



Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Fundo de Apoio a Pesquisa e Ensino do IMIP – FAPE

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS.**

Artigo apresentado enquanto relatório final ao Programa de Iniciação Científica do
IMIP referente ao processo seletivo
do edital PIBIC IMIP/FAPE
2020/2021

Aluno: Bruna Góes Medeiros

Colaboradores: Jennifer Almeida do Nascimento Manso

Maria Eduarda Benning Salgado Silva

Orientador: Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo

Co-orientador: João Guilherme Bezerra Alves

Thaís Carine Lisboa da Silva

Recife, Setembro 2021

INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE CONSTIPAÇÃO
INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS.

Bruna Góes Medeiros

AUTORES

Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo- Orientadora

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof.

Fernando Figueira (IMIP)

Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE

Coordenadora adjunta do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de

Saúde

João Guilherme Bezerra Alves - Coorientador

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE Mestre em Pediatria pela UFPE

Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde Professor adjunto da Universidade de

Pernambuco Diretor de Ensino do IMIP

Coordenador do programa de pós-graduação do IMIP

Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista – Recife – PE; CEP:

50070-550

Thaís Carine Lisboa da Silva - Coorientadora

Função: Coordenadora da Prática em Atenção Primária daFPS.

Bruna Góes Medeiros

Acadêmica do 9º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Aluna bolsista PIBIC – FAPE 2020/2021

Jennifer Almeida do Nascimento Manso

Acadêmica do 9º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana deSaúde

Maria Eduarda Benning Salgado Silva

Acadêmica do 9º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

RESUMO

Objetivos: realizar intervenção educativa com agentes comunitário de saúde (ACS) sobre constipação intestinal funcional (CIF) na infância e elaboração de uma cartilha para visitas domiciliares.

Métodos: : intervenção educativa com ACS das Unidades de Saúde da Família Cosme e Damião e Pantanal, Recife, no período de junho a agosto de 2021. Realizou-se quatro encontros. A intervenção foi via remota de forma síncrona sobre: identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas de CIF, complicações e formas de prevenção. Observou-se as características socioeconômicas dos ACS e aplicou-se pré e pós-testes para avaliação da intervenção.

Resultados: A amostra foi composta por treze ACS, do sexo feminino que exerciam a atividades há 21 anos \pm 3,56. Com relação ao pré e pós-testes (um imediato e outro após 15 dias) observou-se um incremento na nota obtida pelas ACS, com significância estatística em todos os grupos elencados para averiguar o conhecimento sobre o tema. A cartilha para as visitas domiciliares foi disponibilizada no formato impresso e on-line.

Conclusões: A realização da intervenção educativa proporcionou melhora no conhecimento das ACS sobre constipação intestinal funcional na infância. Recomenda-se a educação permanente como estratégia para aprimorar a assistência fornecida pelos ACS, com novas intervenções educativas e um maior número de participantes.

Palavras-chave: criança, constipação intestinal, Atenção Primária à Saúde, agentes comunitários de saúde, educação continuada.

ABSTRACT:

Objectives: do an educational intervention with community health agents (CHA) on functional intestinal constipation (FIC) in childhood and to prepare a booklet for home visits.

Methods: educational intervention with CHA from the Cosme and Damião and Pantanal Family Health Units, Recife, from June to August 2021. Four meetings were held. The intervention was via remote synchronously about: identification of risk factors, signs and symptoms of FIC, complications and forms of prevention. The socioeconomic characteristics of the CHA were observed and pre and post-tests were applied to assess the intervention.

Results: The sample consisted of thirteen female CHA who had been working for 21 years + 3.56. Regarding pre and post-tests (one immediately and the other after 15 days), there was an increase in the grade obtained by the CHA, with statistical significance in all groups listed to verify knowledge on the subject. The booklet for home visits was made available in print and online.

Conclusions: The performance of the educational intervention improves the knowledge of the CHA about FIC in childhood. Recommended permanent education as a strategy to improve technical assistance by CHA, with new educational technologies and a greater number of participants.

Key words: child, intestinal constipation, Primary Health Care, community health agents, continuing education.

INTRODUÇÃO

Constipação intestinal é uma das disfunções intestinais mais comuns na infância¹⁻³. Ocorre quando há eliminação de fezes endurecidas, acompanhadas ou não de dor, dificuldade ou esforço excessivo nas evacuações, comportamento de retenção, incontinência fecal por retenção ou aumento no intervalo das evacuações^{4,5}.

Após o período neonatal, a constipação infantil é geralmente funcional, ou seja, não há uma condição orgânica que determine essa disfunção^{1,6-8}. Do ponto de vista etiológico, vários fatores biopsicossociais poderão estar envolvidos na ocorrência de constipação intestinal funcional, a exemplo dos hábitos alimentares, eventos estressantes, obesidade, sedentarismo, predisposição familiar e maus tratos^{6,8-10}.

A fisiopatologia da Constipação Intestinal Funcional (CIF) em crianças continua incerta, porém é multifatorial. O mecanismo mais comum para o seu desenvolvimento, principalmente nas menores faixas etárias, é o comportamento de retenção voluntária, que se inicia após uma evacuação dolorosa³. Há um ciclo de dor e retenção fecal, comportamento em que se evita defecar devido à dor provocada pela eliminação das fezes ressecadas, que podem ficar estagnadas no cólon^{4,11}. Posteriormente, pode ocorrer incontinência fecal devido ao transbordamento causado pelo alongamento e dessensibilização do reto por impactação fecal^{1,4,7}.

Os estudos que avaliam a prevalência mundial de CIF, na faixa etária pediátrica, apresentam resultados que variam entre 0,7 e 29,6%^{9,12,13}. Além disso, estima-se que constipação intestinal é o sintoma responsável por 3% das consultas no ambulatório de pediatria geral e por 25% no de gastroenterologia pediátrica^{1,14,15}.

No Brasil, pesquisas sobre constipação intestinal apresentam uma variabilidade de 14,7 a 38,8% nas taxas de prevalência¹¹. Em 2016, estudo realizado em Minas Gerais avaliou 152 crianças e identificou uma prevalência de CIF em 32,2%¹⁰.

De acordo com Vandenplas *et al*, muitos fatores contribuem para as diferentes taxas de prevalência apresentadas nas pesquisas sobre constipação na infância. Isso provém, principalmente, da variedade de faixas etárias estudadas e a heterogeneidade dos métodos de coleta de dados, que corroboram para a dificuldade de estabelecer comparação entre esses estudos^{3,13}.

Atualmente, recomenda-se que a definição e o diagnóstico de CIF na infância sejam baseados nos critérios de Roma IV^{2,16,17}. Esse critério é dividido em duas faixas etárias: uma entre 0 e 4 anos e outra de 4 até a adolescência.

Na primeira é preciso ter pelo menos dois dos seguintes critérios: duas ou menos evacuações por semana; retenção excessiva de fezes; comportamento de retenção; história de evacuações duras ou dolorosas; massa fecal no reto. Para as crianças com treinamento esfínteriano, existe ainda um critério adicional: pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário^{2,16,17}.

Já na segunda faixa etária, pelo menos dois dos seguintes: duas ou menos evacuações no banheiro por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes; história de evacuações dolorosas ou duras; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário; grande massa fecal no reto^{2,16,17}.

É importante ressaltar que, para concluir o diagnóstico das crianças de qualquer faixa etária, deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável e, além disso, os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica^{2,16,17}.

Portanto, conforme preconizado pelos critérios de Roma IV, o diagnóstico de constipação intestinal funcional é clínico, baseado em uma anamnese e exame físico detalhados, o que é ratificado nas diretrizes propostas pela ESPGHAN (*European Society*

for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), NASPGHAN(*North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) e o guia prático proposto pelo NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)^{2,5,7,11,16,18}.

Instituir um tratamento precoce da CIF é essencial para evitar que não ocorram complicações, como dor abdominal recorrente, incontinência fecal, sangramento retal, enurese e infecção ou retenção urinária. Esses agravantes podem se associar progressivamente, influir negativamente na qualidade de vida das crianças, gerar despesas para as famílias e custos para saúde^{7, 11}. Nesse contexto, é válido ressaltar que a Atenção Primária à Saúde (APS), como “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha papel fundamental na identificação e intervenção precoce dos casos, utilizando uma abordagem educacional, o que facilita e torna mais eficiente o manejo terapêutico¹⁹.

Dentro desse cenário da APS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) elenca as necessidades, define as prioridades e identifica situações de risco da comunidade. Dessa forma, representa diretamente o vínculo entre a díade família e Unidade de Saúde e é um elo estratégico fundamental. Assim, a realização de intervenções educativas é essencial para proporcionar conhecimento técnico e científico para tais profissionais, de forma contínua e de maneira a suprir todas as necessidades. A realização de educação em saúde faz-se necessária no intuito de identificar e instituir precocemente o tratamento para CIF em crianças e adolescentes. Para que isso ocorra, é preciso que o ACS esteja sempre atualizado e capacitado para sanar dúvidas e questionamentos da população.^{20,21}

Devido a frequência e as consequências da CIF, do ponto de vista individual e coletivo, somado a heterogeneidade das taxas de prevalência identificadas nos estudos realizados, torna-se relevante a realização de intervenções educativas com as ACS, afim

de auxiliar na identificação dos casos de pré-escolares e escolares com CIF. Os resultados do presente estudo poderão contribuir para realização de diagnóstico e tratamento precoces, com consequente melhoria da qualidade de vida da população assistida.

MÉTODOS

Trata-se de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde (ACS) sobre Constipação Intestinal Funcional (CIF) em crianças. Como parte da intervenção foi elaborado um produto técnico, uma cartilha para as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. A finalidade da cartilha é facilitar a captação dos casos suspeitos e informar aos responsáveis sobre os sinais e sintomas de CIF, bem como a respeito das suas possíveis complicações e formas de prevenção. (APÊNDICE 3).

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) Cosme e Damião, localizada Várzea e Pantanal localizada no Ibura, Distritos Sanitário IV e VIII, Recife-PE, no período de junho a agosto de 2021, mediante autorização através da carta de anuência da Prefeitura da Cidade do Recife.

A amostra foi composta por quatro agentes comunitários da única equipe de saúde da USF Cosme e Damião e nove agentes comunitários das duas equipes da USF Pantanal. Foram considerados critérios de inclusão: ser agente comunitário de saúde das Unidades. E como critério de exclusão os ACS que no período da intervenção estiveram afastados das suas atividades profissionais devido a férias ou licença médica e participantes que não estiveram presentes em todas as etapas da intervenção.

Com cada unidade foram realizados três encontros: primeiro - apresentação dos objetivos da pesquisa, segundo – intervenção educativa sobre os sinais e sintomas de CIF, bem como a respeito das suas possíveis complicações e formas de prevenção. Nesse

encontro também foi aplicado o primeiro pós-teste. No terceiro - aplicação do segundo pós-teste, 15 dias após a intervenção educativa, para avaliar a sedimentação do conteúdo.

Tendo em vista o atual cenário epidemiológico de pandemia pelo Sars-COV2, apenas um dos membros da equipe de pesquisa compareceu à USF para divulgação dos objetivos do estudo aos integrantes da equipe de saúde. Posteriormente, um dos membros compareceu para entregar os formulários da pesquisa: formulários sobre as características sociodemográficas das ACS, termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), pré e pós-testes, em envelopes lacrados. Foram incluídos na pesquisa os 14 ACS integrantes das equipes, após voluntariamente assinarem TCLE.

Também devido à pandemia da COVID 19, um dos membros da equipe comparecia à USF durante os encontros e os demais pesquisadores realizavam a intervenção no Serviço de Telemedicina do IMIP, na Plataforma *Conferência web* de forma síncrona, o que permitiu a interação com a equipe de ACS.

As aulas ficaram gravadas para os agentes comunitários revisá-las se necessário. Para viabilizar a intervenção, a equipe de ACS recebeu *tablets* para uso individual e dois celulares com pacote de dados de internet ativos para uso coletivo. Esse material foi doado à Unidade de Saúde a fim de facilitar futuras capacitações.

No segundo encontro, antes da apresentação foram aplicados dois formulários, o primeiro sobre características socioeconômicas das ACS participantes. O segundo tratou-se de pré-teste elaborado pelo grupo de pesquisadores, com a finalidade de avaliar o conhecimento prévio desses agentes sobre o tema. Um grupo de expertises avaliou o formulário antes da aplicação. As questões foram referentes aos sinais e sintomas de CIF, bem como a respeito das suas possíveis complicações e formas de prevenção. Após a correção do pré-teste, foi realizado um *feedback* coletivo sobre a atividade e oferecido um *feedback* individual através do *Google Meet*.

Concluída a capacitação, foram realizados dois pós-testes. O primeiro foi aplicado imediatamente ao fim da intervenção e o segundo, 15 dias depois. Após a finalização de cada pós-teste, foram discutidas as questões com os ACS.

Paralelamente a capacitação, a equipe conclui a elaboração da cartilha para uso dos ACS durante as visitas domiciliares. Foi verificado com os ACS o entendimento e a concordância sobre o conteúdo presente na cartilha. O objetivo da cartilha é facilitar a captação dos casos suspeitos e informar aos responsáveis sobre os sinais e sintomas de CIF, bem como a respeito das suas possíveis complicações e formas de prevenção.

Com referência as características socioeconômicas e demográficas das ACS e a notas por elas obtidas no pré-teste e pós-testes, a análise dos dados foi realizada a partir da digitação com dupla entrada em planilha eletrônica (Excel 2016 ®) e a análise estatística utilizou o programa Epi-Info versão 7.1.3.10 (CDC, Atlanta). Foram usadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) para as variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas. A comparação das variáveis contínuas foi realizada utilizando o teste t de *Student*, considerando-se como estatisticamente significativo um valor de $p \leq 0,05$. A construção do gráfico, com os três momentos da intervenção, utilizou-se o programa Excel 2016 ®.

Este projeto atendeu aos requisitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CNS/MS). A coleta de dados foi iniciada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, Seguindo a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer no 4.762.998 e CAEE 46404021.3.0000.5201

RESULTADOS

As treze agentes comunitárias de saúde das USF Cosme e Damião e Pantanal aceitaram participar e foram incluídas na análise. Todas eram do sexo feminino e a média de idade foi de $47,5 \pm 7,51$ anos. Dez tinham ensino médio completo e três ensino superior completo. A renda familiar per capita foi de R\$ 916,66 e IQ 525-1000 e nove entre as treze eram casadas ou viviam em união consensual.

Todas as ACS eram funcionárias concursadas da prefeitura e a média de anos que exerciam a atividade foi de $21 \text{ anos} \pm 3,56$. Observou-se que no ano de 2020 e no primeiro semestre de 2001 as ACS não realizavam capacitações educativas.

Com relação ao pré e pós-testes, Tabelas 1 e 2 (APÊNDICE 1), observou-se um incremento na nota obtida pelas ACS, com significância estatística em todos os grupos elencados para averiguar o conhecimento sobre o tema.

DISCUSSÃO

Na Atenção Básica, as dificuldades operacionais do trabalho do ACS estão relacionadas à falta de formação adequada para o desenvolvimento de suas atividades direcionadas às necessidades de saúde da população. Diante desse cenário, uma alternativa viável e eficaz é a realização de intervenções educativas que, de maneira dinâmica, correlacionem a realidade e as evidências científicas na construção de novos conhecimentos, em que o aprender e ensinar estão inseridos no cotidiano, possibilitando uma aprendizagem efetiva e o aperfeiçoamento das práticas profissionais²¹⁻²³.

Assim, os ACS, durante as visitas domiciliares, poderão solucionar dúvidas simples, diminuindo a demanda de atendimentos da USF, facilitando o processo de trabalho da equipe de saúde e acompanhando também a condição de cada paciente. No entanto, atualmente são poucos os estudos que avaliam efetivamente o ganho de

conhecimento dos ACS através de intervenções educativas²¹⁻²³.

Diversos fatores podem estar relacionados a alta prevalência de CIF na infância, dentre eles a falta de treinamento específico sobre a doença, as falhas no processo de qualificação e a escassez de discussões sobre o potencial do ACS para exercer seu papel educador. A carência de intervenções foi observada também no presente estudo, uma vez que, há cerca de dois anos, as ACS das USF incluídas na pesquisa não participaram de intervenções educativas.

Após o surgimento da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 e com o distanciamento social, medida profilática mais efetiva contra a doença, houve a necessidade de reavaliação do processo de ensino-aprendizagem²⁴. Diante desse cenário, pensando nas medidas de segurança necessárias, optou-se por realizar a intervenção educativa do presente estudo remotamente, porém de forma síncrona, possibilitando uma maior interação entre os pesquisadores e os ACS.

As ACS incluídas no presente estudo, da USF Cosme e Damião, acompanham cerca de 3.200 habitantes e desses aproximadamente 658 são crianças e adolescentes. Com relação à USF Pantanal, são mais de 6210 habitantes cadastrados e cerca de 1.070 são crianças e adolescentes. Esses locais, apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de CIF, tais como condições sociais e econômicas desfavoráveis.

As treze agentes comunitárias de saúde incluídas nesse estudo são do sexo feminino e a média de idade foi de $47,5 \pm 7,51$ anos. Dez tinham ensino médio completo e três ensino superior completo. A renda familiar per capita foi de R\$ 916,66 e IQ 525-1000 e nove entre as treze eram casadas ou viviam em união consensual. Todas as ACS eram funcionárias concursadas da prefeitura e a média de anos que exerciam a atividade foi de $21 \text{ anos} \pm 3,56$.

Ao final da intervenção a análise do conhecimento obtido pelas ACS sobre CIF, mostrou um aumento estatisticamente significativo entre as notas obtidas no pré e pós-teste imediato, aumento que se manteve no pós-teste após 15 dias. Vale salientar que o presente estudo foi apenas uma intervenção pontual, havendo a necessidade de continuidade das atividades educativas, pois, para que haja diminuição da prevalência de CIF na infância, é necessário o envolvimento contínuo do ACS em vários aspectos da assistência à saúde²⁴.

É importante ressaltar que o presente estudo apresentou limitações: tendo em vista a pandemia pelo SARS-CoV-2, só foram permitidos o acesso aos locais do estudo (USF) há cerca de 4 meses. Por esse motivo, preferiu-se iniciar as intervenções e não foi aplicado um estudo piloto para testar os instrumentos dos testes. Ademais, outra limitação do estudo foi o tamanho reduzido da amostra, uma vez que poucas USF se disponibilizaram para realização da pesquisa e outras se encontravam inativas diante da pandemia.

Porém, como pontos fortes da pesquisa, destaca-se a elaboração de uma cartilha com o intuito de facilitar a captação dos casos suspeitos e informar aos responsáveis sobre os sinais e sintomas de CIF, bem como a respeito das suas possíveis complicações e formas de prevenção. Além de impressa, a cartilha está disponibilizada on-line e já foi acessada por ACS de outras USF que, também, solicitaram intervenções educativas sobre o tema, segundo relatos da equipe incluída no presente estudo.

Considerando que a qualificação tem um papel central na dinâmica das ações desenvolvidas no trabalho do ACS, é válido refletir sobre a importância da aplicação das intervenções educativas com metodologias e abordagens pedagógicas apropriadas para serem desenvolvidas nos processos educativos, possibilitando uma melhor formação dos ACS e, conseqüentemente, um melhor funcionamento da Atenção Básica e do Sistema de Saúde em suas totalidade²³.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos ACS possuíam um conhecimento prévio restrito sobre o tema abordado e obtiveram ganho significativo com a intervenção educativa realizada.

Identificou-se que o planejamento da educação precisa ser sintonizado com os problemas enfrentados na realidade e considerar os conhecimentos e as experiências dos trabalhadores de saúde. Portanto, propõe-se que a Atenção Básica seja projetada a partir da problematização do processo de trabalho, na qual as ações educativas estejam vinculadas ao próprio desenvolvimento das atividades no cotidiano de trabalho dos ACS e, dessa forma, as necessidades educativas dos profissionais podem ser articuladas com as necessidades de saúde dos indivíduos e populações.

Além disso, ressaltamos a relevância da realização de novas intervenções educativas, - também fora do cenário de pandemia, uma vez que possibilitará o envolvimento de mais profissionais - considerando que a qualificação tem um papel central na dinâmica das ações desenvolvidas no trabalho dos ACS.

REFERÊNCIAS

1. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 2014;90(2):82–90.
2. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258–74.
3. Vandenplas Y, Devreker T. Functional constipation in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95:1-3.
4. Silva LR, Ferreira CT, Carvalho E. Manual de Residência em Gastroenterologia Pediátrica. São Paulo: Manole; 2018
5. Burns DAR, Campos Junior D, Silva LR, Borges WG. Tratado de Pediatria. 4ª Ed. São Paulo: Manole; 2017
6. Moraes MB, Maffei HVL. Constipação intestinal. *J Pediatr* 2000; 76 Supl 2:147-56
7. Madani S, Tsanf L, Kamat D. Constipation in Children: A practical Review. *Pediatr Ann*. 2016;45(5):189-96.
8. Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;43:e 1-13.

9. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ, Benninga MA. Childhood constipation as an emerging public health problem. *World J Gastroenterol*. 2016;22(30):6864–75.
10. Andreoli CS, Vieira-Ribeiro SA, Fonseca PCA, Moreira AVB, Ribeiro SMR, Morais MB et al. Eating habits, lifestyle and intestinal constipation in children aged four to seven years. *Nutr Hosp*. 2019;36(1):25–31.
11. Vieira MC, Negrelle ICK, Webber KU, Gosdal M, Truppel SK, Kusma SK. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Ver Paul Pediatr*. 2016;34(4):425-31.
12. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, Rajundrajith 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;198:121–30.
13. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011;25(1):3-18.
14. Gomes PB, Melo MCB, Duarte MA, Torres MRF, Xavier AT. Polietilenoglicol na constipação intestinal crônica funcional em crianças. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(2):245- 50.
15. Lamanna A, Dughetti LD, Jordan-Ely JA, Dobson KM, Dynan M, Kooiman LMP, Murakami N et al. Treatment of fecal impaction in children using combined polyethylene glycol and sodium picosulphate. *JGH Open*. 2018;2(4):144-51

16. van Mill MJ, Koppen IJN, Benninga MA. Controversies in the Management of Functional Constipation in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019;21(6):23.
17. Levy EI, Lemmens R, Vandeplas Y, Devreker T. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics.* 2017;8:19-27.
18. Lima EJ da F, de Souza MFT, de Brito R de CCM. *Pediatria Ambulatorial.* 2 ed. Medbook; 2017.
19. Campos RTO, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate.* 2014; 38(spe):252- 264.
20. Rodrigues, L. dos S.; Scherer, A. A.; Moreira, N. M. Intervenção educativa com agentes comunitários de saúde sobre giardíase em região de fronteira - Foz do Iguaçu. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama,* 2019; 23(2):89-95
21. Nascimento TR da C, Lemos GT de L, et al. Avaliação do conhecimento e intervenção educativa com agentes comunitários de saúde sobre antropometria. *Braz. J. of Health Rev.,* 2020; 3(4):8032-8048.
22. Freitas, PR; Honda, ER; Pinto, ESG; Ferreira, MRL; Orfão, N. H. Intervenção educativa sobre tuberculose para agentes comunitários de saúde em unidades da atenção primária à saúde em um município da região norte. *Revista Desafios,* 2020; 7:(3):145-157

23. Rossetto, M; Silva, LAA. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DESENVOLVIDAS PARA OS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE. *Cogitare Enferm.*, 2010; 15(4):723-729
24. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM e Silva FS. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2020; 44(4):e114.

APÊNDICE 1 – TABELAS

Tabela 1. Avaliação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde a respeito do quadro clínico, diagnóstico, medidas preventivas e complicações da constipação intestinal funcional antes e após a realização de uma intervenção educativa. Recife, 2021

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste imediato		<i>p</i>
Diagnóstico clínico (Média;DP)	5,90	(1,46)	9,23	(1,29)	<0,001*
Medidas Preventivas (Média;DP)	6,41	(2,44)	7,95	(1,00)	0,09
Complicações (Média;DP)	8,72	(2,17)	10		0,04

DP = desvio Padrão * Teste *t* de Student

Tabela 2. Avaliação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde a respeito do quadro clínico, diagnóstico, medidas preventivas e complicações da constipação intestinal funcional antes e após 15 dias a realização de uma intervenção educativa. Recife, 2021

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste		<i>p</i>
			após 15 dias		
Diagnóstico clínico (Média;DP)	5,90	(1,46)	8,20	(1,59)	<0,001*
Medidas Preventivas (Média;DP)	6,41	(2,44)	9,23	(1,00)	<0,001*
Complicações (Média;DP)	8,72	(2,17)	10		0,04

DP = desvio Padrão * Teste *t* de Student

APÊNDICE 2 - GRÁFICO

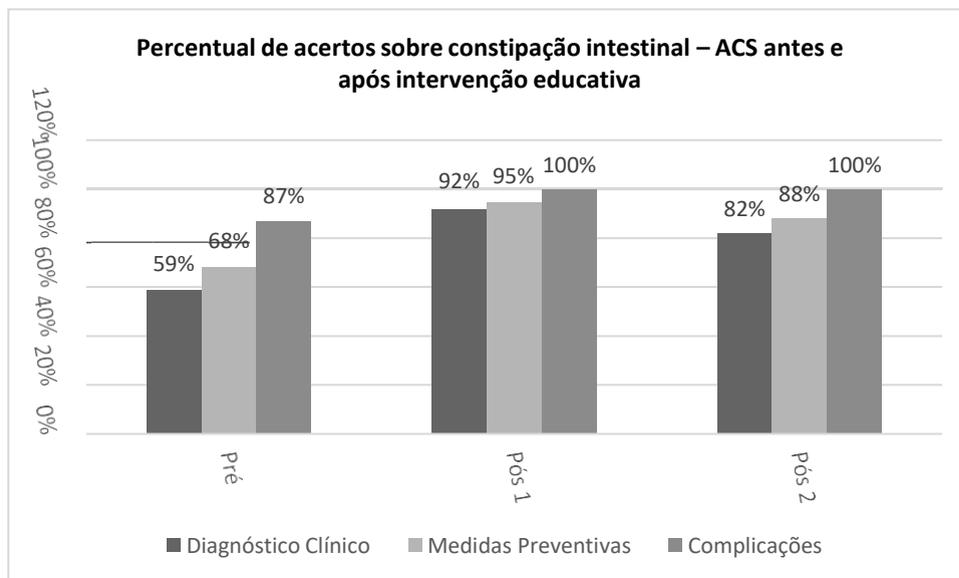


Figura 1. Percentual de acertos sobre constipação intestinal – ACS antes e após intervenção educativa.

APÊNDICE 3

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA VISITAS DOMICILIARES:
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL NA INFÂNCIA.

Referência: Medeiros, BG; Manso, JA do N; Silva, MEBS. Cartilha de orientação para visitas domiciliares: constipação intestinal funcional na infância. Faculdade Pernambucana de Saúde, 2021. [acesso em 2021 set 15]. Disponível em: <http://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/575>



**CARTILHA DE
ORIENTAÇÃO PARA
VISITAS DOMICILIARES:**

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
FUNCIONAL NA INFÂNCIA**

ELABORADORES

Bruna Góes Medeiros

Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo

Jennifer Almeida do Nascimento Manso

Maria Eduarda Benning Salgado Silva

Thaís Carine Lisboa da Silva

SUMÁRIO

- Apresentação
- Introdução
- Epidemiologia da constipação intestinal funcional na infância
- O que é constipação intestinal funcional?
- Quais são os principais sinais e sintomas?
- Como é feito o diagnóstico?
- Como é feito o tratamento?
- Agradecimentos



Olá, Agente Comunitário de Saúde!

Essa cartilha foi elaborada especialmente para você. Nela você irá encontrar informações pertinentes que auxiliará na busca ativa de casos sobre a constipação intestinal funcional na infância. O seu papel é muito importante na triagem desses casos e no direcionamento para a efetivação da prevenção, diagnóstico e consequente tratamento. Já que é uma doença muito comum nessa faixa etária.

**Contamos com vocês,
muito obrigada!**

Introdução

Constipação intestinal é uma das doenças intestinais mais comuns na infância.

Ocorre quando há eliminação de fezes endurecidas, acompanhadas ou não de dor, dificuldade ou esforço excessivo nas evacuações, comportamento de retenção, incontinência fecal por retenção ou aumento no intervalo das evacuações.

Existem diversos fatores que causam a constipação funcional (CF) em crianças. A exemplo dos hábitos alimentares, eventos estressantes, obesidade, sedentarismo, predisposição familiar e maus tratos.

O mecanismo mais comum para o seu desenvolvimento, principalmente nas menores faixas etárias, é o comportamento de retenção voluntária, que se inicia após uma evacuação dolorosa. Há um ciclo de dor e retenção fecal, comportamento em que se evita defecar devido à dor provocada pela eliminação das fezes ressecadas, que podem ficar estagnadas no cólon.

Atualmente, recomenda-se que a definição e o diagnóstico de CF na infância sejam baseados nos critérios de Roma IV. Assim, o diagnóstico é clínico, baseado em uma anamnese e exame físico. Instituir um tratamento precoce da CF é essencial para evitar que não ocorram complicações, como dor abdominal recorrente, incontinência fecal, sangramento retal e infecção ou retenção urinária.

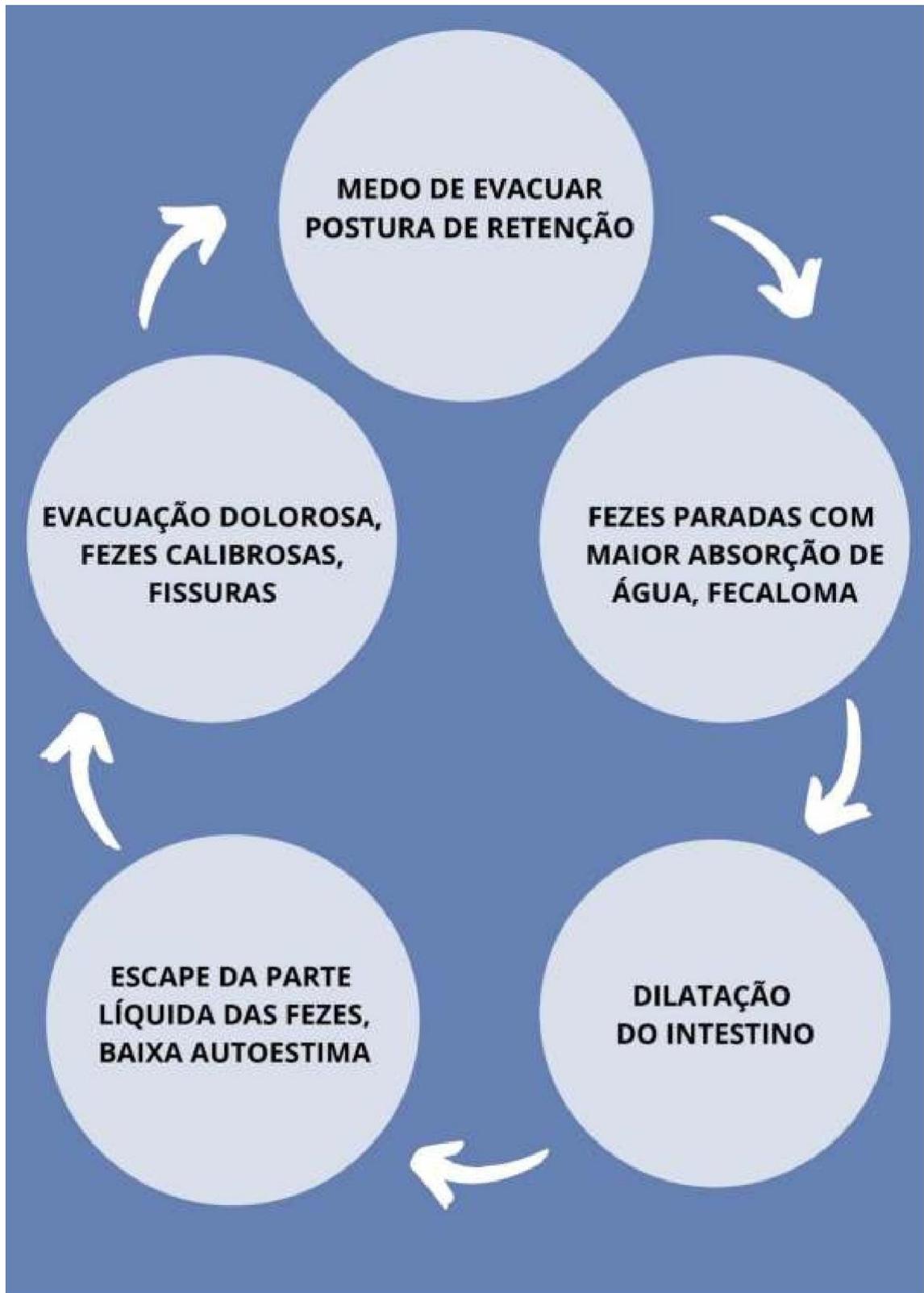
Esses agravantes podem se associar progressivamente, influir negativamente na qualidade de vida das crianças, gerar despesas para as famílias e altos custos para saúde.

Nesse contexto, é válido ressaltar que a Atenção Primária à Saúde (APS), como “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha papel fundamental na identificação e intervenção precoce dos casos.

Devido a frequência e as consequências da CF, torna-se relevante a realização da capacitação dos profissionais para facilitar a identificação dos casos de pré-escolares e escolares com CF.



**CICLO VICIOSO
DA
CONSTIPAÇÃO**



Epidemiologia da Constipação Intestinal funcional na infância

A CF funcional possui uma distribuição universal, a prevalência mundial de CF, na faixa etária pediátrica, apresentam resultados que variam entre 0,7 e 29,6%.

No Brasil, pesquisas sobre constipação intestinal apresentam uma variabilidade de 14,7 a 38,8% nas taxas de prevalência.

Estima-se que constipação intestinal seja o sintoma responsável por 3% das consultas no ambulatório de pediatria geral.

Diversos são os prejuízos psicológicos e sociais acarretados pela constipação intestinal na infância. Estima-se que 25% das crianças apresentam problemas de autoestima, isolamento social e distúrbios familiares por permanecerem com problemas intestinais até a vida adulta.

O que é constipação intestinal funcional?

Também conhecida como “prisão de ventre” ou “intestino preso”.

Constipação intestinal é o distúrbio mais comum da defecação.

Na prática, pode ser definida como a eliminação de fezes endurecidas com dor, dificuldade ou esforço ou a ocorrência de comportamento de retenção, aumento no intervalo entre as evacuações (menos que três evacuações por semana) e incontinência fecal secundária à retenção de fezes (fecaloma).

Podem ocorrer, também, dor abdominal crônica e raios de sangue na superfície das fezes em consequência de fissura anal.



Quais são os principais sinais e sintomas

- Dificuldade ou dor durante a evacuação;
- Fezes ressecadas em formato de bolinhas", ou fezes calibrosas, podendo obstruir o vaso sanitário;
- Dor abdominal, as vezes acompanhada de vômito;
- Menos de 3 evacuações por semana;
- Aumento da presença de gases com odor;
- Diminuição no apetite ou saciedade precoce;
- Perdas da parte líquidas das fezes (a criança suja as roupas íntimas com frequência);
- Irritação, isolamento ou tristeza;



Como é feito o diagnóstico?

Atualmente, recomenda-se que o diagnóstico de CF na infância seja baseado nos critérios de Roma IV.

Esse critério é dividido em duas faixas etárias: uma entre 0 e 4 anos e outra de 4 até a adolescência.

Na primeira faixa etária é preciso ter pelo menos 2 dos seguintes critérios:

- **Duas ou menos evacuações por semana;**
- **Retenção excessiva de fezes;**
- **Comportamento de retenção;**
- **História de evacuações duras ou dolorosas;**
- **Massa fecal no reto.**
- **Para as crianças com treinamento esfinteriano, existe ainda um critério adicional: pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário**

Já na segunda faixa etária, pelo menos dois dos seguintes:

- **Duas ou menos evacuações no banheiro por semana;**
- **Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;**
- **História de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes;**
- **História de evacuações dolorosas ou duras;**
- **História de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário; grande massa fecal no reto.**

- **É importante ressaltar que, para concluir o diagnóstico das crianças de qualquer faixa etária, deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável e, além disso, os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica**

Portanto, conforme preconizado pelos critérios de Roma IV, o diagnóstico de constipação intestinal funcional é clínico, baseado em uma anamnese e exame físico

Escala de Bristol

Escala de Bristol ou Escala de fezes de Bristol é uma escala médica destinada a classificar a forma das fezes em sete categorias. Auxilia no diagnóstico de Constipação Intestinal, além de ajudar a acompanhar a efetividade do tratamento.

TIPO 1

Caroços duros separados, como nozes.



TIPO 2

Na forma de salsicha mas com caroços.



Tipos 1 e 2: Trânsito intestinal lento, característico de constipação (intestino preso), falta de fibras e água.

TIPO 3

Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superfície.



TIPO 4

Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.



Tipo 3 e 4: indicam bom funcionamento, sendo o tipo 4 ideal, e o 3 possível princípio de desregulação intestinal, devido a presença de algumas rachaduras nas fezes.

TIPO 5

Caroços macios com cantos bem demarcados.



Tipo 5: Pode ser sinal de um trânsito intestinal acelerado, alimentação rica em carboidratos e gorduras. Alerta caso persista assim nas próximas ocasiões.

TIPO 6

Caroços macios com cantos rasgados.

**TIPO 7**

Totalmente líquido.



Tipo 6 e 7: indicam quadro diarreico, podendo relacionar com fatores de stress, pressão arterial elevada, intestino irritável. Fezes nesse formato apresentam alteração na absorção de água e nutrientes. Beba bastante água!

Tratamento

O tratamento da CF se baseia em pilares, sendo estes:

- **Desimpactação fecal**

- **Tratamento de manutenção**

- **Mudança comportamental**

• **DESIMPACTAÇÃO FECAL**

A impactação fecal ocorre quando há reto preenchido com fezes e massa fecal palpável, podendo ocasionar incontinência fecal por retenção.

A desimpactação é indicada após a identificação fecaloma (fezes retidas) no exame físico ou Rx e pode ser realizada por via oral ou retal.

VIA ORAL:
Polietilenoglicol

VIA RETAL:
Lavagem intestinal

• **MANUTENÇÃO**

O tratamento de manutenção deve ser iniciado quando ocorre plena desimpactação, para evitar formação de novos fecalomas.



**LAXANTE:
Polietilenoglicol**

Observação: lembrar que óleo mineral só facilita que as fezes escorreguem, mas não as amolecem e nem evita dor ao evacuar. Além de não poder ser prescrito nos 2 primeiros anos de vida.

- **MUDANÇA
COMPORTAMENTAL**

Auxilia a criança no reestabelecimento gradativo da normalidade da defecação.



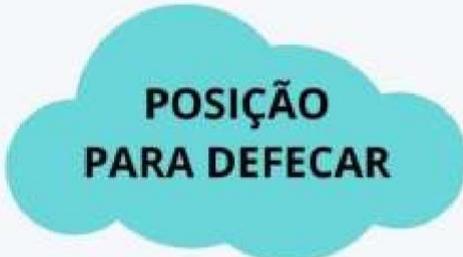
DIETA



ÁGUA



**EXERCÍCIO
FÍSICO**

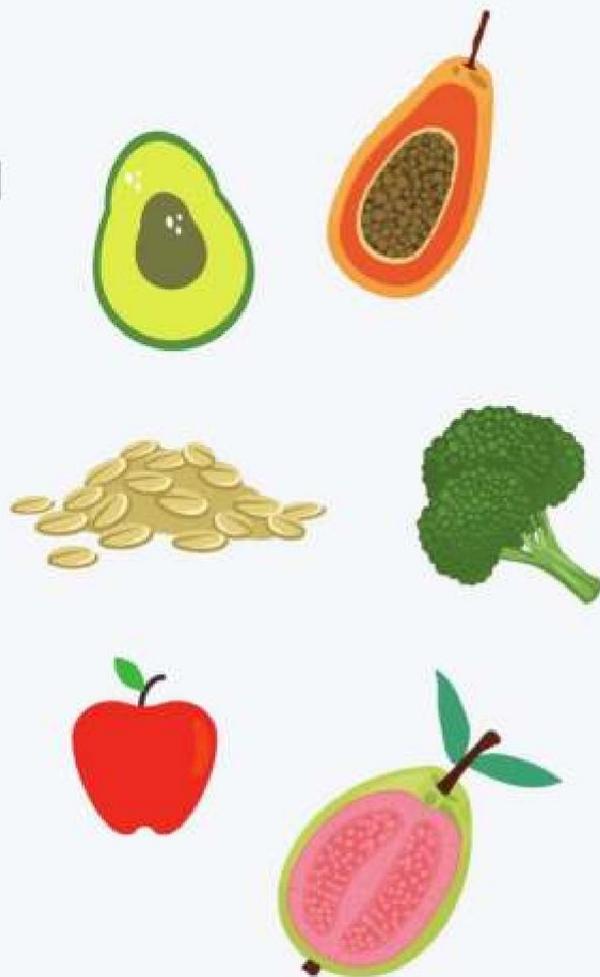


**POSIÇÃO
PARA DEFECAR**

DIETA

A dieta deve ser balanceada e rica em fibras. Alimentos ricos em fibras:

- Abacate
- Mamão
- Arroz integral
- Aveia
- Brócolis
- Chia
- Feijão preto
- Lentilha
- Goiaba
- Linhaça
- Maçã
- Pipoca



POSIÇÃO CORRETA PARA EVACUAR

Colocar um suporte abaixo dos pés das crianças para que os joelhos fiquem acima do quadril e permitindo a retificação do reto. Isso facilita a saída das fezes, evitando o esforço para evacuar e dor.



Agradecimentos

**Chegamos ao fim da
nossa cartilha.
Espero que tenha sido
de grande aprendizado
a todos.**

Obrigado!



Referências

1. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 2014;90(2):82-90.
2. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-74.
3. Vandenplas Y, Devreker T. Functional constipation in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95:1-3.
4. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ, Benninga MA. Childhood constipation as an emerging public health problem. *World J Gastroenterol*. 2016;22(30):6864-75.
5. Andreoli CS, Vieira-Ribeiro SA, Fonseca PCA, Moreira AVB, Ribeiro SMR, Morais MB et al. Eating habits, lifestyle and intestinal constipation in children aged four to seven years. *Nutr Hosp*. 2019;36(1):25-31.
6. Vieira MC, Negrelle ICK, Webber KU, Gosdal M, Truppel SK, Kusma SK. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Ver Paul Pediatr*. 2016;34(4):425-31.