UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

ADESÃO AO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA

Sílvia Aparecida Steiner

Belo Horizonte

2012

SÍLVIA APARECIDA STEINER

ADESÃO AO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Francisco José Penna - Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG.

Coorientadora: Profª. Maria do Carmo Barros de Melo - Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG.

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Prof[a]. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof[a]. Teresa Cristina A Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof[a]. Benigna Maria de Oliveira

Subchefe do Departamento de Pediatria: Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente

Coordenador: Prof[a]. Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Colegiado:

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Cássio da Cunha Ibiapina -Titular

Cristina Gonçalves Alvim - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Francisco José Penna - Titular

Alexandre Rodrigues Ferreira - Suplente

Jorge Andrade Pinto - Titular

Vitor Haase - Suplente

Ivani Novato Silva - Titular

Juliana Gurgel Giannetti - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar - Titular

Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana - Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente

Michelle Ralil da Costa (Disc. Titular)

Marcela Guimarães Cortes (Disc. Suplente)

Para meus pais,

para Renato,

para Dudinha,

minha grande admiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as coisas e por estar sempre iluminando os meus caminhos.

À Professora Maria do Carmo Barros de Melo, o meu reconhecimento, pela amizade, pelos ensinamentos, pelo apoio e pelos momentos compartilhados durante todas as etapas do processo.

Ao Professor Francisco José Penna, pela experiência transmitida e pelas contribuições e considerações fundamentais para a conclusão deste estudo.

Aos meus pais, pela educação transmitida desde cedo, pela torcida fiel e pela amizade, sendo, portanto, responsáveis pela pessoa que sou hoje.

Ao meu querido Renato César, por acreditar em mim, quando nem mesmo eu achava que iria conseguir finalizar este trabalho, por conseguir sempre me tranquilizar com o carinho transmitido e por ser esse companheiro dedicado.

Aos acadêmicos da graduação, pela companhia durante os atendimentos, pela ajuda durante a coleta dos dados e pelo incentivo: Bárbara, Aline, Carol, Isabela, Flávia, Natália e Henrique, obrigada pelo apoio.

Aos funcionários do ambulatório São Vicente, que não mediram esforços para me ajudar no dia do atendimento e que sempre me recebiam com grande sorriso.

Aos meus pequeninos pacientes do ambulatório de constipação e por tantos outros que já passaram pelo meu atendimento, por me ensinarem coisas da vida. Às suas mães, por terem aceitado participar deste projeto, mesmo sabendo que ele poderia não trazer benefícios imediatos.

Ao Professor Eugênio Marcos Andrade Goulart, que me acolheu com paciência e pelas considerações importantes relativas à analise estatística do trabalho.

A Lenize Adriana de Jesus, pela boa vontade em me ajudar na parte estatística.

Aos professores da equipe de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas, em especial à Professora Márcia Regina Fantoni Torres, pelo incentivo desde a época da graduação.

Aos parentes e familiares, que indiretamente participaram deste processo, pela compreensão até mesmo nos períodos de minha ausência, quando tive que me dedicar ao estudo.

Aos residentes de Pediatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que ficam comigo no Posto de Saúde, por serem meus grandes incentivadores na carreira acadêmica.

Aos amigos e colegas de trabalho, pelo carinho e alegria transmitidos, tornando, assim, o processo mais suave.

Obrigada a todos, sem vocês não teria sido possível!

“As grandes obras são como os grandes rios,
surgem a partir de pequenas nascentes,
aparentemente ingênuas, vulneráveis e anônimas.
Deixadas seguir o seu rumo, unem-se a outros
e ao longo do caminho vão se tornando fortes e importantes”.
Que este trabalho se una a outros...

Leonardo Boff
Adaptado do livro “Oração de São Francisco”.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar a adesão e fatores associados ao tratamento de crianças com constipação intestinal crônica funcional. Pacientes constipados foram acompanhados por período de seis meses. Os dados foram coletados de agosto de 2009 a outubro de 2011, no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, após aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG. Os Critérios de Roma III foram utilizados para definir a constipação e a *Escala de Bristol* para caracterizar as fezes. O critério utilizado para se considerar a criança aderente ao tratamento foi o uso de mais de 75% da medicação, avaliado pelo retorno dos frascos/envelopes vazios do medicamento em uso, tendo como base a prescrição da última consulta. Os medicamentos foram prescritos para os pacientes do estudo de acordo com critérios clínicos e protocolos utilizados no ambulatório. Os medicamentos utilizados foram: polietilenoglicol, hidróxido de magnésio, óleo mineral e *Psyllium husk* (fibra natural predominantemente solúvel). Foram analisadas variáveis relacionadas a: paciente, cuidador, doença, esquema terapêutico e sistema de atenção à saúde. Questionário estruturado contendo a variável resposta (adesão) e as variáveis independentes do estudo foi preenchido no primeiro e no sexto mês de tratamento, após consentimento livre e esclarecido dos participantes. O armazenamento e análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15. A amostra foi constituida de 50 crianças, que participaram dos dois momentos do estudo. A idade média da amostra foi de 77,6 ± 43,8 meses e a idade média de início dos sintomas da constipação foi de 18,8 ± 27,9 meses. A taxa de adesão ao tratamento foi de 38% no primeiro mês de acompanhamento e de 30% no sexto mês. Não houve associação ($p>0,05$), nos dois momentos do estudo, entre adesão e as seguintes variáveis: sexo e idade do paciente, nível de escolaridade da mãe, uso prévio de laxantes, existência de problemas emocionais, condição socioeconômica, gravidade da doença (escape fecal, sangue nas fezes e dor abdominal) e administração da droga por outro cuidador que não os pais. Foi verificada maior adesão ao tratamento dos pacientes que utilizaram polietilenoglicol em comparação com os que receberam outros medicamentos prescritos, com significância estatística no segundo momento do estudo ($p=0,19$ e $p=0,04$ no primeiro e segundo momentos, respectivametne). Este estudo mostrou baixa adesão ao tratamento da constipação em crianças. Profissionais de saúde devem estar cientes desse fato, especialmente em pacientes que não estão respondendo ao tratamento. O conhecimento das taxas de adesão e os métodos utilizados para mensurá-la ainda são um desafio na literatura, porém, quando verificados cuidadosamente e de forma individualizada, podem fornecer importantes informações sobre o padrão da falha. É necessário buscar novas estratégias para o aumento da adesão ao tratamento de doenças crônicas e principalmente da constipação intestinal na infância, evitando-se complicações e gastos de verba pública e da família.

Palavras-chave: Constipação intestinal crônica. Adesão ao tratamento. Criança.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate pediatric patient adherence to Chronic Functional Constipation treatment and factors related to it. Constipated patients were followed for 6 months. Data were collected from August 2009 to October 2011 at the Pediatric Gastroenterology Outpatient Clinic, Federal University of Minas Gerais, Brazil, after institutional Ethics Committee approval. Roma III Criteria were employed to define intestinal constipation, and Bristol scale for faecal characterization.The criterion used to consider the child as compliant with the treatment was the use of more than 75% of the medication, assessed by the return of empty vials /envelopes of the drug in use, based on the prescription of the last visit. Drugs were prescribed according to clinical criteria and Outpatient Clinic protocols. Medicines employed were polyethylene glycol, magnesium hydroxide, mineral oil, and Psyllium husk (natural soluble fiber). Analyzed variables were: related to the patient, caretaker, disease, therapeutic schema, and health care system. After informed consent, a structured questionnaire, with the study response variable (adherence) and independent variables, was completed at the first and sixth months of treatment. Data analysis was performed through SPSS version 15. The sample consisted of 50 children, that participated in the two study times. The mean age at admission was 77,6 ± 43,8 months and the mean age at onset of constipation symptoms was 18,8 ± 27,9 months. The treatment adherence rate was 38% in the first follow-up month and 30% at the sixth month. There was no adherence influence from sex, age, mother´s education level, previous laxatives use, emotional problems, socio-economic status, illness severity (faecal incontinence, blood stained stools, abdominal pain), and medicine administration by other caretaker (besides parents), in any study time, with no statistical significance ($p>0,05$). Patients that used polyethylene glycol presented more treatment adherence than those who received other prescribed medicines, with statistical significance only at the second study time ($p=0,19$ in the first time, and $p=0,04$ in the second time). This study showed poor adherence to constipation treatment in children. Health professionals may be aware of this, especially in patients that do not respond to treatment. Knowledge of adherence rate and measure methods are still a challenge in the literature however, when carefully and individually analyzed, they may provide valuable information about the failure pattern. There is a need to pursue new strategies to increase treatment adherence in chronic diseases and specially intestinal constipation in children, avoiding complications, as well as public and family resource expenditure.

Keywords: Constipation. Adherence. Child.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AVE	Acidente vascular encefálico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CICF	Constipação intestinal crônica funcional
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCs	Descritores em saúde
DP	Desvio-Padrão
g	Grama
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IC	Intervalo de Confiança
kg	Quilograma
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	*National Library of Medicine*
MG	Minas Gerais
$MgOH_2$	Hidróxido de Magnésia
mL	Mililitro
OM	Óleo mineral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEG	Polietilenoglicol
RP	Razão de prevalência
SMS	Mensagem de texto por telefone celular
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SUS	Sistema Único de saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	*World Health Organization*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura

FIGURA 1 - Fluxograma da amostragem..... 31

Gráficos

GRÁFICO 1 - Distribuição da população estudada conforme faixa etária..... 40
GRÁFICO 2 - Distribuição da população estudada conforme índice ponderal peso..... 41
GRÁFICO 3 - Distribuição da população estudada conforme renda *per capita* familiar mensal..... 42
GRÁFICO 4 - Distribuição de pacientes de acordo com a quantidade da droga ingerida nos dois momentos do estudo..... 47
GRÁFICO 5 - Porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento de acordo com a droga utilizada, no primeiro mês de acompanhamento..... 59
GRÁFICO 6 - Porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento de acordo com a droga utilizada, no sexto mês de acompanhamento..... 60

Quadro

QUADRO 1 – Metanálises e revisões sistemáticas relevantes: sumário de estudos sobre adesão em doenças crônicas..... 27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição da população conforme critérios socioeconômicos da ABEP..... 42
TABELA 2 - Perfil dos cuidadores principais da população estudada..... 43
TABELA 3 - Porcentagem da população estudada que morava em casa própria..... 43
TABELA 4 - Porcentagem de pacientes com pais separados..... 43
TABELA 5 - Comparação das manifestações clínicas da constipação intestinal, nos dois momentos do estudo, por meio do teste de McNemar. 45
TABELA 6 – Comparação da adesão ao tratamento, nos dois momentos do estudo, por meio do teste de McNemar..... 47
TABELA 7 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente (variáveis contínuas): momento 1..... 48
TABELA 8 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente: momento 1..... 49
TABELA 9 - Adesão *versus* fatores referentes à doença: momento 1..... 50
TABELA 10 - Adesão *versus* fatores referentes ao esquema terapêutico: momento 1..... 51
TABELA 11 - Adesão *versus* fatores referentes ao cuidador: momento 1..... 52
TABELA 12 - Adesão *versus* fatores referentes ao sistema de saúde (na visão do responsável): momento 1..... 53
TABELA 13 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente: momento 2..... 54
TABELA 14 - Adesão *versus* fatores referentes à doença: momento 2..... 55
TABELA 15 - Adesão *versus* fatores referentes ao esquema terapêutico: momento 2..... 56
TABELA 16 - Adesão *versus* fatores referentes ao cuidador: momento 2..... 57
TABELA 17 - Adesão *versus* fatores relacionados ao sistema de saúde (na visão do responsável): momento 2..... 58
TABELA 18 - Comparação da adesão ao tratamento das crianças, de acordo com a droga utilizada..... 59

SUMÁRIO[1]

1 INTRODUÇÃO..... 15

2 REVISÃO DA LITERATURA..... 18
2.1 A importância da adesão ao tratamento em doenças crônicas..... 18
2.2 Taxas de adesão, métodos de mensuração, fatores determinantes e implicações da não adesão..... 19
2.3 Fatores determinantes da não adesão..... 22
2.3.1 Fatores socioeconômicos e culturais..... 22
2.3.2 Fatores comportamentais, familiares e a relação com o profissional de saúde..... 23
2.3.3 Fatores relacionados à droga utilizada, ao regime e à complexidade do tratamento..... 23
2.3.4 Idade do paciente e sua aceitação..... 25
2.3.5 Gravidade da doença..... 25

3 HIPÓTESES E OBJETIVOS..... 28
3.1 Hipóteses..... 28
3.2 Objetivos..... 28
3.2.1 Objetivo geral..... 28
3.2.2 Objetivos específicos..... 28

4 MÉTODOS..... 29
4.1 Delineamento do estudo..... 29
4.2 Casuística, período e local do estudo..... 29
4.2.1 Critérios de inclusão dos pacientes..... 29
4.2.2 Critérios de exclusão dos pacientes..... 30
4.2.3 Amostragem..... 30
4.2.4 Definição de constipação intestinal crônica funcional..... 32

[1] Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011.

4.3 Protocolo do estudo..... 33
4.3.1 Questionário e coleta de dados..... 33
4.3.2 Protocolo clínico do ambulatório..... 35
4.3.3 Fundamentação do processo de não adesão..... 36
4.3.4 Variáveis de interesse no estudo..... 36
4.4 Procedimentos éticos..... 37
4.5 Análise estatística..... 38

5 RESULTADOS..... 40
5.1 Perfil da população estudada..... 40
5.2 Características clínicas da população nos dois momentos do estudo..... 44
5.3 Informações referentes ao tratamento proposto à admissão no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas..... 45
5.4 Falhas na adesão..... 46
5.5 Fatores relacionados à não adesão ao tratamento..... 48
5.5.1 Fatores relacionados à não adesão no primeiro momento do estudo..... 48
5.5.2 Fatores relacionados à não adesão no segundo momento do estudo..... 53
5.6 Adesão ao tratamento de acordo com a droga utilizada..... 58

6 DISCUSSÃO..... 61

7 CONCLUSÕES..... 68

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 69

REFERÊNCIAS..... 71

APÊNDICES E ANEXOS..... 77

1 INTRODUÇÃO

A constipação intestinal crônica funcional (CICF) apresenta alta prevalência em nosso meio e faz parte da rotina de atendimento de todos os profissionais da área da Pediatria (BAKER *et al*., 2006; DEL CIAMPO *et al*., 2003; INABA *et al*., 2003; MORAIS; MAFFEI, 2000; MOTTA; SILVA, 1998). Estudos demonstram que esse distúrbio chega a ser responsável por até um quarto das consultas de gastroenterologia pediátrica (BAKER *et al*., 2006).

O Setor de Gastroenterologia Pediátrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) apresenta projetos de pesquisa nessa área com pacientes originários de diversos municípios do nosso estado.

Nas consultas pediátricas observa-se que o hábito intestinal muitas vezes não é investigado pelo médico, pela família ou cuidadores e que existe pouca valorização da CICF. O diagnóstico, na maioria das vezes, é realizado tardiamente, quando já estão presentes as complicações (BAKER *et al*., 2006; DEL CIAMPO *et al*., 2002; MELO *et al*., 2003).

O fenômeno da não adesão ao tratamento tem sido considerado um problema universal, particularmente entre pessoas com doenças crônicas (WHO, 2003). Sabe-se que, assim como outras doenças crônicas na faixa etária pediátrica, a CICF afeta diretamente a qualidade de vida do paciente (VAN DIJK, M. *et al.,* 2010; YOUSSEF *et al*., 2005), além de produzir gastos adicionais tanto para a família quanto para o Estado (WHO, 2003). Apesar dos inúmeros desafios impostos durante o tratamento da constipação crônica, o potencial para o desenvolvimento de hábito intestinal normal da criança deve ser assegurado (CLAYDEN; KESHTGAR, 2003). Para alcançar o sucesso terapêutico, é fundamental conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento da CICF.

Apesar da prevalência e das implicações clínicas da constipação intestinal, não foram encontrados trabalhos na literatura abordando a adesão ao tratamento dessa doença, nas bases de dados primárias analisadas. Este estudo pretende avaliar o grau dessa adesão das crianças e adolescentes, assim como os fatores que estão relacionados à adesão ou à não adesão ao tratamento proposto.

Esta dissertação é apresentada no formato tradicional. As normas seguidas para a elaboração da dissertação foram as da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Foram pesquisados periódicos indexados nas bases de dados Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *National Library of Medicine* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de 1999 a 2011. Além disso, foram incluídos alguns outros artigos relevantes de períodos anteriores, capítulos de livro e artigos publicados em jornal de circulação internacional. Após leitura, foram selecionados: 76 artigos completos, um artigo publicado em jornal e três capítulos de livro. Foram utilizados os seguintes descritores (DeCs): criança (*child*), constipação (*constipation*), doença crônica *(chronic disease*) e adesão (*adherence*), como mostrado a seguir.

A revisão da literatura foi realizada em duas etapas. Na primeira, revisaram-se artigos referentes à adesão ao tratamento em crianças com doenças crônicas e os seguintes termos de busca foram utilizados:

a) Medline: *Chronic Disease AND Medication Adherence AND child*
b) Lilacs: *Chronic Disease OR* Doença crônica *AND* Adesão *OR Adherence AND* Criança *OR Child*

Na segunda etapa, foram pesquisados artigos de adesão ao tratamento em crianças com constipação intestinal e os seguintes termos de busca foram utilizados:

a) Medline*: Constipation AND Medication Adherence AND child*
b) Lilacs: Constipação intestinal *OR Constipation AND* Adesão *OR Adherence AND* Criança *OR Child*

O trabalho tem a seguinte estruturação: primeiro, revisão crítica da literatura sobre adesão ao tratamento em doenças crônicas em pediatria; segundo, seções de metodologia, resultados e discussão, que contém dados da pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A importância da adesão ao tratamento em doenças crônicas

Os termos utilizados para definir a adesão são bastante diversos, bem como os critérios para mensurá-la. Atualmente, é considerada um processo ativo, intencional e responsável, no qual o indivíduo trabalha para manter sua saúde, tendo como colaboradores próximos os profissionais da área da saúde (KYNGÄS; SKAAR-CHANDLER; DUFFY, 2000). A adesão ao tratamento tem sido alvo de estudo desde Hipócrates, que questiona a confiabilidade das informações prestadas pelo paciente ao seu médico (RAKEL, 1997).

A adesão ao tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas é bastante variável, bem como os fatores relacionados. Na literatura existem poucas publicações, mas não menos importante é o impacto sobre a resposta ao tratamento proposto. É preciso diferenciar pacientes que não aderem daqueles não responsivos (ZELLER; SCHROEDER; PETERS, 2008).

A não adesão pode trazer graves consequências individuais e coletivas, como mais morbimortalidade, controle parcial das doenças, resistência ao medicamento (como, por exemplo, nos casos de vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV/AIDS – e tuberculose), além de gastos adicionais, tanto para a família quanto para o Estado (EASTON *et al*., 1988; O'CARROLL *et al.,* 2010; SIMPSON *et al*., 2006). O processo de aceitação do medicamento prescrito depende geralmente da eficácia, tolerabilidade e segurança do produto (MEDIAPLANET, 2012).

2.2 Taxas de adesão, métodos de mensuração, fatores determinantes e implicações da não adesão

Em reportagem publicada no Washington Post (2011) abordando a adesão ao tratamento de doenças crônicas e o alto custo para a sociedade, foi citado como o avanço tecnológico e dos meios diagnósticos tornou disponível uma gama de regimes terapêuticos, desde os simples aos mais complexos. A eficácia de determinado tratamento fundamenta-se no diagnóstico correto, na adequação do tratamento escolhido para o paciente de acordo com sua faixa etária e condição sociocultural, bem como utilização de medicação em doses terapêuticas adequadas, conforme sua farmacodinâmica e farmacocinética (MEDIAPLANET, 2012).

Por outro lado, uma mesma doença pode ser tratada de maneiras distintas, o que dificulta ainda mais a avaliação dos resultados, devido à existência de grupos diferentes (LA GRECA, 1990). Nesse contexto, é importante verificar a aceitação e adesão dos pacientes e familiares a essas diferentes formas de tratamento.

Diversas são as formas de não adesão ao tratamento. As mais comuns são: omissões de doses, uso de doses incorretas, intervalos inadequados entre as doses, resistência por parte da criança em ingerir os medicamentos, interrupção precoce, não aquisição dos medicamentos, recusa a participar de programas de cuidados de saúde, demora em retornar à consulta e não compreensão do que foi dito pelo profissional de saúde (DAWSON; NEWELL, 1994; MATSUI, 1997; SHOPE, 1981; TEBBI, 1993).

Os profissionais de saúde precisam estar atentos e identificar tanto falhas intencionais, relacionadas à dificuldade de aceitação por parte da família da doença da criança, quanto falhas não intencionais, relacionadas a outros fatores como esquecimento e modificação da rotina diária, entre outros (STEINER; EARNEST, 2000).

A avaliação da adesão do paciente ao tratamento pode ser realizada utilizando-se diversos métodos objetivos ou subjetivos, diretos ou indiretos, entre eles: monitorizarão de nível terapêutico medicamentoso em fluidos corporais (dosagem sérica, nas fezes ou urina), contagem de comprimidos, envelopes ou ampolas, uso de monitores eletrônicos inseridos na embalagem, uso de câmaras para supervisão da tomada dos medicamentos, autorrelato (entrevista, questionário), registro de dispensação de medicação na farmácia, registros de prontuário e de diários de medicamentos, êxito do tratamento e estimativa subjetiva da adesão pelos profissionais de saúde (GRAVES *et al*., 2010). Cada um desses métodos tem suas particularidades, vantagens e desvantagens, de acordo com os objetivos propostos.

Wei, Hollin e Kachnowski (2011) revisaram as publicações referentes ao uso de mensagens de texto por telefone celular (SMS) em intervenções comportamentais em saúde. Demonstraram resultado promissor na avaliação da adesão, sendo uma ferramenta eficaz, de baixo custo e possível de ser utilizada em larga escala como iniciativa pública em atividades relacionadas à promoção da saúde. A validade de uma medida da adesão aumenta quando se utiliza mais de um método. No entanto, estudo de metanálise mostrou que somente 9,8% dos estudos teriam utilizado mais de um método para medir a adesão (DiMATTEO, 2004a).

Autores argumentam que expressivo número de pesquisas publicadas é de qualidade metodológica duvidosa, pois não definem com clareza qual comportamento foi definido como não adesão e nem sempre utilizam metodologia adequada para avaliar os objetivos propostos (BLACKWELL, 1973; LITT; CUSKEY, 1984; VERMEIRE *et al.*, 2001).

Estudos estabelecem que a ingestão de 70% da droga prescrita é representativa de boa adesão ao tratamento medicamentoso (CONRAD, 1985; MATSUI, 1997; SHOPE, 1981). Mas é difícil definir a real quantidade mínima para se obter efetividade terapêutica aceitável. Tudo indica que existe variabilidade entre as diversas doenças e seus tratamentos, não havendo consenso na literatura. Outros autores consideram como boa adesão por parte do paciente a ingestão de 80%

ou mais da droga (JORDAN, 2000; ZELIKOVSKY; SCHAST, 2008) e outros preferem situar a adesão numa escala contínua, da não adesão à adesão completa, evitando o uso de pontos arbitrários de corte (LA GRECA, 1990; ZELLER; SCHROEDER; PETERS, 2008).

Revisão bibliográfica demonstrou taxa média de adesão ao tratamento de doenças crônicas de 50% em países desenvolvidos, sendo essas taxas mais baixas naqueles em desenvolvimento (REVISTA PANAMERICANA DE SALUDE PÚBLICA, 2003). Os custos estimados com doenças crônicas são muito altos e os valores variam com o período e o local de estudo, entre outras variáveis. O Conselho Federal de Farmácia dos Estados Unidos, em 2005, constatou que a não adesão ao tratamento custa, anualmente, 8,5 bilhões de dólares em consultas médicas e hospitalizações desnecessárias, nos Estados Unidos (WINNICK *et al.,* 2005). Dados de 2003 da Organização Mundial de Saúde demonstram que as perdas com doenças crônicas (como diabetes, acidente vascular encefálico - AVE - e doenças cardíacas) variaram em diferentes países: 18 bilhões de dólares na China, 11 bilhões de dólares na Rússia, 9 bilhões de dólares na Índia e 3 bilhões de dólares no Brasil.

No Brasil, os gastos com doenças crônicas são estimados por meio de dados diretos (gastos ambulatoriais, hospitalares e procedimentos), não dispondo de estudos que quantifiquem os custos indiretos decorrentes de outros fatores, tais como absenteísmo laboral e escolar (WHO, 2003). Dados publicados em 2011 ressaltaram gasto anual de 290 bilhões de dólares com cuidados de saúde desnecessários devido à não adesão ao tratamento, além de 20% de todas as internações e 125 mil mortes estimadas, por ano, em toda a América (MEDIAPLANET, 2012). Trabalhos de pesquisa sobre a adesão ao tratamento em pediatria são mais comuns quando se estudam as seguintes doenças crônicas: asma, HIV/AIDS, epilepsia, diabetes, doença inflamatória intestinal, tuberculose e dermatite atópica (DAWSON; NEWELL, 1994; O'CARROLL *et al.,* 2010).

A não adesão ao tratamento não é um fenômeno simples, está associada a múltiplos aspectos sociais, demográficos, comportamentais, culturais, incluindo a relação do paciente e familiar com os profissionais da área de saúde (LEITE;

VASCONCELOS, 2003). Fatores relacionados à complexidade da doença, terapia proposta e sistema de saúde utilizado (distribuição de medicamentos, remuneração dos profissionais de saúde, tempo das consultas, treinamento profissional, entre outros) também podem estar relacionados (MACHADO *et al*., 2001). Segundo alguns autores, a não adesão é a forma mais comum de comportamento nos pacientes submetidos a tratamento de longa duração, fato bem documentado em estudo de pacientes com AIDS (JORDAN, 2000).

2.3 Fatores determinantes da não adesão

2.3.1 Fatores socioeconômicos e culturais

Estudo retrospectivo de 550 casos de febre reumática na Índia revelou taxa de 42,18% de profilaxia secundária regular no período de 1971 a 2001. Os autores relatam que a reduzida taxa de adesão pode ser devida à baixa conscientização sobre a saúde em geral, ao baixo nível de escolaridade, bem como às grandes distâncias entre a residência dos pacientes e os centros especializados de saúde, mostrando que fatores socioeconômicos, demográficos e culturais podem influenciar nos resultados (RAVISHA; TULLU; KAMAT, 2003). Estudo sobre HIV/AIDS envolvendo mulheres colombianas também reforça a questão social: mulheres mais pobres, com filhos HIV-positivo e com cargas virais mais elevadas cumprem menos o tratamento proposto (ARRIVILLAGA, M. *et al*., 2009).

O modelo de atenção à saúde é fator que influencia a resposta ao tratamento. Pesquisa realizada no Brasil comprova tal fato ao evidenciar melhor taxa de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, embora ainda ineficaz, em uma cidade do estado do Pará, após a implementação do Programa Saúde da Família (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

2.3.2 Fatores comportamentais, familiares e a relação com o profissional de saúde

Grande parte dos estudos pressupõe a centralização da relação profissional de saúde-paciente como principal variável envolvida na adesão (CONRADO, 1985; OLIVEIRA; GOMES, 2004), entretanto, estudo adverte que os profissionais de saúde não controlam a administração dos medicamentos, a não ser nos casos em que eles mesmos o administram (STEINER; EARNEST, 2000).

Em 997 pacientes HIV-positivo em uso de antirretroviral, avaliados por meio de questionários, concluiu-se que a melhor compreensão sobre a doença está associada à melhor adesão (WEISS *et al*., 2003). Abordagem de crenças individuais e do estado psíquico do paciente, pelo profissional de saúde, pode aumentar essa taxa de adesão (DiMATTEO, 2004a).

Em análise de modelo comportamental para predizer a adesão a regimes terapêuticos pediátricos concluiu-se que as mães que seguiram adequadamente as orientações médicas eram relativamente mais preocupadas com a saúde de seu filho, mostrando que a dinâmica familiar, incluindo as relações afetivas estabelecidas entre pais e filhos, é fator importante na adesão ao tratamento (BECKER; DRACHMAN; KIRSCHT, 1972).

Um dos resultados encontrados em estudo prospectivo que avaliou os fatores preditivos da boa adesão ao tratamento de 75 crianças obesas de sete a 15 anos de idade foi a tendência a melhor realização da dieta e atividade física, quando os pacientes moravam e eram criados pelos pais (REINEHR *et al*., 2003).

2.3.3 Fatores relacionados à droga utilizada, ao regime e à complexidade do tratamento

Tratamentos medicamentosos de longa duração apresentam diminuição gradativa da adesão ao longo do tempo, pois podem trazer estigma de doente crônico ao indivíduo, levando-o a alterar as doses ou mesmo interromper o tratamento por

negação (CONRAD, 1985). Quando os pacientes percebem que há necessidade de “sacrifícios” para realizarem o tratamento e que os efeitos colaterais dos medicamentos são mais perturbadores que a própria doença, eles invariavelmente não seguem as recomendações (WRIGHT, 1993). Outro fator interveniente é que eles tendem a interromper o tratamento quando os sintomas melhoram ou desaparecem (PAKISTAN MASCOT, 2002).

Estudo relativo à adesão terapêutica a três tuberculostáticos distintos em grupo de 277 crianças e seus controles registrou taxa de adesão de 67%, avaliada por meio da dosagem das drogas na urina dos pacientes. Segundo Palanduz *et al*. (2003), os fatores que contribuíram para a não adesão ao tratamento foram o elevado número de medicamentos prescritos e o longo tempo de tratamento.

A via de administração da medicação influencia na adesão. Pesquisa comprova melhor taxa de adesão da penicilina benzatina intramuscular quando comparada à penicilina oral, por análise de concentração sérica do medicamento em crianças com impetigo (GINSBURG; McCCRACKEN JR.; ZWEIGHAFT, 1982). Outros autores também analisaram a taxa de adesão ao uso da penicilina intramuscular *versus* oral em crianças com hemoglobinopatias e esplenectomizadas, obtendo taxa de adesão de 44 e 100%, respectivamente, em cada grupo (BABIKER, 1986).

Problemas relacionados à adesão são reconhecidamente mais frequentes quando a medicação é administrada em regime ambulatorial. Já foi demonstrado que 50% das orientações médicas são esquecidas quase que imediatamente após a consulta (SHOPE, 1981; TEBBI, 1993). O custo dos medicamentos é uma barreira em nível ambulatorial, sendo sua dispensação gratuita um fator facilitador (LASMAR *et al*., 2007; WINNICK *et al.,* 2005).

A respeito dos regimes terapêuticos, os estudos evidenciam a necessidade de prescrições simplificadas, de dosagens de fácil lembrança e com menos efeitos colaterais possíveis (NEMES *et al*., 2009).

2.3.4 Idade do paciente e sua aceitação

A adesão em pediatria varia com a idade do paciente, sendo pior em crianças maiores e adolescentes (MATSUI, 1997). Embora os adolescentes tenham mais capacidade de conhecimento e manejo da sua doença, eles se tornam menos complacentes ao tratamento à medida que crescem. Além disso, os pais geralmente não se preocupam com a administração da medicação (OU; FELDMAN; BALKRISHNAN, 2010).

A aceitação da medicação é fator importante, principalmente em crianças, devendo-se considerar a facilidade de administração e o paladar. Fatores relacionados à textura, à aparência e ao paladar desempenham importante papel. Deve ser considerado que a avaliação feita quando se administra uma única dose pode ser alterada pela administração prolongada. Estudo sobre aceitabilidade de cinco formulações pediátricas de penicilina informou que crianças abaixo de seis anos de idade mostram reações similares, independentemente da formulação utilizada, concluindo que os métodos de avaliação pela expressão facial são úteis somente em maiores de seis anos (DAGAN; SHVARTZMAN; LISS, 1994; MATSUI, 1997).

Alguns artifícios comumente utilizados pelos cuidadores para a administração de medicamentos por via oral podem influenciar na biodisponibilidade da droga, como, por exemplo, a trituração de comprimidos (WINNICK *et al.,* 2005) e a utilização de medicamentos com determinados líquidos (DRESSER *et al*., 2002).

2.3.5 Gravidade da doença

A gravidade da doença influencia na adesão ao tratamento, porém, devido à multifatoriedade do assunto, algumas pesquisas demonstram baixa adesão até mesmo em doenças mais graves. Avaliação de pacientes com diabetes e insuficiência cardíaca relatou que apenas 42% deles tomavam corretamente seus medicamentos (WRIGHT, 1993). Resultados semelhantes foram encontrados em

outro trabalho, que enfatizou frequência de falhas na adesão em mais de 50% das crianças portadoras de leucemia linfoblástica (OLIVEIRA *et al*., 2005a).

As implicações da não adesão são, obviamente, de grande importância no curso e no sucesso do tratamento e, principalmente, no impacto sobre a saúde do paciente, sem deixar de mencionar os aspectos financeiros gerados pela repetição desnecessária de exames, alteração de esquemas terapêuticos, recidivas, sequelas e até aumento das taxas de morbimortalidade (WINNICK *et al.,* 2005). Algumas revisões sistemáticas e metanálises relevantes, dos últimos 10 anos, abordando adesão ao tratamento de doenças crônicas encontram-se a seguir, no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Metanálises e revisões sistemáticas relevantes: sumário de estudos sobre adesão em doenças crônicas

Estudo	Objetivos	Nº artigos revisados (Tipo estudo)	Resultados /Conclusões
DiMatteo (2004a)	Veriificar taxas de adesão em estudos publicados de 1948 a 1998 correlacionados a: idade, sexo, nível sociocultural, região demográfica e educação.	569 (metanálise)	Média de má-adesão de 24,8%. Adesão de 4,6 a 100% (mediana 76%, média 75,2%). A gravidade da doença, a região demográfica, o uso de registros médicos têm pouca interferência. As mais altas taxas de adesão foram verificadas em: aids, artrite, doenças gastrointestinais e câncer. As mais baixas em: pacientes com doenças pulmonares, diabetes e doença do sono.
DiMatteo (2004b)	Estabelecer correlação entre adesão e suporte social após revisão da literatura de 1948 a 2001	122 (metanálise)	Houve significância estatística entre adesão e suporte social emocional. A adesão é de 1,74 vez mais nas famílias sem problemas emocionais.
Quittner *et al.* (2008)	Analisar métodos de avaliação de adesão (entrevistas estruturadas, diários de anotação e uso de monitores eletrônicos) nos diversos estudos.	18 (Revisão sistemática)	Houve correlação entre adesão e métodos de avaliação em 10 estudos, mostrando a recomendação dos mesmos. A taxa de adesão varia conforme a doença, a complexidade do tratamento e dos medicamentos utilizados. Sugere-se triangulação de dois ou mais métodos de avaliação.
Kahana, Drotar e Frazier (2008)	Avaliar a adesão pré e pós-intervenções psicológicas.	70 (metanálise)	Intervenções comportamentais e educacionais mostraram correlação média e fraca, respectivamente, com a adesão.
Graves *et al.* (2010)	Correlacionar a efetividade de intervenções no aumento da adesão.	71 (metanálise)	As intervenções em saúde (organizacionais, educacionais e comportamentais) aumentam a taxa de adesão. As correlações se mostraram moderadas a altas nos diversos estudos.
Pai e Drotar (2010)	Avaliar a adesão sob o ponto de vista clínico e emocional, assim como as ferramentas utilizadas para verificar as taxas.	**...** (revisão sistemática)	Vários métodos de avaliação e diferentes taxas de adesão foram encontrados. Os resultados demonstram aspectos multifatoriais, considerando-se: a doença estudada, o grupo analisado, e o método estatístico a ser utilizado.
Dean, Walters e Hall (2010)	Revisão de estudos controlados que avaliaram as intervenções relacionadas ao aumento da adesão ao tratamento.	17 (revisão sistemática)	Revisão de estudos de avaliação quanto às intervenções: comportamentais (7), educacionais (7) e educacionais combinadas com psicoterapia (3). Conclui-se que intervenções educacionais são insuficientes para aumentar a adesão, porém são eficazes se associadas às comportamentais.

3 HIPÓTESES E OBJETIVOS

3.1 Hipóteses

- Hipótese nula: a adesão ao tratamento da CICF é alta.
- Hipótese alternativa: a adesão ao tratamento da CICF é baixa e existem diversos fatores relacionados à não adesão.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo geral

Avaliar a taxa de adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com CICF, atendidos no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG).

3.2.2 Objetivos específicos

- Determinar os possíveis fatores relacionados à não adesão ao tratamento, referentes a: paciente, cuidador, doença, medicação em uso e atenção à saúde;
- definir o grau de adesão do primeiro e sexto meses de tratamento;
- estabelecer as características clínicas e sociais da população estudada, à admissão no estudo;
- demonstrar e comparar as manifestações clínicas da constipação intestinal das crianças avaliadas no primeiro e sexto meses de tratamento;
- citar o grau de adesão ao tratamento de cada medicamento utilizado.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo e de coorte com grupo único de pacientes com CICF, utilizando dados obtidos de questionário padronizado aplicado aos pacientes e seus cuidadores, em dois momentos distintos: no primeiro mês (primeiro momento) e sexto mês (segundo momento) de tratamento. Em determinados momentos o delineamento do estudo foi também transversal.

4.2 Casuística, período e local do estudo

Pacientes que preencheram os critérios de inclusão e atendidos no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, por meio de livre demanda ou encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de agosto de 2009 a outubro de 2011.

4.2.1 Critérios de inclusão dos pacientes

- Pacientes com CICF, que deram entrada no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HC/UFMG como primeira consulta;
- idade inferior a 16 anos;
- não ter sido tratado previamente, por mais de seis meses, por outros profissionais de saúde, com medicamentos para constipação intestinal;
- compromisso em permanecer em acompanhamento no ambulatório por período mínimo de seis meses;
- assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido após explicação da finalidade da pesquisa aos participantes da mesma;
- compromisso dos pacientes ou responsáveis de levarem os frascos ou envelopes vazios, do medicamento utilizado, a cada consulta.

4.2.2 Critérios de exclusão dos pacientes

- Pacientes com CIFC, que já faziam controle no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HC/UFMG;
- idade acima de 16 anos;
- tempo de tratamento prévio, por outros profissionais de saúde, acima de seis meses;
- abandono do tratamento, antes de seis meses de acompanhamento;
- não assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido;
- não apresentação do(os) frascos e/ou envelopes utilizados durante o tratamento, em várias consultas subsequentes;
- pacientes com constipação intestinal não funcional ou aqueles com alguma desordem neurológica.

4.2.3 Amostragem

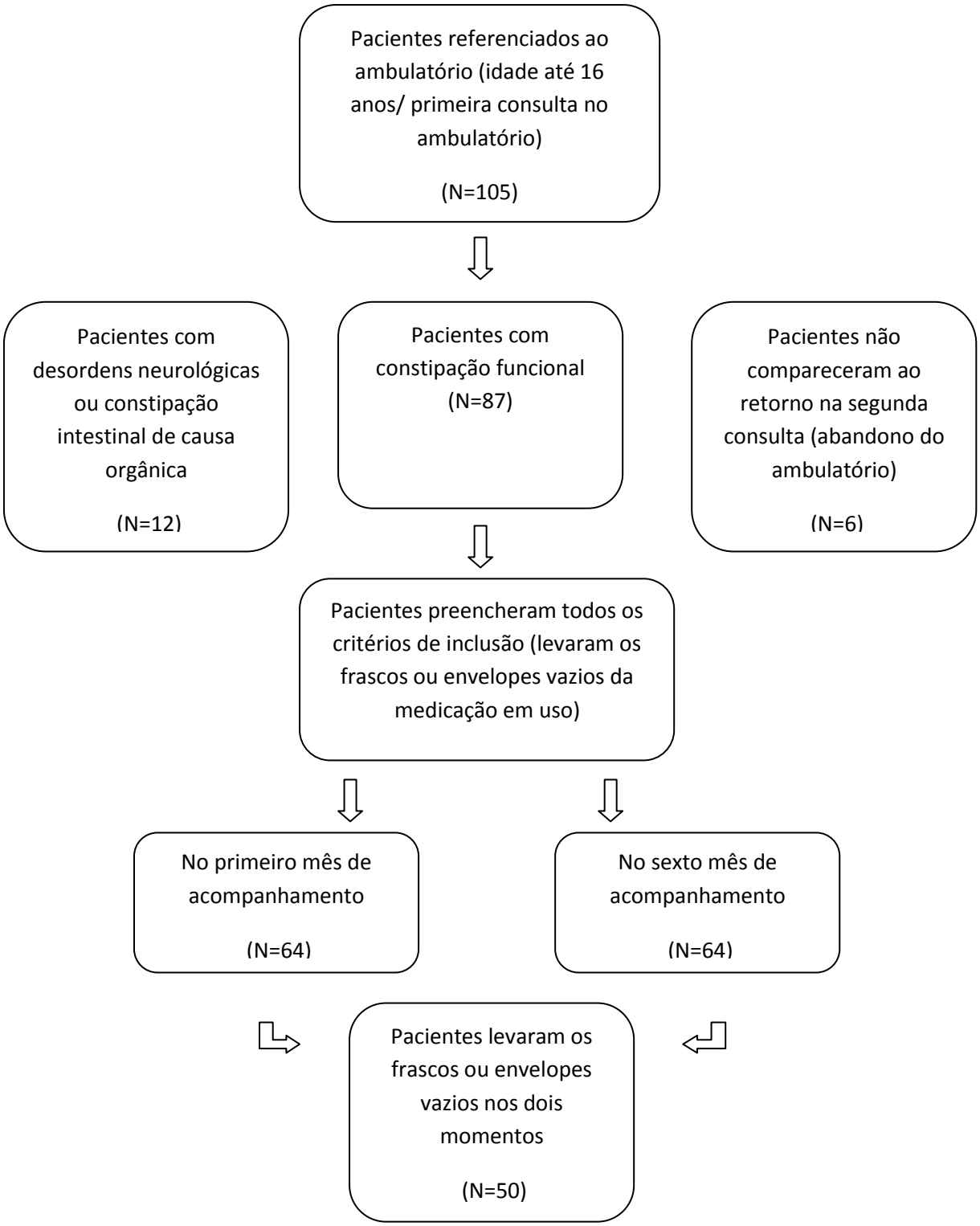
Considerando nível de confiança de 90%, com erro máximo desejado de 10% e uma proporção de pacientes com possibilidade de aderir ao tratamento de 30%, determinou-se amostra mínima de 54 pacientes.

Todos os pacientes constipados, referenciados ao ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG e cujo atendimento seria de primeira consulta foram convidados a participar do estudo. Aqueles com desordens neurológicas e/ou com suspeita de constipação intestinal de causas orgânicas foram excluídos do trabalho, pois não preenchiam todos os critérios de inclusão.

Foram acompanhadas 87 crianças com constipação funcional, de ambos os sexos, com idade entre oito meses e 16 anos. Somente 50 colaboraram e levaram os frascos e/ou envelopes dos medicamentos em uso, nos dois momentos do estudo, podendo, portanto, participar da pesquisa. O fluxograma da FIG. 1 mostra de forma ilustrativa o número de pacientes referenciados ao ambulatório e as

perdas ocorridas durante o processo. As características clínicas da população avaliada serão apresentadas nos resultados.

FIGURA 1 - Fluxograma da amostragem



Fonte: dados da pesquisa.

4.2.4 Definição de constipação intestinal crônica funcional

As doenças funcionais são condições clínicas não associadas a anormalidades físicas ou fisiológicas, infecções, inflamações ou neoplasias. Podem ser diagnosticadas apenas com base nas queixas dos pacientes e não são disponíveis marcadores biológicos (BAKER *et al*., 2006).

Evacuações diárias não são, necessariamente, indicativas de normalidade da função intestinal, tanto quanto evacuações que ocorrem de forma descontinuada podem ser consideradas funcionalmente adequadas (DEL CIAMPO *et al*., 2002). O diagnóstico correto da constipação intestinal deve se fundamentar na avaliação de parâmetros que levem em consideração a frequência das evacuações, as características das fezes e alguns sintomas concomitantes. Recomenda-se a adoção dos Critérios de Roma III para o diagnóstico da constipação intestinal funcional (RASQUIN *et al*., 2006), como tentativa de padronização da definição, e da *Escala de Bristol* (LEWIS; HEATON, 1997), para a classificação das fezes (ANEXO B).

Os critérios de Roma III, publicados em 2006, classificam a constipação intestinal crônica funcional de acordo com a faixa etária. Assim, o diagnóstico de constipação intestinal funcional em crianças menores de quatro anos deve ter como base a presença de pelo menos duas das seguintes manifestações por no mínimo um mês antes do diagnóstico:

- Duas ou menos evacuações por semana;
- pelo menos um episódio de escape fecal por semana (no caso das crianças que já possuam controle esfincteriano);
- história de postura retentiva (comportamento de retenção para evitar a defecação);
- evacuações com dor ou esforço intenso à eliminação das fezes;
- significativa massa fecal no reto;
- história de eliminação de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário.

Para crianças e adolescentes maiores, a proposta do critério de Roma III para definir constipação requer a presença de pelo menos duas das manifestações listadas a seguir, em uma criança com pelo menos quatro anos de idade e que não preencha os critérios para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável. As manifestações devem ter a duração mínima de dois meses:

- Duas ou menos evacuações no vaso sanitário por semana.
- pelo menos um episódio de incontinência involuntária de fezes por semana, após aquisição do controle esfincteriano;
- retenção voluntária das fezes e/ou comportamento de retenção para evitar a defecação;
- evacuações com dor ou esforço intenso para a eliminação das fezes;
- significativa quantidade de massa fecal no reto;
- eliminação de fezes com grande diâmetro que podem entupir o vaso sanitário.

4.3 Protocolos do estudo

4.3.1 Questionário e Coleta de dados

O questionário (APÊNDICE A) foi aplicado no primeiro e sexto meses de atendimento. Contém, na sua parte inicial, questões de identificação do paciente, como nome, sexo e idade, além de dados sobre o nível de escolaridade dos pais, nível socioeconômico da família e renda familiar. As demais questões se referem à constipação, tipos de tratamento utilizados, relação dos medicamentos em uso e suas respectivas doses, história familiar de constipação intestinal, conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, nível de satisfação dos participantes, motivos de não administração da medicação e questões relacionadas à criança e a seus cuidadores.

O nível socioeconômico familiar foi avaliado pelo questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), que é considerado o critério-padrão de classificação econômica brasileira. O Critério de Classificação Econômica

Brasil (CCEB) é um instrumento da ABEP que utiliza o levantamento de características domiciliares para diferenciar a população (ANEXO A).

A meta foi verificar o grau e a natureza dos fatores que poderiam prejudicar a adesão ao tratamento da CIFC. O questionário (APÊNDICE A) e o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foram entregues aos pacientes e seus responsáveis. Os questionários foram coletados por alunos da graduação que faziam parte do projeto e que foram previamente treinados e supervisionados pelo médico atendente responsável pelos pacientes.

Na primeira e demais consultas, os dados de identificação, mensuração, anamnese, do exame físico e os exames complementares foram solicitados de acordo com o caso e anotados em ficha de seguimento (APÊNDICE C). Esse formulário, que foi preenchido a cada consulta, continha dados antropométricos, sinais e sintomas referentes à constipação (como característica das fezes, dor evacuatória e/ou abdominal, sangramento anal, manobras retentivas, escape fecal, encoprese), a outras doenças intercorrentes, uso de medicamentos e suas dosagens, à utilização de dieta rica em fibras, uso correto do vaso sanitário e ingestão de líquidos pela criança. As fezes foram classificadas segundo a *Escala de Bristol* (ANEXO B). A frequência de consultas foi individualizada de acordo com a gravidade da constipação e a resposta ao tratamento e os pacientes foram atendidos sempre pelo mesmo profissional.

O paciente e seu responsável foram instruídos a levar os frascos e/ou os envelopes vazios da medicação prescrita no primeiro e sexto meses de tratamento. Por meio desse procedimento, o profissional de saúde pôde conferir se o paciente estava fazendo uso correto da medicação prescrita. Os participantes da pesquisa também foram instruídos a, se por algum motivo usassem parcialmente ou não usassem a medicação prescrita, mesmo assim, levar as embalagens cheias ou vazias, esclarecendo-se que não haveria qualquer prejuízo ao tratamento e que não perderiam o acompanhamento médico.

As prescrições dos medicamentos para os pacientes em estudo foram feitas de acordo com critérios clínicos e protocolos do ambulatório de Gastroenterologia

Pediátrica do HC/UFMG. Os medicamentos usados foram: polietilenoglicol (PEG), hidróxido de magnésio ($MgOH_2$), óleo mineral (OM) e *Psyllium Husk* (fibra natural, predominantemente solúvel, comercializada com o nome de Metamucil®).

4.3.2 Protocolo clínico do ambulatório

O tratamento da CICF envolve várias etapas: desimpactação de fecaloma, mudança de hábitos alimentares e de toalete, incentivo à atividade física e ao uso de medicamentos laxativos.

A primeira etapa é a desimpactação das fezes acumuladas. A duração do processo é variável, dependendo da quantidade de fezes impactadas. Pode ser feita com o emprego de lavagem retal ou com altas doses do laxante em uso pelo paciente, por via oral. Dá-se preferência à desimpactação oral, principalmente em crianças menores, reservando-se a lavagem intestinal com soro glicerinado a 10% somente aos casos mais graves e com grande quantidade de fezes impactadas.

Após a desimpactação, é necessária a administração de laxantes, para prevenção de sua recorrência. São utilizados laxantes que não estimulam o peristaltismo, podendo ser usados óleo mineral, leite de magnésia, lactulose ou polietielonoglicol com peso molecular 4.000 sem eletrólitos. Óleo mineral não deve ser prescrito para lactente, pacientes com doença do refluxo gastroesofágico e pacientes com quadros neurológicos, em função do risco de aspiração, com consequente pneumonite lipoídica. Os estimulantes do peristaltismo (senne, bisacodil, picossulfato) não têm indicação na maioria dos casos de constipação funcional. A conduta utilizada é a tentativa da manutenção do tratamento com um único laxante, em dose capaz de proporcionar evacuação diária de fezes pastosas, eliminadas sem dor ou dificuldade. Em geral, após a desimpactação e prescrição do laxante em dose adequada, desaparecem o escape fecal e o comportamento de retenção. O reaparecimento de escape fecal é sinal de recorrência da impactação, que na quase totalidade dos casos se associa à redução prematura da dose ou interrupção do laxante, muitas vezes por iniciativa

da própria família. Os diferentes laxantes citados são eficazes e a escolha depende de sua aceitação, custo e existência de outra comorbidade.

As mudanças na dieta fazem parte do tratamento de manutenção. Fundamentalmente, devem ser corrigidos erros alimentares, como, por exemplo, alimentação exclusivamente láctea em crianças com mais de seis meses de vida e dieta pobre em fibras. Nesse contexto, pode ser útil a prescrição de suplementos de fibras naturais como o farelo de trigo ou suplementos industrializados de fibras. Outra recomendação é o aumento do consumo de líquidos.

Treinamento no vaso sanitário deve ser feito por 10 a 15 minutos, após uma das refeições principais e sempre que houver vontade de evacuar, lembrando que o apoio dos pés é importante para otimizar o papel da prensa abdominal no ato evacuatório.

4.3.3 Fundamentação do processo de não adesão

Alguns trabalhos de revisão da literatura salientam que o uso de 70 a 80% da medicação fornece boa resposta clínica, porém não existe trabalho sobre adesão em CICF (CONRAD, 1985; JORDAN, 2000; MATSUI, 1997; SHOPE, 1981; ZELIKOVSKY; SCHAST, 2008). Diante disto, o critério utilizado para se considerar a criança aderente ao tratamento foi o uso de mais de 75% da medicação (avaliado pelo retorno dos frascos/ envelopes vazios), tendo como base a prescrição da última consulta.

4.3.4 Variáveis de interesse no estudo

O questionário aplicado apresentou 54 perguntas, sendo 18 abertas e o restante do tipo múltipla-escolha, sendo as questões fechadas previamente categorizadas e codificadas para análise estatística (APÊNDICE A).

A adesão foi considerada variável dependente e os fatores relacionados à adesão a várias classes de tratamento foram variáveis independentes e obtidas a partir do questionário. Entretanto, com objetivos didáticos, as variáveis deste estudo foram organizadas em cinco grandes categorias, relacionadas:

- **Ao paciente:** sexo, idade, peso, idade de inicio da constipação, problemas familiares, problemas emocionais, doenças outras associadas, uso prévio de medicação para CICF;
- **ao cuidador:** escolaridade, grau de conhecimento da doença, nível socioeconômico e renda familiar, percepção de gravidade da doença, se trabalha fora, condição do cuidador principal (pais ou outros), confiança no médico que atende a criança;
- **à doença:** gravidade da doença, constatação ou não de complicações como dor abdominal, sangue nas fezes, escape fecal e encoprese;
- **ao esquema terapêutico:** gosto da medicação, intervalo das doses, reações adversas, duração da medicação, dificuldade de acesso à medicação, preço do medicamento;
- **ao sistema de atenção à saúde:** organização do serviço, facilidade de acesso ao serviço de saúde.

4.4 Procedimentos éticos

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), conforme o parecer nº ETIC 073/09 (ANEXO D). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi apresentado aos pacientes e/ou responsáveis e assinados, à admissão no estudo A confidencialidade das informações foi mantida, não tendo sido identificadas as crianças e os adolescentes participantes.

Os dados da consulta foram anotados no prontuário do paciente e os medicamentos foram prescritos de acordo com os protocolos do serviço, não

gerando prejuízos para os pacientes e seguindo as regulamentações do Ministério da Saúde (Resolução 196/96).

Os pacientes encaminhados ao ambulatório e que não preencheram os critérios de inclusão continuaram sendo acompanhados, mesmo não participando da pesquisa.

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram seguidas as normas listadas abaixo:

- Crianças menores de seis anos: somente o pai ou responsável assinaram o termo de consentimento;
- crianças de sete a 12 anos: pai ou responsável e criança participante do estudo assinaram o mesmo termo de consentimento;
- crianças de 13 a 18 anos: pai ou responsável assinaram termo de consentimento; e adolescente participante assinou outro separadamente;

4.5 Análise estatística

O evento-estudo foi a adesão ao tratamento da CICF, que foi categorizada em boa ou ruim. As variáveis independentes do estudo corresponderam às questões do questionário e às demais informações nele registradas. O armazenamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15. Em todos os testes estatísticos considerou-se significativa a probabilidade de $p \leq 0,05$ para o erro do tipo alfa.

Foram analisadas as médias, a distribuição de frequência, o desvio-padrão e os percentuais para cada variável. A análise estatística comparativa entre as variáveis independentes e os grupos (aderiu ou não aderiu ao tratamento) foi efetuada por meio do teste do qui-quadrado com correção de Yates ou por meio do teste Exato de Fisher, para variáveis categóricas. Foram utilizados os testes t de Student e Mann-Whitney U, para variáveis contínuas. Compararam-se as manifestações clínicas da CICF e da adesão ao tratamento no primeiro e sexto meses de tratamento, por meio do teste de McNemar, que compara dados

pareados. Calculou-se, ainda, a razão de prevalência (RP) das variáveis independentes, em relação à adesão e não adesão ao tratamento e respectivo intervalo de confiança (95%), pois nesse momento o delineamento do estudo foi transversal.

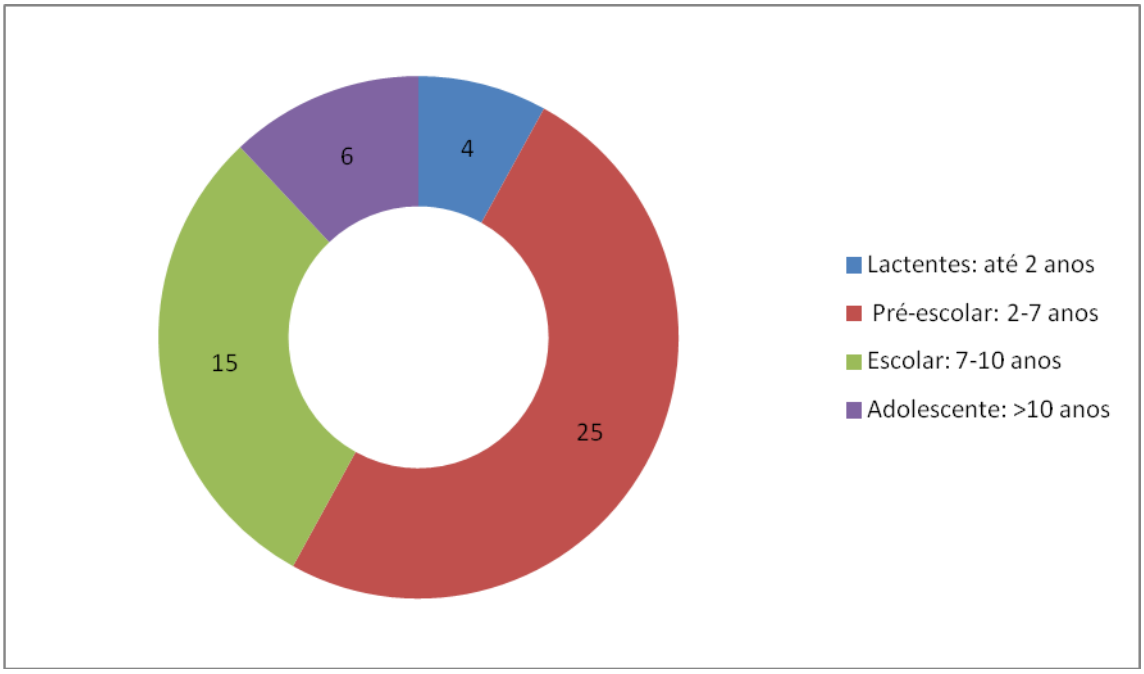
5 RESULTADOS

5.1 Perfil da população estudada

Foram acompanhados 50 pacientes consecutivos constipados (tamanho amostral). Dados referentes à adesão à CICF foram coletados no primeiro e sexto meses de acompanhamento. Dos pacientes avaliados, 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino. As características da população estudada estão resumidas nas figuras e tabelas.

A distribuição dos 50 pacientes conforme faixa etária encontra-se no GRÁF. 1. A média de idade da população pesquisada à admissão no ambulatório foi de 77,6 ± 43,8 meses e a média de início dos sintomas foi de 18,8 ± 27,9 meses.

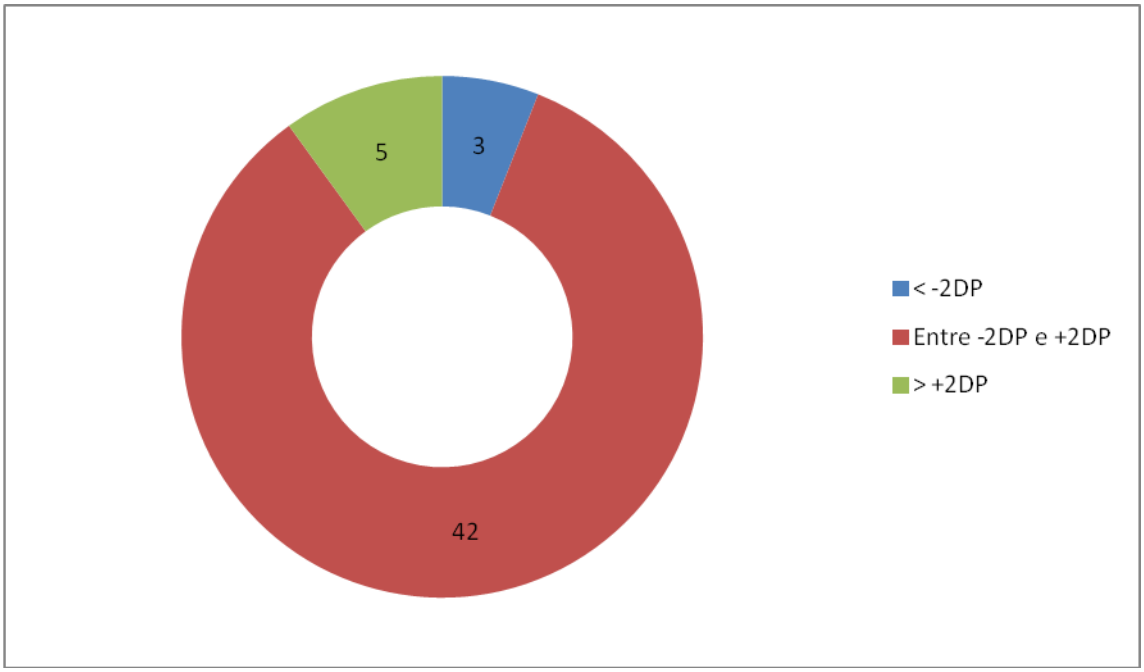
GRÁFICO 1 - Distribuição da população estudada conforme faixa etária



Quanto ao estado nutricional dos pacientes, foi escolhido o indicador peso /idade e sexo, analisado conforme os gráficos da Organização Mundial de Saúde (OMS). O GRÁF. 2 apresenta a prevalência da desnutrição e da obesidade na população

estudada, considerando-se como ponto de corte para determinação da desnutrição o valor do z= – 2 desvio-padrão (DP) e para obesidade o valor de z= + 2 DP.

GRÁFICO 2 - Distribuição da população estudada conforme índice ponderal peso



No GRÁF. 3 visualiza-se a distribuição das crianças conforme a renda familiar mensal e na TAB. 1 a classificação socioeconômica familiar de acordo com a ABEP.

GRÁFICO 3 - Distribuição da população estudada conforme renda familiar mensal

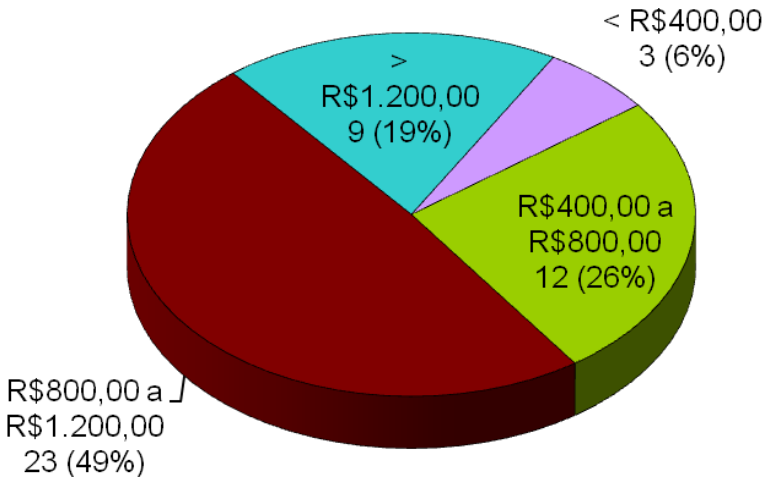


TABELA 1 - Distribuição da população conforme critérios socioeconômicos da ABEP

Critério de classificação econômica - ABEP	Classe econômica	
	n	%
A1	0	0
A2	0	0
B1	1	2
B2	8	16
C1	17	34
C2	12	24
D	7	14
E	5	10
Total	50	100

ABEP: Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas.

Outros dados relevantes referentes ao perfil socioeconômico e familiar estão representados nas TAB. 2 a 4. Verifica-se que, à admissão, 70% das crianças moravam em casa própria e 63% moravam com ambos os pais. Apenas seis

crianças (12% da população) tinham outros cuidadores principais que não os pais. As médias de idade dos cuidadores encontram-se na TAB. 2.

TABELA 2 - Perfil dos cuidadores principais da população estudada

Perfil familiar	**Pai**	**Mãe**	**Outro**
Idade (anos)			
Média ± DP	34,5 ± 7,4	30,5 ± 6,1	58,5 ± 11,8
Mediana (mín - máx)	34 (23 - 46)	31 (21 - 37)	57 (43 - 76)
Escolaridade	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Analfabeto/até 3ª série	1 (2)	1 (2)	1 (17)
1º grau incompleto	16 (34)	15 (33)	1 (17)
1º grau completo	8 (17)	5 (11)	2 (33)
2º grau incompleto	5 (11)	5 (11)	0
2º grau completo	15 (32)	17 (37)	2 (33)
3º grau incompleto	0	1 (2)	0
3º grau completo	2 (4)	2 (4)	0
Chefe de família	**37 (82)**	**6 (13)**	**2 (4)**

DP: desvio-padrão**.**

TABELA 3 - Porcentagem da população estudada que morava em casa própria

Casa própria	**n (%)**
Sim	30 (70)
Não	13 (30)

TABELA 4 - Porcentagem de pacientes com pais separados

Pais separados	**n (%)**
Sim	15 (33)
Não	29 (63)
Pai/mãe viúvo	2 (4)

Aspectos da história pregressa das crianças também foram pesquisados. Houve relato da existência de outras doenças em 18% dos pacientes, sendo a asma a mais comum. Apurou-se uso de medicação para constipação intestinal anteriormente à admissão no ambulatório e por período inferior a seis meses, em 54% dos casos. Destes, 51,9% utilizaram óleo mineral, 22,2% hidróxido de magnésia, 7,4% bisocodil, 3,7% tamarine, 3,7% polietilenoglicol, 3,7% senne, 3,7% picossulfato e 3,7% lactulose. Em 12,2% dos casos foram detectados problemas emocionais ou familiares no primeiro mês de tratamento. No segundo momento (sexto mês de acompanhamento), apenas 10% apresentaram problema emocional.

História familiar para constipação intestinal esteve presente em 56,5% da amostra. Os parentes próximos das crianças avaliadas e que também tinham constipação intestinal não faziam tratamento em qualquer dos casos analisados.

5.2 Características clínicas da população nos dois momentos do estudo

Perguntas referentes às manifestações clínicas da constipação intestinal foram feitas durante todas as consultas e anotadas em ficha de seguimento individual do paciente. Dados referentes ao primeiro mês (momento 1) e sexto mês (momento 2) foram analisados pareadamente. A comparação das manifestações clínicas da CICF nos dois momentos está representada na TAB. 5.

TABELA 5 - Comparação das manifestações clínicas da constipação intestinal, nos dois momentos do estudo, por meio do teste de McNemar

Momento 1 (n)	Momento 2 (n)			Valor p
	Sim	Não	Total	
Dor abdominal				
Sim	12	9	21	1,00
Não	8	21	29	
Total	20	30	50	
Escape fecal				
Sim	11	6	17	0,77
Não	6	17	23	
Total	17	23	40	
Esforço evacuatório				
Sim	10	7	17	0,77
Não	5	27	32	
Total	15	34	49	
Sangue das fezes				
Sim	0	4	4	0,12
Não	0	45	45	
Total	0	49	49	
Manobra de retenção fecal				
Sim	10	7	17	0,34
Não	3	25	28	
Total	13	32	45	
Frequência evacuatória diminuída				
Sim	1	5	6	1,00
Não	4	40	44	
Total	5	45	50	

5.3 Informações referentes ao tratamento proposto à admissão no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas

Dos pacientes admitidos e acompanhados no ambulatório, 72% utilizaram polietilenoglicol, 18% leite de magnésia, 6% óleo mineral e 4% *Psyllium husk (fibra natural predominantemente solúvel)*.

Os dados a seguir referem-se ao esquema terapêutico de toda a população estudada, no primeiro e sexto meses de tratamento, respectivamente:

- Mãe responsável pela administração da medicação: 76,7 e 78% dos casos;

- próprio paciente responsável pela administração do medicamento: 20 e 19% dos casos;
- medicação fornecida gratuitamente: 4,3 e 8,3% dos casos;
- responsáveis pelos pacientes relataram que compreenderam adequadamente as orientações médicas da consulta anterior: 93,6 e 94% dos casos;
- responsáveis pelos pacientes declararam ter realizado o tratamento de forma adequada: 81,6 e 86% dos casos;
- responsáveis pelos pacientes negaram ter esquecido de administrar o medicamento no último mês: 57,1 e 69,4% dos casos;
- responsáveis pelos pacientes afirmaram acreditar que a constipação intestinal é uma doença: 64,6 e 72% dos casos;
- responsáveis pelos pacientes manifestaram confiar no médico: 96 e 98% dos casos.

5.4 Falhas na adesão

Houve falha na adesão ao tratamento em 62% (n=31) e em 70% (n=35) dos casos, no primeiro e sexto meses de acompanhamento. Dados comparativos revelaram maior taxa de adesão no primeiro momento do acompanhamento (TAB. 6), porém não foi verificada significância estatística na análise pareada dos dois momentos do estudo (p=0,45).

No primeiro momento, os principais motivos para a não administração da medicação foram dificuldade financeira em 25%, efeito colateral da droga (diarreia) em 37,5% e alergia ao medicamento em 12,5% dos casos. A queixa de “alergia” referia-se a lesões de pele, mas ao analisar cada caso observou-se que era devida a outras causas, como viroses ou dermatite atópica, não sendo necessário suspender o medicamento em algum dos pacientes. No segundo momento também houve justificativas semelhantes para a não administração: dificuldade financeira em 21,4%, diarreia em 28,6% e alergia em 14,3% dos

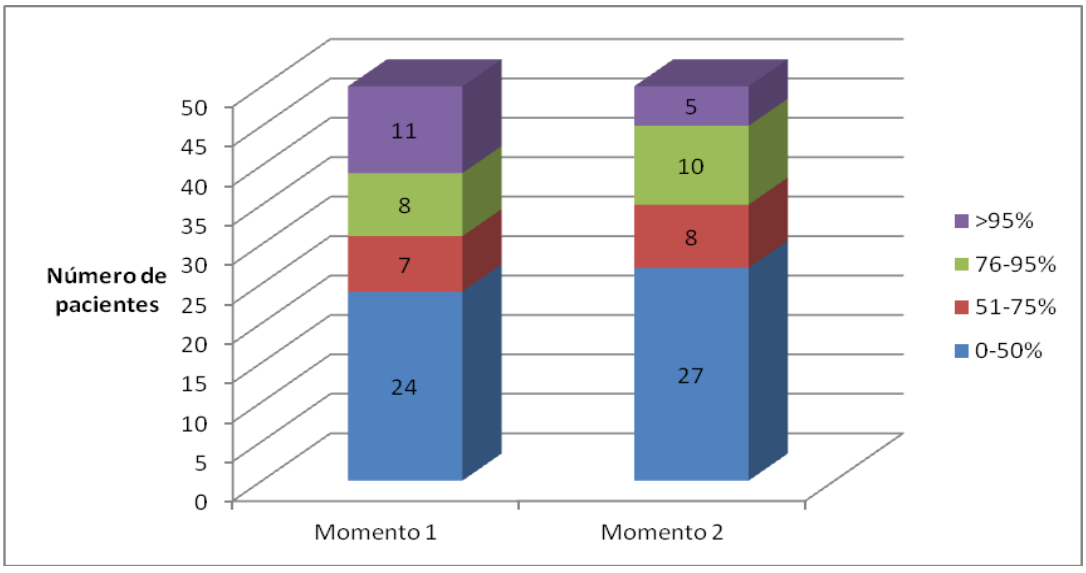
casos. Outros motivos, embora menos frequentes, como esquecimento, recusa da criança a tomar o medicamento e problemas familiares também foram citados.

TABELA 6 - Comparação da adesão ao tratamento, nos dois momentos do estudo, por meio do teste de McNemar

Momento 1 (n)	**Momento 2 (n)**			**Valor p**
	Sim	Não	Total	
Paciente aderiu ao tratamento				
Sim	9	10	19	0,45
Não	6	25	31	
Total	15	35	50	

O GRÁF. 4 mostra a distribuição de pacientes de acordo com a quantidade da droga ingerida nos dois momentos do estudo. Aqueles que ingeriram 0 a 50% da medicação prescrita estão representados em azul, os que ingeriram 51 a 75% estão representados em vermelho, de 76 a 95% estão representados em verde e os que usaram mais de 95% estão representados em roxo. A média de ingestão da droga no primeiro momento foi de 50% e no segundo momento de 42%.

GRÁFICO 4 - Distribuição de pacientes de acordo com a quantidade da droga ingerida nos dois momentos do estudo



5.5 Fatores relacionados à não adesão ao tratamento

Fatores relacionados à não adesão ao tratamento também foram investigados neste trabalho. As variáveis independentes, mostradas nas tabelas a seguir, foram obtidas por meio do questionário (respostas dos responsáveis às questões). Não houve relação significativa entre os grupos (aderiu x não aderiu ao tratamento) quanto às variáveis mostradas nas próximas tabelas.

5.5.1 Fatores relacionados à não adesão no primeiro momento do estudo

As TAB. 7 a 12 mostram fatores relacionados à não adesão ao tratamento, no primeiro momento do estudo, ou seja, no primeiro mês de acompanhamento da criança. A TAB. 6 contém variáveis contínuas analisadas e as demais tabelas referem-se às variáveis categóricas do estudo.

TABELA 7 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente (variáveis contínuas): momento 1

Perfil da criança	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p valor	Teste
Idade (meses)								
Aderiu	68,3	44,2	55	18	166	19	0,24	T- Test
Não aderiu	83,3	43,3	79	8	167	31		
Peso (kg)								
Aderiu	24,0	20,3	19,3	10,70	100,0	19	0,24	Mann-Whitney U
Não aderiu	27,5	17,5	21,0	9,30	79,0	31		
Idade início da constipação (meses)								
Aderiu	13,4	28,2	2,5	1,00	96,0	19	0,12	Mann-Whitney U
Não aderiu	21,9	27,8	12,0	1,00	120,0	31		

TABELA 8 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente: momento 1

Fatores referentes à criança	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Sexo										
Masculino	11	57,9	18	58,1	29	58	0,78	1	0,49-2,00	χ^2
Feminino	8	42,1	13	41,9	21	42				
Peso										
Baixo peso (<-2DP)	1	5,3	2	6,5	3	6	0,98	-	-	Fisher
Normal (entre -2 DP e +2DP)	16	84,2	26	83,9	42	84				
Peso > recomendado (>+2DP)	2	10,5	3	9,7	5	10				
Idade										
Lactente	2	10,5	2	6,4	4	8	0,49	-	-	χ^2
Pré-escolar	11	58	14	45,2	25	50				
Escolar e adolescentes	6	31,5	15	48,4	21	42				
Tratamento prévio para CICF										
Sim	13	68,4	14	51,9	27	58,7	0,41	1,52	0,71-3,29	χ^2
Não	6	31,6	13	48,1	19	41,3				
Uso correto do vaso sanitário										
sim	6	42,9	11	45,8	17	44,9	0,87	0,93	0,40 -2,15	χ^2
Não	8	57,1	13	54,2	21	55,3				
Dieta rica em fibra										
Sim	15	78,9	21	66,7	36	72	0,52	1,72	0,47-6,78	χ^2
Não	4	21,1	10	32,3	14	28				
Problemas emocionais										
Sim	1	5,3	5	16,7	6	12,2	0,38	0,40	0,06-2,47	Fisher
Não	18	94,7	25	83,3	43	87,8				
Presença de outra doença										
Sim	2	10,5	7	22,6	9	18	0,45	0,54	0,15-1,92	Fisher
Não	17	89,5	24	77,4	41	82				
História de constipação intestinal na família										
Sim	12	66,7	14	50	26	56,5	0,42	1,54	0,70-3,38	χ^2
Não	6	33,3	14	50	20	43,5				

IC: intervalo de confiança. RP: razão de prevalência.

TABELA 9 - Adesão *versus* fatores referentes à doença: momento 1

Manifestações clínicas	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Frequência evacuatória										
Alterado (< 3x semana)	1	5,3	5	16,1	6	12	0,38	0,33	0,04-2,59	Fisher
Normal (≥ 3x semana)	18	94,7	26	83,9	44	88				
Aspecto das fezes										
Fezes ressecadas (escala de Bristol tipo 1 a 3)	1	5,3	11	35,5	12	24	0,048	-	-	χ^2
Fezes normais (escala de Bristol tipo 4)	9	47,4	11	35,5	20	40				
Diarreia (escala de Bristol tipo 5 a 7)	9	47,4	9	29	18	36				
Dor ao evacuar										
Sim	5	29,4	11	35,5	16	33,3	0,91	0,83	0,35-1,96	χ^2
Não	12	70,6	20	64,5	32	66,7				
Sangue nas fezes										
Sim	1	5,6	3	9,7	4	8,2	1,00	0,66	0,12-3,76	Fisher
Não	17	94,4	28	90,3	45	91,8				
Escape fecal										
Sim	7	50	10	37	17	41,5	0,64	1,41	0,61-3,28	χ^2
Não	7	50	17	63	24	58,5				
Dor abdominal										
Sim	6	31,6	15	48,4	21	42	0,38	0,64	0,29-1,90	χ^2
Não	13	68,4	16	51,6	29	58				
Esforço evacuatório										
Sim	6	31,6	11	35,5	17	34	0,98	0,90	0,41-1,94	χ^2
Não	13	68,4	20	64,5	33	66				
Manobra de retenção fecal										
Sim	8	50	9	31	17	37,8	0,35	1,65	0,76-3,57	χ^2
Não	8	50	20	69	28	62,2				
Controle clínico da doença										
Sim	7	36,8	13	41,9	20	40	0,95	0,88	0,42-1,84	χ^2
Não	12	63,2	18	58,1	30	60				

TABELA 10 - Adesão *versus* fatores referentes ao esquema terapêutico: momento 1

Medicamento	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Criança não aceita a medicação proposta										
Sim	2	10,5	8	26,7	10	20,4	0,27	0,45	0,12-1,66	Fisher
Não	17	89,5	22	73,3	39	79,6				
Grande volume administrado										
Sim	0	0	1	3,3	1	2	1,00	-	-	Fisher
Não	19	100	29	96,7	48	98				
Cheiro forte										
Sim	0	0,0	1	3,3	1	2	1,00	-	-	Fisher
Não	19	100	29	96,7	48	98				
Gosto desagradável										
Sim	2	10,5	10	33,3	12	24,5	0,095	0,36	0,09 - 1,34	Fisher
Não	17	89,5	20	66,7	37	75,5				
Dificuldade para encontrar										
Sim	3	15,8	2	6,7	5	10,2	0,36	1,65	0,73-3,72	Fisher
Não	16	84,2	28	93,3	44	89,8				
Dificuldade com o horário administração										
Sim	0	0	1	3,3	1	2	1,00	-	-	Fisher
Não	19	100	29	96,7	48	98				
Dificuldade na dosagem										
Sim	1	5,3	1	3,3	2	4,1	1,00	1,30	0,31-5,47	Fisher
Não	18	94,7	29	96,7	47	95,9				
Efeito colateral indesejado										
Sim	0	0	2	6,7	2	4,1	0,51	-	-	Fisher
Não	19	100	28	93,3	47	95,9				
Medicamento caro										
Sim	7	36,8	11	36,7	18	36,7	0,77	1,00	0,48-2,08	$\chi 2$
Não	12	63,2	19	63,3	31	63,3				
Medicação fornecida gratuitamente										
Sim	1	5,6	1	3,4	2	4,3	1,00	1,32	0,31-5,56	Fisher
Não	17	94,4	28	96,6	45	95,7				

TABELA 11 - Adesão *versus* fatores referentes ao cuidador: momento 1

Dados referentes ao cuidador e conduta familiar	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Responsável está satisfeito com o tratamento Proposto										
Sim	17	89,5	30	100	47	95,9	0,14	0,36	0,25-0,53	Fisher
Não	2	10,5	0	0	2	4,1				
Responsável acredita que a constipação é uma doença										
Sim	13	76,5	18	58,1	31	64,6	0,34	1,78	0,68-4,61	χ^2
Não	4	23,5	13	41,9	17	35,4				
Responsável acredita que tratar a constipação intestinal é:										
Pouco importante a importante	3	15,8	5	16,7	8	16,3	1,00	0,96	0,36-2,54	Fisher
Muito importante	16	84,2	25	83,3	41	83,7				
Responsável tem pouco conhecimento sobre a constipação intestinal										
Sim	8	42,1	17	54,8	25	50	0,56	0,72	0,35-1,49	χ^2
Não	11	57,9	14	45,2	25	50				
Responsável principal trabalha fora de casa										
Sim	6	31,6	10	34,5	16	33,3	0,92	0,92	0,43-1,97	χ^2
Não	13	68,4	19	65,5	32	66,7				
Responsável esquece de dar o medicamento										
Sim	5	26,3	16	53,3	21	42,9	0,12	0,47	0,20-1,11	χ^2
Não	14	73,7	14	46,7	28	57,1				
Responsável relata ter entendido as orientações médicas da última consulta										
Entendeu	18	100	26	89,7	44	93,6	0,27	-	-	Fisher
Não entendeu	0	0	3	10,3	3	6,4				
Nível socioeconômico familiar										
Baixo (classe C a E da ABEP)	17	89,5	24	77,4	41	82	0,45	1,87	0,52-6,68	Fisher
Elevado (classe A e B da ABEP)	2	10,5	7	22,6	9	18				
Escolaridade materna										
Analfabeto a 2º. grau incompleto	9	50	17	60,7	26	56,5	0,68	0,77	0,38-1,58	χ^2
2º. grau completo à graduação completa	9	50	11	39,3	20	43,5				
Responsável por administrar a medicação										
Mãe	14	82,4	19	73,1	33	76,7	0,71	1,41	0,50-3,94	Fisher
Outros	3	17,6	7	26,9	10	23,3				

TABELA 12 - Adesão *versus* fatores referentes ao sistema de saúde (na visão do responsável): momento 1

Sistema de Saúde	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Atendimento ambulatório organizado										
Sim	17	89,5	28	90,3	45	90	1,00	0.94	0,30-2,94	Fisher
Não	2	10,5	3	9,7	5	10				
Dificuldade financeira de comparecer ao ambulatório										
Sim	3	16,7	2	7,1	5	10,9	0,36	1,64	0,72-3,72	Fisher
Não	15	100,083,3	26	92,9	41	89,1				
Dificuldade de comparecer ao ambulatório pela distância										
Sim	4	22,2	4	14,3	8	17,4	0,69	1,35	0,60-3,04	Fisher
Não	14	77,8	24	85,7	38	82,6				
Número de consultas satisfatório										
Sim	18	94,7	31	100	49	98	0,38	0,37	0,25-0,53	Fisher
Não	1	5,3	0	0	31	2				

5.5.2 Fatores relacionados à não adesão no segundo momento do estudo

As TAB. 13 a 17 descrevem fatores relacionados à não adesão ao tratamento, no segundo momento do estudo, ou seja, no sexto mês de acompanhamento à criança.

TABELA 13 - Adesão *versus* fatores referentes ao paciente: momento 2

Fatores referentes à criança	Aderiu		Não aderiu		Total		p	RP	IC 95%	Teste
	n	%	n	%	n	%	valor		RP	
Sexo										
Masculino	6	40	23	65,7	29	58	0,09	0,48	0,20-1,14	χ^2
Feminino	9	60	12	34,3	21	42				
Idade										
Lactente	3	20	1	2,9	4	8	0,08	-	-	χ^2
Pré-escolar	8	53,3	17	48,6	25	50				
Escolar e adolescente	4	26,7	17	48,6	21	42				
Uso correto do vaso sanitário										
Sim	4	44,4	14	45,2	18	45	1,00	0,97	0,30-3,11	Fisher
Não	5	55,6	17	54,8	22	55				
Dieta rica em fibra										
Sim	11	78,6	27	77,1	38	77,6	1,00	1,06	0,35-3,14	Fisher
Não	3	21,4	8	22,9	11	22,4				
Peso										
Peso baixo (<-2DP)	0	0	3	8,6	3	6	0,46	-	-	Fisher
Normal (entre -2DP e +2DP)	13	86,7	29	82,9	42	84				
Peso > recomendado (>+2DP)	2	13,3	3	8,6	5	10				
Problemas emocionais										
Sim	1	6,7	4	11,4	5	10	1,00	0,64	0,10-3,91	Fisher
Não	14	93,3	31	88,6	45	90				

TABELA 14 - Adesão *versus* fatores referentes à doença: momento 2

Manifestações clínicas	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Frequência evacuatória										
Normal (≥3x semana)	1	6,7	4	11,4	5	10	1,00	0,64	0,10-3,91	Fisher
Alterado (<3x semana)	14	93,3	31	88,6	45	90				
Aspecto das fezes										
Fezes ressecadas (escala de Bristol tipo 1-3)	2	13,4	5	15,1	7	14,6	0,67	-	-	χ^2
Fezes normais (escala de Bristol tipo 4)	7	46,6	19	57,6	26	54,2				
Fezes diarreicas (escala de Bristol tipo 5-7)	6	40	9	27,3	15	31,3				
Dor ao evacuar										
Sim	2	13,3	7	20,6	9	18,4	0,70	0,68	0,18-2,51	Fisher
Não	13	86,7	27	79,4	40	81,6				
Sangue nas fezes										
Sim	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Não	15	100	35	100	50	100				
Escape fecal										
Sim	4	36,4	14	42,4	18	40,9	1,00	0,82	0,28-2,41	Fisher
Não	7	63,6	19	57,6	26	59,1				
Dor abdominal										
Sim	5	33,3	15	42,9	20	40	0,75	0,75	0,30-1,86	χ^2
Não	10	66,7	20	57,1	30	60				
Esforço evacuatório										
Sim	4	26,7	11	32,4	15	30,6	0,75	0,82	0,31-2,17	Fisher
Não	11	73,3	23	67,6	34	69,4				
Manobra de retenção fecal										
Sim	3	23,1	10	29,4	13	27,7	1,00	0,78	0,25-2,40	Fisher
Não	10	76,9	24	70,6	34	72,3				
Controle clínico da doença										
Sim	11	73,3	19	54,3	30	60	0,34	1,83	0,67-4,95	χ^2
Não	4	26,7	16	45,7	20	40				

TABELA 15 - Adesão *versus* fatores referentes ao esquema terapêutico: momento 2

Medicamento	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Criança não aceita a medicação proposta										
Sim	1	6,7	5	15,2	6	12,5	0,65	0,50	0,07-3,14	Fisher
Não	14	93,3	28	84,8	42	87,5				
Grande volume administrado										
Sim	3	20	2	6,1	5	10,4	0,30	2,15	0,90-5,09	Fisher
Não	12	80	31	93,9	43	89,6				
Cheiro forte										
Sim	0	O	2	6,1	2	4,2	0,99	-	-	Fisher
Não	15	100	31	93,9	46	95,8				
Gosto desagradável										
Sim	1	6,7	6	18,2	7	14,6	0,40	0,41	0,06-2,69	Fisher
Não	14	93,3	27	81,8	41	85,4				
Dificuldade para encontrar										
Sim	2	13,3	2	6,1	4	8,3	0,57	1,69	0,57-4,99	Fisher
Não	13	86,7	31	93,9	44	91,7				
Dificuldade com o horário administração										
Sim	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Não	15	100	33	100	48	100				
Dificuldade na dosagem da medicação										
Sim	1	6,7	0	0	1	2,1	0,31	3,36	2,16-5,21	Fisher
Não	14	93,3	33	100	47	97,9				
Efeito colateral indesejável										
Sim	2	13,3	2	6,1	4	8,3	0,57	1,70	0,57-4,99	Fisher
Não	13	86,7	31	93,9	44	91,7				
Medicamento caro										
Sim	7	46,7	8	24,2	15	31,3	0,18	1,92	0,85-4,32	Fisher
Não	8	53,3	25	75,8	33	68,7				
Medicação fornecida gratuitamente										
Sim	0	0	4	12,1	4	8,3	0,29	-	-	Fisher
Não	15	100	29	87,9	44	91,7				

TABELA 16 - Adesão *versus* fatores referentes ao cuidador: momento 2

Dados referentes ao cuidador e conduta familiar	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Responsável está satisfeito com o tratamento Proposto										
Sim	14	93,3	33	100	47	97,9	0,31	0,30	0,19-0,46	Fisher
Não	1	6,7	0	0	1	2,1				
Responsável acredita que a constipação é uma doença										
Sim	10	66,7	26	74,3	36	72	0,73	0,77	0,32-1,87	Fisher
Não	5	33,3	9	25,7	14	28				
Responsável acredita que tratar a constipação intestinal é:										
Pouco importante a importante	2	13,3	2	5,7	4	8	0,57	1,77	0,60-5,22	Fisher
Muito importante	13	86,7	33	94,3	46	92				
Responsável tem Conhecimento sobre a constipação intestinal										
Sim	8	53,3	19	54,3	27	54	0,80	1,02	0,44-2,40	χ^2
Não	7	46,7	16	45,7	23	46				
Responsável principal trabalha fora de casa										
Sim	3	20	9	26,5	12	24,5	0,73	0,77	0,26-2,28	Fisher
Não	12	80	25	73,5	37	75,5				
Responsável esquece de dar o medicamento										
Sim	5	33,3	10	29,4	15	30,6	1,00	1,13	0,46-2,74	Fisher
Não	10	66,7	24	70,6	34	69,4				
Responsável relata ter entendido as orientações médicas da última consulta										
Entendeu	13	86,7	34	97,1	47	94	0,21	0,41	0,16-1,05	Fisher
Não entendeu	2	13,3	1	2,9	3	6				
Nível socioeconômico familiar										
Baixo (classe C a E da ABEP)	13	86,7	28	80	41	82	0,70	1,43	0,39-5,25	Fisher
Elevado (classe A e B da ABEP)	2	13,3	7	20	9	18				
Escolaridade materna										
Analfabeto a 2º. grau incompleto	6	46,2	20	60,6	26	56,5	0,57	0,66	0,26-1,66	χ^2
2º. grau completo à graduação completa	7	53,8	13	39,4	20	43,5				
Responsável por administrar a medicação										
Mãe	13	86,7	26	74,3	39	78	0,46	1,83	0,48-6,93	Fisher
Outros	2	13,3	9	25,7	11	22				

TABELA 17 - Adesão *versus* fatores relacionados ao sistema de saúde (na visão do responsável): momento 2

Sistema de Saúde	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Atendimento organizado										
Sim	15	100	35	100	50	100	-	-	-	-
Não	0	0	0	0	0	0				
Dificuldade de acesso ao ambulatório pela distância										
Sim	3	20	8	22,9	11	22	1,00	0,88	0,30-2,59	Fisher
Não	12	80	27	77,1	39	78				
Dificuldade financeira de comparecer ao ambulatório										
Sim	2	13,3	1	2,9	3	6	0,21	2,40	0,95-6,07	Fisher
Não	13	86,7	34	97,1	47	94				
Número de consultas satisfatório										
Sim	14	93,3	35	100	49	98	0,30	0,29	0,18-0,44-	Fisher
Não	1	6,7	0	0	1	2				

5.6 Adesão ao tratamento de acordo com a droga utilizada

Foi verificada maior taxa de adesão ao tratamento pelos pacientes que utilizaram polietilenoglicol, em comparação com os que receberam outras medicações prescritas, tanto no primeiro (p=0,19) quanto no sexto mês (p= 0,04) do estudo, porém com significância estatística apenas no segundo momento. A análise estatística citada está representada na TAB. 18.

TABELA 18 - Comparação da adesão ao tratamento das crianças, de acordo com a droga utilizada

Droga utilizada	Aderiu		Não aderiu		Total		p valor	RP	IC 95% RP	Teste
	n	%	n	%	n	%				
Momento 1										
PEG	16	84,2	20	64,5	36	72	0,19	2,07	0,71-6,03	$\chi 2$
Outros medicamentos	3	15,8	11	35,5	14	28				
Momento 2										
PEG	14	93,3	22	62,9	36	72	0,04	5,44	0,78-37,60	Fisher
Outros medicamentos	1	6,7	13	37,1	14	28				

Os gráficos 5 e 6 seguintes ilustram a porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento no primeiro e sexto meses de acompanhamento, de acordo com a droga utilizada.

GRÁFICO 5 - Porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento de acordo com a droga utilizada, no primeiro mês de acompanhamento

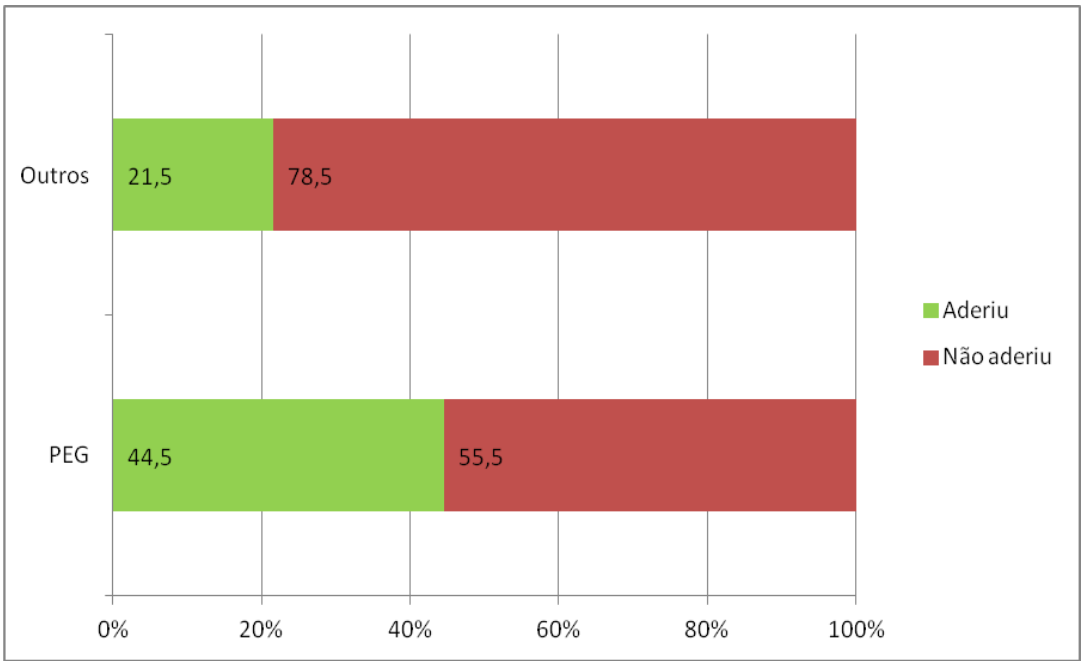
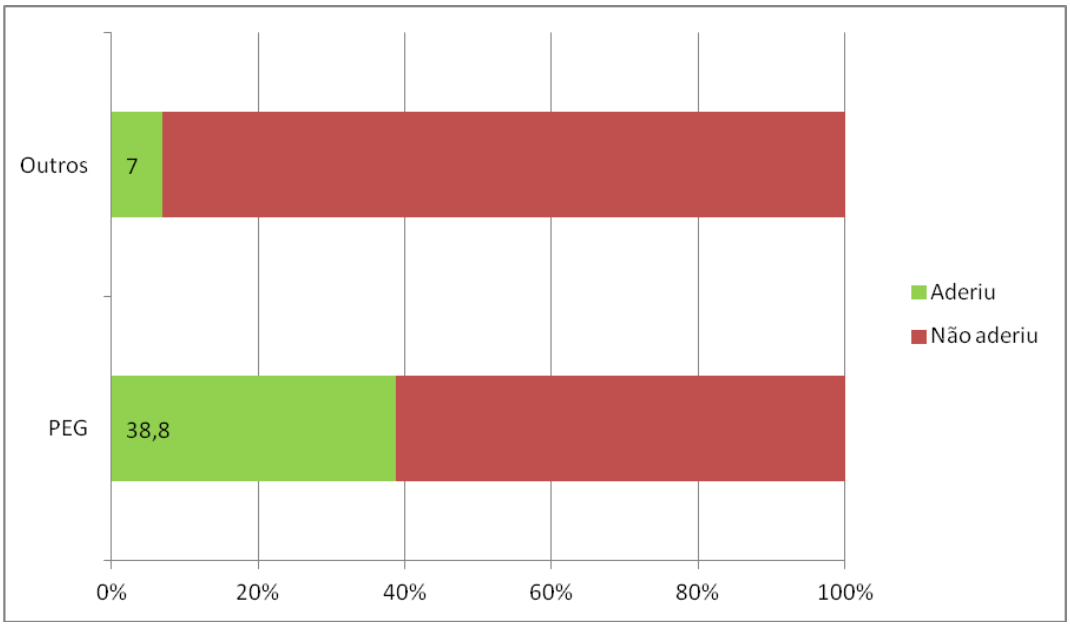


GRÁFICO 6 - Porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento de acordo com a droga utilizada, no sexto mês de acompanhamento



6 DISCUSSÃO

O estudo da adesão é de grande importância nas doenças crônicas. O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode levar à consequências pessoais, sociais e econômicas (MARINKER; SHAW, 2003; MATSUI, 1997). Em relação à constipação intestinal, falhas na adesão podem gerar a prescrição de medicamentos em doses cada vez mais elevadas, realização de exames desnecessários, além do não controle da doença com suas repercussões familiares (CANDY; EDWARDS, 2003; REID; BAHAR, 2006).

Dados referentes às características clínicas da população estudada são importantes fatores relacionados à adesão e, portanto, foram analisados neste estudo. Quanto à amostragem, houve predomínio de pacientes eutróficos e não houve diferença estatística quanto ao sexo. A idade média da população estudada foi de seis anos e a idade média relatada de início dos sintomas foi de dois anos. Tais dados são compatíveis com os da literatura, que mostram que a maioria das crianças com constipação funcional inicia os sintomas ainda quando lactentes, não possui déficit ponderal e que há a tendência a procurarem tardiamente por consulta médica, quando já estão presentes as complicações (DEL CIAMPO *et al*., 2002; INABA *et al*., 2003).

A CICF na faixa etária pediátrica é prevalente e o diagnóstico tardio leva a complicações clínicas que podem afetar o paciente sob o ponto de vista emocional e na vida escolar (CANDY; EDWARDS, 2003; HAYNER; TAYLOR; SACKETT, 1981; VAN DIJK *et al.*, 2003; YOUSSEF *et al.,* 2005). A despeito disto, foi encontrado neste estudo baixa taxa de adesão ao tratamento, sendo que 38 e 30% dos casos aderiram ao tratamento no primeiro e sexto meses de acompanhamento, respectivamente. A casuística não se distancia dos dados disponíveis na literatura, que demonstram média global de falha na adesão de aproximadamente 24,8%, variando entre 4,6 e 100% em diversas doenças crônicas (DiMATTEO, 2004a).

Como as complicações clínicas da constipação intestinal podem gerar grandes problemas para a criança e sua família (CANDY; EDWARDS, 2003; VAN DIJK *et al.*, 2003; YOUSSEF *et al.,* 2005), elas também foram analisadas. Quando se compararam as manifestações clínicas da constipação intestinal nos dois momentos do estudo, não se constatou diferença estatística. Isso pode ser devido ao curto tempo de acompanhamento e à baixa adesão ao tratamento proposto nesta amostra de crianças. Comparação entre adesão e complicações da constipação também foi feita, não existindo associação entre adesão e as complicações. Esperava-se que pacientes com escape fecal, dor abdominal e sangue nas fezes aderissem mais ao tratamento, porém isso não aconteceu, refutando nossa hipótese. Foi verificado, no primeiro momento do estudo, que os pacientes com fezes ressecadas aderiram menos ao tratamento (p=0,048), o que sugeriu que eles não estavam tomando a medicação adequadamente, pois quando retornavam ainda mantinham as fezes alteradas.

Em relação ao tipo de não adesão, o questionário estruturado revelou que o comportamento não intencional foi predominante no presente estudo. E na maioria das vezes o paciente não administrava o medicamento por dificuldade financeira, não aceitação pela criança ou por esquecimento e descuido no horário da administração.

A avaliação da adesão ao tratamento pode ser feita a partir de métodos diretos (dosagem dos medicamentos em amostras biológicas) ou indiretos (relatos dos pacientes e/ou de seus responsáveis, estimativa do médico, contagem de comprimidos ou envelopes, entre outros (GRAVES *et al*., 2010; PAKISTAN MASCOT, 2002). Como não existem estudos na literatura sobre adesão ao tratamento da constipação intestinal, definiu-se como não adesão a ingestão de menos de 75% da droga, baseando-se em estudos sobre doenças crônicas, que estabelecem como taxa adequada 70 a 80% (CONRAD, 1985; JORDAN, 2000; MATSUI, 1997; SHOPE, 1981; ZELIKOVSKY; SCHAST, 2008).

O método utilizado para avaliar a adesão foi o retorno dos frascos ou envelopes vazios do medicamento prescrito na última consulta. Tentou-se instruir os pacientes adequadamente quanto ao procedimento, porém se sabe que esse

método utilizado não é isento de erros. Diversos estudos registrados na literatura informam que os métodos de avaliação da adesão ainda são falhos. Trabalhos que compararam os índices de adesão obtidos por métodos diretos e indiretos enfatizam que dificilmente o paciente informa não adesão (HAYNER; TAYLOR; SACKETT, 1981; MACHADO *et al*., 2011; OSTENBERG; BLASCHKE, 2005; VERMEIRE *et al.*, 2001). A realização de entrevistas com pacientes parece ser o método mais fácil, de baixo custo e de amplo acesso, mas pode gerar superestimação da taxa de adesão (HAYNER; TAYLOR; SACKETT, 1981).

Outro fator limitante do presente estudo e que dificultou ainda mais a mensuração da adesão foi a oscilação na taxa de uso do medicamento verificada durante o acompanhamento aos pacientes, por motivos familiares ou financeiros: separação dos pais, desemprego do chefe da casa, mudança do local de habitação, adoecimento da criança durante determinado período e falecimento de algum membro familiar. Equilíbrio entre esses parâmetros e taxa de adesão mais fidedigna poderiam ter sido alcançados com a utilização de mais de um método ou critério de avaliação.

Investigação sobre detecção de PEG nas fezes de crianças com constipação intestinal salientou que o método é eficaz e pode ser reproduzido (SADILEK *et al*., 2010). Talvez esse artifício possa ser usado em pesquisas posteriores, para a abordagem da adesão em pacientes com constipação intestinal.

A falta de padronização das metodologias de avaliação da adesão dificulta a interpretação dos resultados e estabelecimento de comparações. Quando são abordadas doenças crônicas pediátricas de mais morbidade, como, por exemplo, leucemia e asma, os resultados mostram tendência à taxa mais alta de adesão ao tratamento do que na CICF. Pesquisas realizadas no mesmo hospital do estudo em discussão, envolvendo a leucemia linfoblástica aguda e asma, obtiveram taxa de adesão de 73 e 75,4%, respectivamente (LASMAR *et al*., 2007; OLIVEIRA *et al*., 2005b).

Os dados da literatura são escassos quando se trata de adesão em casos doenças gastrointestinais pediátricas. Trabalho de revisão notificou variação da

taxa de adesão de 16 a 62% em crianças com doenças inflamatórias intestinais e de 5 a 70% em crianças com doença celíaca (HOMMEL *et al.,* 2008). Dados referentes à adesão em casos de doenças gastrointestinais funcionais não foram encontrados na revisão bibliográfica realizada.

É consenso na literatura que a adesão ao tratamento é em grande parte influenciada pela percepção que o paciente e/ou seus responsáveis têm sobre a doença. Para alguns pesquisadores, o paciente e sua família tendem a aderir mais ao tratamento se compreendem o que o médico está dizendo e se acreditam que a doença traz algum risco de morte (CÁNOVAS; SATURNO; ESTEBAN, 2001; LEVY; FELD, 1999; PEPE; CASTRO, 2000). É importante que a informação fornecida seja clara, que não haja ambiguidade e que as demandas do paciente sejam avaliadas periodicamente. No entanto, na presente pesquisa, apesar da baixa taxa de adesão, mais de 90% dos pacientes descreveram ter entendido adequadamente as orientações médicas, o que indica que outros fatores também estão envolvidos na adesão e que a verificação das falhas da compreensão deve ser feita de maneira mais elaborada e não somente pelo relato do paciente.

Estudos internacionais evidenciam que a porcentagem de pacientes não aderentes ao tratamento foi mais elevada em adolescentes e em pacientes cujas famílias têm baixo nível de escolaridade (ARRIVILLAGA *et al*., 2009; MATSUI, 1997). Na presente investigação não foi identificada associação entre a idade do paciente e a escolaridade materna com as falhas na adesão. Em relação aos fatores socioeconômicos, a maioria dos entrevistados possuía baixa renda familiar e mais de 94% deles não recebiam a medicação gratuitamente, sendo o principal motivo citado de falha na administração a dificuldade financeira. Tais dados podem ter contribuído para a baixa taxa de adesão verificada no presente estudo.

Em relação ao esquema terapêutico proposto, todos os pacientes utilizaram uma única medicação para tratar a CICF, as mães foram as principais responsáveis pela administração da droga prescrita na maioria dos casos, no entanto, tais achados não contribuíram para melhor taxa de adesão. Fatores referentes ao custo da droga, à aceitação, aos efeitos colaterais e ao horário de administração

também foram analisados e não exibiram associação estatística com a adesão ao tratamento.

Analisando ainda outros fatores que poderiam influenciar na adesão ao tratamento, não foram encontradas associações com significância estatística entre diversas variáveis independentes analisadas (referentes ao paciente, ao cuidador, à doença, ao esquema terapêutico e ao sistema de saúde), nos dois momentos do estudo. Isso sugere a possível existência de padrão de comportamento comum aos pacientes entrevistados e usuários do ambulatório, independentemente de fatores clínicos e sociais, como já foi mencionado por outros autores ao avaliar a adesão ao tratamento, por pacientes adultos com doenças gastrointestinais crônicas atendidos em ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (DEWULF *et al.,* 2006). Uma possibilidade de estratégia para avaliar essa hipótese seria a utilização de outras abordagens de estudo, como as que envolvem métodos de pesquisa qualitativa e que permitem aprofundar o conhecimento do tema em determinado grupo.

Na comparação da adesão *versus* controle clínico do paciente, não foi verificada diferença estatística entre o grupo que aderiu e o que não aderiu ao tratamento, o que pode ser devido ao curto período de acompanhamento a esses pacientes. Ensaio clínico que avaliou o uso do placebo em pacientes com constipação intestinal ressaltou melhora clínica em até 42% em pacientes que foram acompanhados e não utilizavam medicamentos (NURKO *et al*., 2008). Outra pesquisa sobre o tratamento da CICF, na faixa etária pediátrica, concluiu que os dados existentes não informaram evidência suficiente de que os laxativos são melhores que o placebo (PIJPERS *et al*., 2009). Como o placebo foi tão eficaz quanto os laxativos em dois estudos, isso leva a pensar que existem outras questões envolvidas na melhora clínica do paciente, relacionadas ao atendimento médico, à relação médico-paciente-família e à abordagem biopsicossocial da doença.

Os pacientes que utilizaram de forma adequada a droga prescrita não necessariamente ingeriam dieta rica em fibras. O ideal seria que eles tivessem

seguido adequadamente o tratamento, tanto medicamentoso quando dietético, porém isso não ocorreu. Como o tratamento da constipação intestinal envolve várias etapas (BAKER *et al*., 2006; BENNINGA; VOSKUIJL; TAMINIAU, 2004; LIEM *et al*., 2007), a dieta pobre em fibras também pode ter contribuído para a não melhora clínica de alguns deles. Por outro lado, alguns declararam ter abandonado o tratamento medicamentoso, pois acreditaram que somente a mudança na dieta tinha melhorado seus sintomas.

Esperava-se que ao longo do tempo os pacientes se tornassem menos aderentes, como citado na literatura (CONRAD, 1985), entretanto, não ocorreu diferença estatística no primeiro e segundo momentos do estudo. Acompanhamento por período mais prolongado de tempo seria necessário para elucidar essa questão.

Os pacientes que utilizaram o medicamento PEG foram mais aderentes ao tratamento do que os que utilizaram leite de magnésia ou óleo mineral, embora com significância estatística apenas no segundo momento do estudo (p=0,04). Embora a amostra tenha sido pequena e os grupos de pacientes que utilizaram cada medicação tenham sido pouco representativos, esta pesquisa encontrou tendência a mais adesão dos pacientes que fizeram uso do laxante PEG ao longo do tratamento. Ensaio clínico randomizado realizado em 2008 no mesmo ambulatório deste estudo, cujo objetivo foi comparar a eficácia entre o PEG e o hidróxido de magnésio, também detectou a existência de melhor aceitação do PEG (GOMES; DUARTE; MELO, 2009). O polietilenoglicol tem sido utilizado frequentemente pelos profissionais de saúde, pois dados da literatura têm referenciado boa aceitação por parte dos pacientes e poucos efeitos colaterais (CANDY; BELSEY, 2009).

As informações obtidas durante esta pesquisa sobre os vários aspectos relacionados à adesão ao tratamento de pacientes com constipação intestinal podem ser utilizadas em benefício dos pacientes, procurando-se minimizar os efeitos negativos da falta de adesão. A verificação da adesão relatada constitui uma oportunidade para se estreitar a relação médico-paciente. Quando avaliada cuidadosamente, pode fornecer importantes informações sobre o padrão de falhas. O profissional de saúde deve estar atento para os fatores relacionados ao

não seguimento do tratamento proposto para cada paciente, principalmente para aqueles que não estão apresentando boa resposta.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de mais atenção voltada para a comunicação com o paciente e mais investimento na sua educação e informação. O envolvimento do paciente em seu tratamento e sua participação nas decisões certamente contribuiriam para melhor adesão. Estudo qualitativo sobre a constipação intestinal mostrou como a percepção do paciente do seu processo de adoecimento é fator relevante no tratamento (GOMES; DUARTE; MELO, 2011). Igualmente seria necessário investir na atualização dos profissionais de saúde, discutindo junto à equipe de saúde o problema da adesão, suas causas e possibilidades de resolução do problema. Intervenções que envolvam equipe multidisciplinar são geralmente necessárias para que resultados satisfatórios sejam obtidos.

Melhor utilização dos recursos financeiros e incentivo à adesão, por parte do governo, certamente reduziriam os gastos com doenças crônicas, como a constipação intestinal. As estratégias de comunicação em saúde podem auxiliar na conscientização da população sobre o tema, tais como materiais explicativos e/ou informações na mídia. Outra opção de intervenção seria o fornecimento gratuito de medicamentos. Estudos envolvendo amostra populacional maior e acompanhamento a esses pacientes por tempo mais prolongado ainda serão necessários para elucidar outros dados relevantes sobre o tema.

7 CONCLUSÕES

- Não houve associação entre adesão e os fatores referentes a: paciente, cuidador, doença, esquema terapêutico e sistema de saúde, em momento algum do estudo. Foi verificada apenas menos adesão ao tratamento, por parte dos pacientes com fezes ressecadas, no primeiro momento do estudo, o que sugere que eles não estavam utilizando o medicamento corretamente.
- A taxa de adesão ao tratamento da CICF foi de 38 e 30%, no primeiro e segundo momentos do estudo, respectivamente.
- Constatou-se predomínio de pacientes eutróficos, com idade média de seis anos à admissão no ambulatório e cujas famílias tinham baixa renda familiar.
- Não se verificou mudança nas manifestações clínicas da CICF nos dois momentos do estudo, provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento.
- Detectou-se maior taxa de adesão ao tratamento dos pacientes que utilizaram polietilenoglicol na comparação com os que fizeram uso de outros medicamentos, com significância estatistica no sexto mês de tratamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não adesão ao tratamento das doenças crônicas constitui uma questão de irrestrito interesse ao profissional de saúde. Objetivando a melhoria dos resultados do tratamento médico, constituem etapas fundamentais para abordagem dessa questão: a conscientização sobre a importância do tema, a identificação do fato (não adesão) e a busca por estratégias para melhoria.

A literatura reconhece como comportamento ou fatores de risco para a não adesão ao tratamento as seguintes situações: adolescentes, doenças crônicas, pais separados, residência em local de difícil acesso ao sistema de saúde e pacientes de nível sociocultural mais baixo. Diante dessas variáveis, recomenda-se redobrar a atenção no acompanhamento dos pacientes sujeitos a estas condições.

O uso de questionários semiestruturados constitui ferramenta muito utilizada em decorrência de seu baixo custo, para a identificação da não adesão, embora possa superestimar os resultados. Recomenda-se, que os instrumentos de avaliação da adesão, devam conter perguntas que abordem questões tais como: se o paciente entende o que está acontecendo com sua saúde, se está enfrentando dificuldades para seguir a terapia proposta, qual é o seu comportamento em relação à adesão ao tratamento. Outros métodos, como contagem de comprimidos, envelopes ou ampolas, uso de monitores eletrônicos inseridos em embalagens, registro de dispensação do medicamento na farmácia, registro de prontuários e dosagem do princípio ativo da medicação em líquidos corporais também podem ser utilizados, sendo, porém, de realização mais complexa ou de custo mais elevado.

No presente estudo destacam-se duas questões: a taxa de adesão ao tratamento da constipação intestinal crônica funcional e a evolução clínica com a abordagem medicamentosa.

A baixa taxa de adesão verificada impõe a necessidade de sua identificação precoce, bem como da introdução de medidas que possam revertê-la. Tais medidas têm como principal beneficiado o paciente, não se esquecendo do impacto econômico, para ele e para o Estado.

Quanto à evolução clínica, não se constatou correlação estatística entre o grupo que aderiu e o que não aderiu ao tratamento na análise da melhora da sintomatologia. Este resultado não invalida essa forma de tratamento, mas reforça a importância de uma visão mais ampla sobre a questão, indo além da abordagem medicamentosa e considerando-se questões biopsicossociais, em doenças crônicas e de tratamento prolongado. Questionamentos sobre a ação medicamentosa podem ser realizados: sua ação isolada e necessidades de medidas coadjuvantes.

Apesar de extensa publicação sobre a adesão ao tratamento em doenças crônicas, este estudo é inédito ao abordar a questão em um grupo bem definido: pacientes com CICF. Entretanto, com uma amostra de 50 pacientes e com subgrupos pequenos, constituídos a partir desta, conclusões categóricas devem ser evitadas e fazem-se necessários novos estudos com maior amostragem. Em se tratando de uma primeira pesquisa, acredita-se que a maior contribuição foi despertar para essa questão específica, lançando questionamentos que suscitem novas investigações em nosso meio.

Finalmente, pesquisas futuras abordando os diversos fatores envolvidos na resposta ao tratamento da CICF devem ser elaboradas, revendo-se a amostragem e o período de acompanhamento que melhor se adeque às variáveis que vierem a ser estudadas. Estudos qualitativos podem contribuir na compreensão e estabelecimento de medidas para melhoria dos resultados.

REFERÊNCIAS

ARRIVILLAGA, M. *et al*. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 6, p. 502-510, 2009.

BABIKER, M.A. Compliance with penicillin prophylaxis by children with impaired splenic function.**Trop Geogr Med**, v. 38, n. 2, p. 119-122, 1986.

BAKER, S. *et al*. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 43, n. 3, p. e1-13, 2006.

BECKER, M.H.; DRACHMAN, R.H.; KIRSCHT, J.P. Predicting mothers compliance with pediatric medical regimens. **J Pediatr**, v. 81, n. 4, p. 843-854, 1972.

BENNINGA, M.A.; VOSKUIJL, W.P.; TAMINIAU, J.A.J.M. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 39, n. 5, p. 448-64, Nov. 2004.

BLACKWELL, B. Drug Therapy: patient compliance. **N Engl J Med,** v. 289, n. 5, p. 249-252, 1973.

CANDY, D.C.A.; BELSEY, J. Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and fecal impactation: a systematic review. **Arch Dis Child,** v. 94, p. 156-60, 2009.

CANDY, D.C.A.; EDWARDS, D. The management of chronic constipation. **Current Pediatrics,** v. 13, p. 101-6, 2003.

CÁNOVAS, J.J.G.; SATURNO, P.J.; ESTEBAN, B.L. Grupo de investigación del proyecto sobre evaluación y mejora de La adhesión terapêutica em la hipertensión. Evaluación y mejora de La adhesión terapêutica em los pacientes hipertensos. **Aten Primaria,** v. 28, n. 9, p. 615-619, 2001.

CLAYDEN, A.; KESHTGAR, S. Management of childhood constipation. **Postgrad Med J***,* v. 79, n. 937, p. 616-621, nov. 2003.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Soc Sci Med**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

DAGAN, R.; SHVARTZMAN, P.; LISS, Z. Variation in acceptance of common oral antibiotic suspensions. **Pediatr Infect Dis J***,* v. 13, n. 8, p. 686-690, 1994.

DAWSON, A.; NEWELL, R. The extent of parental compliance with timing of administration of their children's antibiotics. **J Adv Nurs**, v. 20, n. 3, p. 483-490, 1994.

DEAN, A.J.; WALTERS, J.; HALL, A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. **Arch Dis Child**, v. 95, n. 9, p. 717-23, 2010.

DEL CIAMPO, I.R.L. *et al.* Prevalência de constipação intestinal crônica em crianças atendidas em unidade básica de saúde. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p. 497-502, 2002.

DEWULF, N.L.S. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário**. Rev Bras Ciênc Farm**, v. 42, n. 4, p. 75-84, 2006.

DiMATTEO, M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care***,* v. 42, n. 3, p. 200-209, 2004a.

DiMATTEO, M.R. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. **Patient Educ Couns***,* v. 55, p. 339-344, 2004b.

DRESSER, G.K. *et al.* Fruit juices inhibit organic anion transporting polypeptide-mediated drug uptake to decrease the oral availability of fexofenadine. **Clin Pharmacol Ther**, v. 71, n. 1, p. 11-20, 2002.

EASTON, K.L. *et al.* The incidence of drug-related problems as a cause of hospital admissions in children. **Med J Aust**, v. 169, p. 356-359, 1988.

GINSBURG, C.M.; McCRACKEN JR., G.H.; ZWEIGHAFT, T.C. Serum penicillin concentrations after intramuscular administration of benzathine penicillin G in children. **Pediatrics***,* v. 69, n. 4, p. 452-454, 1982.

GOMES, P.B.; DUARTE, M.A.; MELO, M.C.B. Comparação da efetividade entre polietilenoglicol 4.000 sem eletrólitos e hidróxido de magnésio no tratamento da constipação intestinal crônica funcional em crianças. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 245-250, 2011.

GRAVES, M.M. *et al.* The efficacy of adherence interventions for chronically ill children: a meta-analytic review. **J Pediatr Psychol**, v. 35, n. 4, p. 368-382, 2010.

HAYNER, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1981. 516 p.

HOMMEL, K.A. *et al.* Treatment regimen adherence in pediatric gastroenterology. **J Pediatri Gastroenterol Nutr**, v. 47, n. 5, p. 526-543, 2008.

INABA, M.K. *et al.* Prevalência e características clínicas das crianças com constipação intestinal crônica atendidas em clínica de gastroenterologia. **Pediatria,** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 157-63, 2003.

JORDAN, M.S. Aderência ao tratamento antirretroviral em aids: revisão da literatura médica*. In*: TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, R.T.; SHIMMA, E. (eds.). **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

KAHANA, S.; DROTAR, D.; FRAZIER, T. Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. **J Pediatr Psychol,** v. 33, n. 6, p. 590-611, 2008.

KYNGÄS, H.A.; SKAAR-CHANDLER, C.A.; DUFFY, M.E. The development of an instrument to measure the compliance of adolescents with a chronic disease. **J Adv Nurs**, v. 32, n. 6, p. 1499-1506, 2000.

LA GRECA, A.M. Issues in adherence with pediatric regimens. **J Pediatr Psychol***,* v. 15, n. 4, p. 423-436, 1990.

LASMAR, L.M. *et al.* Compliance with inhaled corticosteroid treatment: rates report by guardians and measured by the pharmacy*.* **J Pediatr**, v. 83, n. 5, p. 471-476, 2007.

LEÃO, M.F. *et al.* A família no contexto das doenças gastrintestinais funcionais: uma revisão crítica. **RMMG**, v. 17, p. 194-201, 2007.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien Saude Colet***,* v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVY, R.L.; FELD, A.D. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. **Am J Gastroenterol**, v. 94, n. 7, p. 1733-1742, 1999.

LEWIS, S.J.; HEATON, K.W. Stool form Scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scand J Gastroenterol,** v. 32, n. 9, p. 920-4, Sep. 1997.

LIEM, O. *et al.* Current treatment of childhood constipation. **Ann Nestlé (Engl)**, v. 65, p. 73-9, 2007.

LIMA, T.M.; MEINERS, M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude***,* v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

LITT, I.F.; CUSKEY, W.R. Satisfaction with health care.A predictor of adolescents' appointment keeping. **J Adolesc Health Care**, v. 5, n. 3, p. 196-200, 1984.

MACHADO, M. *et al.* International drug price comparisons: quality assessment. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 1, p. 46-51, 2011.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ,** v. 326, p. 348-349, 2003.

MATSUI, D.M. Drug compliance in pediatrics. Clinical and research issues. **Pediatr Clin North Am**, v. 44, n. 1, p. 1-14, 1997.

MEDIAPLANET. **Medication non-adherence**: fixing America´s other drug problem [Internet site] Available: http://www.talkaboutrx.org/assocdocs/TASK/531/MedicationNonAdherenceFINALREPORT.pdf. Accessed 11 March 2012.

MELO, M.C.B. *et al.* Constipação intestinal. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. S35-S43, 2003.

MORAIS, M.B.; MAFFEI, H.V.L. Constipação intestinal. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, (Supl.2), p. S147-56, 2000.

MOTTA, M.E.F.A.; SILVA, G.A.P. Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 451-4, 1998.

NEMES, M.I. *et al*. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. **Rev Assoc Med Bras,** v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NURKO, S. *et al*. PEG 3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, doubleblinded, placebo-controlled trial. **J Pediatr**, v. 153, p. 254-61, 2008.

O'CARROLL, R. *et al*. Improving adherence to medication in stroke survivors (IAMSS): a randomised controlled trial: study protocol. **BMC Neurol**, v. 10, p. 15, 2010.

OLVEIRA, B.M. *et al*. Evaluation of compliance through specific interviews: a prospective study of 73 children with acute lymphoblastic leukemia. **J Pediatr,** v. 81, n. 3, p. 245-250, 2005a.

OLIVEIRA, B.M. *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. **J Pediatr**, v. 81, n. 3, p. 245-250, 2005b.

OLIVEIRA, V.Z.; GOMES, W.B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

OSTENBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N England J Med**, v. 353, p. 487-497, 2005.

OU, H.T.; FELDMAN, S.R.; BALKRISHNAN, R. Understanding and improving treatment adherence in pediatric patients. **Semin Cutan Med Surg**, v. 29, n. 2, p. 37-140, 2010.

PAI, A.L.; DROTAR, D. Treatment adherence impact: the systematic assessment and quantification of the impact of treatment adherence on pediatric medical and psychological outcomes. **J Pediatr Psychol**, v. 35, n. 4, p. 383-393, 2010.

PAKISTAN MULTICENTRE AMOXYCILLIN SHORT COURSE THERAPY (MASCOT) pneumonia study group. Clinical efficacy of 3 days *versus* 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. **Lancet,** v. 360, n. 9336, p. 835-841, 2002.

PALANDUZ, A. *et al.* Low level of compliance with tuberculosis treatment in children: monitoring by urine tests. **Ann Trop Paediatr**, v. 23, n. 1, p. 47-50, 2003.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PIJPERS, M.A.M. *et al.* Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a sytematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. **Arch Dis Child**, v. 94, p. 117-31, 2009.

QUITTNER, A.L. *et al*. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. **J Pediatr Psychol,** v. 33, n. 9, p. 916-936; discussion 937-938, 2008.

RAKEL, R.E. **Tratado de Medicina da Família**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997, p. 243.

RASQUIN, A. *et al*. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. **Gastroenterology,** v. 130, p. 1527-37, 2006.

RAVISHA, M.S.; TULLU, M.S.; KAMAT, R. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: clinical profile of 550 cases in India. **Arch Med Res,** v. 34, p. 382-387, 2003.

REID, H.; BAHAR, R.J. Treatment of encopresis and chronic constipation in youngchildren: clinical results from interactive parent-child guidance. **Clin Pediatr**, v. 45, p. 157-64, 2006.

REINEHR, T. *et al.* Predctors to success in outpatient training in obese children and adolescents. **Int J Obes**, v. 27, p. 1087-1092, 2003.

REVISTA PANAMERICANA DE SALUDE PÚBLICA. Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. **Rev Panam Salud Publica**, v. 14, n. 3, p. 218-221, 2003.

SADILEK, M. *et al.* Detection of polyethylene glycol: based laxatives in stool. **J Pediatr Gastroenterol Nutr,** v. 50, n. 3, p. 1-4, 2010.

SHOPE, J.T. Medication compliance. **Pediatr Clin North Am**, v. 28, n. 1, p. 5-21, 1981.

SIMPSON, S.H. *et al.* A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ,** v. 333, p. 15, 2006.

STEINER, J.F.; EARNEST, M.A.The language of medication-taking. **Ann Intern Med,** v. 132, n. 11, p. 926-930, 2000.

TEBBI, C.K. Treatment compliance in childhood and adolescence. **Cancer,** v. 71, n. 10, p. 3441-3449, 1993.

VAN DIJK, M. *et al.*Prevalence and Associated Clinical Characteristics of Behavior Problems in Constipated Chidren*.* **Pediatrics,** v. 125, n. 2, p. 309-317, Feb. 2010.

VERMEIRE, E. *et al.* Patient adherence to treatment: three decades do research. A comprehensive review. **J Clin Pharm Ther**, v. 26, n. 5, p. 331-342, 2001.

WEI, J.; HOLLIN, I.; KACHNOWSKI, S. A review of the use of mobile phone text messaging in clinical and healthy behaviour interventions. **J Telemed Telecare**, v. 17, n. 1, p. 41-48, 2011.

WEISS, L. *et al*. HIV-related knowledge and adherence to HAART*.* **Aids Care,** v. 15, n. 5, p. 673-679, 2003.

WINNICK, S. *et al.* How do you improve compliance? **Pediatrics,** v. 115, n. 6, p. 718-724, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

WRIGHT, E.C. Non-compliance-or how many aunts has Matilda? **Lancet,** v. 342, n. 8876, p. 909-913, 1993.

YOUSSEF, N.N. *et al.* Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study. **J Pediatr Gastroenterol Nutr,** v. 41, n. 1, p. 56-60, Jul. 2005.

ZELIKOVSKY, N.; SCHAST, A.P. Eliciting accurate reports of adherence in a clinical interview: development of the Medical Adherence Measure. **Pediatr Nurs,** v. 34, n. 2, p. 141-146, 2008.

ZELLER, A.; SCHROEDER, K.; PETERS, T.J. An adherence self-report questionnaire facilitated the differentiation between nonadherence and nonresponse to antihypertensive treatment*.* **J Clin Epidemiol**, v. 61, p. 282-288, 2008.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento da constipação intestinal por pacientes acompanhados no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HC-UFMG

Identificação do paciente: _____

Observações iniciais:

Data da entrevista: Questionário: 1- Primeiro mês_____

2- Sexto mês_____

Este questionário tem o objetivo de avaliar a evolução da constipação intestinal do seu filho, além de nos ajudar a compreender e avaliar como está sendo realizado o tratamento que foi prescrito pelo médico responsável.

Q1. Nome:_____

Q2. Idade:_____

Q3. Sexo: ( )1-M ( )2-F

Q4. Escolaridade da criança:

1- ( )Analfabeto/Até 4ª série 2- ( ) 1º grau incomp. 3- ( ) 1º grau completo

4- ( ) 2º grau incompleto 5- ( ) 2º grau completo 6- ( ) 3º grau incomp.

7- ( ) 3º grau comp.

Q5. Peso: _____

Q6. Estatura:_____

Q7. Endereço completo:_____

Q8. Telefone:_____

Q9. Idade de início da constipação: _____ (em meses)

Q10. Responsável Pai: Idade_____ **(888- se pai falecido)**

Q10.1. Pai: escolaridade 1- ( ) Analfabeto/até 3ª série 2- ( ) 1º grau incomp.

3- ( ) 1º grau completo 4- ( ) 2º grau incompleto 5- ( ) 2º grau completo

6- ( ) 3º grau incomp. 7- ( ) 3º grau comp.

Q11. Responsável Mãe: Idade_____ (888- se mãe falecida)

Q11.1. Mãe: escolaridade 1- ( ) Analfabeto/até 3ª série 2- ( ) 1º grau incomp.

3- ( ) 1º grau completo 4- ( ) 2º grau incompleto 5- ( ) 2º grau completo

6- ( ) 3º grau incomp. 7- ( ) 3º grau comp.

Q12. Outro responsável: idade_____

Q12.1. Escolaridade 1- ( ) Analfabeto/até 3ª série 2- ( ) 1º grau incomp.

3- ( ) 1º grau completo 4- ( ) 2º grau incompleto 5- ( ) 2º grau completo

6- ( ) 3º grau incomp. 7- ( ) 3º grau comp.

Q13. Quem é o chefe da família: 1- ( ) pai 2- ( ) mãe 3- ( ) outros

Q14. Renda familiar:

1- ( ) < R$400,00 2-( ) R$400,00 a R$800,00

3-( ) R$800,00 a R$1200,00 4-( ) > R$1200,00

Q15. Possui casa própria: ( ) 1 – Sim ( ) 2 - Não

Q16. Pais separados: ( ) 1- Sim ( ) 2- Não ( ) 888- pai ou mãe viúvos.

-**Q17. Posse de itens (Quantidade de itens)**

Q17.1 Televisão em cores: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.2 Rádio: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.3 Banheiro: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.4 Automóvel: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.5 Empregada mensalista: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.6 Máquina de Lavar: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.7 Vídeo Cassete e/ou DVD: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.8 Geladeira: 1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

Q17.9 *Freezer* (aparelho independente/parte da geladeira duplex):

1-( ) 0 2-( ) 1 3-( ) 2 4-( ) 3 5-( ) 4 ou mais

<u>Dados clínicos referentes a constipação:</u>

Q18. Qual a frequência evacuatória do seu filho? _____vezes/semana

Q19. Qual o aspecto das fezes?

( )1; ( )2; ( )3; ( )4; ( )5; ( )6. **Olhar escala de Bristol**

Q20. Dor abdominal? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q21. Esforço evacuatório? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q22. Escape fecal? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não ( ) 3- Não se aplica

Q23. Dor ao evacuar? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q24. Manobra de retenção fecal? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q25. Sangue nas fezes? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q26. Uso correto do vaso sanitário: ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q27. Dieta rica em fibra: 1- sim pouco ( ) 2- sim normal ( ) 3- não ( )

Q28. Você acha que está realizando de maneira adequada o tratamento proposto para seu filho? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q29.Quais medicamentos seu filho está usando?

( ) (1) PEG ( ) (2) Leite de magnésia ( ) (3)Óleo mineral

( ) (4) Lactulose ( ) (5) Outros

Q29.1. Outros: _____nome do medicamento ou 888 se não está usando algum.

Q29.2. Doses: (1) ___ (2)____ (3) ____ (4) ____ (5) ____ /kg/dia

Q30. Quanto gasta por mês com os medicamentos atuais?_____

Q31.1. Há quanto tempo a criança está sendo tratada para a constipação com o(s) medicamento(s) atual(is)? _____meses**.**

Q31.2. E qual o horário administrado

1- ( ) manhã 2- ( ) tarde 3- ( ) noite 4- ( ) manhã e noite 5- ( ) tarde e noite

Q32. Quem é o responsável pela administração do medicamento?

1- ( ) mãe 2- ( ) mãe e pai 3- ( ) mãe e outros 4- ( ) outros

Q33. O paciente toma o medicamento sozinho? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q34. Você suspende a medicação quando seu filho melhora?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q35. Você acha que seu filho já melhorou e não precisa mais de tratamento?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q36. Você tem parentes próximos com constipação intestinal?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q37. Você esperava que o medicamento fosse melhorar logo os sintomas e isso não ocorreu?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q38. Você acha que o tempo que o paciente vai ficar tomando o(s) medicamento(s) será:

( ) 1- Rápido ( ) 2- Demorado ( ) 3- Não sei ( ) 4- Indiferente

Q39. Você está satisfeita com o tratamento que seu filho está fazendo?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q40. Você acha que a constipação intestinal é uma doença?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q41. Em sua opinião, qual a importância de tratar a constipação intestinal?

( ) 1- Sem importância ( ) 2- Pouco importante ( ) 3- Importante ( ) 4- Muito importante

Q42. Você alguma vez abandonou o tratamento por conta própria?

( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q42.1. Por quê?_____

1- ( ) Dificuldade financeira
2- ( ) Efeito colateral (diarréia)
3- ( ) Alergia
4- ( ) Problemas familiares
5- ( ) Achou que melhorou e não precisava mais usar
6- ( ) Criança se recusa a usar
7- ( ) Para testar se já tinha melhorado
8- ( ) Mãe trabalha fora

Q43. Seu filho já usou algum tipo de medicamento para a constipação antes? Qual? ( ) sim 2- ( ) não

Q43.1

1- OM (óleo mineral)
2- Leite de magnésia
3- Lactulose
4- PEG
5- Tamarine
6- Senne
7- Picossulfato (inclui Almeida Prado®, Agarol® e Gutalax®)
8- Bisacodil (Lactopurga®)
9- Fiber mais ou metamulcil®

Q44. Você conhece alguém que usou esse(s) medicamento(s) e o tratamento não deu certo? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q44.1.Quem? _____

1- ( ) Mãe
2- ( ) Tia
3- ( ) Avó
4- ( ) Vizinho

Obs: foram as únicas respostas que apareceram em todos os questionários: mãe, tia, avó e vizinho.

Q45. Vou ter que fazer algumas perguntas em relação aos medicamentos em uso. Marcar 1 – sim 2- não

Q45.1. ( ) A criança não aceita a medicação ou aceita forçado?

Q45.2. ( ) O número de medicamentos e a quantidade são grandes?

Q45.3. ( ) O(s) medicamento(s) tem (têm) cheiro forte?

Q45.4. ( ) O(s) medicamento(s) tem (têm) gosto desagradável?

Q45.5. ( ) Há poucos locais para comprar os medicamentos?

Q45.6. ( ) O(s) medicamento(s) é (são) caro(s)? (Dificuldade para comprar?)

Q45.7. ( ) Você tem que administrar o(s) medicamento(s) várias vezes por dia?

Q45.8. ( ) O(s) horário(s) de administração é (são) ruim(ns)/ difícil(eis)?

Q45.9. ( ) É difícil dosar o(s) medicamento(s)?

Q45.10.( ) Você tem que modificar seus hábitos para administrá-lo(s)?

Q45.11. ( ) O(s) medicamento(s) tem (têm) algum efeito ruim?

Q45.12. **Qual?**_____

Q46. As próximas perguntas estão relacionadas a OUTROS FATORES que podem estar atrapalhando o tratamento. Marcar 1- sim 2- não

Q46.1. ( ) Você está satisfeita com o número de consultas realizadas?

Q46.2. ( ) Você tem confiança no médico que está cuidando de seu filho?

Q46.3. ( ) O atendimento no ambulatório é organizado?

Q46.4. ( ) Você tem poucos conhecimentos sobre a constipação intestinal?

Q46.5. ( ) Você ou o responsável por administrar o(s) medicamento(s) trabalha fora de casa?

Q46.6. ( ) Você se esquece de dar o(s) medicamento(s)?

Q46.6.1. Quantas vezes você esqueceu de dar o medicamento no último mês?____

Q46.6.2. Qual o procedimento adotado?

1- ( ) nenhum 2- ( ) deu a mais no dia seguinte 3- ( ) parou a medicação

Q46.7. ( ) Você deixa de dar o(s) medicamento(s) em alguma situação como: quando está viajando, está cansada, seu filho está doente ou não quer tomar?

Q46.8. ( ) Seu filho faz outros tratamentos regularmente (medicamentosos, fisioterapia, fonoaudiologia, etc.)?

Q46.6.1. Em caso afirmativo, relatar qual_____ (NSA- não se aplica)

Q46.9.( ) Durante a consulta foi verificado algum problema psicológico ou familiar?

Q46.10.( ) O responsável não entendeu as orientações médicas na última consulta.

Q46.11. ( ) Dificuldade financeira para comparecer as consultas? Não tem dinheiro para transporte até o ambulatório.

Q46.12. ( ) Dificuldade de comparecer ao ambulatório de gastro, pela distância.

Q47. O remédio é conseguido gratuitamente? Marcar 1- sim 2- não

Q47.1. ( ) fornecido por parente

Q47.2. ( ) fornecido por amigo

Q47.3. ( ) fornecido por instituição

Q47.4. ( ) fornecidos por outros.

Q47.5 ( ) não é fornecido gratuitamente

Q48.Trouxe os frascos/envelope: ( ) 1- Sim ( ) 2- Não

Q49. Número de envelopes/ mL que era para ter usado:_____

Q50. Número de envelopes/mL que usou (trouxe): _____

Q51. Porcentagem de mL ou envelopes que trouxe em relação ao que era para ter usado:

1- 0-50% --------
2- 51-75% --------
3- 76-95% --------
4- >95% --------

Q52. Anotar a porcentagem de frasco que trouxe:----------

Q53. O paciente está bem controlado com o uso do medicamento?

1- ( ) sim 2- ( ) não

Q54. O paciente está aderindo ao tratamento? ( ) sim 2- ( ) não

Em tempo: considerar adesão quando ingerindo mais de 75% da droga.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento para inclusão de _____
e o seu responsável _____no projeto: "Desafios da adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com constipação intestinal crônica funcional".

Srs. Pais ou Responsável,

Este é um projeto de pesquisa com o objetivo de conhecer melhor a constipação (intestino preso) de seu(sua) filho(a), assim como de todas as crianças que são acompanhadas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, que aceitarem participar da pesquisa. Queremos determinar os fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento, ou seja, os fatores que dificultam ou melhoram o seguimento das orientações do médico que trata seu(sua) filho(a). Queremos saber como é o tratamento do seu filho, o que você conhece sobre constipação; como você reage diante dos sintomas de constipação e diante do tratamento prescrito pelo médico. Queremos saber também se existem fatores que contribuem para que o tratamento não seja realizado corretamente e quais seriam esses fatores. A sua participação na pesquisa não muda em nada o tratamento de seu(ua) filho(a); a consulta é realizada normalmente como se não estivesse sendo realizada uma pesquisa. Apenas aplicaremos um questionário com algumas perguntas sobre os tópicos já explicitados acima. Asseguramos o caráter confidencial dos resultados e, portanto, o seu nome e o de seu(ua) filho(a) não serão divulgados. Os dados, após analisados, poderão ser divulgados por meio de produção de texto ou de apresentação em evento de caráter médico-científico. Nas publicações científicas utilizam-se somente as iniciais do nome do paciente.

Caso você não queira participar ou decida interromper a participação em qualquer momento seu(sua) filho(a) continuará recebendo atendimento ambulatorial usual.

Afirmo que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, quanto ao caráter confidencial das minhas respostas e quanto ao destino dos

dados coletados, ou seja, todos os dados referentes à pesquisa respeitarão o meu direito e do(a) meu(minha) filho(a) de não identificação.

Eu,_____, responsável pelo(a) menor _____, aceito responder ao questionário proposto e estou ciente de que os dados obtidos serão analisados.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

Belo Horizonte __/__/ __.

MARQUE COM UM X, SE CONCORDAR EM PARTICIPAR DA PESQUISA.

☐ **SIM, EU CONCORDO EM PARTICIPAR.**

Se existir qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

COEP – UFMG - Avenida Antonio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, 2□ andar, Campus Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais ou pelo telefone, (31) 3499-4592.

Pesquisadores responsáveis:

1- Prof. Francisco José Penna - Contato: Fone: (31) 3409 9772
   Endereço: Av. Alfredo Balena, 190 – 2º andar – Departamento de Pediatria
2- Profª. Maria do Carmo Barros de Melo - Contato: Fone: (31) 3409 9772
   Endereço: Av. Alfredo Balena, 190 – 2º andar – Departamento de Pediatria
3- Sílvia Aparecida Steiner - Contato fone: (31) 34099772
   Endereço: Av. Alfredo Balena, 190- 2º andar – Departamento de Pediatria

APÊNDICE C – Ficha individual de seguimento clínico - frente

NOME:	REG:	DN:	TEL:

Grupo de Constipação Intestinal - Ficha Individual de Seguimento Clínico

Setor de Gastroenterologia Pediátrica - Hospital das Clínicas – UFMG

• Idade de início da constipação: _____	IAG=

Data		Idade	Peso (kg)	**Fezes**					Óleo roupa (S/Na/ Ns)	Dor ao eva-cuar (S/Na)	Manobra retenção (S/Na/ Ns)	Esfor-ço evacuat (S/Na)	Escape (v/s - Na - Ns)	Encoprese (v/s - Na - Ns)	Dor abdom. (S/Na)	Enu-rese (v/s - Na - Ns)	ITU (S/Na)	**Tratamento -** colocar Na se não usa				
				Evac. (v/s)	Consist (N/A/D/C)	Calibre (N/A/D)	Classif (tipos)	Sangue (S/Na)										Clister (S/Na)	Desim. oral (S/Na)	Fibras (S/Na)	Óleo (mL/kg / dia)	L. Mg (mL/kg / dia)
1																						
2																						
3																						

ITU= Infecção do trato urinário. N=Normal A=Aumentado D=Diminuído C=Cíbalos S=Sim Na=Não v/s=vezes por semana Ns=Não se aplica Ambulatório: Optativa( ) Quarta( )

-Prof.: _____

APÊNDICE C - Ficha individual de seguimento clínico - verso

Grupo de Constipação Intestinal - Ficha Individual de Seguimento Clínico Pg.__

Setor de Gastroenterologia Pediátrica - Hospital das Clínicas – UFMG

	Tratamento		Uso correto medica-mentos (S/Na)	Trouxe frascos (S/Na/Ns)	Fissura anal (S/Na)	Massa fecal (S/Na)	Entupir vaso (S/Na/Ns)	Controle esfíncter (S/Na)	Vaso san. c/ apoio p/ pés (S/Na/Ns)	Atividade física ≥2x/sem (S/Na)	Ingestão hídrica Adeq. (S/Na)	Psicote-rapia (S/Na)	Retorno (data)	Conduta	Observações
	Lactulose (mL/kg/dia)	PEG (g/kg/dia)													
1															
2															
3															
4															

ANEXOS

Anexo A - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)/ ABEP

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

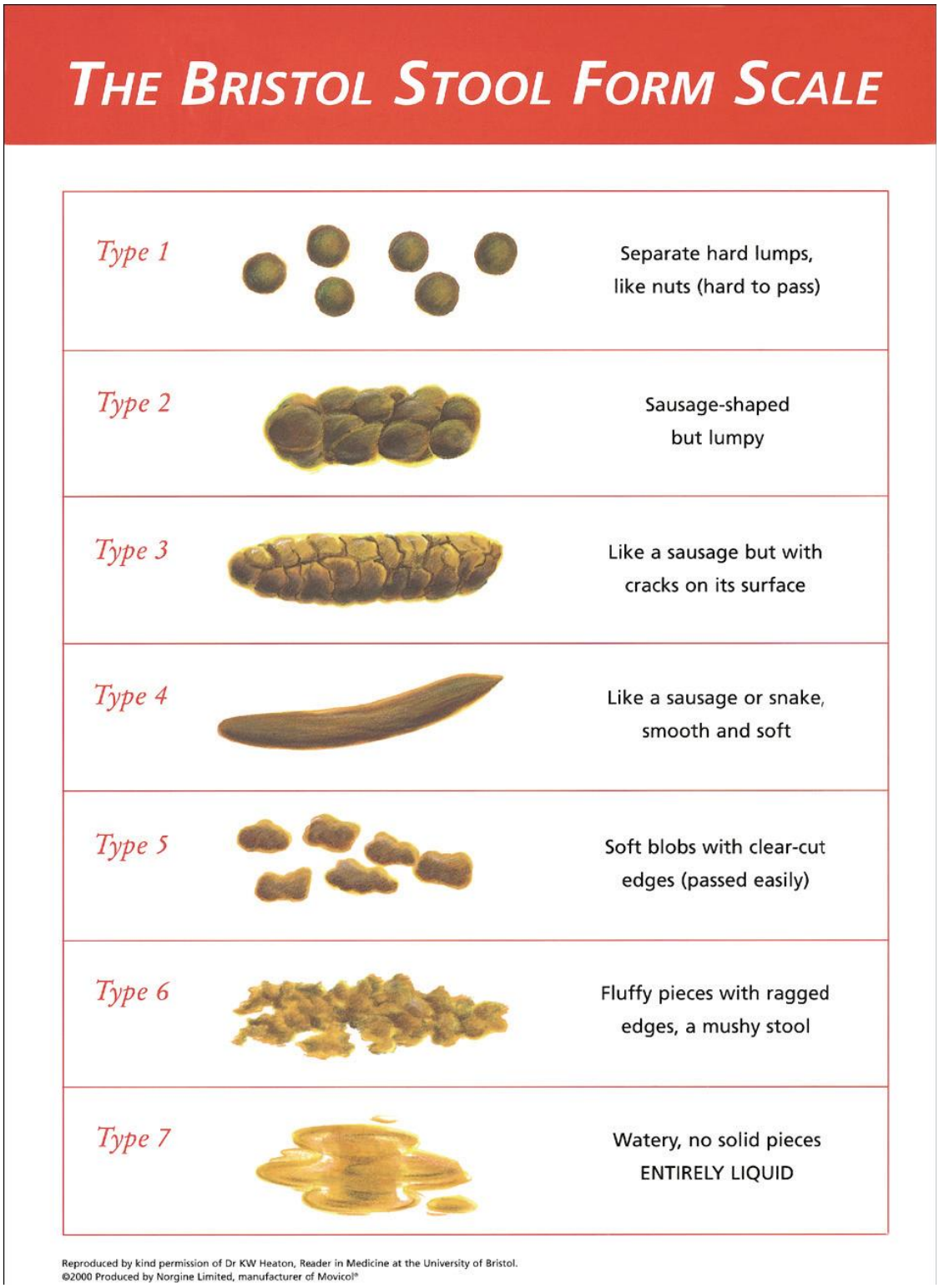
Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – www.abep.org – abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R$)
		2009
A1	42 a 46	11.480
A2	35 a 41	8.295
B1	29 a 34	4.754
B2	23 a 28	2.656
C1	18 a 22	1.459
C2	14 a 17	962
D	8 a 13	680
E	0 a 7	415

ANEXO B - Escala de Bristol



ANEXO C – Parecer ético da Câmara do Departamento de Pediatria

Parecer da Câmara do Departamento de Pediatria N. 10/09

Projeto:
Desafios da Adesão ao Tratamento da Constipação Intestinal Crônica de Crianças e Adolescentes

Interessado: Profa Márcia Regina Fantoni Torres e Profa Maria do Carmo Barros de Melo

Histórico: A constipação intestinal tem alta prevalência na população pediátrica, variando de 14,7% a 38,4% em estudos nacionais. Para que seja diagnosticada e tratada precocemente, o pediatra deverá investigar o hábito intestinal da criança, o que não é rotineiramente realizado. No tratamento instituem-se medidas gerais que incluem a regularização da dieta, o incentivo à prática de exercícios físicos, o apoio emocional aos paciente e familiares, e caso não sejam eficazes, a utilização de medicamentos pode ser necessária. Não há estudos sobre adesão ao tratamento na constipação intestinal crônica funcional, e neste estudo este é o objetivo principal, seguidos de determinação do grau de adesão dos pacientes ao tratamento, dos fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento e do impacto social e financeiro do tratamento na família do paciente e no SUS.

A população a ser estudada são as crianças com idade entre de zero a 16 anos de idade, atendidos nos ambulatórios de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG no período de 24 meses. A amostra mínima estimada é de 60 pacientes. É garantida a confidencialidade das informações e o paciente somente será incluído na pesquisa após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Não há gasto institucional.

Mérito: Conhecer os fatores envolvidos na não adesão ao tratamento da Constipação Intestinal Crônica em crianças e adolescentes poderá contribuir para uma abordagem mais eficaz deste problema de alta prevalência em nosso meio.

Conclusão: - Somos pela aprovação do projeto, sem ressalvas.

Aprovado o parecer do relator
em 13/02/2009
Maria Aparecida Martins

Profa. Maria Aparecida Martins
Chefe do Departamento de Pediatria

ANEXO D – Parecer ético COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 073/09

Interessado(a): Profa. Márcia Regina Fantoni Torres
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de abril de 2009, o projeto de pesquisa intitulado **"Desafios da adesão ao tratamento da constipação intestinal crônica de crianças e adolescentes"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO E – Ata da defesa

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **SÍLVIA APARECIDA STEINER** nº de registro 2010663165. Ás quatorze horas, do dia **onze de abril de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"ADESÃO AO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Francisco José Penna, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profª. Francisco José Penna – Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: Aprovada
Profª. Maria do Carmo Barros de Melo	Instituição: UFMG	Indicação: Aprovada
Profª. Soraia Tahan	Instituição: UNIFESP	Indicação: Aprovada
Prof. Marco Antônio Duarte	Instituição: UFMG	Indicação: Aprovado

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de abril de 2012.

Prof. Francisco José Penna / Orientadora Francisco José Penna

Profª. Maria do Carmo Barros de Melo

Profª. Soraia Tahan Soraia Tahan

Prof. Marco Antônio Duarte Marco Antônio Duarte

Profa. Ana Cristina Simões e Silva/Coordenadora Ana Cristina Simões e Silva

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Prog. em Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

ANEXO F- Declaração de aprovação da defesa

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

UFMG

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Francisco José Penna, Maria do Carmo Barros de Melo, Soraia Tahan e Marco Antônio Duarte aprovou a dissertação de mestrado intitulada: "**ADESÃO AO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**" apresentada pela mestranda **SÍLVIA APARECIDA STEINER** para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 11 de abril de 2012.

Prof. Francisco José Penna
Orientador

Profª. Maria do Carmo Barros de melo

Profª. Soraia Tahan

Prof. Marco Antônio Duarte