

Fisioterapia no tratamento de doenças congênitas e adquiridas do trato intestinal em crianças



Jacqueline Santos Meira¹ & Juliana Santana Pereira²

RESUMO

Panorama: As doenças congênitas e adquiridas do trato intestinal que acometem o reto e o ânus estão frequentemente associadas a alterações da motilidade intestinal, podendo levar ao desenvolvimento de megacólon e dor abdominal. Essa condição ocorre devido à redução ou ausência do peristaltismo, resultando no acúmulo de gases e fezes e na dilatação do intestino grosso. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as intervenções fisioterapêuticas no tratamento dessas doenças, destacando sua contribuição para a melhora da motilidade intestinal, do controle esfinteriano e da funcionalidade intestinal em crianças. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura entre fevereiro e maio de 2026 nas bases PubMed, SciELO e Cochrane Library, incluindo ensaios clínicos randomizados. **Resultados:** Os estudos apresentaram resultados satisfatórios, porém evidenciaram a necessidade de pesquisas mais robustas e padronização de protocolos. **Conclusão:** Conclui-se que intervenções combinadas são mais eficazes quando individualizadas, promovendo melhor prognóstico e qualidade de vida.

ABSTRACT

Panorama: Congenital and acquired diseases of the intestinal tract affecting the rectum and anus are often associated with alterations in intestinal motility, which may lead to megacolon and abdominal pain. This condition results from reduced or absent peristalsis, causing the accumulation of gas and feces and dilation of the large intestine. **Aims:** This study aimed to analyze physiotherapeutic interventions in the treatment of these conditions, emphasizing their role in improving intestinal motility, sphincter control, and intestinal function in children. **Method:** A literature review was conducted between February and May 2026 using the PubMed, SciELO, and Cochrane Library databases, including randomized clinical trials. **Results:** The studies showed satisfactory results; however, the need for more robust research and standardized protocols was identified. **Conclusion:** Combined physiotherapeutic interventions were more effective than isolated approaches, especially when individualized.

¹ Graduanda em fisioterapia pela Univ. de Sorocaba (UNISO), Sorocaba – SP, Brasil. jacksantosm26@gmail.com
² Graduanda em fisioterapia pela Univ. de Sorocaba (UNISO), Sorocaba – SP, Brasil. juliana.santana02@gmail.com

INTRODUÇÃO

No âmbito de doenças congênitas e adquiridas do trato gastrointestinal que afetam as funções de reto e ânus em crianças, encontram-se tanto doenças congênitas quanto doenças de caráter adquirido, sendo sucessivamente a Doença de Hirschsprung (DH) e a Doença de Chagas (DC). Entre as manifestações clínicas associadas às patologias citadas, destacam-se a alteração da motilidade intestinal, levando ao megacólon, e dores abdominais. Nesse contexto, o megacólon é uma condição caracterizada pela dilatação do intestino grosso, principalmente na região do cólon. Essa alteração ocorre devido à diminuição ou até mesmo a perda do peristaltismo intestinal, resultando no acúmulo de fezes e gases na região, que leva ao desenvolvimento da condição¹.

Entre as doenças congênitas do trato gastrointestinal, a DH é caracterizada por ser um distúrbio do sistema gastrointestinal decorrente de alterações no processo de migração das células da crista neural intestinal, o que resulta na ausência de inervação adequada em determinados segmentos do intestino². Essa condição é frequentemente diagnosticada ainda na infância, podendo comprometer significativamente o funcionamento intestinal da criança. Outra forma de aparecimento de megacólon ocorre de maneira adquirida, como na DC, em que há um parasita (*Trypanosoma cruzi*) que afeta diretamente a rede de neurônios do trato intestinal, levando à degeneração e à morte neuronal de maneira irregular². Em ambas as condições, podem ocorrer alterações importantes da motilidade intestinal, resultando em dilatação progressiva do cólon, caracterizada como megacólon, além de sintomas como constipação intestinal e dificuldade no controle evacuatório¹⁻³.

No caso da DH, o tratamento indicado é cirúrgico, consistindo na remoção do segmento intestinal que apresenta ausência de inervação adequada, seguida da reconexão com a porção saudável do intestino. Nesse contexto, a fisioterapia pode atuar tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório, contribuindo para a recuperação funcional do paciente². Mesmo após a cirurgia, alguns pacientes podem apresentar alterações funcionais, como incontinência fecal, que impactam na qualidade de vida. Nesses casos, a fisioterapia pode atuar com estratégias como reeducação anal associada à eletroestimulação e ao biofeedback, contribuindo para a melhora do controle esfinteriano e da função intestinal⁵. Já na forma digestiva da DC, o tratamento inicial costuma ser clínico, incluindo dieta rica em fibras, laxantes e enemas, podendo ser complementado por recursos fisioterapêuticos, como a massagem abdominal, que favorece o estímulo do trânsito intestinal e o treinamento do assoalho pélvico¹. Além disso, a estimulação elétrica transcutânea,

como a corrente interferencial, tem mostrado resultados positivos na redução da constipação, um dos principais sintomas associados ao megacólon⁴.

Diante do contexto, o objetivo é analisar as intervenções fisioterapêuticas no tratamento de doenças adquiridas e congênitas do sistema gastrointestinal, destacando sua contribuição para a melhora da motilidade intestinal, do controle esfinteriano e da funcionalidade do intestino grosso, especialmente em crianças.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura no período de fevereiro/2026 e maio/2026, nas bases de dados PubMed, Scielo e Cochrane Library, onde foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados, focando nas intervenções fisioterapêuticas no tratamento de doenças congênitas e adquiridas do reto e ânus em crianças.

Os descritores utilizados foram “Physiotherapy”; “megacolon”; “child”. Foi utilizada IA (inteligência artificial) apenas como suporte linguístico e de formatação, sem impacto no conteúdo científico.

Foram incluídos apenas estudos que atendiam aos seguintes critérios de elegibilidade: delineamento em formato de ensaio clínico randomizado, população composta por crianças e intervenções fisioterapêuticas. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “Physiotherapy”, “megacolon” e “child”.

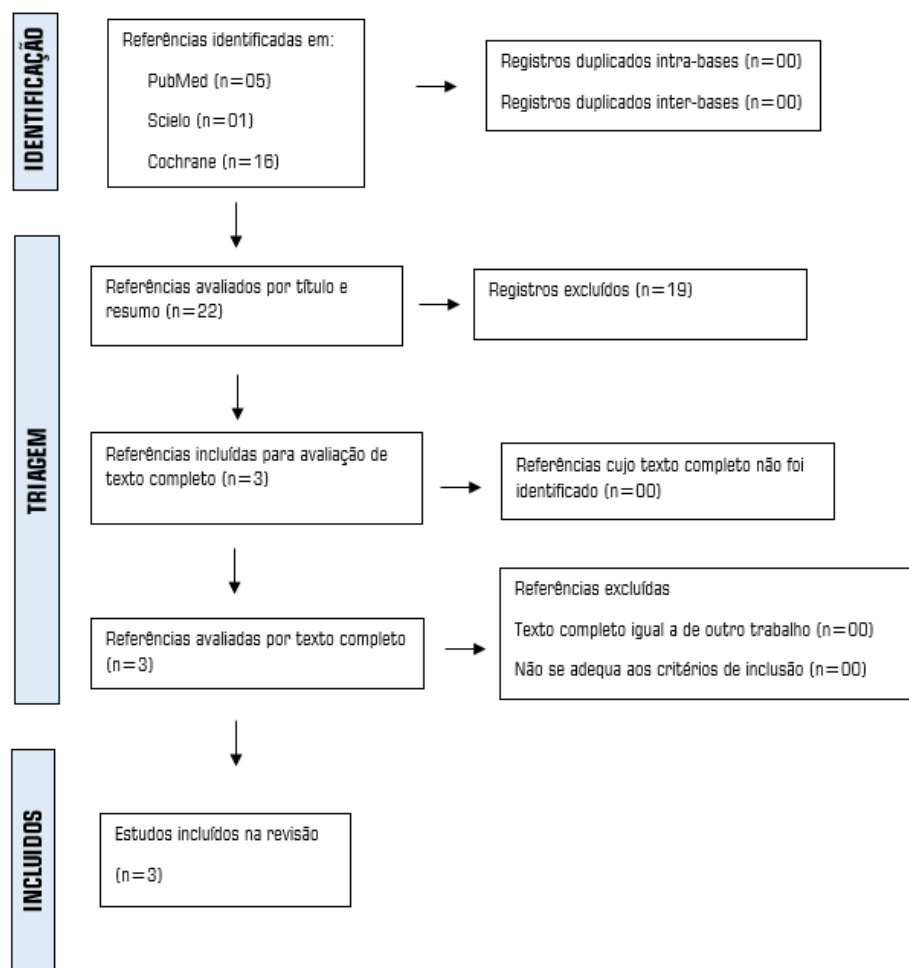
RESULTADOS

Foram identificados 5 estudos na base de dados PubMed, já na Scielo foi encontrado apenas um artigo. Na Cochrane foram encontrados 16 artigos (figura 1).

Deste modo, a busca resultou em 22 artigos, onde 19 foram excluídos por título e resumo, resultando em 3 artigos selecionados para avaliação do texto.

Com base na análise dos artigos apresentados na a seguir (tabela 1), a amostra total da revisão compreendeu 55 crianças.

Figura 1: Fluxograma de identificação dos estudos a partir das bases de dados e registros.



De acordo com Leão et al. (2016)¹, o protocolo realizado de fisioterapia combinada com a bebida de frutas laxativa é de fácil acesso, segura e não invasiva, porém, mais estudos devem ser realizados a fim de confirmar os achados do estudo. Foi utilizada uma pequena amostra de pacientes, em que onze crianças receberam 12 sessões de fisioterapia, duas vezes por semana, por 6 semanas, consistindo em massagem abdominal, 10 repetições de pressão abdominal e 10 flexões alternadas dos quadris e joelhos juntamente com uma bebida de frutas laxativa. Devido ao número de pacientes, não houve grupo controle para comparação, porém os resultados foram benéficos quanto ao aumento do peristaltismo e frequência de evacuações, redução do inchaço abdominal e da flatulência.

De maneira complementar Ménard *et al.* (1997)⁵ mostram que a reeducação anal para os pacientes com doenças anorretais em pós operatório se mostra eficaz e promissora, como conhecimento da anatomia, da função da musculatura, o aumentando força, da rapidez à resposta e da duração de contração esfínteriana com uso de eletroestimulação com sonda anal, biofeedback e exercícios domiciliares. Além das capacidades de autoconhecimento e da função muscular, onze pacientes apresentaram melhora em relação ao constrangimento no âmbito social.

Tabela 1: Estudos que compuseram a revisão.

Autor/Ano	População	Intervenção	Controle	Resultado
LEÃO <i>et al.</i> (2016) [B]	11 crianças	G.I. (n=11) 12 sessões de fisioterapia, duas vezes por semana, por 6 semanas. Massagem abdominal, 10 repetições de pressão abdominal e 10 flexões alternadas dos quadris e joelhos. + bebida de frutas laxativa.	Não houve	O método do protocolo aplicado é fácil e não invasivo, proporcionando benefícios, reduzindo o inchaço, a flatulência aumento do peristaltismo e frequência nas evacuações.
MÉNARD <i>et al.</i> (1997) [B]	14 crianças	G.I. (n=14) eletroestimulação por sonda anal + biofeedback combinada com exercícios domiciliares.	Não houve	Os resultados iniciais são encorajadores. A reeducação anal pode se tornar uma ferramenta inestimável no tratamento da disfunção fecal persistente após cirurgia para doença anorretal congênita.
SANAM <i>et al.</i> (2016) [A]	30 crianças entre 5 e 12 anos	G.I. (n=15) 15 sessões de tratamento em terapia comportamental + estimulação elétrica IF.	G.C. (n=15) foram submetidos a 15 sessões de tratamento em terapia comportamental	A combinação da terapia comportamental com a estimulação elétrica IF no pós operatório e constipação é acompanhada por melhoras significativas.

Por fim, conforme descrito por Sanam *et al.* (2016)⁴ houve maior redução dos sintomas de constipação no grupo intervenção (73%) em comparação ao grupo controle (33%) após seis meses de acompanhamento. A frequência evacuatória no grupo intervenção evoluiu de 1 a 3 evacuações semanais no período pré-tratamento para 3 a 7 evacuações semanais após a intervenção, enquanto no grupo controle observou-se aumento de 1 a 3 para 1 a 7 evacuações semanais. Todos os participantes apresentavam incontinência fecal inicialmente; entretanto, houve diminuição significativa dos episódios de sujidade fecal no grupo intervenção em relação ao grupo controle (4,9 vs. 3,9 episódios/dia), mantendo-se essa diferença após seis meses (4,7 vs. 3,1 episódios/dia). Quanto à consistência das fezes, 66% dos pacientes do grupo intervenção atingiram padrão considerado normal, permanecendo estável ao longo do seguimento, ao passo que no grupo controle essa normalização ocorreu em 40% dos casos, com recidiva em dois pacientes. Em relação à dor durante a evacuação, inicialmente relatada por 60% dos indivíduos do grupo intervenção e 66,6% do grupo controle, observou-se resolução em oito pacientes do grupo intervenção e em três do grupo controle ao término do tratamento.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar as intervenções fisioterapêuticas no tratamento de doenças adquiridas e congênitas em crianças. A maioria dos estudos utilizados mostra que o biofeedback é a melhor forma de tratamento para os sintomas referentes às doenças congênitas (como a Doença de Hirschsprung) e doenças adquiridas (como a Doença de Chagas) do reto e do ânus, mesmo sendo associado a outras intervenções, como treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) e a eletroestimulação.

De acordo com Sanam *et al.* (2016)⁴, o uso da eletroestimulação com corrente interferencial (IF) associado à terapia comportamental diminui de forma significativa a gravidade da constipação em pacientes pós-operatórios de DH. Já Ménard *et al.* (1997)⁵ relata que a utilização de eletroestimulação atrelada ao biofeedback aumentou a disciplina e a continência nos pacientes. Mesmo com intervenções diferentes, ambos os estudos mostram que terapias combinadas são mais eficazes, resultando em uma melhora significativa na função intestinal, na força esfinteriana e na continência fecal. A semelhança entre eles propõe que intervenções que conectam reeducação neuromuscular com estímulos elétricos são mais efetivas.

Segundo Ménard *et al.* (1997)⁵, a eletroestimulação associada ao biofeedback foi um método no qual os pacientes apresentaram um aumento da motivação e da disciplina, já que é um recurso onde o paciente consegue visualizar a força e a agilidade da contração dos músculos do assoalho pélvico. Além disso, o biofeedback já vem sendo um dos recursos de primeira linha para a constipação e incontinência fecal, mesmo que alguns casos se mostrem mais difíceis, assim como Sunić *et al.* (2003)⁶ relata que recentemente foi reconhecido que, para crianças com disfunção do esfíncter anal, o biofeedback e o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode ter efeito significativo na incontinência fecal e alguns propõem que é o método preferido.

Embora os estudos acima citados evidenciam a importância do biofeedback no tratamento, ambos apresentam diferenças nos resultados e na forma de aplicação da terapia. No estudo de Ménard *et al.* (1997)⁵ houve uma melhora significativa na pontuação funcional, na força esfinteriana e na qualidade de vida em grande parte dos pacientes. Já Sunić *et al.* (2003)⁶ evidenciaram que esse método não foi eficaz em todos os pacientes, principalmente naquele cujo comprometimento esfinteriano era mais grave. Essa diferença entre os autores pode estar atrelada a adesão ao tratamento e ao tamanho da amostra.

Conforme Leão *et al.* (2016)¹ a utilização de fisioterapia associada à reeducação comportamental e ao uso de medicamentos (laxantes naturais) resulta em uma melhora da constipação, diminuição da dor durante a evacuação e do aumento da frequência de evacuações. Os resultados mostrados pelo uso de terapias combinadas são bem semelhante aos estudos de Ménard *et al.* (1997)⁵ e Sanam *et al.* (2016)⁴. No entanto, o tempo de tratamento de Leão *et al.* (2016)¹ é mais longo, se estendendo por 12 meses após o término da intervenção. Em curto prazo (6 semanas), os resultados apresentam uma melhora significativa, assim como nos outros estudos, entretanto houve uma redução à adesão às orientações ao longo do tempo, resultando em uma piora parcial dos sintomas. Esse aspecto não foi explorado nos outros estudos.

Além disso, Leão *et al.* (2016)¹ destaca a importância de técnicas mais simples e acessíveis, como a reeducação alimentar e massagens abdominais. Por outro lado, Sanam *et al.* (2016)⁴ prioriza recursos mais tecnológicos, como a estimulação elétrica. Outra diferença entre ambos é no número da amostra, o estudo de Sanam *et al.* (2016)⁴ tem um número maior de participantes (30 crianças) que foram divididas em grupo controle e grupo intervenção, no estudo de Leão *et al.* (2016)¹ houve apenas 11 crianças e havia apenas o grupo intervenção.

Por fim, a comparação entre os estudos mostra que, mesmo com intervenções parecidas, o tempo de tratamento, a adesão dos pacientes e as características clínicas interferem nos resultados. Assim, é necessário a criação de protocolos mais contínuos e formas de incentivar a permanência do tratamento para obter resultados mais eficazes.

CONCLUSÃO

As intervenções fisioterapêuticas no tratamento de doenças congênitas e adquiridas do sistema gastrointestinal em crianças são melhores quando envolvem abordagens combinadas. Tais abordagens são mais eficazes, principalmente quando são individualizadas.

REFERÊNCIAS

1. Leão EP, Pena CJM, Araújo SM, et al. Constipation in children and adolescents: evaluation and treatment. *Arq Gastroenterol.* 2015;52(4):308-15.
2. Chen Z, Zheng B, Yang H, et al. Analysis of the effect of laparoscopic and open surgical

treatment in children with congenital megacolon. *Comput Intell Neurosci.* 2022;2022:1-5. doi:10.1155/2022/2669294

3. Lu C, Xie H, Li H, et al. Feasibility and efficacy of home rectal irrigation in neonates and early infancy with Hirschsprung disease. *Pediatr Surg Int.* 2019.
4. Ladi-Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Manouchehri N, et al. A comparative study of transcutaneous interferential electrical stimulation plus behavioral therapy and behavioral therapy alone on constipation in postoperative Hirschsprung disease children. *J Pediatr Surg.* 2017;52(2):177-83.
5. Ménard C, Trudel C, Cloutier R. Anal reeducation for postoperative fecal incontinence in congenital diseases of the rectum and anus. *J Pediatr Surg.* 1997;32(6):867-9.
6. Sunić-Omejc M, Mihanović M, Bilić A, et al. Efficiency of biofeedback therapy for chronic constipation in children. *Coll Antropol.* 2002;26 Suppl:93-101.