

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

ELIANE ALVES MOTTA CABELLO DOS SANTOS

**Prevalência de dor abdominal crônica em crianças
com fissuras labiopalatinas**

**BAURU
2017**

ELIANE ALVES MOTTA CABELLO DOS SANTOS

**Prevalência de dor abdominal crônica em crianças
com fissuras labiopalatinas**

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação. Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira Valarelli

Versão Corrigida

**BAURU
2017**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

Rua Sílvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 – Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antonio Zago – Reitor da USP

Profa. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado – Superintendente do
HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta Dissertação.

Eliane Alves Motta Cabello dos Santos

Bauru, ____ de _____ de ____.

C112p Cabello dos Santos, Eliane Alves Motta
Prevalência de dor abdominal crônica em crianças
com fissuras labiopalatinas / Eliane Alves Motta
Cabello dos Santos. Bauru, 2017.
66 p.; il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira
Valarelli

1. Dor abdominal. 2. Fenda labial. 3. Fissura
palatina. 4. Crianças. 5. Adolescentes.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eliane Alves Motta Cabello dos Santos

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira Valarelli - Orientadora

Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP

Profa. Dra. Ana Paula Fukushiro

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC/USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Para *Marcos, Gustavo e Vitor.*
Com muito amor

AGRADECIMENTOS

À minha *família*,

e em especial:

ao meu marido *Marcos* pelo companheirismo, incentivo e exemplo de vida;

aos meus filhos *Vitor* e *Gustavo* por me ensinarem o amor incondicional;

aos meus pais *Adalton* e *Dalva* e ao meu irmão *Sandro* pela base sólida e apoio.

À minha orientadora *Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira Valarelli*, pela competência, segurança e delicadeza com que me conduziu por este caminho de aprendizado.

Ao *Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene*, pela paciência em ouvir e prontidão em ajudar.

À *Flávia Maria Ravagnani Neves Cintra* pelo estudo estatístico deste trabalho.

Ao meu cunhado *Prof. Dr. César Cabello dos Santos* pelas dicas preciosas e pelo incentivo.

À *Profa. Dra. Ana Paula Fukushiro*,

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC/USP, pela dedicação à pesquisa e ao ensino.

Aos *colegas da pós-graduação*, pela amizade e apoio.

Aos *médicos e profissionais da equipe interdisciplinar do HRAC* pela estimulante convivência diária no tratamento das crianças com anomalias craniofaciais.

Aos *pacientes com anomalias craniofaciais do HRAC-USP*, principal motivação deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Cabello dos Santos EAM. Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2017.

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e realizar a caracterização da dor abdominal crônica (DAC) em crianças com fissuras labiopalatinas (FLP). Estudo transversal, cuja amostra constou de 420 pacientes com FLP não associadas a síndromes, com idade de 4 a 18 anos. A amostra foi selecionada entre os pacientes atendidos no ambulatório interdisciplinar de hospital de referência em anomalias craniofaciais. Entrevista estruturada foi realizada com relação à presença de DAC, com base nos critérios de Apley e Naish. Quando todos os critérios foram preenchidos e a DAC foi confirmada, os participantes foram solicitados a responder questões adicionais referentes à dor. O hábito intestinal (HI) dos pacientes foi investigado. Dos prontuários foram obtidos dados de identificação, tipo de fissura e número de cirurgias realizadas. O Teste de Qui-quadrado foi utilizado para verificar associações entre variáveis qualitativas e o Teste de Correlação de Pearson para correlação entre idade e prevalência de dor ($p < 0,05$). A prevalência de DAC encontrada foi de 38,3% e foi maior que a prevalência média na população geral pediátrica. Houve predomínio no sexo feminino e a incidência de DAC diminuiu com a idade. A dor foi associada à alterações do HI, principalmente constipação intestinal. Não houve associação de DAC com tipo de fissura ou com número de cirurgias. Nos pacientes com DAC a localização predominante foi ao redor ou abaixo do umbigo, associada à flatulência/distensão abdominal e náuseas. Faltaram à escola por causa da dor 20,4% das crianças com DAC e dos 60,2% que procuraram auxílio médico, 85,5% realizaram exames complementares. Dos pacientes com DAC, 75,1% usaram medicações, principalmente analgésicos. Concluiu-se que a DAC apresentou alta prevalência entre as crianças com FLP, está associada a constipação intestinal e leva a uso considerável de serviços médicos, uso de medicações e faltas escolares.

Palavras-chave: Dor abdominal. Fenda labial. Fissura palatina. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

Cabello dos Santos EAM. Prevalence of chronic abdominal pain among children with cleft lip and palate [dissertation]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo; 2017.

This study aimed to determine the prevalence and characteristics of chronic abdominal pain (CAP) in children with cleft lip and palate. This cross-sectional study comprised a sample of 420 children with non-syndromic CLP, aged from 4 to 18 years. Participants were selected between the patients attended at the interdisciplinary outpatient clinic of a reference hospital in craniofacial anomalies. A structured interview was performed based on the criteria of Apley and Naish for CAP diagnosis. If all criteria were met and CAP was confirmed, the participants answered other questions on pain. The bowel habit was investigated. Secondary data regarding to identification, cleft type, and number of surgeries were collected from the individuals' files. Chi-square test was used to associate qualitative variables and Pearson's Correlation Test was used to correlate age with pain prevalence, with a significance level considered in 5% ($p < 0.05$). The CAP prevalence was 38.3% and it was higher than the mean prevalence of the general pediatric population. CAP was more prevalent in females and the prevalence decreased with age. CAP was associated with alteration in bowel habits, mainly with constipation. There was no association between CAP with cleft type and number of surgeries. Among the individuals with CAP, prevailed the complaint of periumbilical and infraumbilical pain associated to flatulence/ abdominal distension and nausea. Because of CAP, 20.4% of the children missed school, 60.2% sought for medical assistance and of these, 85.5% were submitted to additional tests. Of the patients with CAP, 75.1% took medications, mainly analgesics. CAP has high prevalence in children with CLP and is associated to intestinal constipation, leading to a considerable use of medical services, medications and to missing school days.

Keywords: Abdominal pain. Cleft lip. Cleft palate. Child. Adolescent.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	DEFINIÇÃO DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA (DAC).....	11
1.1.1	Prevalência de DAC na população geral pediátrica	11
1.1.2	Etiologia da DAC	12
1.2	DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL (DFTGI) EM PEDIATRIA	13
1.2.1	Modelo conceitual dos DFTGI	15
1.2.2	Fatores precoces de estresse em crianças com DAC	15
1.3	FATORES PRECOSES DE ESTRESSE EM CRIANÇAS COM FISSURAS LABIOPALATINAS (FLP).....	17
1.4	FATORES DE ESTRESSE COMUNS ENTRE CRIANÇAS COM DAC E FLP	20
1.5	IMPORTÂNCIA DE ESTUDOS DE PROBLEMAS CRÔNICOS EM PACIENTES COM FLP	20
2	OBJETIVO	23
3	ARTIGO	27
3.1	ARTIGO 1 - Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	55
	ANEXO	61

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA (DAC)

A DAC foi descrita por Apley e Naish (1958) e denominada inicialmente dor abdominal recorrente. Foi definida como uma síndrome dolorosa com pelo menos três episódios de dor abdominal, em crianças de três anos ou mais, por pelo menos três meses durante o ano anterior e com episódios fortes o suficiente para interromper as atividades da criança. Este critério, segundo os autores, tem o objetivo de descartar distúrbios transitórios e problemas orgânicos de maior gravidade, os quais provavelmente se manifestariam no limite de tempo estipulado. Desde a publicação do trabalho pioneiro de Apley até os dias atuais este permanece sendo o critério clínico de definição de DAC de escolha para muitos dos trabalhos científicos publicados (CHITKARA; RAWAT; TALLEY, 2005; KORTERINK et al., 2015).

1.1.1 Prevalência de DAC na população geral pediátrica

A DAC é um problema comum na população pediátrica geral, com prevalência variável. Em 2005, uma revisão sistemática em países ocidentais, que incluiu trabalhos selecionados de acordo com os critérios de Apley e Naish, concluiu que a prevalência variava de 0,3% a 19%, sendo que em geral, os trabalhos com maior número de participantes registravam menor prevalência de 0,3% a 8% (CHITKARA; RAWAT; TALLEY, 2005).

Em pesquisa recente sobre a epidemiologia das desordens da dor abdominal funcional que utilizou trabalhos com diferentes critérios de definição de DAC a prevalência média mundial estimada foi de 13,5%, com variações segundo região geográfica e critérios de definição utilizados (KORTERINK et al., 2015). Considerando os artigos que utilizaram os critérios de Apley, a prevalência média de DAC na população pediátrica geral foi de 12,9%, na revisão de Korterink. No Brasil, há poucos estudos de prevalência de DAC e a pesquisa nacional de Silva et al. (2011) estudou a prevalência de algumas doenças não transmissíveis em crianças de 7 a 11 anos em

duas cidades brasileiras de características socioeconômicas distintas: Ribeirão Preto (RP) e São Luís (SL). A prevalência de DAC encontrada nas duas cidades foi de 21,9% em RP e 21,6% em SL, sendo considerada alta pelos autores, que alertaram para a necessidade de estudos adicionais sobre este negligenciado problema de saúde pública. Neste trabalho, os pesquisadores definiram DAC como a ocorrência de dor por mais de três meses e fortes o suficiente para interferir nas atividades da criança, não sendo considerados todos os critérios de Apley e Naish (SILVA et al., 2011).

1.1.2 Etiologia da DAC

A DAC pode ser de origem orgânica, quando há uma patologia detectável que justifique a dor (alterações infecciosas, anatômicas, inflamatórias, metabólicas ou neoplásicas) ou de origem funcional. Apesar de alguns autores usarem o termo DAC (dor constante ou intermitente por mais de três meses) ou dor abdominal recorrente (DAR), que é dor crônica intermitente, para se referir aos casos de dor abdominal funcional, é consenso atual que os termos DAC ou DAR são descritivos e não diagnósticos, englobando os casos funcionais e os casos de etiologia orgânica (DI LORENZO et al., 2005). A maioria dos casos de DAC é de origem funcional, fato conhecido desde o trabalho original de Apley e Naish (1958) e apesar dos avanços nos recursos diagnósticos atuais, ainda hoje os autores concordam que a minoria dos casos de DAC é de origem orgânica. Estudo de Gijbsbers et al. (2011), avaliando 200 crianças com DAC referidas para um centro de atendimento secundário, encontrou 26% de causas orgânicas.

Para confirmar ou descartar patologias com potencial de provocar DAC, consultas médicas e exames clínicos e laboratoriais são muitas vezes necessários. Alguns exames podem ser invasivos e custo financeiro final pode ser elevado (DHROOVE; CHOGLE; SAPS, 2010).

Parâmetros como a presença de sinais de alarme ajudam a direcionar o clínico a pensar em doença orgânica e solicitar exames. São considerados sinais e sintomas de alarme, alterações como perda de peso, desaceleração do crescimento, presença de sangue nas fezes, febre de origem indeterminada, anemia e dores noturnas que

despertam a criança (DI LORENZO et al., 2005; CHIOU; NURKO, 2011). No entanto ausência destes sinais e sintomas não garante a ausência de doença orgânica, justificando a realização de exames nos casos de dor persistente segundo alguns autores (TOLONE et al., 2017).

1.2 DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL (DFTGI) EM PEDIATRIA

Os DFTGI constituem um grande desafio clínico e diagnóstico para os pediatras e o Comitê de ROMA tem exercido um importante papel na elaboração de critérios diagnósticos, assim como na divulgação de conhecimentos relacionados ao tema, com base em revisões de literatura e experiência clínica. Das reuniões do comitê, desde 1988, originaram-se as resoluções de ROMA I, II, III e IV. Os critérios mais recentes, ROMA III e IV, foram publicados respectivamente em 2006 e 2016 (CHIOU; NURKO, 2011; DROSSMANN, 2016).

Segundo ROMA IV, os DFTGI são definidos como distúrbios da interação cérebro-intestinal e constituem-se num grupo de desordens morfológicas e fisiológicas gastrointestinais incluindo distúrbios de motilidade, hipersensibilidade visceral (inclusive a estímulos intestinais normais), alteração da mucosa e da função imune da mucosa, respostas às alterações da microbiota intestinal e alteração do processamento do sistema nervoso central (DROSSMAN, 2016). Ainda segundo ROMA IV o diagnóstico é baseado em sintomas e após avaliação médica apropriada os sintomas não podem ser atribuídos a outra condição médica (HYAMS et al., 2016).

Cérebro e intestino mais do que quaisquer outros sistemas orgânicos estão ligados entre si através de seus sistemas nervosos que derivam da crista neural embrionária e essa conexão cérebro intestino é o substrato neuroanatômico que explica por que os fatores psicossociais e o estresse são tão fortemente ligados à função intestinal e distúrbios gastrointestinais (DROSSMAN, 2016). É um circuito complexo que comunica os centros cognitivos e emocionais do cérebro (sistema límbico: hipotálamo, amígdala e córtex cingulado anterior), via neurotransmissores para o trato gastrointestinal e vice-versa: emoções como medo, ansiedade, estímulo doloroso, e estresse podem retardar o esvaziamento gástrico e o trânsito intestinal ou

acelerar os movimentos colônicos (JONES et al., 2006). O sistema nervoso mioentérico, conhecido como “pequeno cérebro intestinal” interage com o sistema nervoso central numa comunicação de forma bidirecional (COOKE, 1989; PASRICHA, 2011).

A atual classificação dos DFTGI na infância segundo ROMA IV, para crianças maiores de quatro anos e adolescentes incluem: distúrbios de náuseas e vômitos funcionais; distúrbios da dor abdominal funcional (dispepsia funcional, intestino irritável, migrânea abdominal ou dor abdominal funcional não especificada) e distúrbios funcionais da defecação (constipação intestinal funcional e incontinência fecal não retentiva), (Quadro 1).

H. Distúrbios funcionais do trato gastrointestinal: crianças e adolescentes	
H1.	Distúrbios funcionais da náusea e vômito
H1a.	Síndrome do vômito cíclico
H1b.	Náuseas funcionais e vômitos funcionais
H1b1.	Náusea funcional
H1b2.	Vômito funcional
H1c.	Síndrome da ruminação
H1d.	Aerofagia
H2.	Distúrbios funcionais da dor abdominal
H2a.	Dispepsia funcional
H2a1.	Síndrome do desconforto pós-prandial
H2a2.	Síndrome da dor abdominal epigástrica
H2b.	Síndrome do intestino irritável
H2c.	Migrânea abdominal
H2d.	Dor abdominal funcional não especificada anteriormente
H3.	Distúrbios funcionais da defecação
H3a.	Constipação funcional
H3b.	Incontinência fecal não retentiva

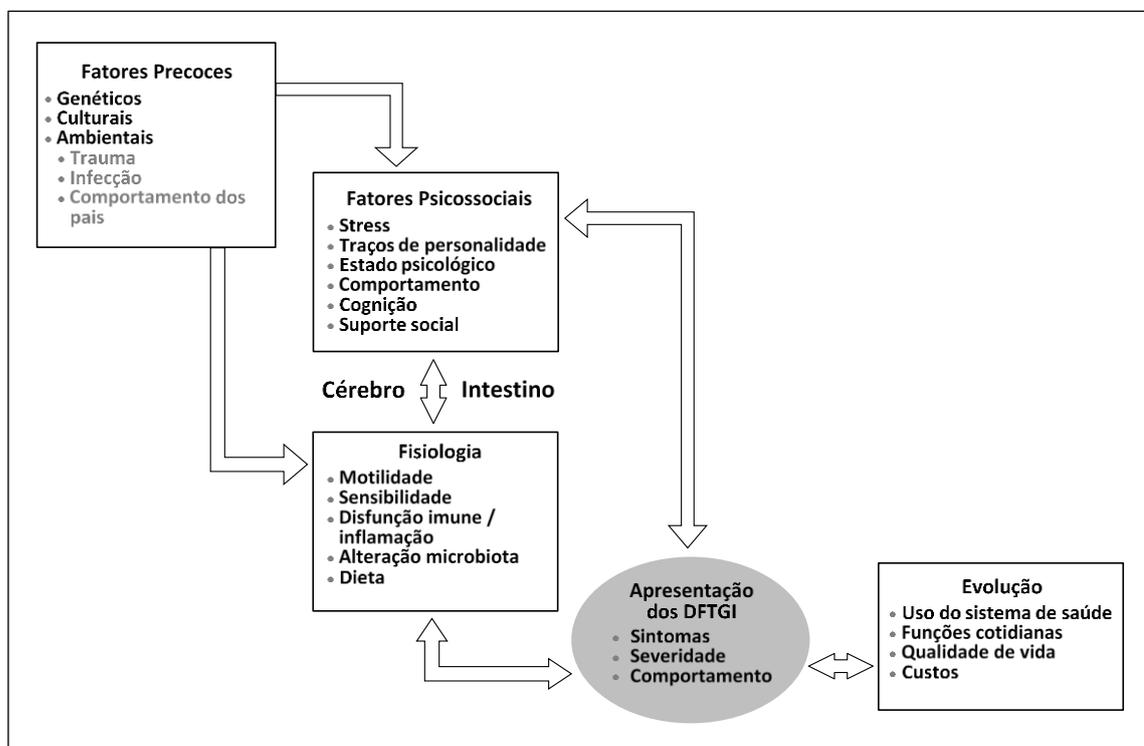
Fonte: DROSSMAN, 2016, p. 1269, tradução nossa.

Quadro 1 - Classificação de ROMA IV dos sintomas gastrointestinais funcionais em pediatria (crianças e adolescentes)

A dor abdominal funcional seria, nesse contexto, a amplificação da percepção central de estímulos viscerais normais. Os fatores psicossociais determinam o uso de medicações, uso dos serviços de saúde, faltas escolares ou no trabalho e gastos financeiros e podem ser modificados pela habilidade do médico em ouvir, se comunicar e se empenhar pelo paciente (DROSSMAN, 2016).

1.2.1 Modelo conceitual dos DFTGI

O modelo conceitual atualmente aceito para explicar os DFTGI é o modelo biopsicossocial (Figura 1). Os fatores precoces na vida (genéticos, culturais e ambientais), interferem no desenvolvimento psicossocial do indivíduo (como resposta ao estresse, traços de personalidade e estado psicológico) e a interação destes fatores atuam sobre o funcionamento fisiológico intestinal através do eixo cérebro-intestinal, influenciando a susceptibilidade do indivíduo aos DFTGI (DROSSMAN, 2016).



Fonte: DROSSMAN, 2016, p. 1265, tradução nossa.

Figura 1 - Modelo conceitual biopsicossocial dos DFTGI

1.2.2 Fatores precoces de estresse em crianças com DAC

Estudos clínicos e experimentais sugerem que a infância precoce é um período crítico no qual traumas físicos e psicológicos podem levar a hiperalgesia visceral (BONILLA; SAPS, 2013). Eventos estressantes em fases precoces da vida, como ansiedade e depressão na criança, ansiedade dos pais no primeiro ano de vida,

infecções, distúrbios alimentares e carência de fibras na dieta são comprovadamente associados ao desenvolvimento de DAC em fases posteriores na população pediátrica geral (BONILLA; SAPS, 2013; HYAMS et al., 2016).

Ansiedade e depressão são significativamente mais frequentes em crianças com DAC quando comparadas a crianças saudáveis (ROBINSON; ALVEREZ; DODGE, 1990; HYAMS et al., 1996; CAMPO et al., 2004). O estudo de Campo et al. (2004), com adolescentes e crianças de 8 a 15 anos com DAC, encontrou distúrbio de ansiedade em 79% e depressão foi diagnosticada em 43% dos pacientes. O autor notou que na maioria das vezes o distúrbio de ansiedade precedia a dor e não parecia ser em decorrência da mesma.

Hyams et al. (1996) apontam a necessidade de estudos para determinar se estratégias que ajudam os pacientes a lidar com os fatores que podem desencadear ansiedade e depressão afetaria a prevalência ou a severidade da DAC. Pacientes com DAC têm mais sintomas de ansiedade e depressão se comparados a controles da comunidade e têm maior risco de sintomas emocionais e distúrbios psiquiátricos (DI LORENZO et al., 2005). Há associação de DAC durante a infância com distúrbios psiquiátricos (depressão e ansiedade) na vida adulta (HOTOPF et al., 1998).

Vários estudos encontraram correlação entre ansiedade e estresse maternos e/ou paternos no início da vida e DAC no futuro (RAMCHANDANI et al., 2006; HELGELAND et al., 2010). Ramchandani et al. (2006) demonstraram em estudo prospectivo realizado com 8.272 crianças, do nascimento aos seis anos e seis meses de idade, que ansiedade materna e também a ansiedade paterna durante o primeiro ano de vida, se associam positivamente a DAC em fases posteriores. Eles observaram ainda que relatos dos pais quanto à presença de distúrbios alimentares e de sono no primeiro ano do bebê também se associam a DAC no futuro. O trabalho de Helgeland et al. (2010) num seguimento de 14 anos com 916 mães concluiu que distúrbios psicológicos maternos na infância precoce e sintomas depressivos na pré-adolescência eram associados a DAC na adolescência.

Uma possível explicação para essa associação entre sintomas emocionais dos pais e DAC seria a aprendizagem social do comportamento doente dos pais ou reforço desse comportamento através de atitudes como proteção ou críticas excessivas (CLAAR; SIMONS; LOGAN, 2008). Crianças hospitalizadas por outros problemas se queixam de DAC com frequência, sendo a diferença estatisticamente

significante quando comparadas a grupos controles (DEVANARAYANA et al., 2011). Outro fator de risco para DAC é o baixo aporte de fibras alimentares na dieta (PAULO et al., 2006). Neste estudo, pesquisadores brasileiros encontraram que 78% das crianças com DAC apresentavam ingestão de fibras abaixo do valor mínimo recomendado e 34% tinham sinais de constipação intestinal funcional.

Estudo de Mugie, Benninga e Di Lorenzo (2011) aponta prevalência mediana de constipação intestinal funcional na população geral de 12%, porém além de funcional a constipação pode ocorrer por causas orgânicas, como a doença de Hirschprung. Gijsbers et al. (2011) demonstraram que muitos casos de DAC sem história clínica de constipação intestinal melhoraram após tratamento com laxantes, sugerindo a presença de constipação oculta nos pacientes com DAC.

Apesar da correlação de vários aspectos do ambiente físico e social com o desenvolvimento de DAC, não se conhece o grau mínimo de estresse que resultaria em problemas ao longo prazo, assim como não são claros os motivos pelos quais algumas crianças são mais vulneráveis que outras a manifestar estes distúrbios (CHIOU; NURKO, 2011). Melhor compreensão dos diversos fatores precoces da vida que contribuem para ocorrência de DFTGI ofereceria oportunidade única para prevenção desse problema que afeta a qualidade de vida e para a diminuição do número de indivíduos com esses sintomas na fase adulta (BONILLA; SAPS, 2013).

1.3 FATORES PRECOCES DE ESTRESSE EM CRIANÇAS COM FISSURAS LABIOPALATINAS (FLP)

FLP são malformações craniofaciais que causam alterações anatômicas e funcionais levando à necessidade de atendimento por equipe multidisciplinar e treinada (FREITAS et al., 2012). Centros especializados como o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), no qual o presente trabalho foi desenvolvido, exerce esse papel de acolhimento e cuidados das crianças com FLP e anomalias relacionadas, do nascimento até a completa reabilitação. Trata-se de hospital público, de nível terciário e que possui 91 leitos. A principal característica do HRAC-USP é o atendimento humanizado e

interdisciplinar, fator fundamental para os cuidados com os pacientes com FLP (FREITAS et al., 2012).

Muitos dos eventos precoces associados ao desenvolvimento de DAC são observados no início e no decorrer da vida de crianças com FLP (RISKI, 1991; HUNT et al., 2005; REID; KILPATRICK; REILLY, 2006; WEHBY et al., 2012). Os fatores de estresse precoces que acometem pessoas com FLP se iniciam ao nascimento e envolvem procedimentos cirúrgicos, distúrbios alimentares e dificuldades em aquisições como sorriso e vocalização, que requerem cuidados especializados desde o início da vida (ENDRIGA; SPELTZ, 1997; REID; KILPATRICK; REILLY, 2006).

Pais de crianças com necessidades crônicas, que é o caso de crianças com FLP, enfrentam muitos desafios estressantes (COUSINO; RAISING, 2013). Há a necessidade de se adaptar ao diagnóstico, reestruturar a família, procurar ajuda especializada, decidir as opções de tratamento e enfrentar internações e cirurgias (MELESKI, 2002). Toda essa sobrecarga desde o nascimento pode se associar a depressão e ansiedade nos pais (HAUENSTEIN, 1990). O relacionamento precoce dos pais com a criança se estabelece com base em emoções conscientes e inconscientes através do tato, tom de voz e expressões faciais. A interação com o filho recém-nascido com malformação facial pode levar a sentimentos contraditórios de tristeza, preocupação e culpa, gerando crise emocional que torna o atendimento psicológico aos pais indispensável (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). Estudo realizado por Riski (1991) observou que o sentimento de perda e tristeza pode acompanhar o nascimento de uma criança com fissura, pela constatação de que a criança perfeita que foi idealizada se perdeu e em seu lugar há um filho imperfeito que deve ser amado e nutrido. Muitos pais necessitam de auxílio para enfrentamento do estresse, da ansiedade e do medo, que os acometem de forma variável, dependendo de fatores como idade dos pais e extensão da fissura da criança. Os momentos críticos em que os pais mais necessitam de auxílio são os de transição como nascimento, cirurgias e o ingresso da criança na escola (RISKI, 1991).

Outro fator de estresse precoce para a criança com fissura e seus familiares, é o distúrbio alimentar. Estudo realizado por Reid, Kilpatrick e Reilly (2006) concluiu que cerca de um terço dos neonatos com FLP apresentam distúrbios alimentares, parte deles persistindo até o décimo quarto mês de vida. Problemas alimentares ocorrem especialmente com relação à sucção e à deglutição, podendo interferir

negativamente com o aleitamento materno (MARQUES; THOMÉ; PERES, 2007; BRITTON; MCDONALD; WELBURY, 2011). A criança com fissura de lábio e palato tem mais dificuldade em criar o vácuo e pressão negativa intraorais necessários por causa das alterações estruturais e funcionais musculares e pela comunicação anormal das cavidades oral e nasal (CHOI et al., 1991), resultando em sucção e deglutição ineficientes e refluxo nasal. A descontinuidade do lábio mesmo que isolada, também pode prejudicar a amamentação por levar a diminuição da pressão labial ao redor do mamilo. É aceito mundialmente que a amamentação é de importância fundamental para o desenvolvimento da criança e para o reforço do vínculo mãe e filho. Há efeitos positivos do leite materno sobre o sistema imunológico, proteção contra doenças crônicas e diminuição da incidência de infecções como otites, que são frequentes em crianças com fissuras (ANIANSSON et al., 2002). Em decorrência dos fatores citados, há alterações no ganho de peso, vômitos, engasgos, irritabilidade, fadiga, alimentação lenta e regurgitação nasal (CLARREN; ANDERSON; WOLF, 1987; CARLISLE, 1998), aumentando a ansiedade e frustração para a mãe e para o bebê.

Outro problema alimentar encontrado em crianças com FLP é aceitação insuficiente de fibras alimentares e outros nutrientes (MARQUES; THOMÉ; PERES, 2007), pela associação de hábitos inadequados com os períodos pós-operatórios prolongados nos quais são necessárias dietas líquidas sem resíduos, para não interferir com a cicatrização cirúrgica. Há ainda, segundo Marques, o medo dos pais em oferecer alimentos sólidos, devido aos engasgos e refluxo nasal.

Com relação ao bem-estar psicossocial dos indivíduos com FLP, problemas como depressão e ansiedade são frequentemente relatados (HUNT et al., 2005). Pacientes com FLP necessitam muitas vezes de tratamento prolongado, com cirurgias corretivas e procedimentos reabilitadores periódicos (FREITAS et al., 2012). Há evidências de que um número maior de cirurgias se correlaciona a um aumento do risco de depressão e ansiedade e sintomas somáticos nos pacientes com FLP (WEHBY et al., 2012).

Na percepção dos pais de crianças com FLP, seus filhos têm menor satisfação com a aparência, mais ansiedade e menor autoestima que as crianças sem anomalias (HUNT et al., 2007). Por outro lado, as crianças relatam menor satisfação com fala e aparência, além de sintomas de depressão (HUNT et al., 2006). Problemas de competência social podem alterar o desenvolvimento de crianças com FLP, como

fazer amizades, participar de grupos e progredir na escola (TOBIASEN; HIEBERT, 1993).

1.4 FATORES DE ESTRESSE COMUNS ENTRE CRIANÇAS COM DAC E FLP

Tantos fatores comuns entre DAC e FLP justificam indagações a respeito da prevalência de DAC nessa população específica. No entanto, não foram encontradas referências a estudos de prevalência de DAC em crianças com fissuras, nos bancos de dados consultados. Esta constatação demonstra que apesar dos importantes avanços no conhecimento e manejo dos indivíduos com fissuras, algumas questões, como a prevalência de distúrbios crônicos, permanecem pouco estudadas. É comprovado que a qualidade de vida de pacientes com DAC costuma ser comprometida com impacto negativo pessoal e familiar, levando a isolamento social, depressão e faltas escolares (YOUSSEF et al., 2008) e muitas dessas crianças não recebem atenção médica necessária, sugerindo que podem sofrer de dor sem ter ajuda profissional (SAPS et al., 2012). Isso nos leva a refletir se os pacientes com fissura labiopalatinas podem também enfrentar esses problemas que afetariam ainda mais sua qualidade de vida.

1.5 IMPORTÂNCIA DE ESTUDOS DE PROBLEMAS CRÔNICOS EM PACIENTES COM FLP

Pesquisas para avaliação de problemas crônicos em populações especiais, como indivíduos com FLP, se justificam por proporcionar melhor abordagem e acompanhamento dos mesmos, além de permitirem estudos mais complexos que levam à melhor compreensão do paciente como um todo (MOSSEY, 2007). Pesquisadores como Benninga et al. (2016) e Hyams et al. (2016) ressaltam que estudos epidemiológicos interculturais são necessários para verificar problemas como, por exemplo, o impacto na qualidade de vida, aferir a necessidade de consultas médicas e outros fatores decorrentes de DFTGI, dentre eles a DAC, nas diferentes culturas.

Portanto, conhecer a prevalência e características da DAC em crianças com FLP, é mais um passo no sentido de aprimorar a compreensão, abordagem e acompanhamento destes pacientes, visando seu bem-estar pleno.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e realizar a caracterização da dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas.

3 ARTIGO

3 ARTIGO

O artigo que compõe esta dissertação foi redigido conforme as normas de publicação do Jornal de Pediatria.

3.1 ARTIGO - Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e caracterizar a dor abdominal crônica (DAC) em crianças com fissuras labiopalatinas (FLP).

Metodologia: Estudo transversal cuja amostra constou de 420 pacientes com FLP não sindrômicas, com idade de 4 a 18 anos. Para coleta de dados foi utilizada entrevista estruturada norteadada pelos critérios de Apley para o diagnóstico de DAC. Formalizado o diagnóstico, os participantes responderam questões adicionais para caracterizar a dor. Dados de identificação, tipo de fissura e número de cirurgias foram obtidos dos prontuários. A análise estatística foi realizada com base em testes indutivos e de correlação, sendo o nível de significância considerado em 5% ($p < 0,05$).

Resultados: A prevalência de DAC encontrada foi de 38,3%, porcentagem maior que a média observada na população geral pediátrica. Houve predomínio no sexo feminino e ao se correlacionar DAC à idade, observou-se que quanto maior a idade dos participantes, menor a incidência de DAC ($r = -0,79$; $p = 0,001$). DAC foi associada a alterações do hábito intestinal, principalmente constipação intestinal. Não houve associação de DAC com tipo de fissura ou número de cirurgias. Entre os pacientes com DAC, prevaleceu a queixa de dor ao redor ou abaixo do umbigo ($n = 100$; 62,1%) associadas a flatulência/distensão abdominal ($n = 27$; 16,7%) e náuseas ($n = 26$; 16,1%). Por causa da DAC, 20,4% das crianças faltaram à escola, 60,2% procuraram auxílio médico e destes, 85,5% realizaram exames complementares. Referiram uso de medicações 75,1% dos pacientes e dos medicamentos utilizados, prevaleceram os analgésicos ($n = 92$; 76%).

Conclusão: DAC apresentou alta prevalência entre crianças com FLP, associou-se à constipação intestinal. Houve necessidade de atendimento médico, realização de exames complementares e uso de medicações, Faltas escolares por causa da dor foram frequentes.

Palavras-chave: dor abdominal, fenda de lábio, fissura palatina, crianças, adolescentes.

Abstract

Prevalence of chronic abdominal pain among children with cleft lip and palate

Objective: This study aimed to determine the prevalence and characteristics of chronic abdominal pain (CAP) in children with cleft lip and palate (CLP).

Methodology: This cross-sectional study comprised a sample of 420 children with non-syndromic CLP, aged from four to 18 years. A structured interview was performed based on the criteria of Apley and Naish for CAP diagnosis. Cleft type and number of surgeries were collected from the individuals' medical record. The statistical analyses used inductive and correlation tests, and with level of significance considered in 5% ($p < 0.05$).

Results: The CAP prevalence was 38.3%, and it was higher than the mean prevalence of the general pediatric population. The correlation of CAP with age was more prevalent in females and the prevalence decreased with age ($r = -0,79$; $p = 0.001$). CAP was associated with alteration in bowel habits, mainly with constipation. CAP was not associated with cleft type and number of surgeries. Among the individuals with CAP, prevailed the complaint of periumbilical and infraumbilical pain ($n = 100$; 62.1%) associated to flatulence/ abdominal distension ($n = 27$; 16.7%) and nauseas ($n = 26$; 16.1%). Because of CAP, 20.4% of the children missed school, 75.1% took medications, and 60.2% sought for medical assistance. Of these, 85.5% were submitted to additional tests.

Conclusion: CAP has high prevalence in children with CLP and is associated to intestinal constipation. CAP led to a considerable use of medical services, complimentary tests, medications and to missing school days.

Keywords: abdominal pain, cleft lip, cleft palate, child, adolescent medicine.

Introdução

O desenvolvimento da dor abdominal crônica (DAC) na população geral está relacionado com eventos estressantes em fases precoces da vida.^{1,2} DAC foi definida por Apley e Naish³ em 1958, como dor abdominal por mais de três meses, em criança maior de três anos, com pelo menos três episódios no último ano, fortes o suficiente para afastar a criança de suas atividades, sendo estes os critérios de escolha para definição de DAC por muitos autores.^{4,5}

A maioria dos casos de DAC é de origem funcional e segundo a definição de ROMA IV,⁶ os distúrbios funcionais do trato gastrointestinal (DFTGI) têm como base o modelo conceitual biopsicossocial sendo considerados distúrbios da interação cérebro intestinal e essa interação explicaria a forte ligação dos fatores psicossociais e do estresse com as funções e disfunções intestinais e os sintomas gastrintestinais.⁶ Melhor compreensão dos diversos fatores precoces da vida que contribuem para ocorrência de DFTGI ofereceria oportunidade única para prevenção desse problema que afeta a qualidade de vida e para a diminuição do número de indivíduos com esses sintomas na fase adulta.¹

Muitos dos eventos precoces associados ao desenvolvimento de DAC são observados no início e no decorrer da vida de crianças com fissura labiopalatinas (FLP).⁷⁻¹⁰ No entanto, há poucos estudos disponíveis em bancos de dados referentes a problemas crônicos em indivíduos com FLP e nenhum foi encontrado com referência a DAC nessa população. Os fatores de estresse precoces que acometem pessoas com FLP se iniciam ao nascimento e envolvem procedimentos cirúrgicos, distúrbios alimentares e dificuldades em aquisições como sorriso e vocalização, que requerem cuidados especializados desde o início da vida.^{7,9} Sentimento de tristeza pode acompanhar o nascimento de uma criança com FLP e muitos pais necessitam de auxílio para enfrentamento do estresse, da ansiedade e do medo que os acometem de forma variável, dependendo de fatores como idade dos pais e extensão da fissura.⁷ Crianças com FLP podem apresentar menor satisfação com a fala e a aparência, além de sintomas de depressão e ansiedade,⁸ sendo também mais vulneráveis a infecções como otites, decorrentes de alterações da função da tuba auditiva.¹¹

Estudos clínicos e experimentais sugerem que a infância precoce é um período crítico no qual traumas físicos e psicológicos podem levar a hiperalgesia visceral.¹ De acordo com a literatura, os mesmos fatores de estresse encontrados em

crianças com FLP (ansiedade nos pais no primeiro ano de vida, depressão e ansiedade na criança, distúrbios alimentares precoces e infecções), também são comprovadamente associados à DAC.¹²⁻¹⁴

Não foram encontradas evidências científicas de estudos de prevalência de DAC em crianças com fissuras labiopalatinas. Esta constatação demonstra que apesar dos importantes avanços no conhecimento e manejo dos indivíduos com fissuras, algumas questões, como a prevalência de distúrbios crônicos, permanecem pouco estudadas. É comprovado que a qualidade de vida de pacientes com DAC costuma ser comprometida com impacto negativo pessoal e familiar, levando a isolamento social, depressão e faltas escolares¹⁵ e muitas dessas crianças não recebem atenção médica necessária, sugerindo que podem sofrer de dor sem ter ajuda profissional.¹⁶ Isso nos leva a refletir se os pacientes com fissuras também estariam enfrentando esses problemas que afetariam ainda mais sua qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos de problemas crônicos como DAC em populações especiais (como indivíduos com FLP) se justificam por proporcionar melhor abordagem e acompanhamento dos mesmos, além de permitirem estudos mais complexos que levam a melhor compreensão do paciente como um todo.¹⁷ Benninga et al.¹⁸ ressaltam que estudos epidemiológicos interculturais são necessários para verificar problemas como impactos na qualidade de vida, aferir a necessidade de consultas médicas e outros fatores decorrentes de DFTGI, incluindo a dor crônica, nas diferentes culturas. Portanto, conhecer a prevalência de DAC é mais um passo no sentido de aprimorar sua compreensão, abordagem e acompanhamento dos pacientes, visando seu bem-estar pleno. O presente estudo foi realizado com o objetivo de determinar a prevalência e realizar a caracterização da dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas.

Métodos

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP (CAAE: 57865016.7.0000.5441). Antes da entrevista, os responsáveis pelas crianças foram consultados e esclarecidos a respeito da pesquisa e solicitou-se

a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após aceitarem participar do estudo, os pacientes assinaram um termo de assentimento.

Participantes

Estudo transversal desenvolvido em um hospital terciário, especializado no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas, situado no interior de São Paulo, Brasil, HRAC-USP.

A população foi composta por crianças e adolescentes acometidos por FLP selecionados entre os pacientes atendidos em ambulatório multidisciplinar. Foram critérios de inclusão, apresentar idade entre quatro e 18 anos e possuir fissura de lábio e/ou palato isolada, ou seja, foram excluídos os casos associados a síndromes genéticas e doenças crônicas graves.

A amostra foi composta por 420 crianças. Para o cálculo amostral considerou-se a maior prevalência de DAC registrada na população geral brasileira, que é de 21%.¹⁹ O número mínimo recomendado da amostra para significância estatística, com base na proporção de 21% e margem de erro de 5% foi de 255 indivíduos.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2016 e agosto de 2017. Entrevista estruturada realizada por pesquisador principal (Pediatra com área de atuação em Gastroenterologia Pediátrica) foi direcionada aos pais (ou responsáveis) e aos pacientes, com questões referentes à presença de DAC segundo os critérios de Apley e Naish (pelo menos três episódios de dor abdominal nos últimos doze meses, em criança com mais de três anos, por período de pelo menos três meses e com episódios fortes o suficiente para afastar a criança de suas atividades habituais). A partir da formalização do diagnóstico de DAC, os participantes foram questionados quanto à dor, incluindo: a) localização; b) sintomas concomitantes (náuseas, vômitos, flatulência, sangue nas fezes, febre, perda de peso, desânimo, despertar noturno pela dor e faltas escolares); c) procura por atendimento médico no último ano por causa da dor, realização de exames complementares e uso de medicamentos; d) Avaliação do Hábito intestinal (HI) quanto à frequência, forma e consistência das fezes, dor, esforço ou sangue à defecação. Constipação intestinal (CI) foi diagnosticada pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios de ROMA III: duas ou menos evacuações por

semana, fezes endurecidas, evacuações dolorosas, fezes de diâmetro grande, postura de retenção e incontinência fecal.²⁰ Foi verificado uso de laxantes e solicitado a diferenciação da dor abdominal do desconforto ou cólicas menstruais. Dos prontuários foram obtidos dados de identificação (idade, sexo), tipo de fissura e número de cirurgias realizadas.

Análise de dados

Para confecção dos resultados foram utilizadas variáveis qualitativas representadas em valores absolutos ou porcentagens e variáveis quantitativas, como média e desvio padrão. Utilizou-se Teste de Qui-quadrado para verificar associações entre variáveis qualitativas e Teste de Correlação de Pearson para correlação entre idade e prevalência de dor. Considerou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Participaram do estudo 420 pacientes de 4 a 18 anos (média de idade de 9,6 anos). A prevalência geral de DAC foi de 38,3% (IC 33,8-43,1%). Dos 420 participantes, 161 apresentaram DAC conforme os critérios de Apley. A porcentagem encontrada foi maior que a prevalência média de DAC observada na população geral pediátrica, de 12,9% (IC 9,9-16,2%), segundo revisão de Korterink et al.⁵

Houve associação estatisticamente significativa entre DAC e sexo, prevalecendo o sexo feminino. A maior parte dos pacientes (nos grupos com e sem DAC) apresentou fissuras que envolviam lábio e palato, não sendo encontrada associação significativa entre DAC e tipo de fissura. DAC e alterações do HI foram associadas ($p < 0,001$) e CI foi a alteração mais prevalente (Tabela 1). Não houve diferença estatisticamente significativa entre grupos com DAC (2,8 cirurgias) e sem DAC (3,2 cirurgias) quanto ao número médio de cirurgias ($p = 0,078$).

Tabela 1 - Distribuição da prevalência de DAC por sexo, tipo de FLP e número de cirurgias e Hábito Intestinal nos participantes com e sem DAC

Variáveis	Participantes com DAC		Participantes sem DAC		Valor de p
	n (161)	%	n (259)	%	
Sexo					
Sexo feminino	83	51,6	104	40,1	0,029
Sexo masculino	78	48,4	155	59,9	
Tipo de fissura					
Lábio e palato	93	57,8	161	62,1	0,588
Palato	36	22,4	48	18,5	
Lábio	32	19,8	50	19,4	
Hábito intestinal					
Normal	107	66,6	215	83,0	<0,001*
Constipação intestinal	48	29,8	41	15,8	
Diarreia	3	1,8	3	1,2	
Alternância entre constipação intestinal e diarreia	3	1,8	-	-	

Teste Qui-Quadrado. *Nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

DAC= dor abdominal crônica. FLP=Fissuras Labiopalatinas.

Entre os pacientes com DAC, prevaleceu a queixa de dor ao redor ou abaixo do umbigo (n=100; 62,1) (Tabela 2).

Tabela 2 - Localização da dor em pacientes com DAC

Características da dor abdominal	n	%
Localização		
Ao redor/abaixo do umbigo	100	62,1
Acima do umbigo	25	15,5
Laterais	12	7,5
Abdome todo	10	6,2
Mal definida	14	8,7
Total	161	100

As queixas mais prevalentes concomitantes à DAC foram: flatulência/distensão abdominal e náuseas. Trinta e três participantes (20,4%) faltaram à escola pelo menos uma vez no último ano por causa da dor (Figura 1).

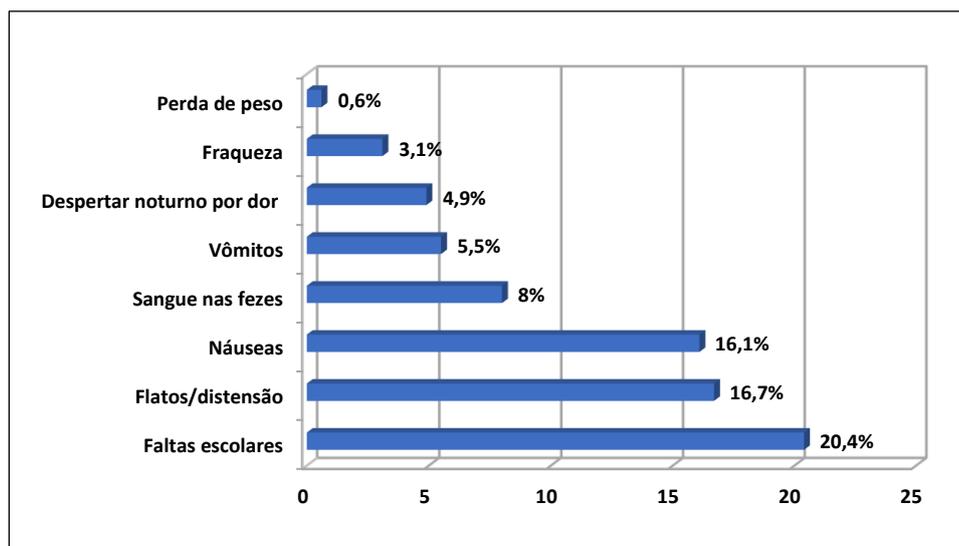


Figura 1 - Fatores concomitantes à dor nas crianças com DAC

Avaliação médica por causa da DAC foi necessária para 60,2% das crianças com DAC e 85,5% (n=83) destas realizaram algum tipo de exame complementar. Das crianças que usaram medicação para dor, a maioria fez uso de analgésicos e antiparasitários. Sete pacientes receberam laxantes para o tratamento da CI e quatro referiram fazer ajuste alimentar (Tabela 3).

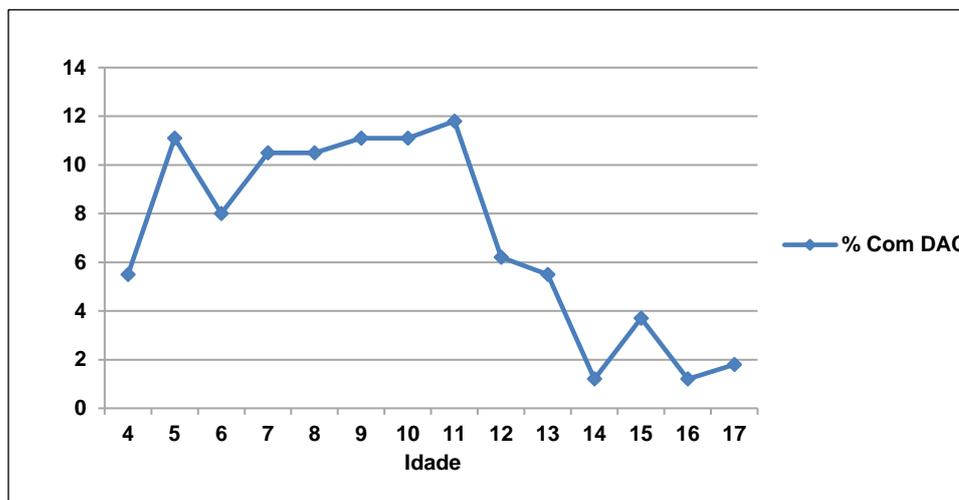
Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a realização de consultas médicas, exames e uso de medicação para dor e por constipação intestinal nos participantes com DAC

Variáveis	n	%
Consultas	97/161	60,2
Realização de exames	83/97	85,5
Uso de medicações	121/161	75,1
Tipos de medicações utilizadas		
Analgésicos	92/121	76,0
Antiparasitários	30/121	24,7
Antiflatulentos	16/121	13,2
Outros	6/121	4,9
Pacientes com mais de uma medicação	23/121	19,0
Tratamento da CI em participantes com DAC		
Laxantes	7/48	14,5
Modificação de dieta	4/48	8,3

CI= Constipação intestinal; DAC= dor abdominal crônica.

A Figura 2 mostra a distribuição dos participantes com e sem DAC por faixa etária. Foi calculado índice de correlação de Pearson para estabelecer correlação entre idade e prevalência de dor, notando-se diferença estatisticamente significativa,

com diminuição da incidência de DAC com o aumento da faixa etária ($r = -0,79$; $p = 0,001$).



Teste de Correlação de Pearson, $r = -0,79$; $p = 0,001$.

Figura 2 - Distribuição da prevalência de DAC por idade

Discussão

A prevalência de DAC em crianças com fissuras labiopalatinas encontrada no presente estudo foi de 38,3%. Até o momento, não há dados disponíveis na literatura referentes à DAC em crianças com FLP para comparação com nossos resultados. A prevalência encontrada foi maior que a prevalência estimada na população pediátrica geral de 12,9% segundo revisão de Korterink et al.⁵ Os estudos de prevalência de DAC costumam apresentar variações nas taxas encontradas nas diferentes partes do mundo em decorrência de diferenças socioculturais, genéticas e ambientais, mecanismos de estresse e formas de enfrentamento individual dos mesmos.⁵ Outro fator importante para essa variação entre os estudos é a falta de padronização nos critérios utilizados para definição de DAC.⁴ Em nosso trabalho, optamos pela definição de Apley e Naish, que é bastante objetiva e aceita internacionalmente desde sua publicação em 1958.^{4,5} Os diferentes métodos de acesso à informação nos estudos epidemiológicos em DAC também podem interferir com os resultados e os métodos mais utilizados são entrevistas e questionários. Apesar de alguns autores duvidarem da eficácia de abordagens retrospectivas, há evidências de que não há diferença significativa entre estudos prospectivos com dados de diário e estudos retrospectivos com questões a respeito de dor abdominal em crianças.²¹ Possíveis explicações para

a alta prevalência de DAC nas crianças com FLP seriam apenas hipotéticas devido à ausência de trabalhos com o tema. Os fatores de estresse precoces na vida da criança com fissuras e seus familiares, seriam uma possibilidade, considerando que a maior parte das DAC é de origem funcional na população geral e segue o modelo biopsicossocial como base etiológica.⁶ No entanto, a população com FLP tem características específicas e a proporção de causas orgânicas e funcionais de DAC não é conhecida no grupo. Em nosso estudo, o fator de estresse avaliado foi o número de cirurgias e este não teve associação com DAC, apesar das evidências que associam número maior de cirurgias em crianças com FLP a ansiedade e depressão.¹⁰

Houve associação de DAC ao sexo e a maior prevalência foi encontrada no sexo feminino, em concordância com achados de trabalhos em diversas partes do mundo.^{4,5} As possibilidades para essa predominância entre as meninas na população geral seriam pela maior tendência à verbalização da dor, menor capacidade de lidar com a dor ou ainda por alterações hormonais quando adolescentes.^{22,23}

Com relação à distribuição por idade, houve maior prevalência de DAC aos cinco anos e dos 7 aos 11 anos, havendo uma correlação negativa com significância estatística ($r=-0,79$; $p=0,001$), entre idade e prevalência de DAC (Figura 2). Este achado é compatível com as observações de Chitkara et al.,⁴ que demonstrou dois picos de maior prevalência: dos 4 aos 6 anos e na pré-adolescência. Estudo realizado no Sri Lanka, com crianças de 10 a 16 anos, também notou correlação negativa de prevalência de dor com a idade.²⁴

Não houve associação significativa entre um tipo determinado de fissura e DAC. Apesar do reconhecimento de que fissuras mais complexas que envolvem lábio e palato demandem maiores cuidados,²⁵ não encontramos associação de DAC com fissuras mais amplas. Tanto no grupo com ou sem DAC o tipo de fissura mais comum foi o de lábio e palato.

Houve associação significativa de DAC com alteração do HI e a principal alteração foi CI, que ocorreu em 48 crianças das 161 com DAC (29,8%). Segundo revisão sistemática, a prevalência mediana de CI na população geral é de 12% e estudos mostram variações nas prevalências por questões culturais, dietéticas, genéticas e pelos diferentes critérios de definição de CI, dificultando comparações.²⁶ Os guidelines atuais sugerem os critérios de ROMA III como indicados para o diagnóstico de CI e o tratamento com adequada quantidade de fibras e fluidos para idade, orientação familiar e medicações como o Polietilenoglicol para desimpactação

fecal e manutenção.²⁰ Baixa ingestão de fibras alimentares está associada a DAC, segundo estudo brasileiro de 2011.²⁷ O papel da CI como causa de DAC é controverso, porém muitos autores fazem essa associação. Estudo realizado em 2011 com 200 crianças com DAC demonstrou que o tratamento com laxativos melhorou a dor de 92 dos 113 pacientes que não respondiam a outros tratamentos e a maioria deles apresentava constipação oculta.²⁸ Com base nesses achados, é correto afirmar que com o diagnóstico e tratamento adequados da CI, conseguiríamos diminuir parte da alta prevalência de DAC encontrada nos pacientes com FLP. Em nosso estudo, apenas sete das 48 crianças com DAC e CI (14,5%) receberam laxativos como tratamento da CI e quatro mencionaram ajustes alimentares, demonstrando que o diagnóstico e tratamento do problema não estão recebendo a atenção necessária. Assim, além do uso de laxantes, orientação preventiva de ingestão de fibras adequada à idade, com atenção para os períodos de pré e pós-operatórios poderiam ajudar na diminuição do problema entre as crianças com fissuras.

A localização mais frequente da DAC na população estudada foi ao redor e abaixo do umbigo (62,1% dos casos). Esta é também a localização mais comum nos estudos sobre DAC na população geral.^{28,29} Dor epigástrica foi a segunda mais relatada pelos pacientes e é considerada a localização mais comum nos casos de gastrites, úlceras ou dispepsia funcional.² Dores distantes da região umbilical especialmente em quadrantes superior direito ou inferior direito são sinais de alerta para dor de origem orgânica e dor em quadrantes laterais foi a terceira mais frequente em nosso estudo.^{2,30}

Dos sintomas concomitantes à dor, que contribuem para morbidade, investigados em nosso estudo, os mais referidos foram flatulência e distensão abdominal, seguidas por náuseas e vômitos. Relato de sangue nas fezes foi observado em 8% dos pacientes e essa queixa na ausência de fissura anal é um potencial sinal de alarme para doenças de base,² por isso há justificativas para mais estudos em nossa população para o diagnóstico diferencial desse achado.

Quanto à influência da DAC sobre as atividades rotineiras das crianças e adolescentes, ausências escolares no último ano prevaleceram. Considerando-se que indivíduos com FLP muitas vezes apresentam problemas escolares decorrentes de sua condição específica vinculada à malformação, esse achado torna-se ainda mais preocupante.³¹

Avaliação médica por causa da dor foi necessária para 60,2% das crianças com DAC. A procura por serviço médico está relacionada à maior frequência, severidade, duração da dor e a maiores repercussões sobre as atividades do paciente.¹² Em nosso estudo, das 97 crianças que procuraram auxílio médico, 83 (85,5%) realizaram algum tipo de exame laboratorial ou de imagem, sugerindo que a intensidade da dor é significativa nestas crianças e reforçando a observação de muitos autores que alertam para os altos gastos financeiros decorrentes de DAC.³²

Uso de medicações foi relatado pela maioria dos pacientes com dor: dos 161 pacientes, 121 (75,1%) receberam algum tipo de medicação e parte destes recebeu mais de um tipo de medicamento para controle da dor. Analgésicos foram os medicamentos mais usados, seguidos por antiparasitários e antiflatulentos. Observamos que parte das crianças que referiu uso de medicações não procurou atendimento médico (121 foram medicados, 97 procuraram avaliação médica) o que sugere automedicação, fato que deve ser evitado, principalmente em pediatria.

Algumas limitações deste estudo incluem a avaliação monocêntrica e o desenho transversal, que não permitem avaliar relações de causa e efeito ou a generalização dos resultados. Assim, estudos prospectivos e multicêntricos são estimulados.

Contudo, os benefícios desta investigação são evidentes, e incluem uma avaliação pioneira referente ao diagnóstico da DAC em crianças e adolescentes com FLP, consideradas vulneráveis para tal pelas características inerentes a malformação e do processo reabilitador.

Conclusão

A prevalência da DAC em crianças e adolescentes com FLP foi alta em comparação à população pediátrica geral e associou-se a CI, com necessidade de atendimento médico e exames complementares, repercutindo nas atividades rotineiras dessa população, em especial na frequência às aulas escolares. Outros estudos são necessários para melhor compreensão da DAC na população estudada.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Bonilla S, Saps M. Early life events predispose the onset of childhood functional gastrointestinal disorders. *Rev Gastroenterol Mex.* 2013;78:82-91.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2016;150:1456-568.
3. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child.* 1958;33:165-70.
4. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NG. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1868-75.
5. Korterink JJ, Diederiksen K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PloS One.* 2015;10:e0126982.
6. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and ROME IV. *Gastroenterology.* In press 2016.
7. Riski JE. Parents of children with cleft lip and palate. *Clin Commun Disord.* 1991;1:42-7.
8. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005;27:274-85.
9. Reid J, Kilpatrick N, Reilly S. A prospective longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43:702-9.
10. Wehby G, Tyler MC, Lindgren S, Romitti P, Robbins J, Damiano P. Oral clefts and behavioral health of young children. *Oral Dis.* 2012;18:74-84.
11. Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002;36:9-15.
12. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr.* 1996;129:220-6.
13. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lemman HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al. Chronic abdominal pain in children: a technical report of American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40:249-61.
14. Ramchandani PG, Stain A, Holopf M, Wiles NJ; ALSPAC Study Team. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: result of a large population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:729-36.
15. Youssef NN, Atienza K, Langseder AL, Strauss RS. Chronic abdominal pain and depressive symptoms: analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6:329-32.

16. Saps M, Adams P, Bonilla SJ, Chogle A, Nichols-Vinueza D. Parental report of abdominal pain and abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders from a community survey. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55:707-10.
17. Mossey P. Epidemiology underpinning research in the etiology of orofacial clefts. *Orthod Craniofac Res.* 2007;10:114-20.
18. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology.* In press 2016.
19. Silva AA, Barbieri MA, Cardoso VC, Batista RF, Simões VN, Vianna EO, et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. *Public Health.* 2011;11:486.
20. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58:258-74.
21. Selff MM, Williams AE, Czyzewski DI, Weidler EM, Shulman RJ. Agreement between prospective diary data and retrospective questionnaire report of abdominal pain and stooling symptoms in children with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27:1110-9.
22. Wise EA, Price DD, Myers CD, Heft MW, Robinson ME. Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain.* 2002;96:335-42.
23. Meleine M, Matricon J. Gender-related differences in irritable bowel syndrome: Potential mechanisms of sex hormones. *World J Gastroenterol.* 2014;20:6725-43.
24. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;53:659-65.
25. Freitas JA, das Neves LT, de Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) -- Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* 2012;20:9-15.
26. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2011;25:3-18.
27. Paulo AZ, Amancio AM, de Moraes MB, Tabakow KM. Low dietary fiber intake as a risk factor for recurrent abdominal pain. *Eur J Clin Nutr.* 2006;60:823-7.
28. Gijsbers CF, Kneepkens CM, Schweiser JJ, Benninga MA, Buller HA. Recurrent abdominal pain in 200 children: somatic causes and diagnostic criteria. *Acta Paediatr.* 2011;100:e208-14.
29. Tolone C, Pellino V, Piccirillo M, Letizia M, Belfiore I, Tolone S. Recurrent abdominal pain in children underlying pathologies in absence of alarm symptoms. *Minerva Pediatr.* 2017;69:239-44.
30. Chiou E, Nurko S. Functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Therapy.* 2011;8:315- 31.

31. Tobiasen JM, Hiebert JM. Clefting and psychosocial adjustment: influence of facial aesthetics. *Clin Plast Surg*. 1993;20:623-31.
32. Dhroove G, Chogle A, Saps M. A million-dollar work-up for abdominal pain: is it worth it? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51:579-83.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de DAC nas crianças com FLP é de 38,3% e é maior que a prevalência encontrada na população geral pediátrica.

DAC em crianças com FLP está associada à constipação intestinal.

Não há associação entre DAC e um tipo específico de fissura ou entre DAC e o número de cirurgias realizadas.

DAC na população com FLP é mais prevalente no sexo feminino e a prevalência diminui com o aumento da idade (picos aos 5 e dos 7 aos 11 anos).

Há taxas elevadas de procura por assistência médica e realização de exames, além de faltas escolares e uso de medicações por causa da dor.

Os pediatras devem estar atentos à presença de DAC nas crianças com FLP.

Mais estudos são necessários para melhor compreensão, manejo e determinação dos fatores predisponentes à DAC na população estudada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2002;36(1):9-15.
- Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33(168):165-70.
- Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. In press 2016.
- Bonilla S, Saps M. Early life events predispose the onset of childhood functional gastrointestinal disorders. *Rev Gastroenterol Mex*. 2013;78:82-91.
- Britton KF, McDonald SH, Welbury RR. An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland. *Eur Arch Pediatr Dent*. 2011;12(5):250-5.
- Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. *Pediatrics*. 2004;113(4):817-24.
- Carlisle D. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times*. 1998;94(4):59-60.
- Chiou E, Nurko S. Functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Therapy*. 2011;8(3):315-31.
- Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NG. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(8):1868-75.
- Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, Komposch G. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1991;20(3):167-9.
- Claar RL, Simons LE, Logan DE. Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*. 2008;138(1):172-79.
- Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate J*. 1987;24(3):244-9.
- Cooke HJ. Role of the little brain in the gut in water and electrolyte homeostasis. *FASEB J*. 1989;3(2):127-38.
- Cousino MK, Raising RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(8):809-28.

- Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;53(6):659-65.
- Dhroove G, Chogle A, Saps M. A million-dollar work-up for abdominal pain: is it worth it? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51(5):579-83.
- Di Lorenzo C, Colletti RB, Lemman HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al. Chronic abdominal pain in children: a technical report of American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40(3):249-61.
- Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and ROME IV. *Gastroenterology.* In press 2016.
- Endriga MC, Speltz ML. Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mothers. *J Pediatric Psychol.* 1997;22(4):439-53.
- Freitas JA, das Neves LT, de Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) -- Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* 2012;20:9-15.
- Gijsbers CF, Kneepkens CM, Schweiser JJ, Benninga MA, Buller HA. Recurrent abdominal pain in 200 children: somatic causes and diagnostic criteria. *Acta Paediatr.* 2011;100(11):e208-14.
- Graciano MIG, Tavano LA, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva OG Filho. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* 7. ed. São Paulo, SP: Santos; 2007. p. 311-33.
- Hauenstein EJ. The experience of distress in parents of chronically ill children: potential or likely outcome? *J Clin Child Psychol.* 1990;19(4):356-64.
- Helgeland H, Sandvik L, Mathiesen KS, Kristensen H. Childhood predictors of recurrent abdominal pain in adolescence: a 13-year population-based prospective study. *J Psychosom Res.* 2010;68(4):359-67.
- Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ.* 1998;316(7139):1196-200.
- Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005;27(3):274-85.
- Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. Self reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(5):598-605.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. Parents reports of psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(3):304-11.

Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr.* 1996;129(2):220-6.

Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/ adolescent. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1456-568.

Jones MP, Dille JB, Drossman D, Crowell MD. Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil.* 2006;18(2):91-103.

Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(5):e0126982.

Marques IL, Thomé S, Peres SP. Aspectos pediátricos. In: Trindade IEK, Silva OG Filho. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.* 7. ed. São Paulo (SP): Santos; 2007. p. 51-71.

Meleski DD. Families with chronically ill children. *Am J Nurs.* 2002;102(5):47-54.

Mossey P. Epidemiology underpinning research in the etiology of orofacial clefts. *Orthod Craniofac Res.* 2007;10(3):114-20.

Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2011;25(1):3-18.

Pasricha PJ. Neurogastroenterology: a great career choice for aspiring gastroenterologists thinking about the future. *Gastroenterology.* 2011;140(4):1126-28.

Paulo AZ, Amancio AM, de Moraes MB, Tabakow KM. Low dietary fiber intake as a risk factor for recurrent abdominal pain. *Eur J Clin Nutr.* 2006;60(7):823-7.

Ramchandani PG, Stain A, Holopf M, Wiles NJ; ALSPAC Study Team. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: result of a large population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(6):729-36.

Reid J, Kilpatrick N, Reilly S. A prospective longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(6):702-9.

Riski JE. Parents of children with cleft lip and palate. *Clin Commun Disord.* 1991;1(3):42-7.

Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *J Psychosom Res.* 1990;34(2):171-81.

Saps M, Adams P, Bonilla SJ, Chogle A, Nichols-Vinueza D. Parental report of abdominal pain and abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders from a community survey. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55(6):707-10.

Silva AA, Barbieri MA, Cardoso VC, Batista RF, Simões VN, Vianna EO, et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. *Public Health.* 2011;11:486.

Tobiasen JM, Hiebert JM. Clefting and psychosocial adjustment: influence of facial aesthetics. *Clin Plast Surg.* 1993;20(4):623-31.

Tolone C, Pellino V, Piccirillo M, Letizia M, Belfiore I, Tolone S. Recurrent abdominal pain in children underlying pathologies in absence of alarm symptoms. *Minerva Pediatr.* 2017;69(4):239-44.

Wehby G, Tyler MC, Lindgren S, Romitti P, Robbins J, Damiano P. Oral clefts and behavioral health of young children. *Oral Dis.* 2012;18(1):74-84.

Youssef NN, Atienza K, Langseder AL, Strauss RS. Chronic abdominal pain and depressive symptoms: analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(3):329-32.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento (crianças de 4 a 10 anos)



Termo de assentimento (crianças de 4 a 10 anos). Estudo “Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas”

OLÁ! Vou perguntar para a mamãe (ou papai) se a sua barriga dói. Tudo bem?Ela (e) pode me contar como é?

	Pode	não pode
	Obrigada!	
	Participante	
	Pesquisadora	
	Bauru	/ / .

APÊNDICE B – Termo de Assentimento (Adolescentes)

Termo de assentimento (Adolescentes).

Estudo “Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas”.

Meu nome é Eliane Alves Motta. Trabalho neste hospital e estou fazendo uma pesquisa. Gostaria de convidar você a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dor abdominal. Nós não sabemos quantas crianças e adolescentes com fissuras têm dor abdominal e a pesquisa nos ajudará a descobrir. Caso você concorde, no final da consulta farei algumas perguntas a respeito de ter ou não dor abdominal (dor na barriga). Por outro lado, a escolha é sua e se você não concordar não tem nenhum problema e seu atendimento no hospital continuará igual. Você foi escolhido, pois tem menos de dezoito anos e acompanha no Centrinho por causa da fenda. A entrevista pode demorar de cinco a dez minutos e talvez você fique entediado ou não aprecie responder. Mas a pesquisa pode ser útil, pois se descobrirmos que crianças com fenda sentem mais dor abdominal será possível ajudá-las a melhorar. Suas respostas ficarão em segredo e seu nome não aparecerá em nenhum lugar. Quando a pesquisa acabar informaremos os resultados que poderão ser publicados em revistas ou livros (nunca com os nomes dos participantes).

Se você tiver alguma dúvida e quiser falar comigo sobre a pesquisa, pode ligar para (14) 32353999 ou e-mail: elianecabello@usp.br.

Eu entendi o que foi explicado e aceito participar da pesquisa.

Participante

Eliane Alves Motta, pesquisadora.

Bauru, / /

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seção Pediatria/Clinica médica

Eu, _____, estou sendo convidado a participar do estudo “Prevalência de dor abdominal crônica em crianças com fissuras labiopalatinas”, cujo objetivo é descobrir se crianças com fenda de lábio e/ou palato apresentam dor abdominal e se tiverem dor, saber como ela é. Minha participação será a de responder perguntas na forma de entrevista, a respeito de presença ou não de dor abdominal no paciente _____, por quem sou responsável.

Fui alertado que ao participar posso ter alguns benefícios como ser orientado a ajudar o paciente no caso da presença da dor. Também recebi esclarecimentos a respeito de possíveis desconfortos, como possíveis atrasos no meu atendimento ambulatorial ou descontentamento por estar respondendo perguntas. As perguntas serão realizadas no Ambulatório de atendimento médico ou odontológico, logo após a consulta e durará cerca de cinco a dez minutos. Fui informado que posso me recusar a responder a entrevista e que essa decisão de forma alguma prejudicará meu acompanhamento no hospital. II- Em caso de dúvidas ou na necessidade de entrar em contato com os pesquisadores, poderei acessar o telefone (14) 32353999 ou o e-mail elianecabello@usp.br. Para denúncias ou reclamações, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP, à Rua Silvio Marchione, 3-20- Vila Universitária- CEP 17012 900- Bauru-SP, de segunda a sexta das 8 às 18h, pelo telefone (14) 32358421 ou e mail: CEP centrinho.usp.br. Estou ciente que não há nenhum valor econômico a receber ou pagar por minha participação, pois estarei em rotina de atendimento no hospital. Em caso de danos decorrentes da pesquisa serei indenizado. Declaro também que estou recebendo uma via do presente consentimento. III- Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a) _____, portador do RG _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. O participante pode a qualquer momento retirar o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa cumprirei todas as exigências contidas na resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013. Por estarmos de acordo com o presente termo elaborado em duas vias, que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término.

Participante _____

Responsável _____

Pesquisadora _____

Bauru, SP ____ de _____ de _____

APÊNDICE D – Formulário de pesquisa

1- Dados de identificação:

Nome

Número de Registro

Idade

Sexo

2- Dados de prontuário:

Tipo de fissura

Número de cirurgias realizadas

3- Questões referentes à dor

a) No último ano, seu filho(a) queixou-se de dor abdominal/ dor na barriga?

b) Quantas vezes? Mais de três ou menos?

c) A dor acontece há (ou aconteceu por) mais de três meses?

d) Ele(a) para de fazer o que estava fazendo (brincar, estudar) por causa da dor?

4- Se as respostas anteriores forem compatíveis com DAC:

Ele(a) costuma se queixar de algum dos sintomas abaixo quando tem dor?

Gases/arrotos/distensão abdominal

Náuseas

Vômitos

Fraqueza/desânimo

Febre

Sangue nas fezes

Despertar noturno pela dor

Perda de peso

Faltou da escola por causa da dor?

5- Procurou auxílio médico por causa da dor?

6- Fez algum tipo de exame (fezes, urina, sangue, ultrassom ou RX)?

7- Toma algum tipo de medicação na hora da dor? Qual?

8- Se menarca positiva: a dor é diferente do desconforto ou cólica menstrual? Ocorre longe dos dias da menstruação?

9- Hábito intestinal

a) Quantas vezes seu filho evacua (faz cocô) por semana? Menos de duas, de três a quatro, diariamente.

b) Como são as fezes? Duras/ muito duras, normais/ macias, moles/ pastosas, líquidas.

c) Qual o aspecto das fezes? Moldadas/ normais, Grossas/ entopem o vaso, cíbalos, desmanchadas.

d) Faz força ou sente dor para evacuar?

e) Sai sangue nas fezes?

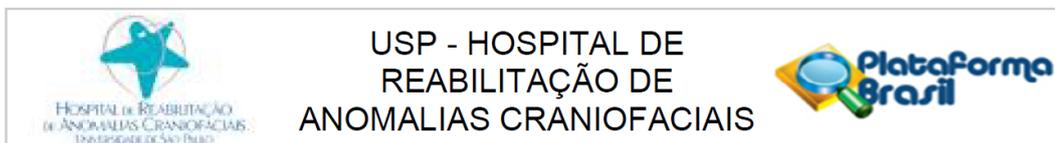
f) Segura ou evita evacuar (cruza as pernas, posições para evitar evacuar)

g) Escapa fezes na roupa?

h) Usa medicação ou mudou a dieta por causa do funcionamento do intestino?

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Prevalência de dor abdominal recorrente em crianças com fissuras labiopalatinas.

Pesquisador: Eliane Alves Motta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57865016.7.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.190.241

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto de Dissertação, de autoria de Eliane Alves Motta sob orientação de Thais Marchini de Oliveira e co-orientação de Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida, na qual solicita aumento do número de amostra de 255 para 420 crianças, sem outras alterações de implicância ética ou metodológica.

Alguns fatores relacionados com a fisiopatologia da dor abdominal recorrente, tais como distúrbios alimentares no primeiro ano de vida, carência de fibras na dieta e ansiedade dos pais, também são observados em muitas crianças com fissuras de lábio e/ou palato. O objetivo deste estudo é determinar a prevalência e caracterizar a dor abdominal recorrente em crianças com fissuras labiopalatinas. Serão selecionados 255 pacientes de 4 a 18 anos atendidos no HRAC-USP, com fissura de lábio e/ou palato, não síndromicos e sem doenças crônicas graves associadas.

Uma entrevista será direcionada aos acompanhantes responsáveis pelo paciente, contendo

Endereço: Rua Sílvio Marchione, 3-20
Bairro: Vila Nova Cidade Universitária **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 2.190.241

questões

referentes à presença de dor abdominal nos últimos três meses, segundo os critérios de Apley e Naish. Quando presente, a dor será caracterizada quanto à localização, ocorrência ou não de sinais de alerta para causas orgânicas, como sangramentos, perda de peso, despertar noturno e febre. Também serão obtidos dados dos prontuários com relação ao tipo de fissura e cirurgias realizadas. A análise estatística será conduzida de acordo com a normalidade e homogeneidade dos dados obtidos, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para diferenças estatisticamente significantes. Serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos apropriados

Objetivo da Pesquisa:

Estudar a prevalência de dor abdominal recorrente em crianças de 4 a 18 anos, com fissuras de lábio e/ou palato, atendidas no HRAC-USP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao aprovado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Acrescentado Emenda de solicitação de alteração de amostra.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez que a emenda não apresenta alterações éticas ou metodológicas, indico aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios assinados pelos participantes da pesquisa deverão ser entregues ao CEP. Os relatórios semestrais devem ser notificados quando

Endereço: Rua Sílvio Marchione, 3-20
Bairro: Vila Nova Cidade Universitária **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 2.190.241

solicitados no parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_958868E1.pdf	12/07/2017 09:51:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Eliane.docx	12/07/2017 09:48:10	Eliane Alves Motta	Aceito
Outros	emenda_amostra.pdf	07/07/2017 17:13:54	Eliane Alves Motta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	respostas_pendencias.pdf	12/08/2016 21:06:28	Eliane Alves Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.docx	11/08/2016 14:58:57	Eliane Alves Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_TCLE.docx	11/08/2016 14:58:40	Eliane Alves Motta	Aceito
Outros	Lista_checagem_Plataforma_Brasil_53_2016.pdf	15/07/2016 14:37:15	Rafael Mattos de Deus	Aceito
Outros	Termo_Manuseio_Informacoes_Assinado.pdf	15/07/2016 14:34:26	Rafael Mattos de Deus	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_de_manuseio.pdf	13/07/2016 17:51:58	Eliane Alves Motta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_autor_responsavel.pdf	13/07/2016 17:50:42	Eliane Alves Motta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_tornar_publico.jpg	13/07/2016 17:49:32	Eliane Alves Motta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Eliane_Oficio.pdf	13/07/2016 00:17:38	Eliane Alves Motta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Eliane_Formulario_HRAC.pdf	08/07/2016 00:16:02	Eliane Alves Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento_adolescentes.docx	08/07/2016 00:06:54	Eliane Alves Motta	Aceito
Folha de Rosto	Eliane_Folha_Rosto.pdf	07/07/2016 23:49:30	Eliane Alves Motta	Aceito

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20
 Bairro: Vila Nova Cidade Universitária CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: cephrac@usp.br



Continuação do Parecer: 2.190.241

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 27 de Julho de 2017

Assinado por:
Silvia Maria Graziadei
(Coordenador)

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br