

---

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2021  
Versão I



**Prefeitura  
de Jundiaí**

## Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde  
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Danielle Aleixo de Oliveira Cruz – Gastroenterologista Pediátrica do Núcleo Integrado de Saúde do Município de Jundiaí

Dra. Fabiana Petter Camillo- Pediatra –Assessoria Técnica da Saúde da Criança e Adolescência do Município de Jundiaí.

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	04
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	05
PRIORIZAÇÃO.....	06
CÓLICA DO LACTENTE.....	07
REFLUXO GASTROESOFÁGICO FISIOLÓGICO.....	09
DOENÇA DO REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO.....	10
DOR ABDOMINAL CRÔNICA.....	15
DIARRÉIA PERSISTENTE.....	22
DIARRÉIA CRÔNICA.....	24
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	26
ANEXO 1: ESCALA BRISTOL DE FEZES.....	34
ANEXO 2: ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL: CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	35
GUIA RÁPIDO DE ENCAMINHAMENTO AO GASTROPEDIATRA.....	40
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	44
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	46

## **APRESENTAÇÃO:**

A **Atenção Primária a Saúde (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da APS.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

**Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de *protocolos* para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados, facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela APS, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

#### **FLUXO DE ATENDIMENTO:**

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico (pediatra) /generalista ESF que fará o encaminhamento deste paciente.
- O paciente deverá ser agendado de acordo com Classificação de Prioridade (P2 / P3) e disponibilidade de vagas no SIIM pela própria UBS e quando for classificado como P1, deverá ser encaminhado por e-mail à Central de Regulação, que efetuará o agendamento em tempo oportuno seguindo critérios de priorização deste protocolo.
- Casos classificados como P0 deverão ser encaminhados ao serviço de Urgência/Emergência do Município.
- O paciente será acompanhado conjuntamente pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria APS.

#### **CRITERIOS PARA ENCAMINHAMENTO:**

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Encaminhamento feito pelos pediatras e/ou generalistas de Unidades Básicas de Saúde ou médicos dos ambulatórios do município.

É necessário ressaltar que quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional encaminhante, tais como: história, tempo de evolução, dados de exames físicos e outras situações clínicas, medicamentos em uso, exames e tratamento já realizados podem e devem fazer parte deste encaminhamento.

**PRIORIZAÇÃO:**

**P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao pronto socorro infantil de referência- HU

**P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 15 dias);

**P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;

**P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

## CÓLICA DO LACTENTE

### DEFINIÇÃO:

Segundo a definição de Wessel: síndrome que se manifesta com paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro, durante pelo menos três horas por dia, mais de três dias na semana em pelo menos três semanas, em lactentes saudáveis.

Usualmente surge na segunda semana de vida, intensifica-se entre a quarta e a sexta semana e gradativamente alivia, desaparecendo até o terceiro mês de vida.

É uma condição transitória, sem riscos de mortalidade e que não interfere no crescimento da criança. Afeta de 20 a 30% dos bebês até 3 meses.

### PRINCIPAIS CAUSAS:

- Imaturidade do desenvolvimento neurológico, comportamental e gastrointestinal (envolve alterações de motilidade e hormonais) do lactente.
- Fatores como frio, calor, fome, fraldas que necessitam de troca, ambiente familiar comprometido pela ansiedade e inexperiência dos pais.

### AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO:

- 1) História clínica com idade de início, tipo de aleitamento e sintomas associados. Está inserido nos critérios de ROMA IV para transtornos funcionais gastrointestinais:

Critérios diagnósticos de cólica do lactente: devem incluir todos os seguintes sintomas nos lactentes desde o nascimento até os 4 meses de idade:

- Irritabilidade paroxística, irritação ou choro que se inicia e finaliza sem causa óbvia.
- Episódios com duração de 3 ou mais horas por dia e que ocorrem pelo menos 03 dias por semana, com início de pelo menos há 1 semana.
- Ausência de “Failure to thrive” (má evolução ponderal).

2) Exame Físico completo: É normal na cólica do lactente.

Importante para investigar alterações sugestivas de patologias como diagnóstico diferencial.

#### **SINAIS DE ALERTA:**

- Baixo ganho ponderal,
- Choro durante as mamadas ou recusa alimentar,
- Diarreia ou constipação,
- Muco ou sangue nas fezes,
- Assaduras por fezes ácidas,
- Regurgitação ou vômitos,
- Dermatites,
- Sibilância,
- Engasgos e perda de fôlego,
- Excesso de gases.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

- Alergia a proteína do leite de vaca;
- Doença do refluxo gastro esofágico;
- Intolerância a lactose – alactasia congênita (rara) ou transitória.

#### **TRATAMENTO:**

1) Medidas comportamentais:

- Tranquilizar os pais;
- Pegar o bebê no colo (contato direto barriga com barriga);
- Enrolar o bebê em uma manta ou cobertor;
- Flexionar as coxas do bebê sobre a barriga, massagem abdominal;
- Dar um banho morno ou aplicar compressas mornas na barriga;
- Evitar excesso de estímulos promovendo ambiente tranquilo, estabelecer rotina;

- Avaliar pega do seio materno para evitar aerofagia.

## 2) Medidas alimentares:

- Estimular aleitamento materno - maior incidência naqueles com aleitamento artificial.
- Alimentos que a mãe consome, na maioria das vezes não está envolvido com a cólica do lactente. Assim, não se justifica a exclusão de alimentos da dieta da mãe.
- Não utilizar chás.

## 3) Medicamentoso

- Antiespasmódicos como Simeticona e Dimeticona não foram eficazes na redução do tempo de choro ou melhora dos sintomas quando comparadas ao placebo.
- Probiótico: *Lactobacillus reuteri*: demonstrou na literatura redução na duração diária do choro e acelerou a resolução da cólica do lactente.

### **CRITERIOS DE ENCAMINHAMENTO PELA APS À ESPECIALIDADE:**

- Na presença de sinais de alerta e suspeita de diagnósticos diferenciais. (P2). - Especificar os sintomas, o tempo de ocorrência e se foi instituída alguma terapêutica.
- 

### **REFLUXO GASTROESOFÁGICO FISIOLÓGICO E DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO**

#### **Refluxo gastroesofágico fisiológico:**

#### **DEFINIÇÃO:**

O refluxo gastroesofágico (RGE) é um processo fisiológico normal caracterizado pelo retorno de conteúdo gástrico para o esôfago, atingindo, algumas vezes, a faringe, a boca e as vias aéreas superiores, com duração menor que 3 minutos, principalmente no período pós prandial e frequência variável de 6 ou mais episódios ao dia, afetando até 60% dos lactentes. Normalmente não se associa a

doenças ou complicações, sendo que 90 a 95% dos casos se resolvem até o primeiro ano de vida.

Trata-se de um distúrbio funcional gastrointestinal transitório e dependente da imaturidade funcional do aparelho digestivo no primeiro ano de vida. Está incluído entre os distúrbios gastrointestinais funcionais nos critérios de Roma IV:

**Critérios diagnósticos da Regurgitação do lactente: devem incluir todos os seguintes sintomas em um lactente até então sadio, com idades que variam de 3 semanas a 12 meses:**

- Regurgitação 2 ou mais vezes por dia, durante 3 ou mais semanas
- Ausência de: eructação, hematêmese, aspiração, apneia, “Failure to thrive” ( má evolução ponderal), dificuldades para alimentação ou deglutição ou postura anormal.

#### **DIAGNÓSTICO:**

A avaliação diagnóstica deve ser fundamentalmente clínica, mediante história clínica e exame físico, para descartar qualquer sinal agravante, não necessitando de exames laboratoriais para confirmação diagnóstica.

#### **TRATAMENTO:**

Orientação sobre a característica benigna e transitória e apoio aos familiares são princípios fundamentais do tratamento.

#### **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE):**

#### **DEFINIÇÃO:**

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é designada quando o RGE ocasiona alterações relacionadas à nutrição, ao esôfago, à função respiratória ou ao aparecimento de sintomas neurocomportamentais.

**RGE primário** ocorre na ausência de patologias associadas.

**RGE secundário** é aplicado a pacientes com condições que favorecem o aparecimento e a continuidade do refluxo, como alterações anatômicas, neurológicas ou respiratórias.

#### **ETIOPATOGENIA:**

Multifatorial, fatores que possam prejudicar a competência dos mecanismos anti-RGE (anatômicos ou não), favorecem a ocorrência de relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior, predispondo ao RGE.

#### **GRUPOS DE RISCO PARA DRGE E SUAS COMPLICAÇÕES:**

- Doenças neurológicas
- Prematuridade
- Obesidade
- Fibrose cística ou displasia broncopulmonar
- Antecedente familiar de DRGE
- Malformações congênitas do trato gastrointestinal alto (hérnia hiatal, hérnia diafragmática, atresia esofágica, fístula traqueoesofágica).

#### **SINAIS DE ALARME:**

- Apneia do sono
- Hematêmese
- Disfagia/perda de fôlego
- Desnutrição

#### **QUADRO CLÍNICO:**

No lactente os principais sintomas são:

• Regurgitação	• Vômitos	• Engasgos
• Perda de fôlego	• Cianose	• Apneia do sono
• Arqueamento do tronco	• Choro excessivo	• Irritabilidade

• Sono agitado	• Recusa alimentar	• Soluços
----------------	--------------------	-----------

Em crianças maiores a esofagite de refluxo pode se manifestar por:

• Epigastria	• Queimação retroesternal	• Hematêmese
• Anemia	• Disfagia	• Odinofagia
	• Desnutrição	• Globus faríngeo

Como manifestações respiratórias e ORL temos:

• Rouquidão	• Halitose	• Estridor laríngeo
• Tosse crônica	• Broncoespasmo	• Pneumonia
• Sinusite	• OMA de repetição	• Desgaste dentário

A Síndrome de Sandifer caracteriza-se por postura anormal da cabeça, com hiperextensão do pescoço e lateralização da cabeça na presença da esofagite de refluxo.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÔMITOS EM CRIANÇAS:**

Entre as causas mais comuns estão:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estenose pilórica</li> <li>• Má rotação GI</li> <li>• Membrana duodenal</li> <li>• Acalasia</li> <li>• APLV e outras alergias alimentares</li> <li>• Gastroparesia</li> <li>• Esofagite e gastroenterite eosinofílica</li> <li>• Pancreatite</li> </ul>
--

- Doença inflamatória intestinal (DII)
- Hipertensão intra craniana (HIC)
- Doenças metabólicas
- Intoxicações
- Vômitos cíclicos

### **DIAGNÓSTICO:**

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, mediante história de sintomas típicos de DRGE, sem necessidade de exames laboratoriais para confirmação diagnóstica, para os casos que não apresentem sinais agravantes.

Na APS, não há necessidade de solicitar exames para elucidação diagnóstica.

### **TRATAMENTO: (etapas progressivas)**

1º PASSO: Orientações gerais/ tratamento de primeira linha:

- Postura vertical pelo período de 20 a 30 minutos após a mamada, o que facilita a eructação e o esvaziamento gástrico, diminuindo a regurgitação
- Nos períodos de sono, o lactente deve permanecer em decúbito supino (dorsal). Nas crianças maiores está recomendada elevação de cabeceira e decúbito lateral esquerdo como medidas posturais.
- Para os lactentes em aleitamento materno, mantêm-se as mamadas por livre demanda, corrigindo apenas erros técnicos como tempo muito prolongado de sucção não nutritiva e pega inadequada.
- No aleitamento artificial: espessamento de fórmula (uso de fórmulas AR), fracionamento de dieta e volume adequado. Não utilizar amidos e cereais para engrossar fórmulas de forma caseira para lactentes.
- Nas crianças maiores e adolescentes recomenda-se controle do peso em obesos, manter postura elevada após dietas e medidas dietéticas como diminuir a ingestão de chocolates, alimentos apimentados, refrigerantes, bebidas cafeinadas, frituras ou alimentos muito gordurosos.

2º PASSO: Conduta não medicamentosa:

- Se criança em **aleitamento materno exclusivo**: excluir proteína do leite de vaca da dieta materna, mantendo o aleitamento materno por 2 a 4 semanas.
- Se **aleitamento artificial**, avaliar sintomas acompanhantes como diarreia, sangue nas fezes, dermatite, urticária, sintomas respiratórios, histórico de reação alérgica grave - encaminhar ao gastro pediatra COM P1 (suspeita de APLV).

3º PASSO: Medicamentoso:

3.1) Antiácidos” /alginatos:

- Utilizar apenas como sintomáticos para bloqueio ácido esporádico. (Não utilizar de rotina)
- **Hidróxido de alumínio 60mg/ml** (Utilizar de 5 a 7 dias). Contido na MUME.
- Dosagem:

<p>&lt; 5kg - 2,5 ml 2x ao dia &gt; 5kg a 7 anos – 5ml 2x ao dia &gt; 7 anos - 10 ml 3x ao dia</p>
--

3.2) Procinéticos:

- **Não** usar domperidona, bromoprida ou metoclopramida no tratamento rotineiro da DRGE em pediatria.
- **Se necessário optar por Domperidona** – Reserva-se o uso de domperidona, por pouco tempo e sob vigilância médica, para **casos selecionados de emese de difícil controle e gastroparesia**.
- Dose: 0,8 a 0,9mg/kg/dia de 8/8h (ciclos de tratamento de 60 a 90 dias, com redução gradual na retirada, sempre seguido de avaliação médica, para evitar efeito rebote)

Para tratamento de **DRGE com esofagite erosiva** em lactentes e de sintomas **típicos** de DRGE (ou seja, **azia, dor retroesternal ou epigástrica**), utilizar inibidores de bomba, por 4 a 8 semanas.

- **Omeprazol magnésico 10mg ou 20mg** - 0,7 mg a 3,5 mg/kg/dia.
- **Omeprazol 20mg** - 0,7 mg a 3,5 mg/kg de peso ao dia, máx. 40mg.  
(REMUME)
- **Pantoprazol** -1 a 2mg/kg/dia – máx. 40mg.
- **Esomeprazol** - 10mg/dia (<20kg) e 20mg/dia (>20kg) – máx. 40mg

Indicação cirúrgica (funduplicatura) se complicações graves, falha terapêutica, presença de comorbidades crônicas.

### COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DRGE:

- Esofagite Erosiva
- Estenose Esofagiana
- Esôfago de Barrett
- Adenocarcinoma de Esôfago.

### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DA APS À ESPECIALIDADE:

- Se pacientes refratários ao tratamento encaminhar como P2.
- Se existem sinais ou sintomas de alarme que sugerem uma doença gastrointestinal subjacente ou pacientes do grupo de risco, encaminhar como P1.

## DOR ABDOMINAL CRÔNICA

### DEFINIÇÃO:

A dor abdominal crônica (DAC) é bastante comum na infância e adolescência, com picos etários entre 4 e 6 anos e 7 e 12 anos de idade.

Pode ser classificada em dor abdominal crônica (DAC), os quadros algícos  $\geq$  3 meses de duração, e ser classificado entre orgânica (associada a doença) e funcional (ausência de associação com patologias orgânicas).

A fisiopatogenia da DA orgânica está associada a dano tissular como inflamação ou obstrução e na DA funcional está relacionada a percepção dolorosa

aumentada (hiperalgesia visceral) que pode ser influenciada por fatores neurais, dismotilidades e psicológicos.

## **DOENÇA ORGANICA**

### **DIAGNÓSTICO:**

#### **História clínica:**

- Características da dor: – Localização, intensidade, frequência, periodicidade, relação com alimentação, dor noturna, interferência com as atividades habituais.
- Sintomas gastrointestinais associados: – Pirose, saciedade precoce, empachamento pós-prandial, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, tenesmo, sangramentos digestivos, icterícia.
- Sinais/sintomas de outros sistemas: – Sintomas urinários, cefaleia, sonolência após as crises de dor, artralgia/artrites, tosse crônica, asma, respiração bucal.
- Sinais de comprometimento orgânico: – Perda de peso, retardo no crescimento, retardo puberal, palidez cutâneo-mucosa, febre.
- Medicamentos em uso ou utilizados: – Antibióticos, anti-inflamatórios, corticosteroides.
- História alimentar: – Consumo de leite e derivados, sucos naturais ou artificiais, bebidas gaseificadas, guloseimas, alimentos irritantes gástricos (industrializados, condimentos picantes), conteúdo de fibra na dieta.
- História familiar: – Parentes com doenças do TGI ou de outro sistema e que evolua com dor abdominal, enxaqueca, manifestações alérgicas, tuberculose, quadros depressivos.
- Antecedentes pessoais: Infecção viral recente, trauma abdominal, intervenção cirúrgica prévia, perfil psicológico e comportamental da criança, gatilhos de ansiedade.

Exame físico:

- Geral e velocidade de crescimento, estágio puberal.
- Exame abdominal detalhado: localização da dor, massas, pesquisar visceromegalias e timpanismo.
- Avaliação perianal e toque retal quando indicado.

Exames complementares:

- Hemograma
- Glicemia
- Urina tipo 1 e cultura
- PPF (3 amostras)

**SINAIS DE ALERTA para DAC de origem orgânica:** (Causas orgânicas são responsáveis por apenas 5% a 10% dos quadros de DAC na infância).

- História familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou doença péptica
- Dor persistente em quadrante superior ou inferior direito
- Disfagia e odinofagia
- Vômitos persistentes
- Sangramento gastrointestinal
- Diarreia noturna
- Artrite
- Doença perianal
- Perda ponderal ou desaceleração do crescimento linear
- Atraso da puberdade
- Febre sem explicação

## DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS (DGIFs)

O diagnóstico das desordens gastrointestinais funcionais (DGIFs)\*\* que cursam com DAC, considerando o critério de Roma IV, deve preencher três requisitos:

1. Criança não apresentar qualquer alteração ao exame clínico e testes complementares;
2. Preencher os critérios de Roma IV para cada problema;
3. Após avaliação médica apropriada, os sinais e sintomas não serem atribuídos a outra entidade nosológica.

### 1. **Dispepsia Funcional:**

#### Critérios diagnósticos:

Devem incluir um ou mais dos seguintes sintomas perturbadores por pelo menos 4 meses:

- Plenitude gástrica pós prandial;
- Saciedade precoce;
- Dor ou queimação epigástrica não associada à defecação;
- Após avaliação médica os sintomas não podem ser totalmente explicados por outra condição médica.

#### Diagnóstico diferencial:

- Doença péptica (doença do refluxo gastroesofágico, gastrite erosiva, úlcera gástrica ou duodenal),
- Efeito colateral de medicamentos,
- Doença de Crohn,
- Tuberculose,
- Infecções parasitárias,
- Doença celíaca,
- Colecistite crônica,
- Pancreatite crônica.

Abordagem:

- Tranquilizar família,
- Correção de hábitos alimentares e evitar alimentos gatilhos.
- Pode-se tentar bloqueio ácido com inibidor de bomba por 4 semanas nas crianças maiores quando a dor é o sintoma predominante (vide pag.15)

**2. Síndrome do Intestino Irritável**

Critérios diagnósticos:

Devem incluir todos os critérios a seguir por pelo menos 2 meses:

- Dor abdominal ao menos 4 dias por mês associada com um ou mais dos seguintes sintomas:
  - a. relação com a evacuação
  - b. alteração na frequência das fezes
  - c. alteração na aparência das fezes
- Em crianças com constipação, a dor pode não resolver com a resolução da constipação (crianças nas quais a dor resolve, têm constipação funcional e não síndrome do intestino irritável)
- Após avaliação adequada, os sintomas não podem ser plenamente explicados por outra condição médica.

Diagnóstico diferencial:

- Doenças inflamatórias do trato gastrointestinal,
- Retocolite ulcerativa,
- Doença de Crohn,
- Doença celíaca,
- Doenças infecciosas,
- Infecções parasitárias,
- Infecções bacterianas
- Intolerância à lactose.

**Observação:** *A Síndrome do intestino irritável é resultante da influência de fatores neuro hormonais e imunológicos que afetam o TGI, tendo como característica a hipersensibilidade visceral relacionada a eventos psicológicos (estresse, depressão), ao aumento de atividade inflamatória na mucosa (SII pós-infecciosa) e alterações do microbioma intestinal.*

**Abordagem:**

- Dieta FODMAPs orientada por nutricionista (NIS) e
- Considerar período de retirada da lactose da dieta e
- Medicamentosa com probióticos, antiespasmódicos, moduladores da frequência ou laxativos e
- Suporte psicológico.

**3. Enxaqueca abdominal:**

**Critérios diagnósticos:**

Devem incluir todos os seguintes sintomas ocorrendo ao menos duas vezes por pelo menos 6m:

- Episódios paroxísticos de dor abdominal intensa, aguda e periumbilical, na linha média ou difusa, durando 1 hora ou mais (deve ser o sintoma mais grave e aflitivo);
- Episódios intervalados por semanas ou meses;
- A dor é incapacitante e interfere com as atividades normais;
- Padrões estereotipados e sintomas individualizados para cada paciente;
- A dor está associada a dois ou mais dos seguintes sintomas: anorexia, náusea, vômito, cefaleia, fotofobia, palidez;
- Após avaliação adequada, os sintomas não podem ser plenamente explicados por outra condição médica.

Abordagem:

- Evitar alimentos gatilhos como chocolate ou condimentos, e fatores psicológicos como estresse e ansiedade;
- O tratamento medicamentoso pode ser feito com analgésicos, antieméticos e outras medicações usadas para tratar enxaqueca (ver protocolo de neuropediatria).

**4. Dor Abdominal Funcional Inespecífica:**

Critérios diagnósticos para DAF sem outra especificação:

Deve ser preenchido ao menos 4 vezes por mês por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico e incluir todos os seguintes sintomas:

- Dor abdominal episódica ou contínua que não ocorre exclusivamente durante eventos fisiológicos (ex: alimentação, menstruação);
- Critérios insuficientes para síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional ou enxaqueca abdominal;
- Após avaliação adequada, a dor abdominal não pode ser plenamente explicada por outra condição médica.

Diagnóstico diferencial de dor abdominal crônica isolada:

- Doença de Crohn,
- Má rotação com ou sem volvo,
- Invaginação intestinal de repetição,
- Aderências pós-cirúrgicas,
- Linfoma de intestino delgado,
- Tuberculose intestinal,
- Parasitoses intestinais,
- Desordens do trato urinário,

- Dismenorreia.

Abordagem:

- Suporte familiar, terapia cognitivo comportamental (TCC) e psicoterapia;
- Abordagem prática para atenção primária: Avaliação clínica, antropométrica, exame físico completo e exames complementares de rotina pediátrica como hemograma, glicemia, Urina I e URC, PPF em 3 amostras e conferir resultados realizando as condutas devidas se alterações;
- Proceder orientação nutricional adequada;
- Tratamento sintomático se necessário;
- Se suspeita de doença orgânica como causa de dor abdominal crônica, encaminhar ao especialista. Se dor abdominal funcional, tratamento sintomático, manejo dietético e suporte psicológico no território.

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PELA APS À ESPECIALIDADE:**

- Dor abdominal com duração maior que 2 meses, mantida após afastamento de causas comuns de dor abdominal na infância como parasitoses e correções de erros alimentares. (P3)
- Na presença de sinais de alerta (P1)
- Enviar gráfico de peso e crescimento ou enviar descrição da curva de crescimento (percentil)

**DIARREIA PERSISTENTE**

**DEFINIÇÃO:**

Perpetuação da diarreia decorrente de episódio agudo por mais de 14 dias, podendo comprometer o estado nutricional.

### **FISIOPATOGENIA:**

Há evidências de enteropatia crônica com prejuízo da capacidade de recuperação da mucosa e diminuição da capacidade digestiva e absorviva. Fatores relacionados à etiologia:

- Atuação ou persistência do agente infeccioso (bactéria, vírus ou parasita);
- Desequilíbrio da microbiota normal;
- Perda da atividade da lactase – Intolerância a lactose primária ou secundária;
- Fatores do hospedeiro (deficiência de micronutrientes ou vitaminas, imunodeficiência);
- Aumento da permeabilidade da mucosa por alergia alimentar;
- Supercrescimento bacteriano (ocorre quando há colonização do intestino delgado por bactérias da microbiota colônica);
- SII pós infecciosa.

### **DIAGNÓSTICO:**

- Avaliação nutricional e antropométrica;
- Exames a serem realizados após 14º dia de evolução:
  - a. Hemograma e Ferritina (avaliar anemia, perda de sangue, baixa ingestão),
  - b. PTF (Albumina como marcador de desnutrição, enteropatia perdedora de proteína e relação albumina/globulina que quando aumentada sugere APLV)
  - c. Eletrólitos (avaliar perda eletrolítica),
  - d. Ph fecal (se diminuído sugere má digestão de carboidratos,
  - e. Pesquisa de leucócitos fecais (se aumentado sugere doença infecciosa/inflamatória);
  - f. Pesquisa do agente enteropatogênico nas fezes: Coprocultura, PPF;
  - g. Gordura fecal (se aumentado sugere má absorção intestinal)
- Reavaliar em 1 semana.

*Obs.: Exames deverão ser agendados na cota da unidade. Caso não haja cota suficiente para que o exame seja realizado no prazo máximo de 1 semana, solicitar via e-mail ao administrativo responsável da regional no setor de Regulação- DRS para que o agendamento seja realizado.*

### **TRATAMENTO:**

Quadros leves ambulatoriais:

- Prevenção de desidratação por meio de aumento da oferta hídrica e de soro de reidratação oral;
- Manutenção de aleitamento materno;
- Realimentação com dieta adequada para idade;
- Redução de leite na dieta ou dieta com baixo teor de lactose pode beneficiar pacientes que evoluem com intolerância a lactose secundária;
- Suplementação de zinco-1 a 2 mg/kg/dia- 1x ao dia por 10 a 14 dias:  
Até 6m – 10mg/dia  
Acima de 6m – 20mg/dia  
Exemplos: Unizinco® 2,5ml/10mg, Nutrizinco® gotas 10mg/ml, Biozinc® 2mg/0,5ml;
- Probióticos: Enterogermina plus® – 1 flaconete /dia – 5 dias  
Floratil® – 1 sachê- 1x ao dia- 5 dias;
- Antibióticos e antiparasitários se confirmado diagnóstico.

## **DIARREIA CRÔNICA**

### **DEFINIÇÃO:**

Síndrome na qual ocorre diarreia por um período superior a 30 dias ou três ou mais episódios de diarreia nos últimos 60 dias.

### **PRINCIPAIS ETIOLOGIAS:**

- Doenças genéticas (Fibrose cística, alactasia congênita, galactosemia, etc.);
- Alergias alimentares: APLV;
- Doenças imuno/inflamatórias: Doença celíaca, enteropatia auto-imune;
- Doença inflamatória intestinal (DII);
- Desvio da microbiota normal: enteropatia ambiental, supercrescimento bacteriano, colite pseudomembranosa;
- Dismotilidades GI: Síndrome do cólon irritável;
- Imunodeficiências: Def. IgA, agamaglobulinemia, AIDS;
- Miscelânea: Efeitos de medicamentos, insuficiência pancreática exócrina, hepatopatias colestáticas, radiação, distúrbios psiquiátricos, Síndrome do intestino curto, enteropatia perdedora de proteína.

### **SINAIS DE ALARME:**

- Desnutrição;
- Perda de peso em curto tempo ou diminuição da velocidade de crescimento;
- Sangue nas fezes;
- Evacuação noturna ou em situação inapropriada;
- Anemia;
- Edema;
- Necessidade de internação frequente;
- Situação socioeconômica gravemente comprometida

### **DIAGNÓSTICO:**

- História clínica detalhada.
- Exames a serem realizados após 14º dia de evolução:
  - Hemograma e Ferritina (avaliar anemia, perda de sangue, baixa ingesta),
  - PTF (Albumina como marcador de desnutrição, enteropatia perdedora de proteína e relação albumina/globulina que quando aumentada sugere APLV)
  - Eletrólitos (avaliar perda eletrolítica),

- Ph fecal (se diminuído sugere má digestão de carboidratos,
- Pesquisa de leucócitos fecais (se aumentado sugere doença infecciosa/inflamatória);
- Pesquisa do agente enteropatogênico nas fezes: Coprocultura, PPF;
- Gordura fecal (se aumentado sugere má absorção intestinal)

#### TRATAMENTO:

- Tratamento específico para cada doença.

#### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PELA APS À ESPECIALIDADE:

- Em casos de sinais de alarme (P1) - Não há necessidade de exames prévios;
- Sem sinais de alarme ou doenças previamente diagnosticadas já orientadas (P2) - anotar ou encaminhar o resultados dos exames previamente solicitados;
- Manter gráfico de peso e crescimento atualizado com o paciente ou descrição da curva com percentil.

### CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

#### DEFINIÇÃO:

A constipação intestinal é um transtorno comum na infância caracterizado por evacuações dolorosas e pouco frequentes, dor abdominal e escape fecal eventual.

#### Roma IV - Critérios diagnósticos para constipação funcional

- I. Para uma **criança com idade entre 0 e 4 anos** (durante 1 mês pelo menos).  
Pelo menos 2 critérios abaixo:

- Duas ou menos evacuações por semana;
- Retenção excessiva de fezes;
- Comportamento de retenção;
- História de evacuações duras ou dolorosas;
- Massa fecal no reto;

II. Criança com **treinamento esfinteriano** – critério adicional:

- Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- Fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário.
- Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável.
- Os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica.

III. Para **crianças de 4 anos até adolescentes** (uma vez por semana por pelo menos um mês). Pelo menos 2 critérios abaixo:

- Duas ou menos evacuações no banheiro por semana;
- Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- História de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes;
- História de evacuações dolorosas ou duras;
- História de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário; – grande massa fecal no reto.
- Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável.
- Os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica.

A constipação pode ser secundária a doenças orgânicas (<5%) e tem como diagnósticos diferenciais:

- Doença celíaca.
- Hipotireoidismo/ Hipercalemia/ Hipocalemia.
- Diabetes mellitus.
- Alergia a proteína do leite de vaca (APLV).
- Drogas e tóxicos: opiáceos, anticolinérgicos, antidepressivos, quimioterapia, intoxicação por chumbo, intoxicação por vitamina D.
- Botulismo.

- Fibrose cística.
- Doença de Hirschsprung (atraso na eliminação de mecônio >48h)
- Acalasia anal.
- Malformações anatômicas: ânus imperfurado, estenose anal.
- Massa pélvica (teratoma sacral).
- Anomalias da medula espinhal, trauma.
- Anormalidades da parede abdominal: Prunne Belly, gastrosquise, síndrome de Down.
- Pseudo-obstrução (neuropatias viscerais, miopatias, mesenquimopatias).
- Neoplasia endócrina múltipla tipo 2B1.

### **Adendo (condições benignas)**

\*A pseudoconstipação ocorre em aproximadamente 5% dos lactentes com idade inferior a 6 meses em aleitamento natural predominante. É definida como a ocorrência de eliminação de fezes macias em frequência menor que 3 vezes na semana. Tal condição é fisiológica e não requer tratamento.

\*A disquesia do lactente: tem início nos primeiros meses de vida, apresentando um esforço evacuatório de pelo menos 10 minutos associado a gritos, choro e enrubescimento da face, seguido da eliminação de fezes pastosas ou semi líquidas, na ausência de quaisquer problemas de saúde. Ocorre devido à falta de coordenação da pressão intra-abdominal com o relaxamento do assoalho pélvico. Desaparecem espontaneamente após algumas semanas.

### **DIAGNÓSTICO:**

História clínica:

- Verificar idade de início dos sintomas,
- O sucesso ou fracasso do treinamento esfinteriano,
- A frequência e a consistência das fezes preferencialmente expresso de acordo com a escala de Bristol (Anexo 1),
- Dor e/ou sangramento na eliminação das fezes,
- Coexistência de dor abdominal ou escape fecal,
- Comportamento retentor,

- História dietética,
- Alterações do apetite, náuseas e/ou vômitos e perda de peso.
- Inquérito sobre tratamentos prévios

Antecedentes Pessoais:

- História do desenvolvimento neuromotor e psicossocial, tais como possíveis desajustes familiares, interação com seus pais e também o temperamento da criança.

Antecedentes Familiares:

- Pesquisar antecedente de constipação na família e outras patologias.

Exame físico:

- Exame do abdome (tônus muscular, distensão e massa fecal palpável),
- Inspeção da região perianal (posição do ânus, presença de fezes ao redor do ânus, eritema, pregas cutâneas e fissuras anais),
- Exame da região lombo sacral (tufos de pêlos, desvio da linha glútea, glúteos planos e agenesia sacral).
- Realização do toque retal quando necessário para avaliar a possível presença de estenose anal e massa fecal.

**SINAIS DE ALARME** (para diagnósticos diferenciais)

- Constipação de início precoce (<1 mês)- Hirschprung;
- Eliminação de mecônio >48h com história familiar positiva;
- Sangue nas fezes na ausência de fissura anal;
- Baixo ganho pondero estatural;
- Vômitos biliosos;
- Anormalidades da tireoide;
- Distensão abdominal importante;
- Fístula perianal;
- Posição anormal do ânus (anteriorizado);
- Ausência de reflexos anal e cremastérico;
- Hipotonia MMII ou alteração de marcha;
- Anormalidades anatômicas sacrais;
- Medo extremo durante inspeção anal – suspeitar de abuso sexual.

Investigação laboratorial ( se necessário)

- Em geral, investigações laboratoriais devem ser somente solicitadas em caso de sintomas associados específicos ou para excluir uma enfermidade de base subclínica tal como Doença Celíaca, Hipotireoidismo ou APLV.

Investigação por imagem:

- Rx abdome simples: avaliar distribuição de gases e fezes.

### **COMPLICAÇÕES:**

- Fissura anal
- ITU de repetição
- Enurese ou retenção urinária
- Inapetência
- Alteração de microbiota intestinal
- Escapes fecais - ocorre devido à existência do bolo fecal impactado no reto, o qual provoca a eliminação de secreção serosa pela mucosa retal que amolece as bordas do bolo fecal. Este escape tende a ser involuntário e muitas vezes não perceptível pela criança, e, portanto, este evento não deve ser encarado como um distúrbio comportamental da criança.
- Transtornos psicológicos (medo de evacuar)
- 

### **TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL:**

Objetivo: restaurar o padrão rotineiro das evacuações (fezes pastosas e evacuações mais frequentes e indolores), controle do escape fecal e prevenção de recidivas. Há quatro passos importantes:

1º passo: Educação e manejo dietético:

1.1-Inicialmente, é necessário explicar aos pais sobre as causas e fatores que influenciam o distúrbio intestinal, inclusive antevendo a ocorrência de períodos intermitentes de agravos e de alívios da constipação, e da necessidade da adesão ao tratamento de longo prazo.

1.2- É importante explicar aos pais e, quando possível, incluir a criança como responsável pelo tratamento, principalmente nas situações de escape fecal, auxiliando na melhor compreensão e objetivando a correção deste sinal bastante incômodo do ponto de vista familiar e social.

1.3- Orientar adequada ingestão de fibras e líquidos na dieta. Não se recomenda suplementação de fibra na dieta desde que haja ingestão adequada rotineiramente

1.4- Ingestão de água para maiores de 1 ano de 1L a 1,5L e acima de 8 anos, pelo menos 2L/dia.

1.5- Estimular atividade física adequada para idade.

2º passo- Desimpactação:

A realização da desimpactação fecal no início do tratamento e sempre que houver impactação fecal é recomendada para aumentar a taxa de sucesso e reduzir o número de episódios de escapes fecais.

Via Retal - Solução de glicerina 12%

- Sorbitol + Laurilsulfato de sódio – (Minilax®) – 3 a 6 dias
- Enema fosfatado – (Fleet Enema®) 2,5ml/kg até 133ml.
- Supositório de glicerina – 1 supositório ao dia – 3 a 6 dias

3º passo: Manutenção:

- Laxativos osmóticos:

Óleo mineral	2 a 18 anos: 1-3 mL/kg/dia Máx: 90 mL/dia	Contraindicado em < 2 anos e em pacientes neuropatas. Risco de aspiração e pneumonia lipídica.
Hidróxido de Magnésio	1 a 11 anos: 1-3 mL/kg/dia 12/12h (máx. 45 mL/dia) 12 anos ou mais: 15-45 mL/dia	Contraindicado em paciente com insuficiência renal
Lactulose	1-3 mL/kg/dia, uma ou duas vezes ao dia	Doses elevadas podem provocar hipernatremia e gases.
Polietilenoglicol 3.350 – (PEG 3350)- MUVINLAX ®	0,2-0,8 g/kg/dia	Para crianças > 6 meses Contem eletrólitos e sabor

(envelope com 14 g)		
Polietilenoglicol 4000 sem eletrólitos – manipulado (PEG 4000)	0,32-0,76 g/kg/dia - 1x ao dia pela manhã	Sem eletrólitos Sem sabor Manipular dose desejada por envelope

- Laxativos estimulantes: **(uso reservado após avaliação do especialista)**

Picossulfato de sódio 7,5mg/ml – guttalax, rapilax, diltin	2 a 4 anos: 0,25mg/kg/dia 4 a 10 anos: 5 a 10 gotas/dia >10 anos: 10 a 20 gotas/dia	Pode causar cólicas, dor abdominal
Senna (geléia ou cápsula) Tamarine kids	>12 anos: geléia - 1 medida 5g após jantar Cápsulas: 1 a 2 ao dia.	Cólicas, gases, hemorragia retal.
Bisacodil 5mg - dulcolax	>6 anos 1 a 2 comp./dia	Interação com antiácidos Pode causar cólicas, gases, diarreia

#### 4º passo: Terapia comportamental

- Treino evacuatório: estimular a criança a sentar no vaso para fazer esforço evacuatório 1 a 2x ao dia, por pelo menos 5 minutos, sempre que não tiver evacuação espontânea, principalmente nos períodos pós prandiais aproveitando o peristaltismo.
- Adaptar o vaso sanitário utilizando redutor de assento e apoio para os pés.
- Para crianças com comportamento retentor, que apresentam medo excessivo/trauma psicológico de evacuar, aguardar resposta terapêutica adequada para iniciar treinamento.
- Encaminhar para tratamento com psicólogos as crianças que apresentem histórico de graves problemas emocionais.
- Diário evacuatório – anotar em calendário dias que a criança evacuou no vaso e que realizou treino evacuatório (mesmo que sem sucesso).
- Pode-se utilizar métodos lúdicos para marcação, e sistema de premiação fazendo a criança participar do processo.

## CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DA APS À ESPECIALIDADE

- Constipação não responsiva ao manejo por 2 meses conforme realização dos passos de tratamento indicados neste protocolo (Educação e medidas dietéticas- Desimpactação- Manutenção com óleo mineral na dose recomendada, observando as contra indicações de uso- Terapia comportamental)- Relatar histórico com tempo de evolução e tratamento realizado. Encaminhar como P2 - pré requisito: encaminhar com Rx de abdome simples.
- Sinais de alarme: como incontinência fecal, fecaloma (P1)

### ADENDO:

Suspeita de APLV com sintomas gastrointestinais e intolerância a lactose: encaminhar ao GASTROPEDIATRA.

## Anexo 1

### Escala Bristol de Fezes

Tipo 1		Grumos duros separados, como castanhas (difíceis de passar)
Tipo 2		Forma de salsicha, porém com grumos
Tipo 3		Como uma salsicha, porém com fissuras na superfície
Tipo 4		Como salsicha ou cobra, macia e uniforme
Tipo 5		Fragmentadas, porém em pedaços com extremidades definidas e macias (passam facilmente)
Tipo 6		Pedaços macios, com extremidades irregulares, fezes pastosas
Tipo 7		Líquidas, sem pedaços sólidos. Inteiramente líquida

## Anexo 2

### Orientação Nutricional: Constipação Intestinal

Uma alimentação equilibrada e o bom consumo de água são fundamentais para a regularização do trânsito intestinal

#### Aumente o consumo dos seguintes alimentos

- Verduras e legumes: consumir diariamente, de preferência crus e com talos, no almoço, no jantar e nos lanches.
- Frutas: consumir de 03 a 04 porções/dia, com casca e bagaço. Dê preferência para abacate, ameixa preta, abacaxi, cereja, kiwi, laranja, mamão, manga, maracujá, melancia, mexerica e uva. O consumo de frutas secas também auxilia no funcionamento do intestino: ameixa, uva passa, damasco, etc. Ao ingerir suco natural adicione algum vegetal para estimular o funcionamento intestinal, como exemplo: limão ou laranja com couve, manga com espinafre, etc.
- Leguminosas (grãos): feijões, ervilha, grão de bico e lentilha. Para melhora da digestão, coloque os grãos em uma peneira e lave em água corrente, transfira para uma tigela, cubra com o dobro do volume de água e deixe de molho por no mínimo 12 horas; trocar a água de 1 a 3 vezes.
- Alimentos Integrais: arroz, massas, torradas, bolachas, pães, etc. Enriqueça o seu arroz, cozinhando com vegetais, como: cenoura, abobrinha, chuchu, brócolis e outros, ralados ou picados. Leia sempre o rótulo do produto, considerando que o primeiro ingrediente da lista deve ser “farinha de trigo integral” e não devem conter conservantes e aditivos. O melhor pão é o feito em casa ou de uma produção caseira.
- Cereais integrais e sementes: aveia em flocos, farelo de aveia, amaranto, linhaça marrom ou dourada, chia, semente de abóbora, quinoa, granola sem açúcar, psyllium, farinha da casca do maracujá, farinha de berinjela – podem ser adicionadas de 01 a 02 colheres de sopa/dia, com frutas, na salada, com

arroz/feijão, iogurte, vitaminas, suco natural, tapioca, omelete, etc. Faça revezamento dos cereais e sementes ou faça um mix.

- Biomassa de banana verde ou fibra de banana verde: bater com suco de fruta natural, vitamina, sopa, feijão, etc.
- Gorduras boas: azeite de oliva, abacate, semente de gergelim, semente de girassol, castanhas, nozes, amendoim e peixes frescos (arenque, atum, bacalhau, cavala, salmão e sardinha).
- Lácteos: iogurte natural com lactobacilos vivos e coalhada.

#### Evite o consumo dos seguintes alimentos

- Alimentos refinados (brancos): arroz, pães, massas, bolachas, torradas, bolos, farinhas (arroz, trigo, mandioca, milho), amido de milho, tapioca e polvilho doce e azedo.

#### Ingestão de Água

- O consumo de água é fundamental para o funcionamento do intestino.
  - É essencial atentar-se para os primeiros sinais de sede e satisfazer de pronto a necessidade de água que é sinalizada pelo organismo.
- Crianças, gestantes, mães em amamentação e idosos são grupos com mais risco de desidratação. Portanto, devem estar mais atentos à necessidade de hidratação diária, que deve vir predominantemente do consumo de água pura.
- Não é recomendável oferecer às crianças sucos naturais de frutas, refrescos em pó, sucos prontos para o consumo, chás gelados prontos para o consumo ou refrigerantes, no lugar da água, pois aumentam a chance de excesso de peso e cárie dentária.
- Se você tiver dificuldade para ingerir água, procure fazer água saborizada com limão, laranja, morango, abacaxi, gengibre, capim cidreira, hortelã, etc. Os chás

também são boas opções, desde que consumidos sem adição de açúcar. □ Quando for sair de casa leve uma garrafinha com água.

□ Evitar Ultraprocessados: salgadinhos, macarrão instantâneo, sopas em pó prontas, batata congelada, embutidos (linguiças, salsicha, presunto, apresuntado, mortadela, salame, peito de peru, paio), bolacha recheada, chocolate, achocolatado, refrigerante, refrescos em pó, sucos prontos para o consumo, sucos a base de soja, bebidas lácteas, iogurtes, gelatina, cereal matinal, sorvete, bolinhos prontos, massas para bolo prontas, empanados de frango, hambúrguer pronto, produtos congelados prontos para o consumo, leite fermentado, molhos prontos, temperos prontos (caldo de legumes, carne e frango, temperos prontos para arroz, feijão). São alimentos ricos em açúcar, gordura saturada, gordura TRANS, sal, corantes, conservantes e aditivos.

#### Recomendações Importantes:

□ Faça as refeições em horários regulares e mastigue bem os alimentos para facilitar a digestão e o trânsito intestinal.

□ Não reprimir o reflexo da defecação. Tente estabelecer horários fixos para as evacuações.

□ Observe quais alimentos que atrasam o funcionamento intestinal, e evite-os ao máximo. Por outro lado, aumente o consumo daqueles que favorecem o funcionamento.

□ Pratique algum exercício físico, principalmente abdominal.

□ Converse com seu médico para avaliar possíveis parasitoses, infecções intestinais ou outras doenças que podem estar relacionadas a redução do trânsito intestinal.

#### Receitas Culinárias:

ARROZ INTEGRAL: 1 xícara de arroz integral, 2 xícaras de água, 1 colher de sopa de vinagre ou limão espremido – deixar pelo menos 30 minutos de molho, lavar e cozinhar. Essa é uma maneira de acelerar o cozimento do arroz. Lembre-se que

você pode acrescentar um vegetal para cozinhar junto com o arroz. Enriqueça o seu arroz com: cenoura, abobrinha, chuchu, brócolis e outros (ralados ou picados).

**PÃO INTEGRAL:** 1 Kg de farinha de trigo integral, 1 envelope de fermento seco, 500ml de leite morno, 500ml de água morna, 06 colheres de sopa de azeite de oliva, 04 colheres de sopa de chia, 1 colher de sopa de sal. Preparo: dissolva o fermento na água morna e misture o restante dos ingredientes. Coloque tudo em 2 formas de pão untadas. Deixe descansar até dobrar o tamanho. Asse em forno médio (180°C), pré-aquecido, por 40 minutos.

**BOLO SALGADO DE AVEIA:** 3 ovos, ½ pote de iogurte natural, 1 e ½ copo de aveia, 1 colher de sopa de azeite de oliva, 1 colher de sopa de fermento químico. Preparo: bater os ovos até espumar, depois acrescentar o iogurte e por último a aveia. Bata por mais 3 min. Se desejar, pode acrescentar temperos naturais a gosto (salsinha, cebolinha, orégano). Acrescentar os demais ingredientes e levar ao forno pré-aquecido (180°C), por 35 min.

**BIOMASSA DE BANANA VERDE:** 6 bananas verdes. Preparo: retire as bananas do cacho com cuidado, preservando os talos. Higienize as bananas com água. Coloque no fogo uma panela de pressão com água, quantidade suficiente para cobrir as bananas e deixe ferver. Assim que a água ferver, coloque as bananas na água quente da panela de pressão para que levem um choque térmico. Tampe a panela e deixe em fogo alto até começar a pressão. Quando começar a chiar, abaixe o fogo e deixe na pressão por 10 minutos. Desligue e espere a pressão sair normalmente, sem forçar. Abra a panela e com a ajuda de um pegador, retire as bananas e descasque ainda quente. Amasse as bananas com um garfo. Coloque no liquidificador e bata as bananas ainda quente no liquidificador com um pouco de água. Guarde em porções pequenas (em saquinhos ou forminha de gelo) em geladeira por até 7 dias ou congelador por até 3 meses. Pode-se bater com suco de fruta natural e adicionar em várias receitas. Lembre-se a biomassa não altera o sabor das preparações, apenas acrescenta fibras, vitaminas e minerais. Se for usar a biomassa que está congelada, retire um ou mais cubos de a noite e deixe descongelando na geladeira para usar no dia seguinte.

**GRANOLA CASEIRA:** 1 xícara de aveia em flocos, ½ xícara de semente de girassol, ½ xícara de semente de abóbora, 1 colher de sopa de chia, 1 colher de sopa de linhaça, 1 colher de sopa de gergelim, ½ xícara de castanha de caju quebrada, ½ xícara de castanha do Pará quebrada, ½ xícara de damasco picado, ½ xícara de uva passa preta, 4 colheres de sopa de azeite de oliva, 1 colher de chá de canela em pó. Preparo: coloque todos os ingredientes, exceto as frutas secas, em uma assadeira, polvilhe canela em pó e leve ao forno por 20 minutos. Adicione as frutas secas e mexa e volte ao forno por mais 10 minutos. Deixe esfriar e coloque em um pote de vidro bem fechado por até 30 dias. Pode comer com frutas, iogurte ou sozinha de lanche.

**COQUETEL LAXATIVO:** 2 ameixas pretas, ½ copo de água, 1 fatia de mamão, 200 gramas de iogurte natural com lactobacilos vivos. Preparo: bata tudo no liquidificador e consuma em seguida, de preferência no lanche da manhã.

**ÁGUA AROMATIZADA:** Para fazer a água saborizada, basta misturar os ingredientes na jarra. Não se esqueça de lavá-los bem, já que ficarão em contato direto com o líquido. A dica é prepará-la com pelo menos três horas antes do consumo, para que os sabores incorporem. E não se esqueça de deixar bem gelada!

## **GUIA RÁPIDO DE ENCAMINHAMENTO AO GASTROPEDIATRA:**

---

### GASTRITES/ DISPEPSIAS/ DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA

- Pacientes com sintomas dispépticos ou gastrite/doença ulcerosa diagnosticada com ou sem complicações, não responsivo a tratamento inicial com correção de dieta e inibidor de bomba de próton (omeprazol) ou recidiva após tratamento por 4 a 8 semanas com retirada gradual da medicação. (P2)
- Sinais de alerta: dor severa, anemia, hemorragia digestiva, perda de peso (P1)
- Descrever resultado de Hb/Ht, Laudo de EDA, Bx, exames complementares se realizados e tratamento realizado.

### DISFAGIA

- Descrever histórico com evolução da disfagia, patologias concomitantes, perda de peso – quantificar. (P2)
- Se disfagia orofaríngea – distúrbio da deglutição – encaminhar também para fonoaudióloga.
- Informar exames realizados

### APLV

- Casos suspeitos que apresentem diarreia com sangue e muco em aleitamento materno ou na introdução de fórmula infantil, vômitos e baixo ganho de peso. (P1)
- Após suspeita clínica iniciar dieta de exclusão de leite de vaca da dieta materna se aleitamento materno.
- Se uso de fórmula láctea encaminhar ao especialista como P1.

### DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

- Pacientes com sangramento nas fezes, dor abdominal, febre intermitente, evacuação noturna, tenesmo, anemia crônica, artralgias, lesões perianais/fístulas, perda de peso – quantificar. (P1)
- Descrever exames de investigação: US abdome, TC abdome, HMG, VHS, EDA e colono se houver.

### DISTÚRBIOS DO CRESCIMENTO POR PROVÁVEL CAUSA GI

- Paciente com déficit pondero estatural com oferta calórica adequada ou desaceleração da velocidade de crescimento associada a alguma manifestação GI. (P3)
- Sinais de alarme: Desnutrição, diarreia, atraso puberal, anemia, hipoalbuminemia
- Descrever exames: proteína total e frações (PTF), TSH, T4 livre, Glicemia, IgA total, ac antitransglutaminase IgA, Hemograma.
- Enviar gráfico de peso e crescimento ou evolução do percentil.

### SANGRAMENTO DIGESTIVO

- História de sangramento digestivo alto ou baixo
- Sinais de alarme: anemia, sintomas de doença hepática, lactentes.
- Sangramento volumoso (P0),
- Descrever exames, caso haja

### DOENÇAS PANCREÁTICAS

- Histórico de internação recente por pancreatite aguda ou crônica, alteração de amilase, lipase e sintomas de dor abdominal em faixa, vômitos, diarreia. (P1). Se assintomático (P2).
- Descrever exames realizados – Us abdome, TC abdome, enzimas pancreáticas, CTF e TG, Glicemia.

### DOENÇAS HEPÁTICAS

- Alteração hepática clínica (icterícia, dor abdominal, febre, acolia fecal, colúria), laboratorial e ultrassonográfica
- Sinais de alarme: Icterícia, hepatoesplenomegalia volumosa, elevação de enzimas hepáticas >3x, cirrose, hipertensão portal. (P1).
- Se hematêmese ou melena, RNI alargado, plaquetopenia, leucopenia, hipoalbuminemia, ascite (P0).
- Descrever exames realizados: US, TC, EDA, Sorologias, enzimas hepáticas, albumina, plaquetas, coagulograma, HMG.
- Se achado de esteatose, hemangioma ou cisto hepático simples (P3).

### COLESTASE NEONATAL

- Todos os casos de icterícia colestática (hiperbilirrubinemia com BD >1mg/dL) com mais de 14 dias de vida. (P1). Relatar histórico de nascimento, tipo de aleitamento.

Obs: é necessário descartar AVB antes dos 60 dias de vida.

- Descrever exames: BTF, gama GT, FA, TGO, TGP, US abdome, TC se houver.

### DOENÇA CELÍACA

- Pacientes com histórico de diarreia ou constipação, dor abdominal, distensão, déficit pondero estatural, anemia, lesões de pele associadas. (P2)
- Histórico de outras doenças auto imunes
- Descrever exames: se houver.

## INTOLERÂNCIA ALIMENTAR – LACTOSE, SENSIBILIDADE AO GLÚTEN NÃO CELÍACO E FODMAP`S

- Paciente com cólicas, distensão abdominal, aumento de gases e diarreia ou fezes amolecidas e ácidas que ocorrem ao consumir alimentos fermentativos. Se relação causal específica com determinado alimento, realizar a exclusão do mesmo com substituição adequada. (P3)
- Descrever exames realizados – ph fecal, teste de tolerância a lactose se houver.

## HALITOSE

- Considerar: ORIGEM BUCAL (de 92,7 a 96,2%) – Principais causas saburra lingual, doenças da gengiva (gengivite e periodontite) e cáseos.  
ORIGEM EXTRABUCAL (de 3,8 a 7,3 % dos casos) - vias aéreas superiores, GI e origem metabólica ou sistêmica

*Causas GI – 1% dos casos – principais problemas: doença do refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal, divertículos e síndromes de má absorção*

- Encaminhar APENAS casos que apresentarem manifestações GI associadas à halitose e que tiverem sido descartadas e tomadas as devidas condutas para as causas bucais e extra-bucais mais comuns sem sucesso. (P3)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
------------------------

**P0**

Doença hepática - hematêmese ou melena, RNI alargado, plaquetopenia, leucopenia, hipoalbuminemia, ascite.

Hemorragia digestiva alta e baixa

Doença inflamatória intestinal descompensada – febre, taquicardia, desidratação, distúrbio eletrolítico, sangramento volumoso nas fezes.

Pancreatite aguda

Abdome agudo obstrutivo

**P1**

Icterícia colestática >14 dias de vida

Doenças hepáticas - Icterícia, hepatoesplenomegalia volumosa, elevação de enzimas hepáticas, cirrose, hipertensão portal.

Pancreatite aguda - Histórico de internação recente, alteração de enzimas pancreáticas

Doença inflamatória intestinal

APLV – lactente com sangue e muco nas fezes

Gastrites – se dor severa, vômitos com sangue.

DRGE grave

Diarreia persistente ou crônica – diarreia com sangue

Dor abdominal crônica com sinais de alerta

Cólica do lactente com sinais de alarme

**P2**

DRGE sem sinais de alarme

Disfagia

Dor abdominal crônica sem sinais de alerta

Diarreia persistente ou crônica

Constipação crônica funcional

Cólica do lactente com sinais de alerta.

**P3**

Distúrbio do ritmo do crescimento por provável causa GI

Esteatose

Cisto hepático simples

Hemangioma hepático

Intolerância a lactose

Doença celíaca diagnosticada em dieta de exclusão de glúten.

Pancreatite crônica

Intolerância alimentar

Halitose

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Murahovschi J. Cólicas do lactente. *J Pediatr (SP)* 2003; 79,(2), 101-2
2. Saavedra M.A.L., Costa J.S.D., Garcias G., Horta B.L., Tomasi E., Mendonça R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(2):115-22
3. Cólica do lactente - Departamento científico de gastroenterologia pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria – Disponível em <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>
4. Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Suppl 1):S40---5.
5. Duarte, Marco Antônio, Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria, Ed.4, 2017; Cap. 8, p.752
6. Davies I, Burman-Roy S, Murphy MS. Gastroesophageal reflux disease in children: NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;350:g7703.
7. Salvatore S, Hauser B, Vandenplas Y. The natural course of gastroesophageal reflux. *Acta Paediatr*. 2004;93(8):1063-9.
8. Gold BD. Comparing GERD Manifestations in Children and Adults. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;4(1):40-4.
9. Lightdale JR, Gremse DA. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics*. 2013;131(5):e1684-95.
10. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal Reflux. In: Wyllie R, Hyams JS, Kay M, editors. *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
11. Vandenplas Y, Hauser B. An updated review on gastro-esophageal reflux in pediatrics. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;9(12):1511- 21.
12. Carvalho E, Silva LR, Ferreira CT. *Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria*. Barueri, SP: Ed. Manole; 2012.
13. Ferreira CT, Carvalho E, Sdepanian VL, Morais MB, Vieira MC, Silva LR. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. *J Ped (Rio J)*. 2014;90(2):105-18.

14. “Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition” Disponível gratuitamente, na integra no link: [https://www.naspghan.org/files/Pediatric\\_Gastroesophageal\\_Reflux\\_Clinical.33.pdf](https://www.naspghan.org/files/Pediatric_Gastroesophageal_Reflux_Clinical.33.pdf)
15. Morais, M.B. et al, Dor abdominal crônica na infância e adolescência, Guia Prático de Atualização, Departamento científico de Gastroenterologia da SBP, 2019, nº6;
16. Ferreira, C.T., Carvalho, E., Silva, L.R, Gastroenterologia e hepatologia em pediatria Diagnóstico e tratamento, Rio de Janeiro-RJ, Medsi, 2003:53–68.
17. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. BMJ. 2007;334(7601):997-1002.
18. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al. Chronic Abdominal Pain In Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005;40(3):249-61
19. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional Disorders: Children and Adolescents. Gastroenterology. 2016; 150:1456–1468.
20. Salvatore S, Barberi S, Borrelli O, Castellazzi A, Di Mauro D, Di Mauro G, et al. Pharmacological interventions on early functional gastrointestinal disorders. Ital J Pediatr. 2016;42(1):68.
21. Banez GA. Chronic abdominal pain in children: what to do following the medical evaluation. Curr Opin Pediatr. 2008;20(5):571-5.
22. Giannattasio A, Guarino A, Lo Vecchio A. Management of children with prolonged diarrhea. F1000Res. 2016 Feb 23;5. pii: F1000 Faculty Rev-206. doi: 10.12688/f1000research.7469.1.
23. Andrade, J.A.B.; Fagundes Neto, U. Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 87,n. 3,p. 199-205, June 2011 .

24. Braga, G. Diarreia Persistente: um Desafio para o Pediatra, Portal Ped, 2017, Disponível em <https://www.portalped.com.br/especialidades-da-pediatria/gastroenterologia/diarreia-persistente-um-desafio-para-o-pediatra>.
25. Bhutta ZA, Ghishan F, Lindley K, Memon IA, Mittal S, Rhoads JM; Commonwealth Association of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. Persistent and chronic diarrhea and malabsorption: Working Group report of the second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004 Jun;39 Suppl 2:S711-6.
26. Islam SB, Ahmed T, Mahfuz M, Mostafa I, Alam MA, Saqeeb KN, Sarker SA, Chisti MJ, Alam NH The management of persistent diarrhoea at Dhaka Hospital of the International Centre for Diarrhoeal Disease and Research: a clinical chart review. *Paediatr Int Child Health.* 2017 May 5:1-10
27. Ferreira, C.T., Carvalho, E., Silva, L.R, Gastroenterologia e hepatologia em pediatria Diagnóstico e tratamento, Rio de Janeiro-RJ, Medsi, 2003:145-151.
28. Loening-Baucke. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359-363.
29. Pijpers MA, Bongers ME et al. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:256-268.
30. Medeiros LC, Morais MB et al. Características clínicas de pacientes pediátricos com constipação crônica de acordo com o grupo etário. *Arquivos de Gastroenterologia* 2007;44:340-341.
31. Rasquin A, Di Lorenzo C et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
32. Tabbers MM, Boluyt N et al. Clinical Practice. Diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr* 2011;1-9.
33. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of update recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:405-7.

34. Bekkali NL, Van den Berg MM et al. Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics* 2009;124:e1108-e1115.
35. Van Dijk M, Bongers ME et al. Behavioral therapy for childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;121:e1334-e1341.
36. Morais MB de, Maffei HVL, Tahan S. Constipação intestinal. In: Carvalho E, Silva LR de, Ferreira CT. *Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2012: p.466-93.
37. Levy EI, Lemmens R, Vandeplass Y, Devreker T. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2017;8:19-27.
38. Mello, PP, Eifer DA, Mello ED . Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis. *J Pediatr*. 2018 (in press).