



ARTIGO ORIGINAL

Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda

Chronic functional constipation in children: diagnosis and prevalence in a low-income community

Maria Eugênia F.A. Motta¹, Gisélia A.P. da Silva²

Resumo

Objetivos: Determinar a prevalência de constipação intestinal crônica funcional em crianças menores de 11 anos residentes numa comunidade de baixa renda na cidade do Recife e validar o uso isolado das variáveis do hábito intestinal para diagnosticar constipação intestinal.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo transversal. A partir de um censo, identificaram-se 536 crianças menores de 11 anos na Comunidade Campo do Banco. Os dados foram coletados através de formulário estruturado aplicado às mães. Considerou-se constipada a criança que apresentava no mínimo duas das seguintes queixas, há pelo menos trinta dias: eliminação dolorosa ou com esforço de fezes de consistência aumentada e/ou com frequência inferior a três vezes por semana.

Resultados: A prevalência de constipação intestinal crônica funcional foi de 17,5%. Na análise dos parâmetros isolados para diagnosticar constipação intestinal, esforço para defecar obteve maior sensibilidade (96,8%) e dor para defecar maior especificidade (99,5%).

Conclusões: A constipação intestinal foi um sintoma prevalente nessa comunidade, alertando para a necessidade de busca ativa nas consultas pediátricas de rotina. Esforço para defecar foi identificado como o parâmetro isolado que permite o maior número de diagnósticos de constipação intestinal.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(6): 451-454: constipação intestinal, prevalência, criança, diagnóstico.

Abstract

Objective: To investigate the prevalence of chronic functional constipation in children aged under 11 years of a low-income community in Recife, Northeast Brazil and to assess the validity of complaints of bowel habits for the diagnosis of constipation.

Methods: A community-based survey identified 536 eligible children. Data collection was home-based through a structured questionnaire applied to the mothers. The definition of chronic functional constipation was based on painful defecation or with effort, with stools of hard consistency and/or frequency of defecation less than three times per week, during at least the last thirty days.

Results: The prevalence of chronic functional constipation was 17.5%. Straining was the complaint which obtained the highest sensitivity for the diagnosis of constipation (96.8%) while pain to defecate obtained the highest specificity (99.5%).

Conclusions: Chronic functional constipation was a prevalent symptom in this community, pointing out to the need of an active search in paediatric consultation. Straining was identified as the single complaint which better diagnosed constipation.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(6): 451-454: constipation, prevalence, children, diagnosis.

Introdução

A constipação intestinal é um dos distúrbios intestinais mais frequentes e persistentes da infância¹⁻⁵. Embora seja causa frequente de consultas em ambulatórios pediátricos gerais e de gastroenterologia, o sintoma é pouco identificado, especialmente em sua fase inicial, pois a morbidade discreta não desperta atenção e/ou preocupação suficien-

tes para que haja a queixa espontânea nas consultas pediátricas de rotina⁶⁻¹¹. Assim, os casos mais leves permanecem não diagnosticados e só serão detectados a partir de uma busca ativa.

Os estudos sobre a prevalência de constipação intestinal ainda são limitados e envolvem casuísticas variadas em origem, faixa etária e critério diagnóstico, dificultando a comparação. Poucos são os trabalhos de base populacional, e os autores basearam-se no auto-relato de constipação intestinal ou nas consultas médicas espontâneas motivadas pelo sintoma^{12,13}. Alguns estudos envolveram

1. Mestre em Pediatria.

2. Prof^a Adjunta do Departamento Materno-Infantil.

Universidade Federal de Pernambuco - Mestrado em Pediatria.

adultos, adolescentes e crianças, sem distinção por faixa etária^{12,13}. No Brasil existem pesquisas com crianças de até 12 anos, porém de base hospitalar, e com estudantes do ciclo básico, abrangendo escolares e adolescentes^{10,14}. Os critérios diagnósticos adotados não são unânimes e incluem variáveis do hábito intestinal, isoladas ou em conjunto, ou sinais e sintomas associados à constipação intestinal.

Não é incomum o uso isolado dos parâmetros do hábito intestinal para diagnosticar constipação, tanto em pesquisas como na prática médica. Os pais costumam identificar a presença de constipação intestinal baseando-se na frequência da eliminação de fezes, e muitos casos não são percebidos, às vezes, também por pediatras^{15,16}. Potts e Sesney realizaram estudo para determinar a opinião das mães sobre constipação intestinal, sendo que 45% delas descreveram o sintoma como a não eliminação de fezes, enfatizando a frequência em detrimento de outros aspectos¹⁶.

Na maioria das crianças, a origem da constipação intestinal é funcional (90 a 95%)^{3,4}. Em geral, o problema se inicia durante o desmame, com a introdução de alimentos sólidos com baixo teor de fibras, aliado ao pequeno consumo de líquidos^{2,7,19}.

A constipação intestinal crônica tem-se tornado um problema de saúde pública significativo. Suas complicações levam ao uso progressivo de tratamentos inadequados, desnecessários e dispendiosos, contribuindo para a cronicidade. O conhecimento da prevalência de constipação intestinal permite um planejamento mais efetivo em termos de prevenção e tratamento, a partir da detecção dos casos iniciais, evitando suas conseqüências a longo prazo. Esse estudo tem os objetivos de determinar a prevalência de constipação intestinal crônica funcional numa comunidade de baixa renda da cidade do Recife e validar o uso isolado das variáveis do hábito intestinal para diagnosticar constipação intestinal.

Casuística e Métodos

O estudo desenvolveu-se na Comunidade Campo do Banco, próxima ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto foi aprovado pela comissão de ética do Hospital das Clínicas.

Nos meses de janeiro e fevereiro de 1997, realizou-se um censo que permitiu localizar todas as crianças menores de 11 anos residentes na comunidade e identificar aquelas portadoras de constipação intestinal.

O desenho de estudo foi o descritivo transversal. Os dados foram coletados através de inquérito com formulário estruturado, previamente testado, aplicado durante visitas domiciliares, realizadas com o acompanhamento das duas agentes de saúde que trabalhavam na comunidade. Sua função era introduzir os entrevistadores nos domicílios. A pesquisa era esclarecida à mãe da criança e, após a concordância verbal em participar, a entrevista era

iniciada. Ao final de cada entrevista, as crianças constipadas eram encaminhadas ao Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas para realizar consulta e tratamento adequados a cada caso.

A constipação intestinal foi definida como eliminação dolorosa ou com esforço, de fezes de consistência aumentada, com frequência inferior a três vezes por semana. Considerou-se constipada a criança que preencheu pelo menos dois destes critérios. As crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo foram consideradas constipadas quando apresentavam consistência aumentada das fezes e suas mães achavam que elas eram constipadas. Quando a constipação intestinal tinha duração superior à trinta dias e não havendo doenças orgânicas intestinais ou extra-intestinais primárias evidentes que pudessem causá-la, foi considerada crônica e funcional. A investigação diagnóstica complementar foi realizada no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

As informações obtidas com os formulários foram codificadas e armazenadas em um banco de dados montado no software de estatística EPI-INFO, versão 6.0, com dupla entrada de dados para validação (VALIDATE), e a partir do qual realizou-se a análise estatística (ANALYSIS). A validade das variáveis do hábito intestinal para diagnosticar constipação intestinal foi medida com o auxílio de dois indicadores: sensibilidade e especificidade; houve uma pequena perda de informação em cada variável devido ao desconhecimento da resposta por parte do informante, sem prejuízo da análise.

Resultados

O censo identificou 536 crianças menores de 11 anos residindo na comunidade. Em relação ao sexo, 53,2% das crianças (285/536) eram masculinas e 46,8% (251/536), femininas. Quanto à faixa etária, os pré-escolares foram predominantes, totalizando 40,7% (218/536); 40,5% (217/536) eram escolares e 18,8% (101/536), lactentes.

O diagnóstico de constipação intestinal crônica funcional foi realizado em 94 crianças, sendo a prevalência de 17,5%. No sexo masculino, a prevalência foi de 13,7% (39/285), e no feminino, 21,9% (55/251). De acordo com a faixa etária, a prevalência foi de 21,8% (22/101) em lactentes, 18,3% (40/218) em pré-escolares e 14,7% (32/217) em escolares.

A caracterização da constipação intestinal foi realizada a partir de quatro parâmetros, e a validade do diagnóstico do sintoma com cada um deles isoladamente foi estabelecida (Tabela 1).

Discussão

A prevalência de constipação intestinal crônica funcional encontrada nas crianças da Comunidade Campo do Banco foi de 17,5%. A busca ativa e o critério diagnóstico

Tabela 1 - Constipação intestinal crônica funcional nas crianças segundo variáveis do hábito intestinal

Variáveis	Constipação intestinal		Total	Validade*
	Sim	Não		
	Nº	Nº		
Frequência das defecações				S = 27,0 E = 98,1 VPP = 75,0 VPN = 82,9
≤ 3 vezes/semana	24	8	32	
> 3 vezes/semana	65	424	489	
Total	89	432	521	
Esforço para defecar				S = 96,8 E = 92,9 VPP = 74,4 VPN = 99,3
Sim	90	31	121	
Não	3	408	411	
Total	93	439	532	
Dor para defecar				S = 61,7 E = 99,5 VPP = 96,7 VPN = 92,4
Sim	58	2	60	
Não	36	439	475	
Total	94	441	535	
Consistência aumentada das fezes				S = 89,4 E = 92,3 VPP = 71,2 VPN = 97,6
Sim	84	34	118	
Não	10	405	415	
Total	94	439	533	

* S=sensibilidade; E=especificidade; VPP=valor preditivo positivo; VPN=valor preditivo negativo

adotado permitiram a inclusão de casos leves e moderados. Essa prevalência pode refletir a realidade da constipação intestinal na população de faixa etária e condição social idênticas, visto que todas as categorias de gravidade foram representadas.

O estudo realizado em escolares do ciclo básico de Botucatu envolveu uma faixa etária mais ampla (6-16 anos), impedindo a comparação com os escolares desse estudo, que foram considerados pelo critério biológico¹⁴. Outro trabalho de base populacional envolveu maiores de 12 anos e obteve uma prevalência mais próxima àquela encontrada nesta pesquisa, ou seja, 12,8%¹². O diagnóstico foi feito pelo auto-relato do entrevistado, que deve ter-se baseado em vários parâmetros para presumir que tinha constipação intestinal; portanto, esse resultado pode estar sub ou superestimado, de acordo com o parâmetro adotado pelos indivíduos para diagnosticar o sintoma (o que não foi citado no estudo).

Em ambulatório geral de Pediatria, a frequência de constipação intestinal foi superior (36,5%)¹⁰. É possível que a população de origem institucional esteja mais alerta à presença de sinais e sintomas, recordando mais e confirmando todos os questionamentos, o que superestima os dados. Levine & Bakow também encontraram uma preva-

lência elevada (33%), mas todos os pacientes dessa análise tinham encoprese¹⁷. As consultas médicas realizadas por constipação intestinal nos Estados Unidos totalizaram 1,2%¹³. Esse percentual traduz a baixa morbidade produzida pelo sintoma e a procura infrequente de auxílio médico por um sintoma pouco perturbador, pois exclui os que não foram ao médico, mesmo apresentando constipação intestinal (casos leves).

A prevalência em ambulatório de gastroenterologia também não pode ser generalizada, pois envolve casos mais graves, de difícil controle, que foram direcionados para um serviço especializado, devendo ser maior do que a encontrada na população geral. Molnar et al encontraram constipação intestinal em 10 a 20% dos casos atendidos em ambulatório de gastroenterologia; esse percentual é próximo ao detectado na Comunidade Campo do Banco, mas, nessa casuística, os casos leves devem ser os mais representativos¹¹. Os 4% encontrados em uma clínica gastroenterológica da Tailândia refletem uma realidade alimentar diferente daquela dos países ocidentais¹⁸. A dieta rica em fibra consumida pela população desde idade tão precoce pode estar influenciando a baixa frequência em uma clínica especializada.

O sexo feminino teve uma prevalência superior a do masculino nessa casuística, o que foi idêntico aos outros estudos de base populacional^{12,14}. Em ambulatórios de gastroenterologia, meninos constipados foram mais comuns do que meninas^{1,5,7-9,11}. Em adultos, Sonnenberg e Koch encontraram frequência maior em mulheres, porém, em crianças de 0-9 anos, ambos os sexos foram igualmente afetados¹³. Sandler et al. também encontraram nos adultos uma prevalência maior no sexo feminino. Segundo Hatch, o sexo masculino predomina em toda a infância¹⁹.

De acordo com a faixa etária, detectou-se maior prevalência nos lactentes. É observado na literatura que o início da constipação intestinal é mais frequente nesse grupo etário^{1,5,7-10,19-22}. A prática do desmame, com a introdução de mingaus concentrados e alimentos sólidos pobres em fibras e o baixo aporte hídrico, pode ser a responsável pelo surgimento do sintoma neste período. Ao mesmo tempo, a prevalência foi diminuindo com o aumento da faixa etária, corroborando a afirmativa anterior; é possível que, com o progredir da idade, muitos casos solucionem-se paulatinamente.

A validade de um teste de investigação é a capacidade de ele distinguir entre quem tem e quem não tem a doença²³. Testes diagnósticos com alta sensibilidade são indicados como *screening*, visto que identificam o maior número de indivíduos com a doença²³. Já os testes com alta especificidade permitem a confirmação de um diagnóstico, pois detectam o maior número de indivíduos sadios, garantindo ao clínico diagnosticar a doença com maior segurança no paciente em que um teste altamente específico foi positivo²³. O uso da sensibilidade e da especificidade é útil não apenas para validar testes laboratoriais, mas também na validação de sinais e sintomas. Na

prática médica, diante de um teste positivo, é importante saber a probabilidade de o paciente realmente ter a doença (valor preditivo positivo), pois o aconselhamento adequado depende da interpretação desse teste²⁴. Se a doença é freqüente na população, o valor preditivo positivo aumenta, e a maior parte dos resultados positivos indicará indivíduos realmente doentes²⁵.

A análise das variáveis do hábito intestinal objetivou identificar qual seria o melhor parâmetro isolado para diagnosticar constipação intestinal crônica funcional. Um único parâmetro diagnóstico poderia constituir-se apenas como uma forma de *screening*, havendo a possibilidade de confirmação diagnóstica nas consultas subseqüentes. No diagnóstico da constipação intestinal, o uso de um parâmetro com melhor sensibilidade – no caso, esforço para defecar (96,8%) ou consistência aumentada das fezes (89,4%) – irá identificar o maior número de crianças com o sintoma. Como a conduta terapêutica nos casos iniciais consiste em orientação dietética, o indivíduo diagnosticado primariamente como constipado a partir do *screening* feito por um parâmetro com alta sensibilidade não sofrerá prejuízo na instituição dessa dieta se, nas consultas posteriores, concluir-se que ele não é constipado (seria um falso positivo). O parâmetro mais específico – dor para defecar (99,5%) – também pode ser utilizado para fazer o diagnóstico, uma vez que os saudios teriam uma chance mínima de ser constipados na ausência de dor para defecar, enquanto que, naqueles com dor à defecação, seria confirmado o diagnóstico de constipação intestinal.

A pesquisa identificou que a constipação intestinal crônica funcional é um sintoma prevalente na Comunidade Campo do Banco e alerta para a necessidade de busca ativa, através de anamnese dirigida durante as consultas de rotina, independentemente da queixa principal, a fim de instituir o tratamento correto e em tempo hábil para evitar as complicações e o manuseio inadequado. Esforço para defecar foi identificado como o parâmetro isolado que permitiu identificar o maior número de crianças constipadas. Recomenda-se uma maior atenção a esse sintoma na detecção deste problema.

Referências bibliográficas

1. Benninga MA, Büller HA, Taminiu JA. Biofeedback training in chronic constipation. *Arch Dis Child* 1993;68:126-9.
2. Clayden GS, Lawson JO. Investigation and management of long-standing chronic constipation in childhood. *Arch Dis Child* 1976;51:918-23.
3. Leung AK, Chan PY, Cho HY. Constipation in children. *Am Fam Phys* 1996;54:611-8.
4. Loening-Baucke V. Management of chronic constipation in infants and toddlers. *Am Fam Phys* 1994;49:397-406.
5. Staiano A, Andreotti MR, Greco L, Basile P, Auricchio S. Long-term follow-up of children with chronic idiopathic constipation. *Digest Dis Sci* 1994;39:561-4.
6. Dohil R, Roberts E, Verrier Jones K, Jenkins H. Constipation and reversible urinary tract abnormalities. *Arch Dis Child* 1994;70:56-7.

7. Maffei HV, Moreira FL, Kissimoto M, Chaves SM, El Faro S, Aleixo A. História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações. *J pediatr (Rio J)* 1994;70:280-6.
8. Moreira FL, Coelho CA, Maffei HV. Constipação intestinal crônica em crianças atendidas no ambulatório de gastroenterologia infantil da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (1977-1980). *J pediatr (Rio J)* 1984;57:62-5.
9. Zaslavsky C. Constipação intestinal crônica na infância: considerações clínicas. *R AMRIGS* 1986;30:7-14.
10. Zaslavsky C, Ávila EL, Araújo MA, Pontes MR, Lima NE. Constipação intestinal da infância – um estudo de prevalência. *R AMRIGS* 1988;32:100-2.
11. Molnar D, Taitz LS, Urwin OM, Wales JK. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Arch Dis Child* 1983; 58:257-61.
12. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990;80:185-9.
13. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958-1986. *Digest Dis Sci* 1989;34:606-11.
14. Maffei HV, Moreira FL, Oliveira Jr WM, Sanini V. Prevalência de constipação intestinal em escolares do ciclo básico. *J pediatr (Rio J)* 1997;73:340-4.
15. Colón AR, Jacob LJ. Defecation patterns in American infants and children. *Clin Pediatr* 1977;16:999-1000.
16. Potts MJ, Sesney J. Infant constipation: maternal knowledge and beliefs. *Clin Pediatr* 1992;31:143-8.
17. Levine MD, Bakow H. Children with encopresis: a study of treatment outcome. *Pediatrics* 1976;58:845-52.
18. Osatakul S, Yossuk P, Mo-Suwan L. Bowel habits of normal Thai children. *J Ped Gastroenterol Nutr* 1994;20:339-42.
19. Hatch TF. Encoprese e constipação em crianças. In: Leblenthal E, ed. *Clin Ped Am Norte: Gastroenterologia Pediátrica II*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1988. v.2, p.267-92.
20. Benninga MA, Büller HA, Heymans HS, Taminiu JA. Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child* 1994;71:186-93.
21. Benninga MA, Büller HA, Tytgat GN, Akkermans LM, Bossuyt PM, Taminiu JA. Colonic transit time in constipated children: does pediatric slow-transit constipation exist? *J Ped Gastroenterol Nutr* 1996;23:241-51.
22. Loening-Baucke V. Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics* 1995;96:105-10.
23. Gordis L. Assessing the Validity and Reliability of Diagnostic and Screening Tests. In: Gordis L, ed. *Epidemiology*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1996.
24. Mausner JS, Kramer S. *Epidemiology - an introduction text*. 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1985.
25. Pereira MG. Aferição dos eventos. In: Pereira MG, ed. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.269-88.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta
Rua David Luna, 117/204 – Jardim Luna
CEP 58033-090 – João Pessoa – PB
Fone/fax: (083) 226-5289