

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

BRUNO DOS SANTOS SANTANA

NÍVEIS DE ANSIEDADE DE MÃES DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA
FUNCIONAL

RECIFE

2013

BRUNO DOS SANTOS SANTANA

**NÍVEIS DE ANSIEDADE DE MÃES DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA
FUNCIONAL**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Saúde da Criança e do
Adolescente do Centro de Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, orientada pela Prof.
Maria Eugênia Farias Almeida
Motta, como requisito para a
obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

RECIFE

2013

Catálogo na Publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S232n Santana, Bruno dos Santos.
Níveis de ansiedade de mães de crianças e adolescentes com constipação crônica funcional / Bruno dos Santos Santana. – Recife: O Autor, 2013.
88 f.: il.; tab.; quad.; gráf.; 30 cm.

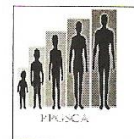
Orientadora: Maria Eugênia Farias Almeida Motta.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2013.
Inclui referências e anexos.

1. Constipação intestinal. 2. Transtornos de ansiedade. 3. Relações mãe-filho. I. Motta, Maria Eugênia Farias Almeida (Orientadora). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-0127)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Título:

Níveis de ansiedade de mães de crianças e de adolescentes com constipação crônica funcional.

Nome:

Bruno dos Santos Santana

Dissertação aprovada em: 28 de junho de 2013

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra Luciana Rodrigues Silva

**Recife
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE**

COLEGIADO

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Vice-Coodenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Arruda
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Rosemary de Jesus Machado Amorim
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
Roseane Lins Vasconcelos Gomes (Representante discente - Doutorado)
Plínio Luna de Albuquerque (Representante discente -Mestrado)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento
Juliene Gomes Brasileiro
Janaína Lima da Paz

À minha esposa Shirleuy, sem a qual isto não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela ajuda em todos esses anos.

À minha esposa, Shirleuy, pelo apoio e incentivo.

Ao meu filho, Ícaro, por me ensinar a ver o mundo de outra forma.

À minha sogra, Guiomar, pela compreensão.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Motta, por sua paciência e dedicação.

Aos meus amigos de mestrado, por tornarem este período mais leve.

Aos professores do Mestrado, por ampliarem meus horizontes.

Às minhas amigas do CAPSi Ciranda de Vida, pela compreensão e incentivo.

“A partir de certo ponto não há mais retorno. É este ponto que tem de ser alcançado.”

Franz Kafka

RESUMO

A constipação crônica funcional é uma condição bastante prevalente na infância. As alterações gastrointestinais funcionais podem se associar com transtornos ansiosos e, considerando-se que as crianças têm uma relação muito próxima a suas mães, procurou-se verificar se mães de crianças com constipação crônica funcional apresentavam maiores níveis de ansiedade do que as mães de crianças sem essa condição. Os participantes foram recrutados entre os pacientes dos ambulatórios de Gastroenterologia Pediátrica e Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Foram considerados casos crianças de 8 a 12 anos de idade que preenchessem os critérios de Roma III para constipação crônica funcional. O grupo comparativo tinha a mesma faixa etária, mas não cumpria este requisito. Foram excluídos portadores de doenças crônicas ou de outros distúrbios gastrointestinais. Às mães, aplicou-se o formulário Roma III de relato dos pais de sintomas gastrointestinais, o módulo de constipação do formulário Roma III para adultos e o Inventário de Ansiedade de Beck. Com as crianças, foi utilizado o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* para identificar ansiedade. O grupo caso foi formado por 57 pacientes e o comparativo por 82, com suas respectivas mães. Observou-se maior percentual de transtorno de ansiedade de separação ($p=0,006$) e tendência para fobia escolar ($p=0,06$) entre pacientes com em relação àqueles sem constipação. Pacientes com constipação crônica funcional apresentaram maior percentual de mães com constipação do que aqueles sem constipação ($p=0,04$). Mães portadoras constipação apresentaram maiores níveis de ansiedade ($p=0,013$). Houve tendência a pacientes com transtorno de ansiedade de separação apresentarem mães mais ansiosas ($p=0,08$). Conclui-se que crianças e adolescentes com constipação crônica funcional têm mais transtorno de ansiedade de separação e mães com constipação e ansiosas.

Palavras-chave: Constipação intestinal. Transtornos de ansiedade. Relações mãe-filho.

ABSTRACT

The chronic functional constipation is a highly prevalent condition in childhood. Given its strong association with anxiety disorders and taking into account that children have a very close relationship to their mothers in childhood, sought to determine if mothers of children with chronic functional constipation have higher levels of anxiety than mothers of children not constipated. Participants were recruited from patients at the Outpatient Pediatric Gastroenterology and Child Care of Hospital das Clínicas of UFPE. Cases were considered children 8-12 years of age who fulfilled the Rome III criteria for chronic functional constipation. The control group had the same age, but did not meet this requirement. We excluded patients with chronic diseases or other functional gastrointestinal disorders. To the mothers was applied the "Parent-report form for children", the constipation module of Rome III questionnaire for adults and the Beck Anxiety Inventory. With children we used the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. The case group consisted of 57 and comparator, 82 children and their mothers. There was a higher percentage of separation anxiety disorder ($p=0,006$) and a trend for school phobia ($p=0,06$) among patients with compared with those without constipation. Patients with chronic functional constipation showed a higher percentage of mothers with constipation than those without constipation ($p=0,04$). Mothers with constipation had higher levels of anxiety ($p=0,013$). There was a trend for patients with separation anxiety disorder show mothers more anxious ($p=0,08$). We concluded that children and adolescents with chronic functional constipation have more separation anxiety disorder and anxious mothers or presenting with constipation.

Keywords: Constipation. Anxiety disorders. Mother-child relations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Transtornos de ansiedade conforme a constipação crônica funcional de crianças e adolescentes.....	44
Tabela 2: Grau de ansiedade materna entre as crianças com transtornos de ansiedade..	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

BAI - Inventário de Ansiedade de Beck

CBCL - *Child Behavior Checklist*

CID-10 - décima versão do Catálogo Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde

CMAS - *Children's Manifest Anxiety Scale*

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

DSM-IV - quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria

FSSC - Fear Survey Schedule for Children

FSSC-R - versão revisada do Fear Survey Schedule for Children

HAM-A - Hamilton Rating Scale for Anxiety

HC-UFPE – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

HHa – eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

MASC - Multidimensional Anxiety Scale for Children

R-CMAS - versão revisada do Children's Manifest Anxiety Scale

Roma III – Terceiro Consenso de Roma para Distúrbios Gastrointestinais Funcionais

SASC-R - Social Anxiety Scale for Children Revised

SCARED - Screen for Children Anxiety-Related Emotional Disorders

SCAS - Spence's Children Anxiety Scale

SNA – sistema nervoso autônomo

SNE – sistema nervoso entérico

SNC – sistema nervoso central

STAI-C - adaptação para crianças do Inventário de Ansiedade Traço-Estado

TASC - Test Anxiety Scale for Children

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1. Noções gerais.....	15
2.2. O papel do eixo cérebro-intestino no surgimento da constipação funcional.....	17
2.3. Herança dos distúrbios gastrointestinais funcionais.....	19
2.4. Ansiedade na infância.....	20
2.5. Transtornos de ansiedade.....	23
2.6. Distúrbios gastrointestinais funcionais e ansiedade	25
2.7. Instrumentos para avaliação da ansiedade.....	27
3. MÉTODOS.....	32
3.1. Delineamento do estudo.....	32
3.2. Local de realização da coleta dos dados.....	32
3.3. Estimativa do tamanho amostral.....	32
3.4. Critérios de inclusão e exclusão no estudo.....	33
3.5. Grupo caso.....	33
3.6. Grupo comparativo.....	34
3.7. Recrutamento.....	34
3.8. Coleta de dados.....	34
3.9. Variáveis do estudo.....	36
3.10. Banco de dados.....	38
3.11. Análise estatística.....	38
4. RESULTADOS/ARTIGO ORIGINAL.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS.....	67

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
Anexo B: Formulário de Relato dos Pais.....	70
Anexo C: Critérios diagnósticos do Formulário de Relato dos Pais.....	80
Anexo D: Módulo Constipação.....	83
Anexo E: Critérios diagnósticos para o Módulo Constipação.....	85
Anexo F: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders.....	86
Anexo G: Critério de Classificação Econômica Brasil.....	88
Anexo H: Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	89

1. APRESENTAÇÃO

A constipação crônica funcional é um dos distúrbios funcionais do intestino, que se caracterizam por alterações na motilidade e/ou na sensibilidade do trato gastrointestinal que não são atribuíveis a causas inflamatórias, bioquímicas ou anatômicas. Trata-se de um distúrbio comum entre crianças e adolescentes e de determinação multicausal (COOK et al, 2009).

Um dos pontos principais em sua fisiopatologia na infância diz respeito ao medo de defecar e ao comportamento retentivo, que se mantêm num círculo vicioso que garante a permanência da condição. Por sua longa duração e prevalência, vem cada vez mais sendo encarada como um problema de saúde pública (VAN DIJK et al, 2007; MUGIE; DI LORENZO; BENNINGA, 2011).

Entre os fatores causais importantes neste distúrbio estão os estressores psicossociais. Estes podem corresponder a condições diversas (como sofrer abuso sexual, vivenciar a separação dos pais ou a perda de um ente querido) que se associariam a elementos constitucionais (como o temperamento e a resiliência) para promover uma alteração no eixo cérebro-intestino e produzir as manifestações do distúrbio (BUDAVARI; OLDEN, 2003).

Em decorrência destas condições, as pessoas que apresentam constipação funcional são, também, propensas a apresentarem transtornos psiquiátricos. Entre os mais comuns estão os transtornos ansiosos e de humor (BUDAVARI; OLDEN, 2003; LEVY, 2006a).

Os transtornos ansiosos são muito prevalentes na infância e, nesta faixa etária, são utilizadas as mesmas categorias diagnósticas utilizadas para adultos acrescidas de uma: o transtorno de ansiedade de separação. Este é considerado um transtorno exclusivo da faixa etária pediátrica (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

Acredita-se que na etiologia dos transtornos ansiosos estejam implicados fatores genéticos (uma predisposição para o desenvolvimento de transtornos ansiosos e um temperamento conhecido como inibição comportamental) e ambientais (representados pela relação de apego que a criança estabelece com seus pais ou responsáveis) (MANASSIS; BRADLEY, 1994; BOWLBY, 1997a; BOWLBY, 1997b; FONAGY, 2001; KAGAN, 2005).

Nesta perspectiva, mães ansiosas mais frequentemente fornecem tipos de apego inseguro pela instabilidade de suas relações com a criança. Além disso, a ansiedade materna poderia agir como um estressor psicossocial, alimentando o ciclo de retenção e dor da criança constipada.

Em contrapartida, é possível que a constipação infantil se apresente como um problema que estimule o aumento da ansiedade materna. Esta realimentaria o ciclo de dor-medo-retenção e poderia contribuir para a manutenção do distúrbio funcional na criança.

A pergunta condutora desta pesquisa originou-se da consideração destes diferentes pontos. Questionou-se se mães de crianças com constipação crônica funcional seriam mais ansiosas que aquelas com crianças sem esta condição.

Daí, foram formulados os objetivos secundários: verificar se as crianças com constipação eram mais ansiosas que aquelas sem o distúrbio; se crianças mais ansiosas tinham mães também mais ansiosas; se crianças com constipação possuíam mães apresentando mais constipação; e se mães mais ansiosas exibiam mais constipação.

A dissertação consta de quatro capítulos. O primeiro trata da revisão da literatura; o segundo descreve o método utilizado na elaboração da pesquisa; o terceiro, apresentado na forma de artigo, aborda os resultados e a discussão da pesquisa. O último trata das considerações finais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Noções gerais

Os distúrbios gastrointestinais funcionais compreendem um conjunto de condições clínicas relacionadas ao trato gastrointestinal nas quais não se encontram alterações anatômicas, bioquímicas, estruturais ou malignas, e sim na motilidade ou na sensibilidade deste sistema. São condições clínicas bastante prevalentes na população geral (RASQUIN et al, 2006; DUARTE; PINTO; MELO, 2010). A maioria dos casos surge na infância e, se não resolvido, tende a se manter durante a vida do indivíduo (RAJINDRAJITH et al, 2010; BONGERS; VAN WIJK; REITSMA; BENNINGA, 2010).

O terceiro consenso de Roma sobre os distúrbios gastrointestinais funcionais estabeleceu um sistema de classificação que abrange 28 distúrbios em adultos e 17 na faixa etária pediátrica (este último grupo é dividido em dois outros: neonatal/lactente e infantil/adolescente) (DROSSMAN, 2006).

No que diz respeito à população adulta, a constipação funcional está incluída no grupo C – distúrbios intestinais funcionais –, que também contém a síndrome do intestino irritável, a distensão funcional, a diarreia funcional e o distúrbio intestinal funcional não especificado (DROSSMAN, 2006).

Por sua vez, os distúrbios gastrointestinais funcionais na infância e adolescência (grupo H) podem ser classificados em três grupos: o primeiro é definido como vômitos e aerofagia (H1) (que inclui a aerofagia e as síndromes da ruminação adolescente e dos vômitos cíclicos), o segundo se refere aos distúrbios gastrointestinais funcionais relacionados a dor abdominal (H2) (que abrangem a dispepsia funcional, a síndrome do intestino irritável, a enxaqueca abdominal e a dor abdominal funcional infantil) e o terceiro diz respeito à constipação e à incontinência (H3) (e contém a constipação funcional e a incontinência fecal não-retentiva) (RASQUIN et al, 2006).

A partir desse consenso, estabeleceram-se critérios diagnósticos para a constipação crônica funcional em crianças e adolescentes (HYMAN et al, 2006; RASQUIN et al, 2006) que exigem o preenchimento de ao menos dois dos seguintes parâmetros por, no mínimo, dois meses: duas defecações ou menos por semana; ao menos um episódio por semana de incontinência; história de retenção excessiva de fezes; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de massa fecal grande no reto; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário. Sintomas

associados podem incluir irritabilidade, apetite diminuído e/ou saciedade precoce. Estes podem desaparecer imediatamente seguindo a passagem de fezes em grande volume.

Para os adultos, os critérios devem incluir dois ou mais dos seguintes: esforço; fezes endurecidas ou partidas; sensação de evacuação incompleta; sensação de bloqueio ou obstrução anorretal; manobras digitais para facilitar a evacuação (todos estes critérios em, ao menos 25% das evacuações); menos de 3 evacuações por semana. Estes sintomas devem estar presentes nos últimos 3 meses, com o início ao menos 6 meses antes do diagnóstico (LONGSTRETH et al, 2006).

A constipação crônica funcional é uma das queixas mais frequentes tanto nos ambulatórios de Pediatria (compreendendo cerca de 3% dos atendimentos) quanto nos de Gastroenterologia Pediátrica (abrangendo 10 a 25 % das consultas) (RUBIN; DALE, 2006; BONGERS; BENNINGA; MAURICE-STAM; GROOTENHUIS, 2009; RAJINDRAJITH; DEVANARAYANA, 2011).

Com relação exclusivamente à população pediátrica, uma revisão sistemática encontrou uma prevalência de constipação variando de 0,7 a 29,6% (com uma mediana de 8,9). As taxas de prevalência por sexo foram similares em meninos e meninas em cinco estudos e maiores nas meninas em dois. Os autores verificaram que cerca de metade das crianças desenvolvem constipação no primeiro ano de vida e que a prevalência mais alta parece ser encontrada na fase pré-escolar. (VAN DEN BERG; BENNINGA; DI LORENZO, 2006).

Outra revisão sistemática encontrou uma mediana da prevalência de constipação na infância e adolescência de 12% (os extremos de prevalência encontrados foram os mesmos da revisão anterior: 0,7-29,6%). Três dos artigos analisados não evidenciaram diferença entre os sexos; seis relataram uma prevalência ligeiramente mais alta nas meninas (razão sexo masculino/sexo feminino de 1,2:1) e um artigo sugeriu um valor discretamente mais alto nos meninos (0,9) (MUGIE; BENNINGA; DI LORENZO, 2011).

Por outro lado, estudos realizados no Brasil encontraram uma prevalência de constipação na infância variando entre 14,7 e 36,5% (MORAES; MAFFEI, 2000).

2.2. O papel do eixo cérebro-intestino no surgimento da constipação funcional

Dentro de uma abordagem biopsicossocial da constipação, compreende-se como diversos fatores genéticos e ambientais podem se combinar e dar origem às manifestações clínicas do distúrbio. Entre estes, têm-se os que interferem no início da vida, isto é, no período intrauterino, perinatal e nos primeiros anos de vida (por exemplo, estresse materno no período gestacional); os psicossociais (compreendendo o estresse, o estado psicológico e as estratégias e suporte sociais para lidar com as dificuldades); e características biológicas (que dizem respeito à motilidade, à sensibilidade, à inflamação e a mudanças na flora bacteriana no trato digestório), que se relacionariam entre si por meio do eixo cérebro-intestino (DROSSMAN, 2006; GRUNDY et al, 2006; KELLOW et al, 2006; RASQUIN et al, 2006; RUBIN; DALE, 2006; BONGERS; BENNINGA; MAURICE-STAM; GROOTENHUIS, 2009; RAJINDRAJITH; DEVANARAYANA, 2011).

Entre os fatores genéticos, acredita-se que haja uma predisposição para as alterações na sensibilidade e motilidade. Estas poderiam se dar através do polimorfismo de alguns genes, como os da serotonina e de seu receptor (SLC6A4), da norepinefrina (SLC6A2 e ADRA2C), do receptor da colecistoquinina (779 T>C) e das citocinas (em particular, da interleucina 10) (ADAM; LIEBREGTS; HOLTSMANN, 2007).

Por outro lado, diversos fatores ambientais têm sido apontados, tais como hormônios, drogas, dieta, doenças, estresse e lesões cerebrais (KOLB et al, 2002). Estes agiriam sobre o cérebro, que, neste período da vida, parece ser mais susceptível à ação de fatores ambientais. Em decorrência disso, respostas fisiológicas poderiam se alterar e manter este padrão diferenciado até a idade adulta. Esta alteração na neuroplasticidade implicaria, por sua vez, uma modificação nas relações entre os sistemas nervosos entérico e central (RASQUIN-WEBER et al, 1999; KOLB; WHINSHAW, 1998; IZARD et al, 2006).

O sistema nervoso entérico (SNE) pode ser compreendido como um complexo sistema de neurônios similar ao sistema nervoso central (SNC) e à medula nervosa e que está encarregado de administrar as funções sensitiva, motora e secretora do intestino através de mecanismos estimulatórios e inibitórios (WOOD, 2007). Faz parte do que se conhece como eixo intestino-encéfalo, que abrange, além do SNE, os nervos vago e esplâncnico, o sistema nervoso autônomo (SNA), a medula nervosa, o sistema límbico e a área pré-frontal do cérebro. Envolve, além dos feixes nervosos e gânglios, fatores endócrinos (como o CRH, hormônio liberador das corticotrofinas), imunológicos (como as citocinas) e

neurotransmissores (uma vez que o sistema nervoso entérico possui muitos dos neurotransmissores presentes no cérebro). Sugere-se que disfunções neste eixo também possam estar implicadas na etiologia das doenças gastrointestinais funcionais (KELLOW et al, 2006).

Kellow e colaboradores (2006) afirmam que nos distúrbios funcionais existe uma disfunção básica em termos da sensação e da motilidade do SNE que poderia ser desencadeada ou exacerbada por diferentes fatores: genéticos ou epigenéticos; inflamação e ativação imune entérica; alterações na microbiota intestinal; componentes da dieta; e disfunção autonômica. Apesar disto, as pessoas com este tipo de disfunção têm uma resposta motora gastrointestinal exacerbada a eventos estressores diversos (inclusive psicossociais) quando comparados a sujeitos saudáveis (KELLOW et al, 2006).

Já é bem estudado o papel do estresse na etiologia daquela condição. Biologicamente, este depende da função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) que modula as respostas inflamatórias e imunológicas a um dado estímulo. Este eixo é regulado pelo sistema límbico-cortical e, por conta disto, experiências de estresse no início da vida poderiam comprometer o desenvolvimento deste sistema e, conseqüentemente, do eixo HHA, tornando-o mais susceptível a estímulos (GRUNDY, 2006; SILVA; ANTUNES; MOTTA, 2004; MOTTA; ANTUNES; SILVA, 2012).

Outro componente importante neste processo é o SNA, que medeia a circulação de informações entre os sistemas nervosos central e entérico. Uma vez que já exista uma disfunção na sensação e/ou na motilidade intestinal, a constipação contribuiria com fezes endurecidas que provocariam dor à evacuação e este estímulo seria conduzido por vias aferentes ao cérebro. O SNC, então, se tornaria mais sensível a sensações semelhantes e levaria a criança a reter mais as fezes por medo de sentir dor (SILVA; ANTUNES; MOTTA, 2004; GRUNDY et al, 2006; HYMAN, 2006; WOOD, 2007; MOTTA, ANTUNES; SILVA, 2012).

Os estressores psicossociais interviriam neste mecanismo através do estresse que se associaria a eles. Situações diversas, principalmente mudanças súbitas ou traumáticas na vida (como abuso sexual, separação dos pais, perda de um ente querido ou ser vítima de violência), têm sido identificadas na etiologia deste distúrbio (KELLOW et al, 2006; LEVY et al, 2006a).

A combinação desses elementos pode resultar no distúrbio gastrointestinal funcional, que se articula de forma dinâmica com a vida social do indivíduo através do uso de medicações e do aumento no número de consultas médicas para tratar uma doença orgânica que estes pacientes (ou os seus responsáveis) acreditam ter. Além disso, implica no reajuste de seu funcionamento diário em virtude das restrições ou constrangimentos que o distúrbio implica e das repercussões do mesmo sobre sua qualidade de vida (LEVY et al, 2004; LEVY et al, 2006b; DROSSMAN, 2006).

Compreende-se, desta maneira que, em pessoas predispostas, os estressores psicossociais contribuem para originar a constipação funcional. A criança sentiria dor à evacuação, passaria a ter medo e a reter as fezes (comportamento retentivo). As fezes se tornariam mais endurecidas e provocariam mais dor ao evacuar. Do ponto de vista biológico, o efeito dos estressores sobre o SNC estimularia as áreas cerebrais relacionadas com medo e ansiedade. O SNC por meio do SNA determinaria as manifestações neurovegetativas (sudorese e taquicardia, por exemplo) bem como faria a interligação entre o cérebro e o sistema nervoso entérico, produzindo o quadro clínico de constipação funcional.

2.3. Herança dos distúrbios gastrointestinais funcionais

As relações interpessoais, em particular, no seio da família também representam um fator relevante no surgimento e manutenção da constipação funcional. Um estudo realizado por Levy e colaboradores (2001) buscou definir as contribuições da herança genética e da aprendizagem social na etiologia da síndrome do intestino irritável. Para isso, investigaram este quadro em gêmeos mono e dizigóticos e entre os gêmeos e seus pais. Descobriram, a partir daí, que a presença da condição em ambos os irmãos era maior nos monozigóticos, o que sugeriria uma influência genética. Por outro lado, verificaram que, nos gêmeos dizigóticos era mais comum ter uma mãe com doença gastrointestinal funcional do que um irmão, o que favoreceria a hipótese de um aprendizado social. Concluíram, então, que ambos os elementos desempenham um papel no surgimento da síndrome (LEVY et al, 2001).

Levy et al demonstraram que pais que apresentam síndrome do intestino irritável (LEVY; WHITEHEAD; VON KORFF; FELD, 2000; LEVY et al, 2004) ou dor abdominal funcional (LEVY et al, 2006b) tendem a levar mais seus filhos a consultas médicas por queixas gastrointestinais ou não relacionadas ao trato digestório do que aqueles que não apresentavam o distúrbio. Apesar disso, um estudo encontrou uma associação entre o mesmo tipo de distúrbio gastrointestinal (constipação funcional, dispepsia funcional ou síndrome do intestino irritável) nas mães e em seus filhos (BUONAVOLUNTÀ et al, 2010).

Os autores também têm ressaltado os ganhos obtidos pela criança ou pelo adolescente em manifestar sintomas gastrointestinais: obtenção de atenção ou presentes dos pais e desobrigação de cumprir atividades como ir à escola ou se envolver em atividades sociais. Isto é mais frequente

naquelas crianças com autoestima mais baixa e com pior desempenho acadêmico (WALKER; CLAAR; GARBER, 2002; LEVY, 2011).

Outro modo como os sintomas podem surgir é através da percepção que a criança pode obter de seu pai ou cuidador quando este está doente e busca evitar tarefas desagradáveis ou espera alguma consideração especial. Baseado nisso, o comportamento adulto de “doente” pode ser tomado como modelo (LEVY; WHITEHEAD; VON KORFF; FELD, 2000).

Os pais podem ainda supervalorizar uma alteração no funcionamento gastrointestinal que, em princípio, não traria maiores repercussões para seu filho. Inadvertidamente, nestes casos, levariam a criança a manter este comportamento com o objetivo de angariar atenção (WALKER et al, 2006; LEVY, 2011).

Ademais, reações “catastróficas” (isto é, disposições mentais exageradas e de teor negativo exteriorizadas durante uma experiência de dor atual ou antecipada) dos pais às manifestações de dor abdominal das crianças poderiam levá-las a supervalorizar este sintoma, a tornarem-se mais atentas a ele ou a assumirem elas próprias reações catastróficas (FARNAM; RAFEEY; FARHANG; KHODJASTEJAFARI, 2009; SAUNDERS; KORFF; LERESCHE; MANCL, 2007; WALKER et al, 2006; CAMPO et al, 2007; LANGER et al, 2009; LEVY, 2011).

2.4. Ansiedade na infância

A ansiedade é um fenômeno fisiológico que envolve uma modificação neuroendócrina do organismo objetivando se defender contra uma ameaça iminente. Pode ser definida como um afeto desagradável que inclui manifestações autonômicas (sudorese, taquicardia, tremores, etc) e psíquicas (como inquietação e apreensão) (DALGALARRONDO, 2008).

É classificada quanto à sua gravidade (leve, moderada ou grave), em normal ou patológica (quando presente num transtorno psiquiátrico) e quanto à duração (episódica ou persistente) (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). É considerada patológica quando sua intensidade e/ou duração são aumentadas (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

Os mecanismos neurais da ansiedade são relacionados ao sistema límbico, que compreende o córtex límbico frontotemporal, o hipocampo e o giro cingulado (estruturas corticais), bem como a amígdala, os núcleos septais, o hipotálamo, os núcleos anteriores do tálamo e os núcleos da base

(estruturas subcorticais). Outras estruturas implicadas neste processo incluem aquelas que fazem parte do eixo HHA (BEAR et al, 2008; DALGALARRONDO, 2008).

Ressalte-se que pacientes com ansiedade ou depressão tendem a compartilhar certas alterações na atividade cerebral regional e a demonstrar anormalidades autonômicas e condicionamento por medo similares aos de pacientes com distúrbios gastrointestinais funcionais (como a síndrome do intestino irritável). Isso explicaria o alto índice de comorbidades entre estas condições (BALLANGER et al, 2001).

Na faixa etária infantil, há problemas com respeito à conceptualização de ansiedade patológica, uma vez que determinados fenômenos como a ansiedade de separação ou o medo do escuro podem ser considerados normais em certas faixas etárias. A avaliação da ansiedade também pode ser prejudicada em crianças pequenas em decorrência do pouco desenvolvimento cognitivo e linguístico apresentado por elas (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

Em virtude disto, pode ser difícil identificar algumas das categorias diagnósticas do DSM-IV (quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria) ou do CID-10 (décima versão do Catálogo Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde) em lactentes e pré-escolares (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

No que diz respeito à relação mãe-filho, os sintomas ansiosos podem ser compartilhados por uma predisposição genética - manifesta por um temperamento conhecido como inibição comportamental ou, no nível de neurotransmissores, por polimorfismos na região promotora do gene do transportador da serotonina -, por imitação do comportamento materno ou porque mães ansiosas tenderiam a reforçar ou exacerbar situações de ansiedade ou medo nos seus filhos (DEGNAN; ALMAS; FOX, 2010; BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009; MURRAY; CRESWELL; COOPER, 2009).

A inibição comportamental consiste num padrão de temperamento infantil caracterizado por medo, reticência ou restrição quando confrontado com pessoas ou situações estranhas. Algumas pesquisas têm sugerido uma estabilidade deste temperamento e um risco aumentado para transtornos ansiosos durante a vida dos indivíduos em decorrência dele (DEGNAN; FOX, 2007; FOX et al, 2005).

Dado que o cérebro da criança ainda se encontra num processo de intenso desenvolvimento e, portanto, com uma maior plasticidade, diferentes estudos têm verificado que mesmo eventos muito precoces que venham a agir sobre esta criança podem promover mudanças profundas na organização e no funcionamento do cérebro. Correlatamente às alterações estruturais, verificam-se também repercussões disto no comportamento infantil (KOLB et al, 2002; IZARD et al, 2006).

Ambientes estressantes podem produzir pessoas ansiosas. Uma vez que, nos primeiros anos de vida, o ambiente da criança é restrito à sua mãe e aos limites que esta lhe dá, a personalidade desta vai exercer grande impacto sobre a formação de seu filho. Assim, podem-se observar altas taxas de ansiedade em filhos de pais ansiosos, o que se atribui a uma influência conjunta de fatores genéticos e ambientais (LASK et al, 2003).

Uma outra maneira de abordar a ansiedade infantil foca a relação mãe-criança e é apresentada pela Teoria do Apego de John Bowlby. Para ele, existiria um impulso primário para aproximar-se e buscar conforto e amor junto a outros seres humanos, isto é, tal comportamento não seria secundário a outros impulsos como os relacionados à busca por alimento ou sexo (BOWLBY, 1997a).

Comportamentos relacionados ao apego se manifestariam em ambos os membros da díade e poderiam se caracterizar por sinais trocados entre eles com caráter de atração, como sorrisos, ou aversivos, como o choro, e pela locomoção (neste caso, da criança aproximando-se ou afastando-se de sua genitora) (FONAGY, 2001).

Alguns pesquisadores da Teoria do Apego estudaram crianças pequenas no que se chamou de “situação estranha”: as crianças eram postas em situação provocadora de ansiedade e afastadas de suas mães. Em decorrência disto, pôde identificar quatro tipos diferentes de apego (BOWLBY, 1997b; FONAGY, 2001):

- 1) Apego seguro: em que a pessoa à qual a criança se apega se apresenta acessível e responsiva quando necessário. A criança pode explorar o ambiente e retornar à mãe quando deseje;
- 2) Apego inseguro-resistente/ambivalente: em que a criança não percebe uma disponibilidade do adulto e se vê obrigada a descobrir meios para superar esta dificuldade. Mantém-se ansiosa mesmo junto a sua mãe;
- 3) Apego inseguro-evitante: a criança evita ou ignora ativamente a mãe e não exhibe aflição quando separada desta;
- 4) E o apego desorganizado/desorientado: em que situações estranhas são marcadas por medo, paralisia e desorientação e que se acredita que esteja relacionado a maus-tratos sofridos pela criança ou traumas psicológicos na história dos pais.

As formas de apego inseguro ou desorganizado poderiam surgir quando houvesse uma ameaça à relação de apego ou a figura de apego não estivesse consistentemente disponível e estariam relacionadas ao surgimento de ansiedade de separação (MOFRAD; ABDULLAH; UBA, 2010).

O medo ou a ansiedade, neste caso, envolveriam a separação de uma figura com a qual se tenha uma ligação ou um vínculo e/ou uma situação ambiental que tenha se mostrado potencialmente ameaçadora do ponto de vista evolutivo (ruídos altos, escuridão, isolamento e animais, por exemplo). Isto conduziria a criança a buscar segurança e conforto junto aos pais (BOWLBY, 1997b).

Dentro desta perspectiva, um pai ou outro adulto que busque segurança na criança é propenso a exibir outros sinais de transtorno mental e a produzir desordens na criança (FONAGY, 2001).

2.5. Transtornos de ansiedade

Conforme descrito acima, existem duas classificações dos transtornos psiquiátricos: a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Entretanto, a grande maioria das pesquisas no campo da Saúde Mental trabalha com as categorias do DSM (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

Os pesquisadores desta área ainda discutem se seria mais adequado considerar os transtornos de ansiedade como um grande grupo ou enfatizar as diferentes apresentações clínicas. A favor da primeira posição tem-se a alta prevalência de comorbidades entre diferentes transtornos ansiosos, as mesmas fisiopatologia e estruturas cerebrais envolvidas nos diferentes transtornos, a evolução de um transtorno ansioso para outro no decorrer do ciclo vital do indivíduo e o risco de desenvolver transtornos ansiosos em filhos de pessoas que também os apresentem sem uma necessária correlação entre os tipos (isto é, não haveria a obrigatoriedade de um filho de uma pessoa que apresente fobia social manifestar o mesmo quadro; poderia evoluir com transtorno de ansiedade generalizada ou fobia específica, por exemplo) e tratamento similar para todos (HIRSCHFELD-BECKER; MICCO; SIMOES; HENIN, 2008).

Por outro lado, seria possível defender a manutenção dos subtipos de transtornos ansiosos devido às distintas apresentações clínicas e ao seu surgimento em faixas etárias diferentes (os transtornos de ansiedade de separação nas crianças menores e os transtornos de pânico em adolescentes, por exemplo) (HIRSCHFELD-BECKER; MICCO; SIMOES; HENIN, 2008).

No que se refere aos transtornos de ansiedade, a quarta edição do DSM inclui os seguintes: fobias específicas, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, ataque de pânico, transtorno do

pânico com ou sem agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação. Estas categorias são as mesmas para crianças ou adultos, no intuito de possibilitar estudos longitudinais que avaliem a progressão de um transtorno da infância até a idade adulta. (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

Nesta classificação existe uma seção intitulada “transtornos usualmente primeiramente diagnosticados na infância ou na adolescência” na qual se encontra o único transtorno ansioso específico do grupo etário pediátrico: o transtorno de ansiedade de separação (BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009; VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Este transtorno se caracteriza pelo sentimento negativo de solidão, perda ou tristeza experimentados quando uma criança se afasta de sua figura de apego e pelo medo de perder esta pessoa manifestos com ansiedade inapropriada ou excessiva. (MOFRAD et al, 2009; WALKER; BECK; ANDERSON, 2009; MOFRAD; ABDULLAH; UBA, 2010).

A idade média de surgimento é entre os 7 e os 9 anos de idade (embora a ansiedade de separação como um fenômeno “normal” surja em pré-escolares). Ela tende a diminuir sua prevalência com a idade (MOFRAD et al, 2009; WALKER; BECK; ANDERSON, 2009).

Mães de crianças com transtorno de ansiedade de separação tendem a exibir níveis mais altos de transtornos ansiosos ou depressão, bem como crianças ansiosas têm mais frequentemente mães ansiosas (MOFRAD et al, 2009).

Contudo, tem sido sugerido que apresentar transtorno de ansiedade de separação na infância poderia ser um marcador de vulnerabilidade ao longo da vida para múltiplos transtornos de ansiedade na vida adulta (LIPSITZ et al, 1994).

Estudos longitudinais têm mostrado que os transtornos ansiosos costumam iniciar-se na infância. Quanto mais precoce seu surgimento e mais grave sua sintomatologia, maior a possibilidade de manutenção do quadro e do surgimento de co-morbidades psiquiátricas (principalmente depressão, outros transtornos ansiosos, dependências químicas e comportamento suicida) (WEICH; PATTERSON; SHAW; STEWART-BROWN, 2009; LAHEY; D’ONOFRIO; WALDMAN, 2009; BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009; DEGNAN; ALMAS; FOX, 2010).

Além disso, os transtornos ansiosos são determinados por uma ampla gama de fatores, que incluem condição socioeconômica, fatores genéticos e a preexistência de outro transtorno (como de

déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de humor ou dependência química) (BORDIN; PAULA, 2007; BEESDO; KNAPPE; PINE, 2009).

2.6. Distúrbios gastrointestinais funcionais e ansiedade

Alguns estudos têm procurando elucidar as relações entre os distúrbios gastrointestinais funcionais e os sintomas de ansiedade.

Walker e colaboradores (2007) demonstraram que crianças com dor abdominal funcional têm maior dificuldade em avaliar e lidar com o estresse que aquelas sem esta condição. Além disso, mostram-se menos capazes de mudar ou de se ajustar ao estresse diário.

Duften et al (2008), por sua vez, encontraram uma estreita relação entre ansiedade e dor abdominal funcional em crianças e adolescentes em comparação com sujeitos sem dor abdominal (67% de diagnóstico de transtorno ansioso no primeiro grupo contra 6% no segundo).

Outro estudo também evidenciou uma maior prevalência de ansiedade em crianças com dor abdominal recorrente e seus pais quando comparadas com sujeitos saudáveis (HODGES; KLINE; BARBERO; WOODRUFF, 1985).

Num estudo transversal com crianças e adolescentes de 10 a 16 anos do Sri-Lanka encontrou-se uma relação inversamente proporcional entre a faixa etária e a prevalência de constipação. Observou-se também uma maior prevalência de constipação entre crianças que vivem em áreas de guerra (o que os autores atribuem ao estresse elevado) (RAJINDRAJITH, 2010).

Já Cox et al (2002) estudaram crianças de 6 a 15 anos atendidas por médicos da Universidade da Virginia que já houvessem apresentado ao menos um episódio de encoprese e dois grupos de controle semelhantes, mas sem história de encoprese: um de parentes do grupo de casos e outro de crianças da mesma região. O grupo com encoprese apresentou maiores níveis de ansiedade e depressão, dificuldades de atenção, problemas sociais, comportamentos violento, pior desempenho escolar e famílias mais desorganizadas.

A relação entre constipação e ansiedade ainda é objeto de controvérsia. Alguns estudos, por exemplo, têm demonstrado que a prevalência de comprometimentos psicológicos (principalmente transtornos de ansiedade, do humor ou de conduta) em crianças com constipação é maior do que na população geral. A causalidade nestes casos, entretanto, ainda é incerta e alguns autores se limitam a

ressaltar a associação entre as condições (WEST; STEINHARDT, 2003; OZOKUTAN et al, 2005; JOINSON et al, 2006; LEVY et al, 2006a; DIJK; BENNINGA; GROOTENHUIS; LAST, 2010).

Ozokutan et al (2005), por exemplo não encontraram diferenças entre pacientes constipados e controles hígidos no que se refere a transtornos mentais ($p>0,05$). É possível que tal resultado se deva à amostra pequena com que trabalharam. Joinson e colaboradores (2006) e Dijk e colaboradores (2010), em contrapartida, encontraram uma maior morbidade por transtornos mentais no grupo de constipados ou de pacientes com escape fecal.

Apesar disso, os autores se dividem quanto a situar os elementos psicopatológicos na etiologia, como comorbidades ou como complicações/consequências da constipação (OZOKUTAN et al, 2005; JOINSON et al, 2006; CAMPO et al, 2007; MIKOCKA-WALUS et al, 2008; PEPPAS; ALEXIOU; MOURTZOUKOU; FALAGAS, 2008).

Uma das hipóteses sugeridas, de maneira similar ao que se tem observado nos casos de dor abdominal recorrente, é que mães mais ansiosas valorizem mais os sintomas de seus filhos, levem-nos mais a serviços médicos e tendam a buscar mais serviços especializados do que aquelas sem esta característica (LEVY et al, 2006b). Além disso, a maior busca por assistência está mais relacionada ao estresse materno e à gravidade da dor referida pela criança do que ao estresse da própria criança (Idem, ibidem; LEVY, 2011).

Há diferentes formas de compreender este papel da ansiedade na etiologia da constipação. Alguns estudos têm sugerido que mães ansiosas tenderiam a ser mais controladoras, a inibir as iniciativas de seus filhos, reforçar mais situações que causem medo ou constrangimento à criança, como a aquisição de hábitos de toalete. Por outro lado, estas mães poderiam estimular a imitação de seu comportamento por parte da criança, de forma que esta pudesse beneficiar-se da aprovação materna (CAMPBELL; EDWARDS, 2009; LANGER et al, 2009; DEGNAN; ALMAS; FOX, 2010).

Compreende-se, desta maneira, que a relação entre constipação e ansiedade na criança pode se dar nos dois sentidos. A ansiedade da criança pode associar-se à predisposição desta e ao aprendizado social para originar o distúrbio funcional.

Por outro lado, a constipação pode se relacionar a estressores psicossociais como abuso sexual, ser vítima de *bullying* na escola ou à recusa da criança em utilizar banheiros que não o da sua casa. Isto poderia tornar o ato de evacuar um momento provocador de ansiedade (LEVY et al, 2006a; MUGIE; DI LORENZO; BENNINGA, 2011).

2.8. Instrumentos para avaliação da ansiedade

Os testes para avaliação de ansiedade podem ser incluídos no conjunto de instrumentos para avaliação da personalidade. Compreende-se, desta maneira, que diferentes dimensões sejam avaliadas nestes testes: humor, cognição, comportamento, estado de hipervigilância e sintomas somáticos de forma a abarcarem as diferentes manifestações da ansiedade (FIORAVANTI, 2006).

Os primeiros testes, apesar de terem sido bastante utilizados, não possuem dados suficientes sobre suas propriedades psicométricas (de validade e confiabilidade) ou sobre a sobreposição de sintomas de ansiedade com o de quadros depressivos (SILVA; FIGUEIREDO, 2005; ANDERSON; HOPE, 2008; KAIPPER, 2008). Os testes mais recentes, além de buscarem responder a isto, visam ainda diferenciar entre ansiedade patológica e ansiedade normal, que pode flutuar de acordo com o estresse da vida cotidiana (PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

Uma revisão sistemática publicada no ano de 2005 observou a existência de 118 diferentes instrumentos para a medição da ansiedade em crianças e adolescentes. Em virtude disto, é frequente abordarem-se apenas os mais utilizados ou os considerados de melhor qualidade (PAVULURI; BIRMAHER, 2004; SILVA; FIGUEIREDO, 2005; WHITE; JELLINEK; MURPHY, 2010).

Os instrumentos de medida da ansiedade na infância e adolescência começaram a ser produzidos na década de 1950. Até então, na investigação da ansiedade nas crianças havia um predomínio do uso de entrevistas, observação e, algumas vezes, de testes projetivos. Todavia, em virtude do elevado número de pessoas com comprometimentos mentais após a Segunda Guerra Mundial (e, em particular, o aumento no contingente de órfãos e crianças hospitalizadas), ansiedade e medo passaram a ser problemas mais relevantes e prevalentes nas sociedades norte-americanas e européias (VICEDO, 2009; SHAPIRA, 2012).

Os profissionais e pesquisadores em Saúde Mental buscaram, então, instrumentos confiáveis e de fácil aplicabilidade que pudessem permitir uma quantificação dos níveis de ansiedade, bem como verificar possíveis modificações destes em decorrência dos tratamentos implementados. Estes primeiros instrumentos (principalmente entre as décadas de 50 e 70), em geral, consistiam de adaptações de testes utilizados em adultos para o uso na população pediátrica e não respeitavam a singularidade do desenvolvimento infantil (MYERS; WINTERS, 2002; SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

O período do surgimento dos testes também reflete as pesquisas predominantes naquele momento. Assim, nas décadas de 60 e 70, investigava-se principalmente a ansiedade no contexto

escolar; na década de 80 aumentaram os estudos sobre propriedades psicométricas; enquanto nas décadas seguintes ressaltou-se a pesquisa de comorbidades mentais e comportamentais (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Desta maneira, já na década de 50, pode-se observar o surgimento da *Saranson's General Anxiety for Children* e da versão infantil do *Taylor Manifest Anxiety Scale*, conhecida como *Children's Manifest Anxiety Scale* (CMAS) (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Na década de 60, surgiram o *Test Anxiety Scale for Children* (TASC) e o *Fear Survey Schedule for Children* (FSSC). O primeiro foi criado pelo mesmo grupo que desenvolveu a *Saranson's General Anxiety for Children* (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Nos anos 70, foram desenvolvidos a adaptação para crianças do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI-C) e da versão revisada do CMAS (R-CMAS). Ambos, junto ao CBCL, constituem as escalas mais utilizadas para medir ansiedade até os dias atuais (DUARTE; BORDIN, 2000; SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Entre a década de 80 e a primeira do século XXI, surgiram diversas escalas, entre as quais o *Child Behavior Checklist* (CBCL), a versão revisada do FSSC (FSSC-R), *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*, *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R), o *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), o *Screen for Children Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) e o *Spence's Children Anxiety Scale* (SCAS) (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

O RCMAS ou Escala “O Que Eu Penso e Sinto” abrange quatro sub-escalas: fisiológica, preocupação/hipersensitividade, medo/concentração e uma escala de situação. Consiste em 37 itens com duas opções de resposta (MYERS; WINTERS, 2002; PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

O STAI-C ou Questionário “Como Me Sinto” avalia ansiedade em duas formas: aguda, correspondendo ao estado, e crônica, ao traço. Apresenta 40 itens com três opções de resposta (PAVULURI; BIRMAHER, 2004; FIORAVANTI, 2006; KAIPPER, 2008).

O SASC-R objetiva captar a percepção infantil a respeito de ansiedade social. Possui três sub-escalas: medo de avaliação negativa, evitação social e estresse específico a novos parceiros ou situações e evitação social generalizada e estresse. Apresenta 18 itens com cinco opções de resposta (MYERS; WINTERS, 2002; PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

O FSSC-R lista várias formas de medo baseadas na imagem visual que a criança testada obtém a partir da leitura dos itens. Apresenta cinco sub-escalas: medo do desconhecido, de falha ou de crítica, de ferimentos e animais pequenos, de perigo e de morte e de médicos. Compreende 80 itens com cinco opções de resposta (MYERS; WINTERS, 2002; PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

O MASC consiste em 39 itens com quatro opções de resposta. Apresenta quatro fatores principais: sintomas físicos, ansiedade social, evitação de dano e ansiedade de separação. Os fatores de ansiedade social (fobia social) e ansiedade de separação correspondem aos respectivos diagnósticos do DSM-IV. Seu escore total se aproxima do diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Apresenta validade divergente discriminando depressão de ansiedade (MARCH et al, 1997; PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

O SCARED apresenta cinco fatores em conformidade com os transtornos do DSM-IV: somático/pânico, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social e fobia escolar (sendo este o único fator que não corresponde ao DSM-IV, mas que foi incluído por seu autor por acreditar que se tratava de um problema muito frequente). Discrimina bem entre transtornos de ansiedade e de conduta e moderadamente entre ansiedade e depressão.

No trabalho original de Birmaher, o SCARED compreendia 38 itens. Dois anos após, o próprio autor revisou o teste e incluiu três perguntas (totalizando, então, 41 questões) com o objetivo de discriminar melhor pacientes com fobia social daqueles com outros transtornos ansiosos (BIRMAHER et al, 1997; BIRMAHER et al, 1999; MURIS et al, 1998; MONGA et al, 2000; PAVULURI; BIRMAHER, 2004).

Em 1999, uma versão revisada deste teste foi publicada (SCARED-R). Nesta, os itens de fobia escolar foram incluídos na sub-escala de ansiedade de separação. Quinze novos itens foram incluídos para avaliar fobias específicas e treze para investigar transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático, totalizando 66 e mantendo as três opções de resposta. Passou a contar, então, com nove sub-escalas relativas às categorias do DSM-IV: transtorno de pânico, ansiedade de separação (incluindo fobia escolar), transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias específicas (representadas por três tipos: fobia animal, situacional-ambiental e de sangue-injeção-ferimentos), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático) (MURIS; MERCKELBACH; SCHMIDT; MAYER, 1999).

O SCAS investiga sintomas de transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social, pânico e agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo, e fobias específicas, isto é, seis sub-escalas que são distribuídas em 38 itens. Cada item apresenta quatro opções de resposta (SPENCE, 1998; ESSAU; MURIS; EDERER, 2002; MURIS et al, 2002; SPENCE; BARRETT; TURNER, 2003).

Diversos estudos ressaltaram a elevada correlação existente entre o MASC e o SCARED e entre o SCARED e o SCAS e a excelência dos três em mensurar a ansiedade em crianças (MURIS; GADET; MOULAERT; MERCKELBACH, 1998; MURIS et al, 2002; ESSAU; MURIS; EDERER, 2002),

sendo por isso considerados os melhores instrumentos para avaliar ansiedade em crianças e adolescentes.

Para uso em adultos, existem vários instrumentos diferentes que visam avaliar a ansiedade em geral ou transtornos ansiosos específicos.

Para medição geral da ansiedade, dois testes são considerados padrão-ouro: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A).

O BAI é o padrão-ouro de medição de sintomas gerais de ansiedade por auto-relato. Foi desenvolvido com o intuito de discernir ansiedade de condições co-mórbidas como depressão. Possui excelente consistência interna. (BECK; BROWN EPSTEIN; STEER, 1988; MARQUES et al, 2010).

Este inventário foi desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1980 (BECK, BROWN, EPSTEIN, STEER, 1988). Cunha (2001) relata que ele, bem como seus correlatos (de depressão, ideação suicida e de desesperança) foram aplicados no Brasil a três diferentes amostras: 1388 pacientes psiquiátricos, 531 pacientes de clínica médica e 2476 participantes da população geral. Graças a isto, puderam-se garantir as propriedades psicométricas do instrumento de forma equivalente ao original em língua inglesa e a outros testes que estudam a ansiedade (como o IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado) (CUNHA, 2001).

Apresenta-se como um questionário de 21 questões que podem ser pontuadas de 0 a 3. Os itens do inventário são: dormência ou formigamento; sensação de calor; tremores nas pernas; incapacidade de relaxar; medo de que aconteça o pior; atordoamento ou tontura; palpitação ou aceleração do coração; perda de equilíbrio; aterrorizamento; nervosismo; sensação de sufocação; tremores nas mãos; trêmulo; medo de perder o controle; dificuldade de respirar; medo de morrer; assustado; indigestão ou desconforto no abdome; sensação de desmaio; rosto afogueado; e suor (não devido ao calor). Estes sintomas são relativos às últimas 24 horas (CUNHA, 2001).

Cada item do BAI é auto-referido e deve ser julgado e classificado pelo sujeito avaliado em uma destas quatro categorias: "absolutamente não"; "levemente: não me incomodou muito"; "moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar"; e "gravemente: dificilmente pude suportar". Estas respostas são pontuadas de 0 a 3, respectivamente. Portanto, os escores no teste podem variar de 0 a 63 (CUNHA, 2001).

A partir dos estudos realizados e descritos por Cunha (2001), foi possível estabelecer pontos de corte para a população brasileira:

Mínimo: 0 - 10

Leve: 11 - 19

Moderado: 20 - 30

Grave: 31 - 63

O HAM-A é um questionário administrado pelo pesquisador sob a forma de entrevista semi-estruturada. Visa identificar sintomas ansiosos inespecíficos a qualquer transtorno. Possui 14 itens que são classificados de 0 (ausente) a 4 (muito grave/incapacitante). Obtém-se um escore total pela soma de cada item e dois escores correspondentes a subescalas: psíquica (itens 1 a 6 e 14) e somática (itens 7 a 13). Sua consistência interna varia de adequada a excelente (MARQUES et al, 2010).

3. MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Estudo clínico incluindo crianças escolares e adolescentes com e sem constipação crônica funcional e suas mães. Após a inclusão do paciente no estudo, foram aplicados os questionários Roma III para detectar constipação crônica funcional na criança ou adolescente e na mãe e o BAI e o SCARED, para verificar os níveis de ansiedade nas mães e nos filhos, respectivamente (vide seção “Coleta de dados”). Por último, aplicou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), com o intuito de obter dados socioeconômicos dos participantes.

3.2. Local de realização da coleta de dados

O estudo foi realizado nos ambulatórios de Gastroenterologia Pediátrica e Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), situado na cidade de Recife, que atua nas áreas de assistência, ensino e pesquisa e que atende a populações carentes da região.

3.3. Estimativa do tamanho amostral

Para a estimativa do tamanho amostral, foi utilizado o módulo statcalc do programa de estatística epi-info 6.04b.

O estudo de Campo *et al.* (2007), que avaliou ansiedade em mães de pacientes com dor abdominal funcional, foi utilizado como referência para calcular a amostra mínima de mães de pacientes a serem incluídas neste estudo. Os autores observaram que 50,1% das mães de crianças com

dor abdominal funcional apresentavam ansiedade, em comparação com 17,3% das mães de crianças sem essa alteração. Considerando o poder estatístico de 95%, nível de significância de 0,05, baseado na comparação de proporções de duas amostras, o número de mães incluídas totalizou 57 em cada grupo.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão no estudo

Foram admitidas no estudo crianças e adolescentes na faixa etária de 8 a 12 anos de idade que estivessem acompanhados de suas mães e em acompanhamento médico, mas sem resolução clínica apesar do tratamento (isto é, que ainda demonstrassem sintomatologia de constipação), ou atendidas pela primeira vez, com quadro clínico de constipação crônica funcional nos ambulatórios de Gastroenterologia Pediátrica e Puericultura do HC-UFPE. Foram excluídos pacientes com alguma doença orgânica crônica ou outra doença funcional do trato gastrointestinal.

3.5. Grupo caso

Foram incluídos neste grupo os pacientes que preencheram os critérios para constipação crônica funcional do III Critério de Roma para doenças gastrointestinais funcionais: a existência de ao menos dois dos seguintes parâmetros por pelo menos dois meses – duas defecações ou menos por semana; ao menos um episódio por semana de incontinência; história de retenção excessiva de fezes; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de massa fecal grande no reto; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário.

3.6. Grupo comparativo

Foram incluídos neste grupo os pacientes que não preencheram os critérios para constipação crônica funcional do III Critério de Roma para doenças gastrointestinais funcionais, excluindo-se os que apresentassem outro distúrbio gastrointestinal funcional ou alguma doença orgânica.

3.7. Recrutamento

Os indivíduos do grupo controle foram recrutados no Ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Os do grupo caso, no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do mesmo serviço.

3.8. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador que recrutou os participantes e aplicou os formulários.

A pesquisa foi explicada às mães e às crianças. Caso estas concordassem em participar, solicitava-se às mães que assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido para, a partir daí, iniciar-se a coleta de dados.

Às mães destas crianças foi aplicado o formulário Roma III denominado “Formulário de Relato dos Pais” com as questões sobre hábito intestinal de seu filho para definição da presença ou ausência de constipação crônica funcional. Em seguida, aplicou-se o formulário do módulo de constipação do Critério de Roma III para avaliar presença ou ausência de constipação nessas mães.

Esses questionários foram desenvolvidos pelo comitê de especialistas do Consenso de Roma III. Ambos foram submetidos à fase inicial da tradução transcultural para utilização em Recife - PE (esta tradução ainda não foi validada e publicada).

Após a utilização dos formulários Roma III, foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade dessas mães. Este se compõe de vinte e uma questões que foram respondidas pela própria mãe. O inventário já foi traduzido para a língua portuguesa e submetido à validação para a população brasileira (CUNHA, 2001). Este teste é protegido por direitos autorais e tem sua reprodução proibida; por isso, teve que ser comprado pelo pesquisador.

Às crianças, foi aplicado diretamente o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED). Este consiste em 38 questões que permitem identificar transtornos de ansiedade em crianças. Estes 38 itens são divididos em 5 fatores que se assemelham à classificação de transtornos de ansiedade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV): pânico/somático, ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social e fobia escolar. Cada item pode ser pontuado de 0 a 2, sendo 0 equivalente a "falso ou dificilmente verdadeiro", 1 a "algo ou algumas vezes verdadeiro" e 2 a "muito ou frequentemente verdadeiro" (BIRMAHER et al, 1997; MURIS et al, 1998; MURIS, GADET, MOULAERT, MERCKELBACH, 1998). O SCARED foi traduzido e validado para a população brasileira em uma amostra de crianças e adolescentes da cidade de Porto Alegre e está indicado para uso na faixa etária entre 8 e 18 anos de idade (ISOLAN et al, 2011).

De acordo com os autores, um escore total maior que 25 pode indicar a presença de um transtorno de ansiedade; maior que 30 é mais específico. As pontuações necessárias para definir cada um dos diagnósticos do SCARED está descrita no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios diagnósticos do SCARED

Itens	Pontuação necessária para o diagnóstico
1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38	Mínimo de 7 pontos para transtorno de pânico ou sintomas somáticos significativos
5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37	Mínimo de 9 pontos para transtorno de ansiedade generalizada
4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31	Mínimo de 5 pontos para transtorno de ansiedade de separação
3, 10, 26, 32	Mínimo de 8 pontos para fobia social
2, 11, 17, 36	Mínimo de 3 pontos para fobia escolar

Ao fim da pesquisa aplicou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para estimativa da classe econômica (A1 a E) em que se encontravam os participantes. Este critério compreende duas seções: posse de itens e grau de instrução do chefe da família (www.abep.org).

O primeiro se solicita que o sujeito participante quantifique sua posse dos seguintes itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, vídeo-cassete e/ou DVD, geladeira e freezer.

A segunda seção fornece as seguintes possibilidades: analfabeto/até 3ª série fundamental; 4ª série fundamental; fundamental completo; médio completo; ou superior completo.

A pontuação nestas seções permitiu situar os participantes em uma das oito classes possíveis:

A1: 42-46 pontos

A2: 35-41 pontos

B1: 29-34 pontos

B2: 23-28 pontos

C1: 18-22 pontos

C2: 14-17 pontos

D: 8-13 pontos

E: 0-7 pontos

3.9. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram classificadas como de caracterização da amostra (idade, sexo e nível socioeconômico), definidoras de caso e grupo de comparação (critérios de Roma III) e de análise (ansiedade).

Quadro 2: Variáveis utilizadas no estudo

Tipo	Nome Codificação do banco de dados	Definição	Categorização	Resultados permitidos
De caracterização da amostra	Sexo da criança (sexo)	Autoexplicativa	Categórica, dicotômica	Masculino (1) Feminino (2)
De caracterização da amostra	Idade da criança (idade)	Idade em anos no momento da inclusão no estudo	Quantitativa discreta	Anos

De caracterização da amostra	Idade materna (idademae)	Idade em anos no momento da inclusão do estudo	Quantitativa discreta	Anos
De caracterização da amostra	Classe econômica (classe)	Classe econômica de acordo com o CCEB	Quantitativa ordenada	Classe A1 a E
De caracterização da amostra	Escolaridade materna (escola)	Escolaridade materna de acordo com o CCEB	Quantitativa ordenada	Analfabeto até 3ª série fundamental; 4ª série fundamental; fundamental completo; médio completo; ou superior completo.
Definidoras de casos e grupo de comparação	Constipação crônica funcional (ROMAC)	Preenchimento de pelo menos 2 parâmetros por pelo menos um mês antes, conforme critério de Roma III	Categórica	Caso (1) Comparativo (2)
De análise	Ansiedade materna (ansied)	Pontuação no BAI	Categórica	Mínima/Leve Moderada/ Grave
De análise	CCF da mãe	Presença de CCF conforme módulo SII do critério Roma III para adultos	Categórica	Sim (1) Não (2)
De análise	Ansiedade da criança (anscri)	Pontuação no SCARED	Quantitativa discreta	Ansiedade generalizada; Somático/pânico; Ansiedade de separação; Fobia social; Fobia escolar; Nenhum transtorno específico.

3.10. Banco de dados

Os dados foram armazenados no banco de dados do pacote estatístico EPIINFO 6.04d. A digitação dos dados inserida em dupla entrada pelo pesquisador para corrigir eventuais erros usando o programa *VALIDATE* do EPIINFO 6.04d.

3.11. Análise estatística

As variáveis quantitativas foram expressas por medianas e quartis e as qualitativas em proporções. As diferenças de frequência e a associação entre as variáveis qualitativas foram testadas pelo teste do qui-quadrado ou exato, de Fisher. As variáveis contínuas foram sumarizadas por medianas e comparadas entre grupos através do teste t de Student. O nível de significância estatística adotado nos testes foi menor que 0,05.

Para a realização da análise dos resultados, optou-se por reunir a pontuação no BAI em duas categorias: mínima/leve e moderada/grave.

4. RESULTADOS

4.1. Artigo Original: Ansiedade de mães e crianças com constipação crônica funcional

Resumo

Objetivo: Verificar se mães de crianças com constipação crônica funcional apresentam maiores níveis de ansiedade que as mães de crianças não constipadas.

Métodos: Os participantes foram recrutados entre os pacientes dos ambulatórios de Gastroenterologia Pediátrica e Puericultura do Hospital das Clínicas da UFPE. Foram considerados casos crianças de 8 a 12 anos de idade que preenchiam os critérios de Roma III para constipação crônica funcional. O grupo comparativo não cumpria este requisito. Foram excluídos portadores de doenças crônicas ou de outros distúrbios gastrointestinais orgânicos ou funcionais. Às mães aplicou-se o “Formulário de relato dos pais” para identificar constipação crônica na criança e no adolescente, o módulo de constipação do questionário de Roma III para adultos e o Inventário de Ansiedade de Beck. Com as crianças foi utilizado o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*.

Resultados: O grupo caso compôs-se de 57 crianças e adolescentes e o comparativo, de 82, e suas mães. As crianças do grupo caso apresentaram mais transtorno de ansiedade de separação que as do grupo comparativo ($p=0,006$) e uma tendência maior a fobia escolar ($p=0,06$). Observou-se ainda que crianças constipadas exibiam mais frequentemente a mesma condição ($p=0,04$). Além disso, as crianças com transtorno de ansiedade de separação demonstraram uma tendência a terem mães mais ansiosas ($p=0,08$). Por sua vez, as mães que apresentavam constipação demonstraram também maiores níveis de ansiedade ($p=0,013$).

Conclusões: A constipação crônica funcional envolve uma maior morbidade por transtornos ansiosos tanto nas crianças quanto em suas mães. A ansiedade materna parece relacionar-se à ansiedade infantil e a constipação nas mães àquela apresentada por seus filhos. Contudo, a ansiedade materna não apresenta maior relação com a constipação infantil.

Palavras-chave: constipação intestinal; transtornos de ansiedade; relações mãe-filho.

Abstract

Objective: To determine if mothers of children with chronic functional constipation have higher levels of anxiety than mothers of children not constipated.

Methods: Participants were recruited from patients at the Outpatient Pediatric Gastroenterology and Child Care of Hospital das Clinicas of UFPE. Cases were considered children 8-12 years of age who fulfilled the Rome III criteria for chronic functional constipation. The control group had the same age, but did not meet this requirement. We excluded patients with chronic diseases or other functional gastrointestinal disorders. Mothers applied the "Parent-report form for children", the constipation module of Rome III questionnaire for adults and the Beck Anxiety Inventory. With children we used the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders.

Results: The case group consisted of 57 children and adolescents and comparative, 82, and their mothers. Children in the case group had more separation anxiety disorder than those of the comparison group ($p = 0.006$) and a greater tendency towards school phobia ($p = 0,06$). It was also observed that most constipated children often exhibit the same condition ($p = 0.04$). In addition, children with separation anxiety disorder showed a tendency to have more anxious mothers ($p = 0.08$). In turn, mothers who had constipation also showed higher levels of anxiety ($p = 0.013$).

Conclusions: The chronic functional constipation involves greater morbidity from anxiety disorders both in children and in their mothers. The maternal anxiety seems to be related to childhood anxiety and constipation in mothers to that presented by their children. However, maternal anxiety presents no greater relationship with infant constipation.

Keywords: constipation; anxiety disorders; mother-child relations.

Introdução

A constipação crônica funcional é um diagnóstico frequente, correspondendo a cerca de 3% dos atendimentos nos ambulatórios de Pediatria e 25% nos de Gastroenterologia Pediátrica¹. É um dos distúrbios gastrointestinais funcionais, que se caracterizam por alterações da motilidade e/ou da sensibilidade do trato gastrointestinal na qual não se evidenciam alterações anatômicas, bioquímicas ou inflamatórias que justifiquem o quadro. Trata-se de um fenômeno multifatorial, em cuja etiologia ressaltam-se predisposição genética e fatores ambientais como a dieta, inflamações e estressores psicossociais agindo como gatilhos².

São descritos como estressores psicossociais fenômenos diversos como abuso sexual, separação dos pais ou perda de um ente querido. Estes se somariam a elementos constitutivos da pessoa, como sua personalidade, seu modo de enfrentamento de situações adversas e seu aprendizado de comportamentos doentios para produzir seus efeitos³.

Os estressores psicossociais são importantes porque se associam ao círculo vicioso característico da constipação: a criança apresenta dor, passa a ter medo de evacuar, assume um comportamento retentivo e torna a eliminar fezes endurecidas e dolorosas^{1, 3, 4}. Além disso, é possível que elevados níveis de estresse ou ansiedade promovam atividade autonômica alterada, que repercutiria nas alterações de motilidade ou sensibilidade⁵.

Por outro lado, níveis elevados de ansiedade podem levar os pacientes a perceberem e interpretarem seus sintomas como correspondendo a uma condição mais grave. Isso os conduziria a buscar mais atendimento médico e a obterem menos sucesso terapêutico para a resolução de seus sintomas⁴.

Os transtornos ansiosos, embora bastante comuns na população geral (e na faixa etária pediátrica) já têm sido claramente identificados como mais prevalentes em pessoas com distúrbios gastrointestinais funcionais quando comparados a controles saudáveis^{6, 7, 8}.

Além disso, fatores constitucionais, como o comportamento inibido, e ambientais, como o tipo de apego estabelecido com os pais ou responsáveis, foram identificados na etiologia dos transtornos ansiosos^{9, 10}.

Considerando-se, que em ambas as condições (constipação funcional e transtornos ansiosos) existe uma definida influência socioambiental na etiologia, e dada a comorbidade existente entre elas,

pode-se supor que uma mãe que já apresente níveis moderados ou graves de ansiedade possa ter dificuldade em lidar com um filho que apresente dificuldade de defecação. Isso poderia perpetuar um quadro de constipação inicialmente autolimitado.

Assim, optou-se por realizar uma pesquisa com o intuito de verificar se mães de crianças com constipação crônica funcional exibem maiores níveis de ansiedade que as mães de crianças que não apresentem constipação. Além disso, buscou-se verificar se crianças com constipação apresentavam mais ansiedade que aquelas sem constipação; se mães com constipação apresentavam maiores níveis de ansiedade que aquelas sem constipação; se crianças com constipação possuíam mais mães com esta condição; e se crianças com ansiedade apresentavam mães mais ansiosas.

Métodos

O estudo foi realizado nos ambulatórios de Gastroenterologia Pediátrica e Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

A população consistiu de crianças e adolescentes entre 8 e 12 anos de idade e suas mães. Caso concordassem em participar, solicitava-se às mães o preenchimento de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram considerados participantes do grupo caso, pacientes que preenchiam os critérios de Roma III para constipação crônica funcional: a presença de ao menos dois dos seguintes parâmetros por pelo menos dois meses no grupo pediátrico: duas defecações ou menos por semana; ao menos um episódio por semana de incontinência; história de retenção de fezes excessiva; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de massa fecal grande no reto; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário¹. Compuseram o grupo comparativo os que não atendiam estes critérios. Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentassem outros distúrbios gastrointestinais funcionais ou doenças crônicas.

Às mães dos pacientes foi aplicado o questionário Roma III com questões sobre hábito intestinal de seu filho para definição da presença ou ausência de constipação crônica funcional. Em seguida, aplicou-se o formulário do módulo de constipação do Critério Roma III para avaliar presença ou ausência de constipação nas mães.

Às crianças, aplicou-se diretamente o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED). Este consiste em 38 questões, relativas ao momento atual da vida da criança, que podem ser pontuadas de 0 a 2, e que permitem identificar transtornos de ansiedade em crianças. Estes 38 itens são divididos em 5 fatores que se assemelham à classificação de transtornos de ansiedade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV): pânico/somático, ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social e fobia escolar¹¹. De acordo com os autores, um escore total maior que 25 pode indicar a presença de um transtorno de ansiedade. Os diagnósticos específicos de cada um dos transtornos de ansiedade seguiu as recomendações do SCARED.¹¹

Em seguida, foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para avaliar o nível de ansiedade das mães. O BAI é composto por 21 itens que dizem respeito à última semana do entrevistado e que podem ser pontuados de 0 a 3. A partir dos resultados do teste, pode-se classificar o nível de ansiedade materna conforme a pontuação em mínimo (0 a 10), leve (11 a 19), moderado (20 a 30) ou grave (31 a 63).^{12,13} Este teste é protegido por direitos autorais, tendo sua reprodução proibida. Por conta disto, teve de ser comprado para a realização da pesquisa.

Por fim, aplicou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para estimativa da classe econômica (A1 a E) em que se encontravam os participantes. De acordo com sua pontuação, as famílias podiam ser classificadas como: A1: 42-46 pontos; A2: 35-41 pontos; B1: 29-34 pontos; B2: 23-28 pontos; C1: 18-22 pontos; C2: 14-17 pontos; D: 8-13 pontos; E: 0-7 pontos.¹⁴

A amostra foi calculada com base num estudo sobre ansiedade em mães de crianças com dor abdominal funcional¹⁵. Com o auxílio do módulo statcalc do programa estatístico epi-info (versão 6.04b), para um poder estatístico de 95% e um nível de significância de 0,05, obteve-se uma amostra mínima de 57 mães em cada grupo.

Para a análise estatística, as variáveis quantitativas foram expressas por medianas e quartis e as qualitativas em proporções. As diferenças de frequência e a associação entre as variáveis qualitativas foram testadas pelo teste do qui-quadrado ou exato, de Fisher. As variáveis contínuas foram sumarizadas por medianas e comparadas entre grupos através do teste t de Student. O nível de significância estatística adotado nos testes foi menor que 0,05.

Para analisar os resultados, optou-se por reunir a pontuação no BAI em duas categorias: mínima/leve e moderada/grave.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPE sob o número 483/11.

Resultados

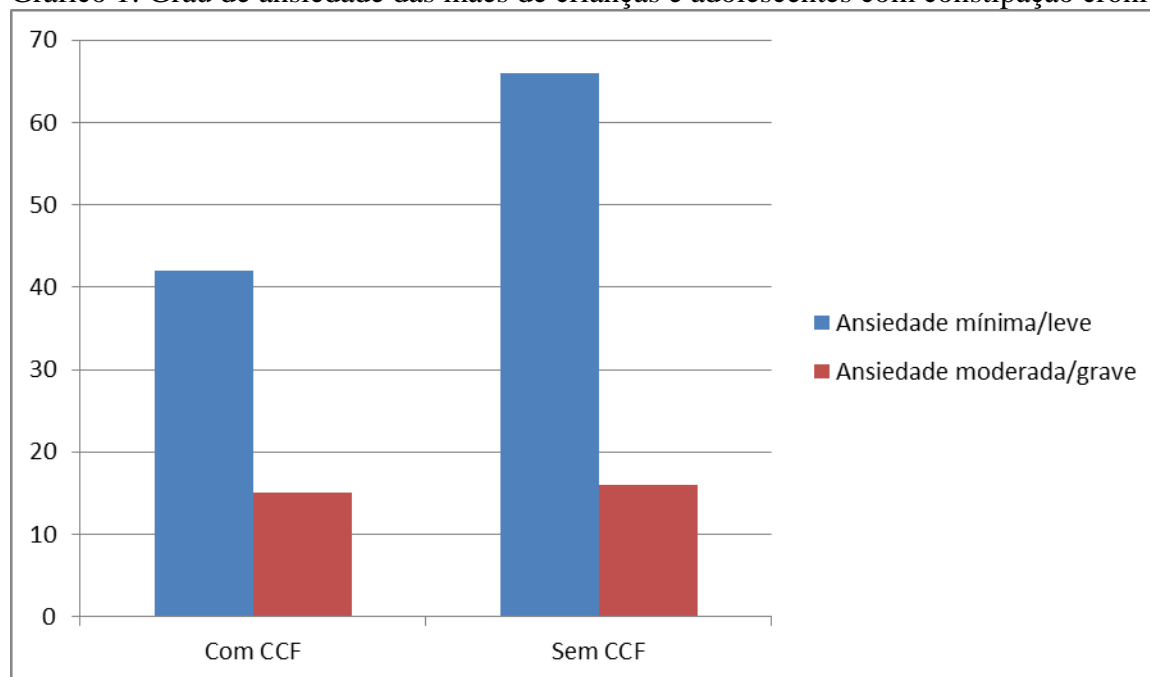
Os grupos mostraram-se semelhantes quanto às suas características socioeconômicas e demográficas. Quanto à idade das crianças, 37 (65%) casos e 53 (65%) do grupo comparativo tinham 8 ou 9 anos. 33 (58%) casos e 48 (59%) do grupo comparativo eram do sexo masculino.

A idade materna no grupo caso variou de 24-51 (mediana: 34; intervalo interquartil: 9), enquanto no grupo comparativo esteve entre 20 e 57 anos (mediana: 35,5; intervalo interquartil: 11).

Com relação à classe socioeconômica, 49 (86%) das famílias dos casos e 66 (80%) das do grupo comparativo se situavam nas classes B e C.

Comparando-se os grupos quanto à variável “ansiedade materna” (Gráfico 1), verificou-se que 26,3% (15/57) das mães do grupo caso e 19,5% (16/82) do grupo comparativo demonstraram ansiedade moderada ou grave, sendo esta diferença entre os grupos não significativa, isto é, mães de crianças com CCF não apresentaram mais ansiedade do que aquelas de crianças sem CCF ($p=0,46$) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Grau de ansiedade das mães de crianças e adolescentes com constipação crônica funcional



As crianças e adolescentes com constipação crônica funcional demonstraram mais transtorno de ansiedade de separação do que aqueles sem esta condição ($p = 0,006$). Além disso, foi observada uma tendência dos pacientes com constipação apresentarem fobia escolar ($p = 0,06$). Com relação a queixas somáticas/pânico, ansiedade generalizada e fobia social, não houve diferença estatística entre os grupos (Tabela 1).

Tabela 1: Transtornos de ansiedade conforme a constipação crônica funcional de crianças e adolescentes

Transtorno de ansiedade	Com CCF n (%)	Sem CCF n (%)	p
Somático/pânico			
Sim	7 (12,3%)	9 (11%)	0,97
Não	50 (87,7%)	73 (89%)	
Ansiedade generalizada			
Sim	17 (29,8%)	24 (29,3%)	0,91
Não	40 (70,2%)	58 (70,7%)	
Ansiedade de separação			
Sim	40 (70,2%)	37 (45,1%)	0,006
Não	17 (29,8%)	45 (54,9%)	
Fobia social			
Sim	27 (47,4%)	44 (53,7%)	0,57
Não	30 (52,6%)	38 (46,3%)	
Fobia escolar			
Sim	10 (17,5%)	5 (6,1%)	0,06
Não	47 (82,5%)	77 (93,9%)	

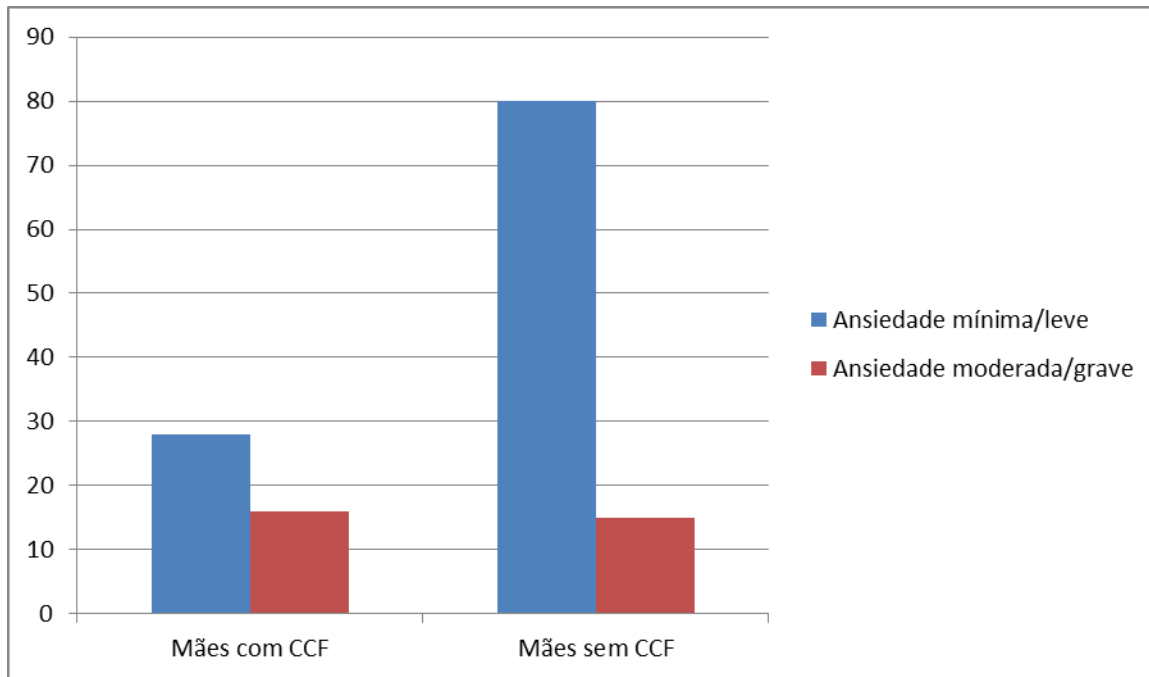
Ao se realizar uma análise estratificada por idade das crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade de separação, observou-se que a diferença permaneceu sendo significativa. Nas crianças de 8 a 9 anos, 78% (29/37) do grupo caso demonstrou transtorno de ansiedade de separação; no grupo comparativo, 58% (31/53) apresentaram esta condição ($p=0,05$).

Entre as crianças e adolescentes de 10 a 12 anos, 55% (11/20) apresentaram transtorno de ansiedade de separação no grupo caso e 21% (6/29) no grupo comparativo ($p=0,013$).

Avaliando-se a presença de constipação nas mães e nas crianças, encontrou-se que 42,1% (24/57) das mães de crianças com constipação apresentavam constipação, enquanto no grupo sem CCF, 24,4% (20/82) das mães apresentavam constipação ($p=0,04$).

Ao se comparar níveis de ansiedade em mães com ou sem constipação (Gráfico 2), observou-se que 36,4% (16/44) das mães com constipação e 15,8% (15/95) daquelas sem esta condição apresentavam níveis de ansiedade moderada ou grave. Neste caso, uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada ($p=0,013$).

Gráfico 2: Grau de ansiedade entre mães com e sem constipação crônica funcional



Foi observada uma tendência dos pacientes com ansiedade de separação apresentarem mães mais ansiosas ($p=0,08$). Não houve diferenças estatisticamente significantes quanto a somático/pânico, ansiedade generalizada, fobia social ou fobia escolar (Tabela 4).

Tabela 2: Grau de ansiedade materna entre as crianças com transtornos de ansiedade

Ansiedade infantil	Ansiedade materna moderada/grave n (%)	Ansiedade materna mínima/leve n (%)	p
Somático/pânico			
Sim	5 (16,1%)	11 (10,2%)	0,27
Não	26 (83,9%)	97 (89,8%)	
Ansiedade generalizada			
Sim	12 (38,7%)	29 (26,9%)	0,29
Não	19 (61,3%)	79 (73,1%)	
Ansiedade de separação			
Sim	22 (71,0%)	55 (50,9%)	0,08
Não	9 (29,0%)	53 (49,1%)	
Fobia Social			
Sim	19 (61,3%)	52 (48,1%)	0,28
Não	12 (38,7%)	56 (51,9%)	
Fobia escolar			
Sim	4 (12,9%)	11 (10,2%)	0,44
Não	27 (87,1%)	97 (89,8%)	

Discussão

Neste grupo de pacientes com constipação crônica funcional, foi observado que suas mães não têm mais ansiedade do que as mães de indivíduos sem constipação crônica funcional. Um outro estudo realizado com mães de crianças com e sem dor abdominal funcional, todavia, verificou que havia um maior número de mães com transtornos ansiosos e depressão no grupo de casos¹⁵.

É possível que a influência da ansiedade materna sobre a constipação infantil se dê de forma indireta. As crianças com transtorno de ansiedade de separação tenderam a ter mães mais ansiosas. As crianças com constipação crônica funcional também apresentaram mais transtorno de ansiedade de separação. Portanto, é possível que a influência materna ocorra de forma indireta: mães ansiosas produziram filhos também ansiosos e a ansiedade infantil contribuiria para o desenvolvimento de constipação.

Investigando-se transtornos ansiosos nas crianças constipadas foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos quanto à presença de transtorno de ansiedade de separação. Uma revisão realizada sobre transtornos ansiosos descreve que a prevalência de “qualquer transtorno ansioso” na população infantil e adolescente corresponde a 15-20%. Ao se separar por tipos, os mais prevalentes são o de ansiedade de separação (2,8-8%), fobias específicas (10%) e fobia social (7%)¹⁰.

Entretanto, pelos resultados encontrados, é possível que o grupo de crianças com constipação seja mais susceptível a apresentar um transtorno de ansiedade de separação. A análise estratificada por idade indica que há, de fato, uma diferença entre os grupos.

O transtorno de ansiedade de separação costuma ser relacionado a dificuldades no estabelecimento do apego nos primeiros anos de vida e à persistência de um medo de perder uma pessoa querida. Secundário a isso, a criança passaria a apresentar dificuldades em enfrentar novas situações (como, por exemplo, a escola) e em explorar o ambiente, por seu receio de que, enquanto se dedica a estas atividades, poderia perder sua mãe¹⁰.

Outro ponto interessante diz respeito à fobia escolar (ou recusa escolar): embora não seja um diagnóstico que faça parte do DSM-IV, é um sintoma frequente e associado a muitos diagnósticos (como transtorno de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada, fobia social e depressão maior). É descrito como tendo dois picos de incidência: entre 5 e 6 anos e entre 10 e 11 anos, correspondendo à entrada na escola e ao início do sexto ano do ensino fundamental^{11, 18}. Sugere-se que estas faixas etárias corresponderiam a momentos de grande mudança na vida da criança representados

pela passagem da vida familiar ou em creche para a vida escolar e pela mudança do ensino realizado por um professor (em geral do sexo feminino e, por isso, associando-se à figura da mãe) para a educação por vários professores.

Trabalhos similares encontraram uma taxa de prevalência de 36,1% para transtornos internalizantes (isto é, ansiosos e de humor) entre crianças constipadas⁶, bem como maior prevalência de medos sociais, obsessões e compulsões, problemas de atenção e atividade e comportamento opositor entre crianças com escape fecal⁷. Outro trabalho comparou crianças ansiosas e não ansiosas e verificou que, dentre os distúrbios gastrointestinais funcionais, apenas a constipação funcional mostrou uma maior frequência em crianças ansiosas¹⁹.

A presença de constipação e ansiedade nas mães foi demonstrada em outras pesquisas. Numa delas, verificou-se que metade dos adultos com síndrome do intestino irritável investigados apresentava ansiedade leve²⁰. Outro estudo de base populacional apresentou, de forma similar, que os pacientes adultos com constipação apresentavam maiores escores para depressão e ansiedade que sujeitos saudáveis. No mesmo estudo, as mulheres apresentavam maiores níveis de ansiedade do que os homens²¹.

É possível que a ansiedade se apresente como um traço de personalidade dessas mães que, por serem mais ansiosas, apresentariam maiores níveis de estresse nas situações cotidianas e, por isso, uma maior susceptibilidade a estressores psicossociais. Outra possibilidade é de que a constipação se apresentaria como um problema inicial e estas mães se tornariam mais ansiosas por apresentarem ideias de que seus sintomas se deveriam a alguma doença grave.

Observe-se que, nesta pesquisa, tanto as mães quanto as crianças com constipação demonstraram mais ansiedade que os respectivos grupos comparativos. Pesquisas semelhantes com crianças com dor abdominal recorrente e síndrome do intestino irritável verificaram que estes pacientes exibiam maiores níveis de ansiedade^{6, 7, 8, 15}. Tais dados podem ser esclarecidos pela ideia de que a constipação e a ansiedade exibem, de forma similar, atividade cerebral e autonômica alteradas, bem como condicionamento pelo medo. Esta é, inclusive, uma das hipóteses levantadas para justificar o alto índice de comorbidades entre ambas as condições²².

Por sua vez, o achado de crianças com constipação funcional apresentando mães com o mesmo distúrbio numa frequência maior que o grupo comparativo concorda com os resultados de outras pesquisas^{23, 24, 25}. Um desses trabalhos encontrou uma prevalência de 64,1% de distúrbios gastrointestinais funcionais em pais de crianças com um destes distúrbios quando comparados a pais de crianças sem esta condição. No mesmo estudo, 41% das crianças com constipação também

apresentavam mães com esse problema²³. Tal fato pode representar tanto uma herança genética de uma predisposição à constipação quanto o aprendizado por imitação de um dos pais com o mesmo problema ou a observação da criança de ganhos psicossociais (mais atenção aos pais e ausência da escola) pela criança^{24, 25}. Além disso, pode-se supor que os sintomas de constipação se deem através da dieta compartilhada na família (isto é, como outra influência ambiental).

No que diz respeito à existência de ansiedade em mães e filhos, estudos prévios têm indicado maiores níveis de ansiedade entre mães de crianças com transtornos ansiosos^{9, 17, 26, 27}. A presente pesquisa, por sua vez, encontrou uma tendência a crianças com ansiedade de separação possuírem mães mais ansiosas. Com relação a este tipo de transtorno, um trabalho indicou que maiores níveis de ansiedade materna correlacionavam-se positivamente com maiores sintomas de transtorno de ansiedade de separação em seus filhos⁹. Outros investigadores verificaram que filhos de mães com transtorno de ansiedade apresentavam maior risco de desenvolverem transtornos ansiosos²⁶ e que a ansiedade fóbica materna associava-se ao transtorno de ansiedade de separação e à ansiedade total nas crianças²⁷. Pode-se pressupor que a maior frequência de transtorno de ansiedade de separação nestes casos possa se dever tanto a uma predisposição genética quanto ao fato de que mães ansiosas seriam mais instáveis nos cuidados da criança, fornecendo tipos de apego inseguro. Isto poderia levar o filho a tornar-se mais temeroso da perda da mãe e de situações em que precise afastar-se dela, como a escola.

O estudo aqui realizado possui limitações: as mães não eram investigadas pelo pesquisador; por isso, existe a possibilidade de que algumas delas tenham constipação de causa orgânica. Os diagnósticos dados às crianças por meio do SCARED poderiam ter sido comparados aos realizados por um psiquiatra experiente, o que lhes conferiria maior fidedignidade. Por fim, é possível que a presença de ansiedade nos participantes da pesquisa não reflita a prevalência na população porque o estudo foi realizado num hospital universitário, porque os casos com maior comorbidade psicológica tenderam a procurar mais por atendimento especializado em Gastroenterologia ou porque os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa o fizeram por já apresentarem mais transtornos mentais e, por isso, buscarem uma maior assistência em Saúde Mental.

Em resumo, este estudo demonstrou que mães de crianças e adolescentes com constipação crônica funcional não são mais ansiosas; que crianças com constipação crônica funcional apresentavam mais transtorno de ansiedade de separação e tendiam a exibir mais fobia escolar, bem como possuíam mais frequentemente mães com constipação. As crianças com ansiedade de separação apresentavam uma tendência a terem mães com maiores níveis de ansiedade. E as mães constipadas manifestavam níveis maiores de ansiedade.

Referências

1. MUGIE, S. M.; DI LORENZO, C.; BENNINGA, M. A. Constipation in childhood. **Nat Rev Gastroenterol Hepatol** v. 8, p. 502-511, 2011.
2. RASQUIN-WEBER, A. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. **Gastroenterology** v. 130, p. 1527-1537, 2006.
3. LEVY, R. L. et al. Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. **Gastroenterology** v. 130, p. 1447-1458, 2006.
4. BUDAVARI, A. I.; OLDEN, K. W. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. **Gastroenterol Clin N Am** v. 32, p. 477-506, 2003.
5. GRUNDY, D. et al. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. **Gastroenterology** v. 130, p. 1391-1411, 2006.
6. DJIK. M. V; BENNINGA, M. A; GROOTENHUIS, M. A; LAST, B. F. Prevalence and associated clinical characteristics of behavior problems in constipated children. **Pediatrics** v. 125 n. 2, p. 309-317, 2010.
7. JOINSON, C et al. Psychological Differences Between Children With and Without Soiling Problems. **Pediatrics** v. 117, p. 1575-1584, 2006.
8. CAMPO, J. V. et al. Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. **Pediatrics**, v. 113 n. 4, p. 817-824, 2004.
9. MANASSIS, K.; BRADLEY, S. J. The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. **Journal of Applied Developmental Psychology** v. 15, p. 345-366, 1994.

10. BEESDO, K.; KNAPPE, S.; PINE, D. S. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. **Psychiatr Clin North Am** v. 32 n. 3, p. 483-524, 2009

11. BIRMAHER, B. et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 36 n. 4, p. 545-553, 1997.

12. BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J Consult Clin Psychol** v. 56 n. 6, p. 893-897, 1988.

13. CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

14. ABEP. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acessado em 12 de janeiro de 2012.

15. CAMPO, J. V. et al. Physical and Emotional Health of Mothers of Youth with Functional Abdominal Pain. **Arch Pediatr Adolesc Med** v.161, p. 131-137, 2007.

16. MOFRAD, S. et al. Maternal psychological distress and separation anxiety disorder in children. **European Journal of Social Sciences** v. 8 n. 3, p. 386-394, 2009.

17. WALKER, L. S.; BECK, J.; ANDERSON, J. Functional abdominal pain and separation anxiety: helping the child return to school. **Pediatr Ann** v. 38 n. 5, p. 267-271, 2009.

18. BERNSTEIN, G. A.; VICTOR, A. M.; Separation anxiety disorder and school refusal. In: DULCAN, M. K. (Ed.) **Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry**. Arlington:

American Psychiatric Publishing, 2010.

19. WATERS, A. M. et al. Functional gastrointestinal symptoms in children with anxiety disorders. **J Abnorm Child Psychol** v. 41, p. 151-163, 2013.
20. MIKOCKA-WALUS, A. et al. Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients. **Journal of Gastroenterology and Hepatology** v. 23, p. 1137-1143, 2008.
21. CHENG, C.; CHAN, A. O. O.; HUI, W. M.; LAM, S. K. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. **Aliment Pharmacol Ther** v. 18, p. 319-326, 2003.
22. BALLANGER, J. C. Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Functional Gastrointestinal Disorders. **J Clin Psychiatry** v. 62 suppl 8, p. 48-51.
23. BUONAVOLONTÀ, R. et al. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders. **J Pediatr Gastroenterol Nutr** v. 50 n. 5, p. 500-505, 2010.
24. LEVY, R. L.; WHITEHEAD, W. E.; VON KORFF, M. R.; FELD, A. D. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. **Am J Gastroenterol** v. 95 n. 2, p. 451-456, 2000.
25. LEVY, R. L. Exploring the intergenerational transmission of illness behavior: from observations to experimental intervention. **Ann Behav Med** v. 41 n. , p. 174-182, 2011.
26. MCCLURE, E. B.; BRENNAN, P. A.; HAMMEN, C.; LE BROCCQUE, R. M. Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in a Australian high-risk sample. **Journal of Abnormal Child Psychology** v. 29 n. 1, p. 1-10, 2001.

27. BERNSTEIN, G. A.; LAYNE, A. E.; EGAN, E. A.; NELSON, L. P. Maternal phobic anxiety and child anxiety. **Anxiety Disorders** v. 19, p. 658-672, 2005.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando-se em consideração o fato de que a maioria das pesquisas que relacionam distúrbios gastrointestinais funcionais e transtornos psiquiátricos é realizada com pacientes com síndrome do intestino irritável ou dor abdominal recorrente, percebe-se a necessidade de se trabalhar mais com pacientes constipados.

O presente estudo, da mesma forma que outros já realizados, não foi capaz de estabelecer uma relação de causalidade entre a ansiedade e a constipação. Isso se deve tanto ao desenho deste trabalho (que não dá condições para responder sobre causalidade), quanto à complexidade do problema em si.

Por conta disto, fazem-se necessárias novas pesquisas sobre o tema utilizando-se de coortes de nascimento com vistas a fornecer mais dados sobre o surgimento da constipação funcional e dos transtornos ansiosos, bem como da complexa relação entre eles.

Em virtude disso, o rastreio de problemas de saúde mental em pessoas constipadas parece ser uma medida interessante a se incluir na investigação destes pacientes, bem como a proposição de equipes multidisciplinares para o tratamento destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. Disponível em: <http://www.abep.org>

ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org>

ABEP. Adoção do CCEB 2008 - Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org>

ADAM, B.; LIEBREGTS, T.; HOLTMANN, G. Mechanisms of disease: genetics of functional gastrointestinal disorders – searching the genes that matter. **Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol** v. 4 n. 2, p. 102-110, 2007.

ANDERSON, E. R.; HOPE, D. A. A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. **Clin Psychol Rev** v. 28, p. 275-287, 2008.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiq. Clin.** v. 25 n. 6, p. 285-290, 1998.

BALLANGER, J. C. Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Functional Gastrointestinal Disorders. **J Clin Psychiatry** v. 62 suppl 8, p. 48-51.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J Consult Clin Psychol** v. 56 n. 6, p. 893-897, 1988.

BEESDO, K.; KNAPPE, S.; PINE, D. S. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. **Psychiatr Clin North Am** v. 32 n. 3, p. 483-524, 2009.

BIRMAHER, B. et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 36 n. 4, p. 545-553, 1997.

_____ Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry** v. 38, n. 10, p. 1230-1236, 1999.

BONGERS, M. E.; BENNINGA, M. A.; MAURICE-STAM, H.; GROOTENHUIS, M.A. Health-related quality of life in young adults with symptoms of constipation continuing from childhood into adulthood. **Health and Quality of Life Outcomes** v. 20 n. 7, 2009.

BONGERS, M. E. J.; VAN WIJK, M. P.; REITSMA, J.B.; BENNINGA, M. A. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. **Pediatrics** v. 126 n. 1, p. e156-e162, 2010.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOWLBY, J. **Attachment**. London: Random House, 1997a.

_____ **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997b.

BUDAVARI, A. I.; OLDEN, K. W. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders.

Gastroenterol Clin N Am v. 32, p. 477-506, 2003.

BUONAVOLONTÀ, R. et al. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders. **J Pediatr Gastroenterol Nutr** v. 50 n. 5, p. 500-505, 2010.

CAMPBELL, C. M; EDWARDS, R. R. Mind-body interactions in pain: the neuro physiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. **Transl Res** v. 153 n. 3, p. 97-101, 2009.

CAMPO, J. V. et al. Physical and Emotional Health of Mothers of Youth with Functional Abdominal Pain. **Arch Pediatr Adolesc Med** v.161, p. 131-137, 2007.

CAMPO, J. V. et al. Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. **Pediatrics**, v. 113 n. 4, p. 817-824, 2004.

CHENG, C.; CHAN, A. O. O.; HUI, W. M.; LAM, S. K. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. **Aliment Pharmacol Ther** v. 18, p. 319-326, 2003.

COOK, I. J. et al. Chronic constipation: overview and challenges. **Neurogastroenterol Motil** v. 21, suppl 2, p. 1-8, 2009.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEGNAN, K. A.; FOX, N. A. Behavioral inhibition and anxiety disorders: multiple levels of a resilience process. **Dev Psychopathol** v. 19 n. 3, p. 729-746, 2007.

DEGNAN, K. A.; ALMAS, A. N.; FOX, N. A. Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. **J Child Psychol Psychiatry** v. 51 n. 4, p. 497-517, 2010.

DIJK. M. V; BENNINGA, M. A; GROOTENHUIS, M. A; LAST, B. F. Prevalence and associated clinical characteristics of behavior problems in constipated children. **Pediatrics** v. 125 n. 2, p. 309-317, 2010.

DROSSMAN, D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. **Gastroenterology**, v. 130, p. 1377-1390, 2006.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 22 Supl II, p. 55-58, 2000.

DUARTE, M. A.; PINTO, P. C. G.; MELO, M. C. B. Distúrbios Gastrintestinais Funcionais na Infância e Adolescência. In: LOPES, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. (Org.) **Tratado de Pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2. ed. Barueri: Manole, 2010.

DUFTON, L. M. et al. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. **J Pediatr Psychol** v. 34 n. 2, p. 176-186, 2009.

ESSAU, C. A.; MURIS, P.; EDERER, E. M. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. **J Behav Ther & Exp Psychiatr** v. 33, p. 1-18, 2002.

FARNAM, A; RAFEEY, M; FARHANG, S; KHODJASTEJAFARI, S. Functional constipation in children: does maternal personality matter? **Italian Journal of Pediatrics** v. 35 n. 25, p. 1-4, 2009.

FIORAVANTI, A. C. M. **Propriedades psicométricas do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. 2006. 66f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FONAGY, P. **Attachment Theory and Psychoanalysis**. London: Karnac Books, 2001.

FOX, N. A. et al. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. **Annu Rev Psychol** v. 56, p. 235-262, 2005.

GRUNDY, D. et al. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. **Gastroenterology** v. 130, p. 1391-1411, 2006.

HIRSHFELD-BECKER, D. R.; MICCO, J.A.; SIMOES, N. A.; HENIN, A. High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. **Am J Med Genet C Semin Med Genet**. v. 148C n. 2, p. 99-117, 2008.

HODGES, K.; KLINE, J. J.; BARBERO, G.; WOODRUFF, C.; Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. **Psychosomatics** v. 26 n. 11, p. 859-866, 1985.

HYMAN, PE et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. **Gastroenterology** v. 130, p. 1519-1526, 2006.

ISOLAN, L et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) in brazilian children and adolescents. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 25, p. 741-748, 2011.

IZARD, CE et al. Emotions and developmental psychopathology. In: CICCHETTI, D.; COHEN, D. J. (Ed.) **Developmental Psychopathology**. New Jersey: John Wiley and sons, 2006.

JOINSON, C et al. Psychological Differences Between Children With and Without Soiling Problems. **Pediatrics** v. 117, p. 1575-1584, 2006.

KAGAN, J. Temperament. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. V. (Eds.) **Encyclopedia on Early Child Development**. (online) Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2005. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/KaganANGxp.pdf>. Acessado em 13 de dezembro de 2012.

KAIPPER, M. B.; **Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) através da Análise de Rasch**. 2008. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

KELLOW, JE et al. Applied Principles of Neurogastroenterology: Phisiology/Motility Sensation. **Gastroenterology** v. 130, p. 1412-1420, 2006.

KOLB, B.; WHINSHAW, I.Q. Brain plasticity and behavior. **Annu Rev Psychol** v. 49, p. 43-64, 1998.

LAHEY, B. B.; D'ONOFRIO, B. M; WALDMAN, I. D. Using epidemiologic methods to test hypotheses regarding causal influences on child and adolescent mental disorders. **J Child Psychol Psychiatry** v. 50 n. 1-2, p. 1-14, 2009.

LANGER, S. L. et al. Catastrophizing and parental response to child symptom complaints. **Child Health Care** v. 38 n. 3, p. 169-184, 2009.

LASK, B et al. **Practical Child Psychiatry**: the clinician's guide. London: BMJ Books, 2003.

LEVY, R. L.; WHITEHEAD, W. E.; VON KORFF, M. R.; FELD, A. D. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. **Am J Gastroenterol** v. 95 n. 2, p. 451-456, 2000.

LEVY, R. L. et al. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. **Gastroenterology** v. 121 n. 4, p. 799-804, 2001.

LEVY, R. L. et al. Increased somatic complaints and health care utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. **Am J Gastroenterol** v. 99 n. 12, p. 2442-2451, 2004.

_____ Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. **Gastroenterology** v. 130, p. 1447-1458, 2006a.

_____ Relationship Between the Decision to Take a Child to the Clinic for Abdominal Pain and Maternal Psychological Distress. **Arch Pediatr Adolesc Med** v. 160, p. 961-965, 2006b.

LEVY, R. L. Exploring the intergenerational transmission of illness behavior: from observations to experimental intervention. **Ann Behav Med** v. 41 n. , p. 174-182, 2011.

LIPSITZ, J. D. et al. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. **Am J Psychiatry** v. 151 n. 6, p. 927-929, 1994.

LONGSTRETH, G. F. Functional bowel disorders. **Gastroenterology** v. 130, p. 1480-1491, 2006

MANASSIS, K.; BRADLEY, S. J. The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. **Journal of Applied Developmental Psychology** v. 15, p. 345-366, 1994.

MARCH, J. S. et al. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability and Validity. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 36 n. 4, p. 554-565, 1997.

MARQUES, L. et al. Rating scales for anxiety disorders. In: BAER, L.; BLAIS, M.A. (Eds.) **Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health**, New York,

Humana Press, 2010.

MIKOCKA-WALUS, A. A. Does psychological status influence clinical outcomes in patients with inflammatory bowel disease (IBD) and other chronic gastroenterological diseases: an observational cohort prospective study. **Biopsychosocial Medicine** v. 2 n. 11, 2008.

MIKOCKA-WALUS, A. et al. Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients. **Journal of Gastroenterology and Hepatology** v. 23, p. 1137-1143, 2008.

MOFRAD, S. et al. Maternal psychological distress and separation anxiety disorder in children. **European Journal of Social Sciences** v. 8 n. 3, p. 386-394, 2009.

MOFRAD, S.; ABDULLAH, R.; UBA, I. Attachment patterns and separation anxiety symptom. **Asian Social Science** v. 6 n. 11, p. 148-153, 2010.

MONGA, S. et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and Divergent Validity. **Depression and Anxiety** v. 12, p. 85-91, 2000.

MORAIS, M. B.; MAFFEI, H. V. L. Constipação intestinal. **J Pediatr** v. 76 supl 2, p. S147-S156, 2000.

MOTTA, M. E. F. A.; ANTUNES, M. M. C.; SILVA, G. A. P. Distúrbios funcionais do intestino. In: SILVA, L. R.; CARVALHO, E.; FERREIRA, C. T. (Org) **Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria**. Barueri: Manole, 2012.

MUGIE, S. M.; BENNINGA, M. A.; DI LORENZO, C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. **Best Pract Res Clin Gastroenterol** v. 25 n. 1, p. 3-18, 2011.

MUGIE, S. M.; DI LORENZO, C.; BENNINGA, M. A. Constipation in childhood. **Nat Rev Gastroenterol Hepatol** v. 8, p. 502-511, 2011.

MURIS, P; GADET, B; MOULAERT, V; MERCKELBACH, H. Correlations between two multidimensional anxiety scales for children. **Perceptual and Motor Skills**, v. 87, p. 269-270, 1998.

MURIS, P; et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. **J Behav Ther & Exp Psychiatr** v. 29, p. 327-339, 1998.

MURIS, P; MERCKELBACH, H; SCHMIDT, H; MAYER, B. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. **Personality and Individual Differences** v. 26, p. 99-112, 1999.

MURIS, P; et al. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. **Behaviour Research and Therapy** v. 40, p. 753-772, 2002.

MURRAY, L.; CRESWELL, C.; COOPER, P. J. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. **Psychol Med** v. 39 n. 9, p. 1413-1423, 2009.

MYERS, K.; WINTERS, N. C. Ten-Year Review of Rating Scales. II: Scales for Internalizing Disorders. . **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry** v. 41, n. 6, p. 634-659, 2002.

OZOKUTAN, B. H. et al. Psychological evaluation of children with idiopathic constipation and their parents. **Pediatrics International** v. 47, p. 311-315, 2005.

PAVULURI, M; BIRMAHER, B. A practical guide to using ratings of depression and anxiety in child psychiatric practice. **Cur Psychiatr Rep** v. 6, p. 108-116, 2004.

PEPPAS, G; ALEXIOU, V. G; MOURTZOUKOU, E; FALAGAS, M. E. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a sistematic review. **BMC Gastroenterology** v. 8 n. 5, 2008.

RAJINDRAJITH, S. et al. Constipation in children: an epidemiological study in Sri Lanka using Rome III criteria. **Arch Dis Child** p. 2009-2012, 2010.

RAJINDRAJITH, S.; DEVANARAYANA, N. M. Constipation in children: novel insight into epidemiology, pathophysiology and management. **J Neurogastroenterol Motil** v. 17 n. 1, p. 35-47, 2011.

RASQUIN-WEBER, A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. **Gut** v. 45 Supll II, p. II60-II68, 1999.

Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. **Gastroenterology** v. 130, p. 1527-1537, 2006.

RUBIN, G.; DALE, A. Chronic Constipation in Children. **BMJ** v. 333 n. 18, p. 1051-1055, 2006.

SAUNDERS, K; KORFF, M. V; LERESCHE, L; MANCL, L. Relationship of Common Pain Conditions in Mothers and Children. **Clin J Pain** v. 23 n. 3, p. 204-213, 2007.

SHAPIRA, M. The psychological study of the anxiety in the era of the Second World War. **Twentieth Century British History**. Disponível em: <<http://tcbh.oxfordjournals.org/content/early/2012/01/24/tcbh.hwr072.abstract>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

SILVA, G. A. P.; ANTUNES, M. M. C.; MOTTA, M. E. F. A. Distúrbios funcionais do tubo digestivo. In: SILVA, L. R. (Org.) **Urgências Clínicas e Cirúrgicas em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

SILVA, W. V.; FIGUEIREDO, V. L. M. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 27 n. 4, p. 329-335, 2005.

SPENCE, S. H. A measure of anxiety symptoms among children. **Behaviour Research and Therapy** v. 36, p. 545-566, 1998.

SPENCE, S. H.; BARRETT, P. M.; TURNER, C. M. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. **Anxiety Disorders** v. 17, p. 605-625, 2003.

VAN DEN BERG, M. M.; BENNINGA, M. A.; DI LORENZO, C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. **Am J Gastroenterol** v. 101 n. 10, p. 2401-2409, 2006.

VAN DIJK, M. et al. Chronic childhood constipation: a review of the literature and the introduction of protocolized behavioral intervention program. **Patient Education and Counseling** v. 67, p. 63-77, 2007.

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Rev. Bras. Ter. Cogn.** v. 5 n. 1, p. 46-61, 2009.

VICEDO, M. Mothers, machines and morals: Harry Harlow's work on primate love from lab to legend. **Journal of the History of the Behavioral Sciences** v. 45 n. 3, p. 193-218, 2009.

WALKER, L. S.; BECK, J.; ANDERSON, J. Functional abdominal pain and separation anxiety: helping the child return to school. **Pediatr Ann** v. 38 n. 5, p. 267-271, 2009.

WALKER, L. S.; CLAAR, R. L.; GARBER, J. Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? **J Pediatr Psychol** v. 27 n. 8, p. 689-698, 2002.

WALKER, L. S. et al. Parent attention versus distraction: Impact on symptom complaints by children

with and without chronic functional abdominal pain. **Pain** v. 122, p. 43-52, 2006.

_____ Appraisal and coping with daily stressors by pediatric patients with chronic abdominal pain. **J Pediatr Psychol** v. 32 n. 2, p. 206-216, 2007.

WATERS, A. M. et al. Functional gastrointestinal symptoms in children with anxiety disorders. **J Abnorm Child Psychol** v. 41, p. 151-163, 2013.

WEICH, S; PATTERSON, J; SHAW, R; STEWART-BROWN, S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. **Br J Psychiatry** v. 194, n. 5, p. 392-398, 2009.

WEST, A. F.; STEINHARDT, K. Containing anxiety in the management of constipation. **Arch Dis Child** v. 88, p. 1038-1039, 2003.

WHITE, G. W.; JELLINEK, M. S.; MURPHY, M. The use of rating scales to measure outcomes in Child Psychiatry and Mental Health. In: BAER, L; BLAIS, M. A. (Ed.) **Handbook of Clinical Rating Scales and assessment in Psychiatry and Mental Health**. New York: Humana Press, 2010.

WOOD, J. D. Neuropathophysiology of functional gastrointestinal disorders. **World J Gastroenterol** v. 13 n. 9, p. 1313-1332, 2007.

ANEXOS

Anexo A:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Dados de identificação**

Título do Projeto: Avaliação do nível de ansiedade de crianças com constipação crônica funcional e suas mães

Pesquisador Responsável: Bruno dos Santos Santana

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço para contato: Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Telefones para contato: (81) 2126-3918 ou (81) 9915-8525

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – Avenida da Engenharia, s/n – 1º andar – Cidade Universitária, Recife – PE. CEP 50740 – 600.

Telefone para contato: (81) 2126-8588

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do nível de ansiedade de crianças com constipação crônica funcional e suas mães”, de responsabilidade do pesquisador Bruno dos Santos Santana.

Esta pesquisa busca avaliar ansiedade e sintomas de constipação crônica funcional (“prisão de ventre”) em mães de crianças com e sem constipação, bem como investigar ansiedade nas próprias crianças. Isso se justifica porque os tratamentos convencionais, embora adequados, deixam de abordar os aspectos emocionais das crianças, que desempenham um papel importante no surgimento e na manutenção do quadro.

Serão utilizados nesta pesquisa questionários e inventários desenvolvidos para o estudo de ansiedade e de constipação crônica funcional. Os resultados destes serão mantidos em sigilo absoluto e arquivados no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sendo acessados apenas pelo pesquisador. Nenhuma informação pessoal será divulgada.

Durante a realização da pesquisa, você estará exposto ao risco de constrangimento com alguma das perguntas, que podem ter um caráter mais íntimo. Caso isso aconteça, pode recusar-se a respondê-la sem que haja qualquer prejuízo.

Os benefícios aos participantes consistem na garantia de encaminhamento aos serviços especializados quando se diagnosticar constipação crônica funcional ou níveis elevados de ansiedade.

Como benefícios diretos, a todos que participarem do estudo serão dadas orientações dietéticas e de estilo de vida que ajudem a prevenir a constipação.

Em caso de dúvidas sobre a investigação, os pesquisadores poderão ser encontrados no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Dados adicionais sobre os aspectos éticos da pesquisa podem ser obtidos junto ao Comitê de Ética da Universidade.

A participação na pesquisa é voluntária. É possível recusar-se a prosseguir na pesquisa em qualquer etapa em que esta se encontre. Portanto, sua aceitação ou recusa não interferirá no acesso aos tratamentos que se façam necessários.

Esta pesquisa não envolve remuneração de espécie alguma aos que nela se encontrem envolvidos.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

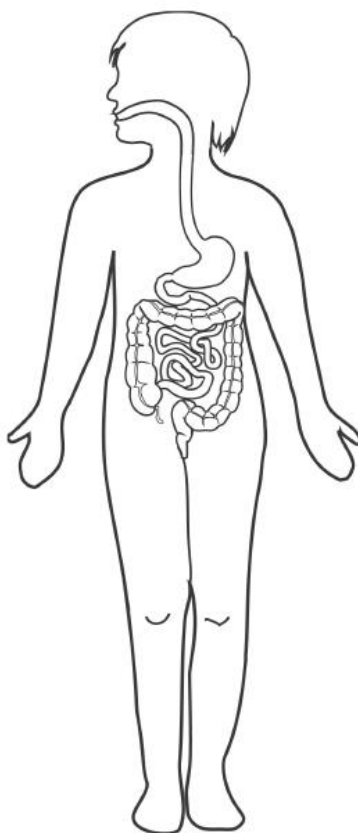
Testemunha

Testemunha

Anexo B

FORMULÁRIO DE RELATO DOS PAIS
CRIANÇA DE 4 ANOS DE IDADE E MAIS
Questionário de Sintomas Gastrointestinais Pediátricos,
versão Roma III (QSGP-III)

(adaptado do Questionário de Sintomas Gastrointestinais Pediátricos,
Walker, Caplan-Dover & Rasquin-Weber, 2000)



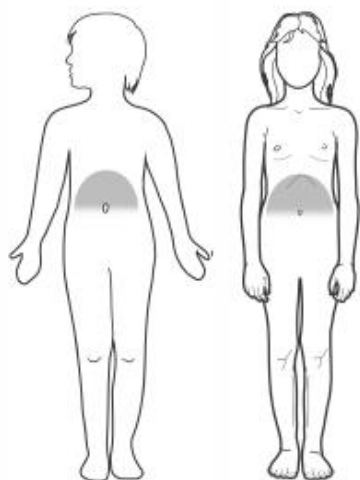
Instruções

Este questionário é sobre os órgãos da barriga de seu (sua) filho (a) (mostre a figura) e problemas que podem estar acontecendo com ele. Alguns problemas podem estar acontecendo com seu (sua) filho (a) e outros não.

Por favor, tente responder *todas* as perguntas da melhor forma possível. Se você *não conseguir* responder alguma pergunta, por favor responda “eu não sei”.

**Seção A. Dor e sensação de desconforto na
parte da barriga que fica para cima do umbigo**

A parte pintada da figura abaixo mostra a região acima do umbigo de seu (sua) filho (a) onde ele (ela) pode sentir dor ou sensação de desconforto algumas vezes. Algumas palavras para essas sensações são estômago embrulhado, enjoo, inchaço na barriga, barriga cheia ou não ter fome mesmo comendo muito pouco.



As perguntas agora são sobre dor e sensação de desconforto PARA CIMA do umbigo que seu (sua) filho (a) pode ter sentido nos últimos 2 meses. Crianças podem ter dor e sensação de desconforto em mais de uma parte da barriga. Depois será perguntado sobre as outras partes ao redor e para baixo do umbigo de seu (sua) filho (a).

Para cima do

umbigo

1. Quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu dor ou desconforto *para cima do umbigo* nos últimos 2 meses?

- | | | |
|---|--|---|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 1. <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes no mês | 4. <input type="checkbox"/> Todos os dias |
| 2. <input type="checkbox"/> 1 vez na semana | 3. <input type="checkbox"/> Várias vezes na semana | |

Se a criança não teve dor ou sensação de desconforto para cima do umbigo nos dois últimos meses, por favor, vá para a Seção B.

2. O que seu (sua) filho (a) sentiu *para cima do umbigo*? (Podem ser marcadas uma ou mais respostas)

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Dor | 0. <input type="checkbox"/> Não | 1. <input type="checkbox"/> Sim |
| b. Enjoo | 0. <input type="checkbox"/> Não | 1. <input type="checkbox"/> Sim |
| c. Inchaço na barriga | 0. <input type="checkbox"/> Não | 1. <input type="checkbox"/> Sim |
| d. Barriga cheia | 0. <input type="checkbox"/> Não | 1. <input type="checkbox"/> Sim |
| e. Não teve fome mesmo comendo muito pouco | 0. <input type="checkbox"/> Não | 1. <input type="checkbox"/> Sim |

3. Qual a força da dor ou do desconforto *para cima do umbigo* que seu (sua) filho (a) sentiu nos últimos 2 meses?

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Fraca | 2. <input type="checkbox"/> Nem fraca, nem forte | |
| 3. <input type="checkbox"/> Forte | 4. <input type="checkbox"/> Muito forte | <input type="checkbox"/> Eu não sei |

4. Quando seu (sua) filho (a) sente dor ou desconforto *para cima do umbigo*, quanto tempo isso dura?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora | 2. <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas | | |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 a 4 horas | 4. <input type="checkbox"/> A maior parte do dia | 5. <input type="checkbox"/> O dia todo | |

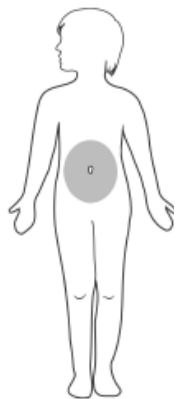
5. Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) sente dor ou sensação de desconforto *para cima do umbigo*?

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 1 mês ou menos | 2. <input type="checkbox"/> 2 meses | |
| 3. <input type="checkbox"/> 3 meses | 4. <input type="checkbox"/> 4 a 11 meses | 5. <input type="checkbox"/> 1 ano ou mais |

Nos últimos 2 meses, quando seu (sua) filho (a) sentiu dor ou desconforto para cima do umbigo	0% do tempo Nunca	25% do tempo Uma vez perdida	50% do tempo Algumas vezes	75% do tempo Várias vezes	100% do tempo Sempre	Eu não sei Marque o quadrado
6. Passou depois que ele (ela) fez cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. O cocô dele (dela) ficou mais amolecido e ralo ou mais líquido do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. O cocô dele (dela) ficou mais duro do que o normal ou como cocô de cabra?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Ele (ela) fez cocô mais vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Ele (ela) fez cocô menos vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Ele (ela) sentiu a barriga inchada?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Ele (ela) sentiu dor de cabeça?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Ele (ela) teve dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
14. Ele (ela) teve dor nos braços, nas pernas ou nas costas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Ele (ela) sentiu fraqueza ou tontura?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
16. Ele (ela) faltou a escola ou parou de fazer as atividades (brincadeiras, estudo)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

**Seção B. Dor na barriga ao redor do umbigo e na
parte barriga que fica para baixo do umbigo**

As perguntas aqui são sobre as partes ao redor do umbigo e na parte da barriga que fica para baixo do umbigo de seu (sua) filho (a). Essas partes estão pintadas nas figuras abaixo. Crianças às vezes sentem a barriga dolorida ou dor na barriga. Barriga dolorida é mais fraco do que dor na barriga. Algumas vezes as crianças chamam a barriga dolorida ou a dor na barriga de “dor de barriga”.



Ao redor do umbigo



Para baixo do umbigo

1. Quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu a barriga dolorida ou dor *ao redor do umbigo ou para baixo do umbigo* nos últimos 2 meses?

0. ☐ Nunca 1. ☐ 1 a 3 vezes no mês
2. ☐ 1 vez na semana 3. ☐ Várias vezes na semana 4. ☐ Todos os dias

Se a criança não teve a barriga dolorida ou dor na barriga nas partes ao redor ou abaixo do umbigo nos dois últimos meses, por favor, vá para a Seção C.

2. Qual a força da dor que seu (sua) filho (a) sente *ao redor ou para baixo do umbigo* nos últimos 2 meses?

1. ☐ Fraca 2. ☐ Nem fraca, nem forte
3. ☐ Forte 4. ☐ Muito forte ☐ Eu não sei

3. Quando seu (sua) filho (a) sente dor ou desconforto *ao redor ou para baixo do umbigo*, quanto tempo isso dura?

1. ☐ Menos de 1 hora 2. ☐ 1 a 2 horas
3. ☐ 3 a 4 horas 4. ☐ A maior parte do dia 5. ☐ O dia todo

4. Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) sente a barriga dolorida ou dor *ao redor ou para baixo do umbigo*?

1. ☐ 1 mês ou menos 2. ☐ 2 meses
3. ☐ 3 meses 4. ☐ 4 a 11 meses 5. ☐ 1 ano ou mais

Nos últimos 2 meses, quando seu (sua) filho (a) teve dor ao redor do umbigo	0% do tempo Nunca	25% do tempo Uma vez perdida	50% do tempo Algumas vezes	75% do tempo A maioria das vezes	100% do tempo Sempre	Eu não sei Marque o quadrado
5. Passou depois que ele (ela) fez cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. O cocô dele (dela) ficou mais amolecido e ralo ou mais líquido do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. O cocô dele (dela) ficou mais duro do que o normal ou como cocô de cabra?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Ele (ela) fez cocô mais vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Ele (ela) fez cocô menos vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Ele (ela) sentiu a barriga inchada?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Ee (ela) sentiu dor de cabeça?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Ele (ela) teve dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Ele (ela) teve dor nos braços, nas pernas ou nas costas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
14. Ele (ela) sentiu fraqueza ou tontura?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Ele (ela) faltou a escola ou parou de fazer as atividades (brincadeiras, estudo)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

16. No último **ano**, quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu uma dor **muito forte** ao redor do umbigo, que durou **2 horas ou mais** e fez ele (ela) parar tudo aquilo que estava fazendo?

0. ____ Nunca (*se nunca, por favor vá para a próxima seção*)
1. ____ 1 vez 2. ____ 2 vezes
3. ____ 3 a 5 vezes 4. ____ 6 vezes ou mais

16a. Durante essa dor muito forte, o que seu (sua) filho (a) sentiu?

- | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| a. Ficou sem apetite | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
| b. Alguma coisa no estômago | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
| c. Vômito | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
| d. Ficou pálido | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
| e. Dor de cabeça | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
| f. Não aguentava luz nos olhos | 0. ____ Não | 1. ____ Sim |

16b. Entre uma crise de dor muito forte e outra, seu (sua) filho (a) não sente nada por muitas semanas ou mais?

- | | |
|-------------|-------------|
| 0. ____ Não | 1. ____ Sim |
|-------------|-------------|

Seção C. Fazer cocô (“fezes”, “número 2”)

Essa parte pergunta sobre o cocô de seu (sua) filho (a). Existem muitas palavras para falar cocô como “eliminar fezes”, “defecar” ou “fazer número 2”. Sua família pode dizer outras palavras para falar sobre cocô.

1. Quantas vezes por dia ou por semana seu (sua) filho (a) fez cocô, nos últimos 2 meses?

1. ____ 2 ou menos vezes na semana
 2. ____ 3 a 6 vezes na semana
 3. ____ Uma vez no dia
 4. ____ 2 a 3 vezes no dia
 5. ____ Mais de 3 vezes no dia
 ____ Eu não sei

2. Como está o cocô de seu (sua) filho (a) nos últimos 2 meses?

1. ____ Muito duro
 2. ____ Duro
 3. ____ Nem duro, nem mole
 4. ____ Muito pastoso ou mole
 5. ____ Mais líquido
 6. ____ Depende (seu cocô nem sempre é o mesmo)
 ____ Eu não sei

2a. Se o cocô de seu (sua) filho (a) fica duro, há quanto tempo ele está ficando duro?

0. ____ Menos de 1 mês
 1. ____ 1 mês
 2. ____ 2 meses
 3. ____ 3 meses ou mais

3. Seu (sua) filho (a) se queixa de dor quando o cocô está saindo nos últimos 2 meses?

0. ____ Não
 1. ____ Sim
 ____ Eu não sei

Nos últimos 2 meses, seu (sua) filho (a)	0% do tempo Nunca	25% do tempo Uma vez perdida	50% do tempo Algumas vezes	75% do tempo A maioria das vezes	100% do tempo Sempre	Eu não sei Marque o quadrado
4. Teve que ir às pressas para o sanitário para fazer cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Teve que se espremer (fazer muita força) para fazer o cocô sair?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Colocou catarro (branco, amarelado ou visguento) no cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Sentiu que ainda tinha cocô no bumbum mesmo quando terminou de fazer cocô (como se tivesse mais cocô para sair)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

8. Seu (sua) filho (a) fez um cocô tão grande que entupiu o sanitário nos últimos 2 meses?

0. ____ Não
 1. ____ Sim

3. ____ 3 vezes

4. ____ 4 vezes ou mais

5a. Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) tem esses vômitos várias vezes sem parar?

1. ____ 1 mês ou menos

2. ____ 2 meses

3. 3 meses

4. ____ 4 a 11 meses

5. ____ 1 ano ou mais

5b. Seu (sua) filho (a) sentiu enjoo quando ele (a) vomitou várias vezes sem parar?

0. ____ Não

1. Sim

5c. Seu (sua) filho (a) fica sem se queixar de nada muitas semanas ou mais entre as crises de vômitos que acontecem várias vezes sem parar?

0. ____ Não

1. Sim

6. Quantas vezes a comida voltou para a boca de seu (sua) filho (a) depois dele (a) comer nos últimos 2 meses?

0. Nunca.

1. ____ 1 a 3 vezes no mês

2. ____ Uma vez na semana

3. Várias vezes na semana

4. Todos os dias

6a. Isso acontece em menos de uma hora depois de seu (sua) filho (a) comer?

0. ____ Não

1. Sim

6b. A comida voltou para a boca de seu (sua) filho (a) quando ele (a) está dormindo?

0. Não

1. Sim

6c. Seu (sua) filho (a) sentiu enjoo e vomitou quando a comida voltou para a boca dele (a)?

0. Não

1. Sim

6d. Seu (sua) filho (a) sentiu dor quando a comida voltou para a boca dele (a)?

0. Não

1. Sim

6e. O que seu (sua) filho (a) fez quando a comida voltou para a boca dele (a)?

0. ____ Engoliu

1. ____ Cuspiu para fora

Anexo C

Critérios diagnósticos do Formulário de Relato dos Pais

1. Dispepsia funcional (TODOS OS ITENS)

A1 = resposta 2, 3 ou 4 **MAIS**

A5 = resposta 2, 3, 4 ou 5 **MAIS**

A6 = resposta algumas vezes ou menos (**ESSE**)

OU

A7 ou A8 = nunca ou uma vez perdida

A9 ou A10 = nunca ou uma vez perdida

(UM DESSES)

2. Síndrome do intestino irritável (TODOS OS ITENS)

A1 = resposta 2, 3 ou 4 **MAIS**

A5 = resposta 2, 3, 4 ou 5 **ASSOCIADA COM 2 OU MAIS DOS SEGUINTE**

A6 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

A7 ou A8 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

A9 ou A10 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

B1 = resposta 2, 3 ou 4 **MAIS**

B4 = resposta 2, 3, 4 ou 5 **ASSOCIADA COM 2 OU MAIS DOS SEGUINTE**

B5 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

B6 ou B7 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

B8 ou B9 = resposta algumas vezes, a maioria das vezes, sempre

SUGESTIVOS: C4, C5, C6 e C7 = presentes em qualquer nível

3. Enxaqueca abdominal (TODOS OS ITENS)

B16 = resposta 1, 2, 3 ou 4 **MAIS**

B16a = dois ou mais sintomas presente **MAIS**

B16b = resposta sim

4. Dor abdominal funcional (TODOS OS ITENS)

A1 = resposta 2, 3 ou 4 **MAIS**

B1 = resposta 2, 3 ou 4 **MAIS**

A5 = resposta 2, 3, 4 ou 5

B4 = resposta 2, 3, 4 ou 5

Critério insuficiente (ou seja, não preenche o necessário) para dispepsia funcional, SII, enxaqueca abdominal, síndrome da dor abdominal funcional

5. Síndrome da dor abdominal funcional

A1 = resposta 3 ou 4 **MAIS**

B1 = resposta 3 ou 4 **MAIS**

A5 = resposta 2, 3, 4 ou 5 **E UM OU MAIS DE**
OU MAIS DE

B4 = resposta 2, 3, 4 ou 5 **E UM**
OU MAIS DE

A12 = resposta 2, 3 ou 4 ou

B11 = resposta 2, 3 ou 4 ou

A13 = resposta 2, 3 ou 4 ou

B12 = resposta 2, 3 ou 4 ou

A14 = resposta 2, 3 ou 4 ou

B13 = resposta 2, 3 ou 4 ou

A15 = resposta 2, 3 ou 4 ou

B14 = resposta 2, 3 ou 4 ou

A16 = resposta 1, 2, 3 ou 4

B15 = resposta 1, 2, 3 ou 4

6. Constipação funcional (DOIS OU MAIS)

C1 = resposta 1

C8 = resposta 1

C2 = resposta 1 ou 2

C9 = resposta 2, 3 ou 4

C3 = resposta 1

C10 = resposta 1

C11 = resposta 3, 4

ou 5

7. Incontinência fecal não retentiva (TODOS OS ITENS)

C11 = resposta 3, 4 ou 5 **MAIS**

C11a = resposta 3 **MAIS**

C11b = respostas 2, 3, 4 ou 5 **MAIS**

Sem critério (não preenche) para

constipação funcional

8. Aerofagia (DOIS OU MAIS)

D1 = resposta a maioria das vezes ou sempre
ou sempre

D2 = resposta a maioria das vezes

D3 = resposta a maioria das vezes ou sempre
ou sempre

D4 = resposta a maioria das vezes

9. Síndrome do vômito cíclico (TODOS OS ITENS)

D5 = resposta 1, 2, 3 ou 4 **MAIS**

D5a = resposta 2, 3, 4 ou 5 **MAIS**

D5b = resposta 1 **MAIS**

D5c = resposta 1

10. Síndrome da ruminação do adolescente (TODOS OS ITENS)

D6 = resposta 2, 3, ou 4 **MAIS**

D6a = resposta 1 **MAIS**

D6b = resposta 1 **MAIS**

D6c = resposta 1 **MAIS**

D6d = resposta 1

Não tem enjoo

Não responde ao tratamento padrão para refluxo

Anexo D

FORMULÁRIO ROMA III – MÓDULO CONSTIPAÇÃO

Módulo Constipação		
1. Nos últimos 3 meses, quantas vezes você sentiu desconforto ou dor em qualquer parte de sua barriga?	0. Nunca → 1. Menos de um dia por mês 2. Um dia por mês 3. 2 a 3 dias por mês 4. Um dia por semana 5. Mais de um dia por semana 6. Todos os dias	Não fazer as outras questões
2. Esse desconforto ou dor ocorre apenas durante sua menstruação e não em outros dias?	0. Não 1. Sim 2. Não se aplica (menopausa)	
3. Você tem esse desconforto ou dor há 6 meses ou mais tempo?	0. Não 1. Sim	
4. Com que frequência esse desconforto ou dor melhora ou para após você fazer cocô?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
5. Quando esse desconforto ou dor começa, você faz cocô mais vezes?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
6. Quando esse desconforto ou dor começa, você faz cocô menos vezes?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
7. Quando esse desconforto ou dor começa, você faz cocô mais amolecido?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
8. Quando esse desconforto ou dor começa, você faz cocô mais duro?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
9. Nos últimos 3 meses, com que frequência você tem tido fezes amolecidas ou feito água?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	0. Nunca ou raramente 1. Cerca de 25% das vezes 2. Cerca de 50% das vezes 3. Cerca de 75% das vezes 4. Sempre, 100% das vezes

10. Nos últimos 3 meses, com que frequência você tem tido fezes duras ou em bolinhas?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	0. Nunca ou raramente 1. Cerca de 25% das vezes 2. Cerca de 50% das vezes 3. Cerca de 75% das vezes 4. Sempre, 100% das vezes
11. Nos últimos 3 meses com que frequência você teve menos de 3 evacuações(0 a 2) por semana?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
12 Nos últimos 3 meses com que frequência você teve que se espremer(fazer muita força)para evacuar?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
13 Nos últimos 3 meses com que frequência você sentiu que ainda tinha cocô para sair mesmo quando terminou de evacuar?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
14 Nos últimos 3 meses com que frequência você sentiu que as fezes não saíam quando foi evacuar?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
15 Nos últimos 3 meses com que frequência você teve apertar seu bumbum ou remover as fezes para completar a evacuação?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
16 Nos últimos 3 meses com que frequência você teve dificuldade para relaxar ou deixar que as fezes saíssem durante a evacuação?	0. Nunca ou raramente 1. Algumas vezes 2. Com frequência 3. Maioria das vezes 4. Sempre	
17 Qualquer dos sintomas listados nas questões 10 a 16 começaram a mais de 6 meses atrás?	0. Não 1. Sim	

Anexo E

Crêterios diagnósticos para o Módulo Constipação

Constipação funcional:

1. Deve incluir dois ou mais dos seguintes:
 - a) Esforço durante, pelo menos, 25% das evacuações (ao menos com frequência; questão 12>1).
 - b) Fezes endurecidas em, pelo menos, 25% das evacuações (ao menos com frequência; questão 10>1).
 - c) Sensação de evacuação incompleta em, pelo menos, 25% das evacuações (ao menos algumas vezes; questão 13>0).
 - d) Sensação de bloqueio/obstrução anorretal em, pelo menos, 25% das evacuações (ao menos algumas vezes; questão 14>0).
 - e) Manobras manuais para facilitar em, pelo menos, 25% das evacuações (ao menos algumas vezes; questão 15>0)
 - f) Menos de três evacuações por semana (ao menos com frequência; questão 11>1)
2. Fezes pastosas ou líquidas raramente presentes sem o uso de laxativo (questão 9=0).

Anexo F

SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)

- 01 – quando tem medo, não pode respirar bem
- 02 – quando está na escola, queixa-se de dores de cabeça
- 03 – não gosta de estar com pessoas que não conhece bem
- 04 – dá-lhe medo dormir em outras casas
- 05 – preocupa-se com o que pensam dele
- 06 – quando tem medo, sente que vai desmaiar
- 07 – é uma criança nervosa
- 08 – acompanha-me a toda parte aonde vou (“é como minha sombra”)
- 09 – as pessoas dizem que meu filho é nervoso
- 10 – fica nervoso com as pessoas que não conhece bem
- 11 – quando está na escola, sente dores de estômago (barriga)
- 12 – quando tem medo, sente –se como se fosse enlouquecer
- 13 – preocupa-se se tem que dormir sozinho
- 14 – preocupa-se em ser tão bom como os demais colegas
- 15 – quando tem muito medo, sente como se as coisas não fossem reais
- 16 – sonha que algo de ruim vai acontecer com seus pais
- 17 – preocupa-se quando tem que ir à escola
- 18 – quando tem medo, seu coração bate mais rápido
- 19 – treme de medo
- 20 – sonha que algo de ruim vai lhe acontecer
- 21 – preocupa-lhe como vão sair as coisas que faz
- 22 – quando tem medo transpira muito
- 23 – preocupa-se demais
- 24 – sente medo sem nenhum motivo
- 25 – dá-lhe medo estar sozinho em casa
- 26 – custa-lhe falar com pessoas que não conhece
- 27 – quando tem medo, sente que não pode engolir
- 28 – as pessoas dizem que meu filho se preocupa em demasia

- 29 – não gosta de estar separado de sua família
- 30 – dá-lhe medo ficar com pânico
- 31 – preocupa-lhe que algo de ruim possa acontecer com seus pais
- 32 – fica envergonhado quando está com pessoas que não conhece
- 33 – preocupa-se com o futuro
- 34 – quando tem medo, sente vontade de vomitar
- 35 – preocupa-lhe saber se faz bem as coisas
- 36 – tem medo de ir a escola
- 37 – preocupa-se com o passado
- 38 – quando tem medo, sente-se enjoado, mareado

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2a porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3a Série Fundamental
Primário completo	1	4a. Série Fundamental
Ginásial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima = 0
Pontuação máxima = 46

Anexo H

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepccs@ufpe.br

Ofício nº. 101/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 14 de maio de 2013.

Ao

Pesquisador Bruno dos Santos Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 469922

CAAE – 0471.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 483/11

Título: Avaliação do nível de ansiedade de crianças com constipação crônica funcional e suas mães.

Pesquisador Responsável: Bruno dos Santos Santana

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 14/05/2013 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente


Prof. Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE

 **Prof. Vânia Pinheiro Ramos**
Vice-coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE