



Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília
Faculdade de Medicina
Residência Médica em Pediatria

FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA

**Análise da qualidade de vida de crianças e
adolescentes com constipação intestinal funcional
acompanhados em serviço especializado na
perspectiva dos seus pais ou cuidadores**

Brasília – DF

2025

FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA

Análise da qualidade de vida de crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional acompanhados em serviço especializado na perspectiva dos seus pais ou cuidadores

Trabalho de Conclusão da Residência Médica em Pediatria apresentado à Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília - UnB HUB/Ebserh, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Pediatria.

Professor(a) Orientador(a): Prof.^a. Dr.^a.
Alessandra dos Santos Domingues.

Co-orientador (a): Dr^a Juliane Feitosa
Bezerra Gusmão.

Brasília – DF

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

d048a de Lima Oliveira, Fernanda.
Análise da qualidade de vida de crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional acompanhados em serviço especializado na perspectiva dos seus pais ou cuidadores / Fernanda de Lima Oliveira;

Orientador: Alessandra dos Santos Domingues; co-orientador Juliane Feitosa Bezerra Gusmão. -- Brasília, 2024.
70 f.

Monografia (Especialização - Residência Médica em Pediatria) -- Universidade de Brasília, 2024.

1. Constipação intestinal. 2. Qualidade de vida. 3. Criança. 4. Adolescente. I. dos Santos Domingues, Alessandra, orient. II. Feitosa Bezerra Gusmão, Juliane, co-orient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda de Lima Oliveira

Análise da qualidade de vida de crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional acompanhados em serviço especializado na perspectiva dos seus pais ou cuidadores

Trabalho de Conclusão da Residência Médica em Pediatria apresentado à Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília - UnB HUB/Ebserh, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Pediatria.

Comissão Examinadora

Professor(a)-Examinador(a): Prof.^a. Dr.^a. Rubria Liziero Picoli

Examinador(a): Dr.^a. Ana Paula Bastos Tavares

Professor(a)-Orientador(a): Prof.^a. Dr.^a. Alessandra dos Santos Domingues.

Co-orientador (a): Dr.^a. Juliane Feitosa Bezerra Gusmão.

Brasília, 07 de fevereiro de 2025

DEDICATÓRIA

À Deus, à minha mãe (Maria Eva), ao meu pai, aos meus ancestrais e antepassados. Sem eles, eu não teria chegado até aqui.

Aos bebês, às crianças e aos adolescentes constipados. Espero que melhorem e cresçam mais saudáveis. Que o futuro de vocês seja brilhante!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe por ter pavimentado a minha jornada até aqui. Sem você nada disso seria possível. Ao meu pai, também serei eternamente grata e sinto muito que não possa participar de mais essa conquista. Vocês são a base de tudo. Aos meus padrinhos, Vera Lúcia e Domingos, assim como aos meus avós todos, Maria Beatriz, Antônio Francisco, Altair, Maria José, José e José Theodoro, agradeço por estarem sempre na retaguarda e por me guiarem.

À minha irmã Ana Inês, e aos meus demais irmãos que a vida me deu, Gabriela, Matheus, Giovanna e Luinni Marinna. Agradeço pelo amor, carinho e companheirismo de sempre.

Ao meu companheiro e parceiro, Carlos Eduardo, por sempre ser a paz no meio do caos, por todo o amor, pela parceria, e pela paciência.

Às minhas filhas felinas, Agatha e Gaia, companheiras de medicina, de pediatria, e do inevitável TCC. À Amanda e à Flávia. Obrigada por me manterem sã.

Aos meus amigos, agradeço por continuarem na minha vida e se fazerem presentes, mesmo à distância. À minha família, próxima e estendida. Vocês são incríveis. Aos pacientes com quem tive contato desde o início na minha longa jornada na medicina. Vocês me fizeram ser a médica que sou.

À orientadora e coorientadora, Prof.^a Dr.^a Alessandra e Dr.^a Juliane, agradeço por me escolherem, por me orientarem, pela paciência e pela compreensão que tiveram comigo ao longo de todo esse processo. Às Dr.^a Rúbria e Dr.^a Ana Paula por aceitarem participar da minha banca examinadora.

A todos os mestres e mestras, incluindo preceptores e preceptoras, que cruzaram o meu caminho até chegar aqui, cada um de vocês fez toda a diferença. Acreditem, os senhores e senhoras me moldaram para ser a profissional que sou.

Aos bebês, às crianças e aos adolescentes, sem vocês, nada disso teria sentido. Agradeço por darem mais sentido à minha vida de novo.

Essa minha vida que eu escolhi viver não é mesmo fácil. Sou médica, agora me tornando pediatra e, em muitos momentos, sou também paciente... agradeço pela compreensão e pela força. Cada um de vocês contribui para que eu seja uma mulher e uma profissional melhor e mais confiante. A vocês, o meu eterno agradecimento. Vamos seguir em frente!

Ah, feliz é aquele que tem as suas necessidades básicas atendidas diariamente. Já diziam os antigos sobre os ditos “enfezados” e sobre como a saúde intestinal estava diretamente ligada ao bem-estar geral. Atualmente, a constipação intestinal ainda é vista como um sinal de desequilíbrio da saúde corporal. E mais...foi descoberta que há mesmo uma relação entre o cérebro e o intestino, envolvendo uma complexa interação que demonstra que o intestino desempenha papel além da digestão, influenciando também o humor, a sensação de bem-estar, o comportamento e a saúde mental.

Além disso, como não se sabe o que imita o que... Há na arte, como símbolos de suas lutas internas e da complexidade da vida moderna, aquela dor abdominal descrita pela incapacidade de digerir e de evacuar tudo o que se ingere da vida. É... a constipação intestinal pode ser vista como o simples ato de não evacuar, mas esse ato pode não ser tão simples para todos. E todos merecem evacuar diariamente sem dores, sem vergonhas, sem incontinências, sem disfunções, sem tabus e sem julgamentos!

Fernanda de Lima Oliveira, uma adulta que um dia foi uma criança constipada, cuja qualidade de vida foi afetada por tal condição como tantas outras.

RESUMO

Introdução: A constipação funcional (CF) é o distúrbio evacuatório mais comum na pediatria, com prevalência global entre 10% e 30%. No Brasil, essa taxa varia de 14,5% a 38,4%. A CF resulta de múltiplos fatores, incluindo dieta, motilidade intestinal, genética, microbiota e aspectos psicossociais. Seu ciclo vicioso, marcado por dor e retenção fecal, pode levar à cronificação, impactando negativamente a qualidade de vida (QV) da criança e de sua família. O diagnóstico é baseado nos Critérios de Roma IV, e suas complicações incluem dor abdominal, incontinência fecal e fecaloma.

Objetivo: Analisar a QV de crianças diagnosticadas com CF em um serviço de referência, estabelecendo correlações entre seus desdobramentos e seus possíveis determinantes sociodemográficos.

Metodologia: O estudo é observacional e transversal, com uma amostra de 22 pacientes de 5 a 15 anos provenientes do serviço especializado de um Hospital Universitário, com o uso do Pediatric Functional Constipation Questionnaire (PedFCQuest-PR), que foi validado para o português brasileiro, associado a dados adicionais considerados relevantes. A análise estatística foi realizada com o Jamovi, com amostra normal, com base nos testes de correlação de Pearson e de Spearman, e no teste exato de Fisher.

Resultados: A prevalência de CF entre os pacientes analisados foi de 23,89%, compatível com a literatura. A amostra foi homogênea em relação ao sexo, mas predominantemente composta por crianças de 5 a 9 anos (68,2%). O estudo também destacou correlações entre fatores emocionais e a gravidade da CF, além do impacto da condição na qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Conclusões: O estudo confirmou dados da literatura sobre a CF, mas não encontrou correlação significativa entre todas as variáveis, possivelmente devido ao viés amostral. Observou-se que, embora muitos casos iniciem antes de um ano de idade, a maioria das consultas especializadas ocorre após os seis anos, reforçando o papel do pediatra geral e do médico da família no manejo inicial da CF. A capacitação desses profissionais é essencial para diagnóstico e tratamento precoces, minimizando impactos na QV e reduzindo custos para as famílias e o sistema de saúde. Novos estudos são necessários para aprofundar a compreensão da CF na população pediátrica, especialmente no Brasil.

Palavras-chave: constipação intestinal, qualidade de vida, criança, adolescente

ABSTRACT

Introduction: Functional constipation (FC) is the most common defecatory disorder in pediatrics, with a global prevalence ranging from 10% to 30%. In Brazil, this rate varies between 14.5% and 38.4%. FC results from multiple factors, including diet, intestinal motility, genetics, microbiota, and psychosocial aspects. Its vicious cycle, marked by pain and fecal retention, can lead to chronicity, negatively impacting the quality of life (QoL) of the child and their family. The diagnosis is based on the Rome IV Criteria, and its complications include abdominal pain, fecal incontinence, and fecal impaction.

Objective: To analyze the QoL of children diagnosed with FC in a reference service, establishing correlations between its outcomes and possible sociodemographic determinants. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional study with a sample of 22 patients aged 5 to 15 years from the specialized service of a University Hospital. The Pediatric Functional Constipation Questionnaire (PedFCQuest-PR), validated for Brazilian Portuguese, was used in association with additional relevant data. Statistical analysis was performed using Jamovi, with a normal sample distribution, based on Pearson and Spearman correlation tests and Fisher's exact test.

Results: The prevalence of FC among the analyzed patients was 23.89%, consistent with the literature. The sample was homogeneous regarding sex, but predominantly composed of children aged 5 to 9 years (68.2%). The study also highlighted correlations between emotional factors and the severity of FC, as well as the impact of the condition on the quality of life of children and their families. **Conclusions:** The study confirmed existing literature data on FC but did not find significant correlations between all variables, possibly due to sampling bias. It was observed that, although many cases begin before one year of age, most specialized consultations occur after six years, reinforcing the role of general pediatricians and family physicians in the initial management of FC. The training of these professionals is essential for early diagnosis and treatment, minimizing QoL impacts and reducing costs for families and the healthcare system. Further studies are needed to deepen the understanding of FC in the pediatric population, particularly in Brazil.

Key words: constipation, quality of life, child, adolescent

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros:

Quadro 1 - Sinais de alarme em pacientes pediátricos com constipação intestinal.....	18
Quadro 2 - Critérios de Roma IV para o diagnóstico de constipação intestinal funcional	19
Quadro 3 - Diagnósticos diferenciais da constipação intestinal funcional na pediatria	20

Gráficos:

Gráfico 1 – Escore Total do PedFCQuest-PR x Sexo.....	31
Gráfico 2 – Escore Total do PedFCQuest-PR x Faixa etária.....	31
Gráfico 3 - sujar a roupa com fezes x ficar incomodada quando suja a roupa com fezes.....	33
Gráfico 4: esconder que sujou a roupa com fezes x incômodo quando suja a roupa com fezes.....	33
Gráfico 5: ficar triste ou irritado pelo problema intestinal x problema de funcionamento intestinal atrapalhar/interferir no relacionamento com familiares....	33
Gráfico 6: ser repreendida pelo mau funcionamento intestinal x mau funcionamento intestinal causa discussões domiciliares.....	34

Figuras:

Figura 1 – Escala de Bristol de Consistência de Fezes (validada para português brasileiro).....	48
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de Exclusão.....	22
Tabela 2 – Critérios de Inclusão.....	22
Tabela 3 – Medianas dos dados antropométricos dos participantes.....	25
Tabela 4 – Porcentagens dos Z-scores da Altura/Idade, Peso/Idade e IMC/Idade dos participantes.....	26
Tabela 5 – Dados gerais dos participantes.....	27
Tabela 6 – Comorbidades ou diagnósticos relacionados dos participantes.....	28
Tabela 7 – Dados gerais dos pais/ cuidadores que responderam ao questionário..	29
Tabela 8 – Características socioeconômicas das famílias.....	29
Tabela 9 – Escore Total do PedFCQuest-PR.....	30
Tabela 10 – Resumo dos laxantes para desimpactação e tratamento de manutenção da constipação crônica funcional em pediatria	48
Tabela 11 – Correlações entre variáveis quantitativas e qualitativas ordinais.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP/FS-UnB – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB

CF – Constipação Funcional

GEP – Gastroenterologia Pediátrica

HUB-UnB – Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – quilogramas

LGPD – Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados

M² – metros quadrados

OMS – Organização Mundial da Saúde

PedFCQuest-PR – The Pediatric Functional Constipation Questionnaire - Parent Report

QV – Qualidade de vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Rho – Coeficiente de correlação de Spearman

R – Coeficiente de correlação de Pearson

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
	2.1 CONCEITOS	16
	2.2 EPIDEMIOLOGIA	16
	2.3 DIAGNÓSTICO/ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	17
	2.4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	18
	2.5 TRATAMENTO	20
3	OBJETIVOS	21
	3.1 PRINCIPAL	21
	3.2 SECUNDÁRIOS	21
4	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	21
	4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
5	RESULTADO	25
6	DISCUSSÃO	34
7	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO	37
8	REFERÊNCIA	39
9	APÊNDICES	43
	9.1 APÊNDICE A	43
	9.2 APÊNDICE B	46
10	ANEXOS	48
	10.1 ANEXO A	48
	10.2 ANEXO B	48
	10.3 ANEXO C	49
	10.4 ANEXO D	54

1 INTRODUÇÃO

O ato de defecar faz parte de uma vida humana saudável e depende de um processo fisiológico complexo com a interação de diversos mecanismos. Qualquer perturbação neste processo, em qualquer etapa da vida do indivíduo, pode causar algum transtorno evacuatório.^{1, 2}

Os distúrbios relacionados à evacuação estão entre os dez problemas mais encontrados na prática clínica em Pediatria, sendo que o mais comum é a Constipação Funcional (CF), cuja prevalência mundial varia entre 10% a 30%, a depender dos critérios utilizados para o seu diagnóstico, além das divergências culturais e geográficas verificadas na maioria dos estudos a respeito deste tema.^{1,3,4,5} A CF é responsável por 3% a 5% das consultas em Pediatria Geral e por 25% das consultas de Gastroenterologia Pediátrica (GEP).^{6,7,8,9}

Nas últimas décadas, verifica-se que há um aumento da constipação intestinal na infância. No Brasil, os estudos disponíveis apontam que a prevalência desta na faixa etária pediátrica varia entre 14,5% a 38,4%. Na literatura internacional, em sua maioria, as prevalências são menores do que as observadas em estudos nacionais. Porém, na Holanda, foi observado que, das crianças que foram encaminhadas ao serviço terciário por quadros gastrointestinais, 45% tinham constipação.⁷

A CF é considerada resultante da interação multifatorial entre fatores alimentares, distúrbios da motilidade intestinal, fatores genéticos e hereditários, alterações na microbiota intestinal e fatores psicossociais.^{10,11}

Há um ciclo vicioso no processo da constipação intestinal funcional em que a dor nas evacuações provoque comportamentos retentivos, deixando as fezes retidas cada vez mais volumosas e endurecidas, levando a mais dor ao evacuar. Esse ciclo pode perpetuar o quadro constipativo, levando à piora clínica progressiva e até à cronificação do quadro, levando a um impacto negativo no contexto biopsicossocial da criança e de sua família.^{10,12}

O termo “funcional” indica que não há causas orgânicas identificáveis que causem o distúrbio nas crianças acometidas, sendo o seu diagnóstico definido de acordo com os Critérios de Roma IV (Tabela 2).^{4,13}

Algumas das principais complicações na constipação intestinal são a dor abdominal crônica, a incontinência fecal por retenção, o sangramento retal, a formação de fecaloma, dentre outras. Tais agravantes podem se associar a um quadro

cronificado, influenciando negativamente na qualidade de vida da criança constipada e gerando cada vez mais despesas, tanto para a sua família quanto para o Estado.^{11,14,15}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o equilíbrio biopsicossocial para a definição mais ampla de saúde, considerando a qualidade de vida (QV) como a percepção individual em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores aos quais a pessoa está inserida, e em relação aos seus objetivos de vida, padrões e preocupações.¹⁶

Quando se trata de intervenções terapêuticas, sobretudo em condições crônicas, a medida de QV é uma aliada na avaliação de eficácia no tratamento e na assistência à saúde. Além disso, a QV é um indicador essencial na análise do impacto físico e psicossocial que enfermidades ou incapacidades podem causar na vida dos pacientes e de seus familiares.¹⁷

Apesar da CF ser uma queixa muito comum na pediatria, esta não deve ser ignorada, já que é comprovado haver benefício com o diagnóstico e o tratamento precoces e eficazes.^{14,15} As intervenções inadequadas e o início tardio do tratamento podem resultar em comportamentos cada vez mais retentivos das fezes, com piora e cronificação da constipação, levando a diversas consequências biopsicossociais, afetando a sua integridade física e emocional.^{3,18}

A alta prevalência da constipação intestinal e a crescente demanda tanto na pediatria geral quanto nos atendimentos ambulatoriais especializados justificam a realização de mais estudos sobre o assunto. É importante frisar que a QV das crianças acometidas, além de poder ser impactada de forma negativa quando o seu diagnóstico ou o seu tratamento não são realizados da forma adequada ou de forma eficaz, esse longo processo até chegar ao especialista gera mais custos para a família da criança e para todo o sistema de saúde.⁷

O pediatra geral e os médicos da família e da comunidade precisam estar mais treinados e capacitados para uma abordagem da constipação intestinal.^{4,13} Desta forma, visa-se um melhor atendimento inicial dos pacientes com quadros constipativos na infância e na adolescência para que sejam diagnosticados e tratados de forma correta e precoce, prevenindo diversas complicações clínicas e psicossociais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Conceitos

A evacuação depende de um processo fisiológico complexo com a interação de diversos mecanismos. Estes envolvem o “eixo intestino-cérebro”, com suas conexões aos sistemas autonômico e somático, o sistema serotoninérgico, os músculos do assoalho pélvico e o complexo do esfíncter anal.^{2,19} Qualquer perturbação neste processo, em qualquer etapa da vida do indivíduo, pode causar algum transtorno evacuatório.^{1,2}

A constipação intestinal pode ser definida como a evacuação de fezes endurecidas, que pode estar acompanhada ou não por dor, dificuldade ou esforço excessivo nas evacuações, comportamento de retenção, aumento no intervalo das evacuações ou até incontinência fecal.^{8,10}

A CF, assim como os demais distúrbios funcionais do trato gastrointestinal, é considerada resultante da interação multifatorial entre fatores alimentares (como a interrupção precoce do aleitamento materno, uma dieta pobre em fibras e baixa ingestão hídrica), distúrbios da motilidade intestinal, fatores genéticos e hereditários, alterações na microbiota intestinal e fatores psicossociais (incluindo situações traumáticas pregressas).¹⁰

Considera-se, ainda, que no processo da constipação intestinal funcional existe um ciclo vicioso no qual a dor ao evacuar provoca comportamentos retentivos, deixando as fezes retidas cada vez mais volumosas e endurecidas, levando a mais dor ao evacuar. Este pode perpetuar o quadro constipativo, levando à piora clínica progressiva com intenso impacto negativo no contexto biopsicossocial da criança e de sua família. Com o tempo, pode-se evoluir com um quadro de incontinência fecal por retenção, dificuldades no desenvolvimento do controle esfíncteriano, formação de fecaloma e dor abdominal crônica.^{10,11}

2.2. Epidemiologia

A constipação é muito comum nas crianças, chegando a afetar até 30% delas, sendo a maioria dos casos crônicos considerada como funcional, o que corresponde a 95% dos casos na infância. O tratamento da CF dependerá da idade da criança, da presença de alterações comportamentais associadas e de gatilhos dietéticos, além da cronicidade dos sintomas.^{10,20}

Não há dados suficientes na literatura sobre predisposição por sexo, mas há

estudos que relatam maior prevalência da CF em crianças que venham de famílias com menor estado socioeconômico e menores anos de educação. Além disso, a CF é responsável por mais de 95% dos casos de constipação em crianças menores de um ano ou mais, sendo o pico de prevalência entre os pré-escolares. Crianças mais velhas e adolescentes podem ter constipação funcional não reconhecida, o que pode ser um viés por falta de dados suficientes nesta população.^{3,12}

Estudos longitudinais demonstraram que até 25% das crianças que recebem tratamento para a CF na infância ainda têm sintomas de constipação na adolescência e na vida adulta.^{4,22} A incontinência fecal é uma preocupação para muitos pacientes com constipação crônica e ambos podem ter impactos negativos na sua QV. A CF com ou sem perda fecal associada em crianças e adolescentes pode resultar em problemas comportamentais, sociais e emocionais, incluindo hiporexia, absenteísmo escolar e baixa autoestima em comparação com crianças sem problemas gastrointestinais.^{8,17}

Além do impacto biopsicossocial, o impacto econômico da constipação intestinal para a sociedade também é muito significativo. Em estudos nos Estados Unidos, estimaram-se que as crianças com constipação intestinal geram um custo anual com saúde cerca de três vezes maior do que crianças sem essa condição clínica, com uma estimativa de gasto anual de 3,9 bilhões de dólares.¹¹

2.3. Diagnóstico/ Critérios Diagnósticos

As alterações no sistema evacuatório são caracterizadas por sinais, sintomas e eventos que causam incômodo e vergonha, tais como incontinência fecal e dor abdominal, o que irá impactar negativamente na QV das crianças acometidas e de suas famílias. O seu diagnóstico é clínico, devendo ser realizada uma anamnese completa e um exame físico detalhado. Raramente é necessário solicitar testes laboratoriais para a confirmação diagnóstica, ficando estes mais direcionados para a exclusão de diagnósticos diferenciais dentro do quadro de constipação crônica.^{7,8}

Dentro desse contexto, o pediatra precisa estar atento para identificar os sinais de alarme para as causas orgânicas de constipação (Quadro 1). Se presente um ou mais destes, o paciente precisa ser encaminhado ao especialista.¹¹

Quadro 01 - Sinais de alarme em pacientes pediátricos com constipação intestinal

Constipação com início no primeiro mês de vida	Eliminação de mecônio após 48 horas de vida
Antecedente familiar de doença de Hirschsprung	Fezes em fitas
Sangue nas fezes na ausência de fissura anal	Déficit de crescimento
Febre	Vômitos biliosos
Anormalidade na tireoide	Distensão Abdominal grave
Fístula perianal	Posição anal anormal
Ausência do reflexo cremastérico	Anormalidades na motricidade de membros inferiores
Tufo de pelo na região espinhal	Depressão (<i>dimple</i>) sacral
Assimetria entre os glúteos	Medo excessivo durante a inspeção anal
Cicatrizes anais	

SILVA, L. R.; FERREIRA, C. T.; CARVALHO, E. **Manual de Residência em Gastroenterologia Pediátrica**. 1ª ed. Editora Manole, 2018.

A CF tem o seu diagnóstico definido de acordo com os Critérios de Roma IV (Quadro 2). Para a adequada utilização destes critérios, as crianças são divididas por faixa etária, os menores e os maiores de 4 anos.^{3,4,8,13}

A escala de Bristol (Figura 1, anexo A) pode ser utilizada como uma forma complementar aos critérios de Roma IV, lembrando sempre de se obter informações complementares sobre as queixas do paciente e compreender os princípios da dinâmica familiar e se a constipação causou problemas comportamentais no paciente e na família.^{11,13,21}

2.4. Diagnósticos diferenciais

Verifica-se que cerca de 90 a 95% dos casos de constipação intestinal são de fato de natureza funcional e não necessitam de exames complementares. O pediatra também tem o papel essencial de diferenciar a pequena parcela dessas crianças que possuem causas orgânicas de constipação.^{4,11}

As causas orgânicas são mais prováveis de ocorrer em lactentes jovens, e entre lactentes e crianças com características atípicas ou com sinais de alarme, dentre elas estão o histórico de constipação intestinal com início no primeiro mês de vida, eliminação tardia de mecônio (após 48 horas de vida), antecedente familiar de doença de Hirschsprung, fezes em fitas, febre e déficit no crescimento (Quadro 1).^{3,5,22}

Quadro 2 - Critérios de Roma IV para o diagnóstico de constipação intestinal funcional

Lactentes e crianças com menos de 4 anos
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;
Nas crianças que já efetuaram o treinamento esfinteriano; considerar:
• Pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana após aquisição do controle esfinteriano;
• Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que possam entupir o vaso sanitário.
Crianças com mais de 4 anos e adolescentes
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:
• 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 difíceis ou dolorosas;
• Presença de grande massa fecal no reto;
• Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que possam entupir o vaso sanitário.

Após avaliação médica apropriada, as manifestações clínicas não podem ser plenamente explicadas por outra condição médica. Critério de Roma IV para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável deve incluir todos os seguintes durante 2 meses: (1) dor abdominal pelo menos em cada 4 dias do mês associada com a evacuação e/ou mudança na frequência de evacuações/ou mudança no formato (aparência) das fezes; (2) em pacientes com constipação intestinal, quando a dor abdominal não desaparece com o controle da constipação (se a dor desaparece, prevalece o diagnóstico de constipação intestinal funcional).

O Quadro 3 resume os principais diagnósticos diferenciais de constipação intestinal que devem ser considerados nos casos atípicos com evolução menos favorável apesar das terapêuticas adequadas ou de início mais precoce. Deve-se considerar as causas orgânicas mais comuns (distúrbios metabólicos, imunológicos, anatômicos ou neuropáticos e alterações genéticas) e uso de drogas obstipantes na investigação clínica.¹¹

Quadro 3 - Diagnóstico diferencial da constipação intestinal funcional em pediatria

Distúrbios metabólicos	- Hipotireoidismo
	- Hipercalcemia, hipocalcemia
	- Fibrose cística
	- <i>Diabetes mellitus</i>
	- Intoxicação por vitamina D
Distúrbios neuropáticos	- Lesões medulares, Medula presa
	- Mielomeningocele, Espinha Bífida
	- Encefalopatias progressivas ou não
	- Doença de Hirschsprung (megacólon congênito)
Distúrbios imunológicos	- Alergia ao leite de vaca
	- Doença celíaca
Distúrbios anatômicos	- Malformação anorretal (estenose)
	- Acalasia anal
	- Síndrome da pseudobstrução intestinal
	- Síndrome de Prune Belly
Alterações genéticas/cromossômicas	- Trissomia do 21 (Síndrome de Down)
Secundária ao uso de drogas	- Anticonvulsivantes, opioides

SILVA, L. R. FERREIRA, C. T.; CARVALHO, E. Manual de Residência em Gastroenterologia Pediátrica. 1ª Edição. Editora Manole, Ano de publicação: 2018.

2.5. Tratamento

Entre os pilares do tratamento está o diagnóstico precoce com a escolha terapêutica adequada e individualizada para cada paciente, levando-se em consideração de que pode ser uma terapêutica longa e custosa para a família.^{10,11}

Na fase inicial, deve-se focar na desimpactação completa ou no esvaziamento do fecaloma no reto e/ou no cólon para assegurar o sucesso do restante do tratamento. Orientações e educação sobre a constipação intestinal e a terapêutica auxiliam na adesão, podendo-se utilizar de terapias multidisciplinares.^{5,10,11,20}

As medidas educativas para promoção em saúde com orientações sobre a importância do aumento da ingesta hídrica, da ingestão de fibras alimentares e da prática de atividade física regularmente são essenciais para o sucesso terapêutico. O tratamento de manutenção tem a finalidade de prevenir a recorrência do fecaloma e permitir que haja um restabelecimento duradouro do hábito intestinal.^{5,10,11,20}

A Tabela 9 resume as principais drogas utilizadas tanto na fase de desimpactação quanto na de manutenção. A primeira fase, a desimpactação, pode ser realizada por via oral ou retal, sendo a oral a via de preferência, e a droga de escolha deve ser o Polietinoglicol (PEG). Já na manutenção, a medicação laxativa deve ser utilizada por, no mínimo, 2 a 3 meses, com dose inferior à de desimpactação

e deve ser utilizada diariamente. Quando for o momento considerado ideal de reduzir a dose, deve ser feito de forma lenta e gradual.^{5,10,11,20}

Deve-se encaminhar aos serviços de GEP os pacientes com evolução insatisfatória ou com diagnósticos diferenciais. Muitos precisam manter o tratamento e o acompanhamento por períodos prolongados. Por isso, verifica-se a importância de manter esse tema em discussão.^{11,12}

3 OBJETIVOS

3.1 Principal:

Analisar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes, de 5 a 15 anos, acompanhados por constipação intestinal funcional no serviço de Gastroenterologia Pediátrica de um Hospital Público Terciário do DF na perspectiva de seus pais e cuidadores.

3.2 Secundários:

3.2.1 Correlacionar a constipação intestinal funcional e seus desdobramentos como um fator importante que interfere diretamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

3.2.2 Verificar as variáveis sociodemográficas que podem interferir na qualidade de vida e no manejo da constipação.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

O presente estudo trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, realizado através da coleta de dados de crianças de 5 a 15 anos de idade com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV^{4,13}, de acordo com a perspectiva de seus pais ou cuidadores, e que foram atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS-UnB), que é terciário e atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), foram realizados cerca de 360 atendimentos em gastroenterologia pediátrica no período de outubro de 2024 a dezembro de 2024.

Inicialmente, foi realizado um cálculo amostral estimando-se ser necessário encontrar 40 participantes, considerando o coeficiente de correlação de Pearson

aceitável de 0,6 (com erro alfa de 5% e erro beta de 20%).²³

Além disso, foi feita uma pré-seleção entre os pacientes agendados para identificar os pacientes com constipação intestinal. Destes, 86 pacientes apresentavam a constipação como uma hipótese diagnóstica e foram pré-triados com base nos critérios de elegibilidade da pesquisa. Então, 50 pacientes foram considerados inelegíveis (Tabela 1), muitos por ter outros problemas crônicos de saúde que poderiam ser fatores de confundimento na análise da QV ou por possuírem etiologia orgânica para o quadro constipativo.

Tabela 1 - Critérios de Exclusão:

São critérios de exclusão para os pais/cuidadores respondedores do instrumento de avaliação de QVRS:
• Comunicar desistência de participar do estudo em qualquer momento até a sua conclusão; • Não responder o QVRS de forma completa até o dia da análise dos formulários;
São critérios de exclusão para as crianças/adolescentes participantes da pesquisa:
• Comunicar desistência de participar do estudo em qualquer momento até a sua conclusão; • Possuir etiologia orgânica para o quadro clínico de Distúrbio da Evacuação; • Ter outros problemas crônicos de saúde que possam causar fatores de confundimento na qualidade de vida de acordo com a análise dos pesquisadores, tais como: doenças neurológicas moderadas ou graves, síndromes genéticas complexas, doenças mentais/psiquiátricas moderadas ou graves ou distúrbios do crescimento e do desenvolvimento;

Os demais 36 pacientes foram considerados inicialmente elegíveis (Tabela 2) para o estudo e foram abordados para participar da pesquisa no dia das suas respectivas consultas. Os pais ou cuidadores que aceitaram participar da pesquisa assinaram os TCLEs, assim como as suas respectivas crianças ou adolescentes assinaram os TALEs quando possível, totalizando 22 pacientes incluídos para a análise nesta pesquisa.

Tabela 2 – Critérios de Inclusão

Foram critérios de inclusão para os pais/cuidadores respondedores do instrumento de avaliação de QVRS:
• Ter idade maior ou igual a 18 anos (adultos); • Ser capaz de compreender as instruções e de responder às questões assinalando as respostas ou com aplicação assistida; • Ter conhecimento das condições de saúde do paciente;
Foram critérios de inclusão para as crianças/adolescentes participantes da pesquisa:
• Ter idade entre 5 e 15 anos; • Realizar acompanhamento no Ambulatório de GEP do HUB, com ao menos uma consulta no ano de 2024; • Ter o diagnóstico de Constipação Intestinal Funcional, definida segundo os Critérios de Roma IV;

Os dados foram coletados em formulário do Google Forms, cujas questões foram construídas pela união de dois formulários, conforme apêndices A e B, após a

aprovação do CEP/FS-UnB, registrado sob o número do parecer consubstanciado de nº 7.158.534 (anexo D).

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e foi escolhido o The Pediatric Functional Constipation Questionnaire - Parent Report (PedFCQuest-PR), que foi validado para o português brasileiro e está descrito no Apêndice A. Este tem 26 questões, das quais 24 são divididas nos domínios físico, comportamental, social e escolar, e os dois últimos questionam a percepção geral dos respondentes sobre o comportamento e a saúde geral da criança.^{8,9}

As opções de resposta foram escalonadas de acordo com o formato em Escala Likert, um método pelo qual é avaliada a posição do respondente em relação a cada afirmação para avaliar distribuições de frequência, intensidade, entre outros. Essas opções são pontuadas de 0 a 3, com posterior transformação numa escala de 0 a 100 (0 = 0; 1 = 33; 2 = 67; 3 = 100), de forma que os resultados mais elevados são indicadores de uma melhor QV. Os resultados são calculados através da soma dos itens que é dividida pelo número de itens respondidos, excetuando-se os itens 25 e 26. A média da soma dos valores compõe o Escore Total do PedFCQuest-PR.^{8,9}

Além disso, também foram colhidas informações e dados socioeconômicos do paciente e das suas famílias como um segundo questionário, descrito no apêndice B. Foram utilizados também os Critérios de Roma IV (Quadro 2)^{4,13} e a escala de Bristol (Figura 1)²¹ como formas de auxílio na realização da aplicação do questionário.

As faixas etárias foram consideradas conforme critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) em que: 1) Primeira infância - pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses; 2) Criança - pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; Adolescente - pessoa entre 12 e 18 anos de idade. (4) No entanto, como selecionamos pacientes com uma faixa etária restrita, os pacientes foram separados em apenas dois grupos: crianças entre 5 e 9 anos; e entre 10 anos completos e 15 anos. E dos pais/cuidadores, foram consideradas as faixas etárias de 18 a 24 anos, 25 a 59 anos e maior de 60 anos.¹⁷

Para avaliação dos dados socioeconômicos da família, foi utilizado o Nível Educacional do chefe da família de acordo com a classificação internacional da UNESCO, que divide em 3 grupos: 1) nível educacional baixo: menor ou igual a 10 anos de estudo; 2) nível educacional médio: entre 10 e 15 anos de estudos; 3) nível educacional alto: mais do que 15 anos de estudos.²⁴

Também, utilizamos a classificação de rendimento mensal da família conforme divisão feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): até meio salário mínimo, mais de meio até um salário mínimo, mais de um a dois salários mínimos, mais de dois a três salários mínimos, mais de três a cinco salários mínimos, mais de cinco a dez salários mínimos, mais de dez salários mínimos.²⁵

As classificações de indicadores socioeconômicos (cor, sexo, situação do domicílio, número de pessoas que moram na casa, abastecimento de água, nº de banheiros no domicílio, forma de escoação do banheiro(s), referentes à criança e ao seu cuidador principal) foram baseadas nas utilizadas pelo IBGE.²⁶

Todas as informações adicionais descritas acima, além de perguntas adicionais consideradas relevantes ao estudo estão compiladas no Apêndice B. Além disso, em casos selecionados foi necessário complementar dados com prontuário eletrônico do paciente.

Ambos os questionários foram unidos em um único formulário do Google Forms, que foi aplicado aos pais/cuidadores de crianças ou adolescentes na faixa etária de 5 a 15 anos de idade com diagnóstico de CF que são acompanhados no serviço de GEP do HUB, por meio de um link ou um Código QR, no próprio dia da consulta previamente agendada.

Medidas apropriadas foram instituídas para aumentar a segurança da proteção dos dados que serão coletados pelo Google Forms conforme os pilares da Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados (Lei LGPD)²⁷ para garantir a integridade, a confidencialidade e a disponibilidade dos dados, que serão acessados apenas por uma única pessoa, a pesquisadora principal.

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados pelo formulário do Google Forms foram tabulados em planilhas do Excel e avaliados estatisticamente pelo Software Jamovi, adotando-se o nível de significância de p-valor menor do que 0,05 e considerando o intervalo de confiança (IC) de 95%. Pelo tamanho da amostra, foi aplicado o teste de normalidade Shapiro Wilk, verificando que se trata de uma distribuição normal de dados.^{28,29}

Sendo assim, foi utilizado o teste de correlação de Pearson (cujo coeficiente de correlação é “R”) para correlacionar as variáveis quantitativas e o teste de correlação de Spearman (cujo coeficiente de correlação é “Rho”) para correlacionar as demais variáveis entre si, em ambos, o coeficiente de correlação mensura a força dessa correlação e quanto mais próximo dos extremos +1 ou -1 estiver, mais forte é a

correlação. Seja positivo ou negativo, o coeficiente é forte quando $> 0,9$, moderado quando está entre $0,7$ a $0,89$, fraco quando está entre $0,2$ a $0,39$, e muito fraca se $< 0,2$.^{28,29}

Para estabelecer a relação sem regressão entre variáveis nominais, pelas características amostrais, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para a adequada interpretação dos dados, foram utilizadas as principais medidas de tendência central (média e mediana) com as suas respectivas medidas de variabilidade (desvio padrão, e 1º e 3º quartis), conforme o indicado para cada caso individualmente, visto que as muitas variáveis envolvidas no estudo são qualitativas e quantitativas.^{28,29}

Dessa forma, os dados puderam ser devidamente descritos, comparados e correlacionados, visto que a análise estatística em questão é de um tipo de estudo indutivo ou inferencial, que a partir de uma amostra, busca inferir as correlações, descrições e comparações entre as suas variáveis para extrapolar para uma população.

Os resultados principais, sobretudo aqueles estatisticamente significativos e descritivos, serão apresentados em forma textual, em tabelas e/ou em gráficos, conforme for melhor para a interpretação dos dados. Pela quantidade de variáveis, foram descritos apenas os dados principais encontrados.

5 RESULTADOS

Considerando os 86 pacientes constipados que foram atendidos entre os 360 pacientes do período analisado, verificou-se a prevalência de 23,89%, o que é compatível com a literatura vigente sobre o assunto.

Os dados antropométricos dos participantes estão compilados abaixo.

Tabela 3 – Medianas dos dados antropométricos dos participantes

Variáveis	Idade	Sexo	N	Mediana	Intervalo interquartil
Peso (Kg)	entre 10 anos e 15 anos	Feminino	2	43,0	36,9 – 49,0
		Masculino	4	44,1	35,0 – 51,9
	entre 5 e 9 anos	Feminino	9	26,0	19,5 – 30,0
		Masculino	7	24,3	21,9 – 25,9
IMC (Kg/m²)	entre 10 anos e 15 anos	Feminino	2	17,6	15,9 – 19,3
		Masculino	4	16,1	15,4 – 17,2
	entre 5 e 9 anos	Feminino	9	14,8	14,6 – 17,1
		Masculino	7	15,4	15,2 – 15,8
Altura (cm)	entre 10 anos e 15 anos	Feminino	2	154,8	151,3 – 158,4
		Masculino	4	157,0	150,5 – 166,1

	entre 5 e 9 anos	Feminino	9	126,0	121,0 – 131,5
		Masculino	7	123,3	122,3 – 129,0

Tabela 4 – Porcentagens dos Z-scores da Altura/Idade, Peso/Idade e IMC/Idade dos participantes

Z-score	Entre +3 e +2	Entre +2 e +1	Entre +1 e 0	Entre 0 e -1	Entre -2 e -1	Entre -2 e -3	Abaixo de -3
Altura/idade							
Contagens	1	2	5	8	4	1	1
Percentual (%)	4,5	9,1	22,7	36,4	18,2	4,5	4,5
Peso/idade							
Contagens	0	4	2	12	2	1	1
Percentual (%)	0	18,2	4,5	54,5	9,1	4,5	4,5
IMC/idade							
Contagens	1	1	2	10	6	1	1
Percentual (%)	4,5	4,5	4,5	45,5	27,3	4,5	4,5

Os dados dos 22 participantes de 5 a 15 anos de idade, assim como os dados gerais de seus acompanhantes e socioeconômicos de suas famílias estão compilados nas tabelas em sequência. Demonstrando que 50% dos participantes são do sexo feminino e 50%, do masculino, o que deixa a amostra homogênea. Porém, os participantes adolescentes (com idade entre 10 e 15 anos) representam apenas 31,8% (7) dos participantes e a maioria dos participantes são considerados crianças (idade entre 5 a 9 anos), um equivalente a 68,2% (15), o que pode gerar algum tipo de viés quando os grupos etários são comparados. ^{28,29}

Todos os participantes frequentam a escola regularmente, onde recebem alimentação e estão em diferentes estágios de alfabetização. A maioria dos participantes, 68,2% (15) têm a sua cor autodeclarada por seus pais ou cuidadores como parda, sendo os demais considerados brancos. Não teve participantes com as cores autodeclaradas preta, amarela ou indígena. ^{28,29}

Quanto ao estado nutricional dos participantes, 81,8% (18) estão eutróficos, ficando apenas 4,5%(1) na magreza (Z-score entre -2 e -3), 4,5% (1) na magreza extrema (Z-score abaixo de -3), 4,5% (1) no sobrepeso (Z-score entre +1 e +2) e 4,5% (1) na obesidade (Z-score entre +2 e +3). Uma pequena porcentagem, 18,2% (4) teve desmame precoce e 54,5% (12) tem erros alimentares identificados nas consultas.

^{28,29}

Seja ainda no primeiro mês de vida, durante a introdução alimentar ou em tentativa de desfralde precoce, foi constatado que 36,4% (8) dos participantes teve o 1º quadro de constipação intestinal ainda dentro do primeiro ano de vida. No entanto, apenas uma dessas crianças foi consultada pela GEP nesse período. Os demais

dados gerais dos participantes estão na tabela 3.^{28,29}

Tabela 5 - Dados gerais dos participantes

Variável	Nível	Quantidade	Percentual (%)	p-valor
Idade	entre 10 anos e 15 anos	7	31,8	0.052
	entre 5 e 9 anos	15	68,2	0.052
Sexo	Feminino	11	50	1.000
	Masculino	11	50	1.000
Cor	Branca	7	31,8	0.134
	Parda	15	68,2	0.134
Estado nutricional	Obesidade	1	4,5	< .001
	Risco de sobrepeso	1	4,5	< .001
	Eutrofia	18	81,8	< .001
	Magreza	1	4,5	< .001
	Magreza acentuada	1	4,5	< .001
Frequenta escola?	Sim	22	100	< .001
Sabe ler e escrever?	Sim	16	72,7	0.052
	Sabe escrever/ler algumas coisas, mas tem dificuldades	5	22,7	0.017
	Só sabe escrever o nome	1	4,5	< .001
Recebe alimentação na escola?	Sim	22	100	< .001
Por quantos meses recebeu exclusivamente o leite materno como fonte de alimentação?	Nenhum dia	1	4,5	< .001
	Até 1 mês	1	4,5	< .001
	Até 3 meses	1	4,5	< .001
	Até 4 meses	2	9,1	< .001
	Até 6 meses	15	68,2	< .001
	Até 8 meses	1	4,5	< .001
	Até 9 meses	1	4,5	< .001
Com qual idade (anos) a criança/adolescente teve o 1º quadro de constipação?	≤ 1	9	40,9	< .001
	2	4	18,2	0.004
	3	3	13,6	< .001
	4	1	4,5	< .001
	5	1	4,5	< .001
	6	3	13,6	< .001
	7	1	4,5	< .001
Com qual idade (anos) teve a primeira consulta com a Gastropediatria?	≤ 1	1	4,5	< .001
	2	1	4,5	< .001
	4	2	9,1	< .001
	5	2	9,1	< .001
	6	3	13,6	< .001
	7	4	18,2	0.004
	8	3	13,6	< .001
	9	1	4,5	< .001
	10	3	13,6	< .001
	12	1	4,5	< .001
	13	1	4,5	< .001

Foram identificadas algumas comorbidades relacionadas à CF após descartar as possíveis causas orgânicas (tabela 4), com 27,2% (6) de participantes com incontinência intestinal secundária e 36,4% (8) com alterações anatômicas secundárias (megacólon, megarreto, distúrbio vesico-intestinal, sangramento e fissura anal e fecaloma). Além disso, 9% (2) sofrem com dor abdominal crônica.^{28,29}

Tabela 6 – Comorbidades ou diagnósticos relacionados dos participantes

Nível	Quantidade	Percentual (%)	p- valor
Incontinência fecal secundária à constipação intestinal	6	27,2	--
Megacólon secundário à constipação intestinal	1	4,5	--
Megarreto secundário à constipação intestinal	1	4,5	--
Fecaloma secundário à constipação intestinal	3	13,6	--
Sangramento e fissura anal secundários à constipação intestinal	1	4,5	--
Distúrbio vesico-intestinal secundário à constipação intestinal	1	4,5	--
Erro alimentar	12	54,5	--
Dor abdominal crônica	4	18,2	--
Gastrite	1	4,5	--
Esofagite	1	4,5	--
Cirurgia abdomino-inguinal	2	9,1	--
Intolerância à lactose	1	4,5	--
Alergia à proteína do leite de vaca	2	9,1	--
Dermatite atópica	3	13,6	--
Asma	5	22,7	
Rinite alérgica	8	36,4	
Infecção do Trato Urinário de repetição	2	9,1	--
Transtorno aprendizagem/ Deficiência Intelectual	1	4,5	--
Transtorno do espectro autista (nível 1 de suporte)	4	18,2	--
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	1	4,5	--
Altas habilidades	1	4,5	--
Transtorno de Ansiedade	1	4,5	--
Distrofia muscular de Becker	1	4,5	--

Em relação aos dados dos pais ou cuidadores que responderam ao questionário, 77,13% (17) foram as mães dos participantes, cuja grande maioria têm

idade entre 25 a 59 anos (86,4%), se autodeclara parda 50%, sabe ler e escrever (95,5%), tem nível de escolaridade entre 10 e 15 anos de estudos (54,5%) e 40,9% das mulheres é dona de casa.^{28,29}

Tabela 7 - Dados gerais dos pais/ cuidadores que responderam ao questionário

Variável	Nível	Quantidade	Percentual (%)	p-valor
Qual o seu grau de parentesco com a criança?	Mãe	17	77,3	0.017
	Pai	2	9,1	< .001
	Irmã(o)	1	4,5	< .001
	Tio (a)	2	9,1	< .001
Sexo	Feminino	19	86,4	< .001
	Masculino	3	16,3	< .001
Idade (em anos)	18 a 24	1	4,5	< .001
	25 a 59	19	86,4	< .001
	> 60	2	9,1	< .001
Cor	Branca	7	31,8	0.134
	Parda	11	50	1.000
	Preta	4	18,2	0.004
Sabe ler e escrever?	Sabe escrever/ler algumas coisas, mas tem dificuldades	1	4,5	< .001
	Sim	21	95,5	< .001
Nível de escolaridade	mais do que 15 anos de estudos	6	27,3	0.052
	entre 10 e 15 anos de estudos	12	54,5	0.832
	menor ou igual a 10 anos de estudo	4	18,2	0.004
Ocupação/ Profissão	Ajudante de serviços gerais	1	4,5	< .001
	Aposentada	1	4,5	< .001
	Autônoma (decoração de festa)	1	4,5	< .001
	Babá	1	4,5	< .001
	Balconista	1	4,5	< .001
	Corretora de Imóveis	2	9,1	< .001
	Costureira	1	4,5	< .001
	Dona de casa	9	40,9	0.523
	Estagiária	1	4,5	< .001
	Professora	3	13,6	< .001
	Técnico de informática	1	4,5	< .001

Das características socioeconômicas familiares, observa-se que 54,5% (12) das famílias sobrevive com até 2 salários mínimos, com a maioria em ambiente urbano 86,4% (19), possuem rede geral de abastecimento 81,8% (18), e escoamento por esgoto ou rede pluvial 68,2% (15). Além disso, 63,6% (14) das famílias têm apenas um banheiro no domicílio, mesmo que somados, 63,6% (14) dos domicílios têm mais do que 4 integrantes familiares.^{28,29}

Tabela 8 - Características socioeconômicas das famílias

Variável	Nível	Quantidade	Percentual (%)	p-valor
Rendimento mensal da família	Até ½ salário mínimo	2	9,1	< .001
	Entre ½ e 1 salário mínimo	3	13,6	< .001
	Entre 1 a 2 salários mínimos	7	31,8	0.134
	Entre 2 a 3 salários mínimos	7	31,8	0.134
	Entre 3 a 5 salários mínimos	3	13,6	< .001

Situação do domicílio	Rural	3	13,6	< .001
	Urbano	19	86,4	< .001
Número de pessoas que moram na casa	2	1	4,5	< .001
	3	7	31,8	0.134
	4	7	31,8	0.134
	5	6	27,3	0.052
	11	1	4,5	< .001
Abastecimento de água	Poço/nascente	4	18,2	0.004
	Rede geral de abastecimento	18	81,8	0.004
Número de banheiros no domicílio	1	14	63,6	0.286
	2	7	31,8	0.134
	3	1	4,5	< .001
Forma de escoação do(s) banheiro(s)	Escoamento por esgoto ou por rede pluvial	15	68,2	0.134
	Fossa séptica	7	31,8	0.134

Ao fazer as correlações entre todas as variáveis possíveis e as 26 perguntas descritas no Apêndice A do Questionário de Avaliação de Constipação em Crianças (PedFCQuest-PR), verificamos que nem todas as associações foram significativas. Dessa forma, serão representadas a seguir as associações que foram consideradas as mais relevantes dentre as encontradas (demais em Anexo C).^{28,29}

O estudo de validação do questionário PedFCQuest-PR não foi originalmente desenhado para ter valores de corte para os níveis de comprometimento na QV, mas pode ser extrapolado para tal para fins de comparação com estudos similares com tal finalidade. Consideramos os valores presentes na literatura, em que as pontuações de 0 a 50 indicam muito comprometimento; 51 a 75, comprometimento moderado; e acima de 75, pouco comprometimento.^{8,9}

A tabela 9 descreve as medianas das pontuações dos Escores Totais do questionário PedFCQuest-PR, com o intervalo interquartil, o que demonstra que podemos perceber como o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes do estudo é moderado. Os gráficos 1 e 2 relacionam os escores com o sexo e com as faixas etárias, e indicam que os pais ou cuidadores percebem que 9,1% (2) dos participantes possuem muito comprometimento na QV, sendo metade de cada faixa etária e ambos do sexo masculino; e 45,5% (10) apresentou comprometimento moderado, com maior comprometimento entre o sexo feminino e entre a faixa etária de 5 a 9 anos.^{28,29}

Tabela 9 - Escore Total do PedFCQuest-PR

Idade	Sexo	N	Mediana	Intervalo Interquartil
Entre 10 e 15 anos	Feminino	3	69,5	69,5 – 70,2

	Masculino	4	69,6	56,3 – 78,9
Entre 5 e 9 anos	Feminino	8	79,9	70,2 – 81,7
	Masculino	7	61,2	55,6 – 80,6

Gráfico 1 – Escore Total do PedFCQuest-PR x Sexo

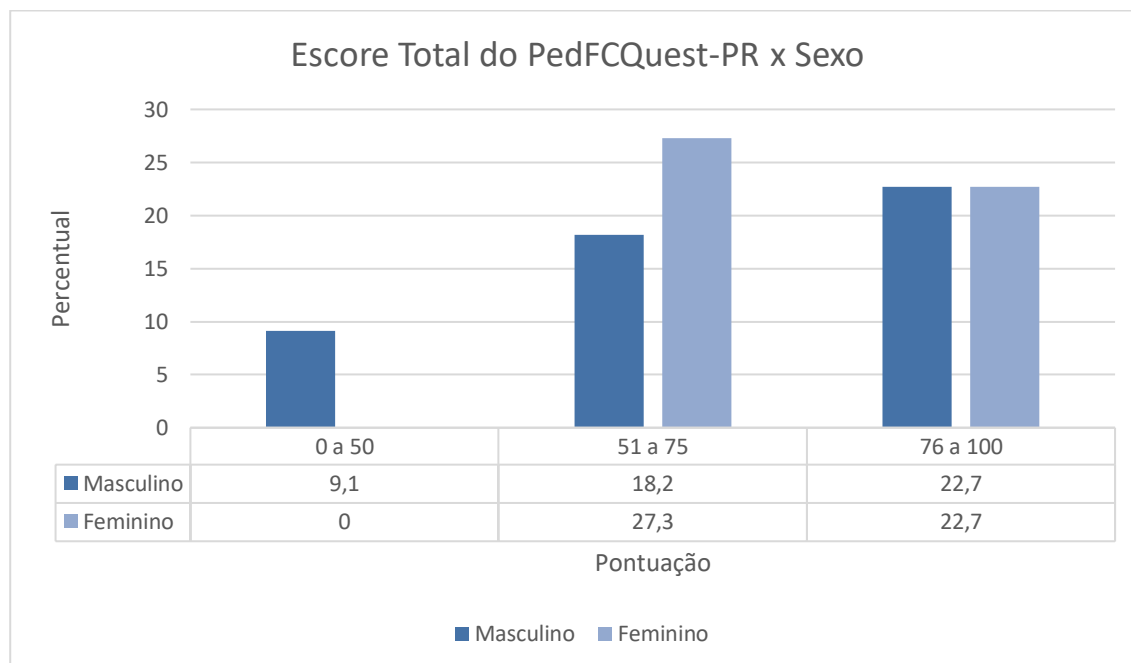
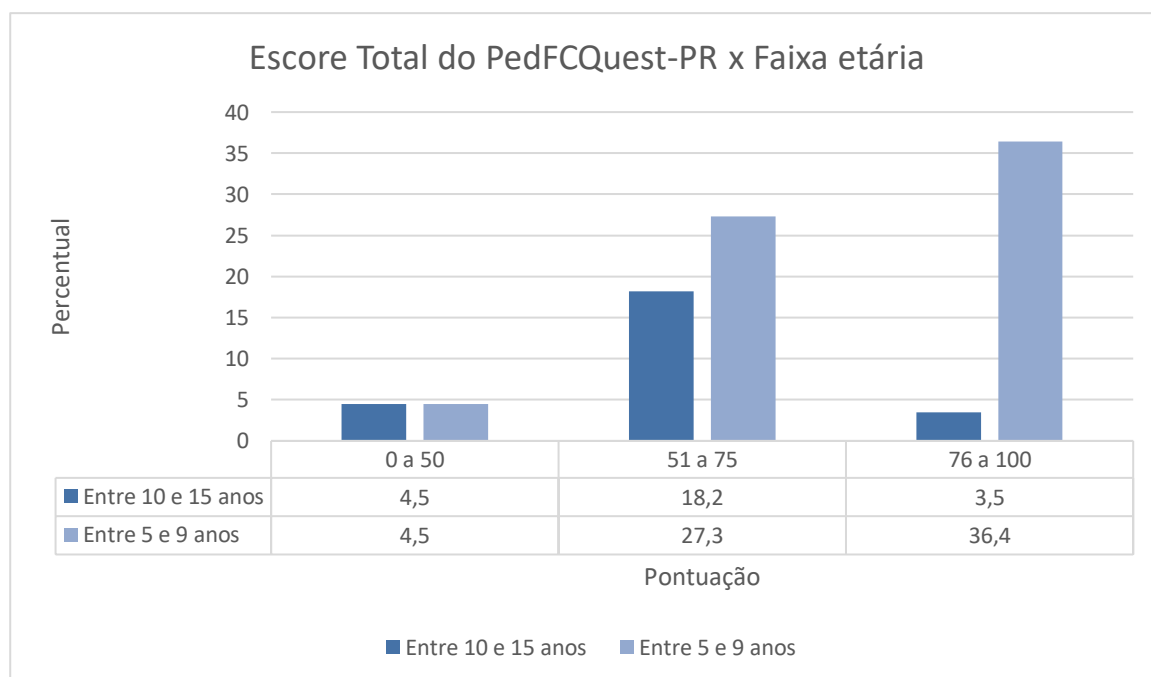


Gráfico 2 – Escore Total do PedFCQuest-PR x Faixa etária



Foram realizadas as matrizes de correlação conforme tipos de variáveis, cujas relações moderadas e fortes estão compiladas no Anexo C, sendo descritas as mais

relevantes estatisticamente. A correlação entre a altura e o peso foi a mais forte encontrada no presente estudo (p-valor < 0,001 e R 0,898), já a correlação entre o peso e o IMC também é forte, mas mostrou-se um pouco menor em comparação (p-valor < 0,001 e R 0,717).^{28,29}

Outra forte relação importante, demonstrou que quanto mais a criança for repreendida pelo mau funcionamento intestinal, maior será a frequência com que esse mau funcionamento intestinal causará discussões domiciliares (p-valor < 0,001 e Rho 0,837).^{28,29}

Na sequência de relevância, quanto mais intensamente o problema de funcionamento intestinal atrapalhar/interferir no relacionamento com familiares, maior também será a intensidade com que o participante ficará triste ou irritado pelo problema intestinal (p-valor < 0,001 e Rho 0,747).^{28,29}

Quanto maior a frequência da dor abdominal nos participantes, maior a intensidade de o problema intestinal ser causa de discussões ou desacordos em seus domicílios (p-valor < 0,001 e Rho 0,677).^{28,29}

Houve uma relação positiva moderada entre a maior frequência do uso de medicações laxativas contribuindo para um aumento na frequência das evacuações na semana (p-valor 0,002 e Rho 0,618). Quanto mais frequente é o esforço evacuatório, mais intensa é a dor ao evacuar (p-valor 0,001 e Rho 0,644).^{28,29}

Quanto maior a frequência em sujar a roupa com fezes, maior é a frequência em esconder que sujou a roupa com fezes (p-valor 0,002 e Rho 0,622).^{28,29}

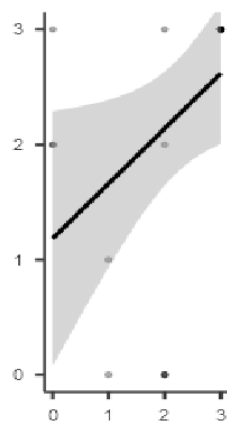
Quanto maior a frequência em que o participante sujar a roupa com fezes, maior é a frequência de incômodo quando suja a roupa com as fezes (p-valor < 0,001 e Rho 0,714). E conforme for maior a frequência em ficar incomodado com sujar a roupa com as fezes, com mais frequência tende a esconder que sujou a roupa com fezes (p-valor < 0,001 e Rho 0,700).^{28,29}

Em relação ao maior escore do questionário, ou seja, há um menor comprometimento na QV, paradoxalmente, houve uma relação positiva moderada com: maior necessidade de a criança ser lembrada para evacuar (p-valor < 0,001 e Rho 0,690) e maior frequência em sujar a roupa com as fezes (p-valor < 0,001 e Rho 0,670).^{28,29}

A seguir, seguem os gráficos das correlações estatisticamente significativas e fortes.

Gráfico 3: sujar a roupa com fezes x incômodo quando suja a roupa com fezes

Se incomodada quando suja a roupa com cocô?

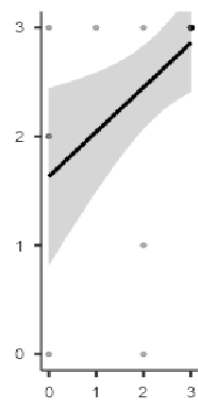


Perda fecal na roupa

Coeficiente de Spearman (Rho) = 0,714. p-valor < 0,001. ^{28,29}

Gráfico 4: esconder que sujou a roupa com fezes x incômodo quando suja a roupa com fezes

Esconde que sujou a roupa com cocô?

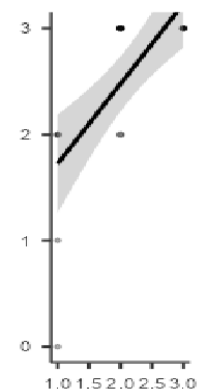


Se incomodada quando suja a roupa com cocô?

p-valor < 0,001.
Coeficiente de Spearman (Rho) = 0,700. ^{28,29}

Gráfico 5: ficar triste ou irritado pelo problema intestinal x problema de funcionamento intestinal atrapalhar/interferir no relacionamento com familiares

Problema intestinal interfere no relacionamento familiar

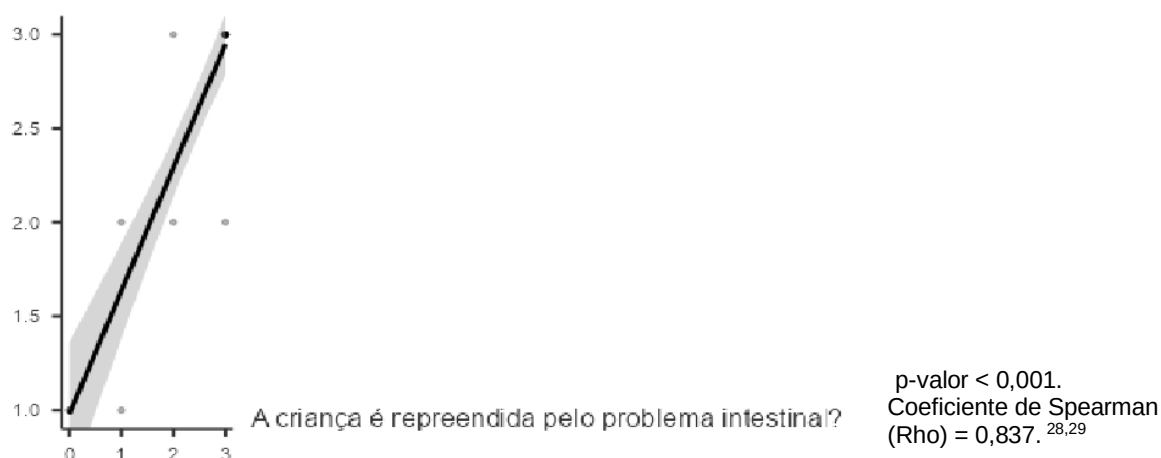


Tristeza ou irritação da criança pelo problema intestinal

p-valor < 0,001.
Coeficiente de Spearman (Rho) = 0,747. ^{28,29}

Gráfico 6: ser repreendida pelo mau funcionamento intestinal x mau funcionamento intestinal causa discussões domiciliares

Problema intestinal causa discussão domiciliar



6 DISCUSSÃO

Apesar da amostra do presente estudo ser aquém da estimativa calculada para uma amostra ideal, os dados coletados foram analisados estatisticamente de acordo com o tamanho e com a normalidade da amostra encontrada ($n = 22$). Assim, mantém-se a característica do estudo indutivo, que busca inferir as correlações, descrições e comparações entre as suas variáveis para extrapolar para uma população, ainda que possa haver algum viés de amostragem.

A literatura vigente sobre o assunto afirma que a prevalência de CF é responsável por cerca de 25% das consultas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Este estudo encontrou que 23,89% dos pacientes do serviço especializado no período analisado têm o diagnóstico de CF, corroborando com esse dado. ^{7,8,10}

Essa prevalência também está compatível com a encontrada na faixa etária pediátrica no Brasil, cujos estudos demonstram que a constipação intestinal varia de 14,5% a 38,4%. ⁷

Alguns estudos relatam maior prevalência da CF em crianças que vêm de famílias com menor estado socioeconômico e com menores anos de educação. ^{3,7,14} Tal fato também foi constatado neste estudo, visto que 54,5% (12) das famílias dos participantes sobrevive com até 2 salários mínimos, e 72,7% (16) dos pais ou cuidadores que responderam aos questionários do estudo tiveram até 15 anos de estudos (sem concluir ensino superior). ^{28,29}

Não se deve ignorar o impacto das dificuldades socioeconômicas que as famílias enfrentam diante do tratamento da CF, pois interfere na adesão ao

tratamento, tanto na instituição da dieta adequada prescrita, quanto na possibilidade da aquisição das medicações, que usualmente são de uso prolongado e não disponíveis no serviço público de saúde.³⁰

A CF é responsável por mais de 95% dos casos de constipação em crianças menores de um ano ou mais e, neste estudo, 40,9% (9) dos participantes tiveram o primeiro quadro de constipação até o primeiro ano de vida. O pico de prevalência costuma ser entre os pré-escolares, já no presente estudo, foi verificado que 72,7% (16) dos participantes tinham entre 5 a 9 anos de idade. Os adolescentes tiveram um menor número de participantes, o que corrobora para a falta de dados suficientes nesta faixa etária.^{3,7,13, 28,29}

Neste estudo, verificamos que dentre a comorbidade associada à constipação intestinal, a incontinência fecal foi a mais frequente, acometendo 27,2% (6) dos participantes.^{28,29} Esse percentual é similar ao encontrado por Rodrigues IJM, Figueiredo JA, Silva LC e Trevizoli IC³⁰, porém, também abaixo do relatado em outros estudos no país conforme os autores citados explicitam, cuja prevalência encontrada é de 52%. Apesar deste número de pacientes com encoprese não parecer tão expressivo, verificamos como esse diagnóstico associado pode estar relacionado a questões emocionais, comportamentais e até relacionada a conflitos familiares ou escolares.

Com os dados colhidos e a partir das análises estatísticas realizadas, constatou-se que os participantes com CF do estudo em questão sofrem e têm sua QV afetadas pela condição, assim como as suas famílias. Quanto maior foi a frequência em que o participante suja a própria roupa com as fezes, possivelmente por não conseguir manter uma continência fecal adequada, maior é a frequência de incômodo quando suja a roupa com as fezes.^{28,29}

Da mesma forma, quanto maior é a frequência em que ficar incomodado quando suja a roupa com as fezes, com mais frequência esconde que sujou a roupa com fezes. Essa questão abre margem para conflitos familiares. E quanto mais a criança ou o adolescente for repreendido (a) pelo seu mau funcionamento intestinal, maior a frequência com que este mau funcionamento intestinal causa discussões domiciliares.^{28,29}

Sendo assim, quanto mais o problema de funcionamento intestinal atrapalhar ou interferir no relacionamento do participante com os seus familiares, mais ele fica triste ou irritado pelo problema intestinal. Tais agravantes podem se associar a um

quadro crônico, influenciando negativamente na qualidade de vida da criança constipada e gerando cada vez mais despesas, tanto para a sua família quanto para o Estado.^{13,14, 28,29}

Essas questões corroboram com o verificado pelos autores de uma revisão integrativa sobre o assunto, o que também reforça os dados aqui encontrados.³¹ Essa revisão discorre sobre como os pais/ cuidadores de crianças e adolescentes constipados, assim como os próprios pacientes, assumem comportamentos ansiosos, envergonhados, preocupados e por vezes nervosos em decorrência dos sintomas intestinais. Isso evidencia também como as implicações familiares decorrente dessa enfermidade também podem levar a um prejuízo na qualidade de vida em relação à saúde da família como um todo, podendo causar barreiras na comunicação parental, no funcionamento e no relacionamento familiar/ domiciliar.³¹

Todas as condições clínicas secundárias à CF verificadas no presente estudo, incluindo a própria incontinência fecal, a dor abdominal crônica e as alterações anatômicas (megacólon, megarreto, distúrbio vesico-intestinal, obstrução intestinal por fecaloma) levam ou levaram à múltiplas consultas em pronto atendimento, em consultórios e até mesmo em internações hospitalares. Todo esse investimento pode resultar em intervenções medicamentosas, na coleta e na realização de exames, onerando ainda as famílias e os serviços de saúde com os custos relacionados à saúde dessas crianças e adolescentes.

A definição de saúde proposta pela OMS na Declaração de Alma-Ata, em 1978, é ampla e transformadora, transcendendo a ideia da ausência de doenças ou enfermidades. Segundo essa declaração, a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social", o que reflete uma visão integral do ser humano, considerando aspectos que interagem para promover a qualidade de vida.¹⁷

Essa abordagem holística reconhece que a saúde não se limita apenas ao funcionamento biológico do corpo do indivíduo, mas também engloba o equilíbrio psicológico, o contexto social e as condições de vida e o meio no qual está inserido. Ou seja, fatores como educação, saneamento, alimentação adequada, moradia, trabalho digno, acesso à informação e à saúde são determinantes fundamentais para garantir a saúde de indivíduos e comunidades. Além disso, o acesso a lazer e bem-estar podem ser acrescidos a esse conceito ampliado.¹⁷

Sendo assim, quando comparamos os dados do presente estudo com o estudo da validação do PedFCQuest-PR, verificamos que o estudo de Gamarra mostrou que

um quarto dos pacientes apresentou QV muito comprometida e metade, comprometimento moderado, quando avaliados os escores com base na percepção de seus pais e cuidadores.^{8,9} Já neste estudo, possivelmente pela amostra reduzida, foi encontrado que apenas 9,1% dos participantes com CF tiveram muito comprometimento da QV e 45,5%, comprometimento moderado.^{28,29}

Gamarra, em seu estudo, também conclui que o impacto da CF na QVRS de crianças, seus cuidadores e seu funcionamento familiar é significativo, afetando a saúde familiar como um todo.^{8,9}

A Declaração de Alma-Ata também estabelece que a saúde é um direito humano fundamental, o que é reforçado na legislação brasileira. É fundamental que haja responsabilidade coletiva dos governos e da sociedade em promover políticas e ações que garantam o acesso universal aos serviços de saúde, de forma a garantir que todos tenham seus direitos contemplados.¹⁷

Dessa forma, ainda que este estudo tenha um “n” pequeno, que possa ter alguns vieses de amostra, houve significância estatística suficiente para comparar diversas variáveis de acordo com os testes estatísticos adequados ao tamanho limitado da amostra. E ainda que não pudéssemos comparar de forma estatisticamente significativa todas as variáveis apresentadas, podemos inferir que a constipação intestinal e seus desdobramentos, tantos anatômicos/orgânicos quanto psicossociais têm impacto importante na qualidade de vida de quem tem este diagnóstico e não deve ser ignorada pelos médicos assistentes.

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

O presente estudo conseguiu corroborar com muitos dados da literatura vigente sobre a CF, porém, não foi possível relacionar de forma significativa todas as variáveis apresentadas, como o sexo das crianças e nem com a faixa etária entre 10 a 15 anos como os demais estudos. Possivelmente pelo viés de amostra, mesmo havendo uma distribuição normal dos dados.^{28,29}

Apesar de uma grande quantidade dos casos de constipação entre os participantes da pesquisa se iniciar até um ano de idade (40,9%), segundo os dados colhidos na pesquisa, a primeira consulta na GEP, em sua maioria, ocorreu após o sexto ano de vida (58,9%).^{28,29} Tal fato demonstra que a grande maioria dos casos de constipação será manejado pelo pediatra geral ou mesmo pelo médico da família e da

comunidade, talvez por muitos anos, antes de chegar no especialista.

É de suma importância que o pediatra geral e o médico da família e da comunidade conheçam sobre esta condição clínica e saibam como realizar a sua abordagem de maneira adequada e precoce para minimizar os efeitos negativos que a CF crônica têm na QV de vida das crianças e adolescentes, assim como de suas famílias, conforme já apontado nos demais trabalhos publicados.^{14,15,30,31}

A alta prevalência da constipação intestinal e a crescente demanda tanto na pediatria geral quanto na GEP para atendimentos ambulatoriais especializados para o atendimento de pacientes constipados por si só já justificariam a realização de mais estudos acerca do assunto.

Além disso, verificou-se que a QV das crianças acometidas, além de poder ser impactada de forma negativa quando o seu diagnóstico ou o seu tratamento não são realizados da forma adequada e eficaz, esse longo processo até chegar ao especialista gera mais custos para a família da criança e para todo o sistema de saúde.⁷

Estudos internacionais e nacionais corroboram para a importância de se manter a atualização do pediatra sobre o tema abordado pela grande divergência de condutas apontadas em pesquisas e pela quantidade de Guidelines disponíveis.³³

Devido às limitações do estudo, como tamanho da amostra e período de tempo, este estudo não deve servir como um parâmetro isolado para se avaliar qualidade de vida e fatores de impacto em pacientes pediátricos com CF. Vale ressaltar que mais estudos sobre o tema devem ser realizados para análise da percepção da QV dos pacientes com essa condição clínica, assim como quais os principais fatores associados a ela que poderiam impactar na qualidade de vida desses pacientes. Estudos similares no contexto brasileiro são necessários na intenção de preencher lacunas na compreensão da CF na população pediátrica.

Conclui-se que a qualificação do pediatra geral e do médico de família e comunidade é fundamental para uma abordagem mais abrangente, precoce e eficaz da constipação intestinal. Isso possibilita um atendimento inicial mais adequado às crianças e adolescentes com essa condição, promovendo melhorias em sua qualidade de vida e prevenindo complicações clínicas e psicossociais importantes. Além disso, essa capacitação contribui para a redução dos custos tanto para as famílias quanto para o sistema de saúde.

REFERÊNCIA

1. Benninga MA, Voskuijl WP, Taminiau JA. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004 Nov; 39(5):448-64. doi: 10.1097/00005176-200411000-00002. PMID: 15572881.
2. Koppen IJN, Benninga MA. Functional Constipation and Dyssynergic Defecation in Children. *Front Pediatr.* 2022 Feb 16; 10:832877. doi: 10.3389/fped.2022.832877. PMID: 35252068; PMCID: PMC8890489.
3. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr.* 2005 Mar; 146(3):359-63. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.10.046. PMID: 15756220.
4. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Shulman RJ, Hyams JS, Palsson O, van Tilburg MAL. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr.* 2018 Apr; 195:134-139. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.12.012. Epub 2018 Feb 3. PMID: 29398057.
5. Sood, MR. Functional constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate, 2020. [Accessed July 16, 2023]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/functional-constipation-in-infants-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis>.
6. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, Rajindrajith S, Shi X, van Etten-Jamaludin FS, et al. Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr.* 2018. [Internet]. 198(6):121-130. Access: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(18\)30217-8/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(18)30217-8/abstract).
7. Machado NC, Carvalho MA. Constipação crônica na infância: quanto estamos consultando em Gastroenterologia Pediátrica? São Paulo: Rev Paul Pediatr. Junho de 2007; 25(2): 87-88. doi: 10.1590/S0103-05822007000200003.
8. Gamarra ACQ. Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde respondido por pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com Constipação Funcional. [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Botucatu; 2019.
9. Gamarra ACQ, Carvalho MA, Machado NC. Pediatric Functional Constipation Questionnaire-Parent Report (PedFCQuest-PR): development and validation. *J Pediatr (Rio J).* 2022 Jan-Feb;98(1):46-52. doi: 10.1016/j.jped.2021.03.005. Epub

2021 May 13. PMID: 33991496; PMCID: PMC9432193.

10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de orientação: Constipação intestinal. Nº 144. Departamento Científico de Gastroenterologia (gestão 2022 - 2024). Brasil: SBP; 2024.

11. Silva LR, Ferreira CT, Carvalho E. Manual de Residência em Gastroenterologia Pediátrica. 1ª ed. Barueri: Editora Manole; 2018.

12. Ortiz H. Constipação em Pediatria - Uma Revisão de Artigos Publicados nos Últimos Dez Anos. Resid Pediatr. 2020;0(0).

13. Di Lorenzo C, Nurko S, The Rome IV Pediatric Committee. ROME IV pediatric functional gastrointestinal disorders: disorders of gut-brain interaction. 1st ed. Raleigh, NC: The Rome Foundation; 2016. p. 291-319.

14. Lima Ramos AR, Pinto RB, Sanfelice FS. Constipação crônica funcional: como o pediatra deve manejar [Internet]. 2019 May 16 [cited 2023 Jul 29]. Available from: www.sprs.com.br.

15. Vieira MC, Negrelle ICK, Webber KU, Gosdal M, Truppel SK, Kusma SZ. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. Rev Paul Pediatr. 2016;34(4):425-431. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2016.05.003>.

16. Schleiff M, Bishai D. Achieving health for all: primary health care in action. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1353/book.77991>.

17. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. [place unknown]: 1995; 41(10):403-409.

18. Smith CA, Kwon EG, Nicassio L, Avansino J, Durham MM, Frischer J, et al. Fecal continence disparities in patients with idiopathic constipation treated at referral institutions for pediatric colorectal surgery. J Pediatr Surg. 2023;58(1):56-63. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2022.09.024.

19. Vedovato K, Trevizan AR, Zucoloto CN, Bernardi MDL, Zanoni JN, Martins JVCP. O eixo intestino-cérebro e o papel da serotonina. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2014; 18(1):33-42.

20. Sood MR. Chronic functional constipation and fecal incontinence in infants, children, and adolescents: treatment [Internet]. UpToDate. Atualizado em 23 de junho de 2023 [citado em 16 de julho de 2023]. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/chronic-functional-constipation-and-fecal-incontinence-in-infants-children-and-adolescents-treatment?search=Chronic%20functional%20constipation%20and%20fecal%20incontinence%20in%20infants,%20children,%20and%20adolescents:%20Treatment%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

21. Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Rev Latinoam Enferm*. 2012; 20(3):1-7.

22. Bongers MEJ, van Dijk MP, Reitsma JB, Benninga MA. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*. 2010 Jun 7;126(1):e156-62.

23. Lauris JRP, Brega JR, Mattiuzo A, Souza R. Cálculo Amostral. Site de Estatística. [Internet]. Bauru, SP: FOB-USP, Faculdade de Ciências da UNESP, Bauru. Disponível em: http://estatistica.bauru.usp.br/calculoamostral/ta_correlacao.php.

24. OECD, European Union, UNESCO, Institute for Statistics. ISCED 2011 Operational Manual: Guidelines for Classifying National Education Programmes and Related Qualifications. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228368-en>.

25. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: manual do agente de pesquisa. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

26. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

27. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 14 de julho de 2024.

28. The jamovi project. jamovi [Internet]. Version 2.3. 2022 [acesso em dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.jamovi.org>.

29. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Version 4.1. 2021 [citado em: [data de acesso]]. Disponível em: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

30. Leão MF, Melo MCB, Torres MRF. A constipação intestinal crônica funcional sob

a perspectiva materna: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais. Rev Med Minas Gerais: 2025; 22 (7). [Internet]. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/639>.

31. Rodrigues IJM, Figueiredo JA, Silva LC, Trevizoli IC. Fatores de impacto na qualidade de vida de crianças com constipação intestinal funcional. Ciências da Saúde. 2023 Jun;27(123). doi: 10.5281/zenodo.8040813.

32. Silva Neto JN, Freitas AR, Araújo LB, Fernandes TAOD, Carneiro Neto JM, Brito PN, et al. Influência das complicações da constipação intestinal na qualidade de vida do paciente pediátrico: uma revisão integrativa. Rev Eletr Acervo Saúde. 2022; 15(4), e10188. <https://doi.org/10.25248/reas.e10188.2022>.

33. Ortiz H. Constipação em Pediatria - Uma Revisão de Artigos Publicados nos Últimos Dez Anos. Rev Med Minas Gerais. [Internet]. Disponível em: <https://www.rmmg.org/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário 1: Questionário Validade para a Avaliação de Constipação em Crianças

Questionário de Avaliação de Constipação em Crianças, o The Pediatric Functional Constipation Questionnaire - Parent Report (PedFCQuest-PR):
• Favor responder as perguntas relacionadas com o problema do funcionamento do intestino da criança. • Marque apenas uma resposta para cada pergunta, escolha a melhor resposta.
As respostas devem considerar o que aconteceu durante as últimas 4 semanas
<u>1. A cada quanto tempo a criança faz cocô no banheiro?</u> 3. Todos os dias 2. Três a quatro vezes por semana 1. Uma ou duas vezes por semana 0. Menos de 1 vez por semana <u>2. O cocô da criança é endurecido?</u> 0. Extremamente 1. Muito 2. Pouco 3. Nada <u>3. A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô?</u> 3. Nunca 2. De vez em quando 1. Frequentemente 0. Sempre <u>4. A criança faz esforço (força) para fazer cocô?</u> 0. Sempre 1. Frequentemente 2. De vez em quando 3. Nunca <u>5. A criança tem dor para fazer cocô?</u> 3. Não sente dor 2. Pouca dor 1. Dor moderada 0. Muita dor <u>6. A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")?</u>

0. Sempre

1. Frequentemente

2. De vez em quando

3. Nunca

7. A criança tem a sensação de que não conseguiu eliminar todo o cocô?

3. Nunca

2. De vez em quando

1. Frequentemente

0. Sempre

8. A criança tem dor abdominal (na barriga)?

0. Sempre

1. Frequentemente

2. De vez em quando

3. Nunca

9. O cocô da criança entope o vaso sanitário?

3. Nunca

2. De vez em quando

1. Frequentemente

0. Sempre

10. A criança suja a roupa com coco?

0. Sempre

1. Frequentemente

2. De vez em quando

3. Nunca

11. A criança fica incomodada quando suja a roupa com coco?

3. Nunca

2. De vez em quando

1. Frequentemente

0. Sempre

12. A criança esconde que sujou a roupa com coco?

0. Sempre

1. Frequentemente

2. De vez em quando

3. Nunca

13. O apetite da criança está diminuído pelo problema de mau funcionamento do intestino?

3. Nada

2. Pouco

1. Bastante

0. Extremamente

14. A criança utiliza remédios (laxantes, supositórios) para melhorar o funcionamento do intestino?

- 0. Todos os dias
- 1. Frequentemente
- 2. De vez em quando
- 3. Nunca

15. A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?

- 3. Nada
- 2. Pouco
- 1. Muito
- 0. Intensamente

16. A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino?

- 0. Sempre
- 1. Frequentemente
- 2. De vez em quando
- 3. Nunca

17. O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?

- 3. Nada
- 2. Pouco
- 1. Muito
- 0. Intensamente

18. O problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa?

- 0. Sempre
- 1. Frequentemente
- 2. De vez em quando
- 3. Nunca

19. Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte?

- 3. Nada
- 2. Pouco
- 1. Muito
- 0. Intensamente

20. A criança recebe mais atenção por causa do problema do mau funcionamento do intestino?

- 0. Concordo
- 1. Concordo parcialmente

2. Discordo parcialmente

3. Discordo

21. A criança tem dificuldade em usar o banheiro fora de casa?

3. Nunca

2. De vez em quando

1. Frequentemente

0. Sempre

22. A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?

0. Sempre

1. Frequentemente

2. De vez em quando

3. Nunca

23. A criança falta à escola pelos problemas de mau funcionamento do intestino?

3. Nunca

2. De vez em quando

1. Frequentemente

0. Sempre

24. Como é o rendimento da criança na escola?

0. Muito ruim

1. Ruim

2. Bom

3. Muito bom

25. Em geral, você diria que o comportamento da criança é:

0. Muito bom

1. Bom

2. Ruim

3. Muito ruim

26. Em geral, como classificaria a saúde da criança?

0. Muito ruim

1. Ruim

2. Boa

3. Muito boa

APÊNDICE B – Questionário 2: Dados adicionais

Informações Pessoais/Socioeconômicas

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE:

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Sexo: () feminino, () masculino
3. Idade: () entre 5 e 9 anos, () entre 10 anos e 15 anos
4. Peso, em Kg: _____
5. Altura, em cm: _____
6. Cor autodeclarada: () branca, () preta, () amarela, () parda, () indígena ou () sem declaração
7. Frequenta escola: () sim, () não
8. Sabe ler e escrever? () sim, () não
9. Recebe alimentação na escola: () sim, () não
10. Por quantos meses recebeu exclusivamente o leite materno como fonte de alimentação? _____
11. A criança/adolescente possui alguma doença e/ou condição de saúde? Se sim, quais?
12. Com qual idade a criança/adolescente teve o quadro de constipação intestinal pela primeira vez?
13. Com qual idade teve a primeira consulta com a Gastropediatria?

INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE/ O PAI / CUIDADOR (A) RESPONSÁVEL QUE ESTÁ RESPONDENDO O QUESTIONÁRIO:

14. Grau de parentesco com o paciente:
15. Data de nascimento: ____/____/____
16. Sexo: () feminino, () masculino
17. Idade, em anos: _____
18. Cor Autodeclarada: () branca, () preta, () amarela, () parda, () indígena ou () sem declaração
19. Sabe ler e escrever? () sim, () não ()
20. Nível educacional: () menor ou igual a 10 anos de estudo, () entre 10 e 15 anos de estudos, () mais do que 15 anos de estudos
21. Ocupação: _____

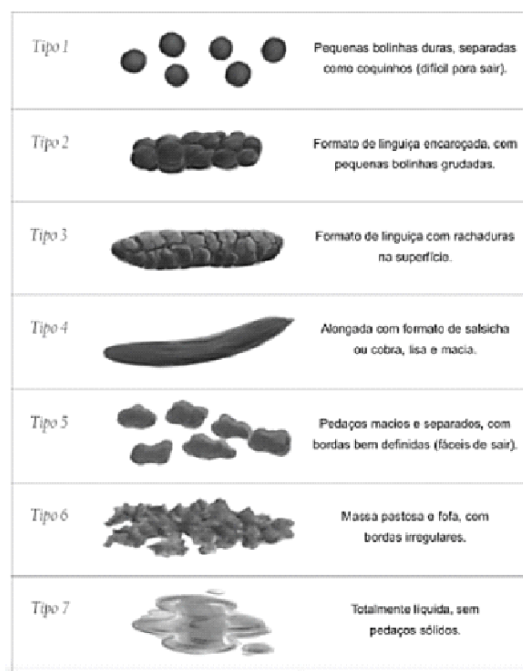
INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O LAR E SOBRE A FAMÍLIA:

1. Município e UF de moradia da família: _____
2. Na sua opinião, a renda total de sua família permite que você(s) leve(m) a vida até o fim do mês com:
() Muita dificuldade, () Dificuldade, () Alguma dificuldade, () Alguma facilidade, () Facilidade, () Muita facilidade
3. Das afirmativas a seguir, qual aquela que melhor descreve a quantidade de alimento consumido por sua família?
() Normalmente não é suficiente, () Às vezes não é suficiente, () É sempre suficiente
4. Rendimento mensal da família:
() até 1/2 salário mínimo, () > 1/2 até 1 salário mínimo, () > 1 a 2 salários mínimos, () > 2 a 3 salários mínimos, () > 3 a 5 salários mínimos, () > 5 a 10 salários mínimos, () > 10 salários mínimos.
5. Situação do domicílio: () urbano, () rural
6. Nº de pessoas que moram na casa: _____
7. Abastecimento de água: () rede geral de abastecimento, () poço/nascente, () outra (água da chuva, caminhão pipa etc)
8. Nº de banheiros no domicílio: _____
9. Forma de escoação do banheiro(s): () escoamento por esgoto ou por rede pluvial, () fossa séptica, () outro tipo

ANEXOS

ANEXO A – Representação por imagem da Escala de Bristol, com validação para o português brasileiro²¹

Figura 01 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes validada para português brasileiro.



MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Rev Latinoam Enferm*, v. 20, n. 3, p.p. 1-7, 2012.

ANEXO B – Tratamentos para constipação funcional em pediatria

Tabela 10 - Resumo dos laxantes para desimpactação e tratamento de manutenção da constipação crônica funcional em pediatria

	Dose	Efeitos colaterais	Observação
DESIMPACTAÇÃO			
Polietilenoglicol 3350 e 4000	1 a 1,5 g/kg/dia, via oral, no máximo por 6 dias	-	-
Enema fosfatado	2,5 ml/kg/dia, dose máxima 133 ml/dose, via retal. Duração máxima da desimpactação: 6 dias. Não usar antes dos 2 anos de idade.	Risco de trauma mecânico no reto, distensão abdominal e vômitos. Pode provocar quadro grave e letal de hiperfosfatemia, hipocalcemia com tetania.	Parcela dos eletrólitos é absorvida, mas se a função renal for normal não ocorre toxicidade. A maior parte dos efeitos colaterais é observada em pacientes com insuficiência renal ou doença de

			Hirschsprung.
TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO			
Polietilenoglicol 3350 e 4000	0,2 a 0,8 g/kg/dia, via oral.	Apresentação com eletrólitos tem menor aceitação e pode provocar náuseas e vômitos.	Bem tolerado, não há evidências sobre a segurança em lactentes.
Lactulose	1 a 3 ml/kg/dia, via oral.	Efeitos colaterais: flatulência e dor abdominal.	Bem tolerado em longo prazo.
Leite de magnésia (hidróxido de magnésio)	1 a 3 ml/kg/dia, via oral.	Pode causar intoxicação por magnésio em lactentes. Sobredosagem pode ocasionar hipermagnesemia, hipofosfatemia e hipocalcemia. Não usar em pacientes com insuficiência renal.	Efeito osmótico. Libera colecistoquinina, que estimula secreção e motilidade intestinal
Óleo mineral	1 a 3 ml/kg/dia, via oral Dose máxima: 60 a 90 ml/dia Não prescrever para lactentes, portadores de neuropatias.	Se aspirado, provoca pneumonia lipídica. Teoricamente, pode diminuir a absorção de vitaminas lipossolúveis, mas não existe comprovação em estudos clínicos. Perda anal indica dose superior à necessária.	-

SILVA, L. R. FERREIRA, C. T.; CARVALHO, E. Manual de Residência em Gastroenterologia Pediátrica. 1ª Edição. Editora Manole, Ano de publicação: 2018.

ANEXO C – Correlações por Análise Estatística (Software Jamovi)

Tabela 11 – Correlações entre variáveis quantitativas e qualitativas ordinais ^{26,27}

Variáveis Correlacionadas	p-valor	Coefficiente de correlação - (Rho): de Spearman / (R): de Pearson	Interpretação
- A criança tem a sensação de que não conseguiu eliminar todo o cocô? - Peso (Kg)	0,026	- 0,473 (moderada)	Quanto maior a frequência da sensação do não esvaziamento intestinal completo ao evacuar, menor o peso do participante.
- O problema de mau funcionamento intestinal da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa? - Peso (Kg)	0,049	0,425 (moderada)	Quanto maior a questão intestinal causar esses desacordos ou discussões, maior o peso dos participantes.
- O cocô da criança entope o vaso sanitário? - IMC (Kg/m²)	0,016	- 0,509 (moderada)	Quanto menor o IMC dos participantes, maior é a frequência com que as suas fezes entopem o vaso sanitário.
- A criança tem a sensação de que não conseguiu eliminar todo o cocô?	0,014	- 0,518 (moderada)	Quanto mais baixa a altura (cm), maior a frequência de sensação de esvaziamento

- Altura (cm)			intestinal incompleto ao evacuar.
- A cada quanto tempo a criança faz cocô no banheiro? - O cocô da criança é endurecido?	0,029	- 0,466 (moderada)	Quanto mais frequente são as evacuações dos participantes, menos frequentemente as suas fezes são endurecidas.
- A cada quanto tempo a criança faz cocô no banheiro? - A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?	0,039	0,443 (moderada)	Conforme a frequência evacuatória dos participantes aumenta, também aumenta a frequência com que sofrem provocações dos colegas da escola pelos problemas intestinais.
- A cada quanto tempo a criança faz cocô no banheiro? - A criança utiliza remédios laxantes, supositórios para melhorar o funcionamento do intestino?	0,002	0,618 (moderada)	Quanto maior foi a frequência do uso de medicações laxativas, maior foi a frequência evacuatória.
- O cocô da criança é endurecido? - O apetite da criança está diminuído pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,025	0,475 (moderada)	Quanto mais as fezes dos participantes estão endurecidas, mais há o relato de que eles tenham o apetite reduzido relacionado ao problema intestinal.
- O cocô da criança é endurecido? - A criança recebe mais atenção por causa do problema do mau funcionamento do intestino?	0,047	- 0,428 (moderada)	Quanto maior foi o relato de fezes endurecidas dos participantes, menos os pais ou cuidadores concordam que eles recebem mais atenção por causa do problema intestinal.
- A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô? - A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")?	0,016	0,509 (moderada)	Os participantes com necessidade de serem lembrados de ir ao banheiro com mais frequência, mais frequentemente evitam ir ao banheiro evacuar.
- A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô? - A criança esconde que sujou a roupa com cocô?	0,038	0,445 (moderada)	Quanto mais frequentemente o participante tem a necessidade de ser lembrado de evacuar, maior a frequência em que esconde que sujou a roupa com fezes.
- A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô? - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	0,033	0,456 (moderada)	Quanto maior a frequência em que precisam ser lembrados de evacuar, maior é a intensidade com que os problemas intestinais atrapalham/interferem no seu relacionamento com familiares.
- A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô? - A criança tem dificuldade em usar o banheiro fora de casa?	0,024	0,481 (moderada)	A maior frequência em ter dificuldade em usar o banheiro fora de casa tem correlação significativa moderada com a maior frequência em ter a necessidade de ser lembrada para evacuar.
- A criança faz esforço (força) para fazer cocô? - A criança tem dor para fazer cocô?	0,001	0,644 (moderada)	Quanto mais frequente é o esforço evacuatório, mais intensa é a dor ao evacuar.
- A criança faz esforço (força) para fazer cocô? - O apetite da criança está diminuído pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,013	0,520 (moderada)	Quanto mais frequente é o esforço evacuatório, mais o apetite do participante é reduzido em decorrência do problema intestinal.
- A criança tem dor para fazer cocô? - O cocô da criança entope o vaso sanitário?	0,039	0,443 (moderada)	Quanto mais intensa é a dor ao evacuar, menor foi a frequência associada às fezes de entupir o vaso sanitário.
- A criança tem dor para fazer cocô? - A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?	0,049	0,424 (moderada)	Quanto mais intensa a dor para evacuar, mais intensa é a tristeza ou a irritação por causa do mau funcionamento intestinal.
- A criança tem dor para fazer cocô? - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	0,048	0,426 (moderada)	Quanto mais intensa a dor para evacuar, maior é a intensidade com que o mau funcionamento intestinal atrapalha ou interfere no relacionamento familiar.
- A criança tem dor para fazer cocô? - Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte?	0,017	0,504 (moderada)	A intensidade da dor ao evacuar, quanto maior, se relaciona à maior intensidade em que os problemas evacuatorios prejudicam as atividades lúdicas e esportivas dos participantes.
- A criança esconde que sujou a roupa com cocô? - A criança evita ir ao banheiro para	0,034	0,454 (moderada)	Quanto maior a frequência em que o participante evita de ir ao banheiro para evacuar, maior é a frequência em esconder que sujou a roupa com

fazer cocô ("segura o cocô")?			fezes.
- A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")? - A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?	0,046	0,429 (moderada)	Quanto maior a frequência em que o participante evita ir ao banheiro, maior a intensidade de sua tristeza ou irritação relacionada ao problema intestinal.
- A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")? - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	0,015	0,511 (moderada)	Quanto maior a frequência em evitar evacuar, de forma mais intensa o mau funcionamento intestinal atrapalha ou interfere no relacionamento familiar.
- A criança tem a sensação de que não conseguiu eliminar todo o cocô? - Em geral, você diria que o comportamento da criança é:	0,037	- 0,447 (moderada)	Quanto mais frequente foi a sensação de eliminação evacuatória incompleta, pior foi a avaliação do comportamento do participante.
- O problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa? - A criança tem dor abdominal (na barriga)?	< 0,001	0,677 (moderada)	Quanto maior a frequência da dor abdominal nos participantes, maior a intensidade de o problema intestinal ser causa de discussões ou desacordos em seus domicílios.
- A criança suja a roupa com cocô? - A criança fica incomodada quando suja a roupa com cocô?	< 0,001	0,714 (forte)	Quanto maior a frequência em que o participante sujar a roupa com fezes, maior é a frequência de incômodo quando suja a roupa com as fezes.
- A criança suja a roupa com cocô? - A criança esconde que sujou a roupa com cocô?	0,002	0,622 (moderada)	Quanto maior a frequência em sujar a roupa com fezes, maior é a frequência em esconder que sujou a roupa com fezes.
- A criança suja a roupa com cocô? - A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?	0,022	0,486 (moderada)	Quanto maior a frequência com que o participante suja a roupa com fezes, maior é a intensidade com que fica triste ou irritado por causa dos problemas intestinais.
- A criança suja a roupa com cocô? - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	0,022	0,486 (moderada)	Quanto maior a frequência em sujar a roupa com fezes, maior a intensidade que o problema intestinal atrapalha ou interfere na relação com familiares.
- A criança tem dor abdominal (na barriga)? - A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,017	0,503 (moderada)	Quanto maior a frequência que tiver dor abdominal, maior é a frequência com que é repreendido pelos problemas intestinais.
- A criança suja a roupa com cocô? - A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")?	0,027	0,472 (moderada)	Quanto maior a frequência em que o participante da pesquisa suja a roupa com as fezes, maior é a sua tendência a evitar o uso do banheiro fora de casa.
- A criança fica incomodada quando suja a roupa com cocô? - A criança esconde que sujou a roupa com cocô?	< 0,001	0,700 (forte)	Quanto maior a frequência em ficar incomodado com sujar a roupa com as fezes, com mais frequência esconde que sujou a roupa com fezes.
- A criança fica incomodada quando suja a roupa com cocô? - A criança utiliza remédios (laxantes, supositórios) para melhorar o funcionamento do intestino?	0,034	0,454 (moderada)	Quanto maior a frequência do uso de medicamentos laxativos, maior a frequência em ficar incomodado com sujar a roupa com as fezes.
- A criança esconde que sujou a roupa com cocô? - A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?	0,033	0,455 (moderada)	Quanto maior a frequência com que esconde que sujou a roupa com fezes, com mais frequência sofre provocações dos colegas da escola pelo problema intestinal.
- Em geral, você diria que o comportamento da criança é: - O apetite da criança está diminuído pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,009	- 0,540 (moderada)	Quanto maior o apetite estiver diminuído por ter problema intestinal, pior é o comportamento da criança.
- A criança utiliza remédios (laxantes, supositórios) para melhorar o funcionamento do intestino?	0,019	0,494 (moderada)	Quanto maior a frequência do uso de laxantes, mais fica triste ou irritado pelo problema intestinal.

- A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?			
- A criança utiliza remédios (laxantes, supositórios) para melhorar o funcionamento do intestino? - A criança recebe mais atenção por causa do problema do mau funcionamento do intestino?	0,013	0,519 (moderada)	Quanto mais frequente é o uso de laxantes, maior é a frequência em receber mais atenção pelo problema intestinal.
- A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino? - A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,015	0,509 (moderada)	Quanto mais é repreendido pelo mau funcionamento intestinal, mais fica triste ou irritado pelo problema.
- A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino? - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	< 0,001	0,747 (forte)	Quanto mais o problema de funcionamento intestinal atrapalha/interferir no relacionamento com familiares, mais o participante fica triste ou irritado pelo problema intestinal.
- A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino? - Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte?	0,003	0,600 (moderada)	Quanto mais os problemas de funcionamento intestinal atrapalham para brincar e fazer esportes, mais o participante fica triste ou irritado pelo problema intestinal.
- A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino? - A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?	0,021	0,488 (moderada)	Quanto mais sofre provocações dos colegas da escola pelo mau funcionamento intestinal, mais fica triste ou irritado pelo problema intestinal.
- O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares? - A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,006	0,562 (moderada)	Quanto mais frequentemente é repreendida pelo mau funcionamento intestinal, mais intensamente o mau funcionamento intestinal atrapalha/interfere no relacionamento familiar.
- A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino? - O problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa?	< 0,001	0,837 (forte)	Quanto mais é repreendida pelo mau funcionamento intestinal, maior a frequência com que o mau funcionamento intestinal causa discussões domiciliares.
- O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares? - O problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa?	0,013	0,522 (moderada)	Quanto mais o mau funcionamento intestinal atrapalha/interfere no relacionamento familiar, mais o mau funcionamento intestinal causa discussões na casa.
- O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares? - A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?	0,026	0,473 (moderada)	Quanto mais o mau funcionamento intestinal atrapalha/interfere no relacionamento familiar, mais o participante sofre provocações dos colegas da escola pelo problema intestinal.
- A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino? - Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte?	0,014	0,517 (moderada)	Quanto mais o problema intestinal prejudica para brincar, se divertir e praticar esportes, mas sofre provocações dos colegas da escola pelo problema intestinal.
- Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte? - A criança faltar à escola pelos problemas de mau funcionamento	0,002	0,620 (moderada)	Quanto mais o problema intestinal prejudica para brincar etc, maior é a frequência de falta à escola pelos problemas intestinais.

do intestino?			
- Como é o rendimento da criança na escola? - Em geral, você diria que o comportamento da criança é:	0,034	0,453 (moderada)	Quanto melhor é o rendimento escolar, melhor é o comportamento da criança.
- Como é o rendimento da criança na escola? - Nº de banheiros no domicílio	0,029	0,465 (moderada)	Quanto melhor o rendimento escolar, maior é o nº de banheiros no domicílio.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança tem necessidade de ser lembrada para ir ao banheiro fazer cocô?	< 0,001	0,690 (moderada)	Quanto maior o escore, mais tem a necessidade de ser lembrada para evacuar.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança evita ir ao banheiro para fazer cocô ("segura o cocô")?	0,016	0,508 (moderada)	Quanto maior o escore, mais evita usar o banheiro para evacuar.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança suja a roupa com cocô?	< 0,001	0,670 (moderada)	Quanto maior o escore, mais a criança suja a roupa de coco.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança fica incomodada quando suja a roupa com cocô?	0,010	0,534 (moderada)	Quanto maior o escore, mais o adolescente/criança se incomoda com a encoprese.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - O apetite da criança está diminuído pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,040	0,442 (moderada)	Quanto maior o escore, mais o apetite está reduzido pelo problema intestinal.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento do intestino?	< 0,001	0,753 (forte)	Quanto maior o escore, mais a criança fica triste ou irritada por causa do problema de mau funcionamento intestinal.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento do intestino?	0,009	0,543 (moderada)	Quanto maior o escore, mais a criança é repreendida pelo problema de mau funcionamento intestinal.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - O mau funcionamento do intestino atrapalha ou interfere no relacionamento da criança com os familiares?	< 0,001	0,702 (forte)	Quanto maior o escore, mais intensamente o problema intestinal atrapalha ou interfere no relacionamento familiar.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - O problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos entre as pessoas que moram na mesma casa?	0,022	0,485 (moderada)	Quanto maior o escore, mais o problema de mau funcionamento da criança causa discussões ou desacordos domiciliares.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - Os problemas para fazer cocô prejudicam a criança para brincar, passear ou praticar esporte?	0,025	0,478 (moderada)	Quanto maior o escore, mais os problemas para evacuar atrapalham o lazer da criança.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - A criança sofre provocações dos colegas da escola pelo problema do mau funcionamento do intestino?	0,010	0,535 (moderada)	Quanto maior o escore, mais a criança sofre provocações de colegas na escola.
- Escore Total do PedFCQuest-PR - Em geral, você diria que o comportamento da criança é:	0,038	0,446 (moderada)	Quanto maior o escore, melhor é o comportamento da criança no geral.
- IMC (Kg/m²) - Peso (Kg)	< 0,001	0,717 (forte)	Quanto maior o peso, maior o IMC.
- Altura (cm) - Peso (Kg)	< 0,001	0,898 (forte)	Quanto maior a altura, maior o peso.
- Altura (cm) - IMC (Kg/m²)	0,099	0,361 (fraca)	Não houve associação significativa entre altura e IMC.

The jamovi project. jamovi [Internet]. Version 2.3. 2022 [acesso em dezembro de 2024]. Disponível em: <https://www.jamovi.org>.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Version 4.1. 2021 [citado em: [data de acesso]]. Disponível em: <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

ANEXO D – Aprovação/Parecer do Projeto de pesquisa pelo CEP/FS-UnB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise da qualidade de vida de crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional acompanhados em serviço especializado na perspectiva dos seus pais ou cuidadores

Pesquisador: FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79245524.2.0000.0030

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.158.534

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274557.pdf", postado em 04/10/2024:

"Resumo:

Os distúrbios evacuatórios estão entre os dez problemas mais encontrados na prática clínica em Pediatria, sendo que o mais comum é a Constipação Funcional (CF), cuja prevalência mundial é variável entre 10% a 30%. (1, 10, 15, 21) A CF é responsável por 3% a 5% das consultas em Pediatria Geral e por 25% das consultas de Gastroenterologia Pediátrica (GEP). (8,11, 14) A CF é considerada resultante da interação multifatorial entre fatores alimentares, distúrbios da motilidade intestinal, fatores genéticos e hereditários, alterações na microbiota intestinal e fatores psicossociais. (18) Considera-se que há um ciclo vicioso no processo da constipação intestinal funcional, que pode perpetuar o quadro constipativo, levando à piora clínica progressiva e até à cronificação do quadro, levando a um impacto negativo no contexto biopsicossocial da criança e de sua família. (18) O diagnóstico da CF é definido de acordo com os Critérios de Roma IV (Tabela 2). (6, 10, 14, 15) As intervenções inadequadas ou demoradas podem resultar em comportamentos cada vez mais retentivos das fezes, com piora e cronificação da constipação, levando a diversas consequências biopsicossociais, afetando a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

integridade física e emocional, (10, 16) Esse estudo visa analisar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes, de 5 a 15 anos, acompanhados por constipação intestinal funcional no serviço de Gastroenterologia Pediátrica de um Hospital Público Terciário do DF na perspectiva de seus pais e cuidadores. Também, busca correlacionar a constipação intestinal funcional e seus desdobramentos como um fator importante que interfere diretamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes; analisar como foi o manejo desses pacientes até chegarem ao atendimento especializado e como ele afeta na qualidade de vida dos pacientes; verificar as variáveis sociodemográficas que podem interferir na qualidade de vida e no manejo da constipação; e correlacionar os dados encontrados no estudo com os dados na literatura disponível sobre o tema abordado. Trata-se de um estudo observacional, transversal, em uma amostra de pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-Unb) de março a dezembro de 2024. Será utilizado um questionário de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e foi escolhido o The Pediatric Functional Constipation Questionnaire - Parent Report (PedFCQuest-PR), que foi validado para o português brasileiro. (13, 14) Esse questionário será, então, aplicado aos pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade com diagnóstico de CF acompanhados no serviço de GEP do HUB. Além disso, serão colhidas informações e dados socioeconômicos do paciente e das suas famílias. O questionário, que foi feito por meio de um formulário do Google Forms, será aplicado aos pais e/ou responsáveis das crianças ou dos adolescentes participantes por meio de um link ou um Código QR no próprio dia da consulta ou em algum outro momento conveniente, com um tempo estimado de 5 a 10 minutos para sua realização. As consequências para a criança que sofre com a constipação funcional que não é tratada adequadamente podem afetar muito a sua QV, impactando nos seus hábitos diários, na sua interação com os pares, em mudanças comportamentais, dentre outros. A CF, sobretudo quando associada a incontinência fecal retentiva, pode provocar uma redução expressiva na QV da criança ou do adolescente em questão. (2,7,9) Além disso, por não conseguir resolver o problema inicial da criança e por influenciar em outros segmentos da vida dela e de sua família, muitas vezes, os seus responsáveis procuram o serviço de saúde diversas vezes e até demandam a realização de exames complementares ou a prescrição de medicações que podem nem ser indicadas na situação, aumentando os custos em saúde. (11,13,17) O prognóstico do paciente é melhor quando o médico que o atende primeiro, usualmente o pediatra ou o médico da família e da comunidade, é capaz de realizar o diagnóstico e o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

tratamento, preferencialmente antes do agravamento do quadro. Em torno de metade dos pacientes consegue melhorar após 12 meses de tratamento, sem necessidade de manter o uso dos laxantes. Ainda assim, podem ocorrer recidivas. Até 75% desses pacientes deixam de apresentar constipação na idade adulta. (2,10, 18) Portanto, verifica-se a necessidade de realizar mais trabalhos sobre o assunto na população brasileira. Espera-se que este projeto de pesquisa venha a corroborar com os dados que estão disponíveis, complementando as informações acerca do assunto sobre populações dentro do país, demonstrando como crianças de 5 a 15 anos têm sua QV

afetada por uma condição que deveria ser facilmente tratada: a constipação intestinal funcional. Sendo assim, espera-se que o projeto possa contribuir de forma positiva para reduzir o agravamento e/ou a cronicidade de situações que podem ser manejadas com poucos recursos, sem a necessidade de encaminhar todos os casos a especialistas."

"Hipótese:

Espera-se encontrar no desfecho primário a correlação entre o manejo inadequado e/ou tardio da constipação intestinal funcional com a queda na QV das crianças/ adolescentes com a condição apresentada. Além disso, espera-se correlacionar os dados colhidos, incluindo os dados sociodemográficos, com os encontrados na literatura e que impactam na QV e no manejo da CF. Assim, espera-se inferir sobre a importância do Pediatra Geral realizar um diagnóstico precoce com uma terapêutica adequada, evitando as complicações da constipação, para que as crianças não sofram a longo prazo com os impactos da constipação na qualidade de suas vidas, conforme já apontado em trabalhos publicados."

"Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, que será aplicado a pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB), após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS-UnB) até que seja obtida uma amostra mínima de cerca de 50 participantes. O hospital em questão é terciário e atende os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Será utilizado um questionário de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e foi escolhido o The Pediatric Functional Constipation Questionnaire - Parent Report (PedFCQuest-PR), que foi validado para o português brasileiro.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

(13, 14) Esse questionário será, então, aplicado aos pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade com diagnóstico de CF acompanhados no serviço de GEP do HUB. Além disso, serão colhidas informações e dados socioeconômicos do paciente e das suas famílias como um segundo questionário. Os questionários, que foram feitos por meio de um formulário do Google Forms, será aplicado aos pais e/ou responsáveis das crianças ou dos adolescentes participantes por meio de um link ou um Código QR no próprio dia da consulta previamente agendada, ou em momento oportuno se assim os responsáveis o desejarem, com um tempo estimado de 5 a 10 minutos para sua realização. Em toda pesquisa que envolve seres humanos há algum tipo de risco. Na pesquisa em questão, os riscos envolvidos são mínimos, sendo eles explicados aos participantes da pesquisa e descritos no TCLE, que será aplicado via Google Forms assim como os questionários, com o envio de uma cópia aos responsáveis pelos participantes (conforme Resolução CNS 510/2016, Art.7, Inciso X, parágrafo 3º) e poderá ser fornecida também uma versão impressa para assinatura das partes, em duas cópias, no momento da coleta dos dados. Além do TCLE, será aplicado um TALE para os menores alfabetizados, com uma linguagem fácil e acessível, explicando tanto sobre a pesquisa, sobre os seus riscos em potencial. Os riscos nesta pesquisa são o risco de quebra de sigilo dos dados coletados, o risco de vergonha ou constrangimento durante a coleta de dados, seja na explicação sobre a pesquisa ou durante a resposta do QVSR, o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário e o risco de imprecisão na divulgação dos resultados. Medidas foram instituídas para aumentar a segurança da proteção dos dados que serão coletados pelo Google Forms conforme os pilares da Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados (Lei LGPD) para garantir a integridade, a confidencialidade e a disponibilidade dos dados, que serão acessados apenas por uma única pessoa, a pesquisadora principal (Fernanda de Lima Oliveira). Também, serão excluídos dos resultados da pesquisa quaisquer dados que possam identificar os participantes. Outra medida será instituída visando a segurança dos dados obtidos no curso da pesquisa, tão logo sejam coletados todos os dados, todos estes serão baixados da plataforma Google Forms para o computador pessoal da pesquisadora principal e depois excluídos da plataforma online para evitar a indevida exposição deles. Dessa forma, espera-se que possa reduzir os riscos de violação dos dados coletados por terceiros. Além disso, a pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, além de ser avaliada pela Rede de Pesquisa da EBSEH, visando minimizar os riscos referente à quebra de sigilo e de imprecisão na divulgação de resultados. Ainda, será oferecido o suporte da pesquisadora principal caso

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

haja qualquer constrangimento ou cansaço/ aborrecimento durante a coleta de dados, sendo explicado aos participantes que podem desistir da participação a qualquer momento, sem que haja qualquer dano ou punição."

"Critério de Inclusão:

Foram critérios de inclusão para os pais/cuidadores respondedores do instrumento de avaliação de QVRS:

- ↳ Ter idade maior ou igual a 18 anos (adultos);
- ↳ Ser capaz de compreender as instruções e de responder às questões assinalando as respostas ou com aplicação assistida;
- ↳ Ter conhecimento das condições de saúde do paciente;

Foram critérios de inclusão para as crianças/adolescentes participantes da pesquisa:

- ↳ Ter idade entre 5 e 15 anos;
- ↳ Realizar acompanhamento no Ambulatório de GEP do HUB, com ao menos uma consulta no ano de 2024;
- ↳ Ter o diagnóstico de Constipação Intestinal Funcional, definida segundo os Critérios de Roma IV;"

"Critério de Exclusão:

São critérios de exclusão para os pais/cuidadores respondedores do instrumento de avaliação de QVRS:

- ↳ Comunicar desistência de participar do estudo em qualquer momento até a sua conclusão;
- ↳ Não responder o QVRS de forma completa até o dia da análise dos formulários;

São critérios de exclusão para as crianças/adolescentes participantes da pesquisa:

- ↳ Comunicar desistência de participar do estudo em qualquer momento até a sua conclusão;
- ↳ Possuir etiologia orgânica para o quadro clínico de Distúrbio da Evacuação;
- ↳ Ter outros problemas crônicos de saúde que possam causar fatores de confundimento na qualidade de vida de acordo com a análise dos pesquisadores, tais como: doenças neurológicas moderadas ou graves, síndromes genéticas complexas, doenças mentais/psiquiátricas moderadas ou graves ou distúrbios do crescimento e do desenvolvimento;"

"Desfecho Primário:

Espera-se encontrar no desfecho primário a correlação entre o manejo inadequado e/ou tardio

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 7.158.534

da constipação intestinal funcional com a queda na QV das crianças/ adolescentes com a condição apresentada."

"Desfecho Secundário:

Além disso, espera-se correlacionar os dados colhidos, incluindo os dados sociodemográficos, com os encontrados na literatura e que impactam na QV e no manejo da CF. Assim, espera-se inferir sobre a importância do Pediatra Geral realizar um diagnóstico precoce com uma terapêutica adequada, evitando as complicações da constipação, para que as crianças não sofram a longo prazo com os impactos da constipação na qualidade de suas vidas, conforme já apontado em trabalhos publicados."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 50"

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274557.pdf", postado em 04/10/2024:

"Objetivo Primário:

Analisar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes, de 5 a 15 anos, acompanhados por constipação intestinal funcional no serviço de Gastroenterologia Pediátrica de um Hospital Público Terciário do DF na perspectiva de seus pais e cuidadores.

Objetivo Secundário:

Correlacionar a constipação intestinal funcional e seus desdobramentos como um fator importante que interfere diretamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes. Analisar como foi o manejo desses pacientes até chegarem ao atendimento especializado e como ele afeta na qualidade de vida dos pacientes. Verificar as variáveis sociodemográficas que podem interferir na qualidade de vida e no manejo da constipação. Correlacionar os dados encontrados no estudo com os dados na literatura disponível sobre o tema abordado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274557.pdf", postado em 04/10/2024:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

"Riscos:

Em toda pesquisa que envolve seres humanos há algum tipo de risco. Na pesquisa em questão, os riscos envolvidos são mínimos, sendo eles explicados aos participantes da pesquisa e descritos no TCLE, que será aplicado via Google Forms assim como os questionários, com o envio de uma cópia aos responsáveis pelos participantes (conforme Resolução CNS 510/2016, Art.7, Inciso X, parágrafo 3º) e poderá ser fornecida também uma versão impressa para assinatura das partes, em duas cópias, no momento da coleta dos dados. Além do TCLE, será aplicado um TALE para os menores alfabetizados, com uma linguagem fácil e acessível, explicando tanto sobre a pesquisa, sobre os seus riscos em potencial. Os riscos nesta pesquisa são o risco de quebra de sigilo dos dados coletados, o risco de vergonha ou constrangimento durante a coleta de dados, seja na explicação sobre a pesquisa ou durante a resposta do QVSR, o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário e o risco de imprecisão na divulgação dos resultados. Medidas foram instituídas para aumentar a segurança da proteção dos dados que serão coletados pelo Google Forms conforme os pilares da Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados (Lei LGPD) para garantir a integridade, a confidencialidade e a disponibilidade dos dados, que serão acessados apenas por uma única pessoa, a pesquisadora principal (Fernanda de Lima Oliveira). Também, serão excluídos dos resultados da pesquisa quaisquer dados que possam identificar os participantes. Outra medida será instituída visando a segurança dos dados obtidos no curso da pesquisa, tão logo sejam coletados todos os dados, todos estes serão baixados da plataforma Google Forms para o computador pessoal da pesquisadora principal e depois excluídos da plataforma online para evitar a indevida exposição deles. Dessa forma, espera-se que possa reduzir os riscos de violação dos dados coletados por terceiros. Além disso, a pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, além de ser avaliada pela Rede de Pesquisa da EBSEH, visando minimizar os riscos referente à quebra de sigilo e de imprecisão na divulgação de resultados. Ainda, será oferecido o suporte da pesquisadora principal caso haja qualquer constrangimento ou cansaço/ aborrecimento durante a coleta de dados, sendo explicado aos participantes que podem desistir da participação a qualquer momento, sem que haja qualquer dano ou punição.

Benefícios:

Espera-se que haja benefícios para o mundo científico no que tange o assunto do estudo em si, mostrando como a qualidade de vida de crianças e adolescentes com constipação intestinal

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

funcional é afetada por tal condição e sobre como um manejo adequado desde os primeiros sintomas pode contribuir de forma positiva para o desfecho da doença, contribuindo de forma positiva para melhor a qualidade de vida dos afetados.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Pesquisa da aluna Fernanda de Lima Oliveira apresentado à COREME-PRM HUB como exame de Qualificação do relatório parcial do TCC do Programa de Residência Médica em Pediatria. A pesquisa é orientada pela Prof.^a. Dr.^a. Alessandra dos Santos Domingues e co-orientada pela Prof.^a Juliane Feitosa Bezerra.

É um estudo observacional transversal em que serão aplicados 2 questionários aos responsáveis por pacientes em atendimento na clínica de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário de Brasília - HUB.

A amostra será constituída por crianças e adolescentes de 5 a 15 anos que forem atendidos de abril a setembro de 2024 no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB - UnB). Um questionário será aplicado sobre qualidade de vida e outro com informações pessoais e psicossociais.

O orçamento da pesquisa é de R\$ 432,00 e será financiado com recursos próprios.

A pesquisa começou em janeiro de 2023 e tem término previsto para janeiro de 2025. A coleta de dados está prevista para ser realizada em novembro e dezembro de 2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274557.pdf, postado em 04/10/2024.
2. TALETCC13A17.docx, postado em 04/10/2024.
3. TALETCC10A12.docx, postado em 04/10/2024.
4. TALETCC5A9.docx, postado em 04/10/2024.
5. CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELo_CEP.doc, postado em 29/09/2024.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

6. TCLETCCFORMS.docx, postado em 29/09/2024.
7. TCLETCC.docx, postado em 29/09/2024.
8. ProjetoDePesquisaTCC2024.docx, postado em 29/09/2024.
9. PLANILHAEXCEL_CRONOGRAMA_TCC.xlsx, postado em 29/09/2024.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 6.814.511:

1. Quanto ao Cronograma:

A coleta de dados está prevista para iniciar em abril de 2024. Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a). Tal modificação deverá ser realizada no documento referente ao cronograma e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Levando-se em consideração que ainda não houve a aprovação pelo CEP, foi alterado novamente o cronograma para uma coleta de dados para um período posterior à aprovação do projeto. Dessa forma, estimo que seja para novembro e dezembro de 2024, quando possivelmente será possível conseguir um número de cerca de 50 pacientes para o estudo em questão. Alteração de data de coleta realizada no cronograma, em documento nomeado de "PLANILHAEXCEL_CRONOGRAMA_TCC" reenviado em 29/09/2024. Além disso, tal período também foi alterado no Projeto Básico da Plataforma Brasil. Onde lia-se: "Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, que será aplicado a uma amostra mínima de 50 pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) no período de abril a setembro de 2024."; foi substituído por: "Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, que será aplicado a pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB), após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS-UnB) até que seja obtida uma amostra mínima de cerca de 50 participantes."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

Também, foi alterado o texto do projeto de pesquisa, intitulado "ProjetoDePesquisaTCC2024" reenviado em 29/09/2024. Onde lia-se no primeiro parágrafo da Metodologia, no Desenho do Estudo na página 13: "Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, que será aplicado a uma amostra mínima de 50 pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) no período de abril a setembro de 2024. O hospital em questão é terciário e atende os do Sistema Único de Saúde (SUS)." Agora, lê-se: "Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, que será aplicado a pais/cuidadores de crianças de 5 a 15 anos de idade, com diagnóstico de CF, definido de acordo com os Critérios de Roma IV, atendidas no Ambulatório de GEP do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB), após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS-UnB) até que seja obtida uma amostra mínima de cerca de 50 participantes. O hospital em questão é terciário e atende os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)."

ANÁLISE: O cronograma foi atualizado com o início da coleta de dados para novembro e dezembro de 2024, conforme documento "PLANILHAEXCEL_CRONOGRAMA_TCC", postado em 29/09/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao TCLE:

2.1 Solicita-se adequar o texto do TCLE de forma que seja totalmente direcionado ao responsável pela criança, sem colocar expressões como: "da sua criança" ou "do seu filho/responsável" já que o responsável pode ter outro grau de relacionamento com a criança que não de parentesco.

RESPOSTA: Conforme solicitado, o texto do TCLE foi completamente ajustado para se direcionar apenas aos responsáveis pela criança/adolescente, retirando-se as expressões acima solicitadas. Então, na primeira página do TCLE, o 3º e o 4º parágrafos do documento cujo título é "TCLETCC" reenviado em 29/09/2024 foram modificados para:

"A sua participação se dará por meio da resposta de dois rápidos questionários acerca das condições de saúde da criança ou do adolescente a participar do estudo, com perguntas relacionadas ao problema do funcionamento do seu intestino e de como isso afeta a vida dessa criança, considerando o que aconteceu nas últimas 4 semanas e das condições gerais de moradia de onde o(a) participante mora com a família. A resposta dos questionários será

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

realizada por meio de um link ou um Código QR no próprio dia da consulta ou em algum outro momento conveniente, com um tempo estimado de 5 a 10 minutos para sua realização.

Solicito também seu consentimento para levantar o prontuário médico da criança/adolescente para coletar informações gerais e clínicas sobre os sintomas e os tratamentos que vêm sendo realizados. Algumas perguntas complementares sobre o problema do intestino em questão vão ser realizadas."

ANÁLISE:

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 Solicita-se escrever que o responsável pelo participante de pesquisa irá responder a 2 questionários e não somente 1.

RESPOSTA: "Foram alterados todos os termos no TCLE em que se referiam a um único questionário para que fique claro que são dois questionários, e que ambos serão respondidos por um único link ou Código QR. Portanto, segue os parágrafos 3º e 5º da primeira página do documento cujo título é "TCLETCC" reenviado em 29/09/2024 que foram modificados para:

"A sua participação se dará por meio da resposta de dois rápidos questionários acerca das condições de saúde da criança ou do adolescente a participar do estudo, com perguntas relacionadas ao problema do funcionamento do seu intestino e de como isso afeta a vida dessa criança, considerando o que aconteceu nas últimas 4 semanas e das condições gerais de moradia de onde o(a) participante mora com a família. A resposta dos questionários será realizada por meio de um link ou um Código QR no próprio dia da consulta ou em algum outro momento conveniente, com um tempo estimado de 5 a 10 minutos para sua realização. Não há riscos à integridade física do participante e nem de seus familiares. Porém, em toda pesquisa há algum tipo de risco. Na pesquisa em questão, os riscos envolvidos são mínimos, como o risco de quebra de sigilo dos dados coletados, o risco de vergonha ou constrangimento durante a coleta de dados, seja na explicação sobre a pesquisa ou durante a resposta dos questionários, o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários e o risco de imprecisão na divulgação dos resultados."

ANÁLISE: O texto foi alterado no TCLE, conforme documento "TCLETCC", postado em 29/09/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 Solicita-se esclarecer se o TCLE será aplicado via Google Forms ou será impresso para ser

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

assinado pelo responsável. Caso a concordância ao TCLE ocorra em ambiente virtual, solicita-se que seja previsto o envio e/ou download do TCLE para que os participantes possam manter sua via para consulta, conforme a Resolução CNS 510/2016, Art.7, Inciso X, parágrafo 3o.

RESPOSTA: "No 4º parágrafo do desenho do estudo, na metodologia (páginas 13 e 14 do documento "ProjetoDePesquisaTCC2024" reenviado em 29/09/2024), foi alterado o texto para que ficasse esclarecido o requerido, conforme lê-se a seguir:

"Em toda pesquisa que envolve seres humanos há algum tipo de risco. Na pesquisa em questão, os riscos envolvidos são mínimos, sendo eles explicados aos participantes da pesquisa e descritos no TCLE, que será aplicado via Google Forms assim como os questionários, com o envio de uma cópia aos responsáveis pelos participantes (conforme Resolução CNS 510/2016, Art.7, Inciso X, parágrafo 3º) e poderá ser fornecida também uma versão impressa para assinatura das partes, em duas cópias, no momento da coleta dos dados. Além do TCLE, será aplicado um TALE para os menores alfabetizados, com uma linguagem fácil e acessível, explicando tanto sobre a pesquisa, sobre os seus riscos em potencial. Os riscos nesta pesquisa são o risco de quebra de sigilo dos dados coletados, o risco de vergonha ou constrangimento durante a coleta de dados, seja na explicação sobre a pesquisa ou durante a resposta do QVSR, o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário e o risco de imprecisão na divulgação dos resultados."

Dessa forma, além do TCLE com o documento "TCLETCC" reenviado em 29/09/2024 que tem os locais disponíveis para a assinatura do responsável precedidos pelo seguinte texto na segunda página no último parágrafo: "Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a)." Também irei enviar outro documento intitulado "TCLETCCFORMS" reenviado em 29/09/2024 para que esteja mais adequado para a versão que estará no Google Forms, finalizando o texto com:

"Caso concorde em participar voluntariamente, preencha a opção abaixo e uma via será enviada ao e-mail fornecido pelo (a) senhor (a):

() Eu concordo em participar desta pesquisa, respondendo sobre a criança/ adolescente pelo (a) qual sou responsável."

ANÁLISE: O TCLE será aplicado via Google Forms ou impresso, conforme documentos "TCLETCCFORMS.docx" e "TCLETCC.docx", postados em 29/09/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

3. Quanto ao TALE:

3.1 Apresentar o TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, que deve ser elaborado com linguagem acessível e adequada a idade do convidado (criança) conforme item II.24 - Termo de Assentimento da Resolução CNS 466/2012. O documento deve ser elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais (TCLE). Sugere-se que documentos de TALE sejam apresentados com a divisão por faixas etárias de 5 a 9 anos, 10 a 12 anos e 13 a 17 anos.

RESPOSTA: 'Seguindo todas as sugestões acima, foram feitas as devidas adequações conforme divisão por faixas etárias de 5 a 9 anos, 10 a 12 anos e 13 a 17 anos, cujos documentos são, respectivamente, nomeados "TALETCC5A9", "TALETCC10A12" e "TALETCC13A17", todos enviados em 29/09/2024.

ANÁLISE: Os Termos de Assentimento foram apresentados, conforme documentos "TALETCC5A9", "TALETCC10A12" e "TALETCC13A17", postados em 29/09/2024.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Quanto aos riscos:

4.1 Como os resultados da pesquisa serão armazenados "em nuvem", solicita-se baixar estes dados e armazenar em computador físico para evitar a indevida exposição deles. Tal modificação deverá ser realizada no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: 'Conforme orientado, segue abaixo o parágrafo acrescido tanto no projeto detalhado (intitulado "ProjetoDePesquisaTCC2024" reenviado em 29/09/2024, na página 14) quanto no Projeto Básico da Plataforma Brasil:

"Outra medida será instituída visando a segurança dos dados obtidos no curso da pesquisa, tão logo sejam coletados todos os dados, todos estes serão baixados da plataforma Google Forms para o computador pessoal da pesquisadora principal e depois excluídos da plataforma online para evitar a indevida exposição deles. Dessa forma, espera-se que possa reduzir os riscos de violação dos dados coletados por terceiros."

ANÁLISE: O texto foi adicionado no projeto detalhado, conforme documento "ProjetoDePesquisaTCC2024", postado em 29/09/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

5. Quanto aos critérios de Inclusão de pais e crianças:

Solicita-se remover os itens sobre assinatura do Termo de Assentimento e TCLE, uma vez que a participação na pesquisa é um direito do participante e não um critério de inclusão. Tal modificação deverá ser realizada no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: 'Conforme solicitado, segue abaixo o parágrafo com os critérios de inclusão adequados tanto no projeto detalhado (intitulado "ProjetoDePesquisaTCC2024" reenviado em 29/09/2024, na página 15) quanto no Projeto Básico da Plataforma Brasil:

¿ Foram critérios de inclusão para os pais/cuidadores respondedores do instrumento de avaliação de QVRS:

¿ Ter idade maior ou igual a 18 anos (adultos);

¿ Ser capaz de compreender as instruções e de responder às questões assinalando as respostas ou com aplicação assistida;

¿ Ter conhecimento das condições de saúde do paciente;

Foram critérios de inclusão para as crianças/adolescentes participantes da pesquisa:

¿ Ter idade entre 5 e 15 anos;

¿ Realizar acompanhamento no Ambulatório de GEP do HUB, com ao menos uma consulta no ano de 2024;

¿ Ter o diagnóstico de Constipação Intestinal Funcional, definida segundo os Critérios de Roma IV;"

ANÁLISE: Os critérios de inclusão foram corrigidos no projeto detalhado, conforme documento "ProjetoDePesquisaTCC2024", postado em 29/09/2024, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2274557.pdf	04/10/2024 22:41:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALETCC13A17.docx	04/10/2024 22:41:03	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALETCC10A12.docx	04/10/2024 22:40:52	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALETCC5A9.docx	04/10/2024 22:40:33	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELo CEP.doc	29/09/2024 22:13:33	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETCCFORMS.docx	29/09/2024 22:05:09	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETCC.docx	29/09/2024 22:04:14	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisaTCC2024.docx	29/09/2024 22:02:13	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	PLANILHAEXCEL_CRONOGRAMA_TC C.xlsx	29/09/2024 21:58:19	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoLattesFLO.pdf	12/09/2024 22:10:08	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoLattesASD.PDF	12/09/2024 22:09:53	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoLattesJFBG.pdf	12/09/2024 22:09:33	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Questionarios.docx	12/09/2024 22:05:18	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	ApendicesTCC.docx	22/04/2024	FERNANDA DE	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 7.158.534

Outros	ApendicesTCC.docx	21:24:35	LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TCUD.docx	18/04/2024 12:59:19	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.doc	18/04/2024 12:55:48	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.docx	18/04/2024 12:55:25	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUDassinado.pdf	11/04/2024 19:05:34	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CartaEncamCepFSUnB.pdf	11/04/2024 19:04:16	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	CartadeAnuenciaEBSERHTCC.pdf	11/04/2024 19:01:49	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompPesqResp.pdf	11/04/2024 19:00:31	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamentaria_TCC.doc	11/04/2024 18:59:11	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinada_Completa.pdf	11/04/2024 18:56:43	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EncaminhamentoAoCepAss.pdf	12/03/2024 21:58:36	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinada.pdf	03/03/2024 19:15:26	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamentaria_TCC.doc	03/03/2024 19:13:13	FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de Outubro de 2024

Assinado por:
Cristiane Tomaz Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com