

Constipação intestinal

Critérios de Roma IV, sinais de alarme para doença orgânica, desimpactação e manutenção com polietilenoglicol, alternativas e medidas comportamentais, e disquezia do lactente

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A constipação funcional é diagnosticada pela história e pelo exame físico (critérios de Roma IV), sem exames na maioria dos casos. O ciclo dor-retenção explica a cronificação: evacuação dolorosa leva a comportamento de retenção, fezes mais volumosas e mais dor, podendo evoluir com impactação fecal e escape fecal. O tratamento tem três etapas: desimpactação, se houver fecaloma, com polietilenoglicol (PEG) 1–1,5 g/kg/dia por 3–6 dias; manutenção com PEG (dose inicial em torno de 0,4 g/kg/dia, ajustada para fezes macias diárias) por no mínimo 2 meses e até 1 mês sem sintomas; e medidas comportamentais (sentar no vaso após as refeições, apoio para os pés, diário de evacuações, reforço positivo). A lactulose é a alternativa. Óleo mineral deve ser evitado abaixo de 2 anos. Eliminação de mecônio após 48 h, início no primeiro mês, fezes em fita, distensão com vômitos, déficit de crescimento, alterações neurológicas de membros inferiores ou lesões sacrais sugerem causa orgânica. A maioria é tratada em casa (🟢/🟡); abdome agudo obstrutivo ou suspeita de enterocolite de Hirschsprung exigem pronto-socorro (🔴). A disquezia do lactente não é constipação e não precisa de tratamento.

1. O que é e como se apresenta

- **Constipação funcional — Roma IV, criança < 4 anos:** pelo menos 2 critérios por 1 mês: 2 ou menos evacuações por semana; história de retenção fecal excessiva; evacuações dolorosas ou fezes endurecidas; fezes de grande diâmetro; grande massa fecal no reto. Na criança que já controla os esfíncteres, acrescentam-se pelo menos 1 episódio semanal de incontinência fecal e fezes que entopem o vaso.
- **Roma IV, criança ≥ 4 anos:** pelo menos 2 critérios, pelo menos 1 vez por semana, por no mínimo 1 mês, incluindo os acima e postura de retenção; sem critérios para síndrome do intestino irritável.
- **Etiologia:** funcional em mais de 90%; gatilhos comuns são desmame e introdução alimentar, retirada das fraldas, entrada na escola, doença aguda e fissura anal.
- **Picos:** introdução de alimentos sólidos, treinamento esfincteriano e início da vida escolar.
- **Escape fecal (incontinência por transbordamento):** perda involuntária de fezes amolecidas ao redor do fecaloma; costuma ser confundido com diarreia.
- **Disquezia do lactente (Roma IV):** lactente < 9 meses, saudável, com pelo menos 10 minutos de esforço e choro antes de evacuar fezes macias. Resulta da falta de coordenação entre a prensa abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico; resolve sozinha.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Constipação funcional recente ou leve, sem fecaloma palpável, sem escape fecal, bom estado geral, crescimento normal, sem sinais de alarme	Manutenção com PEG ou lactulose, medidas comportamentais e alimentares; retorno em 2–4 semanas
● Moderada	Impactação fecal (massa abdominal ou retal), escape fecal, dor importante para evacuar, fissura anal, retenção intensa, recaídas, resposta insuficiente ao tratamento	Desimpactação oral com PEG por 3–6 dias; contato em 48–72 h para ajuste; retorno em 1–2 semanas; encaminhar à gastroenterologia se não houver resposta após cerca de 3 meses de tratamento adequado
● Grave	Distensão abdominal importante com vômitos (biliosos ou fecaloides), dor abdominal intensa, parada de eliminação de gases; febre com diarreia explosiva e distensão em criança com suspeita de Hirschsprung (enterocolite); recém-nascido sem eliminação de mecônio; déficit motor agudo de membros inferiores ou retenção urinária	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital para avaliação cirúrgica ou neurológica

Sinais de alarme de causa orgânica (NICE CG99, ESPGHAN/NASPGHAN 2014, SBP 2024, AEP 2023)

- Eliminação de mecônio após 48 horas no recém-nascido a termo; início no primeiro mês de vida; história familiar de doença de Hirschsprung.
- Fezes em fita (em especial no lactente); ampola retal vazia com fezes explosivas ao retirar o dedo no toque.
- Distensão abdominal importante com vômitos; vômitos biliosos.
- Déficit de crescimento ou perda de peso (NICE: investigar doença celíaca e hipotireoidismo).
- Sangue nas fezes sem fissura; febre.
- Alterações neurológicas de membros inferiores (força, reflexos, sensibilidade), atraso motor.
- Alterações da coluna lombossacral: tufo de pelos, fosseta sacral atípica, lipoma, desvio da prega glútea, agenesia sacral.
- Anomalias anais (ânus anteriorizado ou estenótico), fístulas perianais, ânus patuloso.

Fatores de risco que elevam a gravidade ou a refratariedade

- Longa duração dos sintomas antes do tratamento; escape fecal.
- Deficiência intelectual, paralisia cerebral, autismo, doença neuromuscular.
- Uso de medicamentos constipantes (opioides, anticolinérgicos, ferro em dose alta).

- Estresse familiar; considerar abuso sexual nos quadros atípicos.

3. Diagnóstico no consultório

- **Diagnóstico clínico:** história (início, mecônio, frequência e consistência pela escala de Bristol, dor, sangue, escape, retenção, dieta, fatores psicossociais) e exame (crescimento, abdome, região perianal, coluna lombossacral, neurológico de membros inferiores).
- **Toque retal:** não é obrigatório quando o diagnóstico é claro; indicado se houver dúvida diagnóstica ou sinais de alarme, feito por profissional capaz de reconhecer anomalias anatômicas e sinais de Hirschsprung (NICE, ESPGHAN/NASPGHAN).
- **Radiografia simples de abdome:** não usar para diagnosticar constipação funcional (NICE, ESPGHAN/NASPGHAN, AGA/NASPGHAN 2026); pode ajudar apenas se o exame físico não for possível.
- **Exames laboratoriais:** não de rotina. Com déficit de crescimento ou refratariedade: TSH e T4 livre, anticorpo antitransglutaminase IgA com IgA total, cálcio.
- **Encaminhamento para investigação** (manometria anorretal, biópsia retal, ressonância de coluna) quando houver sinais de alarme ou refratariedade.
- **APLV:** na constipação do lactente refratária ao tratamento, a ESPGHAN/NASPGHAN (2014) admite teste de 2–4 semanas sem proteína do leite de vaca, orientado por especialista.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Doença de Hirschsprung; malformações anorretais.
- Disrafismo espinhal oculto, medula presa, tumores medulares.
- Hipotireoidismo, doença celíaca, hipercalcemia, fibrose cística (íleo meconial no período neonatal).
- Intoxicação por chumbo; botulismo do lactente (constipação com hipotonia, sucção fraca, ptose).

4. Tratamento em casa

Desimpactação — quando há fecaloma palpável ou escape fecal.

- **Primeira escolha: PEG oral** 1–1,5 g/kg/dia por 3–6 dias (ESPGHAN/NASPGHAN 2014; SBP usa 3 dias; AEP até 7 dias). O NICE usa esquema escalonado de PEG 3350 com eletrólitos e associa laxativo estimulante se não houver resultado em 2 semanas.
- Avisar que no início pode haver aumento do escape fecal e cólicas.
- **Enemas** são alternativa quando o PEG não está disponível ou falhou: soro fisiológico 5 mL/kg (AEP). O NICE só usa via retal após falha de todos os medicamentos orais, com

consentimento da família. **Enema de fosfato de sódio é contraindicado em menores de 1 ano (SBP)** pelo risco de hiperfosfatemia e deve ser evitado ou usado com cautela em qualquer idade; o NICE o reserva ao hospital.

Manutenção — iniciar logo após a desimpactação (ou direto, se não houver fecaloma).

- **PEG:** dose inicial em torno de 0,4 g/kg/dia (ESPGHAN/NASPGHAN 2014), ajustada para 1–2 evacuações macias por dia sem dor; SBP e AEP citam a faixa de 0,2–0,8 g/kg/dia.
- **Duração:** no mínimo 2 meses; manter até pelo menos 1 mês sem sintomas e depois reduzir gradualmente (ESPGHAN/NASPGHAN, SBP, AEP). O NICE fala em manter por várias semanas após a normalização, o que pode levar meses. Evitar retirada durante o treinamento esfinteriano.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
PEG (3350 ou 4000, com ou sem eletrólitos) — desimpactação	1–1,5 g/kg/dia	1x/dia ou dividido	3–6 dias	Primeira escolha; diluir em água ou suco
PEG — manutenção	Inicial em torno de 0,4 g/kg/dia; faixa 0,2–0,8 g/kg/dia	1x/dia	Mínimo 2 meses e 1 mês sem sintomas	Ajustar pela consistência das fezes
Lactulose	1–2 g/kg/dose (ESPGHAN/NASPGHAN); SBP 1–3 mL/kg/dia	1–2x/dia	Como o PEG	Alternativa ao PEG; pode causar distensão e flatulência
Laxativos estimulantes (senosídeos, bisacodil)	Conforme bula e idade	1x/dia	Uso de resgate ou associado	Segunda linha, associados ao PEG (NICE)
Soro fisiológico retal (enema)	5 mL/kg (AEP)	Conforme resposta	Desimpactação	Se o PEG oral falhar ou não estiver disponível
Óleo mineral	Conforme bula	1–2x/dia	Como o PEG	Evitar em < 2 anos e em distúrbios de deglutição ou refluxo (risco de pneumonia lipóidica)

Medidas comportamentais e alimentares

- Sentar no vaso por 5–10 minutos após as principais refeições (reflexo gastrocólico), com redutor de assento e **apoio para os pés** (SBP).
- Diário de evacuações; reforço positivo (calendário de estrelas), sem punição.

- Adiar o treinamento esfinteriano se houver retenção; retomar quando as fezes estiverem macias.
- Dieta equilibrada, com fibras adequadas para a idade (frutas, verduras, leguminosas, cereais integrais) e líquidos suficientes; evitar excesso de leite de vaca. **Medidas dietéticas isoladas não são tratamento de primeira linha** (NICE), e não há evidência para suplemento de fibras ou líquidos extras além do normal (ESPGHAN/NASPGHAN 2014).
- Atividade física regular.
- **Não usar probióticos** para constipação: nenhuma cepa se mostrou eficaz (ESPGHAN 2023).

Disquezia do lactente

- Explicar o caráter benigno e autolimitado.
- **Não usar laxativos, supositórios nem estimulação retal** (termômetro, haste flexível), que atrasam o aprendizado da coordenação (SBP, AEP).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Distensão abdominal importante com vômitos, dor intensa e parada de eliminação de gases (obstrução).
- Febre, diarreia explosiva e distensão em lactente com constipação desde o nascimento (enterocolite de Hirschsprung, emergência).
- Recém-nascido sem eliminação de mecônio nas primeiras 48 horas com distensão ou vômitos.
- Fraqueza aguda de membros inferiores, alteração da marcha ou retenção urinária (compressão medular).
- Lactente com constipação, hipotonia, sucção fraca e ptose (botulismo).
- Impactação que não se resolve com tratamento oral e exige desimpactação sob supervisão hospitalar.

Encaminhamento ambulatorial à gastroenterologia pediátrica: sinais de alarme sem urgência (fezes em fita, mecônio tardio já no passado, déficit de crescimento) e constipação refratária, sem resposta após cerca de 3 meses de tratamento bem conduzido (SBP).

Como encaminhar

1. Suspender a oferta oral se houver vômitos ou suspeita de obstrução.
2. Acesso venoso e hidratação se houver desidratação ou toxemia, quando o consultório tiver estrutura.
3. Não fazer enema na suspeita de enterocolite ou obstrução mecânica.

4. Contatar o serviço de destino, idealmente com cirurgia pediátrica; SAMU (192) se houver instabilidade.
5. Relatório com início dos sintomas, eliminação do mecônio, laxativos e doses usados e achados do exame.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A prisão de ventre da criança quase sempre não é doença grave, mas o tratamento é longo: o remédio deve ser mantido por meses, mesmo depois de melhorar."
- "O laxativo usado não vicia; parar cedo demais é a principal causa de volta dos sintomas."
- "A sujeira na roupa íntima não é preguiça; é consequência da prisão de ventre."
- "Sente a criança no vaso depois das refeições, com os pés apoiados, e elogie as tentativas."
- Contato em 48–72 h durante a desimpactação; retorno em 1–2 semanas para ajuste da dose e depois a cada 1–2 meses até a retirada.
- **Procurar o pronto-socorro se:** barriga muito inchada com vômitos; vômito verde; dor forte e contínua; febre com diarreia explosiva em bebê que sempre teve intestino preso; fraqueza nas pernas ou dificuldade para urinar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Roma IV; clínico	Sem diretriz própria; nos EUA a referência é NASPGHAN (com ESPGHAN 2014; AGA/NASPGHAN 2026)	Clínico, ≥ 2 achados; sem radiografia	Segue o NICE	Roma IV; clínico
Sinais de alarme	Mecônio > 48 h, início no 1º mês, vômitos biliosos, febre, déficit de crescimento, alterações neurológicas e sacrais	Mecônio > 48 h, início < 1 mês, fezes explosivas ao toque, alterações neurológicas (NASPGHAN 2014)	Mecônio > 48 h, fezes em fita, alterações neurológicas e da coluna, distensão com vômitos	Segue o NICE	Mecônio > 48 h, fezes em fita < 1 ano, sangue sem fissura, vômitos biliosos
Desimpactação	PEG 1–1,5 g/kg/dia por 3 dias; enema salino; fosfato contraindicado < 1 ano	PEG 1–1,5 g/kg/dia por 3–6 dias ou enemas	PEG 3350 com eletrólitos escalonado; via retal só após falha oral	Segue o NICE	PEG 1–1,5 g/kg/dia até 7 dias; enema salino 5 mL/kg
Manutenção	PEG 0,2–0,8 g/kg/dia; lactulose 1–3 mL/kg/dia	PEG inicial 0,4 g/kg/dia; lactulose 1–2 g/kg 1–2x/dia	PEG com eletrólitos; estimulante se necessário	Segue o NICE	PEG 0,2–0,8 g/kg/dia; lactulose 1–2 mL/kg/dia
Duração	≥ 2 meses e 1 mês sem sintomas	≥ 2 meses e 1 mês sem sintomas	Várias semanas após normalização (meses)	Segue o NICE	≥ 2 –3 meses; retirada após ≥ 1 mês sem sintomas
Dieta, fibras e probióticos	Dieta equilibrada; óleo mineral evitado < 2 anos	Sem evidência para fibra extra, líquidos extras ou probióticos	Dieta isolada não é primeira linha	Segue o NICE	Dieta e medidas comportamentais como base

Leitura: há ampla convergência: diagnóstico clínico sem radiografia, PEG como primeira escolha na desimpactação e na manutenção, tratamento prolongado com retirada gradual e

medidas comportamentais associadas. As diferenças estão no formato da dose — faixas em g/kg/dia na ESPGHAN/NASPGHAN, na SBP e na AEP; esquema escalonado em sachês no NICE — e no uso de enemas, mais restrito no NICE, que só os admite após falha de todos os medicamentos orais. A ESPGHAN e a NASPGHAN publicaram diretriz atualizada de tratamento (Gordon et al., JPGN), cuja íntegra não foi possível consultar; as doses acima seguem a diretriz de 2014, ainda reproduzida pela SBP e pela AEP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Constipação funcional é diagnóstico clínico; radiografia de abdome não é necessária.
2. Com fecaloma, desimpactar primeiro (PEG 1–1,5 g/kg/dia por 3–6 dias), depois manter.
3. Manutenção com PEG por no mínimo 2 meses e até 1 mês sem sintomas; a retirada precoce é a principal causa de recaída.
4. Mecônio após 48 h, fezes em fita, distensão com vômitos e alterações sacrais ou neurológicas exigem investigação.
5. Enema de fosfato não em menores de 1 ano; óleo mineral não em menores de 2 anos.
6. Disquezia do lactente não se trata: nada de supositório ou estimulação retal.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Guia Prático de Orientação — Constipação intestinal, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança menor de 4 anos (manual), 2022. [PDF](#)
- ESPGHAN/NASPGHAN. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations (Tabbers et al.), 2014. [PDF](#)
- AGA/NASPGHAN. Pediatric functional constipation guideline, 2026 (resumo Guideline Central). [guidelinecentral.com](https://www.guidelinecentral.com)
- NICE. CG99 — Constipation in children and young people: diagnosis and management, 2010. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- ESPGHAN. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders — position paper, 2023 (resumo). [Nestlé Nutrition Institute](#)
- AEP/SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología — Diagnóstico diferencial y tratamiento del estreñimiento (Pociello Almiñana, Schneider, Castillejo de

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.