

**MARLI ELISA NASCIMENTO FERNANDES**

**“VARIÁVEIS CLÍNICAS E SOCIAIS EM CRIANÇAS COM  
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL E  
SUAS RELAÇÕES COM A RESPOSTA CLÍNICA”**

**CAMPINAS**

**2008**

**MARLI ELISA NASCIMENTO FERNANDES**

**“VARIÁVEIS CLÍNICAS E SOCIAIS EM CRIANÇAS COM  
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL E  
SUAS RELAÇÕES COM A RESPOSTA CLÍNICA”**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para Obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto

**CAMPINAS**

**2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**  
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F391v      Fernandes, Marli Elisa Nascimento  
              “Variáveis clínicas e sociais em crianças com constipação intestinal  
              crônica funcional e suas relações com a resposta clínica” / Marli Elisa  
              Nascimento Fernandes. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador: Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Crianças. 2. Constipação. 3. Condições sociais. I. Da-  
Costa-Pinto, Elizete Aparecida Lomazi. II. Universidade Estadual  
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: Clinics and social variables in children with chronic constipation  
functional and its relations with clinical response**

**Keywords:** • Children  
                  • Constipation  
                  • Social condition

**Titulação: Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente**  
**Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto**  
**Prof. Dr. Nilton Carlos Machado**  
**Profa. Dra. Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antonio**

**Data da defesa: 26 - 08 - 2008**

**Banca Examinadora da Tese de Mestrado**

**Orientadora:**

**Prof.(a) Dr.(a) Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto**

**Membros:**

**1. Prof. Dr. Nilton Carlos Machado**

**2. Prof.(a) Dr.(a) Maria Angela Reis de Góes Monteiro Antonio**

**Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.**

**Data: 2008**

## ***DEDICATÓRIA***

*Dedico a DEUS que faz coisas grandes e inescrutáveis e maravilhas que não se podem contar. Ao Moisés, Priscila e Nicolas minha amada família.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

A Deus que fez seres humanos com a capacidade de aprender a cada dia, com O qual compartilhei nas orações diárias para ter inspiração.

À minha orientadora Profa. Dra. Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto por sua singeleza e profissionalismo, pois com seu dinamismo incentivou a prosseguir no conhecimento, sempre procurando oferecer o seu melhor saber a fim de que eu pudesse atingir este objetivo.

As Professoras. Dra. Maria de Lourdes Zanolli e Dra. Maria Ângela Reis de Goes Monteiro Antonio da Pediatria Social que ofereceram sugestões preciosas e contribuíram para o êxito deste trabalho.

A Profa. Dra. Maria Virgínia Rigueti Camilo incansável batalhadora pelo conhecimento no social e a todos os colegas do Serviço Social de Enfermaria os quais convivo dia a dia no Hospital de Clínicas da UNICAMP.

A Simone Cristina Ferreira do Centro de Investigação em Pediatria-CIPED FCM-UNICAMP pelo apoio e atenção desde o início desta caminhada.

A amiga Márcia Regina Banin nutricionista da Enfermaria de Pediatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP pelo incentivo desde o início.

A Residente Daniele Menezes por sua amizade com quem pude compartilhar oportunidades de conhecimento científico.

Aos familiares das crianças que voluntariamente participaram deste estudo sem os quais seria impossível a conclusão deste trabalho.

A minha mãe Anice Mathias Nascimento que me ensinou a enfrentar os desafios da vida e nunca desistir dos meus objetivos.

As minhas irmãs Cláudia Aparecida Nascimento Jacinto e a Luci Mary Aparecida Nascimento Miranda com as quais sempre compartilhei a alegria de conquistar objetivo na carreira profissional.

A minha tia Sueli Aparecida Mathias a qual também me espelhei para buscar inspiração.

*“Ensine a criança no caminho que deve andar e ainda  
quando for velho não se desviará dele.*

*Provérbios de Salomão*

## *SUMÁRIO*

---

<b>RESUMO</b> .....	xiv
<b>ABSTRACT</b> .....	xvi
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	22
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	32
<b>RESULTADOS</b> .....	34
<b>DISCUSSÃO</b> .....	49
<b>CONCLUSÃO</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63
<b>ANEXOS</b> .....	72
<b>Anexo 1-</b> Questionário .....	73
<b>Anexo 2-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
<b>Anexo 3-</b> Protocolo do Estudo.....	77
<b>Anexo 4-</b> Evolução Clínica de pacientes constipados.....	78
<b>APÊNDICES</b> .....	79
<b>Apêndice 1 -</b> Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética para pesquisa com seres humanos.....	80

## ***LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS***

---

<b>CFC</b>	Constipação Funcional Crônica
<b>DRS VII</b>	Departamento Regional de Saúde VII
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>HC</b>	Hospital de Clínicas
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>PNAS</b>	Programa Nacional de Assistência Social
<b>SAME</b>	Serviço de Arquivo Médico
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

## *LISTA DE TABELAS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Tabela 1-</b> Distribuição da resposta ao tratamento da constipação.....	<b>34</b>
<b>Tabela 2-</b> Características dos pacientes.....	<b>35</b>
<b>Tabela 3-</b> Características do cuidador.....	<b>36</b>
<b>Tabela 4-</b> Características relativas a adesão ao tratamento.....	<b>37</b>
<b>Tabela 4.1-</b> Características relativas a adesão ao tratamento (continuação)....	<b>38</b>
<b>Tabela 5-</b> Distribuição das frequências de categorias da variável seguimento às orientações terapêuticas.....	<b>42</b>
<b>Tabela 6-</b> Distribuição da idade da criança no primeiro atendimento por constipação na Unidade Básica de Saúde.....	<b>44</b>
<b>Tabela 7-</b> Distribuição da idade de início da constipação intestinal da criança.....	<b>45</b>

<b>Tabela 8-</b>	Distribuição de frequências da variável presença de retardo na eliminação do mecônio da criança.....	<b>45</b>
<b>Tabela 9-</b>	Distribuição de frequências da variável aparecimento da constipação intestinal na criança após a introdução de fórmulas lácteas.....	<b>46</b>
<b>Tabela 10-</b>	Distribuição de frequência da informação do cuidador quanto à procedência.....	<b>46</b>
<b>Tabela 11-</b>	Distribuição dos pacientes de acordo com a resposta ao tratamento e o número de recidivas.....	<b>47</b>

## *LISTA DE FIGURAS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Figura 1 -</b> Distribuição das categorias da variável escolaridade do cuidador.....	<b>39</b>
<b>Figura 2 -</b> Distribuição da informação do cuidador sobre a importância da ingestão da fibra alimentar.....	<b>40</b>
<b>Figura 3 -</b> Distribuição da informação do cuidador se aprecia ou não consumo de fibras alimentares.....	<b>41</b>
<b>Figura 4 -</b> Distribuição da informação do cuidador sobre seguimento das orientações terapêuticas.....	<b>43</b>

# **RESUMO**

Nas crianças com constipação, garantir a adesão às orientações terapêuticas representa um desafio para o pediatra. Em estudos internacionais sobre tratamento da constipação, a recuperação dos pacientes pediátricos ocorre em tempo menor que o visto em pacientes acompanhados num serviço terciário no Brasil.

Foi realizado estudo observacional, com desenho transversal e descritivo, sendo elegíveis todos os pacientes com diagnóstico de constipação intestinal crônica grave, em acompanhamento no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período fevereiro de 2004 a fevereiro de 2007. Os responsáveis cuidadores de 75 pacientes foram entrevistados e a resposta ao tratamento, identificada pelos dados anotados pelos médicos nos prontuários, foi estudada com base em presença de associação a variáveis clínicas e sociais. A resposta ao tratamento foi categorizada em abandono, favorável e desfavorável.

Em 49% dos pacientes, a resposta ao tratamento foi definida como favorável, 14,7% abandonou o serviço e 36% foram categorizados em resposta desfavorável. Não houve associação significativa da variável resposta ao tratamento da constipação em relação à escolaridade do cuidador, informação prestada pela mãe e/ou responsável à respeito da importância do uso de fibra alimentar; consumo de fibras alimentares pela criança, se apreciava fibras, idade da criança no primeiro atendimento, idade de início da constipação, retardo na eliminação de mecônio e início da constipação quando da introdução de fórmulas artificiais.

Relato de seguimento de todas as orientações terapêuticas foi significativamente associado à resposta favorável ( $p=0,019$ ), assim como a menor média no número de recidivas ( $p=0,00$ ).

Nesse grupo de pacientes, as características clínicas e o número de recidivas estudadas se associaram ao tipo de resposta ao protocolo de tratamento. As condições sociais dos pacientes indicam a necessidade de acompanhamento clínico que identifique e considere possíveis situações de vulnerabilidade social.

**Palavras-chave: crianças, constipação, condição social.**

# **ABSTRACT**

In children with constipation, treatment adherence is a challenge for pediatricians. International studies on constipation therapy report higher success rates than those found in a Brazilian pediatric tertiary care unit.

A cross-sectional and descriptive study was conducted in patients followed up in an outpatient clinic of pediatric gastroenterology at Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), from February 2004 to February 2007. Parents of 75 patients were interviewed regarding on social and clinical variables. Clinical outcome was defined as successful or unsuccessful according patient's charts during follow up.

Patient's outcome was categorized as successful in 49% of children, 14.7% patients abandoned treatment and 36% were classified as unsuccessful evolution. There was no significant association between patient's evolution and following social variables: mothers' education level, income by person, patient's dietary fiber ingestion, family dietary fiber appreciation, age of constipation first symptoms, constipation duration, delay in meconium elimination, and constipation beginning with artificial formula administration.

Reference of adherence to all clinical recommendations ( $p=0.019$ ) and fewer number of relapse episodes ( $p<0.000$ ) were associated to successful evolution.

In this group of patients, most clinical characteristic the number relapse episodes were associated to clinical outcome; social conditions indicated a vulnerable condition that should be considered in functional constipation management.

**Keywords: child, constipation, social condition.**

# **INTRODUÇÃO**

A constipação intestinal grave complicada com mega-reto e escape fecal em crianças é doença crônica, com prevalência similar em todo o mundo. Esta condição constitui o motivo de 25% das consultas com especialistas em gastroenterologia pediátrica e, como nas demais condições crônicas, garantir adesão às orientações médicas representa um desafio para o clínico (Comas, 2005 e Fiese et al., 2006).

Serviços terciários atendem mais frequentemente aos casos de CFC em que se estabeleceram complicações da doença. Nesses casos, tem sido demonstrado que a CFC é um problema que interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (Kinservik, 2005; Faleiros et al., 2006; Hambleton et al., 2006 e Machado et al., 2007).

A baixa aderência dos pacientes às prescrições terapêuticas é uma barreira freqüentemente identificada na abordagem de doenças crônicas (Leickly et al., 1998).

A baixa adesão por parte do paciente ou da família cuidadora foi associada a fatores como alto custo dos medicamentos, sobrecarga diária de regime alimentar, negligência, desconfiança a cerca da eficácia do tratamento, dentre outros (Petkova, 2004). Informações farmacológicas insuficientes prestadas a pacientes que utilizaram diversos medicamentos foi também associada à descontinuidade do tratamento. A taxa de variação do nível de aderência ao tratamento entre pacientes na Bulgária foi de 50% a 92%, dependendo do tipo de doença crônica e da faixa etária dos pacientes (Petkova, 2004).

Dimateo (2004) considerou, como possível causa da baixa aderência ao tratamento clínico das doenças crônicas, comunicação inacessível do médico para o paciente. Outros estudos indicaram que a baixa adesão nas doenças crônicas estava associada ao uso prolongado de medicamentos e os efeitos colaterais das medicações (Iihara et al., 2004). De acordo com os resultados encontrados por Wahl et al. (2005), são várias as causas de baixa aderência dos pacientes às terapias clínicas, muitas vezes associadas à demora na definição do diagnóstico clínico e conseqüentemente dificuldade para encaminhamento dos pacientes a serviços de referência. A decisão do próprio paciente em não seguir as recomendações prescritas também foi descrita.

A preferência por dieta com predomínio de farináceos e a dificuldade em inserir fibras foram identificadas como fatores de risco para o insucesso terapêutico da CFC em crianças (Inan et al., 2007).

De acordo com Mattosinhos et al., 2006 e Roozbeh et al., 2008, o status socioeconômico das famílias de crianças deve ser observado na condução do tratamento de doenças crônicas. Este fator foi também relacionado nas investigações de Quadros (2004) e Costan et al.,(2006).

Nas doenças funcionais, como a CFC, a situação da dificuldade de aderência pode ser até mais prevalente devido à falta de sinais clínicos visíveis que estimulariam a busca pela melhora do quadro clínico (Leickly et al., 1998).

Chaney (1989) verificou, em estudos envolvendo crianças com CFC, que as famílias freqüentemente suspendiam as medicações prescritas assim que cessavam os escapes fecais. Neste caso, a baixa escolaridade da família cuidadora pode também estar associada à não adesão (Gordillo, 1999).

Outra associação referida para a baixa adesão da CFC em crianças é a concepção do médico, nos primeiros atendimentos da criança, que muitas vezes considera as informações da mãe sobre os sintomas da criança como um sintoma trivial e que desaparecerá gradualmente com o crescimento da criança. Esta condição de “sintoma trivial” não tem confirmação científica (Clauden et al., 1991; Elshimy et al., 2000 e Farrell et al., 2003).

Entre as condições sócio-demográficas, as dificuldades de domicílio com banheiro adequado foram apontadas por Elshimy et al. (2000) e Mattosinhos et al. (2006) como importante para a recidiva dos sintomas da CFC que se inicia no período de treinamento de vaso sanitário (Mc Ginley, 2001).

Em se tratando da condição de vida das famílias do ponto de vista social, a doença crônica leva a problemas na dinâmica social das famílias e da criança. Pode interferir na vida escolar e dos pais, quando têm que faltar do trabalho para comparecer a consulta médica da criança. O monitoramento do hábito intestinal e do uso da medicação laxativa da criança e a atenção às dificuldades das famílias foram destacados como um importante aliado na adesão ao tratamento (Farrell et al., 2003 e Mc Donald, 2004).

Sucesso terapêutico no tratamento clínico da CFC foi associado, em estudos anteriores publicados van der Plas et al., 1997 e Worton, 2000, e ao investimento nas ações educativas oferecidas às famílias de crianças constipadas.

As dificuldades no diagnóstico, tratamento e manejo domiciliar da CFC em crianças são temas comuns na literatura. O tratamento adequado realizado precocemente é importante (Felt 1982; Goh et al., 2001).

O tempo de tratamento da CFC em crianças atendidas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, que é um hospital de nível terciário, se estende a uma média de 3 anos, além disso após a recuperação dos sintomas dessas crianças, freqüentemente ocorrem recaídas pela falta de aderência ao tratamento (Same 2002). Em pesquisas internacionais recentes, conduzidas em serviços terciários de atenção à criança, os resultados favoráveis são obtidos num tempo menor (van den Berg et al., 2005). Neste estudo holandês, a evolução bem sucedida em crianças constipadas foi associada ao tempo de doença inferior a três meses, antes da apresentação à clínica de gastroenterologia, 79% dessas crianças apresentavam resposta favorável, sem uso de laxativos após 6 meses de seguimento, em contraste com 31 % das crianças maiores que procuraram ajuda médica com mais de 3 meses de duração das queixas ( $p < 0,002$ ).

A resposta favorável ao tratamento, com recuperação em tempo inferior a 12 meses, foi associada à CFC com menor duração nos achados de Ginkel et al., 2003 e Catto, 2005 e, relacionada à intervenção clínica precoce e melhor tratamento pela família.

O presente estudo teve como objetivo avaliar as condições clínicas e sociais associadas a crianças com CFC e suas relações com o tipo de resposta ao tratamento da doença.

## **CASUÍSTICA E MÉTODOS**

## **2.1 - Desenho do Estudo**

Estudo transversal, descritivo que objetivou identificar possíveis associações entre variáveis clínicas e sociais e a evolução clínica do tratamento da CFC.

## **2.2 – Critérios de Elegibilidade**

Foram incluídos crianças e adolescentes portadores de CFC, com diagnóstico definido com base na proposta sugerida pelo Boston Working Group, associada ao critério de Roma II (Hyams et al., 2002; Drossman et al., 2006 e Rasquim et al., 2006), na faixa etária de 30 dias até 18 anos em acompanhamento no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Para inclusão no estudo, os familiares cuidadores ou responsáveis pelo paciente aceitaram participar da pesquisa e assinaram o consentimento livre e esclarecido (Anexo II).

## **2.3 - Critérios de Exclusão**

Foram excluídos, com base na avaliação dos prontuários médicos, os pacientes que apresentavam doenças associadas à CFC ou retardo do desenvolvimento neuropsicomotor.

## **2.4 - Descrição do Local de Trabalho**

Os pacientes encaminhados ao HC-UNICAMP são agendados pela Central de Regulação de Vagas do Departamento Regional de Saúde – DRS VII de Campinas, que engloba 42 cidades para os quais o HC-UNICAMP é o hospital de referência. No ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica são atendidas crianças e adolescentes

portadores ou com suspeita de doenças do trato gastrointestinal. O atendimento é realizado por médicos residentes, sob supervisão dos docentes da área de Gastropediatria em 4 salas, 2 vezes por semana, durante ½ período.

Os familiares cuidadores dos pacientes eleitos para o presente estudo foram entrevistados sobre as condições sociais das famílias e sobre o cuidado e tratamento da CFC da criança, (Anexo 1) antes da consulta médica pelo pesquisador no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do HC-UNICAMP. Os dados referentes ao acompanhamento e evolução clínica foram obtidos pela análise periódica dos prontuários médicos, registrando-se a data da consulta, as orientações terapêuticas, dosagem dos laxativos e orientação para consumo de fibra alimentar, por um período de 12 meses a contar da 1ª. consulta no ambulatório de especialidade (Anexos III e IV).

## **2.5 - Variáveis**

### **2.5.1 - Variável Dependente**

Foi avaliada a resposta ao protocolo de tratamento da CFC, dividida em 3 categorias:

#### **2.5.1.1 - Abandono do Tratamento**

Refere-se aquele paciente que, antes de qualquer tipo de melhora identificável, abandonou o tratamento.

#### **2.5.1.2 - Resposta Favorável ao Tratamento**

Refere-se ao paciente com a evolução clínica favorável, identificada por diminuição sempre progressiva da dose de laxativo, com ou sem alguma recidiva ou recaída nos primeiros três meses do tratamento.

### **2.5.1.3 - Resposta Desfavorável ao Tratamento**

Refere-se ao paciente com a evolução clínica desfavorável que apresentou mais que uma internação, mais que uma recidiva (que tenha acontecido além do 3º mês de seguimento) ou não apresentou melhora caracterizada por redução sempre progressiva da dose de laxativo, com pelo menos 12 meses de acompanhamento.

## **2.5.2 - Variáveis Independentes**

As variáveis estudadas foram divididas em 3 grupos: 1) clínicas, 2) sociais do cuidador, da família e da criança e 3) do tratamento da criança.

### **2.5.2.1 - Variáveis Clínicas:**

#### **- Gênero**

#### **- Procedência**

Foram consideradas as informações referidas pela mãe e/ou cuidador responsável pelo paciente e agrupada como: procedente de Campinas, Municípios da região do Estado de São Paulo ou de outros Estados da Federação.

#### **- Idade de Início da Constipação Intestinal**

A informação foi recordatória e referida pela mãe e/ou cuidador responsável. Essa variável foi agrupada em: < 2 anos e > 2 anos.

#### **- Idade no 1º Atendimento por Queixa de Constipação na UBS ou Outro tipo de Atendimento.**

A informação foi recordatória e referida pela mãe e/ou cuidador responsável. Essa variável foi agrupada em: < 2anos e > 2 anos.

**- Aparecimento da Constipação Intestinal na criança relacionado à Introdução de Fórmulas Lácteas.**

A informação foi recordatória e referida pela mãe e/ou cuidador responsável. Essa variável foi de resposta dicotômica: sim, não.

**- Retardo na Eliminação do Mecônio**

Informação recordatória, definida como eliminação de mecônio apenas após as primeiras 48 horas de vida. Essa variável foi de resposta dicotômica: sim, não.

**- Uso Pregresso Medicação Laxativa**

A informação referida pela mãe e/ou responsável cuidador sobre o uso de quaisquer medicamentos laxativos anteriores à consulta no HC/UNICAMP. Essa variável foi de resposta dicotômica: sim, não.

**- Duração da Queixa até o 1<sup>o</sup> Atendimento no Serviço Terciário**

Informação obtida mediante a informação da mãe e/ou responsável que incluiu o tempo entre a duração da queixa até o encaminhamento ao serviço terciário. Essa variável foi agrupada em: < 2 anos e >2 anos.

**- Fibras Consumidas pela Criança**

Informação a respeito do uso de fibras no dia a dia da criança, conforme prescrito pelo médico gastropediatra. Esta resposta foi agrupada como: 1) pipoca, farelo de trigo, 2) arroz e feijão, 3) cereais e 4 ) frutas.

### **2.5.2.2 - Variáveis Sociais do Cuidador**

**- Grau de Parentesco**

Informação obtida mediante a informação da mãe e/ou responsável e confirmada no prontuário do paciente.

### **- Escolaridade**

Variável categorizada em analfabeto funcional, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. O agrupamento dessa variável foi realizado de maneira a considerar a funcionalidade do grau de escolaridade do cuidador de acordo com os parâmetros do IBGE, 2004 e foi realizada a análise estatística da relação entre a escolaridade e a resposta ao tratamento.

### **- Renda Familiar *per capita***

A renda per capita foi definida como o valor que resultava da divisão da renda familiar mensal por quantos se beneficiavam dela. Após a coleta de dados o agrupamento desta variável foi realizado em faixas de renda “*per capita*”: 1) < 1 salário mínimo,  $\leq$  1 salário mínimo, >1 e  $\leq$  2 salários mínimos,  $\geq$  3 salários mínimos (IBGE,2004) e foi realizado a análise descritiva.

### **- Tipo de Domicílio e Infra-Estrutura**

Informação obtida na entrevista com mãe e/ou responsável sobre o tipo de moradia em que viviam, foi agrupada como: 1) própria 2) alugada e 3) cedida por terceiros. A variável infra-estrutura foi categorizada por existência de instalação de luz elétrica e sanitária e sem essa infra-estrutura.

### **- Número de Pessoas na Família**

A família foi considerada como pais e irmãos residentes no mesmo domicílio incluindo os membros agregados a família. O agrupamento desta variável foi: 1) Até 3 pessoas, 2) de 4 a 5 pessoas e > 6 pessoas.

### **- Tipo de Organização da Família**

A informação obtida da mãe e/ou responsável cuidadores sobre o tipo de família foi categorizada como: família nuclear com ou sem laços legais, família monoparental, família substituta.

### **2.5.2.3 - Variáveis do Tratamento da CFC**

#### **- Família se sente informada sobre o Diagnóstico da Criança**

Informação obtida da mãe e/ou responsável se havia sido informada sobre o diagnóstico da CFC. Essa variável foi de resposta dicotômica: sim, não.

#### **- Papel da Fibra no tratamento**

Informação obtida sobre o benefício da fibra para o tratamento da criança. Essa variável foi agrupada como: muito, pouco, não faz idéia.

#### **- Importância da Alimentação com Fibra em casa**

Informação dada pela mãe e/ou responsável se considerava importante ou não a alimentação do paciente com fibras.

#### **- Dificuldades para seguir as Orientações Médicas em casa**

Informação obtida na entrevista sobre as dificuldades encontradas pela mãe e/ou responsável sobre seguimento das orientações terapêuticas do tratamento da CFC. Esta variável foi agrupada como: financeira (desemprego, falta dinheiro), falta de dispensação da medicação na unidade básica de saúde, a criança não aceita a dieta, problema emocional da criança (referida pela família e/ou cuidador), não teve problema.

#### **- Família entendeu a Explicação do Médico**

Informação relatada pela mãe e/ou responsável em resposta se, durante a explicação da doença pelo médico, foi possível compreender as informações relativas ao tratamento. A resposta desta variável foi dicotômica: sim ou não.

#### **- Família Gosta de Fibras nas Refeições**

Informação dada pela mãe e/ou responsável se apreciavam alimentos à base de fibras. A resposta foi dicotômica: sim ou não.

### **- Treinamento de Vaso Sanitário da criança**

Informação referida pela mãe e/ou responsável se fizeram o treino de vaso sanitário da criança em casa. Não está relacionado ao controle de esfíncter. Este treinamento faz parte do seguimento do tratamento da CFC em casa para estimular o movimento intestinal da criança. Foi categorizada de maneira dicotômica: sim ou não.

### **- História Familiar de CFC**

Informação recordatória e referida pela mãe e/ou cuidador responsável sobre ter ou não algum familiar com CFC. A resposta foi dicotômica: sim ou não

### **-Orientação recebida na 1ª. Consulta da Criança**

Informação recordatória e referida pela mãe e/ou responsável sobre orientações médicas recebidas na primeira consulta da criança. As variáveis foram agrupadas como: a doença não é grave, a criança foi encaminhada, o médico solicitou retorno.

### **- Providência ao saber da Doença**

Informação da mãe e/ou responsável sobre que providência tomou ao saber da doença do paciente. Esta variável foi agrupada como: procurou atenção médica e não procurou.

### **- Recomendação Terapêutica**

Informação da mãe e/ou responsável se realizou as recomendações terapêuticas em casa que constituiu de: aumento de ingestão líquida, treino de vaso sanitário, consumo de fibras e uso de laxativos. Esta variável foi agrupada: como não fez, sim fez todas as orientações, algumas orientações.

### **- Importância do Laxativo para Tratamento da CFC**

Informação da mãe e/ou responsável sobre a importância do medicamento laxativo para o tratamento da CFC. A variável foi agrupada de maneira dicotômica: sim ou não.

### **- Rotina de Refeição**

Informação da mãe e/ou responsável se havia rotina de refeição da criança.

A variável foi de resposta dicotômica: sim ou não.

### **- Número de Recidivas**

Informação obtida pela análise do prontuário médico para verificação do número de recidivas no período de acompanhamento dos pacientes.

## **2.6 - Coleta de Dados**

### **2.6.1 - Protocolo do Estudo**

Inclui as variáveis anteriormente descritas e foi constituído pelas seguintes partes:

1. Questionário com perguntas estruturadas e não estruturadas (Anexo I)
2. Termo de Consentimento livre e esclarecido. (Anexo II)
3. Protocolo do estudo da CFC, cujas informações foram obtidas por meio do prontuário médico. (Anexo III)
4. Evolução clínica dos pacientes. (Anexo IV)

A entrevista foi realizada na data de consulta do paciente e previamente à consulta médica, tendo como critério a ordem de chegada da família ou responsável para atendimento da criança no ambulatório de gastropediatria. O questionário foi aplicado por meio de entrevista pessoal. Os dados foram armazenados no programa SPSS versão 10.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA).

## **2.7 - Tamanho da Amostra**

Foram entrevistados e incluídos no estudo todos os pacientes com CFC atendidos no ambulatório de gastropediatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP que completassem 12 meses de atendimento ininterrupto no período de coleta de dados fevereiro/2004 a fevereiro/2007. Casos novos no serviço foram incluídos desde que tivessem previsão de acompanhamento mínimo de 12 meses até junho 2007.

## **2.8 - Análise Estatística**

Foram utilizadas tabelas de frequências para as variáveis categóricas e casuísticas descritiva dos dados dos pacientes, dos cuidadores e do tratamento.

Para verificar se existia associação entre as variáveis categóricas com relação à evolução clínica dos pacientes foi utilizado o teste exato de Fisher.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja,  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

O programa utilizado para análise dos resultados foi o SPSS para Windows versão 10.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA).

## **ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP sem restrições (parecer número028/2004 – Apêndice I).

# **RESULTADOS**

## 4.1 - Resultados

### 4.1.1 Análise Descritiva da Casuística

Foram entrevistados os cuidadores de 75 crianças constipadas atendidas no Ambulatório de Gastropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A média de idade das crianças foi de  $7,92 \pm 3,8$  anos e a média de idade no início da CFC foi  $18,3 \pm 1,2$  meses. Predominaram em relação ao gênero: 57/75 as crianças do sexo masculino. A variável dependente resposta ao tratamento é apresentada na tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição da resposta ao tratamento da CFC, observada em 75 pacientes.

com CFC, atendidos em serviço terciário especializado.

<b>Resposta ao tratamento</b>	<b>N=75</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Abandono do tratamento	11	14,7
Favorável	37	49,3
Desfavorável	27	36,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

As características do paciente e cuidador são apresentadas nas tabelas: 2, 3, 4 e 4.1.

**Tabela 2** – Características dos Pacientes.

DESCRIÇÃO DOS PACIENTES	PORCENTAGEM	
	N = 75	%
<b>Gênero</b>		
- Feminino	18	24,0
- Masculino	57	76,0
<b>Procedência</b>		
- Campinas	16	21,3
- Municípios da Região	52	69,3
- Outros Estados da Federação	7	9,3
<b>Idade de início da constipação</b>		
< 6 meses	35	46,7
> 6 meses	7	9,3
> 2 anos	33	44,0
<b>Constipação iniciada com o uso de fórmula láctea</b>		
- Sim	55	73,3
- Não	20	26,7
<b>Retardo na eliminação do mecônio</b>		
- Não	37	49,3
- Sim	38	50,7
<b>Idade no 1º atendimento, por constipação, na UBS</b>		
Até 30 dias < 6 meses	10	13,4
> 6 meses – 2 anos	7	9,3
> 2 anos	58	77,3
<b>Uso pregresso medicação laxativa</b>		
- Sim	66	87,0
- Não	9	13,0
<b>Duração da queixa até 1º consulta no Serviço 3<sup>ário</sup></b>		
< 6 meses	12	16,0
> 6 meses	10	13,3
1 ano	6	8,0
> 2 anos	47	62,7
<b>Fibras consumidas pela criança</b>		
- Pipoca, farelo de trigo	45	60,0
- Arroz e feijão	12	16,0
- Cereais	7	9,3
- Frutas	10	14,7
<b>Resposta ao tratamento</b>		
- Abandono	11	14,7
- Favorável	37	49,3
- Desfavorável	27	36,0

#### 4.1.2 Dados Descritivos dos Cuidadores.

Tabela 3 – Características do Cuidador

DESCRIÇÃO DO CUIDADOR	PORCENTAGEM	
	N = 75	%
<b>Grau de parentesco com o paciente</b>		
- Mãe	67	89,0
- Responsável	08	11,0
<b>Escolaridade</b>		
- Analfabeto funcional	13	17,3
- Fundamental	37	49,3
- Médio	21	28,0
- Superior	4	5,3
<b>Renda familiar <i>per capita</i></b>		
< 1 salário mínimo	15	20,0
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	40	53,0
> 3 salários mínimos	20	27,0
<b>Infra-estrutura domiciliar</b>		
Luz elétrica e sanitária	64	86,0
Sem infra-estrutura	11	14,0
<b>Tipo de domicílio</b>	9	12,0
Alugado	31	41,0
Próprio	35	47,0
Cedido por terceiros		
<b>Número de Membros na família</b>		
≤ 3 pessoas	15	20,0
Entre 4 e 5 pessoas	49	65,0
≥ 6 pessoas	11	15,0
<b>Organização familiar</b>		
Família nuclear com ou sem laços legais	54	72,0
Família monoparental	16	22,0
Família substituta	5	6,0

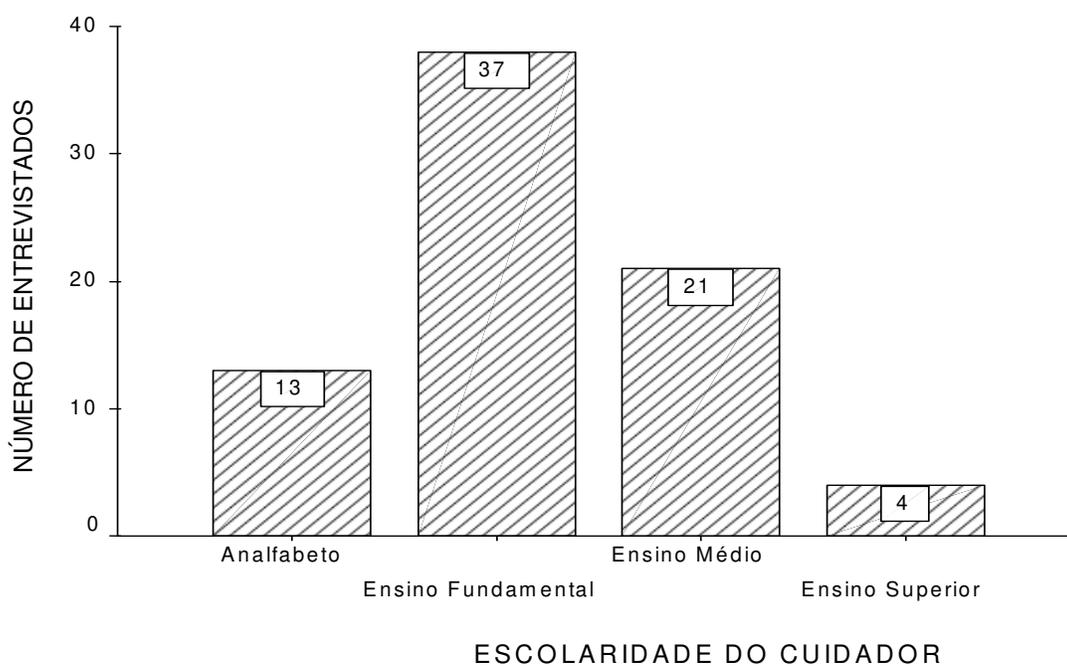
**Tabela 4** – Características relativas à Adesão ao Tratamento.

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO	PORCENTAGEM	
	N = 75	%
<b>Conhecimento do diagnóstico</b>		
- Sim	66	88,0
- Não	9	12,0
<b>Importância da fibra alimentar no tratamento</b>		
- Muito Importante	48	64,0
- Pouco importante	21	28,0
- não importante	6	8,0
<b>Dificuldades para seguir o tratamento</b>		
- Financeira	16	21,0
- Falta dispensação da medicação na UBS	20	27,0
- Criança não aceita a dieta	27	36,0
- Problema emocional da criança	3	4,0
- Não tem problema	9	12,0
<b>Compreensão da explicação médica</b>		
- Não	28	37,3
- Sim	47	62,7
<b>Família gosta de fibra nas refeições</b>		
- Não	29	38,7
- Sim	46	61,3
<b>Família segue as orientações do tratamento em casa</b>		
- Não	10	13,3
- Sim	26	34,7
- Algumas	39	52,0

**Tabela 4.1 – cont.** Características relativas à Adesão ao Tratamento.

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO	PORCENTAGEM	
	N = 75	%
<b>Treinamento de uso do vaso sanitário</b>		
- Não	44	58,7
- Sim	31	41,3
<b>História familiar de constipação</b>		
- Não	36	48,0
- Sim	39	52,0
<b>Orientação na primeira consulta</b>		
- doença não é grave	29	39,0
- encaminhamento	29	39,0
- solicitou retorno	17	22,0
<b>Providência ao saber da doença da criança</b>		
- Procurou atenção médica	64	85,3
- Não procurou	11	14,7
<b>Recomendação terapêutica</b>		
- Medicação	10	13,3
- Medicação e Fibras	54	72,0
- Somente Fibras	11	14,7
<b>Rotina de refeição</b>		
- Não tem	21	28,0
- Sim	54	72,0
<b>Importância do laxativo para tratamento</b>		
- Importante	54	72,0
- Não importante	21	28,0

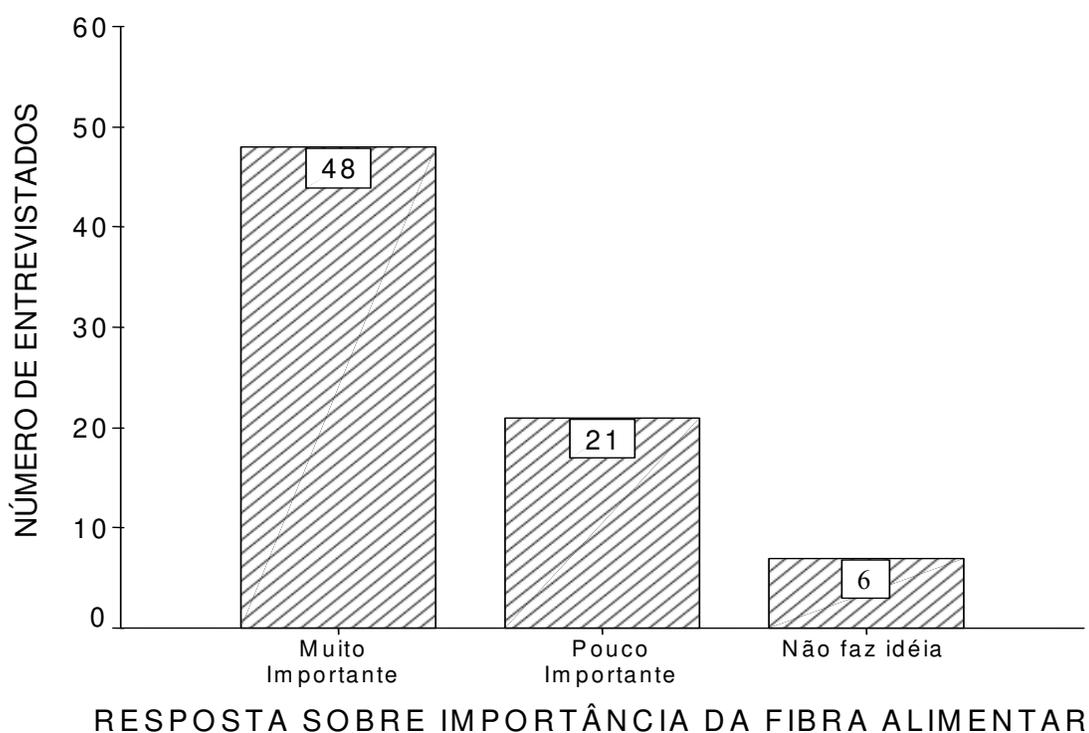
#### 4.1.3 - Análise das Associações entre Variável Dependente Resposta ao Tratamento e Variáveis Independentes.



**Figura 1** - Distribuição das categorias da variável escolaridade do cuidador de 75 pacientes com CFC, atendidos em ambulatório especializado de hospital terciário.

Quando se verificou a presença de associação entre a resposta ao tratamento e a escolaridade do cuidador, a categoria desfavorável não esteve relacionada com a categoria ensino fundamental incompleto ou analfabetismo, não havendo associação estatística, **p=0,169**.

Em relação à resposta do cuidador sobre a importância da ingestão de fibras alimentares pela criança, 48/75 cuidadores consideraram muito importante, 21/75 cuidadores consideraram de pouca importância e 6/75 cuidadores responderam que não tinham idéia a respeito do consumo de fibras pela criança, os dados são apresentados na figura 2.



**Figura 2** – Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, sobre a importância da ingestão da fibra alimentar.

A pesquisa de associação entre a variável resposta ao tratamento e a informação prestada pelo cuidador sobre a importância no uso de fibra alimentar não apresentou significância estatística. **p=0,104**.

Em relação à informação prestada pelos cuidadores se apreciavam consumir fibras alimentares, 46/75 cuidadores responderam favoravelmente, enquanto 29/75 referiram que não apreciavam consumir fibras alimentares, os dados seguem na figura 3.



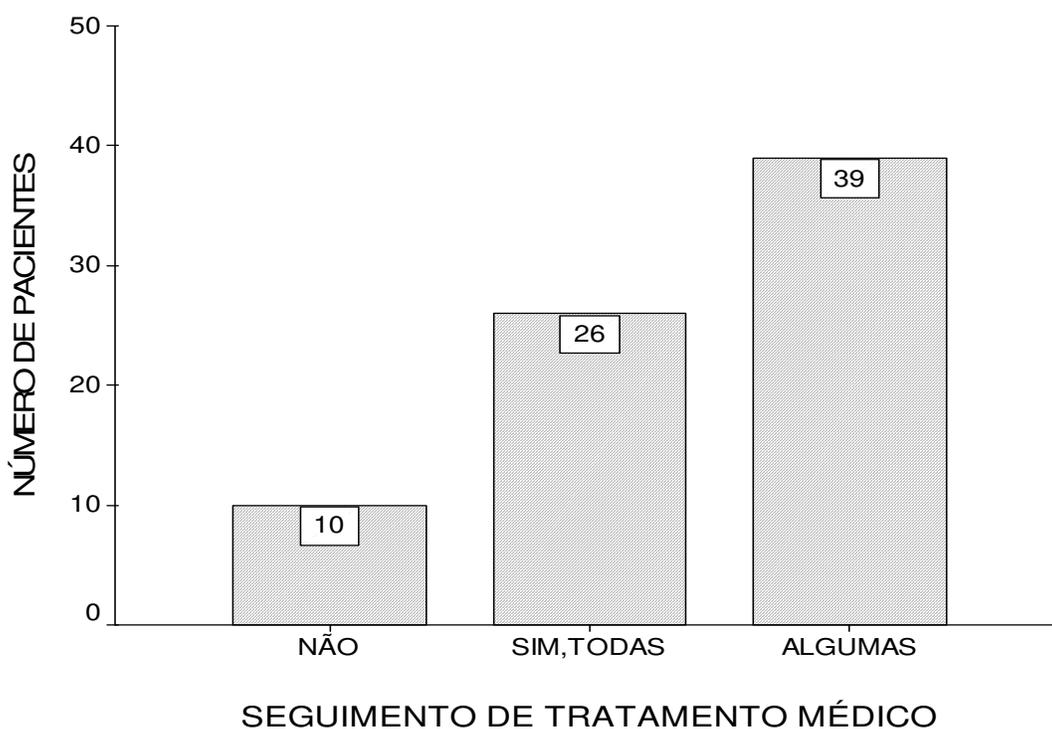
**Figura 3** – Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, sobre apreciou ou não o consumo de fibras alimentares. N= 75.

Quando se verificou a associação entre resposta ao tratamento e consumo de fibras alimentares pela criança, de acordo com a informação do cuidador, verificou-se que não houve significância estatística. **p=0,362**.

De acordo com a resposta do cuidador sobre se seguiu às orientações terapêuticas prescritas pelo gastropediatra da criança, 10/75 cuidadores informaram que não conseguiram realizar, 26/75 realizaram todas as orientações, 39/75 fizeram algumas das orientações. Na tabela 6 e na figura 4, estão apresentados os resultados referentes à variável seguimento de tratamento.

**Tabela 5** – Distribuição das frequências de categorias da variável seguimento das orientações terapêuticas.

<b>Orientações Terapêuticas</b>	<b>N=75</b>	<b>Porcentagem</b> %
Não realizou as orientações do tratamento	10	13,3
Sim, realizou todas as orientações.	26	34,7
Algumas orientações	39	52,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>



**Figura 4** – Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, sobre o seguimento das orientações terapêuticas, N= 75.

Quando se verificou a presença de associação entre a variável resposta ao tratamento e o seguimento das orientações terapêuticas, observou-se que há associação significativa,  $p= 0,019$ , entre resposta favorável e seguimento das orientações médicas.

De acordo com a idade da criança no primeiro atendimento por CFC na UBS, 17/75 tinham < 2 anos e 58/75 eram > 2 anos. Os dados encontram-se representados na tabela 7.

**Tabela 6** – Distribuição da idade da criança no primeiro atendimento por CFC na UBS.

---

<b>Idade no 1º atendimento médico na UBS</b>	<b>N=75</b>	<b>Porcentagem %</b>
< 2 MESES	17	22,7
> 2 ANOS	58	77,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

---

Quando se verificou a presença de associação entre a variável resposta ao tratamento e a idade da criança no primeiro atendimento, não houve associação estatística, **p=0,395**.

**Tabela 7** – Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, quanto à idade de início da CFC da criança.

Idade de início da constipação	Porcentagem	
	N=75	%
< 2 ANOS	42	56,0
> 2 ANOS	33	44,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Quando se verificou a presença de associação entre a variável resposta ao tratamento e a idade de início da CFC, observamos que não houve associação estatística, **p=0,251**.

**Tabela 8** - Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, quanto ao retardo na eliminação do mecônio da criança.

Retardo na eliminação do mecônio	Porcentagem	
	N=75	%
SIM	38	50,7
NÃO	37	49,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Quando se verificou a presença de associação entre a variável resposta ao tratamento e a variável retardo na eliminação do mecônio, observamos que não houve associação estatística, **p=0,075**.

**Tabela 9** - Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, quanto ao aparecimento da CFC na introdução de fórmulas lácteas.

<b>Constipação após uso de fórmulas lácteas</b>	<b>N=75</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
SIM	55	73,3
NÃO	20	26,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Quando se verificou a presença de associação entre a variável resposta ao tratamento e a variável aparecimento da CFC com a introdução das fórmulas lácteas pela criança, observamos que não houve associação estatística, **p=0,400**.

**Tabela 10** - Distribuição da informação do cuidador de 75 crianças com CFC, atendidas em ambulatório especializado de hospital terciário, quanto a procedência.

<b>Procedência dos pacientes</b>	<b>N = 75</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Campinas	16	21,3
Outras cidades ou Estados	59	78,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Não houve associação entre resposta ao tratamento e a procedência da criança, **p = 0,406**.

O número de recidivas observadas no período de acompanhamento do paciente está apresentado na tabela abaixo, os pacientes foram distribuídos de acordo com o tipo de resposta ao tratamento. Não foram considerados nessa tabela os pacientes que abandonaram o tratamento.

**Tabela 11** – Distribuição dos 64 pacientes, acompanhados por CFC, atendidas em ambulatório especializado em hospital terciário, de acordo com a resposta ao tratamento e o número de recidivas.

Resposta ao tratamento	Número de recidivas no período de acompanhamento			
	0	1	2	3 a 5
Desfavorável	0	1	15	11
Favorável	32	5	0	0

Houve associação significativa entre a resposta favorável ao tratamento e o número de recidivas no período de acompanhamento. **p=0,0000.**

# **DISCUSSÃO**

## **I-Sucesso terapêutico em constipação funcional grave**

Uma pesquisa descritiva visa observar, registrar e relacionar fenômenos sem interferir no ambiente analisado. É o tipo de desenho mais utilizado em ciências sociais. A presente investigação, com desenho descritivo e, conduzida prospectivamente, teve como objetivo registrar variáveis clínicas e sociais de crianças durante o tratamento de CFC. Foi também verificado se essas variáveis estavam relacionadas com a resposta clínica a um protocolo terapêutico, instituído em serviço terciário de ensino e assistência. As variáveis estudadas podem ser incluídas nos âmbitos clínicos ou das condições sociais de vida do paciente e da sua família.

O estudo foi motivado pela observação de que crianças com CFC tratadas na instituição apresentaram tempo prolongado para recuperação e um excessivo número de recidivas clínicas. SAME, 2002. Em relação aos dados internacionais obtidos em crianças sob protocolos similares. Os protocolos incluem remoção de impactação fecal no reto, por meio de enemas, durante 2 a 3 dias, sucedidos de terapias de manutenção com orientação dietética, treino de *toilete* e uso de laxativos orais (Elshimy et al, 2000; van Ginkel et al, 2001; Procter al, 2003; Mc Donald et al, 2004; van den Berg et al, 2005 e Plunkett et al, 2007).

Em serviços terciários, que atendem crianças com CFC as taxas de sucesso terapêutico para constipação funcional, em crianças, variam entre 16 a 85%, quando avaliados pacientes com idade acima de 5 anos e, de 88 a 92%, quando as casuísticas incluem lactantes. (Elshimy et al, 2000; van Ginkel et al, 2001; Procter al, 2003; Mc Donald et al, 2004; van den Berg et al, 2005 e Plunkett et al, 2007).

Embora as definições de sucesso terapêutico sejam similares, os períodos de seguimento até os registros dessas taxas são diferentes entre os estudos. Sucesso terapêutico é frequentemente definido pela ocorrência de frequência evacuatória regular e superior ou igual a 3 vezes por semana, mas os períodos de seguimento, até a ocorrência dessas taxas, variaram de 1 até 6 anos (Elshimy et al, 2000; van Ginkel et al, 2001; Procter al, 2003; Mc Donald et al, 2004; van den Berg et al, 2005 e Plunkett et al, 2007).

A definição de desfecho ou resposta clínica na presente pesquisa teve como base a evolução do paciente no tempo de acompanhamento no serviço, sendo necessário um período mínimo de acompanhamento de 12 meses para inclusão no estudo. Resposta com melhora clínica progressiva nesse período, caracterizou os casos com evolução favorável e ocorrência de recidivas ocorridas após os 3 meses iniciais de acompanhamento, sem possibilidade de manutenção ou diminuição das altas doses de laxativos, a evolução desfavorável. Essa classificação permitiu inclusão e avaliação de pacientes em vigência de acompanhamento, mas ainda em uso de laxativos.

Argumentação contrária a esse tipo de categorização de resposta poderia ser representada pelo fato de que alguns pacientes categorizados como “resposta desfavorável”, podem, após 12 meses de acompanhamento, mudar radicalmente seus perfis de evolução para “resposta favorável”. Observou-se que o número de recidivas de impactação fecal foi crescente no tempo de acompanhamento dos casos “resposta desfavorável”, enfraquecendo a argumentação de possível mudança no perfil de resposta. No entanto, dado a heterogeneidade clínica, possível expressão de diferentes fatores desencadeantes e agravantes da CFC, essa possibilidade tem plausibilidade biológica e não pode ser definitivamente ignorada.

A associação de algumas variáveis clínicas à evolução persistente da CFC foi investigada: 1) informação do cuidador quanto à importância das fibras na alimentação da criança. 2) o cuidador apreciava o consumo de fibra, 3) seguiu as orientações terapêuticas, 4) idade da criança com queixa de CFC no 1º atendimento médico na UBS ou outro tipo de atendimento 5) idade de início da CFC e 6) Retardo na eliminação do mecônio. Estas variáveis selecionadas no presente estudo tinha sido identificado em outros estudos como sendo associadas à resposta de recuperação desfavorável (Elshimy et al, 2000; van Ginkel et al, 2001; Procter al, 2003; Mc Donald et al, 2004; van den Berg et al, 2005 e Plunkett et al, 2007).

As diferentes faixas etárias das crianças incluídas nos estudos podem ter contribuído para diferentes resultados em respostas aos protocolos de tratamento da constipação. O sucesso terapêutico no primeiro ano de tratamento foi mais precoce e freqüente em lactentes, 69% (van den Berg et al, 2005), que em crianças constipadas acima

dos 5 anos de idade, 31% (Ginkel et al, 2001). Na presente casuística, a porcentagem de resposta favorável também foi maior entre as crianças com menos de 5 anos.

Menor tempo de duração da doença foi também relacionado à resposta favorável ao tratamento. Estudos em lactentes registraram os benefícios do tratamento precoce e a associação entre longa duração da doença a tratamentos anteriores inadequados (van den Berg et al, 2005). No presente estudo, não houve associação entre tempo de duração da queixa até a data do primeiro atendimento em serviço de saúde e tipo de resposta ao tratamento. Uma limitação deste estudo pode ser o fato de que as informações foram colhidas em entrevistas que utilizaram o recordatório das informações. Neste tipo de instrumento, os resultados podem apresentar vieses relacionados à lembrança dos respondentes, capacidade de concentração, interesse e habilidade para entender estruturas complexas de sentenças (Garber et al, 1998). Informações mais específicas e relativas à duração de agravos em saúde podem conter distorções (Roberts et al, 1996 e Bland et al, 2003). Poucos estudos verificaram as correlações entre informações sobre o hábito intestinal, obtidas por meio de entrevistas, comparando com o método de registros diários. Um único estudo publicado há mais de 10 anos verificou concordância positiva entre informações obtidas em recordatório e aquelas registradas diariamente (van der Plas et al, 1997).

Os dados do presente estudo não são generalizáveis para outros níveis de atendimento de crianças constipadas, onde formas menos graves de constipação são atendidas.

A entrevista é um instrumento geralmente utilizado para obtenção de informações em estudos transversais e em diversificadas investigações científicas, seja no campo da medicina quanto no das ciências sociais (Minayo, 1993; Schraiber, 1995; Lopes, 2008). A entrevista pode ser de útil quando a organização dos dados está bem definida, oferecendo informações importantes (Martinelli, 1999; Almeida, 2004; Boni, 2005; Jordan, 2008). Por outro lado, o uso desta técnica tem sido questionado quanto à sua eficácia, pois a informação adquirida às vezes não se aproxima da realidade observada, comprometendo a compreensão em profundidade do problema. A informação obtida depende essencialmente

da vontade e predisposição do entrevistado em fornecer informações do seu cotidiano e de sua realidade social (Demo, 1987; Turato, 2003; Frota, 2007).

Para autores como Minayo (1993) e Martinelli (1999), frequentemente citados em ciências sociais, tanto a entrevista estruturada como a semi-estruturada tem contribuído para indicar detalhes e valores culturais que muitas vezes não podem ser mensurados estatisticamente, mas retratam a realidade dos indivíduos. Um exemplo disso são os resultados demográficos da população brasileira, nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, entidade reconhecida que utiliza a entrevista estruturada em pesquisas referenciadas inúmeras vezes (Selltiz, 1987; Haguette, 1997; Lakatos, 1996; IBGE, 2000). Qualquer método escolhido deve respeitar a singularidade de cada um dentro do seu tempo e espaço (Ludke, 1986; Goldenberg, 1997; Bourdieu, 1998; Martinelli, 1999; Turato, 2003). No presente estudo, os preceitos éticos foram respeitados e os cuidadores tratados com respeito ao se utilizar o próprio dia de seu retorno para obter as informações, utilizar vocabulário compreensível e realizar a entrevista em caráter amistoso, sem a presença da equipe médica e com um profissional que tem experiência para lidar com questões sociais.

Outro questionamento sobre a viabilidade da entrevista, diz respeito às limitações do entrevistador em relação ao tempo e prazo para conclusão da entrevista e a escassez de recursos financeiros (Boni, 2008). Esta dificuldade foi superada utilizando-se uma amostra de conveniência com pacientes cujo perfil social é de conhecimento do entrevistador e no local de trabalho do mesmo.

Para instrumentos diagnósticos, saber a confiabilidade das respostas é fundamental. Mas para uma entrevista estruturada, que não tem como objetivo fazer diagnóstico ou dar um escore ao paciente, a confiabilidade é menos frequentemente medida.

## **II A adesão ao tratamento e a recuperação clínica em doenças crônicas**

Na presente pesquisa procurou-se avaliar se a resposta desfavorável estaria relacionada a índices de vulnerabilidade social que, por sua vez, comprometessem a adesão ao tratamento de uma doença crônica. Na constipação complicada, a necessidade de adesão e o prejuízo na qualidade de vida do paciente são comparáveis aos verificados em outras doenças crônicas (Mc Donald et al, 2004; Faleiros et al, 2006; Inan et al, 2007 e Machado et al, 2007).

A aderência a qualquer tipo de cuidado em saúde é reconhecida na literatura como um objeto científico complexo e multifacetado. A baixa aderência dos pacientes às prescrições terapêuticas é uma barreira freqüentemente identificada na abordagem de doenças crônicas (Leickly et al, 1998; Collombrini, 2006 e Maffei, 2006). Pesquisas sobre a aderência ao tratamento em doenças crônicas afirmam que esse fator tem poder preditor do status socioeconômico com valor tão confiável quanto aos indicadores de escolaridade, emprego-renda e condições de moradia (Buss, 2000; Jordan et al, 2008).

Estudos internacionais apontam a falta de adesão ao tratamento ambulatorial como um fator associado à falha de comunicação das informações clínicas, uma péssima relação de confiança entre o profissional de saúde, o paciente e a família. Aspectos psicológicos de ansiedade pelo uso contínuo de medicamentos e efeitos colaterais e a desconfiança quanto à qualidade das medicações para o tratamento foram também associados à baixa adesão (Chaney, 1995; Gallagher et al, 1998; Dimatteo 2004; Ihara 2004; Comas, 2005; van den Berg et al, 2005; Sullivan, 2006 e Inan, 2007).

O baixo “status” social das famílias é conhecido como um dos fatores de risco para evolução desfavorável das doenças crônicas (Bytzer et al, 2001; Gueiros et al, 2005). Uma parcela considerável da população brasileira apresenta condições de vida retratadas no baixo nível socioeconômico e de instrução, dificuldade de acesso a bens e serviços e condições de moradia precária (Bytzer et al, 2001; Costa 2003, Quadros, 2004 e Gueiros et al, 2005). Esta vulnerabilidade social fica mais evidente quando se trata do cuidado da

saúde. Este contexto muitas vezes é observado nos serviços de saúde atenção terciária onde parte desta camada da população é atendida.

No presente estudo verificou-se que a maioria das famílias de crianças constipadas possui baixo poder aquisitivo, podendo indicar um possível fator associado a dificuldades para adesão à terapia.

A faixa salarial que predominou na população estudada foi inferior a 3 salários mínimos, situação considerada como de vulnerabilidade social. Crianças provenientes de famílias com baixa renda são mais predispostas a terem problemas graves de saúde. Desigualdades relacionadas à renda familiar são evidentes ao nascimento e tornam-se mais pronunciadas ao longo do crescimento das crianças. Tais crianças também estão mais expostas a receber atenção médica de baixa qualidade para cuidado de seus problemas de saúde (Vanderlei et al, 2004; Costan et al, 2006 e por Roozbeh et al, 2008).

No cuidado da saúde infantil, a condição social da família pode refletir de maneira insatisfatória na adesão e interferir no tempo de tratamento da constipação. A falta de interação da equipe de saúde junto à família foi também apontada na literatura como fator que implica na baixa adesão (Leickly et al, 1998; Dimatteo, 2004; Fiese et al, 2006).

A literatura aponta estratégias de intervenção junto às famílias dessas crianças visando promover a melhoria na adesão ao tratamento clínico. Algumas vezes a estratégia baseia-se no aconselhamento e manutenção do vínculo entre o clínico, a família e a criança (Farrell et al, 2003). O suporte social é considerado benéfico quando a equipe de saúde tem conhecimento da condição social e de vida da família. (Gordillo et al, 1999; Gardiner et al, 2006). Poderia ser útil para incrementar níveis de sucesso terapêutico se pacientes com constipação grave fossem acompanhados em parceria estreita entre o serviço terciário e as unidades básicas de saúde.

O processo de cuidado da saúde da criança com constipação grave envolve a relação entre as equipes de saúde dos serviços de atenção terciária e das unidades básicas de saúde dos municípios e estados. Essa relação poderá proporcionar acompanhamento mais íntimo dos pacientes, atendendo às particularidades de cada família cuidadora. Medidas podem ser tomadas para inserir as famílias nos programas assistenciais

pertinentes. Ações educativas junto aos pais podem promover resultado mais satisfatório no tratamento da criança.

A identificação das dificuldades sociais das famílias pode contribuir para a intervenção precoce da equipe assistencial multidisciplinar em diversos aspectos, como a relação de parceria entre os serviços de saúde, a intervenção política a fim de que se tenha acesso gratuito aos laxativos, o desenvolvimento de ações educativas sobre a necessidade do uso regular dos laxativos e as alterações na dieta alimentar (Farrell et al, 2003 e Sullivan et al, 2005).

### **III. A escolaridade materna e a saúde infantil**

Somente 13 crianças tinham mães analfabetas isto mostra a mudança do Brasil em relação a escolarização. No presente estudo, O nível de escolaridade materna não foi identificado como agravante no cuidado à saúde das crianças constipadas, a escolaridade materna não esteve relacionada com o tipo de resposta ao tratamento. As dificuldades educacionais da mãe podem interferir direta ou indiretamente em diversos fatores relacionados ao tratamento da constipação, entre eles, o entendimento da dosagem prescrita, o manuseio adequado dos medicamentos, a importância do treino de uso regular do vaso sanitário e, particularmente, a disponibilidade para facilitar a ingestão de uma dieta alimentar rica em fibras (Petkova, 2004).

É reconhecido que a educação das mães tem um impacto positivo sobre a utilização dos serviços de saúde, particularmente da assistência pré-natal, ao parto e à saúde da criança (Elo, 1992; Becker et al, 1993; Fosu, 1994; Costello et al, 1996). Considera-se que a educação confere às mães a habilidade em identificar problemas de saúde, conhecimento da localização desses serviços e o uso mais adequado da informação para garantir a saúde da família (Chakraborty et al, 2003).

As avaliações do impacto da educação materna sobre a procura dos serviços de saúde têm sido conduzidas em populações cujas características sócio-econômicas permitiram categorizar essa variável de forma a comparar diferentes graus de instrução ao

analfabetismo funcional. Na presente pesquisa, o analfabetismo foi uma condição pouco comum e a resposta à terapia não esteve relacionada com o nível de escolaridade materna.

#### **IV - A procura pelo cuidado médico e a constipação**

Na presente casuística, verificamos que enquanto 47% dos pais referiram início da queixa de constipação nos primeiros seis meses de vida, a porcentagem de crianças que foram consultadas nesse período de vida por essa queixa foi de 13%. A discrepância nessas frequências chama atenção. Podem-se considerar dois problemas: 1º) a família da criança com CFC pode não ter valorizado os sintomas e as orientações da equipe médica ou 2º.) o médico não valorizou os sintomas informados pela mãe (Farrell et al, 2005). O reconhecimento da necessidade de atenção médica pelos pais ou cuidadores de crianças constipadas pode ser tardio e comprometer não só o diagnóstico, mas também a eficácia da terapia. Em consultas de puericultura, questões relacionadas à constipação devem ser claras, com ênfase não só na frequência das evacuações, mas também na consistência das fezes e esforço evacuatório (Maffei et al, 1997).

De acordo com Whahl et al. (2005) e Mc Donald et al. (2004) casos de constipação crônica e complicada podem ser evitados pela identificação precoce dos casos. Elshimy (2000) descreve que, por vezes, o médico desconsidera as informações prestadas pela família sobre os sintomas iniciais da constipação na criança. Esta postura reforça a crença popular de que dificuldades evacuatórias não merecem ser contornadas, desencorajando a necessidade real do tratamento (Clayden et al, 1989 e Farrell et al, 2003).

Outras vezes a conduta de prevenção do tratamento da constipação pode não acontecer devido à concepção médica à respeito da condição. Em estudos internacionais foi encontrado que, para alguns profissionais de saúde, a constipação, quando ainda não se instalaram as complicações como o megarreto e os escapes fecais, era de pouca prioridade clínica (Farrell et al, 2003).

Cuidadores de crianças com constipação sem complicações informaram que consideraram os sintomas normais e, muitas vezes, uma condição com a qual é possível conviver por longos períodos (Mc Donald, 2004). Nas doenças funcionais, essa situação pode ser até mais prevalente devido à falta de sinais clínicos visíveis que estimulariam a busca da cura (Leickly et al, 1998).

## **V. A adesão às fibras alimentares**

Mais que a dificuldade financeira, apontada por 21% dos respondentes, o fato de a criança não aceitar a nova dieta proposta foi o mais comumente apontado, por 36% dos cuidadores, como uma dificuldade para adesão às recomendações terapêuticas. A adesão às fibras alimentares tem íntima relação com a obesidade e tudo o que requer mudanças na vida. Estudos internacionais apontaram como fatores de risco para o insucesso terapêutico na constipação, em crianças escolares, o baixo consumo de frutas e vegetais e o predomínio de farináceos na dieta, e, além disso, a inabilidade em modificar essas características na dieta (Costa, 2002; Inan et al, 2007; Roozbeh et al, 2008).

Podem ser encontrados na literatura muitos estudos conduzidos em crianças e demonstrando a baixa ingestão de fibras alimentares entre lactentes, pré-escolares e escolares saudáveis (Inan et al, 2007; Lee et al, 2008 e Glackin et al, 2008). No entanto, a identificação de novos produtos alimentares contendo fibras, bem aceita, de baixo custo e úteis na terapia da constipação parece ser um objetivo ainda não alcançado. Mudanças na alimentação das crianças requerem a desistência de padrões estabelecidos e a aquisição de novos hábitos. Não aderência a conselhos dietéticos pode ser resultante de inabilidade em incorporar conselhos médicos para aquisição de novos hábitos e pode ser relacionada à inabilidade dos profissionais na orientação dietética. Mudanças na dieta são difíceis de incorporar, a maioria das pessoas que tentam se alimentarem de maneira mais saudável não é bem sucedida (Allan et al, 2008).

## VI. Considerações Finais

Estudo realizado por Mc Donald et al, 2004 revelou importantes fatores clínicos associados à adesão, um dos fatores verificados foi o fato de que condutas e orientações diversificadas na terapia medicamentosa influenciaram negativamente no controle da constipação e dos escapes fecais. Outro problema que interferiu na adesão foi relacionado à falta de referência profissional nos serviços terciários, onde muitas vezes o paciente é atendido por um profissional diferente a cada consulta e, ainda, que ocasionalmente podem ter condutas diversificadas da condução do tratamento.

Vale também ressaltar que a frequência às consultas de acompanhamento e o agendamento do atendimento clínico geralmente se dão em prazos maiores que o ideal, devido às pressões exercidas pela alta demanda nos ambulatórios terciário. Os pacientes e suas famílias necessitam de um plano claro para seguir no intervalo entre os atendimentos ambulatoriais das especialidades, faz se necessário um acompanhamento com menor tempo de retorno, como o realizado no atendimento de puericultura da rede básica de saúde e que as equipes destes serviços de cuidados estejam trabalhando em consonância.

Outras medidas podem ser tomadas para auxiliar no tratamento das crianças constipadas como visitas domiciliares periódicas, acolhimento e abordagens grupais nas salas de espera dos ambulatórios para que as famílias possam informar suas dúvidas e conflitos nos cuidados e apoio às crianças. Atendimento em grupo de trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de uma estratégia de gestão clínica para as crianças com constipação devem ser utilizado dentro do estabelecimento hospitalar.

A contra referência entre os serviços é apontada em diversos estudos para se promover estratégias terapêuticas efetivamente positivas. Esta estratégia perpassa a esfera clínica e precisa consistir em uma ação interdisciplinar: de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, pediatras e agentes de saúde comunitários dentro do território da família/paciente (PNAS, 2004). Os educadores das instituições escolares precisam obter maiores esclarecimentos e informações sobre os sintomas da constipação em crianças para que possam ser agentes de apoio e suporte às crianças pré-escolares.

É de importância vital que todos os profissionais que lidam com constipação forneçam conselhos claros e consistentes de seguimento de um plano estruturado de gestão clínica a fim de obter resultados satisfatórios neste desafiador grupo de pacientes. Além disso, a importância do apoio aos familiares não deve ser subestimada. Novos estudos devem ser realizados para determinar se acompanhamento conjunto nos ambulatórios de gastroenterologia aliados a visita domiciliar e acompanhamento nas UBS podem ser benéficos para a resposta terapêutica.

## **CONCLUSÃO**

- 1- Houve associação entre a informação de aderência ao protocolo e resposta favorável.
- 2- Houve associação significativa entre o número de recidivas e a resposta favorável.
- 3- As demais variáveis clínicas e sociais não se associaram à resposta ao tratamento.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Allan JL, Johnston M, Campbell N. Why do people fail to turn good intentions into action? The role of executive control processes in the translation of healthy eating intentions into action in young Scottish adults. *BMC. Public Health*. 2008; 18 (8):123.

Almeida NV. A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Rev de Psicol. Vetor Editora*. 2004; 5(1):34-39.

Becker S, Peters DH, Gray RH, Gultiano C, Black RE. The determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, the Philippines. *Health Transit Rev*. 1993; 3 (1):77-89.

van den Berg MM, van Rossum CH, De Lorijn F, Reitsma JB, Di Lorenzo C, Benninga MA. Functional constipation in infants: a follow-up study. *J Pediatr*. 2005; 147(5):700-4.

Bland RM, Rollins NC, Solarsh G, van den Broeck J, Coovadia HM, Child Health Group. Maternal recall of exclusive breast feeding duration. *Arch Dis Child*. 2003; 88 (9):778-83.

Boni V, Quaresma SJ Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Rev Eletr dos Pós-Grad em Sociol Pol da UFSC*. 2005; 2(1): 68-80.

Bourdieu P. O poder simbólico. 2ª. Edição. Rio de Janeiro. Bertrand. 1998.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev Cienc & Saúde Colet*. 2000; 5 (1):163-177.

Bytzer P, Howell S, Leemon M, Young LJ, Jones MP, Talley NJ. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based stud in 15000 Australian adults. *Gut J*. 2001; 49:66-72.

Catto-Smith AG. Constipation and toileting issues in children. *Med J Aust*. 2005; 182(5):242-6.

Chakraborty N, Islam MA, Chowdhury RI, Bari W, Akhter HH. Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promot Int.* 2003, 18(4):327-37.

Chaney CA. A collaborative protocol for encopresis management in school-aged children. *J Sch Health.* 1995; 65 (9):360-4.

Clayden GS. Constipation in childhood. *BMJ.* 1989; 299(6708): 1116–17.

Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM de. Adesão à terapia anti-retroviral para hiv/aids. *Rev. Esc. Enf. USP.* 2006; 40(4):576-81.

Comas Vives A, Polanco Allué I; Grupo de Trabajo Español para el Estudio del Estreñimiento en la Población Infantil. Case-control study of risk factors associated with constipation. The Frei Study. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62(4): 340-5.

Costa VC. Pesquisa de condições de vida. São Paulo em Perspectiva. 2003; 17:3-4, 142-50.

Costan OC, Manole A, Trifan M. Epidemiological research on rubella incidence in families with low socioeconomic status. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2007; 111(2):507-11.

Costello MA, Llano LC, Jensen ER. Determinants of two major early-childhood diseases and their treatment in the Philippines: findings from the 1993 National Demographic Survey. *Asi Pac Popul Res Abstr* 1996; (9): 1-2.

Dimatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns.* 2004; 55(3): 339-44.

Demo P. Introdução à metodologia da ciência, 2ª. edição, São Paulo. Atlas, 1987; 52-59.

McDonald LA, Rennie AC, Tappin DM. Constipation and soiling-outcome of treatment at one year. *Scott Med J.* 2004; 49(3):98-100.

Drossman, DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1377-90.

Elo IT. Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education. *Health Transit Rev*. 1992; 2(1):49-69.

Elshimy N, Gallagher B, West D, Stringer MD, Puntis JW. Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. *Int J Clin Pract*. 2000; 54(1):25-7.

Faleiros FT, Machado NC. Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82(6): 421-5.

Farrell M, Holmes G, Coldicutt P, Peak M. Management of childhood constipation: parents' experiences. *J Adv Nurs*. 2003; 44(5):479-89.

Felt B, Wise CG, Olson A, Kochhar P, Marcus S, Coran A. Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. Multidisciplinary team from the University of Michigan Medical Center in An Arbor. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153 (4):380-5.

Fiese BH, Everhart RS. Medical Adherence and childhood chronic illness: family daily management skills and emotional climate as emerging contributors. *Curr Opin Pediatr*. 2006; 18(5):551-7.

Fosu GB. Childhood morbidity and health services utilization: cross-national comparisons of user-related factors from DHS data. *Soc Sci Med*; 1994; 38(9):1209-20.

Frota MA, Albuquerque CM, Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. 2007; 16(2): 246-253.

Galal N, Chong SK, Williams J, Phillips M. Constipation in childhood: a multidisciplinary approach to management in the community. *Paediatr Nurs*. 2007; 19:20-22.

Gallagher B, West D, Puntis JW, Stringer MD. Characteristics of children under 5 referred to hospital with constipation: a one-year prospective study. *Int J Clin Pract.* 1998; 52(3):165-7.

Garber J, Van Slyke DA, Walker LS. Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *J Abnorm Child Psychol.* 1998; 26(5):381-91.

Gardiner P, Dvorkin L. Promoting medication adherence in children. *Am Fam Physician.* 2006; 74(5):793-8.

McGinley M. Management of encopresis and the parents' role. *J Nurs Times.* 2001; 97(20):55-8.

van Ginkel R, Büller HA, Boeckxstaens GE, van Der Plas RN, Taminiau JA, Benninga MA. The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. *J Pediatrics.* 2001;108(1):E9.

van Ginkel R, Reitsma JB, Büller HA, van Wijk MP, Taminiau JA, Benninga MA. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology.* 2003; 125 (2):357-63.

Glackin LM, Fraser M, Neill MB. The adequacy of dietary fibre intake in 5-8 year old children. *Ir Med J.* 2008; 101(4):118-20.

Goh J, Byrne P, McDonald G, Stephens R, Keeling P. Severe juvenile chronic constipation. *Ir Med J.* 2001; 94(3): 81-2.

Goldenberg M. A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 1997.

Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *J AIDS.* 1999; 13(13):1763-9.

McGrath KH, Caldwell PHY, Jones MP. The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. *J Paediatr Child Health*. 2008; 48:19–27.

Griffin GC, Roberts SD, Graham G. How to resolve stool retention in a child underwear soiling is not a behavior problem. *Postgrad Med*. 1999; 105(1): 159-61, 165-6, 172-3.

Gueiros DA, Oliveira RCS. Direito à convivência familiar. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, 2005; 81:117-134.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. 5ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

Hambleton S, Oldam A, Sheils S. User satisfaction with a constipation service: a comparative audit. *J Pediatric Nurs*. 2006;18 (1):23-6.

Hyams J, Colletti R, Faure C, Gabriel-Martinez E, Maffei HV, Morais Mb et al.. Functional gastrointestinal disorders: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2002; 35(Suppl 2):110-7.

Iihara N, Tsukamoto T, Morita S, Miyoshi C, Takabatake K, Kurosaki Y. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *J Clin Pharm Ther*. 2004; 29 (5):417-24.

Inan M, Aydiner CY, Tokuc B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S, et al. Factors associated with childhood constipation. *J Pediatr Child Health*. 2007; 43(10):700-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Indicadores sociais mínimos. 2000:1-3, <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb/default.shtm> - 12k. Acesso em 10/01/2004.

Jordan MS, Lopes JF, Okzaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em aids: revisão da literatura médica <http://www.aidsportugal.com/article.php> acesso em 15/5/2008.

Kinservik M. Quality of life of children with constipation and encopresis and impact of pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Gastr Nutr.* 2005; 41(4): 561-2.

Lakatos EM, Marconi M de A. Técnicas de pesquisa. 3ª. edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

Lee WT, Ip KS, Chan JS, Lui NW, Young BW. Increased prevalence of constipation in pre-school children is attributable to under-consumption of plant foods: A community-based study. *J Paediatr Child Health.* 2008; 44 (4):170-5.

Leickly FE, Wade SL, Crain E, Kruszon-Moran D, Wright EC, Evans R 3rd. Self-reported adherence, management behavior, and barriers to care after an emergency department visit by inner city children with asthma. *J Pediatr.* 1998; 101 (5):E8.

Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza ACS, Waidman MAP. O auto-cuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm> acessado em 15/5/2008.

Ludke M, André, MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo. EPU. 1986; 25-38.

Machado NC, Carvalho MA. Constipação crônica na infância: quanto estamos consultando em gastroenterologia pediátrica? *Rev Paul Ped.* 2007; 25 (2):114-18.

Maffei HV, Moreira FL, Oliveira WM JR, Sanini V. Prevalence of constipation in school children. *J Pediatr (Rio J)*1997; 73(5):340-4.

Martinelli ML. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social em pesquisa qualitativa: um instigante desafio. (org) São Paulo: Vozes Editora. 1999 (série Núcleo de Pesquisa: 1:19-30.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª.edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 1993; 9-89.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? Cad. Saúde Pública.1993; 9(3):237-48.

Petkova V. The role of information for improvement of patient's treatment in Bulgaria. Cent Eur J Public Health. 2004; 12(2):69-74.

van der Plas RN, Benninga MA, Taminiau JA, Buller HA. Treatment of defecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. Eur J Pediatr. 1997; 156(9):689-92.

Plunkett A, Phillips CP, Beattie RM. Management of chronic functional constipation in childhood. Paediatr Drugs. 2007; 9 (1):33-46.

Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Cortez Editora. 2004; p.31-34.

Procter E, Loader P. A 6-year follow-up study of chronic constipation and soiling in a specialist paediatric service. Child Care Health Dev. 2003; 29(2):103-9.

Quadros W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. Estudos Avançados. 2004; 18 (50):95-117.

Roberts RO, Bergstralh EJ, Schmidt L, Jacobsen SJ. Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures. J Clin Epidemiol. 1996; 49(9):989-95.

Roozbeh J, Jalaeian H, Banihashemi MA, Rais-Jalali GA, Sagheb MM, Salehipour M, et al. The Socioeconomic status of 100 renal transplant recipients in Shiraz. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008; 19 (2):286-90.

Serviço Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da Unicamp. SAME. Casuística das doenças funcionais segundo os critérios de Roma II no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Campinas/SP. 2002, 1-44.

Selltiz C. Métodos de pesquisa nas relações sociais. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2<sup>a</sup> edição. São Paulo: EPU, 1987; 2:15-48.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública.* 1995; 29 (1):63-74.

Sullivan PB, Burnett CA, Juszczak E. Parent satisfaction in a nurse led clinic compared with a pediatric gastroenterology clinic for the management of intractable, functional constipation. *Arch Dis Child.* 2006; 91(6):499-501.

Szymanski, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Rev Serviço Social e Sociedade, São Paulo. Cortez.* 2002, 71:9-25.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica: discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2<sup>a</sup>. edição, Petrópolis-RJ, Vozes. 2003; 245-330.

Vanderlei LC, Silva GA. acute diarrhea: does mother's knowledge of the disease reduce admission of children under two years of age? *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(3):276-81.

Wahl C, Gregoire JP, Teo K, Beaulieu M, Labelle S, Leduc B, et al. Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Health Q.* 2005; 8(1): 65-70.

Whorton J. Civilisation and the colon: constipation as the disease of diseases. *BMJ* 2000; 321:1586-9

# **ANEXOS**

### Questionário 1 – Informações Sociais do Cuidador

1) Escolaridade = ( ) Última série completada referida pela família; ( ) Nenhuma; ( ) Ensino Fundamental Incompleto ou ( ) Completo; ( ) Ensino médio; ( ) Ensino Superior Completo ou ( ) Incompleto; ( ) Pós-graduação;

2) Tipos de família = ( ) Família Nuclear ( ) Família Substituta  
( ) Família Monoparental ( ) União Consensual (s/ laços legais)

3) Classe Social (nível socioeconômico).

Trabalho e Rendimento - Chefe da família por sexo

( ) Desocupação ou Desemprego Aberto

( ) Empregado Contribuinte da Previdência Social SIM ( ) NÃO ( )

( ) Trabalhador Doméstico com Previdência Social SIM ( ) NÃO ( )

( ) Empregador < pelo menos um empregado >

( ) Não Remunerado (estágio/voluntário/cooperativa/beneficente/religiosa)

( ) Trabalhador na Construção para o próprio uso  
(p/o próprio uso de pelo menos de um membro unidade domiciliar)

( ) Trabalhador na Produção para o próprio consumo  
(atividade agrícola/silvicultura/pecuária/extração/pesca/piscicultura etc)

( ) Benefícios da Previdência Social do Governo Federal= (Renda Cidadã, Benefício de Prestação Continuada (LOAS) e outros

( ) Pensão Alimentícia

4) Rendimento Mensal da Família em Salário Mínimo (vigente R\$ 240,00)

( ) 0 (filantropia) a 01 salário mínimos (Renda per capita equivalente: R\$60,00)

( ) 02 salários mínimos ( ) < 1/4 salário

( ) de 02 a 03 salários mínimos ( ) 1/4 sal. min. a 1/2 Sal.Mínimo

( ) de 03 a 05 salários mínimos ( ) 1 Salário Mínimo

( ) de 06 a 08 salários mínimos ( ) > 2 Sal. Mínimos

( ) de 09 a 10 salários mínimos

( ) > 11 salários mínimos

5) Condições Domiciliares e Infra-estrutura = ( ) próprio ( ) alugado ( ) cedido

( ) ocupação ( ) invasão ( ) agregado a familiares

( ) urbana ( ) rural

( ) água encanada e rede geral de distribuição. ( ) não dispõe.

( ) esgoto e fossa séptica ( ) poço

lixo coletado ( ) sim ( ) não

pavimentação ( ) sim não ( ) Energia elétrica padronizada ( ) sim ( ) não

6) Número de Pessoas na Família: ( ) até 3 pessoas ( ) de 4 a 5 pessoas ( ) > 6 pessoas

---

**Questionário 1 - Informações do Cuidador e do Tratamento da criança** (continuação)

- 7) Grau de parentesco = (mãe; pai ou responsável);
- 8) A família sabe o diagnóstico/doença da criança ( ) sim, Qual \_\_\_\_\_ ( ) não;
- 9) A família sabe o que causa esta doença? ( ) sim. Qual \_\_\_\_\_ ( ) não;
- 10) A família sabe porque a criança tem a doença( ) sim, qual \_\_\_\_\_ ( ) não;
- 11) A família sabe sobre a perda de fezes nas roupas( ) sim \_\_\_\_\_ ( ) não;
- 12) O que a família fez quando soube do problema da CIF da criança =  
( ) Procurou imediatamente o médico;  
( ) Aguardou melhora espontânea;  
( ) Procurou aconselhar-se com pessoas próximas;  
( ) Ficou aborrecida, repreendeu ou ameaçou a criança;
- 13) Quais Informações foram recebidas do médico nas primeiras consultas da criança?  
( ) Encaminhamento a outro médico ou serviço de saúde;  
( ) Que a doença não era grave;  
( ) Receita e orientação para administrar o remédio;  
( ) Explicação sobre as causas do problema e pediu retorno;  
( ) Outra informação; ( ) Não informa/não lembra;
- 14) A família entendeu a explicação do médico sobre a doença do filho = (1) Sim (2) Regular+ (3) Regular – (4) Não (5) Não recebeu explicação
- 15) Como a família se sente durante a conversa com o médico na consulta da criança =  
( ) Indiferente  
( ) Insegura, inibida, retraída  
( ) Tranqüila ( ) Descontraída ( ) Não informa/não quis responder
- 16) Que importância tem para a família o tratamento da criança =  
(1) Muito importante  
(2) Considera o tratamento comum, de rotina  
(3) Considera relativamente ou sem importância o tratamento  
(4) Não informa/ não quis responder
- 17) Família foi orientada por nutricionista sobre a alimentação da criança  
( ) Sim ( ) Não
- 18) Existe rotina nas refeições da família? ( ) Sim ( ) Não

---

**Questionário 1 - Informações do Cuidador e do Tratamento da criança** (continuação)

- 19) Na rotina familiar, gosta de acrescentar alimentos com fibras, como pipoca, feijão, milho verde, arroz integral, aveia, farelo de trigo, cereais integrais( ) Sim Não( )
- 20) Qual dos alimentos com fibras a família usa regularmente?\_\_\_\_\_
- 21) Que recomendações do tratamento e dieta o médico receitou para a criança?  
( ) medicamentos ( )Dieta com fibras ( ) outros\_\_\_\_\_
- 22) Você acha que a fibra ajuda no tratamento de seu filho?  
( ) muito ( ) pouco ( ) não faz idéia
- 23) Você segue em casa a orientação médica referente ao tratamento do seu filho?  
( ) sim, todas  
( ) Algumas orientações . Quais?\_\_\_\_\_
- ( ) não, em caso negativo
- 24) Quais são as dificuldades para seguir o tratamento da criança em casa?  
( ) falta de dinheiro e ou desemprego.  
( ) Falta de medicação no Centro de Saúde  
( ) A criança não aceita a dieta. ( ) Problema emocional.  
( ) A família não gosta de fibras. ( ) Outro problemas\_\_\_\_\_
- 25) Como você considera a alimentação da criança com farelo de trigo e outras fibras prescritas pelo médico para o tratamento: ( ) muito importante, vai sarar  
( ) relativamente importante, não resolve definitivamente o problema  
( ) sem nenhuma importância, não vai dar nenhum resultado
- 26) Em relação a criança tomar laxativos em casa como leite de magnésia, óleo mineral e outros prescritos pelo médico qual sua opinião?  
( ) muito importante, vai sarar  
( ) relativamente importante, não resolve definitivamente o problema  
( ) sem nenhuma importância, não vai dar nenhum resultado
- 27) A quantidade de líquidos, por exemplo, água, suco foi aumentada durante o tratamento?  
( ) sim bastante ( ) ocasionalmente/um pouco ( ) não houve mudança.
- 28) Foram seguidas as orientações do médico relativas ao uso dos remédios e treinamento da criança no uso do vaso sanitário do banheiro?  
( ) sim realizou todas as orientações ( ) somente a medicação  
( ) somente o treino de vaso sanitário  
( ) não conseguiu ou não realizou.

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo: "Condições Sócio Econômicas da Família de Crianças com Constipação Intestinal Crônica Grave"**

Meu nome é Marli Elisa Nascimento Fernandes, sou assistente social e trabalho na Enfermaria de Pediatria e UTI Pediátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Estou realizando pós-graduação e essa pesquisa será a tese que apresentarei ao final do meu Curso de Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente.

O projeto tem como tema “AVALIAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E CULTURAL DA FAMÍLIA” e dados clínicos das crianças com constipação intestinal crônica grave as quais apresentam dificuldade para defecar, complicada com escapes fecais; também avaliar a família de crianças que possuem controle da função intestinal internadas por motivos clínicos que não incluam constipação intestinal funcional ou causas orgânicas de constipação, na Enfermaria de Pediatria do HC -Unicamp. A constipação intestinal é um sintoma muito frequentes em crianças, vários médicos pesquisadores em todo o mundo têm procurado adequar o tratamento e identificar as dificuldades no tratamento desses pacientes. O avanço no conhecimento das causas da constipação e as condições sociais e clínicas relacionadas aos pacientes poderão mobilizar a equipe médica para medidas que ajudem a resolver o problema dessas crianças. As entrevistas deverão ser realizadas por mim, durante a internação da criança na Enfermaria de Pediatria do HC-UNICAMP. As pessoas não são obrigadas a participarem do estudo e podem desistir de continuar nele no momento que assim desejarem, sem que isto prejudique o atendimento médico ou social. Os participantes do estudo não serão submetidos a qualquer risco no seu tratamento e as informações obtidas serão confidenciais.

Desde já agradeço sua atenção e colaboração e coloco-me à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Meu telefone (19) 38726786 e 37887104 Dra. Elizete (19) 37887861. Comitê de Ética e Pesquisa (19) 37888936 ou 37888925.

NOME DO PACIENTE:

Data:

Pai, Mãe ou responsável legal:

Testemunha:

Pesquisador:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

**PROTOCOLO DE ESTUDO**

- 1) Sexo: Feminino (  ) Masculino (  )
  
- 2) Idade no 1º atendimento: \_\_\_\_\_
  
- 3) Idade no Início da Doença \_\_\_\_\_
  
- 4) Duração da queixa até o 1º atendimento: \_\_\_\_\_
  
- 5) Uso Pregresso de Laxativos? Sim(  ) Não (  )
  
- 6) Uso Pregresso de Estimulantes Retais? (lavagens intestinais ou supositórios ou fleet enema. Sim (  ) Não (  )
  
- 7) Retardo na Eliminação do Mecônio? Sim (  ) Não (  )
  
- 8) Início da Constipação quando passou do aleitamento materno exclusivo para o uso de fórmulas? Sim (  ) Não (  )
  
- 9) História Familiar Positiva de Constipação Intestinal? Sim (  ) Não(  )

## Evolução Clínica de pacientes constipados

Nome:		HC:				Início do tratamento:		
Internações	Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Recidivas		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Clister	Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Dose e Intervalo								
	Data:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Medicação e dose		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uso regular ®								
Uso Irregular(I)		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

# APÊNDICE

CEP. 17/02/04  
(GRUPO III)

PARECER PROJETO N° 028/2004

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “CONDIÇÕES SÓCIO ECONOMICAS DA FAMILIA DE CRIANÇAS COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA GRAVE”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marli Elisa Nascimento Fernandes

INSTITUIÇÃO: Enfermaria de Pediatria/HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 20/01/2004

V-PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolvem aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supra citado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentadas são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM/UNICAMP, em 17 de fevereiro de 2004.

Profa. Dra. Carmem Silvia Bertuzzo  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP