



UnB | HUB

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

GEOVANNA BATISTA FERREIRA MELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)**

**Brasília – DF
2022**

GEOVANNA BATISTA FERREIRA MELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica, do Programa de Residência Médica do Hospital Universitário de Brasília - HUB.

Orientadora: Dra. Juliane Feitosa Bezerra de Gusmão
Coorientadora: Dra. Alessandra dos Santos Domingues

Brasília – DF
2022

GEOVANNA BATISTA FERREIRA MELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica, do Programa de Residência Médica do Hospital Universitário de Brasília - HUB.

Orientadora: Dra. Juliane Feitosa Bezerra de Gusmão

Coorientadora: Dra. Alessandra dos Santos Domingues

Data de aprovação: ____/____/____

Nome e assinatura do preceptor/orientador

Nome e assinatura do 2º membro da Banca Examinadora

Nome e assinatura do 3º membro da Banca Examinadora

**Brasília – DF
2022**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que me deram forças e meios para que eu pudesse realizar meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Impossível não começar os agradecimentos elevando um altar de gratidão àquele que, com toda bondade e misericórdia, me permitiu realizar o grande sonho de me tornar gastropediatra. À Deus toda honra e toda glória.

Minha família, que é meu esteio, minha fortaleza, que me apoia sempre em todas as jornadas da minha vida. Quero aqui fazer um agradecimento especial ao meu pai que com olhos de amor, sempre está atento e presente, seja cuidando, animando, promovendo e dando os meios para que eu possa sonhar, lutar e realizar. Pai, quero que o senhor saiba que um dos meus maiores incentivos é olhar pro senhor e vê-lo orgulhoso da sua caçula. O senhor é meu grande espelho.

Leandro, meu marido, meu amigo, meu porto seguro, obrigada por abrir mão do seu próprio conforto, da sua própria vontade, dos seus bens, do seu padrão de vida (e muitas coisas mais) para que eu pudesse realizar meu sonho. Eu jamais teria conseguido se não fosse seu apoio. E juntos começamos a jornada mais incrível das nossas vidas. O nosso filho!

E se eu não desisti da residência no momento de maior dificuldade, preciso agradecer essa mestra, ser humano incrível e preceptora, Dra. Alessandra, que literalmente, não permitiu que isso acontecesse. Obrigada pelo pulso firme! Obrigada pelos conselhos, pelo acolhimento, pela empatia e por passar toda essa bagagem de conhecimento que você possui.

Dra. Juliane, que esteve comigo no momento mais desafiador que a residência (e todo o mundo moderno) passou. A pandemia sem sombra de dúvidas foi (e ainda é) um dificultador, uma tristeza e um sofrimento e academicamente falando um grande desafio. E você, Dra. Juliane, manteve essa residência de pé, com todas os cenários, o academicismo e o astral que precisava. Preciso dizer que amo sua companhia, amo aprender com você.

Minhas staffs queridas, a residência acabou, mas a amizade e o companheirismo desses dois anos quero levar para a vida. Que dádiva aprender a ser gastropediatra com vocês.

Aos meus colegas de residência, Natascha, Luís Henrique, Simone e nossa irmã mais velha, Carlinha, obrigada pela acolhida, pela parceria, pelos cafés e por dividirem os perrengues da vida e o aprendizado comigo.

Preciso fazer um agradecimento especial à toda a pediatria do HUB, especialmente Dra. Lara pela confiança, pela amizade, pelos lanches, festinhas, risadas e pelo aprendizado.

Eu posso dizer que fui muito feliz, aprendi muito e estou levando comigo amigos e parceiros para a vida toda.

RESUMO

MELO, Geovanna Batista Ferreira. **Perfil epidemiológico dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB)**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica, ao Programa de Residência Médica em Gastroenterologia Pediátrica. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, 2021.

A Constipação intestinal (CI) é uma afecção frequente nos ambulatórios de pediatria e gastroenterologia pediátrica, correspondendo a cerca de 25% (vinte e cinco por cento) das consultas ambulatoriais da especialidade e até 40% (quarenta por cento) das crianças iniciam os sintomas ainda no primeiro ano de vida. Os critérios de Roma IV definem o diagnóstico nas diferentes faixas etárias. Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes é fundamental para melhor estruturação do serviço e para desenvolver métodos de trabalho personalizados para a realidade desses pacientes. Portanto, buscou-se traçar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados no ambulatório gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília com diagnóstico de constipação intestinal de março de 2019 a março de 2020. O método escolhido foi o estudo retrospectivo, descritivo, por meio de preenchimento de formulário estruturado, contendo dados sociais, epidemiológicos e patológicos dos pacientes contidos no estudo, coletados por meio de revisão de prontuário. Observou-se que, diferente da literatura, a proporção de pacientes com causas secundárias de CI foi maior que 10% (dez por cento), o que pode ser justificado pela característica do ambulatório que recebe o encaminhamento de casos mais complexos. O perfil do serviço pode ter influenciado na maior frequência de pacientes com diagnóstico secundário e a natureza multifatorial da CI pode explicar a não totalidade de sucesso no tratamento em um ano de acompanhamento.

Palavras-chave: Constipação intestinal; Gastroenterologia pediátrica; Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

MELO, Geovanna Batista Ferreira. **Perfil epidemiológico dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB)**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica, ao Programa de Residência Médica em Gastroenterologia Pediátrica. Hospital Universitário de Brasília, Brasília, 2021.

Intestinal constipation (IC) is a frequent condition in pediatric outpatient clinics and pediatric gastroenterology, corresponding to about 25% (twenty-five percent) of outpatient consultations in the specialty and up to 40% (forty percent) of children begin to experience symptoms. still in the first year of life. The Rome IV criteria define the diagnosis in different age groups. Knowing the epidemiological profile of patients is essential for better structuring the service and for developing personalized work methods for the reality of these patients. Therefore, we sought to trace the epidemiological profile of patients followed up at the pediatric gastroenterology outpatient clinic of the Hospital Universitario de Brasília with a diagnosis of constipation from March 2019 to March 2020. The method chosen was the retrospective, descriptive study, by filling in structured form, containing social, epidemiological, and pathological data of the patients included in the study. Data were collected through medical chart review. It was observed that, unlike in the literature, the proportion of patients with secondary causes of IC was greater than 10% (ten percent), which can be explained by the characteristic of the outpatient clinic that receives more complicated cases. The service profile may have influenced the higher frequency of patients with secondary diagnosis. The multifactorial nature of IC may explain the lack of treatment success at one year of follow-up.

Keywords: Constipation; Pediatric gastroenterology; Epidemiological profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Amostra da pesquisa.....	22
--------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo (n=93).....	24
Gráfico 02 – Distribuição dos pacientes de acordo com a causa da Constipação (n=92).....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Queixa Principal (n=93).....	25
Tabela 02 – Diagnósticos da causa secundária à doença orgânica (n=30).....	25
Tabela 03 - Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre a idade do diagnóstico (n=92).....	26
Tabela 04 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o gênero, faixa etária, IMC e variáveis do hábito intestinal (n=92).....	26
Tabela 05 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre variáveis: idade de desfralde, retardo na eliminação de mecônio, tipo de aleitamento (n=92)...	27
Tabela 06 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre os exames realizados (n=92).....	28
Tabela 07 – Achados no exame físico (n=92).....	29
Tabela 08 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre a classificação das fezes de acordo com a escala de Bristol (n=92).....	29
Tabela 09 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o tratamento (n=92).....	30
Tabela 10 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o tratamento (n=92).....	30
Tabela 11 - Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre medicação utilizada (n=92).....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
CF	Constipação Funcional
CI	Constipação Intestinal

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
±	Mais ou menos
=	Igual
>	Maior

SUMARIO

INTRODUÇÃO	14
1 OBJETIVOS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS	22
3.1 Amostra	22
3.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa	23
3.3 Análise dos dados	23
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	32
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXO A - _Formulário de avaliação dos pacientes com constipação acompanhados no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília.....	39
ANEXO B - Termo de assentimento.....	43
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	45

INTRODUÇÃO

A Constipação Intestinal (CI) é uma afecção comum na faixa etária pediátrica, caracterizada por evacuação infrequente de fezes duras e dolorosas, que podem ou não estar acompanhadas de incontinência fecal e/ou dor abdominal. Na maioria das crianças constipadas, uma causa orgânica para a CI não pode ser encontrada, configurando o quadro de constipação funcional (KOPPEN et al., 2016).

Trata-se de um problema frequente na infância, com uma prevalência estimada em 3% (três por cento) em todo o mundo. Postula-se que em 17% (dezesete por cento) a 40% (quarenta por cento) das crianças, a constipação inicia-se no primeiro ano de vida. Além de ser causa de angústia para as crianças e sua família, também tem um impacto significativo no custo dos cuidados de saúde (TABBERS et al., 2014).

Nas Américas do Norte e do Sul a prevalência de CI em recém-nascidos a adolescentes varia entre 10% (dez por cento) e 23% (vinte e três por cento), já no continente europeu entre 0,7% (zero vírgula sete por cento) e 12% (doze por cento) em crianças. Na Ásia a prevalência é estimada entre 0,5% (zero vírgula cinco por cento) e 29,6% (vinte e nove vírgula seis por cento) (VANDENPLAS & DEVREKER, 2019).

Estima-se que essa seja a principal queixa em 3% (três por cento) das consultas de pediatria e de 25% (vinte e cinco por cento) das consultas em ambulatórios de gastroenterologia pediátrica. (MEDEIROS et al., 2007).

Os critérios Roma IV definem constipação funcional como a presença de sintomas de constipação, após criteriosa avaliação médica, que não podem ser atribuídos a qualquer outra condição médica. Além disso, fornece dados para o diagnóstico nas diferentes faixas etárias (REGINA et al., 2019). De acordo com esses critérios, devem estar presentes no mínimo dois dos sintomas.

Crianças de 0 a 4 anos de idade (devem estar presentes por pelo menos trinta dias): duas ou menos evacuações por semana; retenção excessiva de fezes; comportamento de retenção; história de evacuações duras ou dolorosas; massa fecal no reto. Criança com treinamento esfinteriano – critério adicional: pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário. Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável. Crianças de 4 anos até a adolescência (uma vez por semana por pelo menos um mês): duas ou menos evacuações no banheiro por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes; história de evacuações dolorosas ou duras; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário; grande massa fecal no reto. Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável. (ROME FOUNDATION, 2016).

Raramente, na população pediátrica, encontra-se uma causa orgânica para a CI, e em até 95% (noventa e cinco por cento) dos casos ela é considerada de origem funcional. O diagnóstico diferencial das causas orgânicas da CI difere substancialmente, dependendo da idade de início dos sintomas. Em lactente constipado e uma história de retardo na eliminação do mecônio, devem-se excluir doenças congênitas como doença de Hirschsprung, defeitos da medula espinhal e malformações anorretais. Já nos adolescentes, transtornos alimentares devem ser excluídos. As etiologias orgânicas da constipação em crianças incluem condições intestinais, condições anorretais, metabólicas, endócrinas e neuropáticas (VRIESMAN et al., 2020).

Assim, compreender o perfil dos pacientes acompanhados no serviço é essencial para traçar processos de trabalho, delinear e antecipar custos, bem como dimensionar a capacidade da equipe, a fim de promover tratamento eficiente, personalizado e humanizado, bem como atender às demandas específicas.

1 OBJETIVOS

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados no ambulatório Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília com diagnóstico de Constipação Intestinal de março de 2019 a março de 2020.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Constipação Intestinal é um problema de saúde comum em todo o mundo e que, apesar de subestimado, gera importante impacto sobre a qualidade de vida. Crianças com CI costumam necessitar de visitas frequentes a um clínico geral ou pediatra e são atendidas regularmente no pronto-socorro ou mesmo internadas no hospital para tratamento, o que pode representar um alto custo para o sistema global de saúde (VANDENPLAS et al., 2019).

A CI é considerada um sintoma, e não uma doença. Usualmente, é percebida como diminuição da frequência das evacuações ou fezes de consistência endurecida. Alguns autores definem como menos de 3 evacuações por semana ou como dificuldade em evacuar (RAJINDRAJITH & DEVANARAYANA, 2011).

Os Critérios de Roma II foram elaborados, em 1999, com o objetivo de desenvolver um sistema de classificação baseado em sintomas, estabelecer critérios e fazer uma revisão sistemática rigorosa da literatura sobre os transtornos funcionais do aparelho digestivo da criança. Em 2006, esses critérios foram revisados e atualizados, recebendo a alcunha de Critérios de Roma III e, finalmente, em 2016, foram lançados os Critérios de Roma IV, trazendo mais evidência aos transtornos do eixo cérebro-intestino (ANDRADE et al., 2015).

A frequência das evacuações diminui com a idade. A produção de fezes ocorre com mais frequência no primeiro mês de vida e pode ser atribuída à imaturidade do trato gastrointestinal. Há uma diminuição na frequência média das evacuações entre 1 e 4 anos de idade e, após 4 anos de idade, a frequência de evacuação permanece inalterada. Existe uma correlação positiva entre a infrequência das evacuações e a dureza das fezes, devido ao aumento do tempo de trânsito intestinal com a idade (PHILICHI, 2018).

Aproximadamente metade das crianças afetadas desenvolve constipação durante o primeiro ano de vida. A transição do seio materno para a alimentação com fórmula foi considerada uma possível causa de constipação nessa faixa etária. Fezes secas e duras podem causar defecação dolorosa, resultando em medo de defecação e constipação crônica.

Observaram-se altas taxas de prevalência de CI em crianças entre 3 e 6 anos de idade, com uma mediana de 3,5 anos. Esses dados sugerem que a prevalência é mais alta nas crianças em idade pré-escolar. As dificuldades com o treinamento esfinteriano estão associadas à CI infantil (VAN DEN BERG et al., 2006).

Em um estudo prospectivo descritivo realizado em um hospital pediátrico na Índia, (SUJATHA et al., 2015), o autor notou que fatores psicossociais como desarmonia conjugal, rivalidade entre irmãos e fobia escolar tiveram um efeito significativo na constipação funcional.

Crianças que não tomam café da manhã, que tiveram desfralde precoce, baixa ingestão de vegetais e frutas foram outros fatores importantes que levaram à CI. Observou-se ainda que utilizar escalas visuais como a escala de Bristol, juntamente com o uso de termos simples para sintomatologia durante a coleta de dados, ajuda a obter dados mais precisos na investigação de queixas subjetivas como constipação.

A Constipação Intestinal é igualmente comum em ambos os sexos e em crianças de diferentes classes socioeconômicas, hábitos dietéticos e influências culturais. Postula-se que o evento desencadeador seja, provavelmente, o instinto universal de evitar a defecação por causa da dor ou por razões sociais (escola, viagens, por exemplo). Como consequência da retenção, a mucosa do cólon absorve água das fezes e as fezes retidas tornam-se progressivamente mais difíceis de evacuar. Esse processo leva a um ciclo vicioso de retenção de fezes, no qual o reto fica cada vez mais distendido, resultando em incontinência fecal por escape, perda da sensibilidade retal e, por fim, perda da sensibilidade normal de defecar. O aumento do acúmulo fecal no reto também causa diminuição da motilidade no intestino anterior, distensão abdominal, dor e conseqüentemente anorexia. (HYAMS et al., 2016).

Crianças com história de evacuações dolorosas tendem à anorexia a fim de evitar os reflexos gastrocólico e duodenocólico, reflexo em que as refeições causam movimentos de massa no intestino grosso, favorecendo a sensação de “vontade de evacuar”. (RMB et al., 2012)

A Constipação Funcional é um diagnóstico clínico realizado usando-se os critérios de Roma IV. Uma anamnese e um exame físico completos podem ser suficientes para estabelecer este diagnóstico. Identificar sinais de alarme levanta a suspeita de condições orgânicas subjacentes. Em pediatria, estes sintomas de alarme incluem: sinais de anomalias congênitas, falha de crescimento e sintomas sugestivos de abuso sexual (VRIESMAN et al., 2020).

Em uma revisão sistemática, (TABBERS et al., 2014), chegaram às seguintes evidências à respeito dos exames complementares usados para diagnóstico da CI, quais sejam, a) Toque retal: as evidências não apoiam o uso do exame de toque retal para diagnosticar constipação funcional; b) Radiografia abdominal: demonstração da presença ou ausência de impactação fecal tem implicações terapêuticas importantes; c) Trânsito colônico (TC): demonstração de um TC normal com a passagem imediata de marcadores sugere incontinência fecal não retentiva (uma condição na qual as crianças têm incontinência fecal sem ter constipação funcional); d) Ultrassonografia retal via abdominal: as evidências não apoiam o uso rotineiro para diagnosticar constipação funcional; e) Teste de provocação oral para alergia à proteína do leite de vaca: Apesar de extensamente discutido na literatura como causa de constipação, as evidências são conflitantes para o teste de APLV no diagnóstico da constipação funcional; f) Manometria

anorretal (MRA): teste de triagem útil em crianças maiores que apresentam constipação e outros sintomas sugestivos de DH, ampola retal vazia, não responsividade à terapia padrão, constipação de início precoce. A presença do reflexo inibitório retoanal (RAIR) exclui DH, embora um RAIR falso-positivo seja possível; g) Enema baritado: não deve ser realizado como ferramenta diagnóstica inicial porque não representa uma alternativa válida à biópsia retal ou MRA para excluir ou diagnosticar DH, independentemente da idade, mas pode ser usado para avaliar a extensão do segmento aganglionar antes da cirurgia; h) Manometria colônica: pode identificar segmentos específicos de disfunção colônica que podem ser passíveis de cirurgia; i) Ressonância magnética da coluna: dados retrospectivos, embora limitados, mostraram que anormalidades da coluna vertebral podem estar presentes em crianças com constipação intratável, mesmo quando o exame neurológico é normal. i) Biópsia colônica transmural: evidências preliminares sugerem que crianças com constipação intratável podem ter anormalidades nas camadas neuromusculares do cólon. Alterações na histologia e neurotransmissores foram descritas, mas o significado clínico exato dessas anormalidades não está claro. Não se deve pensar nesse exame como rotina, mas sugere-se aproveitar o tempo cirúrgico caso uma criança com constipação intratável seja submetida à uma cirurgia por outros motivos. j) Cintilografia colônica: fornece informações sobre o trânsito colônico e pode fornecer dados sobre o esvaziamento gástrico e o trânsito do intestino delgado. É considerado útil para medir a motilidade colônica em crianças com constipação por trânsito lentificado.

Em 2014 as Sociedades Norte-americana e Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição publicaram novas diretrizes clínicas para a avaliação e tratamento da constipação funcional em crianças (TABBERS et al., 2014). As recomendações para o manejo da constipação funcional incluem: consumo adequado de fibras e fluidos, atividade física regular e, caso necessário, tratamento farmacológico adicional para desimpactação fecal retal seguido por uma terapia farmacológica de manutenção (VANDENPLAS et al., 2019).

Terapias não farmacológicas tradicionais incluem mudanças na dieta, especificamente o aumento na ingestão das fibras, água e exercícios físicos. A prescrição de fibras é, muitas vezes, considerada como tratamento para a CI na criança. Entretanto, aumentar a ingestão de fibras, além da quantidade adequada, pode piorar os sintomas em crianças gravemente constipadas ou que tiverem baixa ingestão de líquidos. A ingestão de fibras deve obedecer a quantidade ideal para cada idade, geralmente oferecida através de uma dieta balanceada e não há necessidade de aumentar a oferta no tratamento da CI. Uma dieta bem balanceada que inclua grãos integrais, frutas e vegetais é suficiente (PHILICHI, 2018).

O tratamento da CI é realizado através de administração de medicamentos laxantes, geralmente osmóticos, em duas etapas: fase de desimpactação e fase de manutenção. As evidências mostram que o polietilenoglicol oral (PEG) e enemas são igualmente eficazes para desimpactação fecal (PHILICHI, 2018).

É necessária terapia medicamentosa de manutenção para garantir que as evacuações sejam indolores e que esvaziem o cólon e retossigmoide. (LOENING-BAUCKE, 1996). Após algum tempo o calibre retal volta ao tamanho normal e a criança retoma um padrão regular de defecação (BULLOCH & TENENBEIN, 2002).

Os laxantes osmóticos são a terapia de manutenção de primeira escolha. O PEG é o agente osmótico recomendado para crianças e adultos devido à sua eficácia e segurança. Outros laxantes usados com frequência são óleo mineral (emoliente) e hidróxido de magnésio (osmótico). Se os sintomas persistirem, laxantes estimulantes/irritativos, como bisacodil ou senne são recomendados nas diretrizes clínicas em crianças (VRIESMAN et al., 2020).

Treinamento esfínteriano como auxílio nas mudanças comportamentais e um programa estruturado de treinamento de toalete, através de sistema de recompensa, instruindo a criança a tentar defecar pelo menos duas ou três vezes ao dia (após cada refeição), previne a ocorrência de impactação fecal e diminui o risco de incontinência fecal (VRIESMAN et al., 2020).

Uma vez que a disfunção dos músculos do assoalho pélvico é a principal razão para CI e retenção fecal em crianças, intervenções de fisioterapia podem desempenhar um papel importante para aumentar sucesso do tratamento. Eles incluem treinamento de respiração diafragmática, exercícios para o assoalho pélvico com ou sem biofeedback, para aumentar a propriocepção das crianças e desenvolver função muscular e relaxamento esfínteriano adequados durante a evacuação.

Embora o mecanismo de ação da corrente interferencial não seja completamente compreendido, os efeitos positivos incluem aumento na frequência da evacuação, melhora na percepção da sensibilidade retal, redução da incontinência fecal e da dor abdominal. Como esses efeitos podem durar até dois anos, o tratamento com correntes interferenciais de diferentes frequências é considerado uma modalidade eficaz no manejo da constipação funcional crônica em crianças (SAVIĆ et al., 2020).

Quando as mudanças comportamentais, os tratamentos medicamentosos e a fisioterapia pélvica falham, as intervenções cirúrgicas podem ser necessárias após a avaliação adequada do cólon com estudos contrastados, manometria anorretal e colônica. As intervenções incluem injeção de toxina botulínica no complexo muscular do esfíncter anal, miectomia anal, enemas continentais anterógrados, ressecção colônica e colostomias. No entanto, atualmente, a

determinação das intervenções cirúrgicas depende da experiência e da preferência do clínico e, portanto, exige mais evidências de novas pesquisas (RAJINDRAJITH & DEVANARAYANA, 2020).

Pesquisas mostram que crianças se recuperaram mais rápido e são menos propensas a ter recaídas quando recebem tratamento precoce. No ambiente de atenção primária, a CI comumente é vista como um problema que a criança irá superar sem intervenções, conforme for crescendo, e isso pode atrasar o tratamento. É recomendado encaminhar o paciente ao gastroenterologista pediátrico quando o paciente não responde ao tratamento, se existe suspeita de doença orgânica ou se o manejo é complicado (PHILICHI, 2018).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, realizado por meio de preenchimento de formulário estruturado (ANEXO A), contendo dados sociais, epidemiológicos e patológicos dos pacientes contidos na pesquisa.

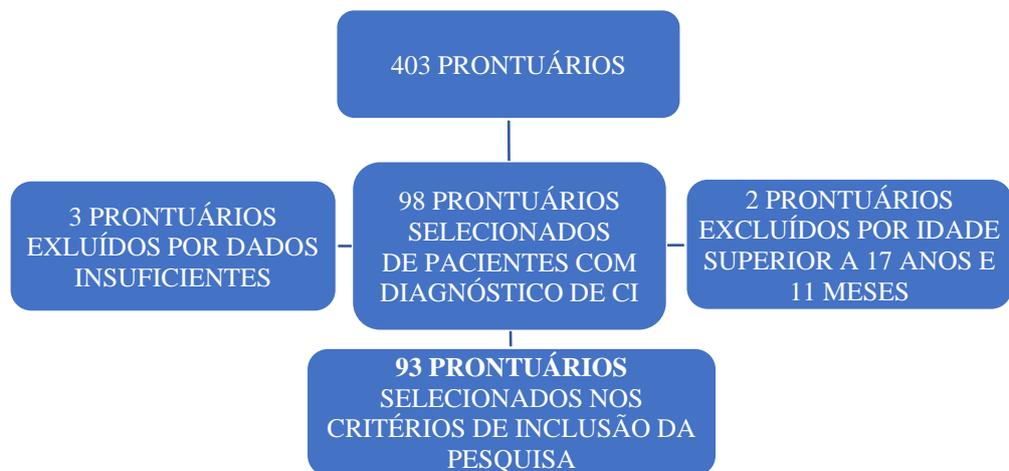
Os dados foram coletados através de revisão de prontuários eletrônicos e prontuários físicos. Todos os cuidados éticos relacionados a elaboração desse estudo foram tomados, sendo o projeto submetido e aprovado no Comitê de ética CAAE nº. 46806120.6.0000.0030.

3.1 Amostra

Foram analisados 403 prontuários, sendo 98 selecionados com diagnóstico de CI. Foram dispensados 2 prontuários por terem mais de 18 anos de idade e 3 por terem dados incompletos no prontuário por perda de seguimento.

Participaram do estudo 93 pacientes, com idade entre 1 e 17 anos ($7,98 \pm 4,22$ anos; $n=93$), acompanhados no ambulatório Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília com diagnóstico de Constipação Intestinal de março de 2019 a março de 2020. Do total de pacientes atendidos nesse período 93 (23%) foram por constipação.

Figura 01 – Amostra da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora

3.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Foram incluídos os pacientes com diagnóstico de constipação intestinal atendidos no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HUB no período de março de 2019 a março de 2020. Ademais, foram excluídos os pacientes com prontuário com dados insuficientes para a pesquisa e pacientes com idade superior a 17 anos e 11 meses.

3.3 Análise dos dados

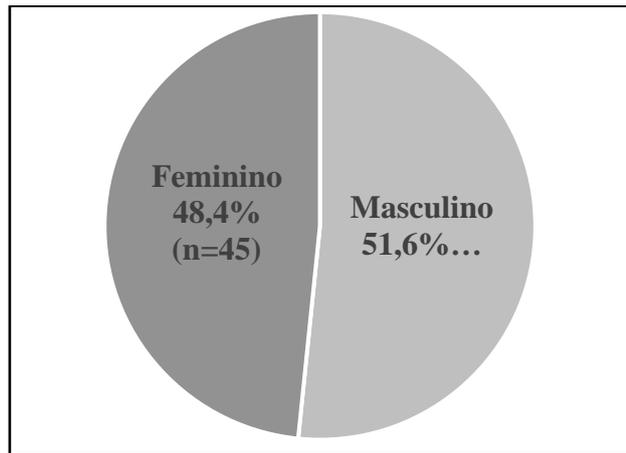
As análises de dados foram realizadas por meio do programa SPSS 23. Para comparar o perfil dos pacientes em relação ao motivo da Constipação Intestinal (funcional e secundária) foi realizado teste não paramétrico para medidas independentes, U Mann-Whitney, para as variáveis escalares, devido às restrições com relação a proporção de participantes entre as causas da Constipação (GIBBONS & CHAKRABORTI, 2011).

Para as variáveis categóricas foi realizado o teste Qui², sendo aplicado o fator de correção do teste de Fisher's ou razão de verossimilhança, para as variáveis que violaram o critério de número mínimo de casos por célula (GIBBONS & CHAKRABORTI, 2011). Foi considerado significância estatística, onde $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

A idade dos pacientes com diagnóstico de CI variou entre 1 e 17 anos ($7,98 \pm 4,22$ anos; $n=93$). Não houve diferença na prevalência em relação ao sexo dos pacientes, masculino $n=48$ (51,6%) e feminino $n=45$ (48,4%), conforme verifica-se no Gráfico 01.

Gráfico 01 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo ($n=93$).

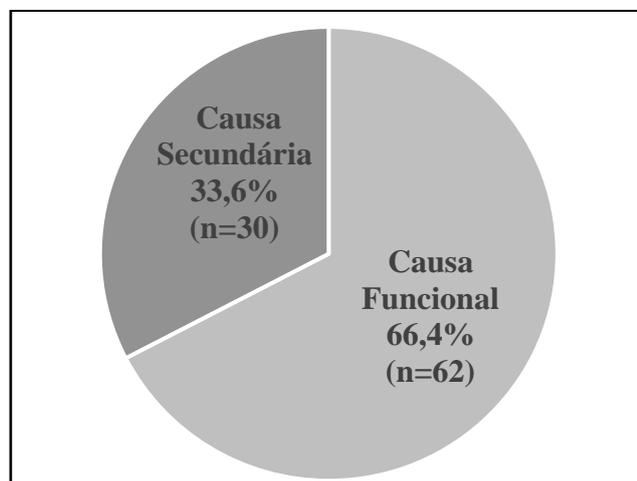


Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora

Grande parte dos pacientes residem na periferia de Brasília (cidade satélite 58,1%; $n=54$), seguidos por pacientes de outros estados (36,6%; $n=34$) e na sua menor parte os que residem na zona central de Brasília (5,4%; $n=5$).

Com relação a causa da constipação intestinal, a maioria apresentava constipação funcional (66,4%; $n=62$), e 33,6% ($n=30$) tinham a constipação como causa secundária à doença orgânica (Gráfico 2).

Gráfico 02 - Distribuição dos pacientes de acordo com a causa da Constipação ($n=92$).



Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora

Apresentavam o diagnóstico de constipação intestinal há mais de 2 anos 61,3% (n=57) dos casos, 36,6% entre 1 e 2 anos (n=34) e 2,2% há menos de 1 ano (n=2).

Tabela 01 - Queixa Principal (n=93).

Queixa Principal	n	%
Constipação	40	43
Dor abdominal	13	14
Sangue nas fezes	8	8,6
Dor ou dificuldade ao evacuar	8	5,4
Soluços ou regurgitação	2	1,1
Escape fecal ou diarreia	7	6,5
Intestino preso ou muito tempo sem evacuar	6	5,4
Disfagia	1	1,1
Fezes endurecidas	1	1,1
Gastrite	1	1,1
Halitose	1	1,1
Magreza	1	1,1
Obesidade	1	1,1
Seletividade alimentar	1	1,1
Não consta no prontuário	2	2,2
Total	93	100

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

De acordo com a Tabela 01, a queixa principal de a maior ocorrência foi a de constipação (43%; n=40), seguido por dor abdominal (14,0% n=13). Entre os pacientes que tinham a constipação como causa secundária à CI, o diagnóstico que teve maior frequência foi de pacientes com neuropatias (40,0%; n=12), seguido por Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) (26,7%; n=8).

Tabela 02 - Diagnósticos da causa secundária à doença orgânica (n=30).

Diagnostico	n	%
Intestino neurogênico	12	40,0
APLV- Alergia à Proteína do Leite de Vaca	8	26,7
Epidermólise Bolhosa	3	10,0
Doença Celíaca	2	6,7
Enurese Primária	1	3,3
Investigando Doença de Crohn	1	3,3
Tireoidite de Hashimoto	1	3,3
Sem diagnóstico definido	2	6,7
Total	30	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Os pacientes que tiveram constipação como causa secundária são os que possuem menor idade ($p=0,037$), os sintomas iniciaram mais cedo ($p=0,030$) e demoraram menos tempo para serem encaminhados para consulta com a gastropediatria ($p=0,014$), quando comparados com os pacientes que tiveram Constipação Funcional (Tabela 03).

Tabela 03 - Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre a idade do diagnóstico (n=92).

	Causa da Constipação				P-valor*
	Funcional (n=62)		Doença orgânica (n=30)		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Idade (anos)	8,55	3,97	6,97	4,54	0,037
Idade de início dos sintomas (anos)	2,86	2,89	1,74	2,59	0,030
Demora para encaminhamento ao gastropediatra (anos)	2,87	2,59	2,06	2,74	0,014

* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

De acordo com a Tabela 04, houve diferença significativa entre os pacientes com causa funcional e os de causa secundária com relação a ocorrência de fezes de grande calibre ($p=0,019$), sendo a maior ocorrência destes pacientes com fezes de grande calibre entre os pacientes com CF (27,4%; n=1) quando comparados aos de causa secundária (3,3%; n=1).

Apesar da idade ter apresentado diferença, a classificação em faixa etária dos pacientes não apresentou disparidade significativa ($p=0,087$) na comparação entre as causas de constipação (Tabela 04).

Tabela 04 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o gênero, faixa etária, IMC e variáveis do hábito intestinal (n=92).

		Causa da Constipação				P-valor*
		Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
		f	%	f	%	
Gênero	Masculino	35	56,5	13	43,3	0,238
	Feminino	27	43,5	17	56,7	
Faixa etária	Lactente	4	6,5	3	10,0	0,087
	Pré-escolar	5	8,1	8	26,7	
	Escolar	33	53,2	12	40,0	
	Adolescente	20	32,3	7	23,3	

Tabela 04 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o gênero, faixa etária, IMC e variáveis do hábito intestinal (n=92).

IMC adequado para idade	Magreza acentuada	2	3,2	2	6,7%	0,463
	Magreza	8	12,9	5	16,7	
	Eutrófico	39	62,9	21	70,0	
	Obesidade	4	6,5	1	3,3	
	Sobrepeso	9	14,5	1	3,3	
Hábito intestinal	Diário	17	27,9	11	36,7	0,173
	A cada dois dias	32	52,5	9	30,0	
	2 vezes na semana	8	13,1	8	26,7	
	1 vez por semana	2	3,3	2	6,7	
	Mais de uma semana de intervalo	2	3,3	0	0,0	
Incontinência fecal		17	27,4	15	50,0	0,089
Fezes de grande calibre		17	27,4	1	3,3	0,019
Evacuação dolorosa		46	74,2	17	56,7	0,234
Postura retentiva		33	53,2	17	56,7	0,194

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Sobre as variáveis relacionadas a desfralde, aleitamento materno e introdução de fórmula infantil, a maior proporção de pacientes em que ainda não ocorreu o desfralde, está entre os que tiveram causa secundária de CI (40%; n=12; p=0,001). Do mesmo modo, há maior predominância dos que utilizaram fórmulas desde o nascimento (23,7%; n=7; p=0,017), assim como também os que tiveram introdução de leite de vaca mais prematuramente, sendo que em grande parte a introdução ocorreu no primeiro mês de vida (43,3%; n=13; p=0,002) (Tabela 05).

Tabela 05 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre variáveis idade de desfralde, retardo na eliminação de mecônio, tipo de aleitamento (n=92).

		Causa da Constipação				P-valor*
		Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
		f	%	f	%	
Idade do desfralde	Ainda não desfraldou	5	8,1	12	40,0	0,001
	Até 2 anos	8	12,9	4	13,3	
	Entre 2 e 3 anos	16	25,8	10	33,3	
	Entre 3 e 4 anos	6	9,7	0	0,0	
	Mais de 4 anos	3	4,8	2	6,7	
	Não consta no prontuário	24	38,7	2	6,7	

Tabela 05 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre variáveis idade de desfralde, retardo na eliminação de mecônio, tipo de aleitamento (n=92).

Retardo na eliminação do mecônio	Sim	1	1,6	2	6,7	0,069
	Não	46	74,2	15	50,0	
	Não sabe informar	11	17,7	7	23,3	
	Não consta no prontuário	4	6,5	6	20,0	
Aleitamento	Fórmula desde o nascimento	2	3,2	7	23,3	0,017
	Aleitamento misto	5	8,1	5	16,7	
	Até 4 meses	17	27,4	5	16,7	
	Até 6 meses	17	27,4	5	16,7	
	Não consta no prontuário	21	33,9	8	26,7	
Tempo de aleitamento materno total	Fórmula desde o nascimento	2	3,2	7	23,3	0,017
	1 a 3 meses	5	8,1	5	16,7	
	4 a 6 meses	17	27,4	5	16,7	
	7 meses até 1 ano de idade	17	27,4	5	16,7	
	1 a 2 anos de idade	0	0,0	0	0,0	
	2 anos ou mais	0	0,0	0	0,0	
	Não consta no prontuário	21	33,9	8	26,7	
Idade de introdução de leite de vaca	Primeiro mês	5	8,1	13	43,3	0,002
	2 a 6 meses	15	24,2	4	13,3	
	6 a 12 meses	14	22,6	3	10,0	
	A partir de 1 ano ou mais	8	12,9	2	6,7	
	Não consta no prontuário	20	32,3	8	26,7	

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

De acordo com a Tabela 06, não houve diferenças significativa entre os perfis de pacientes com relação aos exames utilizados para investigação.

Tabela 06 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre os exames realizados (n=92).

	Causa da Constipação				P-valor*
	Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
	f	%	f	%	
Função tireoidiana	51	92,7	23	100,0	0,529
Pesquisa de Doença Celíaca	46	83,6	20	87,0	0,455
Teste do suor	30	54,5	12	52,2	0,451
Radiografia simples de abdome	12	21,8	7	30,4	0,660

Tabela 06 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre os exames realizados (n=92).

Enema opaco	20	36,4	8	34,8	0,587
Manometria anorretal	14	25,5	2	8,7	0,060
Outros	15	27,3	6	26,1	0,655

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

O achado no exame físico que teve maior frequência entre os pacientes foi o fecaloma (31,5%; n=29), seguido por alteração no exame neurológico (18,5%; n=17). Na maior parte dos pacientes não foi detectado nenhuma alteração no exame físico (44,6%; n=41).

Tabela 07 - Achados no exame físico (n=92).

Alteração no exame	N	%
Fecaloma	29	31,5
Neurológico	17	18,5
Lesões de EB	3	3,3
Dermatite atópica	1	1,1
Fosseta/tufo de pelos sacrais	1	1,1
Nenhuma alteração	41	44,6
Total	92	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Tabela 08 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre a classificação das fezes de acordo com a escala de Bristol (n=92).

	Causa da Constipação				P-valor*
	Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
	f	%	f	%	
Fezes normais	26	42,6%	18	60,0%	0,119
Fezes ressecadas	13	21,3%	6	20,0%	
Fezes amolecidas	22	36,1%	5	16,7%	

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Não houve diferença significativa com relação a classificação das fezes de acordo com a escala de Bristol na comparação entre os dois perfis de pacientes (p=0,119).

A maior parte da amostra teve tempo de tratamento entre 3 e 6 meses e não houve diferenças entre os tipos de causa de constipação. Sobre a resposta ao tratamento em ambos os perfis mais da metade da amostra teve resposta parcialmente satisfatória (Tabela 09).

Tabela 09 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o tratamento (n=92).

		Causa da Constipação				P-valor*
		Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
		f	%	f	%	
Tempo de tratamento	Menos de 3 meses	5	8,3	0	0,0	0,273
	Entre 3 e 6 meses	50	83,3	26	89,7	
	Mais de 6 meses	5	8,3	3	10,3	
Resposta ao tratamento	Satisfatório	20	35,7	11	40,7	0,898
	Parcialmente satisfatório	31	55,4	14	51,9	
	Falha de resposta ao tratamento	5	8,9	2	7,4	

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Não houve diferença significativa entre os perfis com relação a necessidade de fisioterapia pélvica ($p=0,143$), o percentual de pacientes que precisou realizar fisioterapia pélvica para a causa funcional foi de 24,2% ($n=15$) e de causa secundária 36,7% ($n=11$).

Sobre a desimpactação, houve maior frequência do procedimento oral para os pacientes com causa funcional, já para os pacientes com causa secundária houve maior frequência da utilização do procedimento retal ($p=0,038$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre o tratamento (n=92).

		Causa da Constipação				P-valor*
		Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
		f	%	f	%	
Necessidade de fisioterapia pélvica		15	24,2	11	36,7	0,143
Desimpactação	Oral	46	79,3	16	53,3	0,038
	Retal	6	10,3	6	20,0	
	Não houve necessidade	6	10,3	8	26,7	

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Com relação a medicação, ambos os perfis tiveram maior frequência no uso de laxantes osmóticos. Houve diferença na comparação entre os perfis de pacientes apenas quanto ao uso das medicações emolientes (0,041). Os pacientes com CF fizeram mais uso de medicações emolientes (13,1%; $n=8$), quando comparados com os pacientes que tinham causas secundárias de CI (0%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação do perfil dos pacientes em relação a causa da Constipação sobre medicação utilizada (n=92).

	Causa da Constipação				P-valor*
	Funcional (n= 62)		Doença orgânica (n=30)		
	f	%	f	%	
Laxante irritativo	11	18,0%	4	13,3%	0,594
Emoliente	8	13,1%	0	0,0%	0,041
Osmótico	58	95,1%	28	93,3%	0,969
Sem medicação	2	3,3%	2	6,7%	0,451

* Teste Qui²

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

5 DISCUSSÃO

A faixa etária dos pacientes com diagnóstico de CI divergiu da literatura. Enquanto, nesta pesquisa a faixa etária de maior prevalência foi a escolar - em ambos os perfis de pacientes (causa funcional e orgânica) - o estudo realizado em ambulatório de especialidades (MEDEIROS et al., 2007) demonstrou a seguinte distribuição por faixa etária: pré-escolares (42,9%), escolares (26,9%), lactentes (19,1%) e adolescentes (11,0%). Essa divergência pode ser justificada por não haver um controle sobre variáveis relacionadas ao diagnóstico, aspectos culturais e de desenvolvimento das diferentes amostras desses estudos.

Neste estudo, não houve diferença significativa em relação ao sexo dos participantes. Há um discreto predomínio do sexo masculino, corroborado pela literatura, a qual demonstra que, apesar do predomínio de pacientes do sexo masculino (56,5%,317/561) e do aumento da proporção masculino/feminino com o aumento da idade, não há diferença estatisticamente significante entre os gêneros nas quatro faixas etárias (MEDEIROS et al., 2007).

A maior parte dos participantes reside na periferia de Brasília (Cidade satélite 58,1%; n=54), seguidos por pacientes de outros estados (36,6%; n=34) e na sua menor parte os que residem na zona central de Brasília (5,4%; n=5). Esse dado pode ter relação com o tipo de alimentação, erros alimentares, dieta pobre em frutas e verduras e estar relacionado à baixa renda ou a falta de uma orientação nutricional. Um estudo prospectivo notou haver diminuição na taxa de constipação com o aumento do nível de escolaridade dos pais e maior taxa de CI em famílias de baixa renda (APPAK et al., 2017).

Houve maior predomínio de Constipação Funcional como causa da CI (66,4%) e uma porcentagem significativa de pacientes com causas secundárias (33,6%). Apesar da literatura corroborar com essa maior prevalência de CF, o percentual de CI devido à causas orgânicas está entre 5% e 10% de (PRYNN, 2011). Provavelmente, essa disparidade ocorre por se tratar de um ambulatório de especialidade, para onde os casos mais complexos e/ou refratários ao tratamento são encaminhados.

A queixa principal de maior ocorrência foi a constipação (44,1%), seguido por dor abdominal (14,0%), dado superior aos encontrados em estudos semelhantes. Uma pesquisa realizada em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (Bastos et al., 2018) encontrou uma prevalência de 29% de constipação como sendo a queixa principal e 33 % de dor abdominal. Entende-se que tal diferença ocorra devido ao fato de que, no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do HUB, os pacientes sejam encaminhados por outras especialidades, muitas vezes, já com diagnóstico de CI.

Em relação às causas orgânicas de CI, o intestino neurogênico (que inclui neuropatias como paralisia cerebral, síndromes neurogenéticas e espinha bífida) apresenta a maior prevalência. Esse dado é conflitante com a literatura, a qual evidência maior predomínio de APLV entre as causas orgânicas de CI. (RAJINDRAJITH & DEVANARAYANA, 2020).

Segundo a literatura, 53,7% dos pacientes iniciaram os sintomas nos primeiros 2 anos de vida, entretanto 65,9% tinham mais de 4 anos à primeira consulta especializada; 90,2% tinham fezes com calibre aumentado; 63,4% tinham fezes endurecidas e 56,1% tinham escape fecal; distensão abdominal foi encontrado em 82,9% dos pacientes e dor abdominal e a constipação Funcional (CF) correspondeu a 90,2% das causas de CI (RMB et al., 2012). Esses dados são conflitantes com os resultados obtidos na pesquisa já que os pacientes tiveram um menor tempo de demora para a primeira consulta com o gastropediatra.

A predominância CF como causa da CI convergiu com os achados de outros estudos (RMB et al., 2012; RAJINDRAJITH & DEVANARAYANA, 2020). Sendo a evacuação dolorosa o principal sintoma relatado, seguido de postura retentiva, dado que corrobora com o achado de que apenas 17% dos pacientes apresentavam escape fecal.

Quando houve necessidade de coleta de exames para investigação de causas secundárias, o mais frequente foi a função tireoidiana, seguido de pesquisa de Doença Celíaca e teste do suor. Não foram encontrados dados na literatura sobre a frequência de solicitação desses exames, porém, estão de acordo com as recomendações de investigação de CI de causa secundária, segundo as diretrizes da ESPGHAN. (TABBERS et al., 2014).

Em relação ao uso de laxantes para o tratamento da CI, tanto os pacientes com CF quanto aqueles com causa secundária utilizaram com maior prevalência laxantes osmóticos. Pacientes com CF, quando necessitaram de desimpactação, fizeram uso de desimpactação oral. Entretanto houve maior ocorrência de desimpactação retal entre os pacientes com causas secundárias de CI. Esses dados estão de acordo com as recomendações dos protocolos de tratamento de CI. (TABBERS et al., 2014).

Houve uma prevalência de mais de 50% dos pacientes com respostas parcialmente satisfatórias ao tratamento. Provavelmente isso ocorre porque a CI é uma afecção multifatorial e com tratamento que envolve mudanças comportamentais que, muitas vezes, alteram a rotina, alimentação, aumento dos gastos e acompanhamento multiprofissional, dificultando assim a adesão ao tratamento. Apenas 60% das crianças foram tratadas com sucesso em um ano de acompanhamento. Um terço das crianças continuou a ter CI após a puberdade e um quarto na idade adulta. (BURGERS et al., 2013).

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação aos pacientes com CF e àqueles com causas secundárias de CI e a necessidade de fisioterapia pélvica. Um estudo publicado em 2017 comparando pacientes com CI que realizaram tratamento com fisioterapia pélvica, com pacientes tratados apenas com intervenção medicamentosa mostrou que o tratamento foi eficaz em 92% das crianças tratadas com fisioterapia em comparação com 63% das crianças que receberam cuidados médicos padrão. Além disso, no primeiro grupo, mais crianças pararam de usar laxantes.(VAN ENGELENBURG-VAN LONKHUYZEN et al., 2017).

CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados no ambulatório Gastroenterologia Pediátrica de um hospital Universitário, por meio da análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico de Constipação Intestinal de março de 2019 a março de 2020 foi possível estabelecer o perfil desses pacientes.

O fato de se tratar de um serviço especializado em Gastroenterologia Pediátrica pode ter influenciado na maior frequência de pacientes com diagnóstico secundário em relação ao que é previsto pela literatura.

O caráter multifatorial da Constipação Intestinal pode explicar a não totalidade de sucesso no tratamento em um ano de acompanhamento. Fatores como reeducação alimentar, alteração de rotina e acompanhamento multiprofissional, apesar de aumentar a chances de sucesso do tratamento, podem diminuir a adesão dos pais ao tratamento de seus filhos.

Os principais limites do presente estudo incluem o baixo controle das variáveis em estudos retrospectivos, questões relacionadas as técnicas de revisão de prontuário e a falta de padronização de registro. Novos estudos de natureza longitudinal ainda são necessários para estabelecer o perfil e o desenvolvimento dos pacientes com diagnóstico de CI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLI, C. S., Vieira-Ribeiro, S. A., Fonseca, P. C. A., Moreira, A. V. B., Ribeiro, S. M. R., De Moraes, M. B., & Franceschini, S. D. C. C. (2019). Eating habits, lifestyle and intestinal constipation in children aged four to seven years. *Nutricion Hospitalaria*. Disponível em <https://doi.org/10.20960/nh.02059>.

APPAK, Y. Ç., Sapmaz, Ş. Y., Doğan, G., Herdem, A., Özyurt, B. C., & Kasirga, E. (2017). Clinical findings, child and mother psychosocial status in functional constipation. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 28(6), 465–470. Disponível em <https://doi.org/10.5152/tjg.2017.17216>.

BASTOS, M. D., Pereira, B. F., Chaves, J., Tabile, P., & Pereira, L. M. (2018). Características da constipação funcional em crianças de zero a doze anos atendidas em um ambulatório de gastroenterologia pediátrica. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 8(4), 415–421. Disponível em <https://doi.org/10.17058/reci.v8i4.11253>.

Marília Dornelles et al. Características da constipação funcional em crianças de zero a doze anos atendidas em um ambulatório de gastroenterologia pediátrica. *Jornal de Epidemiologia e Controle de Infecção*, [SI], v. 8, n. 4, p. 415-421, out. 2018. ISSN 2238-3360. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11253>.

BOAVONTURA Andro, S., Rodriguez, T. N., & Moraes-Filho, J. P. P. (2000). Constipação intestinal. *Revista Brasileira de Medicina*, 57(SPEC.ISS.), 53–63.

BOILESEN, S. N., Tahan, S., Dias, F. C., Melli, L. C. F. L., & Moraes, M. B. de. (2017). Water and fluid intake in the prevention and treatment of functional constipation in children and adolescents: is there evidence? *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 93(4), 320–327. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2017.01.004>.

BULLOCH, B., & Tenenbein, M. (2002). Constipation: Diagnosis and management in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 18(4), 254–258. <https://doi.org/10.1097/00006565-200208000-00006>.

BURGERS, R. E., Mugie, S. M., Chase, J., Cooper, C. S., Von Gontard, A., Rittig, C. S., Homsy, Y., Bauer, S. B., & Benninga, M. A. (2013). Management of functional constipation in children with lower urinary tract symptoms: Report from the standardization committee of the international children's continence society. *Journal of Urology*, 190(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.01.001>.

CASA, S. (2008). *Estudo de crianças com constipação intestinal em ambulatório de gastroenterologia 1*.

CESAR, M. A. P., de Moura, B. C., da Silva, F. P. A., Barbieri, D., Bruno, R. C., Bertoli, C. J., & Ortiz, J. A. (2010). Avaliação manométrica anal de crianças com encoprese. In *Revista Brasileira de Coloproctologia* (Vol. 30, Número 4, p. 414–418). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0101-98802010000400005>.

CS., A., SA, V.-R., PCA, F., AVB, M., SMR, R., MB., M., & SCC., F. (2016). Eating habits, lifestyle and intestinal constipation in children aged four to seven years. *Nutr Hosp*.
 Gibbons, J. & Chakraborti, S. (2011). *Nonparametric statistical inference* (5 ed.). New York: Taylor & Francis.

Hyams, J. S., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R. J., Staiano, A., & Van Tilburg, M. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology*, 150(6), 1456-1468.e2. Disponível em <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>.

ILAN J.N. Koppen, Carlo Di Lorenzo, Miguel Saps, Phil G. Dinning, Desale Yacob, Marc A. Levitt & Marc A. Benninga (2016) Childhood constipation: finally something is moving!, *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 10:1, 141-155, DOI: 10.1586/17474124.2016.1098533.

KUIZENGA-WESSEL, S., Heckert, S. L., Tros, W., Van Etten-Jamaludin, F. S., Benninga, M. A., & Tabbers, M. M. (2016). Reporting on outcome measures of functional constipation in children - A systematic review. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(6), 840–846. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001110>.

LEVY, E. I., Lemmens, R., Vandenplas, Y., & Devreker, T. (2017). Medicine and Therapeutics 2017:8 19-27 *Pediatric Health. Pediatric Health*, 19–27. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2147/PHMT.S110940>.

LOENING-BAUCKE, V. (1996). Encopresis and soiling. *Pediatric Clinics of North America*, 43(1), 279–298. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70406-5](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70406-5).

MAFFEI, H. V. L., Moreira, F. L., Kissimoto, M., Chaves, S. M. F., El, S., & Aleixo, A. M. (1994). História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações with functional chronic constipation and its possible complicatio. *Jornal de Pediatria*, 70, 0–6.

MEDEIROS, L. C. D. S., De Moraes, M. B., Tahan, S., Fukushima, É., Motta, M. E. F. A., & Fagundes-Neto, U. (2007). Características clínicas de pacientes pediátricos com constipação crônica de acordo com o grupo etário. *Arquivos de Gastroenterologia*, 44(4), 340–344. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032007000400011>.

PERFIL, T., Da, E., Intestinal, C., Em, C., Encaminhadas, C., Jose, A. W., Gigiane, G., Carlos, L., Paula, C. M. D. E., Paula, L. D. E., Schmidt, C., & Freitas, L. D. E. ([s.d.]). *Trabalhos Científicos*. 295.

PHILICHI, L. (2018). Management of Childhood Functional Constipation. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(1), 103–111. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.08.008>.

PRYNN, P. (2011). Childhood constipation. *Practice Nurse*, 41(16), 11–16.

RAJINDRAJITH, S., & DEVANARAYANA, N. M. (2011). Constipation in children: Novel insight into epidemiology, pathophysiology and management. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 17(1), 35–47. <https://doi.org/10.5056/jnm.2011.17.1.35>.

RAJINDRAJITH, S., & DEVANARAYANA, N. M. (2020). Constipation in children: the bird's eye view. *Galle Medical Journal*, 25(3), 69. <https://doi.org/10.4038/gmj.v25i3.8035>.

REGINA, A., Ramos, L., Pinto, R. B., & Sanfelice, F. S. (2019). *Constipação crônica funcional : como o pediatra deve manejar*. 3–6.

RMB, D., De, M. A. E. O., Rar, S., Marie, R., Davim, B., Elza, A., Mendonça, O. De, Augusto, R., Campos, N. C., Augusto, D., Costa, S., & Fernandes, C. (2012). INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW ARTICLE INTESTINAL CONSTIPATION IN INFANTS : INTEGRATIVE REVIEW CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM LACTENTES : REVISÃO INTEGRATIVA. 6(12), 3024–3032. <https://doi.org/10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201220>.

SAVIĆ, N., Živković, V., Stanković, I., Stojković, T., Milenković, M., Stojanović, Z., & Balov, B. (2020). The role of physical therapy in the treatment of children with chronic functional constipation. *Vojnosanitetski Pregled*, 77(1), 87–91. <https://doi.org/10.2298/VSP170503039S>.

SOBRADO, Carlos Walter et al . Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *J. Coloproctol. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, p. 137-144, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632018000200137&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2018.02.003>.

SUJATHA, B., Velayutham, D. R., Deivamani, N., & Bavanandam, S. (2015). Normal Bowel Pattern in Children And Dietary and Other Precipitating Factors in Functional Constipation. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(6), SC12–SC15. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13290.6025>.

TABBERS, M. M., Dilorenzo, C., Berger, M. Y., Faure, C., Langendam, M. W., Nurko, S., Staiano, A., Vandenplas, Y., & Benninga, M. A. (2014). Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 58(2), 258–274. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000266>.

VAN DEN BERG, M. M., Benninga, M. A., & Di Lorenzo, C. (2006). Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 101(10), 2401–2409. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x>.

VAN ENGELBURG-VAN LONKHUYZEN, M. L., Bols, E. M. J., Benninga, M. A., Verwijs, W. A., & de Bie, R. A. (2017). Effectiveness of Pelvic Physiotherapy in Children With Functional Constipation Compared With Standard Medical Care. *Gastroenterology*, 152(1), 82–91. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.09.015>.

VANDENPLAS, Y., & DEVREKER, T. (2019). Functional constipation in children. *Jornal de Pediatria*, 95(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.02.005>.

VIEIRA, M. C., NEGRELLE, I. C. K., WEBBER, K. U., Gosdal, M., Truppel, S. K., & Kusma, S. Z. (2016). Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(4), 425–431. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2016.05.003>.

XINIAS, I., & Mavroudi, A. (2015). An Update on Evaluation in Europe. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 2(2), 132–136.

ANEXO A - Formulário de avaliação dos pacientes com constipação acompanhados no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do hospital universitário de Brasília.

Identificação:

1. Idade:
2. Gênero:
 - A) Masculino
 - B) Feminino
 - C) Outros
3. Procedência:
 - A) Plano piloto
 - B) Cidades satélites
 - C) Goiás
 - D) Minas Gerais
 - E) Bahia
 - F) Outros
 - G) Não consta no prontuário

Anamnese

4. IMC adequado para idade?
 - A) Eutrófico
 - B) Sobrepeso
 - C) Obesidade
 - D) Magreza
 - E) Magreza acentuada
 - F) Não consta no prontuário
5. Queixa Principal:
6. Idade de início dos sintomas:
7. Idade da primeira consulta com a gastropediatria:
8. Presença de erro alimentar:
 - A) SIM
 - B) NÃO
 - C) Não consta no prontuário
9. Hábito intestinal:
 - A) Diário
 - B) A cada dois dias
 - C) 2 vezes na semana

- D) 1 vez por semana
- E) Mais de uma semana de intervalo
- F) Não consta no prontuário

Característica das fezes:

10. Evacuação dolorosa:

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

11. História de fezes de grande calibre ou que entopem o vaso sanitário:

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

12. Classificação segundo Escala de Bristol

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4
- E) 5
- F) 6
- G) 7
- H) Não consta no prontuário

13. Incontinência Fecal:

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

14. Postura retentiva:

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

Antecedentes

15. Retardo na eliminação de mecônio (>24h):

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

16. Recebeu fórmula na maternidade

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

17. Aleitamento materno exclusivo
- A) Até 4 meses
 - B) Até 6 meses
 - C) Aleitamento misto
 - D) Fórmula desde o nascimento
 - E) Não consta no prontuário
18. Tempo de aleitamento materno total:
- A) 0
 - B) 1 a 3 meses
 - C) 4 a 6 meses
 - D) 7 meses até 1 ano de idade
 - E) 1 a 2 anos de idade
 - F) 2 anos ou mais
 - G) Não consta no prontuário
19. Idade da introdução de leite de vaca:
- A) Primeiro mês
 - B) 2 a 6 meses
 - C) 6 a 12 meses
 - D) A partir de 1 ano ou mais
 - E) Não consta no prontuário
20. Idade do desfralde:
- A) 2 anos
 - B) 2 a 3 anos
 - C) 3 a 4 anos
 - D) 4 anos ou mais
 - E) Ainda não desfraldou
 - F) Não consta no prontuário

Exame físico

21. Alteração em exame físico:
- A) Fosseta/Tufo de pelos sacrais
 - B) Anormalidades pigmentares
 - C) Alteração no exame neurológico

Diagnóstico

22. Exames complementares:
- A) Função tireoidiana
 - B) Pesquisa de doença celíaca
 - C) Teste do suor
 - D) Rx simples de abdome
 - E) Enema opaco
 - F) Ressonância Magnética

- G) Manometria anorretal
- H) Outros
- I) Nenhum exame

23. Causa da Constipação:

- A) Constipação funcional
- B) Constipação secundária à doença orgânica
- C) Não consta no prontuário

24. Causa de Constipação secundária:

TRATAMENTO

25. Tempo de tratamento:

26. Medicação Utilizada:

- A) Supositório de Glicerina
- B) Minilax
- C) Lactulose
- D) Óleo mineral
- E) Polietilenoglicol
- F) Sene
- G) Bisacodil
- H) Leite de Magnésio
- I) Outros
- J) Não consta no prontuário

27. Necessidade de desimpactação:

- A) Sim
- B) Não
- C) Não consta no prontuário

28. Desimpactação:

- A) Retal
- B) Oral
- C) Não se aplica

29. Necessidade de fisioterapia pélvica:

- A) Sim
- B) Não

30. Resposta ao tratamento:

- A) Satisfatório
- B) Parcialmente satisfatório
- Falha de resposta ao tratamento

ANEXO B- Termo de assentimento



UnB | HUB



TERMO DE ASSENTIMENTO

Convidamos você, a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Perfil epidemiológico dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB)”** sob a responsabilidade da pesquisadora Geovanna Batista Ferreira Melo.

O objetivo da pesquisa é entender quais as características dos sintomas, dos hábitos de vida, hábitos alimentares, conhecer o histórico de saúde dos pacientes acompanhados no nosso ambulatório, que tenham diagnóstico de Constipação Intestinal. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 0 a 18 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser e não terá nenhum problema se desistir. Aprendendo um pouco mais sobre essas características dos nossos pacientes, vamos poder tornar as orientações mais fáceis de entender e assim poderemos ter ajudar a superar mais rápido os problemas para fazer cocô.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio do seu prontuário médico, onde o pesquisador coletará os dados mencionados acima, mas em nenhum momento haverá dados que possam identificar você e quebrar o sigilo. Não serão coletados dados como endereço, telefone, nome ou sobrenome.

Caso aconteça algo que você não goste, pode nos procurar pelo telefone (61)998199677 da pesquisadora Geovanna Batista Ferreira Melo, inclusive pode ligar a cobrar. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Rubrica do menor

Rubrica do pesquisado

Caso, você queira conversar mais com a pesquisadora sobre essa pergunta, ela também estará disponível para ouvi-lo(a). Embora seu responsável tenha deixado você participar do estudo, você também pode recusar em participar da pesquisa, se você não quiser. Agora, se você aceitar participar, vai nos ajudar a criar formas de tornar as consultas e as orientações mais legais de serem seguidas por vocês, por exemplo, poderemos futuramente criar aplicativo para o celular entre outras coisas, para que te ajude a seguir nossas orientações.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua participação. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, seu responsável deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Considerando o momento atual, a apresentação das informações que constam nesse termo será realizada por e-mail, de forma presencial ou vídeo chamada e o consentimento para participação na pesquisa será salvo ou gravado, seja em resposta de e-mail com texto "li e estou de acordo" ou verbalmente na videochamada informando concordância.

Quem é a pesquisadora? Me chamo Geovanna Batista Ferreira Melo, sou pediatra e atualmente estou concluindo o programa de residência médica em gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília, e estou desenvolvendo pesquisa **“Perfil epidemiológico dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB)”**.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UnB | HUB



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) menor sob sua tutela a participar do projeto de pesquisa **“Perfil epidemiológico dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB)”**, sob a responsabilidade do pesquisador Geovanna Batista Ferreira Melo. O projeto de pesquisa faz parte do trabalho de conclusão de residência médica da pesquisadora e será realizada coleta de dados através do prontuário eletrônico e prontuário físico de cada paciente.

O objetivo desta pesquisa é traçar o perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados no ambulatório Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília com diagnóstico de Constipação Intestinal de março de 2019 a março de 2020.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o nome do menor não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A participação do menor se dará por meio de autorização para que a pesquisadora possa coletar dados no seu prontuário eletrônico no período de 01/10/2021 a 15/10/2021. Os dados da pesquisa não incluem dados pessoais como nome, endereço, telefone, número de identificação do prontuário ou nenhum outro dado que possa fazer a identificação do paciente

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa envolvem risco em tipos e gradações variadas, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual caso haja alguma informação que possa causar a identificação do paciente. Para reduzir o risco de que tais informações possam vir a público, o pesquisador se compromete a colher ele próprio os dados no prontuário, sem delegar a terceiros e garante que não serão coletados dados pessoais dos pacientes que facilitem a identificação do mesmo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para que a equipe de gastroenterologia pediátrica do HUB possa conhecer o perfil da população atendida e acompanhada pelo serviço, pra melhoria da eficiência da elaboração de métodos de trabalho que atendam os pacientes de maneira integral e direcionada para as suas necessidades específicas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a autorizar o pesquisador de coletar dados do seu prontuário por qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

 Rubrica participante

 Rubrica pesquisador

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso o(a) menor sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na durante apresentação do trabalho de conclusão de curso da pesquisadora, dentro do Hospital Universitário de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Geovanna Batista Ferreira Melo na Hospital Universitário de Brasília no telefone (61) 9981996877, disponível inclusive para ligação a cobrar, e pelo e-mail dra.geovanna.batista@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Considerando o momento atual, a apresentação das informações que constam nesse TCLE serão realizadas por e-mail ou vídeo chamada e o consentimento para participação na pesquisa será salvo ou gravado, seja em resposta de e-mail com texto "li e estou de acordo" ou verbalmente na video-chamada informando concordância.

 Nome / assinatura

 Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

