

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
RELATO DE CASO**

ERICK GABRIEL SALVATIERRA BRAVO

Foz do Iguaçu
2024

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
RELATO DE CASO**

ERICK GABRIEL SALVATIERRA BRAVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2024

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Erick Gabriel Salvatierra Bravo

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Título do trabalho acadêmico: **Constipação Intestinal em Pacientes Pediátricos: Relato de Caso**

Nome do orientador(a): Rosana Alvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença **3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a meus pais, sem eles,
completar este objetivo não seria possível

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional e compreensão desde que eu decidi estudar em Brasil e ir atrás dos meus objetivos.

A minha companheira e namorada, pelo acompanhamento permanente desde que comecei o curso, pela parceria, pelo constante apoio, por ser minha âncora nos momentos difíceis.

A minha professora orientadora, Rosana Álvarez Callejas, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela ajuda no decorrer do curso.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu mais sincero agradecimento.

"Não tenha medo do fracasso. Tenha medo de não tentar"

Roy T. Bennett

RESUMO

A constipação fecal na infância é uma queixa muito frequente nos ambulatórios e pronto-atendimentos de saúde ao redor do Brasil e do mundo, sendo motivo de sofrimento e angústia para inúmeros pacientes, principalmente dentre a população pediátrica, cujo desenvolvimento pode ser muito sensível a diversos fatores. A forma como as famílias vivem influencia diretamente a saúde intestinal. Os pais, ao determinarem o que seus filhos comem, têm um papel fundamental na prevenção da constipação. Alimentação pobre em fibras e dificuldades financeiras são alguns dos motivos que levam a esse problema. A abordagem terapêutica busca soluções naturais, como aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras. No entanto, o uso de medicamentos laxantes ainda é uma prática frequente. Nesse sentido, esse trabalho propõe-se a apresentar um relato de caso clínico de um paciente pediátrico atendido no serviço e elucidar os pontos-chaves do atendimento, afim de estimular o processo de melhoria contínua entre os leitores.

Palavras-chave: CONSTIPAÇÃO; CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL; PEDIATRIACUIDADOS PRIMÁRIOS; CRIANÇAS

ABSTRACT

Fecal constipation in childhood is a very common complaint in health clinics and emergency rooms throughout Brazil and the world. It causes suffering and anguish for many patients, especially within the pediatric population, whose development can be highly sensitive to various factors. The way families live directly influences intestinal health. Parents play a fundamental role in preventing constipation by determining what their children eat. A diet low in fiber and financial difficulties are some of the reasons behind this problem. The therapeutic approach seeks natural solutions, such as increasing the intake of fiber-rich foods. However, the use of laxative medications is still a frequent practice. In this context, this work aims to present a clinical case report of a pediatric patient treated in the service and elucidate the key points of the care provided, in order to encourage a process of continuous improvement among readers.

Keywords: CONSTIPATION; FUNCTIONAL CONSTIPATION; PEDIATRICS; PRIMARY CARE; CHILDREN

RESUMEN

El estreñimiento fecal en la infancia es una queja muy frecuente en los consultorios y servicios de urgencias de salud en Brasil y en todo el mundo, siendo motivo de sufrimiento y angustia para innumerables pacientes, especialmente en la población pediátrica, cuyo desarrollo puede ser muy sensible a diversos factores. La forma en que viven las familias influye directamente en la salud intestinal. Los padres, al determinar lo que comen sus hijos, tienen un papel fundamental en la prevención del estreñimiento. Una alimentación pobre en fibras y las dificultades financieras son algunos de los motivos que conducen a este problema. El enfoque terapéutico busca soluciones naturales, como aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibras. No obstante, el uso de medicamentos laxantes sigue siendo una práctica frecuente. En este sentido, este trabajo se propone presentar un informe de caso clínico de un paciente pediátrico atendido en el servicio y esclarecer los puntos clave de la atención con el fin de fomentar un proceso de mejora continua entre los lectores.

Palabras clave: ESTREÑIMIENTO; ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL; PEDIATRÍA; ATENCIÓN PRIMARIA; NIÑOS

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Raio X abdominal anteroposterior em posição supina

22

LISTA DE TABELAS

10

TABELA 1 - Diagnóstico diferencial do esforço em bebês 18

TABELA 2 - Critérios de Roma IV 17

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
RESUMEN	9
INTRODUÇÃO	13
DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	22
DISCUSSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

INTRODUÇÃO

A constipação é um problema comum durante a infância e muitas vezes é vista como uma variação normal que se resolverá com o tempo. No entanto, a oportunidade para uma intervenção precoce é frequentemente perdida, o que pode levar a complicações, como fissura anal, retenção de fezes e incontinência fecal (também conhecida como encoprese). A prevenção da constipação concentra-se na orientação antecipada sobre dieta, treinamento do uso do banheiro e comportamentos de evacuação. O tratamento da constipação varia conforme a idade da criança e a duração dos sintomas, podendo incluir educação, mudanças na dieta, modificações comportamentais e farmacoterapia, isoladamente ou em combinação [1,2].

Sinais que indicam constipação em bebês e crianças incluem evacuação intestinal infrequente; fezes duras e pequenas; evacuação difícil ou dolorosa de fezes de grande diâmetro; e incontinência fecal (evacuação voluntária ou involuntária de fezes na roupa íntima, conhecida como encoprese) [3,4]. A maioria, mas não todos, dos casos de incontinência fecal em crianças tem constipação subjacente.

A constipação afeta até 30 por cento das crianças e representa aproximadamente de 3 a 5 por cento de todas as consultas pediátricas [5,6]. A prevalência máxima ocorre geralmente durante os anos pré-escolares. A constipação funcional é responsável por mais de 95 por cento dos casos de constipação em crianças saudáveis com um ano ou mais, sendo particularmente comum entre crianças em idade pré-escolar [7]. Embora seja comum, é fundamental avaliar as crianças afetadas para identificar aquelas poucas com causas orgânicas para a constipação. Além disso, crianças com constipação funcional se beneficiarão de intervenções terapêuticas rápidas e eficazes.

Constipação é uma condição em que a criança tem evacuações infrequentes (duas ou menos por semana), apresenta evacuações dolorosas, ou elimina fezes de grande calibre e duras que podem exigir esforço excessivo.

Isso se dá pelas mudanças no crescimento e desenvolvimento, pela frequência e pelo tipo de fezes devem ser comparados com os padrões normais esperados para a idade da criança, dieta e estágio de maturação, conforme resumido em uma meta-análise [8]:

- Lactentes:
 - Em recém-nascidos a termo, a primeira evacuação geralmente ocorre dentro de 36 horas após o nascimento, mas pode acontecer mais tarde em bebês prematuros; 90 por cento dos recém-nascidos saudáveis evacuam mecônio nas primeiras 24 horas de vida.
 - Durante a primeira semana de vida, os bebês evacuam uma média de quatro vezes ao dia, embora isso varie dependendo se estão sendo amamentados ou recebendo fórmula. Bebês amamentados podem evacuar apenas uma vez por dia durante os primeiros dias de vida, com a frequência geralmente aumentando conforme a produção de leite da mãe aumenta.
 - Nos primeiros três meses de vida, a frequência das evacuações é influenciada pelo tipo de alimentação e pela fórmula utilizada [8,9]:
 - Bebês amamentados evacuam em média três vezes por dia (média de 23,2 evacuações/semana, IC 95% 8,8-38,1) [8].
 - Bebês alimentados com fórmula evacuam em média duas vezes por dia (média de 13,7 evacuações/semana, IC 95% 5,4-23,9) [8], mas há variação entre as fórmulas. Algumas fórmulas de soja tendem a produzir fezes mais duras e menos frequentes em comparação com as fórmulas à base de leite, enquanto fórmulas com caseína hidrolisada produzem fezes mais soltas e frequentes.

- Crianças pequenas – Aos dois anos de idade, o número médio de evacuações diminui para entre uma e duas por dia (média de 10,9 evacuações/semana, IC 95% 5,7-16,7) [8].

- Crianças – Após os quatro anos de idade, o número médio de evacuações é um pouco mais de uma por dia. A redução gradual na frequência das evacuações com o avanço da idade está relacionada a mudanças no tempo de trânsito intestinal e a padrões variados de motilidade colônica. O tempo médio total de trânsito gastrointestinal é de 8,5 horas aos 1 a 3 meses de idade, 16 horas aos 4 a 24 meses, 26 horas dos 3 aos 13 anos de idade, e 30 a 48 horas após a puberdade [10].

Dentre as etiologias da constipação, conforme mencionado anteriormente, a prevalência das etiologias funcionais são responsáveis pela maioria significativa dos casos de constipação em crianças saudáveis com um ano ou mais e é especialmente comum durante os anos pré-escolares.

As causas orgânicas são responsáveis por menos de 5% dos casos de constipação em crianças, mas são mais comuns em bebês jovens, cujas principais causas estão listadas na tabela para bebês (tabela 1), enquanto as causas mais frequentes para crianças mais velhas envolvem constipação funcional (pode ter gatilhos dietéticos ou comportamentais, exacerbada por evacuação dolorosa e retenção de fezes), intolerância à proteína do leite de vaca ou a outras proteínas alimentares, baixa ingestão de fibra dietética e doença celíaca.

Tabela 1 - Diagnóstico diferencial do esforço em bebês

Causa do esforço	Características Clínicas
Disquesia do bebê	<ul style="list-style-type: none"> • Bebê saudável de 0 a 9 meses de idade • Fezes macias passadas após esforço
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Bebê saudável • Fezes duras, grandes ou em formato de bolinha

Tabela 1 - Diagnóstico diferencial do esforço em bebês

Causa do esforço	Características Clínicas
Fissura anal	<ul style="list-style-type: none"> • Bebê saudável • Pode ou não ter histórico de constipação • Fissura identificada na inspeção do ânus • O esforço pode ser causado por retenção voluntária de fezes
Intolerância à proteína do leite de vaca	<ul style="list-style-type: none"> • Bebê saudável • Dieta contém proteína do leite de vaca (amamentado ou alimentado com fórmula) • Fezes normais ou soltas com sangue visível ou oculto e/ou muco
Doença de Hirschsprung	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido ou bebê • Histórico de passagem atrasada de mecônio (após 48 horas de vida) • Aparência bem ou mal • Constipação ou distensão abdominal, ocasionalmente diarreia • O exame retal pode revelar esfíncter apertado, ampola vazia ou estreita, e/ou jato explosivo de fezes ao retirar o dedo • Manometria anorretal demonstra ausência do reflexo de relaxamento retossfíncteriano • Células ganglionares ausentes na biópsia retal
Acinesia do esfíncter anal interno	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e manometria anorretal semelhantes à doença de Hirschsprung, conforme descrito acima • Células ganglionares presentes na biópsia retal

Nesse cenário, a constipação funcional refere-se a uma evacuação persistentemente difícil, infrequente ou aparentemente incompleta, sem evidência de uma causa anatômica ou neurológica primária. Esta definição é operacionalizada pelos critérios diagnósticos "Roma IV", que exigem pelo menos dois de seis sintomas relacionados à infrequência, dureza e grande tamanho das fezes; incontinência fecal; ou retenção voluntária de fezes por pelo menos um mês (tabela 2) [11,12]. Algumas crianças podem apresentar impacto retal e incontinência fecal por transbordamento, o que geralmente ocorre porque aprenderam a reter as fezes, geralmente para evitar a dor durante a evacuação.

Tabela 2 - Critérios de Roma IV para o diagnóstico de constipação funcional em crianças

Bebês e crianças pequenas de até 4 anos de idade	Crianças e adolescentes (idade de desenvolvimento \geq 4 anos)
Pelo menos 2 dos seguintes critérios presentes por pelo menos 1 mês:	Pelo menos 2 dos seguintes critérios presentes pelo menos uma vez por semana por pelo menos 1 mês:*
<ul style="list-style-type: none"> • 2 ou menos evacuações por semana 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ou menos evacuações no vaso sanitário por semana
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de retenção excessiva de fezes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de evacuações dolorosas ou fezes duras 	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de postura retentiva ou retenção excessiva voluntária de fezes
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de fezes de grande diâmetro 	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de evacuações dolorosas ou fezes duras

Tabela 2 - Critérios de Roma IV para o diagnóstico de constipação funcional em crianças

Bebês e crianças pequenas de até 4 anos de idade	Crianças e adolescentes (idade de desenvolvimento ≥ 4 anos)
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de uma grande massa fecal no reto 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de uma grande massa fecal no reto
<p>Em crianças que já são treinadas para usar o banheiro, os seguintes critérios adicionais podem ser usados:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário
<ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos 1 episódio/semana de incontinência após a aquisição das habilidades de uso do banheiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Os sintomas não podem ser totalmente explicados por outra condição médica
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário 	

**Além disso, os sintomas são insuficientes para preencher os critérios diagnósticos da síndrome do intestino irritável.*

Embora o diagnóstico de constipação funcional exija uma duração mínima de sintomas de um mês, não há consenso sobre uma definição baseada na duração dos sintomas. No entanto, na prática clínica, é útil distinguir entre pacientes com constipação de início recente e aqueles com sintomas de longa duração:

- Constipação de início recente — Consideramos constipação de início recente quando os sintomas estão presentes há oito semanas ou menos. Essas crianças frequentemente respondem a uma intervenção de curto prazo,

como o uso de laxantes por alguns dias ou semanas, ou uma breve intervenção comportamental, conforme descrito no restante desta revisão.

- Constipação crônica — Consideramos constipação crônica quando os sintomas estão presentes há três meses ou mais, podendo incluir múltiplos episódios de sintomas. Essas crianças normalmente requerem tratamento prolongado com laxantes e suporte comportamental mais intensivo e contínuo.

Essas categorias são apenas ferramentas para orientar a prática clínica. Elas não são mutuamente exclusivas, pois a constipação de início recente pode eventualmente evoluir para um caso crônico que exige manejo prolongado. Essas categorias podem não abranger pacientes com duração de sintomas intermitente ou intermediária. Para muitos pacientes, a cronicidade da constipação só se torna evidente ao longo do curso da avaliação e manejo contínuos.

O objetivo da avaliação de uma criança com constipação crônica é distinguir as causas funcionais das causas orgânicas. A avaliação baseia-se principalmente em uma história clínica detalhada e em um exame físico; testes adicionais são realizados se a avaliação inicial levantar suspeita de uma causa orgânica para a constipação.

Assim sendo, a constipação é avaliada e tratada de forma um pouco diferente em bebês do que em crianças. Quando a constipação se manifesta nos primeiros meses de vida, é necessário considerar a possibilidade de doenças orgânicas (como fibrose cística e doença de Hirschsprung), uma malformação anorretal e, principalmente, estenose anal [13].

Bebês com constipação funcional frequentemente respondem ao tratamento com carboidratos não digeríveis e osmoticamente ativos, como sucos que contêm sorbitol (por exemplo, suco de maçã, ameixa ou pera). Embora o xarope de milho escuro tenha sido usado no passado, não é mais recomendado, pois nem todas as preparações contêm carboidratos osmoticamente ativos. Se essas medidas não tiverem sucesso, a adição de laxantes osmóticos e/ou, ocasionalmente, a desobstrução com supositórios de glicerina pode ser útil.

O tratamento da constipação funcional crônica e da incontinência fecal baseia-se no conceito de que a constipação crônica faz com que o cólon se torne insensível ao acúmulo de fezes devido à distensão, e que um tratamento eficaz exige a evacuação consistente e completa do cólon, permitindo que ele se recondicione para funcionar por conta própria. Existem quatro etapas gerais na reeducação intestinal:

- I. Desobstrução (para crianças com grande massa fecal retal ou incontinência fecal);
- II. Tratamento prolongado com laxantes e terapia comportamental para alcançar evacuações regulares e evitar a constipação recorrente;
- III. Alterações na dieta (principalmente aumento do consumo de fibras e líquidos) para manter as fezes macias;
- IV. Redução gradual e suspensão dos laxantes conforme tolerado.

Essa terapia multimodal é especialmente útil para crianças que passam vários dias sem evacuar, têm fissura anal com dor ou sangramento, ou apresentam fezes de grande calibre com esforço acentuado. O tipo e a intensidade da intervenção devem ser adaptados à gravidade da constipação e à fase de desenvolvimento da criança, sendo muitas vezes necessário um acompanhamento próximo.

O objetivo da terapia é a evacuação de fezes macias, idealmente uma vez por dia e, no mínimo, a cada dois dias. Esse objetivo de evacuações frequentes é importante para superar a constipação, embora padrões de evacuação menos frequentes sejam comuns e aceitáveis em crianças sem histórico de constipação. Podem ser necessários semanas a meses, e às vezes anos, de terapia com laxantes e modificações comportamentais para alcançar esse objetivo. Os pais ou cuidadores da criança devem ser eficazmente instruídos sobre a reeducação intestinal e a modificação do comportamento, para que possam realizar o tratamento de forma contínua em casa. Com o tempo, a maioria dos pacientes apresenta melhora dos sintomas.

Pode-se esperar uma melhora em praticamente todos os pacientes que seguem o tipo de abordagem abrangente descrito acima [14,15,16,17,18]. No entanto, a recuperação completa (definida como três ou mais evacuações semanais sem incontinência fecal enquanto estiver fora dos laxantes) é menos frequente [15,19,20,21]. Uma revisão sistemática não conseguiu identificar fatores que previssem quais pacientes não responderiam ao tratamento [22].

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente “J. P.E.A”, de, 1 ano e 7 meses, com peso de 8,3 kg, pardo, natural de Foz do Iguaçu, residente em Foz do Iguaçu, morador do bairro “Portobelo”. Com queixa principal de dor abdominal e constipação de repetição com início aos 6 meses após uma viagem familiar Paraguai, sendo acompanhado e tratado várias vezes pelo médico de família da USF e em acompanhamento no Centro de Nutrição Infantil (CENNI) por baixo peso.

O padrão de fezes diário do paciente é irregular, passando por até 4-5 dias sem evacuar, e com os eventos sempre acompanhados de choro e irritabilidade, sendo evacuado em pequena quantidade (Categoria Bristol 1 e 2). Mãe relata manchas de sangue nas fezes em algumas ocasiões. Informa ainda presença de massas abdominais há 4 meses. A introdução alimentar do paciente começou precocemente aos 4 meses com leite de vaca, porém ele continua amamentando. Associado a amamentação o paciente possui uma alimentação desbalanceada sendo incluída na alimentação constantemente bolachas.

No momento do exame clínico de admissão, realizado pelo médico responsável do plantão na UPA JOAO SAMEK, os sinais vitais do paciente encontravam-se inalterados (Temperatura: 36,3; Frequência Respiratória: 28; Frequência Cardíaca: 101; Saturação.: 99% em ar ambiente). No entanto, o paciente apresentava importante distensão abdominal associado a cólica, sendo identificado durante a palpação uma massa abdominal nos quadrantes inferiores, ruídos hidroaéreos presentes diminuídos e sem visceromegalias. Diurese sem alterações. Nesse momento, foi solicitado e realizado Raio X, onde foi observado uma imagem compatível com uma grande massa no flanco e fossa ilíaca esquerda, e, devido a isso, se solicitou uma ecografia abdominal onde foi constatado uma acentuada interposição de materiais fecal e gasoso. Além disso, o hemograma evidenciou anemia no paciente (Hemoglobina: 10,50 / Hematócrito: 33 / VCM: 69 / HCM: 22) o que é condizente com a história, pois o paciente encontra-se em acompanhamento do CENNI, no leucograma foi visto uma discreta leucocitose (14.250) sem desvio a esquerda e o resultado do PCR sem alterações.

Como plano terapêutico, na unidade foi realizado tentativa de desimpactação manual e química, mas sem sucesso em evacuar e esse foi o motivo pelo qual foi prescrito lactulona e solicitado vaga ao serviço de referência, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), para avaliação do departamento de Pediatria e Cirurgia do HMPGL.

Figura 1: Raio X abdominal anteroposterior em posição deitada em decúbito dorsal (supina).



DISCUSSÃO

Neste estudo de caso, a constipação parece ser predominantemente funcional, dada a presença de fezes endurecidas sem outras anormalidades associadas. Para assegurar o tratamento correto, é crucial eliminar outras possíveis causas de constipação, incluindo as de origem neurológica, obstrutiva, endócrina e metabólica. Sintomas que poderiam indicar uma condição diferente de constipação funcional foram analisados e excluídos.

Ademais, o uso rotineiro de radiografias abdominais não é recomendado para o diagnóstico, mas pode ser útil em pacientes com suspeita de impactação fecal quando o exame físico não é confiável, como ocorreu nesse caso. Um estudo de trânsito colônico pode ser utilizado para diferenciar entre incontinência fecal funcional não retentiva e constipação funcional. Testes rotineiros para alergia ao leite e exames laboratoriais para distúrbios metabólicos ou endócrinos não são recomendados na ausência de sintomas de alerta.

Nesse cenário e após resolução do quadro atual, o tratamento da constipação funcional (CF) requer uma abordagem multifacetada de médio prazo, com intervenções contínuas para melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Os principais componentes desse processo incluem a educação, a remoção de fezes impactadas, a criação de uma rotina intestinal e a modificação de hábitos alimentares e comportamentais. A educação de pacientes e seus responsáveis é o passo inicial e deve fornecer uma explicação clara sobre a anatomia e a fisiologia da constipação, além de seu impacto no trato gastrointestinal. É fundamental que os pais compreendam que a melhora será gradual, com possíveis recaídas, e sejam incentivados a manter uma atitude positiva e de suporte ao longo do tratamento. Reconhecer o estresse e a frustração da família e oferecer empatia são essenciais para o sucesso do manejo da CF.

REFERÊNCIAS

1. Abi-Hanna A, Lake AM. Constipation and encopresis in childhood. *Pediatr Rev* 1998; 19:23.
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; 58:258.
3. Rubin GP. Childhood constipation. *Am Fam Physician* 2003; 67:1041. Loening-Baucke V.
4. Chronic constipation in children. *Gastroenterology* 1993; 105:1557.
5. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:2401.
6. Robin SG, Keller C, Zwiener R, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr* 2018; 195:134.
7. Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005; 146:359.
8. Baaleman DF, Wegh CAM, de Leeuw TJM, et al. What are Normal Defecation Patterns in Healthy Children up to Four Years of Age? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr* 2023; 261:113559.
9. Hyams JS, Treem WR, Etienne NL, et al. Effect of infant formula on stool characteristics of young infants. *Pediatrics* 1995; 95:50.
10. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:269.
11. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2016.

12. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology* 2016.
13. 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; 58:258.
14. Loening-Baucke V. Clinical approach to fecal soiling in children. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39:603.
15. Loening-Baucke V. Controversies in the management of chronic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32 Suppl 1:S38.
16. Levine MD, Bakow H. Children with encopresis: a study of treatment outcome. *Pediatrics* 1976; 58:845.
17. Keuzenkamp-Jansen CW, Fijnvandraat CJ, Kneepkens CM, Douwes AC. Diagnostic dilemmas and results of treatment for chronic constipation. *Arch Dis Child* 1996; 75:36.
18. Abrahamian FP, Lloyd-Still JD. Chronic constipation in childhood: a longitudinal study of 186 patients. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3:460.
19. Loening-Baucke V. Encopresis. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14:570.
20. Staiano A, Andreotti MR, Greco L, et al. Long-term follow-up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994; 39:561.
21. Sutphen JL, Borowitz SM, Hutchison RL, Cox DJ. Long-term follow-up of medically treated childhood constipation. *Clin Pediatr (Phila)* 1995; 34:576.
22. Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, Berger MY. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50:256.