

Núcleo de Pesquisa e Extensão

CURSO: FISIOTERAPIA

EQUIPE:

Professor Coordenador: João Paulo Campos de Souza

Alunos: Henry Jonathas Messias Santos de Santana

Josefa Simere dos Santos Barros

Magda De Lima Marques

USO DE TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS VISCERAIS NO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO CRÔNICA INFANTIL

Relatório de Pesquisa

Campina Grande-PB

Maior/2011

JOÃO PAULO CAMPOS DE SOUZA

**USO DE TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS VISCERAIS NO TRATAMENTO
DA CONSTIPAÇÃO CRÔNICA INFANTIL**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

Campina Grande-PB

Maio/2011

SUMÁRIO

1	Introdução.....	5
1.1	Objetivos.....	6
2	Fundamentação Teórica	7
3	Metodologia.....	12
4	Apresentação dos Resultados	13
5	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	16
	ANEXOS	17

RESUMO

Referencial: A constipação crônica infantil (prisão de ventre) é uma queixa comum entre as mães e os consultórios médicos de pediatria, podendo esta ser definida como evacuação em frequência inferior a três vezes por semana acompanhada de dificuldade nas evacuações sendo necessários esforços excessivos, os movimentos intestinais tem crucial importância na evacuação dessas fezes. A quebra da homeostase gastrointestinal pode levar a ocorrência da constipação. As técnicas osteopáticas viscerais se mostram um importante instrumento para o tratamento da mesma, uma vez que esta causa o aumento da mobilidade e motilidade visceral, levando a um melhor trânsito intestinal e diminuindo os problemas secundários a esta patologia. **Problema:** A constipação intestinal pode estar associada a vários fatores, como a diminuição da mobilidade e motilidade intestinal, resultando em diversos comprometimentos onde podemos destacar presenças de hemorróidas, dificuldade de evacuação e problemas psicológicos juntos acarretando em danos a saúde da criança, assim como a dependência de fármacos. **Objetivo:** Evidenciar os benefícios relacionados às técnicas osteopáticas viscerais na constipação intestinal crônica infantil **Metodologia:** Seis crianças com constipação intestinal foram submetidas a 6 meses de tratamentos com técnicas osteopáticas viscerais (contornos diafragmáticos, alisamento superficial e profundo, mobilização global do abdômen e manobra do parafuso) com o auxílio de óleo corporal, 2 vezes por semana por 3 alunos de Fisioterapia. **Resultados:** Durante o período de tratamento as crianças tiveram uma melhora no trabalho intestinal, evacuando praticamente todos os dias e sem dificuldade no momento da defecação. Quando estas passavam alguns dias sem comparecer ao tratamento por motivos pessoais ou mesmo depois do recesso, observou-se um retardo na atividade intestinal que foi revertida após o retorno. **Conclusão:** As técnicas osteopáticas viscerais são um tratamento de baixo custo e acessível para reverter a constipação intestinal, visando um equilíbrio tanto fisiológico intestinal quanto psicológico, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e abrindo novos campos de atuação para a fisioterapia.

1 Introdução

O aparelho gastrointestinal é composto pelo canal alimentar do qual fazem parte órgãos situados na cabeça, pescoço, tórax, abdome e pelve, a segunda parte corresponde aos órgãos anexos no qual se incluem glândulas salivares, fígado, pâncreas. Segundo Dangelo e Fattini (2005) “o canal alimentar inicia-se na cavidade bucal continuando na faringe, esôfago, estômago, intestino (delgado e grosso) para terminar no reto que se abre no meio externo através do ânus”. Estes órgãos sofrem grande influência do sistema nervoso que está dividido em simpático e parassimpático, sendo que o principal órgão a influenciar no processo de mobilidade e motilidade gastrointestinal é o diafragma uma estrutura musculotendínea fina preenchendo a abertura torácica inferior e separando a cavidade torácica da cavidade abdominal.

Durante a inspiração o diafragma faz o movimento de depressão comprimindo as vísceras, na expiração realiza a elevação esticando as vísceras influenciando no peristaltismo intestinal.

Todos estes fatores em conjunto determinam a motilidade visceral, sendo esta necessária para um trânsito intestinal mais efetivo.

Conforme G.Finet, DO e Ch. Williame, Do *apund* Quef H. Bernard (2008, p.15),

“A disfunção osteopática visceral seria, a nosso ver, a perturbação da homeostasia em um ou vários órgãos relacionada a um estresse alimentar e/ou traumático e/ou psicológico, conjugada a modificações circulatórias, linfáticas, neurovegetativas e à dinâmica do órgão dentro do abdôme, tendo como efeito uma perda da integridade anatomofisiológica desse órgão.”

A quebra da homeostase gastrointestinal pode levar a ocorrência da constipação intestinal, conhecida como prisão de ventre, que é definida por Braunwald. E.,Fauci. A., et al., como sendo, “a defecação difícil, infreqüente ou aparentemente incompleta, persistente”. Esta patologia pode estar associada a hábitos alimentares, disfunção do nervo vago, entre outros, podendo ocasionar problemas associados como obstrução intestinal, tecido cicatrizado, diverticulose, tumores, estenose

colorectal, doenças de Hirschprung ou câncer podem comprimir ou estreitar o intestino ou reto.

Atualmente, a prisão de ventre é tratada através do uso de medicamentos e da mudança de hábitos alimentares. Isso se torna um grande problema afetando, diretamente, na renda familiar. Faz-se necessário, entretanto, o uso de meios complementares mais acessíveis e de baixo custo. Assim, a mobilização global do intestino se mostra um importante instrumento para o tratamento da prisão de ventre, uma vez que esta causa o aumento da mobilidade e motilidade visceral, levando a um melhor trânsito intestinal e diminuindo os problemas secundários a esta patologia. Estes aspectos compõem a definição do problema desta pesquisa que orientou o delineamento dos seguintes objetivos:

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral:

Evidenciar os benefícios relacionados às técnicas osteopáticas viscerais na constipação intestinal crônica infantil

1.1.2 Específicos:

- a) Identificar os benefícios do uso da osteopatia visceral em crianças de 2 a 4 anos que apresentam constipação intestinal crônica;
- b) Contribuir para o tratamento da constipação intestinal;
- c) Buscar novos campos de atuação para a fisioterapia. .

Este relatório aborda os efeitos do uso das técnicas osteopáticas viscerais em 6 crianças submetidas ao tratamento na Clínica Escola da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/Cesed durante um período de 6 meses, em duas sessões por semana, de 50 minutos cada uma, totalizando 51 sessões que também deixaram evidentes as dificuldades encontradas na execução deste projeto e sua importância para o Ensino da Fisioterapia e do exercício da profissão do fisioterapeuta.

2 Fundamentação Teórica

A dificuldade de evacuar é uma queixa comum na fase pediátrica sendo esta decorrente de vários fatores. Segundo Maffei & Morais. (2000) diversos autores estudaram a constipação e perceberam a variabilidade, como pode ser observado na Quadro 1:

Autores	Local, População (N), Idade	Crítérios para caracterizar a constipação	Prevalência Constipação
ZASLAVSK Y et al. (1988) Porto Alegre, RS	Ambulatório de Pediatria N = 1.005 Idade < 12 anos	Não foi descrito em detalhe. Na introdução, os autores conceituam constipação como eliminação, com dificuldade, de fezes endurecidas, geralmente associada a maior espaço entre as evacuações.	36,5%
MAFFEI et al.(1997) Botucatu, SP	Escola: alunos da 1ª e 2ª séries do ciclo básico N = 1.145 Idade: 6 a 16 anos	Fezes em cíbalos e/ou dor ou dificuldade para evacuar, sempre ou habitualmente. Não foi considerado relato isolado de escape fecal ou sangramento. Critério dos dados não expurgados: consideradas constipadas também as crianças com relato isolado de sangue nas fezes ou escape fecal.	28,8% 38,4%
MOTTA & SILVA (1998) Recife, PE	Comunidade de baixa renda N = 536 Idade: < 11 anos	Pelo menos duas das seguintes manifestações: Evacuação dolorosa ou com esforço; Fezes de consistência aumentada; Frequência inferior a 3 evacuações por semana.	21,8% ! Lactentes 18,3% ! Pré-escolares 14,7% ! Escolares
AGUIRRE (1998) Embu, SP	Unidade Básica de Saúde N = 277 Idade: < 2 anos	Fezes duras na forma de cíbalos, cilíndricas com rachadura ou espessas, ou associadas com dor e dificuldade	21,5%
BORGO (1998) Bauru, SP	Creche N = 57 Idade: 6 a 40 meses	Mais de 25 % das evacuações com consistência dura ou em cíbalos e/ou frequência de evacuações menor que 3 semanais, segundo informações: 1.Retrospectivas, obtidas por inquérito; ou 2. Por registro prospectivo das características de todas evacuações pelo menos uma vez por semana.	17,5% ! Retrospectivo 24,6% ! !Prospectivo

SANT' ANNA et al. (1999) Rio de Janeiro, RJ	Escola de 1º Grau N = 391 Idade: 8 a 10 anos	Dificuldade para evacuar freqüentemente ou forma das fezes em cíbalos.	28,0%
DEL CIAMPO (1999) Ribeirão Preto, SP	Unidade Básica de Saúde N = 313 idade: 1 a 10 anos	Sinais maiores: fezes cilíndricas ressecadas ou fragmentadas; eliminação dolorosa ou com esforço; escape fecal. Sinais menores: volume aumentado, intervalo entre a evacuações maior ou igual a 2 dias, sangramento, demora para iniciar a evacuação Constipação: presença de 2 ou mais sinais maiores ou 1 Sinal maior e 2 menores.	26,8%

Fonte: (MAFFEI; MORAIS, 2000, p.148)

Quadro 1 – Caracterização da Constipação

Uma das principais causas está relacionada a hábitos alimentares como a baixa ingestão de fibras. Esses componentes dietéticos são encontrados principalmente em frutas, verduras e grãos. As fibras não são digeridas em nosso organismo e podem ser divididas em dois grupos: solúveis e insolúveis. As fibras solúveis formam uma espécie de gel no intestino e as insolúveis passam intactas. O efeito delas é aumentar o volume das fezes e reter líquido nas mesmas, fazendo com que elas fiquem mais pastosas e fáceis de eliminar.

Outro fator importante é a baixa ingestão de água que é necessária para hidratação do bolo fecal facilitando sua eliminação. Recomenda-se o consumo de 2 litros de água por dia. Para Motta e Silva (1998, p.452):

“Na maioria das crianças, a origem da constipação intestinal é funcional (90 a 95%). Em geral, o problema se inicia durante o desmame, com a introdução de alimentos sólidos com baixo teor de fibras, aliado ao pequeno consumo de líquidos.”

Muitas vezes, pela falta de percepção dos pais que costumam identificar a constipação intestinal baseando-se na freqüência de eliminação das fezes dos seus

filhos, acaba por passar despercebida levando a uma busca tardia do pediatra que, também, não conclui o diagnóstico correto por falta de relato dos pais o que acaba agravando a situação e com o tempo levando a efeitos psicológicos secundários.

Conforme Leão (2007) “fatores psicossociais contribuem para que a doença se agrave e sintomas como, o escape fecal, sejam responsáveis por repercussões graves na qualidade de vida das crianças e no seu desenvolvimento emocional, assim como pelo estresse familiar” que acaba criando uma pressão psicológica sobre a criança fazendo com que a mesma apresente “medo” para expelir as fezes causando acúmulo e por conseqüência a constipação intestinal.

As condições financeiras também contribuem porque pessoas com baixo poder aquisitivo têm menos acessibilidade às orientações da sintomatologia assim como da prevenção e tratamento da doença.

As principais funções do cólon são: absorver água e eletrólitos, conduzir as fezes a partir do intestino delgado e armazenar as fezes, especialmente no sigmóide, antes das evacuações. Após as refeições podem ocorrer contrações colônicas de grande amplitude, denominadas reflexo gastro-cólico, que se propagam a partir do sigmóide proximal em direção a sua porção terminal, empurrando a massa fecal para o interior do reto. O reflexo evacuatório inicia-se com a chegada do bolo fecal na ampola retal. Com a dilatação retal, os receptores sensíveis ao estiramento determinam o relaxamento do esfíncter interno do ânus (reflexo reto anal), permitindo que o conteúdo retal seja percebido de modo discriminado para gases, líquidos ou fezes pastosas. Neste momento, o indivíduo pode decidir pela eliminação de flatos ou pela contração voluntária do esfíncter externo até chegar ao local apropriado para defecar. Nas crianças que ainda não adquiriram o treinamento esfíncteriano, a evacuação ocorrerá logo após à chegada do bolo fecal ao reto e dilatação do esfíncter anal interno.

A continência fecal depende do perfeito funcionamento do esfíncter anal externo, do músculo puborretal, do esfíncter anal interno e do reto. A retenção fecal ocorre quando as fezes não são eliminadas. Quando essa retenção persiste por tempo prolongado, o reto passa a conter fezes, progressivamente mais ressecadas e em maior volume. A parede retal fica cronicamente dilatada e a

sensibilidade retal diminui. A criança retém massa fecal que geralmente acarreta em dilatação do cólon. Um círculo vicioso se instala quando a criança apresenta eliminação dolorosa de fezes endurecidas e calibrosas e ressecadas, fazendo com que continue a inibir a defecação, através de contração anormal do esfíncter anal externo e também, com frequência, por contração paradoxal do assoalho pélvico (anismo). Estas fezes retidas são difíceis de serem eliminadas e podem deixar o esfíncter anal interno distendido e, dessa forma, a criança se torna incapaz de perceber o escape fecal.

Outros fatores que predisõem a uma constipação é a inervação e atuação do sistema nervoso, o qual atua de maneira simpática e parassimpática sobre as vísceras. Alterações na coluna vertebral também podem acarretar em disfunção. De acordo com Souza (2006, p.52), “vértebras subluxadas geram efeitos sistêmicos, como no caso da vértebra L1 que se relacionam à área do intestino grosso e pode ocasionar em constipação”.

Partindo do princípio de que todas as vísceras apresentam movimentos próprios decorrentes de movimentos externos ou internos, esses movimentos viscerais podem ser descritos em dois termos: a mobilidade visceral, que é o movimento da víscera em resposta a movimentos voluntários ou a movimentos do diafragma; e a motilidade visceral que é o movimento inerente à víscera, necessário a sua função.

A boa função visceral depende de uma boa mobilidade fisiológica, boa vascularização e inervação correta. Todas essas características são muito influenciadas principalmente dos movimentos respiratórios e diafragmáticos.

Durante a inspiração o diafragma desce empurrando as vísceras para baixo e para frente, influenciando o intestino e fazendo com que o cólon desça e rode(o cólon direito e esquerdo realizem a rotação externa). Na expiração ocorre o movimento inverso onde as vértebras voltam à sua posição normal.

Outra característica visceral reside nas superfícies de deslizamento (semelhantes às superfícies articulares do sistema ósseo) sendo constituídos de meninges, pleura, peritônio e pericárdio que envolvem as vísceras e as comunicam com a parede muscular, o esqueleto e outras vísceras, e o sistema de fixação (semelhantes aos

ligamentos) que são responsáveis por manter os órgãos em posição por diferentes meios.

Neste contexto, o tratamento visceral tem como objetivos a restauração da mobilidade fisiológica diafragmática, através de uma Anamnese com uma abordagem visceral detalhada observando hábitos alimentares, questões sócio econômicas, entre outros fatores que podem levar ou contribuir pra o desenvolvimento da constipação, inspecionando o arcabouço ósseo, a inervação simpática (coluna) e parassimpática (crânio) e a víscera propriamente dita, realizando assim o tratamento adequado para aquela determinada patologia.

No caso da constipação tem-se o objetivo de visualizar os benefícios da massagem global do abdômen como forma de tratamento não invasivo e de fácil acesso, com baixo custo associada a mudanças de hábitos alimentares, visando à melhora do paciente ajudando a manter uma melhor qualidade de vida sem que seu tratamento afete de maneira considerável o orçamento familiar, e abrindo assim novas áreas de atuação para os profissionais de fisioterapia.

As técnicas a serem utilizadas são: alisamento profundo, amassamento, manobra para a liberação do diafragma, em seguida a massagem global do intestino, em sentido horário e a massagem de liberação analítica do intestino.

O alisamento profundo é uma técnica administrada com uma pressão maior efetuada com bastante lentidão, sendo esta utilizada para estimular a circulação dos tecidos musculares mais profundos na direção do fluxo venoso e linfático.

No amassamento é aplicada uma pressão suave com as mãos em direções opostas, tendo uma compressão vertical.

De acordo com Capeletto (2004, p.307),

“a manobra de liberação do diafragma é realizada bilateralmente e concomitantemente. Os polegares do fisioterapeuta vão deslizando desde o processo xifóide, do esterno, até as últimas costelas. A massagem global do intestino é realizada com as mãos num ângulo de 60 graus em relação ao corpo do paciente, iniciando na região do cólon ascendente, depois cólon transverso e finalmente o trajeto do

cólon descendente. A manobra de liberação analítica consiste em entrar com os dedos indicadores num ângulo de 60 graus na região onde o paciente sentir dor ou incômodo durante a massagem global do intestino”.

3 Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de campo com duração de seis meses, sendo este realizado por alunos do curso de fisioterapia e orientado pelo professor João Paulo Campos de Souza. No primeiro encontro foi realizada a autorização da participação das crianças no projeto onde os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), em seguida foi realizada uma avaliação (Anexo A) contendo questões relacionadas a mobilidade e motilidade visceral, hábitos alimentares e um exame físico objetivando a correlação entre as questões supracitadas e a presença de prisão de ventre.

Cada criança foi submetida às técnicas Osteopáticas viscerais na seguinte sequência: contornos diafragmáticos realizados no sentido do diafragma, alisamento superficial e profundo no sentido do intestino grosso visando o aumento da mobilidade e motilidade das vísceras, mobilização global do abdômen realizado nos quatro quadrantes do abdômen no sentido do trânsito intestinal, e a manobra do parafuso visando melhorar a consistência das fezes.

O tratamento era realizado duas vezes por semana, onde cada sessão tinha a duração de aproximadamente 50 min por criança, Os pais realizavam anotações semanais quanto às fezes. Os responsáveis anotavam quantas vezes por semana as crianças evacuaram, qual a consistência das fezes, se houve sofrimento durante a evacuação ou presença de sangue nas mesmas. Desta forma podia se observar a eficácia das técnicas.

4 Apresentação dos Resultados

Após seis meses de tratamento pode-se observar significativos ganhos relacionados ao aumento no número de evacuações por semana. No início do tratamento as crianças evacuavam cerca de 2 vezes por semana apresentando dificuldade nas evacuações com fezes secas e endurecidas caracterizando assim a prisão de ventre. Após serem submetidas às técnicas (contornos diafragmáticos, alisamento superficial e profundo, mobilização global do abdômen e manobra do parafuso) as mães relataram que as crianças passaram a evacuar inicialmente no dia em que era realizada a técnica, ou no dia seguinte à aplicação das mesmas.

Após duas semanas de tratamento, foi relatado pelas mães significativa melhora no trânsito intestinal, onde as mesmas observaram que as crianças envolvidas começaram a evacuar cerca de 5 a 6 vezes por semana. Duas crianças passaram a evacuar mais de uma vez por dia. Observou-se, ainda, que ocorreu significativa mudança na consistência das fezes, passando estas do estado sólido observado antes do tratamento, para o estado pastoso durante o tempo em que as crianças foram submetidas ao tratamento, facilitando, dessa forma, a evacuação e conseqüente eliminação das mesmas.

Com a melhora do trânsito intestinal e da consistência das fezes, a evacuação se mostrou menos dolorosa, fazendo com que as crianças perdessem o medo do ato de evacuar. Após o terceiro mês de tratamento uma mãe suspendeu, por vontade própria, o uso dos medicamentos utilizados por seu filho, relatando, ainda, que a criança continuou a defecar normalmente, sem apresentar alterações na consistência fecal.

Durante os seis meses de tratamento a clínica onde eram realizados os atendimentos entrou em recesso durante o período de uma semana. Neste período os responsáveis pelas crianças relataram que das referidas crianças apresentaram diminuição no número de evacuações, fezes mais secas e sentiram maior dificuldade de eliminação das mesmas.

Os dados citados mostram a importância da utilização das técnicas utilizadas nesta pesquisa para o tratamento da prisão de ventre sendo que estas devem ser

realizadas de maneira contínua, para que os resultados sejam duradouros de sorte que a mobilidade e a motilidade intestinal sejam restabelecidas de maneira eficaz.

5 Conclusão

Existe uma grande escassez de trabalhos científicos na área de osteopatia visceral como forma de tratamento para a constipação crônica infantil. Pode-se observar que a literatura disponível para a realização deste projeto foi escassa o que orientou a busca em publicações de periódicos. Os relatos de casos encontrados focalizavam, principalmente, a aplicação dessas técnicas em idosos e mulheres e muito dificilmente na área da pediatria. Foi observado, ainda, grande incidência de queixas desta patologia nos ambulatórios de pediatria, evidenciando os danos da mesma à saúde destes indivíduos. Essa escassez de trabalho sobre o tema chama a atenção para sua importância e abre espaço para novas pesquisas sobre o assunto com evidência nos efeitos da utilização da técnica no tratamento da prisão de ventre em crianças.

Pode-se observar pequena utilização destas técnicas pelos profissionais de fisioterapia, o que faz com que, cada vez mais, as crianças com problemas dessa natureza se tornem dependentes do uso de fármacos e corram o risco do aparecimento de complicações como hemorróida, que gera a necessidade de intervenção cirúrgica.

Com a análise dos dados coletados na pesquisa se observou, diante da do problema, que a utilização dessas técnicas se torna muito eficaz para minimizar os gastos com o uso de medicamentos, de cirurgias de hemorróidas. Além disso, melhora o estado psicológico das crianças que, por sua vez, faz melhorar o trânsito intestinal da criança e, conseqüente, melhora a qualidade de vida das crianças submetidas ao tratamento.

Os objetivos delineados na fase de elaboração do projeto da pesquisa, quais sejam: a) identificar os benefícios do uso da mobilidade intestinal global em crianças de 2 a 4 anos que apresentam constipação intestinal; b) contribuir para o tratamento

da constipação intestinal e c) evidenciar os benefícios da mobilização global do intestino na constipação intestinal e favorecer novos campos de atuação para a fisioterapia, foram alcançados.

Os resultados encontrados mostram a importância da utilização dessas técnicas, não apenas no setor de terapia manual, mas também, no setor de pediatria tendo em vista que as queixas de prisão de ventre são comuns nesse setor.

Ao se realizar uma pesquisa onde existe intervenção terapêutica é natural o surgimento de obstáculos durante sua realização. Neste caso, o primeiro deles foi a falta de conhecimento da população em relação às técnicas osteopáticas viscerais no tratamento da constipação intestinal crônica infantil conhecida como prisão de ventre. A falta de assiduidade dos pacientes foi outra dificuldade encontrada, pois alguns deles dependem de transporte público e muitas vezes não chegavam no horário pré-determinado. Quando se trabalha com crianças, o lúdico é de extrema importância, tanto para melhor humanização do setor quanto para uma melhor aceitação das crianças ao tratamento. Muitas das crianças submetidas ao tratamento apresentavam a síndrome do jaleco branco, fato que forçou o grupo a trocar o jaleco branco por jalecos coloridos até as crianças se sentirem mais à vontade com os pesquisadores (Fisioterapeutas), após o período de aceitação, os alunos voltaram a utilizar os jalecos brancos.

Outra dificuldade encontrada foi o desconhecimento da população em relação às técnicas e seus efeitos. Os resultados encontrados neste projeto trazem grandes benefícios para população, pois é mais uma forma de tratamento da prisão de ventre, diminuindo, assim, os gastos com o uso de medicamentos, pois as técnicas podem ser realizadas em domicílio pelos pais ou por fisioterapeutas, transformando-se numa importante arma contra a prisão de ventre.

No tocante à contribuição à ciência, este projeto vem trazer uma nova visão quanto ao tratamento da constipação intestinal infantil, diminuindo os custos com o uso de medicamentos, melhorando o trânsito intestinal e abrindo novas áreas de atuação para a fisioterapia, pois muitos fisioterapeutas, médicos e outros profissionais da área de saúde ainda não possuem conhecimento sobre esta temática, uma vez que a literatura é escassa e existem poucos trabalhos relacionados à ela relacionada, principalmente na área de pediatria.

6 Referências

CAPELETTO, P. S. C. Os benefícios das manobras viscerais em pacientes com constipação intestinal crônica. **Rev. Terapia Manual**, v.3, nº 10, Londrina. p.306-308, out./dez. 2004.

CARRASCO, E. P.; MOREIRA, M. R. Eficácia das manobras viscerais na constipação intestinal. **Rev. Terapia Visceral Manual**. v.6, nº 28. Maringá. p.369-373, nov./dez. 2008.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 134.

DOMENICO, G.; WOOD, E. C. **Técnicas de massagem de Beard**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1998. p. 8 e 34.

FAUCI, A. S. **Harrison Medicina Interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw – Hill, 2008. p. 254.

LEÃO, M. F. **A constipação intestinal funcional em Crianças e adolescentes na visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e Repercussões sociais**. 2007. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/cpg/.../2007_mestrado_mariza_leao.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2009.

MORAIS, M.B.; MAFFEI, H. V. L. Constipação intestinal. **Jornal de Pediatria**. v. 76, Supl.2, 2000. Disponível em: <MB de Moraes, HVL Maffei - Jornal de Pediatria, 2000 - jped.com. br>. Acesso em: 25 de out. 2009.

QUEF, H.B. **Técnicas Osteopáticas Viscerais**. 1. Ed. São Paulo: Santos, 2008. p.13.

SOUZA, M. M. **Manual de Quiropraxia**. 2. ed. São Paulo: Ibraqui – Livros, 2006. p. 52.

ANEXOS

Anexo A

AVALIAÇÃO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Ficha nº _____

Numeração: _____

Sexo: _____ idade: _____ raça: _____

Naturalidade: _____ Telefone: () _____

Endereço: _____

Queixa principal: _____

História da doença atual (HDA)

Evacua quantas vezes na semana? _____

Consistência das fezes? _____

Medicamentos? _____

Hábitos alimentares.

Quais alimentos são freqüentemente usados na dieta do paciente?

A criança ainda mama, se sim quantas vezes ao dia?

A criança apresenta intolerância à lactose? Sim () Não ()

A criança apresenta algum transtorno psicológico?

Outros:

Antecedentes pessoais.

Como ocorreu a gestação da referida criança?

Sofre de alguma patologia? Se sim, qual?

Antecedentes familiares.

Já houve ou há algum caso de constipação na família, se sim qual o parentesco?

Exame Físico:

Avaliação Postural:

Simetria de Flancos

Avaliação do abdômen

Percussão:

Padrão Respiratório

Datas dos atendimentos:

Freqüência de evacuação ao final do tratamento:

APENDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e Esclarecido

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE-FCM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor(a).

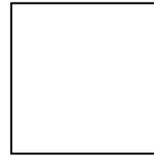
Esta pesquisa objetiva **avaliar os resultados e benefícios da técnica de massagem global do abdômen na constipação intestinal**, e está sendo desenvolvido por alunos do 6º período de Fisioterapia, sob a orientação do professor João Paulo.

A finalidade deste trabalho é contribuir para um melhor tratamento para a constipação intestinal em crianças conhecida como prisão de ventre, propiciando assim uma melhor qualidade de vida para as mesmas, pois este é um problema que pode gerar graves transtornos a saúde, e que vem crescendo muito nos últimos anos.

Solicitamos a compreensão e colaboração dos responsáveis para realizar uma entrevista para a coleta de dados no decorrer do projeto. Além disso, pedimos a sua autorização para apresentar os resultados destes estudos em eventos, periódicos científicos. Por ocasião da publicação dos resultados, sua identidade será mantida em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece risco, previsíveis para a saúde e dos envolvidos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e de livre espontânea vontade. Caso deseje desistir do estudo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores envolvidos estarão a sua disposição pra qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Durante o exposto declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para que o menor pelo qual responda possa participar da pesquisa e para a publicação de resultados



Assinatura do Pai ou Responsável Legal.

Impressão digital

Assinatura do pesquisador.

Assinatura do professor Orientador.

Assinatura do pesquisador.

Assinatura do pesquisador.

Campina Grande, __/__/__

APENDICE B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**FCM - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÈDICAS DE CAMPINA GRANDE****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, pesquisadores e orientador da pesquisa intitulada Uso de técnicas Osteopáticas Viscerais no Tratamento da Constipação Intestinal Crônica Infantil, assumimos cumprir as diretrizes regulamentadoras emanadas na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas complementares outorgada pelo Decreto nº 93833, 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e os deveres que dizer respeito à comunidade científica ao (s) sujeito(s) as pesquisa e o estado e a resolução/UEPB/CONSEP/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivos todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondente a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 anos após o termino desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo comitê de ética em pesquisa relatórios sobre o andamento da pesquisa comunicando ainda qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ___ de _____ de 2009

Pesquisador

Professor Orientador

João Paulo Campos de Souza

Pesquisador

Pesquisador