mínimo de 1 mês, desde que não preencham o critério diagnóstico de síndrome do intestino irritável[12].

- Duas ou menos evacuações no vaso sanitário por semana quando o desenvolvimento for compatível com a idade de 4 anos;
- Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- Histórico de evacuações dolorosas ou difíceis;
- Presença de grande massa fecal no reto;
- Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que possam entupir o vaso sanitário[12].

Em lactentes e crianças <4 anos, deve haver duas das seguintes manifestações por mais de 1 mês.

- Duas ou menos evacuações por semana;
- Histórico de retenção excessiva de fezes;
- Histórico de evacuações difíceis ou dolorosas;
- Histórico de fezes com grande calibre;
- Presença de grande massa fecal no reto[12].

Em crianças com treinamento esfincteriano, deve-se considerar:

- Pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana após aquisição do controle esfincteriano;
- Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que possam entupir o vaso sanitário[12].

Para o diagnóstico é necessário que após a avaliação médica apropriada, as manifestações clínicas não sejam plenamente explicadas por outra condição médica[12].

Por fim, é necessário destacar que o diagnóstico e a intervenção precoces em crianças (<3 meses de sintomas ou <2 meses de tratamento antes de referenciar) contribui para a resolução da constipação[16]. Contudo, diagnosticar constipação funcional pelos critérios de Roma em seu começo pode ser difícil, pois são necessários 2 itens para o diagnóstico e – excetuando os movimentos intestinais dolorosos – os outros sinais/sintomas (impressão de retenção fecal excessiva, frequência evacuatória menor ou igual a duas vezes por semana, grande massa fecal no reto e incontinência fecal) podem ser raros ou difíceis de avaliar no início do quadro[16]. Nesse sentido, alguns estudos têm indicado que um item, ao invés de dois, deveria ser suficiente para um diagnóstico precoce[16].

Tratamento

Quando se fala sobre tratamento de constipação na infância, apesar de muitas alternativas serem postuladas por diversos autores, há muito pouco estudo comprovado para embasar quaisquer recomendações de tratamento da constipação em pacientes pediátricos[17]. Todavia, entidades internacionais têm feito esforços contínuos para que as recomendações sobre o manejo desses pacientes sejam cada vez mais efetivas. Por exemplo, *The Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (NASPGHAN) tem formulado guidelines para constipação funcional e seu manejo, tendo o guia inicial sido publicado em 1999[10].

Atualmente, o tratamento é estabelecido em quatro pilares: desmistificação, desimpactação fecal, mudança da dieta e dos hábitos de vida e uso de laxativos. A desimpactação poderá ser feita via oral ou retal, sendo ambas efetivas, embora a utilização de medicamentos por via oral seja menos invasiva e traumatizante. O tratamento a longo prazo deverá ser feito com uso de laxativos, considerando-se a lactulose e polietilenoglicol (PEG)[4]. Sendo assim, as últimas recomendações do NASPGHAN e ESPGHAN (*European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*) defendem o PEG como droga de escolha para o tratamento de constipação funcional[7]. O PEG tem mostrado ser efetivo em crianças menores de 1 ano[12]. E atualmente já é recomendado para pacientes a partir de 6 meses de idade.

Sobre o primeiro pilar do tratamento citado, é necessário dizer que a educação de pais e familiares a respeito do entendimento de etiologia, sintomas e princípios do manejo é de importância crítica para o alcance do sucesso no tratamento. Assim, o manejo da CF deve começar com a explicação das bases fisiológicas da constipação e da incontinência fecal para a criança e sua família[6].

Já no que se refere à mudança de hábitos e estilo de vida, o treinamento de toalete, quando indicado, ganha importância ímpar na quebra do círculo vicioso responsável pelo quadro da criança. O treinamento de toalete deve ser guiado pela criança e ter como objetivo recondicionamento do hábito intestinal. A rotina é importante, logo, deve ser orientado que a criança permaneça sentada no vaso sanitário de cinco a dez minutos após as refeições principais, em uma postura adequada para a prensa abdominal e com apoio para os pés[12,5].

Provavelmente o tema de maior divergência na literatura quando se trata do manejo da CF é a indicação ou não do uso de fibras alimentares para esses pacientes. As fibras alimentares são divididas em insolúveis e solúveis. As insolúveis aumentam o volume fecal porque resistem à ação das enzimas digestivas e da microflora colônica, absorvem água da luz intestinal. Já as fibras solúveis, fermentadas pela flora intestinal, liberam água absorvida e produzem ácidos graxos que provocam a coabsorção de eletrólitos e água fecal[1]. Nesse ponto, quando falamos sobre a importância da água para os hábitos intestinais, é necessário trazer à tona que em relação ao papel da água na terapêutica da constipação intestinal, os poucos artigos existentes não mostraram vantagem do

maior consumo de líquidos na terapêutica[9]. Por outro lado, os estudos com amostras da população geral evidenciam efeito favorável do aumento do consumo de líquidos no sentido de proporcionar uma melhoria no hábito intestinal.

Ainda sobre a suplementação de fibras alimentares, um estudo duplo cego com controle placebo que avaliou a dieta com mistura de fibras em crianças de 4 a 12 anos para o tratamento de constipação concluiu que o uso da mistura de 6 diferentes tipos de fibras dietéticas não preveniu a necessidade de amolecedores de fezes ou enemas durante a intervenção com fibras na dieta nem reduziu o tempo de trânsito colônico nos pacientes constipados. Entretanto, o aumento na frequência evacuatória e a melhora na consistência das fezes das crianças que terminaram o estudo foram importantes descobertas sobre a prevenção de sintomas de constipação recorrentes. Vale destacar que esse mesmo estudo alertou sobre a impossibilidade de extrapolação de seus resultados para pacientes com constipação severa pelas características da população do estudo[18].

Além disso, revisão sistemática publicada em 2018 no Jornal de Pediatria da SBP concluiu que a prescrição de suplementação de fibras na dieta das crianças constipadas como parte do tratamento dessa enfermidade não apresenta evidências científicas que corroborem essa prática[1]. Todavia, ainda assim, muitos estudos consideram a fibra alimentar muito importante para o tratamento da constipação e alegam que, apesar de não haver evidências suficientes para indicar a sua suplementação, não há também evidências para a sua contraindicação. Nesse sentido, um estudo randomizado com 80 crianças e adolescentes foi publicado em 2019 no Jornal de Pediatria, esse estudo avaliou a combinação de laxativos e biomassa de banana verde para o tratamento da constipação. Esse estudo foi justificado pois sabe-se que banana verde contém fibra alimentar e uma alta concentração de amido resistente à amilase, que não é digerido nem absorvido no intestino, estimula a produção de ácidos graxos de cadeia curta no cólon e é útil no tratamento da constipação. Ademais, tendo em vista que o Brasil é um dos maiores produtores mundiais dessa fonte de fibras, a banana é um produto acessível e faz parte da dieta dos brasileiros[19].

No referido estudo, os resultados primários demonstraram que o consumo somente de biomassa de banana verde por oito semanas (30 g/dia) reduziu a proporção de crianças com as classificações 1 ou 2 da Escala de Bristol para Consistência de Fezes e esforço e dor na defecação, porém não houve aumento no percentual de crianças com >3 evacuações/semana. Por fim, a conclusão do trabalho foi que acrescentar biomassa de banana verde à rotina de tratamento da constipação com laxantes em crianças e adolescentes pode aumentar significativamente a melhoria dos sintomas e, com essa combinação, após oito semanas, é possível reduzir a dose de laxantes[19]. Todavia, faz-se necessário dizer que, apesar dos bons resultados obtidos, mais pesquisas nesse sentido são necessárias para que a indicação tenha melhores evidências.

Outro ponto importante a ser considerado no tratamento da constipação funcional em crianças é o uso de prebióticos e probióticos, sobre os quais a presente revisão de literatura encontrou um estudo que avaliou a eficácia do prebiótico galactooligossacarídeo no tratamento de 20 crianças e adolescentes com constipação. Nesse trabalho, verificou-se que o prebiótico, quando ingerido por crianças constipadas, mostrou-se eficaz no aumento da frequência de evacuações, aliviou a dor ou o desconforto durante a evacuação e amoleceu a consistência das fezes[17]. Ademais, encontrou-se a informação de que entre os ensaios clínicos nos quais foram utilizados os probióticos sem associação com laxantes, em apenas uma pesquisa constatou-se maior sucesso terapêutico do probiótico em relação ao placebo[3]. Nesses estudos de intervenção que utilizaram probióticos, não foi avaliada a composição da microbiota intestinal antes e após a administração de probióticos. Assim, os efeitos clínicos observados sobre a motilidade e as características do hábito intestinal, atribuídos ao uso dos probióticos, não puderam ser associados a mudanças específicas na composição da microbiota intestinal[3]. Portanto, os dados obtidos não respaldam a recomendação do uso dos probióticos no tratamento da constipação intestinal funcional.

Quanto à terapia medicamentosa, seus objetivos são amolecer as fezes para que a criança perca o medo da evacuação dolorosa. Na prescrição do medicamento, os pais devem ser orientados de que o intestino não se torna dependente da droga. Além disso, os pais devem ser informados de que as fezes serão tornadas artificialmente moles (quase que como diarreia) antes de retornarem ao tamanho, forma e consistência normais. O tratamento da constipação não é efetivo se a impactação intestinal não for tratada. A dose de desimpactação para crianças é 1-1,5g/kg/dia de PEG por 3-6 dias e a dose de manutenção é de 0.75g/kg/dia[12].

Além disso, as escolas devem ser orientadas sobre o tratamento, pois as crianças devem ter permissão para ter acesso livre ao banheiro se sentirem necessidade de evacuar. Crianças geralmente irão necessitar de um tratamento de 3 meses se tinham hábitos intestinais normais previamente, sintomas de curta duração (menos de 3 meses) e tiveram treinamento de toalete. Já crianças com uma história crônica vão geralmente precisar de ao menos 6 meses de tratamento[12]. Sobre esse ponto, uma revisão sistemática verificou que apenas 50% das crianças com constipação funcional foram tratadas com sucesso completo e tiveram o uso de laxativos interrompidos depois de 12 meses, tanto com pediatras generalistas quanto com gastroenterologistas pediátricos[6]. Um estudo conduzido na Arábia Saudita acerca dos conhecimentos de pediatras sobre constipação em pediatria mostrou que 45% dos respondentes prescreveram medicação por menos de 1 mês, enquanto 15% deles prescrevia por mais de 6 meses[6].

Por fim, sobre a apendicostomia como tratamento para constipação refratária, uma análise de 28 pacientes foi

publicada em 2020 e concluiu que a apendicostomia, embora apresente um número elevado de complicações, parece controlar o escape fecal resultante da constipação intestinal de maneira mais frequente e precoce do que o manejo clínico isolado. Contudo, o pequeno número de participantes e as conclusões baseadas em estimativa de risco nos compelem a sugerir que estudos com amostras maiores e maior tempo de seguimento devem ser feitos para permitir uma avaliação mais definitiva quanto a esse desfecho[20].

Nível de conhecimento dos profissionais da saúde

Uma pesquisa realizada durante o 36º Congresso Brasileiro de Pediatria (2013) aplicou 297 questionários com caso clínico de constipação com impactação e verificou que o diagnóstico foi identificado por 93,6% dos entrevistados e exames complementares foram indicados por 40,4%. Somente 64% dos entrevistados indicaram abordagem farmacológica, enquanto 84,8% indicaram orientação do paciente quanto aos hábitos alimentares. Porém, apenas 17,2% indicaram a desimpactação e o PEG foi prescrito em 14,5% dos questionários. Ademais, verificou-se no estudo grande disparidade entre as condutas tomadas por médicos com mais tempo de atuação e médicos formados há menos tempo, tendo os médicos formados há menos tempo solicitado menos exames de imagem e prescrito em mais proporção o PEG, o que reforça a necessidade de atualização constante por parte dos profissionais de saúde[5]. Além disso, estudo publicado em 2015 que aplicou 264 questionários sobre constipação em Minas Gerais verificou que o conhecimento sobre os testes diagnósticos de constipação variou grandemente, especialmente quando comparados os pediatras generalistas com os gastroenterologistas pediátricos[7].

Tais observações feitas no Brasil corroboram um estudo americano de 2014 que comparou a prática clínica de pediatras com as recomendações mais atuais para a época no manejo de constipação em pediatria, os autores concluíram que apesar da existência de *guidelines* para o manejo da constipação funcional, o conhecimento acerca desses *guidelines* continua baixo, mesmo entre residentes e especialistas para os quais as recomendações mais atuais da época estiveram disponíveis durante todo o seu tempo de formação[10].

CONCLUSÃO

A partir da literatura revisada, foi possível concluir que a produção científica acerca do tema "constipação em pediatria" é variada e muitas vezes divergente. Percebeu-se que vários estudos foram realizados nos últimos dez anos na tentativa de tornar a identificação e o tratamento da constipação em crianças mais efetivos. Ainda assim, há lacunas remanescentes no conhecimento sobre o tema, como, por exemplo, quanto à adequação prática dos critérios diagnósticos na busca pela identificação e tratamento precoce da CF e quanto à correta indicação de fibras suplementares nos pacientes com essa condição. Além disso, é necessário enfatizar que apesar da produção constante de conhecimento científico sobre o tema, o grau de conhecimento e aplicação desses conhecimentos pelos profissionais ainda é baixo segundo a literatura.

REFERÊNCIAS

1. Mello PP, Eifer DA, Mello ED. Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2018 Sep; [cited 2023 Aug 28]; 94(5):460-70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29474804/
2. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014 Feb; [cited 2023 Aug 28]; 58(2):258-74. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2014/02000/evaluation_and_treatment_of_functional.24.aspx.
3. Gomes DOVS, Morais MB. Microbiota intestinal e emprego dos probióticos na constipação intestinal em crianças e adolescentes: Revisão Sistemática. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2019 Nov; [cited 2023 Aug 28]; 38:e2018123. Available from: https://www.scielo.br/j/rpp/a/LbDr9XZ3LjZTQkQSQrhHbHP/?format=pdf&lang%20=en.
4. Bastos MD, Pereira BF, Chaves J, Tabile P, Pereira LM. Características da constipação funcional em crianças de zero a doze anos atendidas em um ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 2018 Oct; [cited 2023 Aug 28]; 8(4):415-21. Available from: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11253.
5. Vieira MC, Krueger Negrelle IC, Ulaf Webber K, Gosdal M, Krüger Truppel S, Ziemer Kusma S. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2016; [cited 2023 Aug 27]; 34(4):425-31. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/4060/Resumenes/Resumo_406048356008_5.pdf.
6. Hasosah M, Abdulwahab Telmesani, Al-Binali AM, Sarkhi A, Alghamdi S, Khalid Alquair. Knowledge and Practice Styles of Pediatricians in Saudi Arabia Regarding Childhood Constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2013 Jul 1; [cited 2023 Aug 28]; 57(1):85-92. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2013/07000/knowledge_and_practice_sty.
7. Torres MRF, Melo MCB, Purcino FAC, Maia JC, Aliani NA, Rocha HC. Knowledge and Practices of Pediatricians Regarding Functional Constipation in the State of Minas Gerais, Brazil. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2015 Jul 1; [cited 2023 Aug 27]; 61(1):74-9. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2015/07000/knowledge_and_practices_of_pediatricians_regarding.16.aspx.
8. Turco R, Miele E, Russo M, Mastroianni R, Lavorgna A, Paludetto R. Early-Life Factors Associated With Pediatric Functional Constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014 Mar 1; [cited 2023 Aug 28]; 58(3):307-12. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2014/03000/early_life_factors_associated _with_pediatric.9.aspx.
9. Boilesen SN, Tahan S, Dias FC, Melli LCFL, Morais MB. Water and fluid intake in the prevention and treatment of functional constipation in children and adolescents: is there evidence? J Pediatr (BR) [Internet]. 2017 Jul; [cited 2023 Aug 28]; 93(4):320-7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717303315?via%3.
10. Yang CH, Punati J. Practice Patterns of Pediatricians and Trainees for the Management of Functional Constipation Compared With 2006 NASPGHAN Guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2015 Mar; [cited 2023 Aug 27]; 60(3):308-11. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2015/03000/practice_patterns_of_pediatri cians_and_trainees.10.aspx.

11. Carmo RLML, Oliveira RPM, Ribeiro AEA, Lima MCL, Amorim BJ, Ribeiro AF, et al. Colonic transit in children and adolescents with chronic constipation. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2015 Jul; [cited 2023 Aug 27]; 91(4):386-91. Available from: https://www.scielo.br/j/jped/a/8hYcfvSPPFb5yQBHXdZ3sWS/?lang=en.

12. Singh H, Connor F. Paediatric constipation: An approach and evidence-based treatment regimen. Aust J Gen Pract [Internet]. 2018 May 1; [cited 2023 Aug 27]; 47(5):273-7. Available from: https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/may/paediatric-constipation/.

13. Beinvogl B, Sabharwal S, McSweeney M, Nurko S. Are We Using Abdominal Radiographs Appropriately in the Management of Pediatric Constipation? J Pediatr (EUA) [Internet]. 2017 Dec; [cited 2023 Aug 28]; 191:179-83. Available from: https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(17)31156-3/fulltext.

14. Jozala DR, Oliveira ISF, Ortolan EVP, Oliveira Junior WE, Comes GT, Cassettari VMG. Brazilian Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reproducibility assessment of the modified Bristol Stool Form Scale for children. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2019 May; [cited 2023 Aug 28]; 95(3):321-7. Available from: https://www.scielo.br/j/jped/a/dZFRx5XnvsyyQ3yBKzGkZPp/?format=pdf&lang =pt.

15. Gulati R, Komuravelly A, Leb S, Mhanna MJ, Ghori A, Leon J, et al. Usefulness of Assessment of Stool Form by the Modified Bristol Stool Form Scale in Primary Care Pediatrics. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr [Internet]. 2018; [cited 2023 Aug 28]; 21(2):93. Available from: https://www.pghn.org/DOIx.php?id=10.5223/pghn.2018.21.2.93.

16. Maffei HVL, Morais MB. Proposals to approximate the pediatric rome constipation criteria to everyday practice. Arq Gastroenterol [Internet]. 2018 Aug 21; [cited 2023 Aug 27]; 55:56-60. Available from: https://www.scielo.br/j/ag/a/8zkwX3PSZZxjqH3JpRQrBXk/.

17. Beleli CA, Antonio MA, dos Santos R, Pastore GM, Lomazi EA. Effect of 4'galactooligosaccharide on constipation symptoms. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2015 Nov 1; [cited 2023 Aug 28]; 91(6):567-73. Available from: https://www.jped.com.br/pt-effect-4galactooligosaccharide-on-constipation-sy mptoms-articulo-S2255553615001068.

18. Weber TK, Toporovski MS, Tahan S, Neufeld CB, Morais MB. Dietary Fiber Mixture in Pediatric Patients With Controlled Chronic Constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014 Mar; [cited 2023 Aug 28]; 58(3):297-302. Available from: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2014/03000/dietary_fiber_mixture_in_ped iatric_patients_with.7.aspx.

19. Lourenção PLTA, Carvalho MA, Ortolan EVP. Combinations of laxatives and green banana biomass on the treatment of functional constipation in children and adolescents: a randomized study. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2019 Jan; [cited 2023 Aug 27]; 95(1):27-33. Available from: https://www.scielo.br/j/jped/av6ZsWYz7MKCmQT5b4SbLr3s/?format=pdf&lan.

20. Vanesca PA, Maria AB, Joaquim MBS, Elizete AL. Refractory functional constipation: clinical management or appendicostomy?. J Pediatr (Rio J) [internet]. 2020; [cited 2023 Aug 27]; 96:210-6. Available from: https://www.scielo.br/j/jped/a/67d7b7bwW4RGpH6mgS9XQtD/?format=pdf&la ng=pt.