



**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ICS) – Universidade Federal da Bahia
(UFBA) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

CLAUDIA DOS REIS MOTTA

**O QUE SABEM OS RESIDENTES DE PEDIATRIA, DE SALVADOR-BAHIA,
SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL
CRÔNICA COM ÊNFASE NOS ASPECTOS PSÍQUICOS?**

**Salvador
2011**

CLAUDIA DOS REIS MOTTA

**O QUE SABEM OS RESIDENTES DE PEDIATRIA, DE SALVADOR-BAHIA,
SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL
CRÔNICA COM ÊNFASE NOS ASPECTOS PSÍQUICOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Rodrigues Silva
Coorientador: Dr. Hélio de Castro.

Salvador
2011

M921 Motta, Claudia dos Reis.

O que sabem os residentes de pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos? / Claudia dos Reis Motta. – Salvador, 2011.

122f. : il.; 30 cm.

Orientadora: Professora Luciana Rodrigues Silva.

Coorientador: Helio de Castro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde, 2011.

1. Psicoterapia. 2. Residência médica. 3. Constipação - intestino. 4. Psicanálise. 5. Informação. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. II. Silva, Luciana Rodrigues. III. Castro, Helio de. IV. Título.

CDU 616.89

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS

Aos dois dias do mês de dezembro de dois mil e onze, reuniu-se em sessão pública o Colegiado do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas com a finalidade de apreciar a Defesa Pública da Dissertação da Pós-graduanda **Cláudia dos Reis Motta**, através da Comissão Julgadora composta pelas Professoras **Solange Tavares Rubim de Pinho**, **Luíza Amélia Cabus Moreira** e **Maria Eugênia Farias Almeida Motta**. O título da Dissertação apresentado foi **O QUE SABEM OS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRIA SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL E OS ASPECTOS PSÍQUICOS**. Ao final dos trabalhos os membros da mencionada Comissão Examinadora emitiram os seguintes pareceres:

Profa. Dra. Solange Tavares Rubim de Pinho Aprovada
Profa. Dra. Luíza Amélia Cabus Moreira Aprovada
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta aprovada

Franqueada a palavra, como não houve quem desejasse fazer uso da mesma lavrou-se a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada por todos.

Salvador, 02 de dezembro de 2011

Profa. Dra. Solange Rubim de Pinho
Profa. Dra. Luíza Amélia Cabus Moreira
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

TERMO DE APROVAÇÃO

CLAUDIA DOS REIS MOTTA

O QUE SABEM OS RESIDENTES DE PEDIATRIA, DE SALVADOR-BAHIA, SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL CRÔNICA COM ÊNFASE NOS ASPECTOS PSÍQUICOS?

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Eugenia Farias Almeida Motta

Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo
Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Luíza Amélia Cabus Moreira

Doutora em Medicina pela Universidade Federal da Bahia
Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Solange Tavares Rubim de Pinho

Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Fundação Bahiana para o
Desenvolvimento das Ciências
Professora Associada da Universidade Federal da Bahia

Salvador, 02 de dezembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

À vida que coloca diante de mim as experiências na proporção exata para a minha evolução, sem qualificá-las de *positivas ou negativas*, porém *dádivas* para o meu crescimento. À vida que me traz tantas pessoas queridas e importantes que se conectam a mim, a cada dia, com alegria de viver:

A meus pais, Nelma e César: sem eles, que estão sempre a meu lado e incondicionalmente amam-me com a mais pura simplicidade e sabedoria do amor, não teria realizado tantas conquistas em minha vida. À minha sábia mãe e à força sempre presente do meu pai, dedico essa Dissertação.

À minha querida orientadora Profa. Luciana – a quem admiro pela competência e posturas pessoal e profissional – agradeço por acompanhar, passo a passo, esses dois anos de trabalho árduo. Agradeço principalmente, por confiar e abrir-me uma porta no momento em que cheguei a pensar não mais haver possibilidades para ingressar no mestrado.

A Hélio, meu analista, supervisor e coorientador: agradeço do fundo da minha alma, por estar passo a passo caminhando comigo em sua escuta atenta e amorosa. A escuta que acolhe, dá continência e a palavra firme que oferece os limites nos momentos exatos para que o movimento aconteça – clinicar, trabalhar, escrever, amar a vida e dar sentido a ela.

Ao Prof. Roberto Paulo, pela brilhante ideia de construir um programa de pós-graduação multidisciplinar, pelo trabalho e tempo dedicados aos alunos e ao nosso Programa de Pós-graduação.

A todos os Professores do Curso de Pós-graduação que contribuíram para o meu aperfeiçoamento como pessoa e profissional.

À SEDE Psicanálise, por todos esses anos de formação e aprendizagem na luta pela causa psicanalítica. À clínica psicanalítica, de onde extraí o tema desta pesquisa.

À querida madrinha Sylvia – que ultrapassou as fronteiras do espaço geográfico ao conectar-se desde a China, para que eu mantivesse a luta pelo caminho do Mestrado – agradeço pelo apoio e amor. Ao meu também querido Dindo do coração – tio Afonso – pelo carinho e encorajamento por seguir em frente. A ambos, que representam para mim, exemplos como pessoas e profissionais da academia.

Ao tio Jonga, grande pesquisador e também exemplo. Agradeço por sua sensibilidade e presença nos momentos que mais necessito.

A toda a minha família que faz parte de minha história.

À minha amiga irmã Eunice, que ocupa um lugar especial em minha vida. Agradeço por todos os momentos de companheirismo, pelas palavras de encorajamento e amizade sincera. Obrigada por existir.

Aos queridos amigos Ana Lú, Marga e Bob que apesar de distantes fisicamente, estão sempre próximos na alma, porque sei que são pessoas com as quais posso contar.

A toda a turma da Pós-graduação pelo carinho, pelas trocas multiprofissionais, pessoais e pelo apoio – especialmente à Cinara, Cláudio, Sandro e Eduardo que, em momentos pontuais, estiveram presentes e muito colaboraram para o meu crescimento. E também Ana Paula, que contribuiu de forma cuidadosa e especial para o meu ingresso no Mestrado, e Elisângela pela sua preciosa cooperação.

À Juliana, por sua presença em tantos finais de semana, trabalhando e colaborando, de maneira gentil e eficaz, para a realização deste trabalho.

A toda a Equipe de Gastroenterologia do CPPHO-HUPES, pelo acolhimento e pelo respeito ao meu trabalho. Agradeço pelos encaminhamentos e pelas discussões enriquecedoras.

Aos funcionários do Setor de Gastroenterologia do CPPHO-HUPES, pela atenção e carinho, tão importantes para o suporte físico dos atendimentos.

Aos pacientes, pais e responsáveis que construíram um elo de confiança com a analista e concordaram com a participação no trabalho, pessoas com as quais aprendi muito, sob todos os aspectos, e também sobre o tema desta pesquisa.

Aos Residentes de Pediatria que contribuíram com seu saber, dispondo de seu precioso tempo para responder aos questionários. Sem suas respostas não teria sido possível produzir a escrita desta dissertação.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e aos seus funcionários pelo trabalho e apoio durante esses dois anos de pesquisa.

“O conteúdo intestinal [...] tem ainda para o lactante outros importantes sentidos. É obviamente tratado como parte de seu próprio corpo, representando o primeiro “presente”: ao desfazer-se dele, a criaturinha pode exprimir sua docilidade perante o meio que a cerca, e ao recusá-lo, sua obstinação. Do sentido de “presente”, esse conteúdo passa mais tarde ao de “bebê”, que, segundo uma das teorias sexuais infantis, é adquirido pela comida e nasce pelo intestino”.

(FREUD, 1905).

MOTTA. C.R. **O que sabem os Residentes de Pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos?** 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Introdução: A constipação intestinal funcional (CIF) é comum em crianças e sua etiologia é multifatorial. Este estudo avalia o conhecimento de Residentes de Pediatria sobre a relação entre a CIF e os fatores psicológicos. **Métodos:** Estudo descritivo quantitativo de corte transversal com 42 Residentes de Salvador, Brasil. Foi aplicado um questionário sobre diagnóstico, terapêutica, complicações e fatores psicoafetivos relacionados. **Resultados:** Responderam ao questionário 42 Residentes. Como fatores relacionados ao desenvolvimento da CIF, a frequência das respostas dos Residentes foi: 95,2% citaram dieta, 26,6% doenças orgânicas, 20% ritmo intestinal, 38% fatores emocionais dos pais e 23,8% citaram fatores emocionais da criança. Em relação aos aspectos relacionados à CIF, foram citados pelos entrevistados: ambiente familiar agressivo/abuso sexual foi citado por 88,1% dos Residentes, dificuldades da criança (50,0%), crise parental (66,7%), medo/ansiedade (78,6%), controle materno (61,9%), dificuldade paterna com limites (19%), depressão/inibição (57,1%), mania (19,0%), insônia (23,8%), timidez (69,0%), dificuldades escolares/dificuldades de socialização (64,3%) e 85,7% dos residentes admitem interferência de fatores psíquicos. Para 28,5% dos Residentes, o papel da mãe na família é educativo; para 26,1%, a função da mãe representa o suporte emocional e o papel do pai é coadjuvante/educativo para 11,9% dos respondentes. Com relação ao início do treino para evacuação no vaso: 46,3% dos Residentes indicaram a idade de 2-3 anos e 29,3% indicaram entre 1-2 anos de idade; 19,0% responderam que deve ser realizado sem exigências. Como complicações da CIF, os Residentes citaram dor, hemorroidas, fissura anal, obstrução intestinal e fecaloma (8,1% de frequência das respostas para cada complicação). Como indicadores para psicoterapia: 76,1% mencionaram aspectos psicoafetivos, 40,4% sugeriram dificuldades familiares. Para tratamento da CIF, 30,9% dos Residentes sugerem psicoterapia, 16,6% tratamento multidisciplinar, 97,6% mudança dietética, 33,3% indicaram o uso de laxantes, 23,8% treino ao vaso. Todos desejam mais informações sobre a CIF e 14,2% dos Residentes relataram a importância de pensar nos aspectos psíquicos da criança com CIF. **Conclusões:** O conhecimento dos Residentes sobre a importância dos aspectos psíquicos ainda não é consistente na determinação e no tratamento da CIF. Devem ser desenvolvidos programas educacionais multidisciplinares desde a graduação até a Residência Médica em Pediatria.

Palavras-Chave: constipação intestinal; conhecimento; residência médica; Psicoterapia

MOTTA, C.R. **What Pediatric Residents, from Salvador-Bahia, know about the relationship between chronic functional constipation with emphasis on psychological aspects?** 2011. 120f. Dissertation (Masters in Interactive Processes of Organs and Systems) - Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

Background: Functional constipation (FC) is common in children and it presents multifactorial causes. **Aims:** To evaluate what pediatrics residents know about the relationship between intestinal functional constipation and psychological factors. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and quantitative study with 42 medical residents in Salvador, Brazil using a questionnaire on diagnosis, therapy, complications and related psychoaffective factors. **Results:** 42 Residents answered the questionnaire. Overall, 95.2% of the Residents mentioned diet as a triggering factor of constipation, 26.6% organic diseases, 20.0% bowel rhythm, 38.0% emotional factors in the parents and 23.8% emotional factors in the child. Associated aspects mentioned by the Residents and the frequency of their answers: hostility in the family/sexual abuse (mentioned by 88.1% of the Residents), difficulties in the child (50.0%), parental crisis (66.7%), fear/anxiety (78.6%), maternal control (61.9%), father's difficulty in imposing limits (19%), depression/inhibition (57.1%), mania (19%), insomnia (23.8%), shyness (69%) and difficulties at school/ socializing (64.3%); 85.7% mentioned psychological factors. For 28.5% of the Residents, the mother's role is educational; for 26.1%, the mother's role corresponds to the emotional support. The father's role, for 11.9% of the respondents, is to educate as a support. Toilet training should begin at: 46.3% of the Residents indicated the age between 2-3 years old and 29.3% indicated the age between 1-2 years old; 19% of the Residents answered that the process should happen under no demands. Complications mentioned included pain, hemorrhoids, anal fissure, bowel obstruction and fecaloma (8.1% of the answers' frequency for each complication). Reasons for referring patient to psychotherapy: 76.1% of the Residents mentioned psychoaffective aspects and 40.4% answered family difficulties. Regarding treatment, 30.9% suggested psychotherapy, 16.6% multidisciplinary treatment, 97.6% dietary changes, 33.3% indicated the use of laxatives and 23.8% toilet training. All acknowledged the need for more information on FC and 14.2% of the residents mentioned the importance of considering psychological factors in children with FC. **Conclusions:** Residents' knowledge on associated psychological factors is still inconsistent for appropriately diagnosing and treating functional constipation. Multidisciplinary educational programs should be developed from undergraduate level up to medical residency.

Keywords: constipation; knowledge; medical residency; psychotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BMC	Bowel Management Clinic
CIF	Constipação Intestinal Funcional
CTL	Constipação de Trânsito Lento
CTN	Constipação de Trânsito Normal
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Intestinais Inflamatórias
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. Edição
EMG	Eletromiografia
EUA	Estados Unidos da América
DGIF	Desordens Gastrointestinais Funcionais
HPS	Hipotálamo-Pituitária-Suprarrenal
NASPGHAN	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
PCP	<i>Primary Care Physician</i>
RCUI	Retocolite Ulcerativa Idiopática
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sistema Nervoso Entérico
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL.....	21
2.2 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL: MUTIFATORIALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE	24
2.3 PSICOSSOMÁTICA E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL	42
2.4 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL	45
2.5 PAPEL DO PEDIATRA NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS....	50
3 OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL.....	544
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	544
4 METODOLOGIA.....	555
4.1 TIPO DE ESTUDO	56
4.2 AMOSTRA – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E PERFIL DA POPULAÇÃO	56
4.3 PERGUNTA E HIPÓTESE DO ESTUDO	56
4.4 COLETA DE DADOS	56
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
5 RESULTADOS	60
6 DISCUSSÃO	67
6.1 GUIA	76
7 CONCLUSÕES.....	79
REFERÊNCIAS:	81
APÊNDICES	88
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS RESIDENTES SOBRE O TRATAMENTO MÉDICO E PSICOTERÁPICO COMBINADOS NOS CASOS CRÔNICOS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	899
APÊNDICE B – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	92
APÊNDICE C - ORÇAMENTO	93

APÊNDICE D – ARTIGO ORIGINAL.....	94
ANEXOS	118
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	119
ANEXO B – ATESTADO DE REVISÃO DE INGLÊS	121
ANEXO C – ATESTADO DE CORREÇÃO DAS REGRAS DA ABNT.....	122122

O tema desse projeto nasce, então, a partir da experiência clínica com crianças que apresentam este sintoma como queixa principal. Na maioria das vezes, estas crianças foram submetidas a diversas intervenções medicamentosas, manipulações terapêuticas e dietéticas, e por vezes até condutas extremas como internamento hospitalar. Nestas situações crônicas e refratárias, muitas vezes estes pacientes respondem melhor quando o tratamento médico é associado à análise. Após alguns meses de atendimento multidisciplinar, as crianças começam a perder o medo de evacuar e, progressivamente, vão enfrentando a situação com mais naturalidade. As entrevistas analíticas com os pais e as crianças possibilitam que todos falem das questões envolvidas em sua relação com as fezes, e que significações veladas existem traduzidas pelo sintoma da constipação.

A constipação intestinal funcional (CIF) é uma condição frequente em todas as idades, inclusive em crianças e adolescentes e é definida pelos critérios do Roma III (RASQUIN et al., 2006) como uma combinação variável de sintomas gastrintestinais crônicos, não explicados por anormalidades bioquímicas ou orgânicas. De acordo com esses critérios, a criança com constipação intestinal funcional (CIF) deve apresentar duas ou menos defecações no vaso por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; histórico de postura retentiva; uma história de movimentos dolorosos do intestino e histórico de fezes de diâmetro largo que podem obstruir o vaso sanitário, além da presença de grande massa fecal no reto. A retenção das fezes está relacionada com a dor causada pela evacuação (RASQUIN et al., 2006; MOTTA et al., 2010; MORAIS et al., 2012). The North American Society of Gastroenterology and Nutrition (NASPGHAN) define a CIF como uma dificuldade ou uma postergação na evacuação, suficiente para causar angústia significativa no paciente, e que esteja presente por duas ou mais semanas (VAN DEN BERG et al., 2006). Este quadro pode agravar-se quando acrescenta-se a diminuição gradual do apetite, o sofrimento progressivo para evacuar e os transtornos psicológicos associados, fatores que perpetuam a constipação (NEHRA et al., 2000; ROGERS, 2003). Quase um terço das crianças diagnosticadas com constipação tem recaídas ou quadros crônicos, e algumas podem desenvolver a síndrome do intestino irritável (ALTAF et al., 2008).

A maioria das crianças portadoras de constipação (39 a 58%) apresenta uma desordem funcional sem uma clara anormalidade da motilidade do cólon (VAN DEN BERG et al., 2006; ALTAF et al., 2008). A questão que permanece é se o atraso no tempo da motilidade ocorre devido a uma real disfunção do cólon ou se é devido à impactação retal (VAN DEN BERG et al., 2006).

A constipação funcional é uma condição comum em crianças e adolescentes, cuja prevalência varia de 0,7 % a 29,6% (VAN DEN BERG et al., 2006). No Brasil essa variação está relatada de 24,4 % a 35,6 % (MORAIS et al., 2012). A incidência da obstipação intestinal na população infantil representa 25,0% das consultas de gastroenterologia pediátrica, notando-se uma alta incidência na época do treinamento de evacuação (entre 2 e 4 anos de idade) (RASQUIN et al., 2006).

A constipação intestinal funcional tem determinação multifatorial incluindo fatores relacionados com a dieta, hábitos alimentares, distúrbios de comportamento, elementos ligados ao eixo neurológico e às alterações de motilidade no aparelho digestivo, além de fatores psicológicos e emocionais (FARNAM et al., 2009; POENARU et al., 1997; SILVA, 2009; VAN DEN BERG et al., 2006). Pacientes com distúrbios gastrintestinais funcionais, inclusive constipação, declaram mais histórico de abuso sexual quando comparados com aqueles com distúrbios gastrintestinais de etiologia orgânica segundo alguns autores (DROSSMAN et al., 1995; LEROI et al., 1995). O sofrimento psicológico pode, por exemplo, através dos sistemas nervoso central e entérico ou vias autônomas produzir motilidade intestinal exagerada e desconforto abdominal (DROSSMAN et al., 1995; LEROI et al., 1995). A constipação pode representar um dos efeitos da hiperatividade do sistema simpático, e este centro, juntamente com o parassimpático do hipotálamo e da porção inferior do tronco cerebral, são controlados por padrões emocionais (GUYTON; HALL, 1997). Vários autores enfatizam (MOTTA et al., 2012) que os sintomas gastrointestinais presentes nos distúrbios funcionais – a alteração na percepção visceral e a dismotilidade intestinal – são decorrentes de mudanças no eixo cérebro-intestino, através do eixo hipotálamo-pituitária-suprarrenal (HPS), que por sua vez responde ao estresse físico e psicossocial, podendo causar disfunções dos mecanismos de controle do intestino, tanto no nível do sistema nervoso entérico (SNE), quanto no nível do sistema nervoso central (SNC).

Nas duas categorias de constipação intestinal idiopática - a constipação com trânsito lento (CTL) e aquela com trânsito normal (CTN), o sofrimento psicológico e a depressão podem tanto contribuir na manutenção e exacerbação dos sintomas das distúrbios gastrointestinais, quanto podem causar constipação (CHATTAT et al., 1997). A relação recíproca e significativa entre estas duas distúrbios gastrointestinais funcionais e alterações psicológicas é enfatizada por pesquisadores (ALANDER et al., 2005).

Aspectos como história de constipação familiar, instabilidade no relacionamento entre os pais, fatores genéticos, dieta, fatores psicológicos e psiquiátricos, hábitos sociais, crenças culturais e sociais, relacionamento entre os pais e as crianças, eventos estressantes na família, atividades diárias, e treinamento dos hábitos de evacuação encontram-se comumente associados à CIF (AMENDOLA et al., 2003; FARNAM et al., 2009; POENARU et al., 1997; VAN DEN BERG et al., 2006). Algumas crianças portadoras de constipação também apresentam o treinamento precoce de evacuação e medo de sentarem-se no vaso, pois associam a evacuação a uma experiência dolorosa (MOTTA et al., 2010; MOTTA et al., 2012; SILVA, 2009; RASQUIN et al., 2006). Além desses aspectos, a agressividade e a hostilidade na atmosfera familiar são descritos como fatores emocionais associados à CIF (LISBOA et al., 2008). Pesquisadores constataram que mães de crianças com constipação apresentaram maior nível de disforia e os pais eram mais agressivos que controles, representados por um grupo de crianças que não tinham constipação (LISBOA et al., 2008). Nos casos de crianças com enurese noturna, constipação intestinal, incontinência fecal e produção de um grande bolo fecal, encontrou-se um risco maior para apresentação de problemas comportamentais (VAN DIJK et al., 2010). A investigação desta relação causal é necessária para abordagens terapêuticas em pacientes com constipação crônica grave, devendo ser sempre incorporada uma triagem comportamental na elaboração diagnóstica de crianças e adolescentes com CIF (LISBOA et al., 2008; VAN DIJK et al., 2010).

Considerando que aspectos psicológicos e emocionais são fatores de risco para a CIF, o tratamento psicológico pode emergir como uma estratégia promissora para terapêutica da doença. Dentre as abordagens psicoterapêuticas com este fim, a psicanálise propõe o tratamento pautado no enfrentamento dos conflitos psíquicos subjacentes ao sintoma, e pode ainda auxiliar nesse processo, por meio da re-significação das relações do sujeito consigo e com o mundo. É fundamental que o profissional de saúde perceba que as questões orgânicas e psíquicas, muitas vezes, estão imbricadas. Dessa forma, fatos como a relação do sujeito com o prazer na dor, além de ganhos secundários que o paciente tem com a doença poderiam ser abordados mais adequadamente. Pesquisas alertam para a importância do trabalho multidisciplinar que inclui o gastroenterologista, o psicólogo, o fisioterapeuta, o nutricionista, o psiquiatra e eventualmente o cirurgião, para uma melhor condução do tratamento destes pacientes (AMENDOLA et al., 2003; MOTTA et al., 2012; NEHRA et al., 2000; POENARU et al., 1997; ROGERS, 2003). Esta abordagem reduz a necessidade de cirurgia e medicações,

previne o uso abusivo de laxantes, além de possibilitar a obtenção de um bom prognóstico e atender às necessidades individuais de cada criança (ROGERS, 2003).

Ainda nessa linha de pensamento, Solange Rubim de Pinho e cols. (2009) enfatizam que o pediatra possui um papel crucial na investigação e na identificação de manifestações psicopatológicas, do desenvolvimento emocional e estado mental de cada paciente. A anamnese do pediatra deve considerar como a doença é percebida pelos responsáveis e pela criança, além de investigar a descrição do sintoma e sua evolução, a história pessoal e familiar do paciente, o desempenho escolar, os vínculos da criança com a família e com as outras crianças e as funções biológicas como o sono, o apetite e o controle dos esfíncteres. Trilhar as mútuas influências entre o psiquismo e o somático, juntamente com a sua representação na vida mental, desvela o quadro do desenvolvimento integral do ser humano (PINHO et al., 2009).

O avanço biotecnológico constante da medicina não modificará a natureza humana do ato médico visto que este retrata uma combinação de ciência e arte (arte enquanto criação e interpretação). A fim de que elementos importantes como uma escuta cuidadosa e sensibilidade para perceber o outro estejam presentes, é indispensável uma transformação na relação e na interlocução do médico com seu paciente e com a família deste. Esta mudança precisa ser sustentada pela ética, por reflexões sobre a psicologia do desenvolvimento e seus distúrbios, além do respeito pela particularidade de cada criança. Desta forma, diante da ampliação da percepção das doenças, do enfrentamento a ambas, da intersecção entre elas, assim como sua herança genética, seu comportamento psicológico e influência do meio, surge cada vez mais a necessidade de observar o indivíduo em seus diversos aspectos, salientando-se a escuta e a análise do que traz o indivíduo como uma das vertentes mais importantes do tratamento de muitas enfermidades, mesmo aqueles de tenra idade (SILVA, 2009).

Freud (1919) escreve sobre a função relevante da psicanálise para a formação médica e acadêmica. O autor enfatiza a importância da elucidação dos fatores psíquicos nas diversas funções vitais, assim como nos processos de adoecimento e de cura. Em se tratando da área pediátrica, cuja principal característica é a mudança representada pelo constante crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, há ainda que enfatizar também a interlocução dos profissionais de saúde com os pais, que trazem consigo as suas histórias de vida misturadas com questões sobre as funções materna e paterna, ainda por serem construídas. Em uma entrevista realizada por Roudinesco (2010) sobre a clínica psicanalítica de Dolto com

crianças, esta se posicionou neste sentido, considerando a necessidade de os médicos compreenderem os problemas psíquicos da infância, porque eles podem expressar-se através de distúrbios psicossomáticos muitas vezes importantes.

Várias situações que acometem o trato digestivo, denominadas de doenças funcionais, não apresentam substrato orgânico identificado e, cada vez mais, estão associadas a distúrbios de comportamento, ao eixo neurológico aliado a alterações de motilidade no trato digestório e, até mesmo mais recentemente, a presença da síndrome do intestino irritável, por exemplo, e outros distúrbios desta natureza, têm sido descritos como vinculados, em algumas situações, ao abuso psicológico ou físico. Conhecer a relação entre os aspectos psíquicos e a constipação intestinal funcional, percebendo que cada caso é singular, poderá contribuir para um entendimento melhor dos pediatras e Residentes de pediatria sobre esta situação comum representada pela constipação. Sinais de alerta importantes para o encaminhamento psicoterápico, que o pediatra deveria investigar em crianças com constipação intestinal funcional, como por exemplo, a encoprese e o abuso físico ou mental, são indicadores da importância da multidisciplinaridade nos casos da constipação intestinal funcional. Para que o abuso físico ou mental seja abordado, é preciso primeiro construir-se um elo de confiança entre o pediatra e o paciente. O primeiro atendimento à criança e ao adolescente é realizado pelo pediatra e, para que se garanta um diagnóstico preciso e o cumprimento da terapêutica prescrita, ele necessita construir uma *relação de confiança/empatia* com a família e com a criança ou adolescente.

Diante de todos os aspectos acima expostos, é fundamental questionar-se sobre a formação dos Residentes de pediatria e seu saber em torno da multifatorialidade do diagnóstico, da complexidade do tratamento e da importância do encaminhamento dos pacientes portadores da constipação intestinal funcional para psicoterapia. Além disso, desenvolver programas multidisciplinares em torno da constipação intestinal funcional – desde o curso de graduação até a residência médica em Pediatria – pode ser fundamental para aperfeiçoar o conhecimento dos pediatras sobre a constipação funcional, desde quando é o pediatra quem, na maioria das vezes, primeiro escuta as queixas da criança e da família sobre os distúrbios no corpo, nas relações psicossociais e emocionais. Dessa forma, como o pediatra pode ter uma atuação psicoprofilaxante na questão da constipação intestinal funcional? É o pediatra que avalia e pode encaminhar, em determinados casos, o paciente ao especialista de saúde mental. Esse limite delinear-se-á de acordo com o grau e tipo de alteração psíquica do paciente, a *natureza* do problema e a *capacidade de avaliação* do pediatra.

Os Residentes de pediatria precisam estar melhor preparados para enfrentar não apenas os desafios com os pacientes e a família, mas também o desafio de escutar, comunicar-se e aprender com outros profissionais da área de saúde e vice-versa. A integração e comunicação entre os diversos profissionais, além de ser um desafio, ainda está truncada pela prevalência de disputa de ideias, esquecendo-se da importância que as distintas áreas do saber possuem e da efetividade do trabalho coletivo em prol da saúde mental e física do paciente. A multidisciplinaridade no tratamento da CIF, por exemplo, pode minimizar o tempo de sofrimento dos pacientes pediátricos e de suas famílias, bem como os custos financeiros do tratamento. Alguns profissionais já com maior ampliação no entendimento da obstipação alertam (dentre eles Maria Eugênia Motta et al., 2012) para a necessidade do médico estar mais atento para as características clínicas dos distúrbios intestinais funcionais nas diversas idades, questionam o modelo biomédico tradicional na abordagem desses pacientes e famílias, e indicam a revisão de conceitos e a inclusão de uma abordagem mais abrangente que considere a complexidade dos distúrbios funcionais.

O objetivo do presente estudo foi determinar o nível de conhecimento dos residentes de pediatria no que diz respeito à CIF, avaliando seus conhecimentos em aspectos como diagnóstico, possíveis complicações, aspectos psicossociais associados e terapêutica multidisciplinar. Trata-se de uma pesquisa inédita visto que não foram encontrados estudos nas bases de dados pesquisadas (Pubmed e Medline) que contemplassem esta questão específica: *O que os Residentes de pediatria, de Salvador-Bahia, sabem sobre a relação entre a constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos?*

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Devido à alta prevalência, ao alto custo econômico, assim como aos prejuízos causados à saúde e à qualidade de vida em geral, admite-se que esta é uma questão de ordem de saúde pública (MOTTA; SILVA, 1998; PEPPAS et al., 2008).

Em estudo de revisão sistemática, encontraram-se taxas de prevalência de constipação intestinal, na Europa e na Oceania, que estendem-se de 0,7% – em uma população pediátrica na Itália – a 81% em população masculina, idosa e hospitalizada. A maioria dos casos é de ordem funcional e apesar da etiologia específica da constipação intestinal funcional (CIF) não ter sido ainda elucidada, alguns fatores de risco são apontados como causa: os hábitos alimentares, a inatividade física, o nível socioeconômico, fatores psicológicos, treinamento para evacuação, motilidade intestinal e seus determinantes, uso de medicações e idade (PEPPAS et al., 2008).

Nos Estados Unidos, dentre 2,5 milhões de consultas médicas anuais, referentes à constipação em crianças e adultos, 15% foram pediátricas; 3% das crianças que compareciam à clínica pediátrica tinham constipação e 10-25% dos pacientes em uma clínica de gastroenterologia pediátrica foram encaminhados para avaliação e tratamento de constipação. Na Holanda, em torno de 45% das consultas de um centro terciário de gastroenterologia ocorreram devido a desordens de evacuação. Estes dados atestam o grande impacto causado pela constipação intestinal em crianças, nos cuidados com a saúde. Um outro aspecto bastante curioso verificado foi o fato de não existir correlação entre o tamanho da amostra de indivíduos e a prevalência na frequência da constipação intestinal (VAN DEN BERG et al., 2007). Van den Berg e cols. (2007) concluíram que a constipação intestinal em crianças e adolescentes é um problema comum no mundo inteiro, e indicam a necessidade da realização de amplos estudos epidemiológicos que utilizem um critério diagnóstico, amplamente aceito, da constipação pediátrica, pois esta é uma das dificuldades no caminho de uma definição mais precisa da prevalência da obstipação. Apesar do fato de que mesmo estudos que usaram critérios idênticos para definição diagnóstica da obstipação, dentro de um mesmo país e de uma mesma população, houve relato de índices de prevalência distintos desta condição.

Outra questão relevante, que dificulta estimar a prevalência dos casos de CIF, é o fato de que apenas um pequeno número de pacientes com CIF procura ajuda médica, e, também por esse motivo, a frequência das constipações relatadas varia entre 8% a 26% (MOTTA; SILVA, 1998; PEPPAS et al., 2008).

MOTTA e cols. (1998) realizaram uma pesquisa para detectar a prevalência de constipação intestinal crônica funcional em crianças menores de 11 anos residentes numa comunidade de baixa renda na cidade do Recife. Os resultados encontrados inicialmente indicaram 17,5% de casos de constipação intestinal crônica funcional. Quando se utilizaram parâmetros isolados como o esforço para evacuar e dor para defecar, obtiveram-se porcentagens mais significativas que demonstraram sensibilidade e especificidade de 96,8% e 99,5%, respectivamente. Esses resultados alertam o pediatra para realizar uma *busca mais ativa* pelos referidos sinais que indicam o quadro de constipação intestinal funcional, visto que este é pouco identificado precocemente, apesar de ser frequente nos ambulatórios pediátricos. Por outro lado, a prevalência dos casos crônicos nos ambulatórios médicos deve ser maior do que a encontrada na população em geral. Enfatiza-se ainda que sejam sistematicamente identificados se estão presentes parâmetros como *esforço para defecar, consistência aumentada das fezes e dor para evacuar*, a fim de detectar um maior número de crianças com o quadro referido. Sabe-se, inclusive, que os quadros muito crônicos já terão desenvolvido alterações orgânicas secundárias.

2.1 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

Em termos fisiológicos, o cólon tem como função absorver água e eletrólitos, fazer a condução do conteúdo intestinal, e armazená-lo, principalmente no sigmoide, até o momento da evacuação. O reflexo gastrocólico, que ocorre após as refeições, empurra o bolo fecal para o interior do reto. As fezes ao atingirem o reto promovem o relaxamento do esfíncter interno do ânus (que é involuntário). O indivíduo normal de mais idade pode discernir e escolher entre a eliminação de flatos e a contração voluntária do esfíncter externo, cuja musculatura é estriada e voluntária. A musculatura pélvica possui um papel fundamental para o funcionamento tanto da continência quanto da defecação. O controle da sincronização dos mecanismos da contração da musculatura do abdome na inspiração, do relaxamento do esfíncter externo do ânus e da contração do músculo elevador do ânus, inicia-se por volta dos dois anos de idade. Assim, torna-se possível inibir a defecação através da contração do

esfíncter externo do ânus e da musculatura glútea, empurrando o bolo fecal do canal do ânus para a ampola retal. No caso da constipação crônica funcional, ocorrem desvios nesta fisiologia, determinados por múltiplos fatores como genéticos, hábitos alimentares, episódios de evacuação dolorosa, fatores psicológicos e alteração da motilidade colônica.

O diagnóstico médico caracteriza a constipação, em geral, pelo movimento lento das fezes ao longo do intestino grosso, podendo estar relacionada a grandes quantidades de fezes secas e endurecidas no cólon descendente e acumuladas durante um tempo maior, havendo maior absorção de líquido (GUYTON; HALL, 1997).

As diretrizes da North American Society of Gastroenterology and Nutrition (NASPGHAN, 2006) alertam para o diagnóstico diferencial entre CIF e a constipação de causa orgânica quando são enfatizados alguns sinais significativos que podem sugerir quadros orgânicos – febre, distensão abdominal, náusea, vômitos, perda de peso ou pouco ganho de peso. Por outro lado, um histórico de comportamento retentivo, caracterizado pela contração do esfíncter anal e dos músculos dos glúteos na tentativa da criança de segurar as fezes, reduz a probabilidade diagnóstica de uma desordem orgânica. O comportamento retentivo pode provocar, a longo prazo, raiva nos pais e a criança pode ter temor, irritabilidade, escape fecal, distensão abdominal, cólica e perda de apetite. Acrescentado a isto, os pais, em sua maioria, têm dificuldades em interpretar o comportamento de retenção das fezes, confundindo-o com tentativas da criança para defecar. A dor implicada no movimento dos intestinos, no caso da obstipação, é identificada como um dos fatores causais do comportamento de retenção das fezes. A retenção progressiva das fezes pode conduzir à fadiga do músculo do assoalho pélvico e ao empobrecimento progressivo da competência do esfíncter anal (RASQUIN et al., 2006).

Inúmeros especialistas de vários países se reuniram com o objetivo de padronizar critérios diagnósticos clínicos para os mais diversos distúrbios gastrointestinais, dando origem aos critérios de Roma. O mais atual, os critérios de Roma III, foi publicado em 2006, quando a faixa etária pediátrica foi analisada em dois capítulos: o primeiro, dos lactentes e pré-escolares, e o segundo, o dos escolares e adolescentes.

A constipação funcional consiste em uma desordem da defecação e também do desenvolvimento, caracterizada por uma passagem difícil ou sintomática das fezes, com menor conteúdo líquido e, algumas vezes, associada ao escape fecal ou *soiling* (AMENDOLA et al., 2006). De acordo com os critérios revisados e estabelecidos pelo documento Roma III, para crianças e adolescentes de quatro a dezoito (4-18) anos de idade que apresentam doenças

gastrointestinais funcionais (DGIF), estas são definidas como uma combinação variável de sintomas gastrintestinais crônicos ou recorrentes, não explicados por anormalidades bioquímicas ou estruturais. Estão incluídos nessa categoria: (1) a síndrome do vômito cíclico, o refluxo, a aerofagia; (2) DGIF acompanhadas de dores abdominais relacionadas, incluindo dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, enxaqueca abdominal e dor abdominal funcional; (3) constipação funcional e incontinência fecal não retentiva. Baseados em experiência clínica e revisão de literatura, profissionais incluíram na classificação de constipação intestinal o que anteriormente era designado como retenção fecal funcional, visto que estes dois distúrbios se interpõem (RASQUIN et al., 2006). Outros autores, contudo, preferem separá-las. Di Pace e cols. (2010) distinguem dois tipos de constipação: a constipação funcional e a retenção fecal funcional. Através de estudos com marcadores radiopacos, foram descobertos dois tipos de constipação funcional: a inércia colônica, que retarda o trânsito das fezes no cólon e determina constipação de trânsito lento (CTL), e a segunda, obstrução da saída por estagnação do reto, que causa retenção fecal funcional e, progressivamente mega-retos. Geralmente o conceito de mega-retos é utilizado indiscriminadamente; para alguns significando uma larga massa retal durante o exame retal, para outros, um reto distendido, identificado na radiografia abdominal. O tratamento médico poderá seguir rumos diferentes a partir de um diagnóstico mais preciso e realizado pela ultrassonografia pélvica. Altaf e col. (2008) afirmam que a maioria das crianças portadoras de constipação apresentam uma desordem funcional sem uma clara anormalidade da motilidade do cólon. Porém, o trânsito colônico anormal é diagnosticado em 39-58% das crianças com constipação crônica (ALTAF et al., 2008; VAN DEN BERG et al., 2007).

Uma interessante contribuição quanto à definição da constipação está na afirmativa de que esta não é nem um sinal, nem uma doença, mas sim um sintoma – significação baseada no paciente que identifica a constipação como um episódio sintomático de defecação infrequente, considerando também o estresse empregado pelos fatores como sujar as calças, dores abdominais e até sangramento retal (POENARU et al., 1997). Sob a ótica da psicanálise, a retenção fecal possui diversas significações: a constipação intestinal funcional (ou qualquer outro sintoma no corpo que não se identifique causas orgânicas) é um substituto – que sinaliza a necessidade de tradução – dos conteúdos inconscientes latentes, determinados multifatoriamente e particulares de cada indivíduo. A retenção simboliza o controle possessivo entre mãe e filho identificados e, portanto, tem por objetivo manter a satisfação narcísica da criança fixada na fase anal. A retenção remete a controle, passividade, dor e masoquismo. A

agressividade é canalizada para o eu. Os *componentes* sadomasoquistas são característicos da fase anal. O componente sádico encontra satisfação nos maus tratos infligidos ao outro. Já o componente masoquista é satisfeito, submetendo-se ao outro pelo sofrimento físico ou psíquico. Na defecação, abrir mão do prazer provocado pela retenção das fezes expressaria uma primeira tomada de posição da criança entre o narcisismo e o amor por outra pessoa (amor objetal) (FREUD, 1905).

Distintas manifestações clínicas apontadas como complicações clínicas da constipação funcional crônica podem ser relatadas: dor abdominal recorrente, presença de sangue nas fezes, vômitos, escape fecal, infecções urinárias e de repetição, retenção urinária e enurese; náuseas, dores de cabeça, flatulência e indisposição também podem acompanhar como sintomas secundários, o quadro da obstipação. Este quadro pode agravar-se quando se acrescenta a ele a diminuição gradual do apetite, fator que perpetua a constipação (MORAIS et al., 2012). Motta e cols. (2000) indicam em artigo sobre sinais e sintomas referidos pelos pais e associados ao diagnóstico da constipação funcional, em comparação com um grupo controle: dor e distensão abdominais, escape fecal, vômitos, sintomas urinários, sangue nas fezes e inapetência foram avaliados, mas apenas *inapetência, dor abdominal e sangue nas fezes* apresentaram diferença estatística significativa na população estudada. O artigo chama atenção para o fato de que sintomas e sinais podem vir associados à constipação oculta, dificultando o diagnóstico, que só é confirmado com o tratamento e desaparecimento da sintomatologia. As complicações, inclusive, podem conduzir à utilização progressiva de tratamentos inadequados e de alto custo, contribuindo para um quadro crônico (MOTTA; SILVA, 1998).

Apesar da CIF ser um problema pediátrico mundial, e da NASPGHAN (2006) ter publicado vastos critérios para o diagnóstico e tratamento da constipação em crianças, não há diretrizes baseadas em evidências que orientem a avaliação e o tratamento desse quadro (MORAIS et al., 2012).

2.2 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL: MUTIFATORIALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE

A experiência de Dolto (apud Roudinesco, 2010), em 1936, no hospital Enfants-Malades onde realizava consultas ambulatoriais com a família e a criança, é inestimável. O

residente encaminhava a criança para a terapia porque Dolto se interessava em saber o que significavam os sintomas, aos quais chamava de *pantomimas* ou *brincadeiras do sintoma*, levadas a sério pelos médicos como sinal de doença orgânica, quando, na realidade, representavam a forma como as crianças disfarçavam sua angústia. Ela apenas assumia o tratamento da criança e da família se o residente em medicina, ou o chefe, dissesse que estava tudo bem no plano físico, ou seja, quando não se constatava uma etiologia orgânica.

A prevalência de problemas comportamentais em crianças com constipação funcional e com características clínicas associadas tem sido pouco investigada, apesar de os problemas comportamentais serem comuns nesses pacientes. Poucos estudos têm pesquisado este aspecto como um correlato da dinâmica da evacuação e do ritmo do trânsito colônico nessas crianças. Alguns pesquisadores enfatizam esta questão das características clínicas que estão associadas a tais problemas emocionais e comportamentais, tais como retração, queixas somáticas, ansiedade, depressão, comportamento agressivo e delinquente (VAN DIJK et al., 2010).

Pesquisadores como Chattat e cols. (1997) contribuíram de maneira fundamental no que diz respeito à associação entre alguns aspectos psicológicos e as duas formas de obstipação funcional. Segundo esses autores, utilizando-se medidas do tempo do trânsito intestinal total, a constipação intestinal idiopática pode ser categorizada em dois grupos: a constipação com trânsito lento (CTL) e aquela com trânsito normal (CTN). O objetivo da pesquisa consistiu em investigar e avaliar se estes dois grupos diferiam com relação aos fatores psicológicos como ansiedade, informação de enfermidade combinada com o estado afetivo (*illness behavior*), além de depressão. Principalmente, se as duas populações estudadas divergiam quanto ao que os autores denominaram de *comportamento de doença*. Os pacientes com constipação, pertencentes a ambos os tipos de grupo, foram comparados ao grupo controle composto de indivíduos sadios. Assim, os autores chegaram à conclusão que os pacientes obstipados demonstraram mais ansiedade e sofrimento psicológico do que o grupo controle. E ainda, entre os dois grupos de pacientes com obstipação idiopática, os sujeitos com CTN acusaram escores significativamente mais altos quando se tratavam de questões como *dimensões de hipocondria, afirmações de enfermidades e conversão* – apesar de os dois grupos terem apresentado escores semelhantes em relação ao estado afetivo. Quando comparado com o grupo controle, o grupo CTN demonstrou um escore mais alto no setor somatização. Os resultados indicam, de acordo com Chattat e cols. (1997), que o sofrimento psíquico é proeminente entre os pacientes constipados. Além disso, as medidas

de comportamento de doença utilizadas no estudo¹ ajudaram a discriminar grupos diversos de fisiopatologia. Apesar da persistência dos sintomas, além do uso excessivo de cuidados médicos por parte dos pacientes com desordens intestinais funcionais, não se encontraram relacionados exclusivamente com distúrbios afetivos, as conclusões desta pesquisa conduzem à importância de uma abordagem que considere as atitudes do indivíduo frente ao seu estado de saúde. Por fim, Chattat e cols. (1997) concluem que o sofrimento psicológico e a depressão podem tanto contribuir na manutenção e exacerbação dos sintomas das desordens gastrointestinais e na postura refratária do paciente diante do tratamento médico, quanto podem causar constipação. Estes fatores citados reasseguram que a relação médico-paciente devidamente conduzida pode contribuir de maneira significativa para que o paciente construa associações entre os fatores psicológicos e os sintomas intestinais. Outras pesquisas indicam que fatores psíquicos como ansiedade e depressão são considerados como predisponentes para a constipação, da mesma forma que a compulsão obsessiva e a disfunção social estão implicadas na patogênese da CIF, e podem diminuir o trânsito colônico do paciente (PEPPAS, 2008).

Observa-se na discussão realizada por Chang e cols. (2006), relativa às desordens gastrintestinais funcionais, um chamado para a negligência e falta de estudos adequados referentes aos aspectos pertinentes na discussão destes distúrbios. São eles: diferenças de gênero em fatores sociais, sintomas psicológicos e resposta a tratamentos psicológicos, assim como a inclusão da perspectiva do paciente. O paciente que convive com uma doença crônica que não possui etiologia determinada e cujo critério diagnóstico é ambíguo, lida com fenômenos próprios de outras doenças crônicas que possuem um quadro específico, ou seja, um percurso a longo prazo, com episódios imprevisíveis dos sintomas e efeitos difíceis de lidar. Este quadro é muitas vezes acompanhado por tratamentos pouco efetivos. O impacto de fatores culturais e sociais no significado, na expressão e no desenvolvimento dos distúrbios gastrintestinais funcionais são fundamentais, a exemplo da prevalência da síndrome do intestino irritável nos países ocidentais. Partindo da literatura existente, estes pesquisadores notam que ela aponta para a relevância de se considerar os estudos a partir de duas perspectivas: da clínica e da pesquisa. A perspectiva clínica deve incluir os modelos

¹ Chattat e cols. (1997) utilizaram os seguintes instrumentos de medição: o **Illness Behavior Questionnaire (IBQ)**, que avaliou hipocondria e conversão através de informação de enfermidade combinada com o estado afetivo do paciente; o **Symptom Questionnaire (SQ)**, que confirmou a presença de ansiedade, depressão, sintomas somáticos e raiva-hostilidade; o **CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression)**, que detectou desordem afetiva e depressão.

² Neste estudo, Ålander e cols. (2005), definiram as Desordens Gastrointestinais Funcionais ou DGIF como dispepsia ou Síndrome do Intestino Irritável (IBS).

³ VAN DIJK e cols. (2010) definiram características clínicas e sociodemográficas. As primeiras referem-se à duração do tratamento antes do encaminhamento para o estudo, a idade quando a constipação iniciou, a história

explanatórios dos pacientes – os quais são definidos como sintomas ou crenças relativas à doença – visto que estes assumem um caráter de preocupação, ansiedade e expectativas relacionadas ao tratamento. Este é um ponto que coloca em evidência a influência de aspectos como *background* cultural, *status* socioeconômico, nível educacional e interação do gênero, na construção dos conceitos do paciente. Os DGIF afetam também crianças e indivíduos com idade avançada com frequência similar, porém ainda permanecem muitas questões sobre gênero, idade, sociedade, cultura e a perspectiva do paciente a serem respondidas, quando estes distúrbios são mencionados (CHANG et al., 2006).

Van den Berg e cols. (2007) selecionaram dezoito estudos a partir de 1.670 referências, das quais 79 foram julgadas relevantes para a realização de uma revisão completa, com o objetivo de identificar se as pesquisas se adequavam aos critérios estabelecidos pelos pesquisadores. Esses pesquisadores também atestam que a pato-fisiologia da constipação pediátrica é multifatorial através da predisposição genética, da baixa ingestão de líquidos e fibras, das alterações de motilidade, dentre outros. Contudo, concluiu-se, nesta revisão sistemática, que os fatores socioeconômicos não se apresentaram associados ao sintoma da constipação – em oposição aos achados de Peppas e cols. (2008), que levavam em consideração o nível socioeconômico das populações estudadas.

A natureza multifatorial da constipação intestinal funcional em crianças é ressaltada por abranger outros aspectos associados ao círculo vicioso dos movimentos dolorosos dos intestinos, como os fatores relativos à dieta, ao social e ao psicológico. Partindo desta afirmação, também é sugerido que o tratamento da abordagem multidisciplinar pode ser efetivo (POENARU et al., 1997). Rogers (2003) reitera a importância da comunicação entre os profissionais, ao descrever que, quando a constipação não é tratada, diversas complicações como perda gradual do apetite, dor abdominal e escape fecal podem advir; para obter-se um bom prognóstico, a abordagem multidisciplinar é a mais apropriada para entender os diversos fatores envolvidos na CIF e atender às necessidades individuais de cada criança.

Corroborando com a indicação dos pacientes portadores de constipação intestinal funcional para o tratamento multiprofissional, Poenaru e cols. (1997) alertam para o uso radical de laxativos como preferência pessoal de muitos profissionais, o que tem levado a jogos de controle, às afirmações dogmáticas, da mesma maneira que tem conduzido o paciente à acomodação, expectativas irreais e uma postura passiva, o que seria igual a esperar que o remédio funcione. Ao lado disto, o uso desmedido de lavagens colônicas demonstra que tal atitude por parte dos profissionais evita a reflexão sobre o mencionado trauma psicológico

da manipulação retal. A clínica pediátrica denominada de *Bowel Management Clinic (BMC)* restringe o uso de enemas, indicados apenas em casos muito graves acompanhados de impação fecal, encoprese persistente, e como um método de evitar recorrentes acúmulos de fezes em estágios iniciais do tratamento (POENARU, 1997).

Quanto à postura passiva do paciente frente ao uso radical de laxantes, pode-se fazer uma reflexão: essa postura deve-se ao tratamento ou à vida? Poder-se-ia pensar que o tratamento conduzido dessa forma pode acionar os padrões infantis do paciente, que per si encontra-se em estado narcísico devido ao adoecimento, e que assim, transfere as suas formas mais primitivas de relacionar-se com o outro e com o mundo para o médico. Lacan (1964) enxerga uma possibilidade de o médico ir além das urgências da ciência positivista e da demanda capitalista do seu tempo. O autor abordou sobre o lugar da psicanálise na medicina, discutindo a possibilidade de o médico inserir em seu trabalho o fenômeno da transferência. O médico ocupa um lugar de saber no discurso tradicional, a partir de uma clínica do olhar e da escuta, porém muitas vezes, a relação que o paciente tem com o processo de adoecimento e de cura fica de fora.

Para que se possa definir o tratamento adequado, é importante definir aqui o conceito de encoprese, que difere do escape fecal ou incontinência fecal. Clayden (1992, apud Kelly, 1996) restringe o uso do termo encoprese à *passagem normal das fezes em lugares socialmente inaceitáveis*, diferindo do seu uso, nessa época, nos Estados Unidos, onde muitas vezes se atribuía ao conceito, episódios de escape fecal em demasia ou diarreia (KELLY, 1996).

Como consequência da retenção fecal, a constipação pode ser acompanhada de encoprese, que, em geral, traduz um esforço incapaz de reter completamente as fezes associado a fatores de ordem psicossomática: quando a evacuação ocorre em locais inapropriados como, por exemplo, nas calças e quando a criança ultrapassou a fase habitual de asseio. Tal comportamento gera uma baixa autoestima nos pacientes, constrangidos com a situação e, sobretudo, vítimas de brincadeiras e humilhações dos colegas e muitas vezes também dos próprios familiares (SILVA, 2009). Em relação a fatores associados à encoprese, Kelly (1996) cita que, na Segunda Guerra Mundial, crianças que foram retiradas das suas casas desenvolveram esse sintoma. No estudo de Levine (1975, apud Kelly, 1996), os eventos mais comuns, relacionados à encoprese secundária foram a perda de um dos pais, a entrada traumática na escola e o nascimento de um novo irmão. Assim, pode-se pensar que, quando os

aspectos psicossociais são melhor compreendidos, há a possibilidade de oferecer-se intervenções mais efetivas para complementar o tratamento médico (KELLY, 1996).

Outro aspecto coadjuvante relativo ao tratamento está na alternativa de aumentar a ingestão de líquidos e introduzir exercícios físicos – medidas cuja eficácia não se pode comprovar, mas que normalmente são indicadas. É fundamental fazer sempre a orientação de dietas laxantes adequadas e mudanças de comportamento. Além disso, recomenda-se que os médicos devem parar ou reduzir qualquer medicação para constipação em uso pelo paciente e, em caso de depressão ou hipotireoidismo, tratá-los. Aconselha-se iniciar a terapêutica com as medidas de dieta antes de ser introduzida a terapia farmacológica. A dieta de fibras aumenta o bolo fecal, promovendo a capacidade de retenção de líquidos e proliferando bactérias. O tratamento da constipação pode ser administrado também com a ajuda de medicações laxantes em pacientes crônicos sob avaliação adequada durante um período suficiente para que o paciente deixe de ter medo de evacuar (LONGSTRETH et al., 2006). Teoricamente, se as fezes amolecem com o tratamento médico, o medo da dor de evacuar deveria ser perdido em seguida, contudo isso não acontece em alguns pacientes. Alguns pacientes aumentam a frequência, mas mantêm outras características da constipação funcional e outros medos associados às diversas relações psicossociais construídas ao longo da sua história. Sabe-se que desejos mais profundos e desconhecidos pelo paciente, encontram-se subjacentes ao sentimento do medo; o desejo de reter as fezes para manter o controle sobre o ambiente, o desejo da criança de continuar colada à mãe são alguns exemplos. Lacan (2003) chama atenção para quando o sintoma pode estar relacionado à subjetividade da mãe ou do casal parental. Tanto a criança quanto a mãe apresentam um conflito: o desejo e o medo de mudarem suas posições subjetivas. Podem aparecer resistências frente às perdas simbólicas – por exemplo, a resistência da mãe em abrir espaço para o pai como proibidor da relação simbiótica entre a mãe e a criança. A criança, por sua vez, pode permanecer paralisada, fixando-se no instinto anal. Na adolescência, os conflitos infantis retornam com mais força devido às transformações próprias daquela fase. A maioria dos pais desconhece estes processos e sofrem com estas mudanças.

As técnicas de *biofeedback* utilizadas no treinamento do assoalho pélvico para as disfunções funcionais de defecação mais graves também são indicadas por alguns pesquisadores. Através destas técnicas, os pacientes recebem *feedback* na atividade dos músculos estriados registrados pelo EMG (eletromiografia) anal ou perianal ou por sensores de pressão. Outra alternativa utilizada é a defecação estimulada em que o paciente pratica

evacuar fezes artificiais, podendo ser usado em conjunto com o treinamento do músculo diafragmático. Alguns estudos controlados e não controlados apontam para um índice de 67% a 80% de respostas bem sucedidas após o retreinamento do assoalho pélvico para as desordens funcionais de defecação, enquanto que outros estudos afirmam que o *biofeedback* seria mais efetivo do que o *biofeedback* placebo (BHARUCHA et al., 2006). Nehra e cols. (2000) adicionam novas informações através de uma revisão retrospectiva, a partir de relatórios médicos sobre 60 pacientes (55 mulheres e 5 homens, na faixa entre quinze e sessenta e oito anos de idade) que foram encaminhados para retreinamento utilizando a técnica de *biofeedback*, em um centro terciário. Segundo os autores, *biofeedback* é um processo que ajuda os indivíduos a estar mais conscientes da informação biológica do seu corpo e ser mais responsivos aos sinais do mesmo.

Com o objetivo de avaliar a prevalência das desordens psicológicas em pacientes com desordens de evacuação retal e da influência dos aspectos psíquicos no resultado precoce do tratamento psicológico, os autores atingiram resultados curiosos. O diagnóstico psíquico foi baseado nos critérios do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. Edição) e as respostas dos pacientes ao *biofeedback* foram baseadas nos sintomas ou na habilidade para expelir o balão (contendo as fezes artificiais) colocado no reto; 65% dos pacientes apresentaram desordens psíquicas como: distúrbios alimentares (n=5), síndrome de ruminação (n=3), distúrbios da dor (n=6), ansiedade-depressão (n=10) e uma combinação dos distúrbios alimentares com depressão, ansiedade, e dor (n=12), além de depressão com distúrbios da dor (n=3). Detectou-se uma associação entre o estado psicológico e o resultado do tratamento para as desordens da evacuação em duas semanas de tratamento (p=0.031). As conclusões deste estudo encorajam o trabalho multidisciplinar que inclui o gastroenterologista, o cirurgião colorretal, o psicólogo, o fisioterapeuta e o nutricionista para uma condução melhor no tratamento destes pacientes, ao mesmo tempo em que proporciona evitar cirurgias desnecessárias ou alto custo com medicações (NEHRA et al., 2000).

Quando a terapêutica médica não atinge os resultados esperados em alguns momentos, dever-se-ia reforçar a necessidade de uma reavaliação e tratamento psicológicos e psiquiátricos, que são pouco utilizados pelos médicos (ESPINOZA, 2002). Apesar da resistência dos pais, insistir no encaminhamento do paciente para estas modalidades terapêuticas traria inúmeros benefícios (ESPINOZA, 2002).

Nota-se, por exemplo, uma alta incidência da obstipação na época do treinamento no vaso (entre 2 e 4 anos de idade); 25% das consultas pediátricas identificam esse sintoma; 84%

dessas crianças apresentam incontinência fecal podendo esta ser utilizada como um marcador objetivo para avaliar a gravidade da obstipação funcional, assim como para avaliar a efetividade do tratamento (RASQUIN, 2006). Diversos autores afirmam que 80% a 95% do escape fecal na infância é devido à constipação crônica (KELLY, 1996).

Situações diversas podem conduzir à evacuação dolorosa como treinamento ao vaso, mudanças na rotina ou na dieta, eventos estressantes, doenças intercorrentes, dificuldades de acesso ao banheiro, ou quando a criança adia a evacuação porque ela está muito ocupada com outras atividades ou sente dor (NASPGHAN, 2006).

Deve-se dar uma atenção maior ao momento do treino no vaso, pois, apesar de não haver evidências que comprovem o fato, alguns pesquisadores afirmam que, se for realizado precocemente e de modo inadequado (sem considerar o desenvolvimento infantil), complicações como constipação, disfunção miccional, enurese e infecção urinária podem acontecer. Pode-se dizer, contudo, que os extremos (início precoce ou tardio) possuem consequências: no primeiro caso, se não for bem-sucedido pode influenciar negativamente no controle dos esfíncteres frustrando a criança e os pais; no segundo, aumento de risco de doenças infecciosas, recusa em ir ao banheiro, constipação e disfunção miccional podem ocorrer. O controle dos esfíncteres representa um marco no processo de independência da criança e o treinamento é complexo porque depende que a criança comece a apresentar os domínios psicomotores, da linguagem e social; o perfil psíquico da criança e as expectativas dos pais influenciam essa dinâmica. Quando os pais têm expectativas irreais quanto à retirada da fralda, essa postura pode provocar frustrações, punições ou negligência, dificultando o estímulo e a associação da evacuação a uma situação prazerosa e positiva. Os fatores climáticos, socioeconômicos e culturais também fazem parte do contexto do treinamento – por exemplo, mães mais jovens e menos favorecidas economicamente iniciam o treinamento mais cedo; mães de países em desenvolvimento esperam que as crianças controlem os esfíncteres mais precocemente do que as mães de países desenvolvidos. Observando-se os aspectos culturais, mães de tribos africanas começam o treinamento da evacuação dos seus filhos a partir das duas ou três primeiras semanas de vida, enquanto que, no Brasil, na Suécia, nos EUA e na China, tem-se observado uma postergação da idade para o início do controle esfinteriano; no Brasil esse momento tem variado de vinte e dois a vinte e quatro meses de idade entre os anos de 2003-2006. Diante da diversidade cultural e histórica, não é possível determinar-se uma idade universal para o início do treinamento da evacuação (MOTA; BARROS, 2008).

Pensando-se na evolução dos métodos de treinamento, a permissividade imperava no início do século XX, enquanto, na década de 1930, predominou a rigidez. Em 1950, evidências clínicas alertaram para o processo de maturação da criança e, em 1962, Brazelton, baseado em Spock, construiu a estratégia de uma orientação *passiva*, ou seja, além de respeitar a maturação da criança, também se observar seu interesse e aptidão psicossocial para começar o treinamento esfinteriano. Os métodos de treinamento no vaso são escassos e de décadas passadas, além de serem pouco utilizados pelas mães e desvalorizados pelos pediatras. Somente três sociedades internacionais de pediatria construíram diretrizes sobre o treinamento esfinteriano. A literatura existente para os pais é vasta, porém pouco disponível para a população brasileira (MOTA; BARROS, 2008). Anthony (1957) segundo Kelly (1996) analisou a relação mãe-criança no processo de treinamento ao vaso, a qual denominava de *the potting couple*; apesar de o autor julgar esse processo como sendo o mais importante no desenvolvimento do escape fecal, ele também considerava a influência da constituição e da personalidade da criança, uma possível psicopatologia da mãe, relações familiares conturbadas, trauma durante ou após o treino ao vaso e sensibilização a doenças gastrointestinais. Lacan (1962) e Freud (1905) escreveram sobre as funções que a relação mãe-criança e o prazer que a criança sente na retenção das fezes, que também lhes causa dor), possuem no processo do treinamento no vaso e na construção do mau funcionamento dos intestinos. Estes aspectos serão discutidos mais adiante, no item 2.4.

Percebe-se também uma história familiar positiva em 28% - 50% (vinte e oito a cinquenta por cento) das crianças com constipação (RASQUIN et al., 2006). Esses dados podem remeter à reflexão e indicação de pesquisa mais aprofundada sobre as relações familiares, os fatores genéticos (através de estudos em gêmeos), hábitos alimentares, bem como o ritmo intestinal dos membros da família.

Um estudo comparativo foi realizado entre dois grupos de 14 crianças em cada: um grupo apresentava o sintoma da constipação e outro, controle, não apresentava constipação. O objetivo do estudo foi comparar alguns aspectos emocionais como agressividade e hostilidade na atmosfera familiar. Os grupos avaliados apresentaram uma diferença estatística significativa, pois uma alta proporção de crianças constipadas demonstrou intolerância à frustração e às dificuldades na escola, bem como apresentou comportamento agressivo e rebelde. Este último foi observado em 83,3% dos pacientes que apresentavam o sintoma, contra apenas 7,7% dos pacientes do grupo controle. A rebeldia das crianças com constipação

pode ser exacerbada pelas normas rígidas impostas pelos pais. Evidencia-se, nesta pesquisa, que 69,2% das crianças com constipação manifestam uma alta frequência de agressividade, índice superior aos 21,7% das crianças sem constipação. Uma alta evidência de disforia também foi detectada nas mães das crianças com constipação (90%), assim como a proporção de um ambiente familiar com figuras paternas agressivas apresentou-se maior do que no grupo controle ($P = 0.005$). No que diz respeito à ansiedade da mãe, os autores discutem duas questões: primeiro, a frustração e a raiva geradas pelo fato de que seus filhos não evacuam normalmente. Estes sentimentos geram conflito diante do amor da mãe por seus filhos. Segundo, a ansiedade maternal poderia ser um dos possíveis fatores geradores da constipação na criança, confirmando a ideia de que a depressão materna produz dificuldades no desenvolvimento da criança. Por outro lado, quando comparadas às proporções dos aspectos *separação dos pais* e *alcoolismo na família*, não se encontrou uma diferença significativa. Nesta pesquisa não foi realizada uma relação temporal entre a constipação e as manifestações emocionais das crianças e suas mães, o que aponta para a importância de investigar-se o campo desta relação causal para capacitar o aperfeiçoamento de abordagens terapêuticas para pacientes com constipação crônica grave (LISBOA et al., 2008).

Um outro estudo avaliou a teimosia em crianças relacionada ao treinamento no vaso, ou seja, a resistência ativa em participar dos comportamentos apropriados ao treinamento ao vaso. A teimosia foi definida, para esta pesquisa, como *resistência ativa a determinadas demandas situacionais, em lugar de não concordância observável*. A referida definição inclui conceitos operacionalizados de desobediência ativa, rebeldia, resistência e malogro para seguir instruções. Os resultados demonstraram que os pais percebiam mais teimosia nas crianças com obstipação do que nas crianças sem obstipação, e este fato deve ter um papel no desenvolvimento e na manutenção desta disfunção intestinal ao mesmo tempo em que se torna um obstáculo para o tratamento. Contudo, os autores alertam para o fato de que estes dados não devem ser generalizados para uma população inteira. A segunda hipótese sobre as crianças constipadas que eram percebidas como sendo mais teimosas, teriam menor probabilidade de responder aos cuidados de rotina, foi parcialmente confirmada. Conclui-se que o motivo para a falha do tratamento permanece desconhecido, porque outros fatores devem estar envolvidos. Alguns achados deste estudo propõem que crianças obstipadas, cuja teimosia é mais flexível, podem ceder mais à orientação do médico da assistência primária ou inicial – também denominado PCP (*primary care physician*) – assim como elas estariam mais receptivas às instruções, em torno dos hábitos ao toalete, dadas pelos pais. Os autores do

presente artigo alertam para o fato de que pouca pesquisa tem sido feita sublinhando a importância de características da personalidade de crianças com este sintoma e que estes aspectos se tornam complicadores em potencial durante o tratamento (BURKET et al., 2006).

Apesar de diversos estudos acusarem a existência da associação entre a relação psicoafetiva de pais e filhos, e o sintoma da constipação intestinal, encontrou-se um estudo, realizado por Ozokutan e cols. (2005), que obteve resultados negativos. Este estudo teve por objetivo avaliar características psicológicas tanto das crianças constipadas quanto dos seus pais. Os pesquisadores afirmam que a constipação representa um dos problemas mais comuns na infância, e que na constipação idiopática – em que não são identificadas causas primárias – os problemas comportamentais da criança, assim como os distúrbios na relação pais-filhos, têm sido citados como causas da constipação. O significado, porém, da associação entre as desordens da motilidade e os sintomas psicológicos permanece obscuro. Os autores também relataram que na prática clínica observa-se amplamente que a constipação resistente ao tratamento pode produzir consequências sociais e psicológicas graves para as crianças e seus pais. Gallagher e cols. (1998) segundo Ozokutan e cols. (2005) apontam que os problemas comportamentais secundários acontecem em mais de 40% das crianças com constipação e encoprese. Da mesma forma, o inverso pode ocorrer, ou seja, por vezes, o sintoma da constipação pode ser uma manifestação somática que traduz uma condição psiquiátrica. A discussão deste artigo também aponta estudos como o de Amendola e cols. (2003), que demonstram que 88% das constipações em crianças ocorrem após um evento familiar estressante como separação dos pais, nascimento, morte e mudança de casa. Estes autores também relatam que as pressões sociais e culturais causam mais problemas de controle excessivo, como a constipação em crianças. Além destas referências, foi recomendada a colaboração mútua entre o pediatra e o psicólogo. A triagem psicológica foi restrita apenas para os casos complicados como os refratários ao tratamento médico e aqueles portadores de incontinência. Mesmo afirmando que a constipação intestinal é uma fonte de ansiedade para a criança e para a família, o estudo demonstrou que o grupo das crianças constipadas e seus pais não revelaram ter mais problemas comportamentais do que o grupo controle ($P > 0,05$) e que todos os pacientes responderam ao tratamento médico em quatro semanas.

Apesar do resultado da pesquisa acima realizada, outras pesquisas detectam aspectos psicológicos envolvidos na constipação intestinal. Observa-se baixa qualidade de vida, baixa autoestima, além de alguma retração social (RASQUIN et al., 2006). Acrescenta-se a estes fatores, a não existência de um perfil psicológico uniforme para os pacientes com

obstipação e, quando o quadro é grave e o trânsito intestinal é normal, geralmente ocorre o aumento de angústia psicológica, da mesma forma que pacientes deprimidos podem apresentar o sintoma da constipação (LONGSTRETH et al., 2006). Benninga e cols. (2006) afirmaram que as desordens funcionais de evacuação são bons exemplos de *doenças invisíveis* que causam interferência significativa e permanente no desenvolvimento físico e emocional da criança e do adolescente que podem pagar um preço psicossocial e emocional maior do que o que se pode imaginar. Evacuação dolorosa, dor abdominal e incontinência fecal na infância podem se estender até a adolescência afetando seriamente a qualidade de vida desses indivíduos. Esse artigo defende a importância do tratamento das desordens funcionais gastrointestinais (constipação intestinal funcional e incontinência fecal não retentiva), bem como a avaliação da qualidade de vida desses pacientes, com o objetivo de voltar-se para novas intervenções além das médicas. Ålander e cols. (2005), por exemplo, estudaram as comorbidades e as diferenças do estilo de vida entre pacientes e não pacientes, adultos, com DGIF², *versus* um grupo controle definido. Os autores, ao estudarem a síndrome do intestino irritável e a dispepsia, constataram que existe uma relação recíproca e significativa entre estas duas desordens gastrointestinais funcionais e o adoecimento psicológico. Não se identificou a causa dessa relação. Ainda assim, estes achados indicam a possibilidade de investigar-se uma interrelação semelhante no caso da constipação intestinal funcional e o adoecimento psíquico. A partir do referido estudo, o adoecimento psíquico é um fator de comorbidade importante entre os indivíduos com DGIF e os danos destes dois aspectos encontram-se ligadas. Pessoas com DGIF possuem um risco maior de doença psíquica do que somática, dor ou sintomas de fadiga. O sentido inverso também foi demonstrado: os pacientes do estudo que apresentavam doenças psicológicas possuíam um risco maior para desenvolver sintomas gastrointestinais graves, do que os sujeitos do grupo controle, assim como apresentavam uma demanda maior pela consulta médica. O fator *doença psicológica*, identificado nessa pesquisa, abrangeu as duas dimensões: de *personalidade e neurótica*.

Após quinze anos de experiência com crianças que apresentavam uma alta porcentagem de recorrência de constipação intestinal quando submetidas apenas ao tratamento convencional – informação esta confirmada na literatura internacional – alguns pesquisadores decidiram tomar o caminho de uma nova abordagem terapêutica. O objetivo desse estudo foi alcançar o controle intestinal e evitar a recorrência da constipação funcional em crianças

² Neste estudo, Ålander e cols. (2005), definiram as Desordens Gastrointestinais Funcionais ou DGIF como dispepsia ou Síndrome do Intestino Irritável (IBS).

através do tratamento médico-psicológico. Os resultados dessa abordagem multidisciplinar no tratamento da CIF demonstraram resultados terapêuticos consistentes onde regras eram estabelecidas e os papéis da família eram equalizados. Os autores estudaram 25 (vinte e cinco) crianças entre dois e sete anos de idade (idade principal 4,7), dos quais 18 (dezoito) eram meninos. Oitenta e oito (88%) das crianças apresentavam retenção fecal devido à constipação funcional, 20% possuíam fissura anal, 30% encoprese, e 52% sentiam dores ao defecar. Investigou-se, tanto nas crianças quanto nos pais, sobre os hábitos alimentares, o sono, a escola, o treinamento no vaso, e a rotina diária. Os resultados evidenciaram que o início da CIF se deu, principalmente, aos três anos e meio, após eventos estressantes, em 88% dos casos. O questionário constatou que em 68% das famílias faltavam autonomia e autoridade parental; 88% das crianças decidiam, por elas próprias, sobre seus hábitos alimentares e de sono; e 68% dos casos possuíam um pai *periférico* e uma relação simbiótica entre a mãe e a criança. Após um mês de terapia, 92% das crianças demonstraram alteração em pelo menos dois padrões comportamentais e, após três meses, 88% apresentaram movimentos intestinais regulares. Intervenções comportamentais foram combinadas com o tratamento médico (sem laxativo, com reforço positivo), reeducação alimentar, calendário das evacuações, estabelecimento de metas e treinamento no vaso; *biofeedback* não foi identificado como um fator de aumento na eficácia do tratamento. Os autores, nesse estudo, também notificam, no relato dos pais, a falta de autoestima da criança como a consequência mais importante da constipação e do escape fecal. Além disto, os autores atestam que estas crianças expuseram mais dificuldades comportamentais e emocionais do que outras, como por exemplo, a ansiedade, provando o impacto do *padrão fecal* nas suas vidas. Assim, toda a família foi treinada desde a primeira entrevista, assegurando os pais sobre a ausência de doença orgânica, avaliando os elementos psicológicos da constipação funcional, e tratando das origens e do significado que a CIF assume em toda a família. A partir do estabelecimento do diagnóstico, aplicou-se um tratamento específico para cada caso direcionando para a autonomia parental, organização e distribuição de papéis da família, hábitos de sono e alimentares e interação social com amigos da mesma idade (AMENDOLA et al. 2003).

Em relação à figura paterna, é atestado que, normalmente, o pai é a figura de autoridade na família e, quando não existem regras, isto é uma consequência do papel periférico dos pais dos pacientes em estudo. Uma das funções do psicólogo é trabalhar o papel do pai e, com a criança, explorar as sensações associadas com a necessidade de evacuar, a fim de avaliar se havia um desenvolvimento egocêntrico preferencial em comparação com o

investimento nas interações com os outros. A retenção das fezes, segundo Freud, é uma autoestimulação através da qual o bebê tem prazer em reter e eliminar as fezes. Para que o bebê abandone esse prazer, é preciso que ele encontre alguma compensação na interação com o outro, sem temer a perda da sua integridade, preparando-se para o processo de separação-individuação (AMENDOLA et al., 2003).

A revisão sistemática de Van den Berg e cols. (2007) foi tomada como referência para discutir-se o problema mundial da constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes. O objetivo do estudo foi identificar as dimensões da personalidade das mães de 150 crianças com constipação (na idade de aproximadamente 2 anos e meio) e suas influências na existência deste sintoma nos seus filhos. Este grupo foi comparado com um grupo controle de mães de 150 crianças (em torno de 1 ano e 8 meses de idade) sem distúrbios na evacuação. A média da idade das mães, nos dois grupos, foi de 30 anos. Os resultados sugeriram a personalidade materna como um fator que influencia diretamente no comportamento de idas ao banheiro (*toileting behavior*), provocando a constipação intestinal.

A investigação clínica relativa à função da encoprese no vínculo mãe-filho aponta para a importância da figura materna na origem da formação sintomática. A constipação e a incontinência anal podem vir associadas à encoprese. Ao constatar-se a predominância da relação mãe-criança sobre a função paterna, percebe-se os pais como frequentemente tímidos, reservados, e até apagados; as mães ansiosas, emotivas e superprotetoras, culpadas por não terem sido bem-sucedidas na educação muito exigente – no caso das medidas precoces e rígidas no treinamento do controle dos esfínteres – que exerceram sobre os seus filhos. O treinamento dos esfínteres pode transformar-se numa fonte de conflito também para os pais, podendo mobilizar neles questões não resolvidas relativas à desordem e à sujeira. No que diz respeito às mudanças familiares, Marcelli (1986) segundo Moraga (1988) situa a eclosão do sintoma em situações como: quando a mãe começa a trabalhar, ou quando a criança inicia sua vida escolar, ou na época do nascimento de um irmão menor (MORAGA, 1988).

Martins e cols. (1989) analisaram, sob a perspectiva psicológica, 12 crianças entre 3 e 13 anos de idade, portadoras de constipação intestinal de origem psicogênica; elas foram diagnosticadas após avaliações clínica, radiológica e manométrica rigorosas. Os resultados, além de trazerem novos dados, corroboram outros estudos expostos nesta revisão bibliográfica: a inteligência das crianças apresentou-se na faixa média e média-inferior; 70% dos casos demonstraram dificuldades com situações sociais, provavelmente por serem muito dependentes – contudo, tinham resultados excelentes em testes onde as circunstâncias não

incluíaam envolvimento emocional; 50% das crianças apresentaram nível perceptivo-motor abaixo da média, 45% apresentavam encoprese primária e 55%, encoprese secundária – nestas, o surgimento dos sintomas pareceram ligados a eventos de perda e separações; a mãe foi percebida pela criança de forma ambivalente (agressiva X protetora); dificuldades diante do pai também foram detectadas; as relações familiares foram percebidas como altamente exigentes com hostilidade não expressada por parte dos pais e da criança; a criança reprime suas emoções, pois percebe-se rejeitada devido ao sentimento de inadequação e, assim, busca a aprovação dos outros no intuito de diminuir a ansiedade e a insegurança.

Além disso, Missonier e Boige (1998) segundo Amendola e cols. (2003) indicam um componente depressivo como sendo um elemento constante em crianças com distúrbios na defecação, identificando o escape fecal por retenção como um possível sinal da depressão escondida.

O comportamento dos pais exerce forte influência sobre os estados físico e mental dos seus filhos, a exemplo de crianças que apresentam aumento nas dores abdominais funcionais quanto maior for a atenção dada por seus pais. A mãe pode ser aquela que possui o papel mais importante na tenra infância, dando suporte para uma regulação do humor da criança. Uma hipótese possível é a de que o estilo dos cuidados maternos influenciariam no controle da evacuação em uma criança. A população deste estudo foi recrutada da Universidade de Tabriz, Irã, de Ciências Médicas, no período entre setembro 2007 e setembro de 2008, utilizando o critério Roma III para o diagnóstico de constipação intestinal funcional. Após o recrutamento, as mães dos dois grupos eram submetidas à avaliação psiquiátrica, a qual excluía as mães com desordens psiquiátricas ou doenças repentinas – os diagnósticos foram baseados no Axis I (DSM IV). Os resultados demonstraram que os dois grupos de mães, em geral, apresentaram diferença significativa de personalidade, e que estas variações encontradas, apesar de não indicarem uma desordem psíquica, podem influenciar a relação mãe-filho, assim como o comportamento da criança. De acordo com o estudo desses autores, os comportamentos como esconder-se para evacuar e pedidos para erguer-se, indicam que as crianças obstipadas possuem pleno controle dos intestinos e que tanto sua percepção social quanto as expectativas da mãe podem delinear as reações da criança. O baixo escore, das mães das crianças com obstipação, no item neurose e um alto escore nos demais itens são compatíveis com um caráter, descrito como impetuoso, zeloso, autoconsciente, e metódico. Este perfil de mãe pode provocar uma resposta de resistência e retenção por parte da criança cuja personalidade pode apresentar-se como confusa, descuidada ou destrutiva frente à

abordagem inflexível de uma mãe com tendências a uma personalidade rígida e obsessiva. Apesar dos resultados anteriormente citados, os autores citam a multifatorialidade desta fisiopatologia como a ideia mais aceita entre os pesquisadores: mudanças na dieta, fatores psiquiátricos, história familiar positiva, eventos estressantes na família, assim como instabilidade nos relacionamentos entre pais e filhos (FARNAM et al., 2009).

Uma outra pesquisa avaliou 133 crianças e adolescentes, entre 4 e 18 anos de idade, que manifestavam o sintoma da constipação intestinal, encaminhados para a clínica de gastroenterologia do *Emma Children's Hospital*. O experimento, randomizado e controlado, avaliou a efetividade do tratamento psicológico em comparação com a do tratamento convencional, tendo como objetivos principais: determinar a prevalência de problemas emocionais e comportamentais na faixa etária acima destacada, explorar quais são as características clínicas da constipação que estão associadas aos problemas emocionais e comportamentais, modificados por variáveis sociodemográficas e, por fim, avaliar a força dessas associações³. A associação entre as características clínicas e os problemas comportamentais foi testada, além do funcionamento cognitivo dos sujeitos da pesquisa. Os resultados obtidos demonstraram 36,8% de prevalência dos problemas comportamentais em geral; 36,1% de problemas comportamentais internalizados; e 27,1% dos externalizados em comparação com 9% no modelo da população holandesa. A escala utilizada, referente à internalização, incluiu comportamento de retração, queixas somáticas, ansiedade e depressão; enquanto que a escala relativa à externalização abrangeu comportamento agressivo e delincente. Um longo tratamento terapêutico apresentou forte associação entre a constipação funcional e os problemas comportamentais em geral e externados, na população estudada. Ao lado destes dados, nos casos de crianças com enurese noturna e constipação intestinal, encontrou-se um risco maior para apresentação de problemas comportamentais; a incontinência fecal e a produção de um grande bolo fecal parecem estar exclusivamente relacionados a problemas comportamentais externados. Enfim, essa pesquisa sugere que uma triagem psicológica seja incorporada na elaboração diagnóstica de crianças e adolescentes com constipação funcional (VAN DIJK et al., 2010).

³ VAN DIJK e cols. (2010) definiram características clínicas e sociodemográficas. As primeiras referem-se à duração do tratamento antes do encaminhamento para o estudo, a idade quando a constipação iniciou, a história de constipação na família, se a criança já teve um período sem constipação, a frequência da evacuação e da incontinência fecal (noite e dia), se a incontinência fecal foi primária ou secundária, tamanho das fezes associadas às dores abdominais, evacuação dolorosa, e incontinência urinária diurna ou noturna. As segundas (sociodemográficas) dizem respeito ao gênero e à idade das crianças e dos adolescentes, ao estado marital dos pais dos pacientes, tamanho da família e nível educacional da mãe e do pai.

Até o presente momento, permanece a interrogação sobre se os problemas comportamentais são a causa ou a consequência da constipação funcional. Além disso, a relação entre esses dois aspectos continua sem explicação devido a limitações como: estudos referenciados apenas em medidas fisiológicas, dificuldades em diferenciar as características clínicas e os problemas comportamentais influenciados pelas variáveis sociodemográficas. Estudos iniciais propõem tratamento psiquiátrico para a incontinência fecal, pois acreditam ser essa uma desordem mental. Independentemente do sucesso do tratamento médico, o tratamento psicológico alivia a criança constipada de problemas comportamentais coexistentes (VAN DIJK et al., 2010).

Leão (2007) também defende a plurideterminação da constipação intestinal funcional e enfatiza como a família influencia o processo de adoecimento e cura nos pacientes que apresentam CIF, comprovando a relevância dos aspectos psicossociais da vida do paciente e de sua percepção frente ao seu processo de adoecimento no diagnóstico e na direção do tratamento. A percepção das mães, a reconstrução particular de cada uma delas a partir das consultas e das palestras, os sentimentos e as fantasias revelados, assim como o papel da família no desencadeamento da CIF crônica infantil e também a *progressiva implicação da criança em seu sintoma* foram elementos decisivos na evolução, bem como nas dificuldades que surgiram na dinâmica do tratamento (LEÃO, 2007).

A ideia do senso comum, falada pelas mães, é a de que a CIF infantil é *uma doença benigna e que passa com o tempo*. No convívio médico, a CIF crônica apenas recentemente veio a ter uma definição *clara e/ou consensual*. Por esses motivos, os pacientes, antes de chegarem ao gastroenterologista, já passaram por diversas consultas médicas, além de já apresentarem complicações emocionais e/ou orgânicas (LEÃO, 2007).

Outros fatores, como os biológicos e os de gênero (o conceito de gênero difere da definição de sexo biológico, pois refere-se às expectativas sociais e culturais relacionadas ao feminino ou masculino), são incluídos por Chang e cols. (2006), que pensam obter uma visão melhor das DGF como *desordens biopsicossociais com desregulação do eixo cérebro-intestinos*.

Leroi e cols. (1995) pesquisaram a relação entre os distúrbios gastrointestinais e o abuso sexual avaliando 344 pacientes, na faixa etária dos 18 anos e acima, no centro de cuidado terciário especializado do hospital universitário de Quebec, Canadá, e pacientes de clínica particular de gastroenterologia. Quarenta por cento (40%) dos indivíduos da pesquisa haviam sofrido abuso sexual em contraste com apenas dez por cento (10%) dos pacientes com

as seguintes doenças orgânicas: esofagite, gastrite, úlcera duodenal, câncer gástrico ou esofágico; proctite isquêmica, inflamação dos intestinos, diverticulite ou câncer do cólon ou do reto. Estes dados confirmam a prevalência de relato tanto no hospital quanto no consultório particular, de história de abuso sexual entre os pacientes que se queixavam de distúrbios gastrointestinais funcionais – constipação ($P < 0,03$) ou diarreia ($P < 0,04$). Esta interrelação foi quatro vezes maior nos pacientes que se queixavam de desordens motoras funcionais na parte distal do intestino ou na parte inferior do trato digestivo funcional (constipação, dor abdominal, diarreia, incontinência fecal e dor retal), do que nos pacientes com distúrbios na parte proximal do intestino ou na parte superior do trato digestivo funcional (disfagia, refluxo gastroesofágico e dispepsia). Ativa contração paradoxal do ânus durante o esforço da defecação em lugar do relaxamento esperado dos esfíncteres e do assoalho pélvico, denominado de anismo, e investigado através da manometria anorretal, também apresentou-se mais frequente em pacientes com histórico de abuso sexual ($P < 0,002$). Em sessenta por cento (60%) dos pacientes que apresentavam desordem digestiva funcional da parte distal do intestino, o abuso sexual ocorreu antes dos quinze anos de idade.

O questionário utilizado para a investigação sobre o abuso sexual foi desenvolvido pelo *National Population Survey of Canada*. Uma definição para abuso sexual foi estabelecida: qualquer ação intencional de natureza sexual, incluindo exibicionismo, toque ou penetração (do pênis, dedo ou de qualquer objeto) na vagina, no ânus ou na boca, realizada contra a vontade da vítima. Trata-se aqui de uma definição clássica visto que não inclui verbalizações eróticas nem olhar com desejo por parte do pai da criança. Contudo, é considerada a dimensão da fantasia quando mencionada, na discussão do artigo, a possibilidade do incesto emocional ou do abuso sexual sem toque, produzir um impacto tão deletério quanto o abuso físico. Durante a investigação, importa que o pesquisador mantenha a mente aberta quando o paciente responder negativamente à pergunta quanto a ter sofrido abuso sexual. Às vezes um não significa um sim, e disto dependerá a relação de confiança construída entre o médico e o paciente. As questões sobre religião, política e sexo também podem fazer parte de uma anamnese médica (LEROI et al., 1995).

A prevalência encontrada no estudo de Leroi e cols. (1995) foi maior (36%) do que a encontrada em vários estudos de amostra randomizada da população geral, cuja incidência foi de 20%. A alta proporção do abuso sexual encontrada no artigo acima confirma, segundo os autores, que esses pacientes são vulneráveis à repetição, que o abuso permanece não denunciado (89%) e, quando as vítimas decidem falar sobre o abuso, a denúncia cai no

descrédito (11%). Os resultados dessa pesquisa também sustentam a ideia de que crianças que sofreram abuso, com frequência, consultam-se com a queixa de constipação; enquanto que o mesmo não pode ser afirmado com relação à dor abdominal.

A NASPGHAN (2006) indica que o pediatra investigue a história psicossocial do paciente avaliando a estrutura da família, o número de pessoas que vive na casa, o tipo de relacionamento entre os pais e a criança, a interação da criança com os pais, e a possibilidade de abuso.

O abuso sexual tem sido largamente reconhecido como um fator precipitador no desenvolvimento da constipação crônica. Há hipóteses, por exemplo, de que a encoprese pode ser uma defesa contra futuros abusos sexuais via anal (KELLY, 1996).

Pacientes com distúrbios gastrointestinais funcionais, inclusive constipação, declaram mais histórico de abuso sexual quando comparados com aqueles com distúrbios gastrointestinais de etiologia orgânica. Os médicos deveriam investigar sobre história de abuso em pacientes com distúrbios gastrointestinais crônicos ou refratários. O sofrimento psicológico pode, por exemplo, através dos sistemas nervoso central e entérico ou trilhas autônomas, produzir motilidade intestinal exagerada e desconforto abdominal (DROSSMAN et al., 1995; Leroi et al., 1995). O SNE é um cérebro integrativo, reconhecido como um cérebro complexo, integrativo e especializado, que é capaz de controlar as funções motoras e secretoras gastrointestinais. Localizado na parede do intestino, o SNE possui 500 milhões de neurônios. (ALTAF et al., 2008). Contudo, fibras simpáticas e parassimpáticas podem, respectivamente, inibir e estimular as funções gastrointestinais (secreções e movimentos peristálticos), devido às conexões que estabelecem com os plexos mioentérico e submucoso. Apesar de o sistema gastrointestinal não depender muito da estimulação simpática, uma estimulação simpática enérgica inibe o peristaltismo e aumenta o tônus dos esfíncteres. A transmissão dos efeitos psicossomáticos através do sistema nervoso autônomo foi descrita por Guyton, 1997, que afirmou que a hiperatividade do sistema simpático ocorre mais em áreas focais do organismo, e um dos efeitos que pode provocar é a constipação; diversos efeitos psicossomáticos periféricos podem ser causados por padrões emocionais que controlam os centros simpático e parassimpático do hipotálamo e da porção inferior do tronco cerebral (GUYTON, 1997).

2.3 PSICOSSOMÁTICA E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

A psicossomática refere-se à relação que existe entre a atividade psíquica e o funcionamento corporal, na qual a primeira altera o segundo, geralmente ocasionando sintomas somáticos (SCHÖDER; FINK, 2011). As doenças psicossomáticas com alterações gastrointestinais correspondem a um subgrupo amplamente estudado na literatura científica (SCHRODER, 2011) e que possuem características distintas reconhecidas nos principais manuais diagnósticos de doenças mentais (APA, 1994; OMS, 1997). Do ponto de vista anatômico, esta interação entre fenômenos psicológicos e somáticos é mediada pelo Sistema Nervoso (HOLZER, 2001).

São vários os circuitos envolvendo o Sistema Nervoso (SN) e o Sistema Gastroenterológico (SGE), e eles podem ser classificados em três grandes grupos de acordo com as vias de sinalização empregadas : (a) vias aferentes e eferentes do SN para o SGE, (b) a porção entérica do Sistema Nervoso Autônomo e (c) a atuação da regulação neuroendócrina no SGE (GUYTON, 1997) .

A regulação do comportamento alimentar e do fluxo intestinal é coordenada pela ação do SN através de circuitos reflexos e somáticos (GUYTON , 2006) que utilizam os nervos como vias de condução, que são feixes de axônios de neurônios que ligam o SN ao SGE. As principais vias aferentes e eferentes do encéfalo envolvem o nervo vago (Nervo X) e nervos espinhais (MACHADO, 2000).

Outra importante via de sinalização entre o SN e o SGE ocorre através da porção entérica do Sistema Nervoso Autônomo (SNA). O SNA, ou Sistema Nervoso Neurovegetativo, é uma parte do Sistema Nervoso dedicada à regulação de órgãos e sistemas de modo a manter o organismo vivo. É dividido em simpático e parassimpático, que diferem do ponto de vista anatômico e farmacológico, e possuem ações antagônicas nos mesmos alvos. Um destes alvos é uma porção do Sistema Nervoso Periférico localizado dentro do tubo gastrointestinal e consiste de duas camadas com neurônios sensoriais e motores em cada uma. O sistema entérico participa da produção de muco, das enzimas digestivas e peristaltismo (BEAR et al., 2002).

Finalmente, a regulação neuroendócrina, diz respeito à ação do hipotálamo sobre a hipófise produzindo hormônios que circulam na corrente sanguínea e que têm como alvos glândulas e células (BEAR et al., 2002). Alguns hormônios possuem ação no SGE, como é o caso do cortisol, por exemplo. O cortisol é um hormônio relacionado com a resposta ao estresse e a sua ação prolongada tem sido associada com efeito oxidativo (KANDEL et al., 2000). Pacientes com Desordens Gastrointestinais Funcionais apresentaram alterações em

concentrações do cortisol basal e durante estimulação do eixo hipotalâmico-hipofisário quando comparados a controles (BOHMELT et al., 2005). A ação do estresse psicológico sobre eixo hipotalâmico-hipofisário alterando seu funcionamento está também associada com a Síndrome do Intestino Irritável (DINAN et al., 2006).

Dessa forma, a comunicação cérebro-intestino e suas variáveis influenciam-se reciprocamente (SZIGETHY et al., 2011). A partir da exposição, desde o início da vida, a experiências estressantes e emoções negativas, a pessoa pode tornar-se *cronicamente vulnerável* aos estímulos estressantes futuros e seus efeitos, provocando inadaptação psicossocial bem como disfunções intestinais – alterações da motilidade, do sistema imune e hipersensibilidade visceral. Isto pode permanecer desde a infância até a vida adulta. Nesse processo de defesa do organismo, a resposta do sistema imune dirige-se ao agressor (estímulos acima citados) e também à própria pessoa - na tentativa de protegê-la dos estímulos negativos – através da *coordenação dos sistemas psíquico, nervoso e endócrino*. (KELLOW et al., 2006; MOTTA et al., 2012). O distúrbio funcional, então, pode desencadear-se no próprio intestino ou quando a agressão provém do estresse social ou psicoemocional (MOTTA et al., 2012).

Atualmente a constipação intestinal funcional é compreendida como uma doença na qual fatores biológicos, psicossociais e psicológicos (OUDENHOVE et al., 2010) contribuem para a desregulação do eixo encefálico-intestinal, alterando o funcionamento dos sistemas entérico, nervoso, autonômico e endócrino, produzindo anormalidades periféricas (ÖHMAN e SIMRÉN, 2006). Este entendimento é validado com dados de pesquisas nas quais se observa que o tratamento psicoterapêutico isolado produz considerável remissão dos sintomas (JONES et al., 2007).

Pode-se pensar, então, que o corpo e a mente interpenetram-se e, nesse sentido, não se sofre apenas no corpo nem apenas na mente. A psicossomática pode ser representada pela Banda de Moebius (um objeto paradoxal explorado pelo matemático Ferdinand Moebius, 1861). A Banda de Moebius pode ser um interessante recurso para dar uma visão mais integral do ser humano que vai buscar ajuda para o seu sofrimento, respeitando-se, contudo, as especificidades nas diversas esferas – biológica, físico-química, assim como as simbólicas formadas pelos aspectos sociais e culturais. A psicanálise pode contribuir com mais uma ferramenta no campo da psicossomática: um meio de investigar-se sobre a presença dos fatores *invisíveis emocionais e subjetivos* em sintomas que se expressam no corpo como os gastrintestinais (ÁVILA, 1997). Farias (2007), por exemplo, realizou, em sua dissertação de

mestrado, uma leitura psicanalítica sobre três pacientes portadores de DII (Doenças Inflamatórias Intestinais), mais especificamente a RCUI (Retocolite Ulcerativa Idiopática) e a DC (Doença de Crohn). A questão central do seu estudo foi investigar a função específica da doença na relação mãe-filho. E ainda, de que forma o sintoma orgânico pode fazer o enlaçamento entre o psiquismo, o corpo e o outro. A autora observou como as mães se apropriavam do corpo dos seus filhos (já adultos) *como se fossem objetos*, impossibilitando posicionamento subjetivo e a fala dos pacientes.

A exemplo de uma criança de cinco anos de idade portadora de CIF, apresentando fortes dores abdominais, escape fecal e histórico de diversas hospitalizações sem resposta ao tratamento médico exclusivo. Genioso, irritadiço – o que denunciava a sua dificuldade em lidar com a própria agressividade, essa criança encontrava-se demasiadamente identificada à mãe: baixa autoestima, confusão psicoafetiva e exigência excessiva. Filho de pais separados, a mãe expressava sua dificuldade em dar limites ao filho; o pai era, por sua vez, ausente, e recusava-se a comparecer às entrevistas psicanalíticas. Através do tratamento psicanalítico – quando essa criança pôde elaborar a sua alienação à mãe, e o desejo de separar-se dela, bem como a raiva do pai, e ao mesmo tempo, o desejo de aproximar-se dele – é que o sintoma da constipação desapareceu em seis meses de tratamento, dando lugar a novas significações sobre a sua sexualidade e a agressividade (MOTTA et al., 2010).

2.4 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

O profissional, que trabalha em prol da saúde de crianças e adolescentes, precisa conhecer as etapas do desenvolvimento e suas características a partir de diversas abordagens, para que medidas terapêuticas eficazes sejam tomadas precocemente na medida em que reconhece o potencial e as dificuldades de cada paciente. Importantes autores como Spitz (1887-1974), que deu enfoque ao desenvolvimento da criança a partir das suas *relações objetais*, principalmente com a mãe; Piaget (1896-1980), representante no estudo da maturação do desenvolvimento infantil nos processos de aprendizagem; Freud (1856-1939), médico e criador da psicanálise, que, dentre as inúmeras contribuições, caracterizou os *estágios psicosssexuais* do desenvolvimento (fases oral, sádico-anal, fálica, de latência e genital); Winnicott (1906-1971), pediatra e psicanalista que formulou o conceito de *objeto*

transicional e sua importância no processo de separação mãe-criança, e tantos outros pesquisadores que contribuíram para um melhor entendimento sobre o universo da criança e do adolescente, são indispensáveis para a formação do Residente de pediatria e do pediatra (SANTOS et al. 2009). Tanto Melanie Klein quanto Winnicott e Françoise Dolto atenderam ou supervisionaram casos de crianças encoprélicas. Esta última autora relata três casos onde as crianças apresentavam agressividade e hostilidade (que não podiam expressar) em relação aos seus pais e, por vezes, também dirigidas ao irmão que nascera recentemente (FERREIRA, 2006).

São inúmeras as possibilidades de foco para a análise da semiologia psicológica no desenvolvimento infanto-juvenil. As teorias comportamentais, que enfatizam as ideias de Jean-Piaget com sua teoria em torno dos conceitos de *esquemas*, *assimilação*, *acomodação*, *equilíbrio*; os estágios *sensorio-motor*, *pensamento pré-operacional*, *período de operações concretas e formais*, dando uma contribuição fundamental para a compreensão do desenvolvimento cognitivo de cada criança e jovem. *Vigotsky* (1896-1934), apesar de ter partido da teoria piagetiana, ampliou a teoria introduzindo uma visão sociocultural da evolução infantil. Freud, ao descrever as fases psicosssexuais, colaborou para a compreensão não apenas do desenvolvimento da personalidade desde a tenra infância, mas também das suas repercussões na idade adulta (SANTOS et al., 2009).

Jean Piaget preconizou o pensamento entre o vínculo fundamental e a natureza humana e a adaptação. Segundo este autor, a cognição estava relacionada ao biológico e a inteligência correspondia aos atos de organização e adaptação ao meio. Estruturas inferidas dotavam a mente do ser humano. Os *esquemas* como estruturas do intelecto, organizadoras dos eventos; a *assimilação* enquanto processo cognitivo de incorporação de outros conhecimentos e adequação a esquemas anteriores; a *acomodação*, que é a transformação de esquemas anteriores ou criação de novos; e o equilíbrio, o mecanismo regulador entre a assimilação e a acomodação – processo que permite a incorporação das experiências e assimilação de estímulos. No intuito de esclarecer sobre o desenvolvimento cognitivo, Piaget o subdividiu em quatro estágios: *Estágio de inteligência sensorio-motora (0-2 anos de idade)*; *Estágio de pensamento pré-operacional (2-7 anos)*; *Estágio das operações concretas (7-11 anos)* e *Estágio das operações formais (11-15 anos ou mais)*. O primeiro corresponde à etapa anterior à linguagem e ao pensamento; no nível sensorio-motor a criança se organiza através de *esquemas de ações* correspondentes à percepção sensorial e movimentos da criança. No segundo estágio, a criança é egocêntrica e pensa que todos percebem o mundo como ela;

utiliza diversos símbolos no seu comportamento e fantasia através de representações, de mudanças na linguagem e no sistema de compreensões. No estágio de operações concretas, a criança interage com o mundo criando habilidades, regras e estratégias; nesse momento, ela constrói o pensamento lógico e lógica indutiva ou generalização. Na última fase, desenvolve a capacidade de planejar, do raciocínio e da lógica na solução de problemas, atingindo dessa forma, o topo das operações formais (SANTOS et al., 2009).

A fim de que o profissional de saúde entre em contato com a criança e o adolescente, ele precisa saber mais sobre como se dá e o que significa a maturação do indivíduo que envolve as mudanças que afetam as estruturas físicas e neurológicas, os processos de pensamento, as emoções, as formas de interação social e vários outros comportamentos da criança. A relação da criança com os seus genitores, desde o nascimento, assim como o ambiente pré-natal vão influenciar significativamente a maturação biopsicossocial da criança. O vínculo mãe-bebê indica a qualidade da saúde física, psicoemocional, psicomotora, cognitiva, neurológica e imunológica; Freud, Spitz, Winnicott e outros autores confirmaram que as relações da criança com seus cuidadores são a base para o seu crescimento (SANTOS et al., 2009).

Vale enfatizar as contribuições essenciais de Melanie Klein na percepção do desenvolvimento e psicopatologia infantil. O bebê normal, segundo a teoria de Klein, já possui ego suficiente para sentir ansiedade, lançar mão dos *mecanismos de defesa* e formar *relações de objeto*, ainda que primitivas, na fantasia e na realidade. O objeto primário é o seio que é dividido em *seio ideal* e *seio persecutório*. Existem vários mecanismos de defesa utilizados pelo bebê para se proteger da ansiedade: projeção, introjeção, divisão, idealização, negação e identificação projetiva e introjetiva. Dessa forma, as ansiedades e defesas constituem o núcleo da posição esquizo-paranóide e são parte normal do desenvolvimento humano. O estudo da fase do bebê é de extrema importância porque as psicopatologias importantes se iniciam nesta fase da vida e, quando eclodem, sabe-se que ocorre uma regressão a uma fase do desenvolvimento na qual as perturbações patológicas estavam presentes – processo este que impede a evolução normal do indivíduo porque cria *pontos de fixação*. No estudo de casos de pacientes esquizofrênicos, por exemplo, estes já apresentavam, desde a tenra infância, características esquizóides (SEGAL, 1975). Melanie Klein segundo Segal (1975) defendeu que, no curso normal, a *posição esquizo-paranóide* define-se por uma divisão (*split*) entre objetos bons e maus, entre o ego que ama e odeia – as experiências boas predominam sobre as más – condição básica para a integração normal dos estágios

posteriores. O bebê então organiza as suas percepções por meio da projeção, no seio e na mãe, de *parte do eu e objetos internos que depois são reintrojados e reintegrados* no ego do infans. Essa dinâmica é prejudicada quando, por razões internas e externas, a experiência má se sobrepõe à experiência boa. Normalmente, as partes projetadas seguem caminhos de demarcação fisiológica e psicológica. Quando a ansiedade e os impulsos hostis são intensos, a realidade é vivida como uma perseguição e, no intuito de livrar-se dessa percepção, o indivíduo tem uma vivência de *estilhaçamento do ego*. Esse ataque dirige-se para destruir tanto o aparelho perceptual quanto o pedaço dessa realidade – *o objeto odiado*. A partir dessa experiência de fragmentação, não há divisão clara para o bebê, entre objetos bons e maus; os objetos são estilhaçados e cada um contém uma parte violenta e hostil do ego. Nesse processo de *identificação projetiva patológica da posição esquizo-paranóide*, o bebê ataca qualquer função ou órgão que possam construir vínculo, como por exemplo, a própria boca e o mamilo são destruídos, no seu psiquismo, visto que representam um elo entre o bebê e o seio. Dessa forma, o aparelho perceptual de um *bebê esquizoide* encontra-se danificado e sua potencialidade para integrar-se e construir vínculos ficam rompidas. Essencial lembrar também que, nos indivíduos normais, podem ocorrer situações que suscitem as ansiedades primitivas colocando em ação os mecanismos de defesa mais primitivos (SEGAL, 1975).

Diferentemente de Melanie Klein e de modo semelhante a Freud, Winnicott destacou que o *objeto interno* do bebê é construído, e não inato. Assim, o psiquismo do bebê constrói-se gradualmente, na relação com o outro. A criança winnicottiana possui uma tendência inata para desenvolver-se, influenciada de forma marcante pelo meio ambiente, e seu mundo interno seria povoado de fantasias. Contrariamente à Klein, Winnicott acreditava que a mãe tem uma função simbólica e não apenas imaginária (amor versus ódio). Para ele, a personalidade da mãe e seus conflitos influenciam na estruturação da personalidade da criança. Dessa maneira, os distúrbios psíquicos decorrem dos graus e variedades das carências de adaptação materna e da forma como o bebê os processa (FERREIRA, 2006).

De todo modo, a função da mãe, no curso do desenvolvimento infantil, é atender às necessidades básicas e primeiras de sobrevivência do bebê, proteger seu corpo e fazer a criança suportar as excitações do mundo. A função materna também atribui significados ao choro, aos sons e às expressões do bebê, atribuindo-lhe, assim, um lugar no seu desejo. Por outro lado, a função do pai é fazer corte ao apego entre mãe e filho, e mostrar a realidade, introduzindo a criança em direção ao mundo. Representante desta lei, a função paterna priva a criança de manter-se colada ao corpo da mãe e vice-versa (LACAN, 1957). Diante dessa

dinâmica, a criança tem duas possibilidades de identificação: uma com o pai e outra com a mãe.

Retomada a questão da fase anal, conceito da abordagem psicanalítica, a produção das fezes e o controle dos esfíncteres possuem, para o infantes, um *atributo de recompensa aos cuidadores*. A criança pode regredir à fase anal, perdendo por exemplo o controle dos esfíncteres, após o nascimento de um irmão ou outra situação que seja traumática para ela (SANTOS et al., 2009).

As crianças, em tenra infância, não demonstram pudor em evacuar nas roupas porque sua intenção está na experimentação e no prazer; o contrário para os adultos, que demandam a hora e o lugar onde a criança deve evacuar, muitas vezes associando as fezes a algo sujo e vergonhoso. Portanto, a constipação seria uma forma substituta de mediar os impulsos da criança fixada na fase anal e os limites impostos pelos adultos inseridos em um contexto sociocultural específico. A encoprese, assim como os rituais escatológicos em muitos neuróticos, encontram aí as suas raízes (FREUD, 1905).

Freud (1905) afirmou que a relação da criança com as fezes vai além do treinamento no vaso ou do mau funcionamento puramente orgânico do trato intestinal. Ele indicava que a fase anal mobiliza duas correntes, o par passividade-atividade através da retenção e da expulsão, ligadas ao valor simbólico das fezes. Quando os distúrbios intestinais aparecem em idade tenra tornam as crianças nervosas, além de exercerem uma influência importante nos sintomas na vida adulta. As violentas contrações musculares a partir da retenção das fezes provocam dor e grande prazer. As fezes são tratadas como parte do corpo representando seu primeiro presente (ou obra produzida), que passa a ter outros significados para a criança a partir de uma das suas teorias sexuais infantis – a de que o bebê se faz através do comer e nascem pelos intestinos. A criança de baixa idade constrói a equação simbólica: fezes = presente = bebê e, mais tarde, = a falo, poder e dinheiro (FREUD, 1905).

Quanto à exigência no processo da educação, Freud (1908) traz à baila a aplicação de estímulos dolorosos à pele das nádegas com o intuito de barrar a obstinação da criança; anteriormente, essa parte do corpo, era alvo de atos de carícia e ternura, e mais tarde sucumbiu à repreensão. Percebe-se que a criança portadora de CIF produz ou não as fezes para aquele que exerce a função materna e que demanda, exige que a criança faça. Cada mãe lida com essa etapa da criança de maneiras diversas – com ódio, amor, exigência, ansiedade, controle – porque ordem, parcimônia e limpeza, para cada sujeito, têm um significado singular.

Lacan (1962) afirmou que as fezes entram na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Durante o processo de educação da higiene, a mãe dá duas ordens contrárias: retenha as fezes e solte-as! À criança é exigido que segure as fezes por um bom período chegando ao ponto de esboçar a introdução do excremento como uma parte do corpo da criança. Depois, mediante à demanda daquele que materna, diz-se à criança que abandone as fezes. A demanda tem um papel decisivo nessa dinâmica. O pedaço que a criança tem medo de perder assume um determinado valor, especial, pois satisfaz a demanda da mãe. Ao lado disto, esse processo traz todas as carícias da limpeza que não se limita à higiene – cujos efeitos prazerosos são evidentes, a exemplo, de uma mãe que continuava a limpar o filho até doze anos de idade. Assim, o que gira em torno das fezes é a demanda da mãe – *Guarda-o. Dê para mim*. E a criança pergunta a si mesma: *E, se eu te der, para onde isso vai?* Há, então, nesse nível o que Lacan chamou de um reconhecimento ambíguo, ou seja, o cíbaló é a criança e, num segundo tempo, não deve ser ela, e mais, não é dela, é da mãe.

2.5 PAPEL DO PEDIATRA NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Pode-se pensar que é fundamental que o pediatra realize uma consulta mais abrangente com o paciente portador de constipação e os seus pais, incluindo a avaliação de possíveis sinais de uma desordem psíquica atuante na construção do sintoma que a criança ou o adolescente apresenta no corpo. Solange Rubim de Pinho e cols. (2009) escreveram sobre como o exame psiquiátrico básico deve ser realizado para que o pediatra possa detectar alguns sinais e sintomas que a criança ou o adolescente podem apresentar desde o nascimento até os dezoito anos de idade, considerando todas as etapas do desenvolvimento psicológico. Diversos fatores podem desencadear os transtornos psíquicos na criança e no adolescente: as alterações no sono e na alimentação, as condições ambientais, existenciais e sociais, a expressão exagerada das emoções, as dificuldades de adaptação e atenção. Algumas alterações comportamentais podem ser bem evidentes e detectadas na idade pré-escolar, como por exemplo depressão e ansiedade. O pediatra, além do exame físico, deve investigar detalhadamente em entrevista aberta, através de uma abordagem que permita o paciente e a sua família falarem sobre suas crenças e relações interpessoais, aspectos como: história da criança (incluindo a interação psicossocial), queixa principal (dos pais e da criança), curso evolutivo do sintoma, histórico do desenvolvimento, histórico médico, relacionamento da criança com os pais e irmãos, adaptação escolar e

vocacional, relacionamento do casal parental, passado e presente da família nuclear, antecedentes patológicos do paciente e da família, e, por fim, o que o sintoma do paciente suscita no ambiente familiar. Quanto à observação clínica da criança nos seus primeiros anos, cabe também investigar a saúde física e mental dos pais, suas expectativas em relação ao filho, a qualidade de vida lúdica da criança e a sensibilidade dos pais em relação às necessidades do filho. O pediatra que avalia a criança em faixa etária escolar, precisa disponibilizar brinquedos, lápis, papel para facilitar a expressão da criança e estabelecer uma comunicação mais próxima da sua realidade, além de construir uma relação de confiança e segurança para o paciente. Com o adolescente, que na maioria das vezes tem o domínio da expressão verbal, perceber as crises e os conflitos que o paciente apresenta e estar atento para a singularidade de cada ser. Anna Freud dizia ser difícil separar o normal do patológico na adolescência, afirmando ainda que seria *anormal* existir estabilidade e equilíbrio na adolescência. Pode-se, entretanto, observar sinais mais frequentes de reais transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes como: *redução significativa no rendimento, interesse e esforço escolar, abandono de atividades antes desejadas, distanciamento de amigos ou familiares, perturbação no sono, hiperatividade, inquietação e/ou agressividade, reações emocionais mais violentas, atitudes de oposição, ansiedade excessiva, modificações no padrão alimentar, uso de substâncias psicoativas* (PINHO et al., 2009).

Luíza Amélia C. Moreira (2009) concorda com o posicionamento de que é o pediatra quem deve detectar mais precocemente sinais iniciais de determinados distúrbios, apresentados em crianças e adolescentes, como os transtornos alimentares, que podem determinar um quadro de anorexia nervosa, por exemplo, no meio ou final da adolescência. Dentro de uma perspectiva biopsicossocial, que considera a biologia, a família, a cultura, a personalidade e a cognição, os distúrbios alimentares – anorexia e/ou bulimia - são *doenças psiquiátricas* que se definem por comportamentos alimentares fora do padrão, distorção da imagem corporal e uma preocupação demasiada com o peso e a forma do corpo. O diagnóstico deve incluir, além do exame físico, uma avaliação sobre o que o jovem pensa, e o tratamento requer trabalho em equipe multidisciplinar.

Sob esta perspectiva, pode-se perceber como é de fundamental importância que os pediatras e os Residentes tenham uma noção mais ampla sobre os aspectos psicossomáticos associados à CIF, não apenas quando esta se torna crônica e refratária ao tratamento médico, mas que essas questões sejam levadas em consideração desde o seu começo, evitando *o gasto excessivo* de tempo, energia física, psíquica e emocional, além do gasto financeiro empregado

tanto pela equipe médica quanto pelo paciente e sua família para obter um melhor resultado na abordagem e tratamento da criança obstipada.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o saber dos Residentes de Pediatria, em Salvador-Bahia, sobre a constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar o conhecimento dos Residentes de Pediatria no que diz respeito:

Às causas multifatoriais e ao tratamento da constipação intestinal funcional

Às funções da Mãe e do Pai

Ao treinamento da evacuação

À multidisciplinaridade e ao encaminhamento para psicoterapia

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo descritivo quantitativo, de corte transversal com amostra de conveniência composta por 42 Residentes de Pediatria de três diferentes hospitais públicos que foram denominados A, B e C. Estes hospitais representam referência na formação de pediatras em Salvador-Bahia, Brasil. Este estudo foi realizado entre outubro de 2010 e janeiro de 2011.

4.2 AMOSTRA – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E PERFIL DA POPULAÇÃO

Foram incluídos neste estudo apenas Residentes de Pediatria R1, R2 ou R3 dos referidos hospitais públicos de Salvador-Bahia (A, B e C). Foram excluídos desta pesquisa os pediatras já em exercício e não em formação, além de Residentes de terceiro ano na área específica de gastroenterologia, devido à diferença significativa que poderia existir com fatores confundidores com relação à experiência com pacientes portadores de obstipação.

4.3 PERGUNTA E HIPÓTESE DO ESTUDO

Pergunta do estudo: O que sabem os Residentes de Pediatria sobre constipação intestinal funcional?

Hipótese do estudo: O conhecimento dos Residentes de Pediatria sobre constipação intestinal funcional é restrita.

4.4 COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário, sob a forma de entrevista (Apêndice A), pela única pesquisadora, que abordava aspectos sobre o conhecimento dos Residentes de pediatria dos

hospitais A, B e C, em Salvador-Bahia, em relação ao diagnóstico, à terapêutica, aos fatores psicossociais relacionados à CIF e sobre encaminhamento do portador de CIF para a psicoterapia. A pesquisadora inicialmente fez um questionário piloto com alguns Residentes e internos para avaliar se as perguntas estavam suficientemente claras.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora da residência de pediatria de cada hospital para que esta realizasse a sensibilização inicial da equipe de Residentes, sobre a visita da psicóloga pesquisadora para aplicação do questionário.

A pesquisadora sondava com a coordenação e com alguns Residentes, os dias e horários em que estes estariam mais disponíveis para a entrevista. A pesquisadora abordava os Residentes que estavam circulando nos corredores e aguardava o momento ou o dia possível para realizar a entrevista. A maioria se disponibilizava a ser entrevistado nos intervalos do trabalho no hospital ou das reuniões em equipe. O tempo da aplicação do questionário foi de 20 a 40 minutos para cada entrevistado. Quarenta e cinco (45) Residentes foram convidados a responder ao questionário e apenas três recusaram-se a fazê-lo. A aplicação do questionário, sob forma de entrevista, caracterizou-se também como uma forma de sensibilizar os residentes a pensarem sobre o encaminhamento dos portadores de constipação intestinal funcional para o tratamento analítico, construindo, assim, conexões interdisciplinares entre a medicina e a psicanálise (Apêndice A).

Os dados quantitativos foram analisados diretamente. Alguns dos dados coletados das respostas subjetivas foram, numa primeira etapa, organizados no programa Microsoft Office Excel 2007, categorizados qualitativamente, utilizando-se as palavras-chave mais frequentes nas respostas de cada Residente. Além disso, a pesquisadora reuniu-se com outros dois pesquisadores (uma estudante de medicina e um psicólogo) a fim de se evitar vieses nas interpretações e categorizações. Posteriormente, estas respostas foram então analisadas também quantitativamente com medidas descritivas de frequência e dispersão pelo programa de *software* estatístico SPSS® ou TM, versão 13.0 for Windows.

Apesar de a pesquisadora haver solicitado que os Residentes não comentassem entre si as suas respostas, esta foi uma variável impossível de controlar. Essa comunicação pode ter ocorrido devido, talvez, ao medo e à ansiedade natural dos Residentes em relação a um assunto pouco estudado pela maioria, como se pode detectar nos resultados.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário foi aplicado sob forma de entrevista pela mesma psicóloga, após carta dirigida e anuência dos coordenadores da Residência de Pediatria dos hospitais A, B e C. O questionário foi composto por perguntas divididas em 5 grupos, incluindo perguntas objetivas e algumas subjetivas.

Os temas foram divididos em:

GRUPO 1: Conhecimento e familiaridade dos Residentes com o diagnóstico da CIF e sua determinação multifatorial (aspectos clínicos e psicológicos).

GRUPO 2: Concepção dos Residentes sobre as funções da mãe e as do pai, assim como sobre o treinamento da evacuação.

GRUPO 3: O tratamento orientado pelos Residentes para a CIF e a possibilidade do enfoque multidisciplinar.

GRUPO 4: Sobre o encaminhamento do paciente portador de CIF para a psicoterapia e quando este encaminhamento seria feito pelos Residentes.

GRUPO 5: Sobre a necessidade que os Residentes referiram de obter mais informações sobre o tema (Apêndice A).

Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo faz parte de um estudo maior que possui várias vertentes. Esta pesquisa sobre o conhecimento dos Residentes é um recorte da proposta inicial mais abrangente, que foi aprovada pelo Conselho de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09). O projeto também segue as normas do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Agosto, 2005) realizado em Brasília no XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia.

Um total de 42 Residentes em Pediatria respondeu ao questionário. A maioria era do sexo feminino (88,1%) e 21,4% dos Residentes atuavam em alguma especialidade pediátrica como neonatologia, neuropediatria, hematologia e 7,1% no setor de gastroenterologia. A média da idade dos Residentes foi de 28,8 ($\pm 2,54$ anos) anos, com tempo médio após a graduação de 3,5 anos, e 61,9% dos Residentes referiram já ter atendido de 10 a 50 crianças e adolescentes com constipação (Tabela 1). Aproximadamente a metade estava fazendo treinamento em enfermagem pública e/ou pronto-socorro e emergência públicos (50% / 57,1%), e/ou pronto-socorro e emergência particulares (38,1%) e/ou clínica e ambulatório públicos (23,8%). O trabalho simultâneo nos dois setores de saúde, público e particular, era mais comum do que trabalhar em apenas um deles (Tabela 1).

O tempo que deve ser orientado para tratamento médico da CIF, informado por 45,2% dos Residentes, foi entre 6 meses e 1 ano; 33,3% responderam até 6 meses e apenas um Residente respondeu 2 anos. As possíveis complicações da constipação crônica refratária ao tratamento médico citadas foram: dor, hemorroidas, fissura anal, obstrução intestinal e fecaloma (8,1% para cada resposta); complicações psicológicas e irritabilidade (7,1%).

No que diz respeito aos principais fatores que podem contribuir na determinação da CIF em crianças e adolescentes, o principal fator ambiental citado pelos Residentes foi a dieta (95,2%). Outros fatores ambientais citados foram: estresse escolar e familiar, aspectos sócio-econômicos em geral, treinamento rígido no vaso, sedentarismo, preconceito em relação à evacuação, desmame precoce, clima quente, mudança de ambiente e pouca higiene. Em relação aos fatores orgânicos que podem contribuir para a determinação da CIF, 64,2% dos Residentes não responderam a essa pergunta e, entre as respostas obtidas, 26,6% indicaram doenças orgânicas como um possível fator e 20% citaram o ritmo intestinal da própria pessoa. Entre os fatores emocionais mais citados, 38% relacionaram os fatores emocionais dos pais como possíveis contribuições para a determinação da CIF nos filhos. Esses fatores englobaram respostas como: pais problemáticos, separação dos pais, ansiedade e repreensão dos pais. Porém, em 23,8% das respostas, a determinação da CIF foi atribuída aos fatores emocionais da própria criança (Tabela 3). Entre esses fatores citados estão: ansiedade, estresse, timidez da criança, retração, inibição, insegurança e vontade de chamar atenção da família.

Em relação aos aspectos psicoafetivos associados à CIF, quase a totalidade dos Residentes (88,1%) reconheceu alguma relação deste sintoma com ambiente familiar agressivo, abuso sexual físico ou mental, além de terem relacionado a obstipação também

com crise no casal parental (66,7%) (Tabela 2). Metade (50%) identificou dificuldades na expressão da agressividade. Mais da metade dos Residentes percebeu a presença dos aspectos medo (78,6%), ansiedade (78,6%), depressão (57,1%), timidez (69%) e dificuldade de socialização (64,3%) nas crianças obstipadas. Apenas 19% detectaram que a CIF pode estar associada à dificuldade do pai em dar limites, enquanto 61,9% admitiram que o controle excessivo da mãe sobre o filho pode estar presente nos casos de CIF (Tabela 2).

Com relação ao início do treinamento da evacuação, 29,3% pensavam que este deve ser iniciado entre um e dois anos de idade, enquanto 46,3% defenderam que o treinamento deve acontecer entre dois e três anos de idade (Tabela 3).

No item relativo à forma como o treinamento deve ser realizado, 19,0% dos Residentes não especificaram a orientação, afirmando apenas que o treinamento deve acontecer sem exigências, ou seja, sem cobranças ou punições; a mãe deve fazê-lo de maneira lúdica e estimulando a criança quando esta expressar a vontade de evacuar; 9,5% enfatizaram que o momento do treinamento deve ser prazeroso e sem punições; outros indicaram o reforço positivo e condicionamento. Seguindo o pensamento de não impor à criança o ato de evacuar, 7,1% responderam que se deve orientar a criança a falar quando ela desejar ir ao banheiro. Por outro lado, 9,5% dos Residentes mencionaram apenas a orientação da criança para sentar-se ao vaso sanitário; enquanto 19% dos demais defenderam a ideia de orientar a criança a utilizar o penico; 9,5% indicaram o treino da evacuação após as refeições, respeitando os horários habituais da criança, mas 11,9% referiram que é importante fixar horário. Apenas 4,76% não souberam o que dizer sobre esta questão.

No que diz respeito à terapêutica da CIF, 97,6% dos Residentes referiram a dieta como terapêutica imprescindível, ainda que acompanhada por outras formas de tratamento como medicamentos laxantes (33,3%), treinamento ao vaso (23,8%) ou psicoterapia (30,9%). Apenas 7,1% sugeriram tratamento combinado (medicamento e psicoterapia) (Tabela 3). Os Residentes possuíam uma ideia vaga sobre psicoterapia; alguns se referiam a esta como indicação apenas em casos graves, ou como suporte quando fossem detectados fatores emocionais, ou ainda com o objetivo único de mudança comportamental. Entre eles, 11,9% referiram a importância da intervenção na dinâmica familiar ou o tratamento multiprofissional (2,3%). Assim como apenas 4,7% relataram o sentido de encontrar o fator desencadeante e seu respectivo valor na direção do tratamento; apenas 2,3% indicaram a desimpactação como parte do tratamento.

Nesse contexto, investigou-se a opinião sobre o papel da mãe e a importância do pai na família. Em relação à mãe, 28,5% associaram o papel desta à educação da criança – nortear, disciplinar, ensinar, ser autoridade e dar limites; 11,9% perceberam a mãe como aquela que exerce os cuidados mais imediatos da criança tendo a função de alimentar, estimular, perceber os sinais de doença da criança. O suporte emocional como elemento principal da função materna foi apontado por 26,1% expressando-o através dos seguintes significantes: afeto, proximidade, paciência, acolhimento e apoio (Tabela 3). Um número não significativo (2,3%) associou o papel da mãe com a influência desta na relação entre pai e filho, inclusive apontando para a personalidade obsessiva da mãe como causadora da obstipação na criança; 19% das respostas foram evasivas, como, por exemplo, essencial, fundamental, eixo principal, base de tudo – porém sem realmente explicitar a função da mãe na família. Em relação ao papel do pai, na opinião de 11,9%, sua importância na educação do filho foi menor do que a da mãe. Aproximadamente a metade dos Residentes (45,2%) pensava que a função do pai é conjunta com a da mãe (Tabela 3). Uma percentagem baixa dos Residentes (9,5%) associou a importância do pai na família com o apoio econômico ou com o suporte emocional para a criança. Estes dados acrescentam-se aos 11,9% dos Residentes que relacionaram a importância do pai como coadjuvante, e às 7,1% das respostas evasivas. Além disso, somente 2,3% relacionaram o pai como um exemplo para o filho e 4,7% como a liderança na família.

Na questão sobre quando o médico deveria encaminhar o paciente com CIF para tratamento psicológico, somente 40,5% dos Residentes responderam sempre, e 59,5% responderam às vezes (Tabela 3). Ao perguntar-se o motivo da opção escolhida, 59,5% apontaram para diversos fatores: se o médico identificar algum aspecto psicoafetivo da criança como angústia, estresse, medo, ansiedade, casos de abuso; dificuldades que impeçam o paciente de aderir ao tratamento tradicional médico como, por exemplo, quando a criança está irredutível para comer. Frases como o intestino é um órgão emocional e “tudo que se passa na cabeça da gente vai para o intestino” foram expressas por alguns Residentes que afirmaram considerar fundamental o encaminhamento das crianças e dos adolescentes que desenvolvem CIF para psicoterapia; 23,8% dos Residentes consideraram a possibilidade de insucesso no tratamento médico, e por este motivo lançariam mão do encaminhamento para o psicólogo; 11,9% relataram que em alguns casos o aspecto psicológico não é importante, mas sim o fator físico ou o histórico familiar positivos. Contudo, curiosamente, apenas 16,6% dos Residentes atentaram, nesse item do questionário, para a possibilidade de um tratamento

multidisciplinar nos casos de CIF. Por outro lado, no item tipo de sofrimento importante que justificaria o encaminhamento para o psicólogo, 76,1% referiram aspectos psicoafetivos como ansiedade e cobrança familiar, aversão do paciente ao banheiro, desequilíbrio familiar gerando falta de apoio, ambiente familiar conturbado, separação dos pais, abuso, agressividade ou imposição dos pais se a criança evacuar nas calças, dor, inadequação nos ambientes doméstico e social, não percepção da necessidade de ser cuidado, resistência ao tratamento médico, comportamento de retenção das fezes, timidez, escape fecal, autoestima baixa, depressão, agressividade e irritabilidade. Assim, um pouco menos da metade dos Residentes (40,4%) considerou dificuldades na família como um sofrimento importante para o encaminhamento psicoterápico. O abuso físico ou mental foi indicado, nessa questão, por 16,6% dos Residentes e 7,1% perceberam as dificuldades de socialização da criança como um fator importante para indicar psicoterapia ao paciente portador de CIF. Apesar de 23,8% terem admitido que o sofrimento físico pode ser um motivo de indicação para psicoterapia, apenas 2,3% consideraram a própria constipação intestinal funcional como um tipo de sofrimento. A maioria dos Residentes (85,7%) confirmou a possibilidade da influência dos fatores psicológicos sobre o eixo neuroendócrino na determinação da CIF, contudo 23,8% deram respostas vagas, 40,4% afirmaram não saber sobre o assunto e 9,5% deram respostas incorretas atestando não haver influência entre os dois sistemas ou relacionando a questão com o hipotireoidismo.

Quanto à necessidade de informações adicionais sobre a CIF, 100% dos Residentes afirmaram que SIM, precisam e desejam ter acesso a mais informações sobre um sintoma tão comum nos ambulatórios e consultórios de pediatria (Tabela 3). Os Residentes participantes deste estudo (30,5%) relataram que devem ter mais experiência e treinamento no assunto, pois possuem muitas dúvidas; alguns deles atendem poucos casos de CIF e outros priorizam o atendimento emergencial ao invés do acompanhamento ambulatorial. Atestaram também que discutem pouco sobre a CIF e que, além disso, a formação dos mesmos se detém mais em uma “visão acadêmica e pouco prática”. Seguindo essa linha de pensamento, outros 28,5% dos Residentes enfatizaram que é crucial investir no saber para uma formação profissional melhor, afirmando ser este um tema bastante frequente, porém não lhe sendo dada a devida atenção. Às vezes “a gente pensa que sabe e não sabe”, afirmou um deles. Outros ainda (14,2%) relataram sobre a importância de o pediatra pensar mais nos aspectos psíquicos da criança com CIF, com o objetivo de orientar melhor a família. Um dos Residentes sugeriu a inclusão de psicologia na graduação para ajudar os médicos a ajudarem os pacientes. Apesar

desta reflexão, neste último item do questionário, apenas 4,7% dos Residentes aludiram ao trabalho multidisciplinar, assim como 9,5% citaram a dificuldade de diagnosticar e tratar com mais eficácia os casos de CIF em crianças e adolescentes.

Tabela 1: Dados demográficos e profissionais dos Residentes de Pediatria entrevistados

Características	N (Residentes)	%
Nº de Residentes entrevistados	42	100,0
Sexo Feminino	37	88,1
Sexo Masculino	5	11,9
Hospital de Origem		
A*	13	31,0
B*	19	45,2
C*	10	23,8
Tempo de Trabalho em Pediatria		
≤ 1 ano	15	35,7
> 1 ano e ≤ 2 anos	14	33,3
>2 anos e ≤ 3 anos	12	28,5
>3 anos	1	2,3
Período da Residência em Pediatria		
R1	18	42,9
R2	16	38,1
R3	8	19,0
Trabalho em especialidade de pediatria	9	21,4
Local de Trabalho		
Pronto-Socorro/Emergência pública	24	57,1
Pronto-Socorro/Emergência particular	16	38,1
Enfermaria pública	21	50,0
Enfermaria particular	3	7,1
Clínica/Ambulatório público	10	23,8
Clínica/ Ambulatório particular	4	9,5
UTI neonatal pública	3	7,10
UTI neonatal particular	2	4,8

*Hospitais A, B e C (hospitais públicos onde os residentes exercem o treinamento)

Tabela 2: Frequência das respostas com relação aos aspectos psicoafetivos associados à obstipação

Aspectos psicoafetivos associados à obstipação	N (Residentes)	%
Teimosia	7	16,7
Expressão difícil da agressividade na criança ou adolescente	21	50,0
Crise do casal parental	28	66,7
Dificuldades escolares	27	64,3
Ambiente familiar agressivo	37	88,1
Abuso sexual físico ou mental	37	88,1
Medo excessivo	33	78,6
Dificuldades do pai em dar limites	8	19,0
Ansiedade	33	78,6
Controle excessivo da mãe sobre o filho	26	61,9

Depressão	24	57,1
Inibição	24	57,1
Timidez	29	69,0
Dificuldade de socialização	27	64,3
Insônia	10	23,8
Mania	8	19,0

Tabela 3: Frequência das respostas dos Residentes analisadas referentes às cinco categorias do questionário (Grupos 1,2,3 4 e 5)

Grupo 1- Conhecimento e familiaridade com o diagnóstico da CIF e sua multifatorialidade (aspectos clínicos e psicológicos)	%
Principais fatores na determinação da CIF	
- Dieta (fator ambiental)	95,2
- Doenças orgânicas (fator orgânico)	26,2
- Fatores emocionais da própria criança (fator emocional)	23,8
Aspectos psicoafetivos associados à CIF	
- Ambiente familiar agressivo, abuso físico ou mental	88,1
- Crise no casal parental	66,7
Há influência do psíquico no eixo neuroendócrino na CIF	
-Sim	85,7
Grupo 2- Funções da mãe e do pai e treinamento da evacuação	
Importância do papel da mãe	
- Educação da criança	28,5
- Suporte emocional	26,1
- Exerce os cuidados mais imediatos da criança	11,9
Importância do papel do pai	
- Função conjunta com a mãe	45,2
Início do treinamento da evacuação	
- Entre 1 e 2 anos de idade	29,3
- Entre 2 e 3 anos de idade	46,3
Grupo 3- Tratamento da CIF e multidisciplinaridade	
Principais terapêuticas da CIF	
- Dieta	97,6
- Medicamentos laxantes	33,3
- Psicoterapia	30,9
- Treinamento ao vaso	23,8
Grupo 4- Quando encaminhar o paciente com CIF para a psicoterapia	
Sempre	40,5
Às vezes	59,5
Nunca	0,0
Grupo 5- Necessidade de mais informações sobre o tema	
- Há necessidade de informações adicionais sobre o tema	100,0

Enfatizam-se as lacunas e contradições das informações que os Residentes possuem sobre um sintoma tão comum – a constipação - principalmente no que diz respeito à sua determinação multifatorial (MOTTA et al., 2010; VAN DEN BERG et al., 2006; SILVA, 2009; POENARU et al., 1997, FARNAM et al., 2009; AMENDOLA et al., 2003; LEÃO, 2007), assim como a importância do tratamento multidisciplinar nos casos de CIF mais graves (NEHRA et al., 2000; ROGERS, 2003; POENARU et al., 1997; AMENDOLA et al., 2003; LEÃO, 2007), concordando com dados de literatura. Não se trata, portanto, da constipação psicogênica referida antigamente, mas sim de uma complexa interação de causalidade. Ainda que se perceba, a princípio, uma contraposição entre o abstrato (a psique) e o concreto (o observável: como a retenção das fezes, o escape fecal, etc.), a psique está inscrita no corpo, e ela aparece através de códigos a serem decifrados: os sintomas. A psique envolve, portanto, aspectos das relações familiares e sócio-culturais, tanto os observáveis quanto os latentes, construídos ao longo da sua vida.

A maioria dos casos de constipação é de ordem funcional, apesar da etiologia específica da CIF não ter sido ainda elucidada, alguns fatores de risco são apontados: os hábitos alimentares, a inatividade física, fatores relacionados com a motilidade intestinal, o nível socioeconômico, parâmetros psicológicos, uso de medicações, idade e gênero (PEPPAS et al., 2008). Rosato e cols. (2006) estimaram uma incidência de 2,2% a 15% para incontinência fecal e 20% a 80% para constipação. Um melhor conhecimento do profissional permite a escolha do tratamento adequado, melhora a qualidade de vida do paciente e diminui os custos na saúde. Contrário à literatura, quase a totalidade dos Residentes (95,2%) apontou para a dieta como fator determinante da CIF; em relação à terapêutica da CIF, apenas 7,1% sugeriram tratamento combinado com medicamento e psicoterapia e 2,3% indicaram tratamento multiprofissional. Dos 59,5% dos Residentes, que às vezes encaminhariam para psicoterapia, somente 16,6% enfatizou o trabalho multidisciplinar. Esses dados demonstram as incertezas dos Residentes tanto sobre a determinação multifatorial da CIF, quanto sobre a eficácia do tratamento combinado e multiprofissional. Isto indica a importância da reflexão sobre a formação de recursos humanos pediátricos: Como estes jovens estão sendo orientados? Não seria de uma maneira estática? “Soluções” são oferecidas e não se mostra a dinâmica do processo de cura, o que os ajudaria a descobrir caminhos para resolver os obstáculos. Esta é uma questão que está intimamente imbricada na pergunta deste estudo. Sabe-se que o modelo biomédico diverge do modelo biopsicossocial e, assim, se faz necessário pensar nos princípios da educação do adulto para o século XXI. Jacques Delors e

cols. (1997) chamam a atenção para o fato da educação priorizar, em geral, o saber fazer em detrimento do aprender a ser, a conviver com os outros, e aprender a aprender em prol de objetivos comuns, crucial para o trabalho transdisciplinar. Esta posição diverge da opinião de alguns Residentes que afirmaram que a sua formação era “mais acadêmica e pouco prática”. Delors e cols. (1997) abordaram sobre os quatro pilares da educação: aprender a conhecer (contextualizado na cultura geral), aprender a fazer (incluindo competências que torne o profissional mais apto a enfrentar situações de desafio e a trabalhar em equipe), aprender a viver juntos (que implica no preparo para gerir conflitos, compreender o outro e acolher as diversidades) e aprender a ser (que significa desenvolver a capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal). Na formação do profissional, as aprendizagens precisam evoluir para a capacidade de comunicação do indivíduo, de trabalhar com os outros, de gerir e resolver conflitos. Antes e durante a aplicação do questionário, tornou-se evidente (através dos olhares, da forma muitas vezes desdenhosa e onipotente com a qual alguns Residentes “recebiam” a pesquisadora, assim como a postura de alguns se negarem a responder o questionário) a dificuldade em relação às habilidades anteriormente citadas e tão importantes no trabalho em equipe, seja ela multidisciplinar ou intradisciplinar. A partir desta experiência, pôde-se inferir que os Residentes provavelmente possuem tais dificuldades também entre eles, impedindo que o trabalho coletivo aconteça em prol do funcionamento saudável da equipe e da direção da cura do paciente.

Apesar de 61,9% dos Residentes terem atendido cerca de 10 a 50 crianças e adolescentes com CIF, apenas 21,4% atuava em alguma especialidade pediátrica e 7,1% atuava no setor de gastroenterologia; a maioria deles era residente de pediatria geral. Sabe-se que a CIF é um sintoma de ordem idiopática bastante comum em crianças e adolescentes, não explicado por anormalidades bioquímicas ou orgânicas (RASQUIN et al., 2006; MOTTA et al., 2010). Ainda assim, 26,6% dos Residentes relacionaram a determinação da CIF com doenças orgânicas; 20% com o ritmo intestinal da pessoa e 64,2%, não teceu nenhum comentário a respeito de determinantes orgânicos ou emocionais, o que demonstra as dificuldades da maioria dos Residentes de Pediatria, no quesito diagnóstico da CIF, fundamental para orientar o tratamento. Nenhum citou, por exemplo, o fator do trânsito colônico normal ou lento nas crianças com CIF (VAN DEN BERG et al., 2006, ALTAF et al., 2008), observando-se francamente a necessidade de melhor aprofundamento nestas questões.

São diversas as complicações clínicas nos casos crônicos e refratários ao tratamento médico: dor abdominal recorrente, presença de sangue nas fezes, infecção e retenção

urinárias, enurese, náuseas e vômitos, dores de cabeça, flatulência, indisposição e escape fecal, além das associações com distúrbios psicológicos (NEHRA et al., 2000; ROGERS, 2003) e o fato de que alguns pacientes, no futuro, podem vir a desenvolver a síndrome do intestino irritável (ALTAF et al., 2008). Há uma interrelação importante entre a CIF e o adoecimento psíquico. Pessoas com DGIF possuem um risco maior de doença psíquica e vice-versa (ALANDER et al., 2005). A porcentagem das respostas relativas às possíveis complicações associadas à CIF, correspondentes às informações encontradas na literatura, foi baixa diante da importância da questão: dor, hemorroidas, fissura anal, obstrução intestinal e fecaloma, complicações psicológicas e irritabilidade. Entre as complicações que não foram aventadas estão a infecção urinária e os sangramentos, assim como o hábito de retenção com evacuação de bolos fecais grandes encontrarem-se associados à constipação funcional, à encoprese, quando agregada ao quadro, indicando a presença de problemas psicológicos (ESPINOZA, 2002). Além disso, geralmente ocorre o mecanismo do ciclo vicioso, cujo fator inicial ainda não está claro (MOTA; BARROS, 2008).

Quanto ao conhecimento dos Residentes em relação ao treinamento da evacuação no vaso, pode-se deduzir que a maioria parece ter consciência da importância deste fator, porém apresentam uma vaga ideia sobre a forma como deve ser realizado. Pode-se verificar que muitos dos Residentes não estão seguros ainda de que o treinamento precoce da evacuação pode contribuir na determinação da CIF (RASQUIN et al., 2006; SILVA, 2009; MOTTA et al., 2010). Há documentação inclusive de uma alta incidência de incontinência fecal na época do treinamento ao vaso (entre dois e quatro anos de idade) (RASQUIN et al., 2006). Estudos atuais evidenciam o treinamento no vaso inadequado como um dos preditores para a constipação na infância, dentre outros (MOTA; BARROS, 2008). Fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais estão intimamente imbricados no processo de aprendizagem do controle dos esfíncteres; o início do treinamento, por exemplo, tem sido postergado e as estratégias têm sofrido mudanças nos últimos 60 anos (MOTA; BARROS, 2008). Ao lado disso, os pediatras parecem não valorizar muito os métodos de treinamento no vaso, existentes, que curiosamente, ainda são de décadas passadas, como o método de Brazelton de 1962 (MOTA; BARROS, 2008). Até 2008, a Sociedade Brasileira de Pediatria não apresentava orientações relacionadas ao controle esfíncteriano, os métodos nunca foram testados entre si e diante da falta de avaliação, os pediatras não recorrem muito a eles (MOTA; BARROS, 2008). Sabe-se que eventos estressantes como o nascimento de um irmão, separação dos pais e mudança de casa podem dificultar o controle esfíncteriano.

Curiosamente, esses aspectos também podem estar associados ao quadro da obstipação funcional e encoprese (MARTINS et al., 1989) o que reforça a importância dos Residentes de Pediatria e Pediatras reverem seus conhecimentos em torno do diagnóstico e tratamento adequado da CIF.

A maioria dos Residentes sabe da existência de questões psicossociais. Contudo, eles percebem estas questões mais como consequências do que como determinantes que podem contribuir na construção do sintoma em estudo. É importante lembrar que os fatores psicossociais estão incluídos na multifatorialidade da CIF, tanto no que diz respeito às causas quanto às consequências. Acrescentado a este aspecto dos resultados, ainda que demonstrem um certo saber sobre as questões psicoafetivas e sociais envolvidas na CIF, menos da metade dos Residentes disse que *sempre* encaminhavam o paciente com CIF para psicoterapia, e um pouco mais da metade (59,5%) respondeu *às vezes*. O fato da terapêutica médica não atingir os resultados esperados, em alguns momentos, deveria reforçar a necessidade de uma reavaliação e tratamentos psicológicos e psiquiátricos, mas que são pouco indicados pelos médicos (ESPINOZA, 2002). Apesar da resistência dos pais, dever-se-ia insistir no encaminhamento do paciente para estas modalidades terapêuticas nos casos resistentes ao tratamento inicial, pois elas trazem inúmeros benefícios para o paciente (ESPINOZA, 2002). Fatores psíquicos como depressão e ansiedade são considerados como predisponentes para a constipação, da mesma forma que a compulsão obsessiva e a disfunção social estão implicadas na patogênese da CIF, e podem diminuir o trânsito colônico do paciente (PEPPAS et al., 2008). Leão (2007) descreve sobre o interesse crescente dos pesquisadores pelas desordens gastrointestinais funcionais (DGIFs), a partir da década de 1970, e questiona se houve um aumento na incidência dessas doenças ou se os pesquisadores foram motivados pela insatisfação diante das respostas dadas pelas abordagens tradicionais. A autora defende a relevante importância de uma abordagem biopsicossocial, destacando a família como fator crucial na abordagem das DGIFs. O atendimento do pediatra deveria considerar a investigação do *lugar da palavra da mãe, os efeitos do que ela diz para a criança, bem como do que é silenciado para ela*; deveria também incluir a participação do pai e compreender a parte que cabe à criança na construção do seu sintoma e na evolução do tratamento. A autora aponta para diversas pesquisas que enfatizam a necessidade do pediatra tratar a saúde da criança incluída no contexto da família, contudo, em 1988, ao pesquisar-se sobre a prática do pediatra, constatou-se que este tendia a subestimar a importância da sua relação com a família do paciente (LEÃO, 2007).

Os participantes desta pesquisa relataram que o tratamento médico resolve o sintoma entre 6 meses e dois anos, mas não sabem porque e quanto tempo aguardar o encaminhamento para a equipe multidisciplinar, talvez por não terem recebido esta informação no curso de graduação ou não terem sido expostos às equipes multidisciplinares em seus hospitais de treinamento. Será que apenas nos casos de CIF crônica, refratários ao tratamento médico, deve-se encaminhar para psicoterapia? Será preciso atingir um grau maior de sofrimento para se pensar em um tratamento multidisciplinar? Nas respostas relativas à terapêutica, 30,9% dos Residentes atentaram para a psicoterapia, além de possuírem uma ideia vaga sobre esse tratamento, o qual indicariam apenas em casos graves ou como tratamento de suporte. Diante de um número significativo (61,9%) que admitiu que o controle excessivo da mãe sobre o filho pode estar presente nos casos de CIF, por que não encaminhar mais cedo para tratamento psicoterápico? A agressividade na família, a relação possessiva entre a mãe ou o cuidador da criança, a demanda da mãe sobre a criança e a demanda desta pela inserção da função paterna, são alguns exemplos da complexidade no diagnóstico e tratamento dos aspectos psíquicos latentes na CIF (GRODECK, 1988; FREUD, 1905; LACAN, 1962; AMENDOLA et al., 2003; LEÃO, 2007; LISBOA et al., 2008). Muito pouco se tem realizado no que diz respeito à prevenção e ao diagnóstico precoce desta condição (LEÃO, 2007). Ainda assim, 23,8% dos Residentes considerou a possibilidade de insucesso apenas com o tratamento médico.

Em relação às funções da mãe e do pai na família, não houve um número significativo de respostas mais claras sobre o assunto. As respostas foram muito variadas e a porcentagem relativamente pequena para cada posicionamento. Ao lado disso, os Residentes parecem não distinguir claramente sobre as funções materna e paterna. Apenas 11,9% dos Residentes responderam que a mãe possui a função mais imediata de atender às solicitações do bebê, o que está de acordo com a literatura. E o pai, mais como uma possibilidade de identificação, enquanto portador da lei que faz o “corte” e conduz a criança para a realidade do mundo (LACAN, 1957) foi tocada tangencialmente por apenas 45,2% dos Residentes, que se referiram à função do pai como conjunta com a da mãe. A esses dados, acrescentam-se 11,9% dos Residentes que relacionaram a importância do pai como coadjuvante e 7,1% de respostas evasivas. Apenas 9,5% associaram a importância do pai na família com o suporte emocional para a criança. Estas respostas traduzem os nossos hábitos culturais regionais, quando a maior parte da população ainda não compreende a divisão de tarefas entre os pais, quando ainda o cuidado da criança na maioria das vezes está como responsabilidade exclusivamente materna

ou a participação do pai mais próxima à criança, participando do seu dia a dia não sendo frequente, sobretudo em alguns estratos socioeconômicos.

No item relativo aos aspectos associados à CIF, chama atenção que a maioria dos Residentes (88,1%) sabe sobre a relação do abuso sexual físico ou mental na determinação de alguns casos de CIF em crianças e adolescentes. Porém, paradoxalmente, apenas 16,6% dos Residentes mencionaram este aspecto como um tipo de sofrimento importante para o encaminhamento psicoterápico. Pacientes com desordens gastrintestinais funcionais declaram mais histórico de abuso sexual quando comparados com aqueles com distúrbios gastrintestinais de etiologia orgânica (DROSSMAN et al., 1995; LEROI et al., 1995). O sofrimento psicológico pode produzir motilidade intestinal exagerada e desconforto abdominal (DROSSMAN et al., 1995; LEROI et al., 1995). Apesar de 85,7% ter confirmado a possibilidade da influência dos fatores psicológicos sobre o eixo neuroendócrino na determinação da CIF, 23,8% deles deram respostas vagas; 40,4% afirmaram não saber sobre o assunto e 9,5% deram respostas incorretas, o que prova a necessidade de mais informações e aprofundamento dos Residentes no estudo sobre a relação entre os aspectos psíquicos e a CIF.

Percebeu-se a partir de comentários informais feitos pelos Residentes ao final da aplicação do questionário, que este levou os Residentes a refletirem mais sobre sua prática e seu conhecimento em torno da CIF. Por unanimidade, 100% admitiu a importância e a necessidade de informações adicionais sobre o assunto abordado no questionário. Essa percentagem demonstra que os Residentes desejam saber mais sobre o funcionamento e os aspectos latentes da CIF, para que possam futuramente, diagnosticar, tratar e encaminhar mais rapidamente, crianças e adolescentes que sofrem de CIF para uma abordagem terapêutica multiprofissional. É de fundamental importância a prevenção da CIF crônica através de ações que proporcionem *educação para a saúde direcionada aos profissionais da saúde*. Algumas crenças em torno da constipação intestinal funcional, compartilhadas não apenas por pessoas leigas, mas também por profissionais da saúde, retardam o diagnóstico adequado e o tratamento na época apropriada. A não inclusão da visão do paciente e da família, no diagnóstico e no tratamento, caracteriza-se por diversos fatores na falta de interação entre o médico e o paciente, dentre eles: quando os médicos não explicam claramente o problema, deixam de verificar o entendimento do paciente sobre o assunto e quando não exploram aspectos como medo e ansiedade frente ao sintoma da CIF (LEÃO, 2007). No Programa da Escola de Medicina de Harvard, a aprendizagem do aluno envolve uma autorreflexão sobre as experiências e as motivações que o influenciaram na escolha por medicina; toda a formação

dos alunos valoriza os aspectos éticos da medicina e das ciências humanas, enfatizando como a percepção da doença pelo paciente, influencia no seu processo de cura (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Seria interessante que os médicos, desde a graduação estivessem conscientes da importância que a relação médico-paciente tem no processo de cura do paciente.

Caprara e Rodrigues (2004) corroboram com esta ideia e escrevem sobre sua pesquisa nesse campo, quando afirmam que a relação médico-paciente exerce uma influência direta no quadro de saúde do paciente. Ao longo da história, o modelo biomédico focado na doença e numa visão dualista mente-corpo vem crescendo, e conseqüentemente a escuta pelas experiências subjetivas do paciente, sua autonomia na promoção de sua saúde, o significado do adoecer para o paciente, assim como os aspectos psíquicos, as diversidades socioculturais de cada um e a relação médico-paciente têm ficado à margem. Assim, o ritmo nas mudanças tecnológicas foi significadamente mais intenso do que a atenção ao aperfeiçoamento das práticas de saúde que são constituídas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho multidisciplinar, permeado por atitudes embasadas em valores humanitários. Atualmente, esta temática tem despertado o interesse dos cientistas (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), que citou por exemplo os principais problemas na relação médico-paciente no Programa Saúde da Família do Estado do Ceará, e constataram que apesar da maioria dos médicos tentarem estabelecer uma relação de empatia com o paciente, 39,1% não explicavam claramente o problema de maneira clara ao paciente, 58% não averiguavam a compreensão do paciente sobre o diagnóstico e 53% não checavam o entendimento do paciente em relação à terapêutica indicada. Ainda que os médicos reconheçam os aspectos sociofamiliares na fala dos pacientes, não os exploram com a mesma profundidade com que investigam os sinais e sintomas de sua doença.

É um desafio para o discurso médico compreender, por exemplo, o discurso da psicanálise, a começar pela distinção que esses discursos fazem sobre a definição do sintoma e o tratamento. Isto muda a posição daquele que se propõe a dirigir o tratamento visto que o sintoma psicanalítico se dirige a um outro pela via da transferência. A formação do psicanalista inclui questões antropológicas, sociológicas e filosóficas, além da interface com a pedagogia, a psicologia e a medicina. A função do médico, por outro lado, na maioria das vezes, é dar uma solução, um alívio para o sintoma médico (a resolução para a dor física) através da medicação e/ou cirurgia ou outros. O trabalho com a fala, mais especificamente, com a palavra do paciente fica como da ordem do conselho e do bom senso. Apesar da

psicanálise, em suas etapas iniciais, funcionar como uma psicoterapia, ela tem como espinha dorsal a escuta dos aspectos psíquicos subjacentes ao sintoma (CASTRO, 2010).

A psicanálise, dessa forma, é uma prática da leitura de como os conteúdos inconscientes invadem a vida comum. Na subjetividade mantém-se o foco na vida das relações do sujeito portador de CIF com a família e com o meio sociocultural. A maioria dos residentes entrevistados não se mostrou muito interessada pelas questões psíquicas, e devido à própria formação, em suas colocações deixava clara a confusão que faziam entre a psicologia, que trabalha com o ego e a consciência, e a psicanálise que prima pela escuta das relações que o consciente desconhece.

Através da análise dos resultados deste trabalho, pode-se constatar dois principais problemas no conhecimento do pediatra sobre a relação entre a CIF e os aspectos psíquicos: os Residentes de pediatria (e possivelmente os pediatras) conhecem pouco acerca dos processos psíquicos e da multifatorialidade na determinação da CIF e, conseqüentemente pensam pouco no tratamento multidisciplinar.

É bem possível que, quando o pediatra percebe algumas dificuldades psicoafetivas nos seus pacientes, tenha dificuldades em lidar com o paciente e com os pais de modo a atenuar ou minimizar as variáveis psicológicas. Muitas vezes, as questões emocionais levadas pelos pacientes podem suscitar questões pessoais dos próprios Residentes ou pediatras. Por exemplo, ele pode estar com constipação intestinal ou ter sido uma criança constipada, ou pode ter dificuldades em lidar com a sua agressividade, com os grupos (familiar, de amigos ou equipe de trabalho). Abrir-se para submeter-se a uma psicoterapia ou análise pode ser um caminho interessante porque no momento em que o profissional transforma-se e enfrenta as suas questões, a probabilidade de tornar-se um melhor profissional e ajudar o paciente a superar as suas dificuldades, é bem maior.

Surge aqui mais um desafio. Como tornar o conhecimento sobre os fatores psíquicos e emocionais na CIF, útil na relação médico–paciente de modo a contribuir para o tratamento, incluindo a relação dos pais com os filhos?

É claro que não se pode exigir do Residente nem do pediatra que tenham formação na área de saúde mental aprofundada, no entanto como o pediatra lida com a criança em desenvolvimento necessita, sim, conhecer aspectos psíquicos de cada faixa etária. Delors e cols. (1997) afirmaram que é um engodo tentar conhecer tudo, mas que os especialistas e futuros pesquisadores devem incluir a cultura geral trabalhando em profundidade determinado

número de assuntos, e isto significa abrir-se para outras linguagens e outros conhecimentos – o que permite a comunicação entre profissionais de áreas distintas. Isto porque, quando o especialista se tranca na sua própria ciência, ele tende a desinteressar-se pelo que os outros fazem, dificultando a postura cooperativa que é fundamental na pesquisa onde os *avanços* ocorrem exatamente nas *interseções* entre as várias disciplinas.

Pode-se perguntar como melhorar o conhecimento dos Residentes (futuros pediatras) sobre um quadro tão relevante como a CIF, com elevada prevalência e indicado, por pesquisadores, como um problema de ordem de saúde pública?

Além da inclusão de matérias correlatas à saúde mental e aprofundamento do estudo sobre as etapas do desenvolvimento infantil, propõe-se um guia básico, para os Residentes de pediatria e pediatras, embasado na revisão de literatura realizada nesse estudo e na experiência clínica da pesquisadora. O guia contém possíveis sinais e variáveis psicoafetivas presentes em pacientes portadores de CIF e sua família. Sabe-se que este guia não é suficiente para as intervenções do pediatra, porém espera-se que seja útil na profilaxia, e que mobilize os profissionais de saúde a refletirem mais profundamente sobre o tratamento multiprofissional. Atenção: Esse guia não deve ser utilizado diretamente com o paciente, pois se as perguntas forem feitas de maneira crua, pode elevar o nível de resistência do paciente, e o médico não obterá as informações necessárias. O guia contém aspectos para os quais o pediatra deve estar mais atento durante as consultas, e à medida que for construindo um vínculo de confiança com o paciente e com a família, o profissional poderá abordar e escutar cuidadosamente os pontos abaixo indicados.

6.1 GUIA

Sinais e variáveis psicoafetivas nos pacientes pediátricos portadores de constipação intestinal funcional

A criança/adolescente evacua em momentos/e lugares inadequados (encoprese)?

A criança apresenta escape fecal?

A criança/adolescente apresenta medo excessivo de evacuar?

O treinamento no vaso foi/é realizado sob exigência?

O treinamento no vaso foi/é precoce (antes da criança controlar os esfínters)?

A criança/adolescente tem apresentado perda gradual do apetite?

A relação mãe-criança/adolescente é de controle e possessividade?

A criança/adolescente é muito ansiosa(o)?

A criança/adolescente apresenta sinais de tristeza?

A mãe desqualifica a autoridade do pai em relação ao filho, ou permite a intervenção do pai?

O pai exerce sua autoridade na dinâmica familiar ou tem dificuldades em dar limites?

A criança/adolescente tem dificuldades em expressar sua agressividade?

A criança/adolescente possui idéias/comportamento auto-destrutivos?

A criança/adolescente apresenta dificuldades de socialização?

O ambiente familiar é agressivo?

A criança/adolescente sofreu abuso físico ou mental?

A família e/ou o adolescente têm passado por situações estressantes e/ou novas (mudança de residência/escola, nascimento de irmão, separação dos pais)?

Essas questões demonstram um ponto fundamental baseados numa proposta de desenvolver trabalhos em equipe transdisciplinar, incluindo outros saberes através de uma intercomunicação cooperativa em prol da coletividade, traduzindo a singularidade da linguagem de cada área específica na construção do conhecimento científico, é um exercício que está imerso na perspectiva do aprender a aprender e na importância da horizontalidade dos discursos científicos. Este movimento deveria começar desde a formação dos graduandos, a fim de que pudesse permear a sua prática clínica assistencial futura com melhores resultados.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas está no fato de que a metodologia utilizada para coletar as informações não permite que o pesquisador extraia conteúdos mais profundos e latentes das falas dos Residentes. Isto seria possível, por exemplo, através de entrevistas abertas baseadas na escuta psicanalítica em trabalhos qualitativos. Possivelmente, no senso comum, a maioria das pessoas (não apenas os Residentes desta pesquisa) não entende as diferenças entre as funções materna e paterna implicadas no desenvolvimento da criança e do adolescente, sobretudo na sociedade atual onde as mães ficam sobrecarregadas com a criação

dos filhos e, por vezes controla a relação com o filho impedindo a entrada do pai na dinâmica familiar; este, por sua vez, também parece ter dificuldades com o seu papel tornando-se distante e frágil no exercício da sua função.

Outro fator limitante foram o momento e o local de trabalho que a pesquisadora abordou os Residentes. Aqueles foram possíveis variáveis confundidoras desde quando os respondentes encontravam-se muitas vezes em reuniões ou assoberbados de trabalho, o que pode ter suscitado, em alguns, resistência e pressa para responderem o questionário. Outro viés pode ter sido o fato dos Residentes saberem a profissão da pesquisadora (psicanalista) influenciando nas respostas relativas aos aspectos psicoafetivos associados à obstipação funcional e encaminhamento para psicoterapia.

Os resultados aqui descritos abrem para a possibilidade de aprofundamento e de novas pesquisas. Assim, outra limitação é que seriam necessários estudos com Residentes de Pediatria de outras regiões do país para serem identificados os conhecimentos destes indivíduos em áreas geográficas diferentes, a fim de se traçar programas educacionais mais abrangentes diante desta condição tão comum na prática pediátrica.

Apesar de ser a CIF uma condição bastante comum em crianças e adolescentes e representar uma prevalência importante nas consultas do pediatra geral e do gastroenterologista pediátrico, o conhecimento dos Residentes entrevistados em relação ao assunto foi insuficiente. A necessidade de informações relevantes e mais profundas sobre a CIF em crianças e adolescentes é crucial e reconhecida pelos Residentes. O desenvolvimento de programas que desenvolvam educação continuada e uma ênfase maior sobre a CIF, tanto na graduação quanto na Residência Médica é fundamental desde quando esse sintoma envolve uma diversidade de questões multidisciplinares.

REFERÊNCIAS:

ÅLANDER, T.; SVÄRDSUDD, K.; JOHANSSON, S. E.; AGRÉUS, L. Psychological illness is commonly associated with functional gastrointestinal disorders and is important to consider during patient consultation: a population-based study. **BMC Med.**, Uppsala, v. 3, n. 1, p. 1-12, may. 2005.

ALANDER, T.; SVÄRDSUDD, K.; JOHANSSON, S. E.; AGRÉUS, L. Psychological illness is commonly associated with functional gastrointestinal disorders and is important to consider during patient consultation: a population-based study. **BMC Med.**, Uppsala, v. 3, p. 8, 2005.

AMENDOLA, S.; DE ANGELIS, P.; DALL'OGGIO, L.; DI ABRIOLA, G. F.; DI LORENZO, M. Combined approach to functional constipation in children. **J Pediatr Surg**, v. 38, p. 819-823, 2003.

ALTAFF, M. A.; SOOD M. R. The nervous system and gastrointestinal function. **Dev Disabil Res Rev.**, Wisconsin, v. 14, n. 2, p. 87-95, 2008.

APA, 1994 - DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M.A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

BÖHMELT, A. H.; NATER, U. M.; FRANKE, S.; HELLHAMMER, D. H.; EHLERT, U.. Basal and stimulated hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in patients with functional gastrointestinal disorders and healthy controls. **Psychosomatic Medicine**, n. 67, p. 288–294, 2005.

BENNINGA, M.A. Quality of life is impaired in children with functional defecation disorders. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 403-5, 2006.

BURKET, R. C.; COX, D. J.; TAM, A. P.; et al. Does “stubbornness” have a role in pediatric constipation? **J Dev Behav Pediatr.**, v. 27, p. 106-111, 2006.

BHARUCHA, A. E.; WALD, A.; ENCK, P.; RAO, S. Functional anorectal disorders. **American Gastroenterological Association Institute**, Rome, v. 130, p. 1510-1518, 2006.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico, **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, p. 139-46, 2004.

CASTRO, H. 2010. Ética e discurso. Disponível em: www.heliodecastro.com.br. Acesso em: 25 de set. 2011.

CHANG, L.; TONER, B. B.; FUKUDO, S.; et al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. **American Gastroenterological Association Institute**, Rome, v. 130, p. 1435-1446, 2006.

CHATTAT, R.; BAZZOCCHI, G.; BALLONI, M.; et al. Illness behavior, affective disturbance and intestinal transit time in idiopathic constipation. **J Psychosom Res.**, Bologna, v. 42, n. 1, p. 95-100, 1997

DELORS, J.; et al. **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório da UNESCO para a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 2. ed. São Paulo: Cortez, capítulo 4, pp. 89-101, 1997.

DINAN, T.G.; QUIGLEY, E.M.M.; AHMED, S.M.M.; et al. Hypothalamic-Pituitary-Gut Axis Dysregulation in Irritable Bowel Syndrome: Plasma Cytokines as a Potential Biomarker? **Gastroenterol.**, v.130, p. 304–311, 2006.

DI PACE, M. R.; CATALANO, P.; CARUSO, A. M.; BOMMARITO, D.; CASUCCIO, A.; CIMADOR, M.; DE GRAZIA, E. Is Rectal Disimpact always necessary in children with chronic constipation?: evaluation with pelvic ultrasound. **Pediatr Surg Int**, Palermo, v. 26, p. 601-606, apr. 2010.

DROSSMAN, D. A.; TALLEY, N. J.; LESERMAN, J.; OLDEN, K. W.; BARREIRO, M. A. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. **Ann Intern Med.**, North Carolina, v. 123, n. 10, p. 782-794, 1995.

ESPINOZA, M. J. Constipación en pediatría. **Rev Chil Nutr**, Chile, v. 29, n. 3, p. 272-279, dic. 2002.

FARIAS, C. N. F. **Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 2007. 156. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FARNAM, A.; RAFEEY, M.; FARHANG, S.; KHODJASTEJAFARI, S. Functional constipation in children: does maternal personality matter? **Ital J Pediatr**, East Azerbaijan, v. 25, n. 25, p. 1-4, 12 aug. 2009.

FERREIRA, M. P. **Transtornos da Excreção: enurese e encoprese**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (Coleção Clínica Psicanalítica).

GRODECK, G. **O livro disso**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.

FREUD, S. **Carta 52**: In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1896. v. 1.

_____. **Três ensaios sobre a sexualidade**: In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1905. v. 7.

_____. **Caráter e erotismo anal**: In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1908. v. 9.

_____. **Sobre as teorias sexuais das crianças**: In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1908. v. 9.

_____. **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades**: In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1919. v. 17.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

_____. Funções Cerebrais do comportamento: sistema límbico, papel do hipotálamo e o controle das funções orgânicas vegetativas. In: GUYTON, A. C. (Editor). **Tratado e fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. p. 536-543, p. 632-

HOLTZER, P; SCHICHO, R.; HOLZER-PETSCH, U; LIPPE, I.T. The gut as a neurological organ. **Wien Klin Wochenschr**, v. 113, p. 647-660, 2001.

KELLOW, J.E.; AZPIROZ, F.; DELVAUX, M.; et al. Applied Principles of Neurogastroenterology: Physiology/Motility Sensation. **Gastroenterol.**, v. 130, p. 1412-1420, 2006

LACAN, J. O Lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, n. 32, p.8-14, dez. 2001.

_____. **O seminário, livro 5:** as formações do inconsciente. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. **O seminário, livro 10:** a angústia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. **O seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

_____. Nota sobre a Criança In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

ÖHMAN, L.; SIMRÉN, M. New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. **Digestive and Liver Disease**, v. 39, p. 201-215, 2006.

JONES, M.P; DILLEY, J.B; DROSSMAN, D; CROWEL, M.D. Brain –gut connexions in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. **Neurogastroent Motil**, v.18, p. 91-103, 2006

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. (Ed.). **Principles of Neural Science**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 2000.

LAZSLO, A.A. A alma, o corpo e a psicanálise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.17, n.3, p. 35-39, 1997

LEROI, A.M.; BERNIER, C.; WATIER, A.; HÉMOND, M.; GOUPIL, G.; BLACK, R.; DENIS, P.; DEVROEDE, G. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. **Int J Colorectal Dis.**, Québec, v. 10, p. 200-206, 1995.

LEÃO, M. F. **A constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes na visão das mães:** crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais. 2007. 83 f. Dissertação (Mestrado em...) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

LISBOA, V. C. A.; FELIZOLA, M. C. M.; MARTINS, L. A. N.; TAHAN, S.; FAGUNDES NETO, U.; MORAIS, M. B. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children, **Dig Dis Sci.**, v. 53, p. 2458-2463, july. 2008.

LONGSTRETH, G. F.; THOMPSON, G. W.; CHEY, W. D.; HOUGHTON, L. A.; MEARIN, F.; SPILLER, R. C. Functional bowel disorders. **American Gastroenterological Association Institute**, Rome, v. 130, p. 1480-1491, 2006.

MACHADO, Angelo. **Neuroanatomia Funcional**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTINS, J. L.; PETRI, M. C. V.; PEREIRA, A. P. A; et al .Obstipação de origem psicogênica, **Pediatr Mod.**, v. 24, n. 2, p. 39-42, maio, 1989.

MISSONNIER, S.; BOIGE, N. L'encopre'sie de l'enfant; une re'é'valuation bidisciplinaire du concept et du traitement. **Pschiatr de L'enf**, v. 41, p. 87-161, 1998

MORAGA, T. A encoprese e a constipação como sintoma da relação mãe-filho: as vicissitudes da fase anal, 1988. Disponível em: <

<http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisas/2008/artigos/psicologia/362.pdf> > Acessado em: 25 mar. 2010.

MORAIS, M. B.; MAFFEI, H. V. L; TAHAN, S. Constipação intestinal. In: CARVALHO, E.; SILVA, L. R.; FERREIRA, C. T. **Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria**. Barueri, SP: Manole, p. 466-93, 2012.

MOREIRA, L.A.C. Semiologia dos Transtornos Alimentares. In: SILVA, L. R. (Ed.).

Diagnóstico em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 46, p. 407-421, 2009.

MOTA, D. M.; BARROS A. J. D. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. **J Pediatr.**, Porto Alegre, v. 84, n. 1, p. 9-17, jan./fev., 2008.

MOTTA, M. E. F. A.; ANTUNES, M. C.; SILVA, G. A. P. Distúrbios funcionais do intestino. In. **Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria**. CARVALHO, E.; SILVA, L. R.; FERREIRA, C. T. Barueri, SP: Manole, p. 448-65, 2012.

MOTTA, M.E.F.A.; SILVA, G.A.P. Sinais e sintomas associados à constipação crônica. **Jorn. Pediat.**, 2000.

_____. Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda. **Jorn. Pediat.**, v. 74, n. 6, p.451-4, 1998.

JONES, M.P.; MICHAEL, C. D.; OLDEN, K.W.; CREED, F. An Update for the Psychiatrist **Psychosomat.**, v.48, n.2, March-April, 2007.

SZIGETHY, E.; McLAFFERTY, L.; GOYAL, A. Inflammatory Bowel Disease. **Pediatr Clin N Am**. v. 58, p. 903-920, 2011.

MOTTA, C. R; SILVA, L. R.; CASTRO, H. de. A psicanálise da criança: um estudo de caso. **Rev Ciên Méd Biol.**, Bahia, v. 9, n. 1, p.89-94, 2010.

NEHRA, V.; BRUCE, B. K.; RATH-HARVEY, D.M.; PEMBERTON, H. J.; CAMILLERI, M. Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. **Am J Gastroenterol**, Minnesota, v. 95, p. 1755-1758, 2000.

North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: recommendations of the North

American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 43, p. e1-e13, sep. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10

OZOKUTAN B. H.; ZOROGULU S.; CEYLAN H.; OZKAN K. U. Psychological evaluation of children with idiopathic constipation and their parents. **Pediatr Int**, Australia, v. 47, n. 3, p. 311-315, jun. 2005.

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

PINHO, S. R.; AGUIAR, W. M.; DUNNINGHAM, W.; PASCHOAL, K. S. Q.; OLIVEIRA, S. M. O exame psiquiátrico da criança e do adolescente. In: SILVA, L. R. (Ed.). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 68, p. 659-675, 2009

POENARU, D.; ROBLIN, N.; BIRD, M.; DUCE, S.; GROLL, A.; PIETAK, D.; SPRY, K.; THOMPSON, J. The pediatric bowel management clinic: initial Results of a Multidisciplinary Approach to Functional Constipation in Children. **J Pediatr Surg**, Kingston, v. 32, n. 6, p. 843-848, june. 1997.

RASQUIN, A.; DI LORENZO, C.; FORBES D.; GUIRALDES, E.; HYAMS, J. S.; STAIANO, A.; WALKER, L.S. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. **Gastroenterology**, Rome, v. 130, p. 1527-1537, 2006.

ROGERS, J. Management of functional constipation in childhood. **Br J Community Nurs.**, v. 8, n.12, p. 550-553, dec. 2003.

ROUDINESCO, E. **Em defesa da psicanálise: ensaios e entrevistas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ROSATO, G. O.; PICCININI, P. E.; SOLE, L.; REGADAS, S. Relato oficial del 31º Congreso Argentino de Coloproctología. Trastornos Funcionales Colorrectoanales: diagnóstico e tratamiento de la constipación e incontinencia anal. **Rev Argent Coloproct**, Buenos Aires, v. 17, p. 129-213, 15 al 18 de nov. 2006.

SANTOS, A. T. R. A.; ORGE, A. B; SANTOS, D. A. Semiologia psicológica do desenvolvimento: da infância à adolescência. In: SILVA, L. R. (Ed.). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 24, p.173-181, 2009.

SCHÖDER, A.; FINK, P. Somatoform Disorders in Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment. **Psychiatr Clin N Am**, v.34, pp. 673–687, 2011.

SEGAL, H. A posição esquizo-paranóide. In: _____. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, cap. 3, p. 36-49, 1975.

_____. A posição depressiva. In: _____. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, cap. 5, p. 66-78, 1975.

SILVA, L. R. A semiologia do aparelho digestório. In: SILVA, L. R. (Ed). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.512-522.

SILVA, Luciana R. **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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, oct. 2006.

_____. Epidemiology of Childhood Constipation: a systematic review. In: **Childhood Constipation: abnormalities in colorectal function**. Amsterdam: University of Amsterdam, 2007. 185 p. (Thesis...)

VAN DIJK, M.; BENNINGA M. A.; GROOTENHUIS, M. A.; LAST, B. F. Prevalence and associated clinical characteristics of behavior problems in constipated children. **Pediatrics**, Amsterdam, v. 125, n. 2, p. e309-e317, feb. 2010.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
RESIDENTES SOBRE O TRATAMENTO MÉDICO E
PSICOTERÁPICO COMBINADOS NOS CASOS CRÔNICOS DE
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES.

Idade: _____
Ano de graduação: _____

Sexo: () M () F

1 - Você é residente de Pediatria?

() Sou R1 () Sou R2 () R 3 () Não sou

2 – Há quantos anos trabalha com pediatria? _____

3 – Você atua em alguma especialidade pediátrica?

() Sim. Qual? _____ () Não

4 – Sua principal atuação é em:

() clínica / ambulatório	() particular	() pública
() enfermaria	() particular	() pública
() pronto-socorro / emergência	() particular	() pública
() UTI pediátrica	() particular	() pública
() UTI neonatal	() particular	() pública

5 – Quantas crianças e adolescentes aproximadamente você já atendeu com obstipação intestinal funcional?

() nenhum
() menos que 10
() entre 10 e 50
() entre 50 e 100
() mais de 100

6- Quanto tempo leva, em média, o tratamento médico da constipação intestinal?

() até 6 meses () 3 anos
() entre 6 meses e 1 ano () 4 anos ou mais
() 2 anos

7- Quais as possíveis complicações, caso não haja evolução no tratamento da constipação intestinal funcional?

8- Em poucas palavras, fale sobre os principais fatores ambientais, orgânicos e emocionais que podem contribuir na determinação da obstipação da criança e do adolescente.

9- No que consiste a terapêutica da constipação intestinal funcional?

10- Você pensa que o eixo neuro-endócrino pode sofrer influências dos aspectos psicológicos na constipação intestinal funcional? De que forma?

Sim () Não ()

11- Que aspectos abaixo você considera que podem estar associados à obstipação intestinal funcional?

- () teimosia
- () dificuldades na expressão da agressividade na criança ou no adolescente
- () crise do casal parental
- () dificuldades escolares
- () ambiente familiar agressivo
- () abuso sexual físico ou mental
- () medo excessivo
- () dificuldades do pai em dar limites
- () ansiedade
- () controle excessivo da mãe sobre o filho(a)
- () depressão
- () inibição
- () timidez
- () dificuldade de socialização
- () insônia
- () mania

12- Assinale os fatores que você pensa estarem relacionados com a obstipação funcional e respectiva frequência dos mesmos, observados na sua experiência clínica:

- () treinamento rígido da criança no vaso (1) Quase sempre
- () anorexia

- () bulimia (2) Raramente
() alimentação inadequada
() histórico de obstipação na família (3) Nunca
() abuso físico ou mental

13- Quando o treinamento da evacuação deve começar? De que forma deve ser realizado?

14- Na sua opinião, qual o papel da mãe na família?

15 – Qual a importância do pai na família?

16 a- Quando o médico deve encaminhar o paciente portador de constipação intestinal funcional para tratamento psicológico?

- () Sempre () Às vezes () Nunca

16 b- Por quê?

17- Que tipo de sofrimento é importante, na constipação funcional, para o encaminhamento psicológico?

18 – Você acha que precisa de informações adicionais sobre as questões acima? Por quê?

APÊNDICE B - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

- **Revisão de Literatura** - Janeiro de 2010 a Novembro de 2011
- **Aplicação do Questionário (Residentes de Pediatria)** – Outubro de 2010 à Janeiro de 2011
- **Redação do Artigo para Publicação** – Janeiro a Junho de 2011
- **Redação da Dissertação** – Fevereiro a Outubro de 2011
- **Apresentação para Revisão e Qualificação** - Setembro a Novembro de 2011
- **Defesa da Dissertação** - Dezembro de 2011.

APÊNDICE C - ORÇAMENTO

a) 20 Pacotes de papel A4 com 500 folhas (unidade = R\$17,00 / total = 340,00)

b) Cartucho de tinta preta para impressora (8 Cartuchos = R\$60,00 a unidade / total = R\$480,00 + 48 - refil (R\$10,00 a unidade / total = R\$480,00) → Questionários dos Residentes, relatórios para o CEP e redação da dissertação).

c) Transporte para os 3 hospitais pesquisados de Salvador → R\$ 130,00.

Orçamento Total → R\$1.430,00.

APÊNDICE D – ARTIGO ORIGINAL

Original Article**What do pediatrics residents know about the role of psychological factors in constipation?**

Claudia dos Reis Motta¹, Sandro Iêgo², Juliana de Oliveira³, Hêlio de Castro⁴, Luciana Rodrigues Silva⁵.

¹ Graduated in Psychology from the Federal University of Bahia (UFBA). Psychoanalyst accredited by the *Sede Psicanálise*. Master's student in Interactive Processes of Organs and Systems at the Institute of Health Sciences (ICS), UFBA. Fellow of the Bahia Foundation for Support in Research (FAPESB). Address: Rua Aimorés, 36, Rio Vermelho, Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: reis-motta@uol.com.br.

² Psychologist. Doctoral student in Interactive Processes of Organs and Systems, Federal University of Bahia (UFBA). Address: Rua Mato Grosso, 164, 2^o andar, Pituba, Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: sandroiego@gmail.com.

³ Undergraduate medical student at the Bahia School of Medicine and Public Health. Fellow, CNPq Fund for Scientific Initiation. Address: Rua Djalma Ramos, 100, Apt. 1301, Graça, 40150-380 Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: juli.lilo@yahoo.com.br.

⁴ Psychiatrist, Psychoanalyst and Clinical Supervisor. Founder and Director of *Sede Psychoanalysis* from 1986 to the present. Address: Rua Senador Theotônio Vilella, 186, Empresarial Convention Center, 190, sala 807, Brotas, Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: helio@heliodecastro.com.

⁵ Full Professor of Pediatrics. Head of the Department of Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Permanent Professor of the Postgraduate Program in Medicine and Health and the Postgraduate Program in Interactive Processes of the Organs and Systems of the Federal University of Bahia. Address: Department of Pediatric Gastroenterology and Hepatology, Complexo Hospitalar HUPES-CPPHO, Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: lupe.ssa@uol.com.br.

Corresponding author: Cláudia Reis Motta E-mail: reis-motta@uol.com.br.

Address: Rua Aimorés, 36, Rio Vermelho, Salvador, Bahia, Brazil. CEP: 41940-080

Telephone: 55-71- 3015-9333 Mobile: 55-71-8813-3082

Financial support: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)

Abstract

Background: Functional constipation (FC) is common in children, its cause has being multifactorial.

Aims: To evaluate what pediatrics residents know about constipation and associated psychological factors.

Methods: A cross-sectional, descriptive study with 42 medical residents in Salvador, Brazil using a questionnaire on diagnosis, therapy, complications and related factors.

Results: Overall, 95.2% mentioned diet as a triggering factor of constipation, 26.6% organic diseases, 20.0% bowel rhythm, 38.0% emotional factors in the parents and 23.8% emotional factors in the child. Associated aspects mentioned: hostility in the family/sexual abuse (88.1%), difficulties in the child (50.0%), parental crisis (66.7%), fear/anxiety (78.6%), maternal control (61.9%), father's difficulty in imposing limits (19%), depression/inhibition (57.1%), mania (19.0%), insomnia (23.8%), shyness (69.0%) and difficulties at school/socializing (64.3%); 85.7% mentioned psychological factors. For 28.5%, the mother's role is educational; for 26.1% emotional support. The father's role is to help/educate (11.9%). Toilet training should begin at: 2-3 years (46.3%), with no demands (19.0%). Complications mentioned included pain, hemorrhoids, anal fissure, bowel obstruction and fecaloma (8.1% each). Reasons for referring patient to psychotherapy: psychoaffective aspects (76.1%), family difficulties (40.4%). Regarding treatment, 30.9% suggested psychotherapy, 16.6% multidisciplinary treatment, 97.6% dietary changes, 33.3% laxatives and 23.8% toilet training. All acknowledged the need for more information on FC and 14.2% of the residents mentioned the importance of considering psychological factors in children with FC.

Conclusions: Residents' knowledge on associated psychological factors is still inconsistent for appropriately diagnosing and treating functional constipation. Multidisciplinary educational programs should be developed from undergraduate level up to medical residency.

Key words: constipation; knowledge; medical residency; psychotherapy.

Introduction

Functional constipation (FC), defined according to the Rome III criteria [1] as a varying combination of chronic gastrointestinal symptoms unexplained by biochemical or physical abnormalities, is a common condition in children and adolescents of 4-18 years of age. The Rome III diagnostic criteria require that the child with FC should have two or fewer stools a week; at least one episode of fecal incontinence a week; a history of retentive posturing; a history of painful bowel movements and bulky feces capable of blocking the toilet, in addition to the presence of a large fecal mass in the rectum. Fecal retention is principally associated with pain caused by evacuation [1,2]. The North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) defines FC as a delay or difficulty in evacuating, sufficient to cause significant distress to the patient and present for two or more weeks [3]. This situation may be aggravated when factors that perpetuate constipation, such as a gradual reduction in appetite with anorexia and associated psychological disorders, are added [4,5]. Almost a third of children diagnosed with constipation have recurrences or are chronic sufferers, and some go on to develop irritable bowel syndrome [6].

The majority of children with constipation have a functional disorder, albeit without any clear abnormality in bowel motility [6,3], and this disturbance can be diagnosed in 39.0 to 58.0% of children with chronic constipation [6]. The question to be answered is whether the delay in transit time occurs as the result of an actual dysfunction of the colon or whether it is due to rectal impaction [3].

Functional constipation is a common condition in children and adolescents, with a prevalence that ranges from 0.7 to 29.6% [3]. In Brazil, this prevalence is reported to be between 24.4% and 35.6% [2]. The incidence of constipation in the pediatric population accounts for 25.0% of consultations in pediatric gastroenterology, with a high incidence around the time of toilet training (between 2 and 4 years of age) [1].

The causes of functional constipation are multifactorial and include those related to behavioral disorders, to the neurological axis and to alterations in the motility of the digestive tract, as well as psychological and emotional factors [3,7,8,9]. Patients with functional gastrointestinal disorders including constipation are more likely to report a history of sexual abuse compared to those with gastrointestinal disorders of organic etiology [10,11]. Psychological distress may, for example, lead to increased bowel motility and abdominal discomfort through the central, autonomic and enteric nervous systems [10,11]. Although the gastrointestinal system possesses its own nerves, the sympathetic and parasympathetic nervous systems may affect gastrointestinal dynamics. Various psychosomatic diseases are a consequence of hyperactivity of the sympathetic or parasympathetic nervous systems. These systems are also controlled by the emotional centers located in the lower portion of the brainstem. Although the parasympathetic system plays the principal role in stimulating

gastrointestinal activity, stimulating peristalsis and relaxing the sphincters, it is hyperactivity of the sympathetic system that may lead to constipation, for example [12].

In the two categories of idiopathic constipation, slow transit constipation and normal transit constipation, psychological distress and depression may contribute towards maintaining and exacerbating the symptoms of gastrointestinal disorders and may also be the cause of constipation [13]. Some investigators have emphasized the significant and reciprocal relationship between these two functional gastrointestinal disorders and psychological illness [14].

Aspects such as a family history of constipation, an unstable parental relationship, genetic factors, diet, psychological and psychiatric factors, social habits, cultural and social beliefs, the parent-child relationship, stressful events in the family, routine activities and toilet habits have often been found to be associated with FC [3,8,9,15], including stubbornness in general and stubbornness with respect to using the toilet [16]. Some children with constipation were toilet-trained at an early age and are afraid of sitting on the toilet because they associate evacuation with a painful experience [1,2,7]. In addition to these factors, family aggression and hostility have been described as emotional factors associated with FC [17]. Investigators have reported that the mothers of constipated children had a higher level of dysphoria and that fathers were more aggressive compared to controls [17]. Children with nocturnal enuresis, constipation, fecal incontinence and those with a tendency to produce very large stools are at an increased risk of behavioral problems [18]. Investigation of this causal relationship is necessary for the therapeutic management of patients with severe chronic constipation, including behavioral screening in the diagnosis of children and adolescents with FC [17,18].

In psychoanalysis, the mother's role as primary care-giver is to provide for the baby's basic needs to ensure its survival, protecting the child physically and providing it with the scaffolding required to cope with the pressures of the outside world. The mother's role also attributes meanings (codes) to the baby's crying and to the sounds and expressions it makes, thus attributing a place in its desire [19]. Therefore, the mother's role reflects similarities (mirroring with the other) [19]. On the other hand, the function of the father is to cut the child's ties to the maternal figure and indicate differences and reality, teaching the child to tolerate frustrations and bear difficulties, thus introducing him/her to the realities of the outside world [19]. Within these dynamics, the child has two possibilities with which to identify: the father or the mother. Symbolically, retention indicates possessive control between the mother and child [20]. Retention requires control and passivity. Aggressiveness is channeled to the *Ego* [20]. The feces enter into the child's subjectivity through maternal demands [19]. At the same time, the mother's anxiety may be a possible factor leading to constipation in the child [17], and the profile of an over-strict mother with an obsessive personality [2,9] may govern the behavior and destructive personality of her children [9]. With respect to defecation, giving up the voluptuousness provoked by fecal retention would represent an expression of the child assuming an initial position between satisfaction directed towards his/her own *Ego* and his/her love for another person [15,20,21].

Considering that psychological and emotional aspects constitute risk factors for FC, psychological intervention emerges as a promising strategy for the prevention and treatment of the condition. Among the different types of psychotherapeutic management available, psychoanalysis proposes treatment focussed on confronting the psychic conflicts underlying the symptoms and may be of help in this process by redefining the significance of the subject's relationship with him/herself and with the world. When the healthcare professional

is unaware that physical and psychological issues often overlap, and consequently neglects facts such as the unconscious, the relationship of the subject with the pleasure of pain and the secondary gains the patient derives from the disease, then some important aspects will fail to be dealt with adequately. Studies highlight the importance of a multidisciplinary approach that includes the gastroenterologist, the psychologist, the physiotherapist, the nutritionist and sometimes the surgeon to ensure optimal therapeutic management of these patients [4,5,8,15]. This form of management reduces the need for surgery and medication and avoids the abusive use of laxatives, resulting in a good prognosis and ensuring that the individual needs of each child are met [5]. The objective of the present study was to determine the level of knowledge of pediatric medical residents with respect to functional constipation, evaluating their knowledge on aspects such as diagnosis, possible complications, associated psychosocial aspects and multidisciplinary treatment.

Methods

A cross sectional, descriptive study was conducted between October 2010 and January 2011 with a convenience sample consisting of 42 pediatrics residents from three different public hospitals, referred to here as Hospitals A, B and C, which serve as a reference for training in pediatrics in the city of Salvador, Bahia, Brazil. A questionnaire was applied, always by the same investigator, on aspects regarding the residents' knowledge on the diagnosis and treatment of FC, psychosocial factors related to FC and the referral of patients with FC for psychotherapy. For the purposes of this study, FC was defined in accordance with the Rome III criteria [1]. Initially, the team of residents was contacted and provided with information on the study through the coordinators of the Pediatrics Departments of each of the three hospitals. Forty-five residents were invited to answer the questionnaire and only three refused

to participate. Overall, 21.4% of the residents worked in some specialty of pediatrics. The data collected were categorized and then analyzed using descriptive measures of frequency and dispersion. The SPSS[®] or SPSS[™] software program, version 13.0 for Windows, was used throughout the statistical analysis.

The questionnaire was divided into five different domains, including objective and subjective questions. The subjective questions were later categorized. The domains consisted of: 1) Knowledge and familiarity with a diagnosis of FC and its multifactoriality (clinical and psychological aspects); 2) Concepts regarding maternal and paternal roles, as well as concepts regarding toilet training; 3) The treatment of FC and its multidisciplinary aspects; 4) Referral of the patient with FC for psychotherapy; and 5) The need for further information on the subject.

The Institutional Review Board of the Teaching Hospital, Federal University of Bahia, approved this study.

Results

A total of 42 medical residents in pediatrics answered the questionnaire. The majority was female (88.1%) and 21.4% of the residents were working in some specialty of pediatrics such as neonatology, pediatric neurology or hematology, while 7.1% worked in gastroenterology. The mean age of the residents was 28.8 ± 2.54 years (mean \pm standard deviation), with a mean time since graduation of 3.5 years. Overall, 61.9% of the residents reported having seen an average of 10-50 children and adolescents with constipation (Table 1). Approximately half of the residents were undergoing training in a ward of a public hospital and/or public emergency room (50.0% and 57.1%) and/or a private emergency room (38.1%) and/or a

public healthcare clinic or outpatient department (23.8%). Working simultaneously in both the private and public sectors was more common than working in only one sector (Table 1).

According to 45.2% of respondents, the average time required for the medical treatment of FC was between 6 months and 1 year, while 33.3% answered up to 6 months and one resident replied two years. The possible complications resulting from chronic constipation refractory to medical treatment, as mentioned by the respondents, were: pain, hemorrhoids, anal fissure, bowel obstruction and fecaloma (8.1% each), psychological complications and irritability (7.1%).

With respect to the principal factors that may contribute towards triggering FC in children and adolescents, the major environmental factor mentioned by the residents was diet (95.2%). In relation to the physical factors that could contribute towards FC, 64.2% of the residents failed to answer this question; however, of the answers given, 26.6% indicated organic diseases as a possible factor and 20.0% mentioned the individual's bowel rhythm. Of the emotional factors mentioned, 38.0% of respondents referred to emotional factors in the parents as possible causes of FC in the children. These included responses such as: problematic parents, separated parents, anxiety in the parents and reprimands. Nevertheless, 23.8% of respondents stated that FC was triggered by emotional factors in the child (Table 3). The factors mentioned included: anxiety, stress, shyness, social withdrawal, inhibition, insecurity and a desire for attention.

With respect to the psychoaffective aspects associated with FC, almost all the residents (88.1%) recognized some degree of association between this symptom and family aggression, as well as sexual, physical or psychological abuse. Furthermore, they also associated constipation with parents' marital crises (66.7%) (Table 2). Half of the residents (50%)

identified difficulties in expressing aggressiveness and 16.7% associated FC with stubbornness in the children and adolescents. More than half of the residents referred to the presence of fear (78.6%), anxiety (78.6%), depression (57.1%), shyness (69.0%) and a difficulty in socializing (64.3%) in constipated children. Only 19.0% mentioned that FC might be associated with difficulty of the father in establishing limits, whereas 61.9% mentioned an over-controlling mother as being a possible factor in cases of FC (Table 2).

With respect to the time at which toilet training should begin, 29.3% believed that 1 to 2 years of age was the right time, while 46.3% thought that toilet training should begin at 2 to 3 years of age (Table 3).

In response to the question regarding the way in which toilet training should be conducted, 19.0% of the residents failed to give any answer, merely affirming that at the beginning toilet training should not involve any requirements, i.e. no demands and no chastisement. The mother should train her child in a playful manner, encouraging the child to tell her when he/she wants to use the toilet. In addition, 9.5% emphasized that toilet training should be enjoyable and that no punishment should be used. Others mentioned positive reinforcement and conditioning. Following the line of thought that the child should not be forced to evacuate, 7.1% answered that the child should be instructed to say when he/she wants to go to the bathroom. On the other hand, 9.52% of the residents mentioned only telling the child to sit on the toilet, while 19.04% of the others defended the idea of instructing the child to use the potty and 9.52% suggested toilet training after meals, taking the child's usual times into consideration; however, 11.90% stated that it is important to have a set time. Only 4.76% of respondents failed to answer this question.

With respect to the treatment of FC, 97.6% of the residents referred to diet as playing a fundamental role in treatment, albeit in conjunction with other forms of treatment such as laxatives (33.3%), toilet training (23.8%) or psychotherapy (30.9%). Only 7.1% suggested combined treatment (medication and psychotherapy) (Table 3). The residents had a vague idea about psychotherapy, with some referring to this form of treatment as being indicated only in severe cases or as support if emotional factors were identified or with the unique objective of behavioral change. Among these, 11.9% referred to the importance of intervening in the family dynamics and of multidisciplinary treatment (2.3%). Only 4.7% of respondents referred to defining the causative factor of FC and the value of doing so for planning the appropriate therapeutic management, and, likewise, only 2.3% suggested disimpaction as part of the treatment.

The respondents were asked to give their opinion on the role of the mother and the importance of the father in the family. With respect to the mother, 28.5% associated this role with educating the child – providing guidance, discipline, teaching, authority and establishing limits; 11.9% viewed the role of the mother as the child's principal care-giver in the sense of feeding, stimulating and watching for signs of disease in the child. Emotional support as the principal element of the maternal role was mentioned by 26.1% and expressed using the following terms: affection, closeness, patience, attention and support (Table 3). An insignificant number of participants (2.3%) associated the role of the mother with her influence in the father-child relationship, also mentioning an obsessive personality of the mother as a cause of constipation in the child; 19.0% of answers were evasive, such as, for example, *essential, fundamental, principal axis, the basis of everything*; however, without really explaining the mother's role within the family. With respect to the father's role, 11.9% of respondents believed that he is less important in the child's education than the mother.

Approximately half the residents (45.2%) believed that the father's role is similar to that of the mother (Table 3). A small percentage associated the importance of the father in the family with financial support or emotional support for the child. In addition, 11.95% of the residents referred to the father's role as supportive and 7.1% gave vague answers to this question. Only 2.3% of participants referred to the father as representing an example for the child, while 4.7% referred to him as the head of the family.

In the question regarding when the physician should refer the patient with FC for psychological treatment, only 40.5% of the residents answered *always*, while 59.5% answered *sometimes* (Table 3). When asked to qualify their answers, 59.5% mentioned various conditions for referring patients for psychotherapy: if the physician identified a psychoaffective disorder in the child such as anguish, stress, fear, or anxiety; in cases of abuse; difficulties that prevent the patient from complying with traditional medical treatment such as, for example, when the child refuses to eat. Phrases such as "*the bowel is an emotional organ*" and "*everything that goes through our head is reflected in the bowel*" were expressed by some of the residents who stated that they believed it was crucial to refer children and adolescents with FC for psychological therapy; 23.8% of the residents mentioned the possibility of the failure of medical treatment, in which case they would refer the patient to a psychologist; 11.9% reported that in some cases the psychological aspect is unimportant, and that it is a physical factor or a positive family history of the condition that should be taken into consideration. Nevertheless, in this item of the questionnaire, it was curious that only 16.6% of the residents mentioned the possibility of multidisciplinary treatment in cases of FC. On the other hand, in response to the question regarding the type of significant suffering that would justify referral to a psychologist, 76.1% referred to psychoaffective disorders such as anxiety and family pressure, the patient's aversion to the bathroom, an unbalanced family

generating a lack of support, upsets in the family environment, separation of parents, abuse, aggression or rephension by the parents if the child soiled his/her clothing, pain, unsatisfactory domestic and social environment, a lack of perception of the child's need to be cared for, resistance to medical treatment, behavior of fecal retention, shyness, fecal soiling, low self-esteem, depression, aggressiveness and irritability. Slightly less than half of the residents (40.4%) considered difficulties in the family as constituting significant enough suffering to warrant referral for psychotherapy. Physical or psychological abuse was mentioned in this question by 16.6% of the residents and 7.1% considered that a child with difficulties in socializing represented an important factor for recommending psychotherapy in a patient with FC. Although 23.8% admitted that physical suffering could be a reason for indicating psychotherapy, only 2.3% considered functional constipation in itself to represent a form of suffering. The majority of the residents (85.7%) agreed that the effect of psychological factors on the neuroendocrine axis could be a determining factor in FC; however, 23.8% gave vague answers, 40.4% stated that they knew nothing about the subject and 9.5% answered incorrectly that there was no association between the two systems or relating the question with hypothyroidism.

With respect to the need for additional information on FC, the respondents unanimously agreed that, yes, they did need and would like to have access to further information on a symptom that is so common in pediatrics outpatient departments and medical offices (Table 3). Among the residents who participated in this study, 30.5% reported that they needed more experience and training on this subject, since they had questions regarding several issues. Some of them saw few cases of FC and others focussed more on emergency care rather than outpatient follow-up. They also mentioned that little is discussed about FC and furthermore that their training deals with the subjects in general from a more academic and less practical

viewpoint. According to this line of thinking, another 28.5% of the respondents emphasized that investment in knowledge is crucial in obtaining the best possible professional training. Moreover, they affirmed that this is a common topic but that insufficient attention is being paid to it. In the words of one respondent: “*Sometimes we think we know something but in fact we don't know it*”. Other participants (14.2%) referred to how important it is for the pediatrician to take the psychological factors into consideration in the case of a child with FC in order to provide the family with more appropriate counseling. One of the residents suggested the inclusion of psychology as part of the undergraduate medical course to make it easier for physicians to help their patients. Despite this reflection, in this final item of the questionnaire, only 4.7% of the residents mentioned a multidisciplinary approach, while 9.5% referred to the difficulties involved in being able to diagnose and treat cases of FC in children and adolescents more effectively.

Discussion

Functional constipation is a considerably prevalent condition in all age groups; however, in children the condition may become chronic. In the present study, the gaps and contradictions in the residents' knowledge of such a common symptom are striking, particularly with respect to its multifactorial causes [2,3,7,8,9,15], as well as the importance of multidisciplinary treatment in cases of FC, as already established in the literature [4,5,8,15]. In a systematic review, prevalence rates of constipation in 34 groups of different populations in Europe and Oceania ranged from 0.7% in a pediatric population in Italy to 81.0% in a population of elderly, hospitalized male patients. The majority of cases are functional. Although the specific etiology of FC has yet to be clarified, the following risk factors have been identified:

dietary habits, physical inactivity, socioeconomic level, psychological parameters, bowel motility, use of medication, age and gender [23].

The majority of the residents (95.2%) indicated diet as being a determinant factor in FC. With respect to the treatment of FC, only 7.1% suggested a combination of medication and psychotherapy and 2.3% indicated multidisciplinary treatment. Of the 59.5% of the residents who would *sometimes* refer patients for psychotherapy, only 16.6% recommended multidisciplinary treatment. These data highlight the uncertainties of the residents both with respect to the multifactorial causes of FC and the efficacy of combined, multidisciplinary treatment. Furthermore, despite the fact that 61.9% of the residents had seen an average of 10-50 children and adolescents with FC in approximately 3.5 years of professional experience, only 21.4% worked in a subspecialty of pediatrics and 7.1% worked in gastroenterology. FC is known to be a very common idiopathic symptom in children and adolescents that cannot be explained by biochemical or physical abnormalities [1,2]. Nevertheless, 26.6% of the residents associated the cause of FC with organic diseases and 20% with the individual's bowel rhythm, while 64.2% failed to answer the question. These findings highlight the difficulty of the majority of pediatrics residents in diagnosing FC, a fundamental step in defining treatment. None, for example, mentioned normal or slow colonic transit as a factor in children with FC [3,6], showing an obvious need to provide greater in-depth information on these issues.

The clinical complications encountered in chronic cases of FC and those refractory to medical treatment are diverse: recurrent abdominal pain, the presence of blood in feces, urine infections and urinary retention, enuresis, nausea and vomiting, headache, flatulence, malaise and fecal soiling, in addition to psychological disorders [4,5] and the fact that some patients

go on to develop irritable bowel syndrome [6]. There is an important interrelationship between FC and psychological illness. Individuals with functional gastrointestinal disorders (FGID) are at a higher risk of psychological illness and vice-versa [14]. The percentage of responses regarding the possible complications associated with FC that are in accordance with data published in the literature was low, bearing in mind the importance of the subject: pain, hemorrhoids, anal fissure (mentioned by most), bowel obstruction and fecaloma, psychological complications and irritability. The complications that were not mentioned by any of the participants include urinary infection, and bleeding, as well as the habit of retention with the evacuation of large stools, all of which are associated with functional constipation, and encopresis, which, when added to the scenario, is indicative of the presence of psychological problems [24]. Indeed, a vicious circle is generally present, the triggering factor of which remains unclear [25]. The importance of understanding this vicious circle involving incomplete evacuation leading to an increased volume of dry feces causing pain at evacuation and resulting in inhibition of sphincter relaxation, thus increasing fecal retention, should be emphasized [25].

With respect to the residents' knowledge on toilet training, it is feasible to conclude that the majority appears to be aware of the importance of this factor; however, they have only a vague idea of how it should be conducted. It is clear that many of the residents are still not aware that early toilet training may contribute to the development of FC [1,2,7]. A high incidence of fecal incontinence at the toilet-training stage (between 2 and 4 years of age) has even been documented [1]. Current studies show that inappropriate toilet training is one of the predictive factors for constipation in childhood [25]. Physiological, psychological and sociocultural factors are closely associated in the process of acquiring sphincter control. Over the past 60 years, the strategies involved in toilet training have undergone changes; for

example, toilet training is now initiated at a later age [25]. Also, pediatricians do not appear to give much value to existing toilet training methods, which, curiously, are still those used decades ago such as the Brazelton method established in 1962 [25]. Up to 2008, the Brazilian Society of Pediatrics failed to provide any guidance on sphincter control; the methods were never tested against each other and in view of the lack of evaluation, pediatricians largely failed to use them [25]. Stressful events such as the birth of a sibling, separation of parents and changes in the home environment are known to hamper sphincter control [25]. Curiously, these aspects may also be associated with functional constipation and encopresis [26], emphasizing the need for pediatrics residents and pediatricians to review their knowledge on the appropriate diagnosis and treatment of FC.

The majority of the residents were aware of the existence of psychosocial issues in FC. Nevertheless, they perceived these factors more as consequences rather than determinants that could contribute towards triggering this condition. Furthermore, although they demonstrated a certain degree of knowledge regarding the psychoaffective and social issues involved in FC, less than half the residents said that they *always* referred patients with FC for psychotherapy and slightly more than half (59.5%) reported that they did so *sometimes*. The fact that medical therapy at times fails to achieve the expected results should reinforce the need for reevaluation and psychological and psychiatric treatment; however, physicians seldom indicate these therapeutic options [24]. Despite parents' resistance, physicians should insist on referring the patient for these forms of therapy, since they may result in numerous benefits to the patient [24]. Psychological factors such as anxiety and depression are considered predisposing factors for constipation, in the same way that obsessive-compulsive disorder and social dysfunction are factors implicated in the pathogenesis of FC and may reduce the patient's colonic transit [23].

The participants of the present study reported that medical treatment resolves the symptoms in six months to two years, but do not know why or how much time they should wait before referring the patient to a multidisciplinary team, perhaps because they were not given this information in their undergraduate course or because they have not been exposed to multidisciplinary teams in their teaching hospitals. Is it only in cases of chronic FC refractory to medical treatment that the patient should be referred for psychotherapy? Does the patient's suffering have to be more intense before multidisciplinary treatment is considered? In the answers given regarding therapy, 30.9% of the residents mentioned psychotherapy, in addition to having a vague idea about this treatment, which they would only recommend in severe cases or as support therapy. In view of the significant proportion (61.9%) of respondents who admitted that an over-controlling mother could represent a factor in cases of FC, why not refer the patient earlier for psychotherapy? Family aggression, the possessive relationship between the individual in the maternal role and the child, a demanding mother, and the demands of the child for inclusion of the paternal role are some examples of the complexity involved in the diagnosis and treatment of latent psychological aspects in FC [15,17,20,21,22]. Nevertheless, a small proportion of respondents (23.8%) referred to the possibility of failed medical treatment.

With respect to the roles of the mother and father in the family, the number of clear answers on the subject was minimal. Responses were extremely varied and the percentage representing each opinion was relatively small. In parallel, the residents did not appear to be clear about the difference between the roles of the mother and father. Only 11.9% of the participants stated that the mother fulfills the more immediate role of primary caregiver, which is in agreement with the literature. The paternal role of representing another possibility of identification for the child, while setting boundaries and testing reality, was mentioned

vaguely by only 45.2% of the residents, who referred to the father's role as being a supportive role to that of the mother. In addition to these data, a further 11.9% of the residents referred to the importance of the father in a supporting role and 7.1% gave evasive answers. Only 9.5% associated the importance of the father in the family with emotional support for the child. These answers reflect the cultural habits of this region in which the majority of the population is unclear about the division of parental responsibilities, since childcare remains the exclusive responsibility of the mother in the majority of the cases, while active participation of the father in the child's daily routine is uncommon, particularly in certain socioeconomic strata.

In the question regarding additional aspects associated with FC, the fact that the majority of residents (88.1%) were aware of the association of sexual, physical and psychological abuse in triggering FC in children and adolescents is noteworthy. However, paradoxically, only 16.6% of the residents mentioned these factors as constituting significant enough suffering to warrant referral for psychotherapy. Patients with functional gastrointestinal disorders are more likely to report a history of sexual abuse compared to those with gastrointestinal disorders of organic etiology [10,11]. Psychological distress may provoke exaggerated bowel motility and abdominal discomfort [10,11]. Although 85.7% of participants confirmed the possibility of an effect of psychological factors on the neuroendocrine axis in triggering FC, 23.8% gave vague answers, 40.4% said they knew nothing about it and 9.5% gave incorrect answers, confirming the need to provide the residents in this study with more in-depth information on the association between psychological factors and FC.

Informal comments made by the residents after the questionnaires had been completed showed that the study had caused them to take action, consider and reflect further on their

level of knowledge regarding FC and their practice. The participants unanimously admitted the importance and need for additional information on the subject matter of the questionnaire. This confirms that the residents would like to know more about FC and its latent aspects to enable them to be able to diagnose, treat and refer children and adolescents with FC for multidisciplinary therapeutic management more effectively in the future.

Working in a transdisciplinary team using cooperative intercommunication in favor of collectivity, translating the singularity of the language of each specific area into the construction of scientific knowledge, is an exercise that forms an integral part of the perspective of learning to learn and of the importance of the horizontality of scientific discourses. This movement should begin at undergraduate level to enable physicians to achieve better results in their clinical practice, as well as emphasizing the importance of listening carefully at pediatric consultations to obtain information on the multiple aspects involved in the child's behavior.

This study has some limitations. One lies in the fact that the methodology used to collect the data does not permit the investigator to extract more profound and latent contents from the participants' answers. This would be possible, for example, if open interviews had been used, based on psychoanalytical listening in qualitative studies. In the common sense, the majority of individuals (not only the residents enrolled in this study) possibly fail to understand the differences between maternal and paternal roles in the development of the child and adolescent, principally in current society. The results described here highlight the need to conduct more in-depth studies on this subject and to design new protocols. Another limitation refers to the fact that studies with pediatrics residents from other regions of the country would be necessary in order to determine the level of knowledge of these individuals in different

geographical regions, thus permitting more broad-reaching educational programs to be drawn up for this condition that is so common in pediatric practice.

Conclusions

Functional constipation (FC) is a relatively common condition in children and adolescents, accounting for a significant proportion of consultations with general pediatricians and pediatric gastroenterologists. Furthermore, its causes and consequences are multifactorial. Nevertheless, the knowledge of the pediatrics residents interviewed in this study with respect to FC remains inadequate. The need for relevant and more in-depth information on FC in children and adolescents is crucial and all the residents recognized this need. The elaboration of continued education programs with a greater emphasis on FC, both at undergraduate level and in medical residency programs, is fundamental since this symptom involves a diverse range of multidisciplinary issues.

References

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527-1537.
2. Motta CR, Silva LR, Castro H. A Psicanálise da Criança – Um Estudo de Caso. *R Ci Méd Biol*. 2010;9(Supl.1):89-94.
3. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2401-2409.
4. Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M. Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1755-1758.

5. Rogers J. Management of functional constipation in childhood. *Br J Community Nurs.* 2003;8:550-553.
6. Altaf MA, Sood MR. The nervous system and gastrointestinal function. *Dev Disabil Res Rev.* 2008;14:87-95.
7. Silva LR. A semiologia do Aparelho Digestório. In: Silva LR, ed. *Diagnóstico em Pediatria.* Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2009:512-522.
8. Poenaru D, Roblin N, Bird M, et al. The Pediatric Bowel Management Clinic: initial results of a multidisciplinary approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg.* 1997;32:843-848.
9. Farnam A, Rafeey M, Farhang S, Khodjastejafari S. Functional constipation in children: does maternal personality matter? *Ital J Pediatr.* 2009;35:25.
10. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 1995;123:782-794.
11. Leroi AM, Bernier C, Watier A, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10:200-206.
12. Guyton AC, Hall JE. Funções Cerebrais do Comportamento: Sistema Límbico, Papel do Hipotálamo e o Controle das Funções Orgânicas Vegetativas. Guyton AC, ed. In: *Tratado e Fisiologia Médica.* Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 1977:536-543, 632-637.
13. Chattat R, Bazzocchi G, Balloni M, et al. Illness behavior, affective disturbance and intestinal transit time in idiopathic constipation. *J Psychosom Res.* 1997;42:95-100.
14. Alander T, Svärdsudd K, Johansson SE, Agréus L. Psychological illness is commonly associated with functional gastrointestinal disorders and is important to consider during patient consultation: a population-based study. *BMC Med.* 2005;3:8.

15. Amendola S, De Angelis P, Dall’oglio L, Di Abriola GF, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg*. 2003;38:819-823.
16. Burket RC, Cox DJ, Tam AP, et al. Does “stubbornness” have a role in pediatric constipation? *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27:106-111.
17. Lisboa VC, Felizola MC, Martins LA, Tahan S, Neto UF, de Moraes MB. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. *Dig Dis Sci*. 2008;53:2458-2463.
18. Van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Last BF. Prevalence and associated clinical characteristics of behavior problems in constipated children. *Pediatrics*. 2010;125:e309-317.
19. Lacan J. *O Seminário. Livro 5. As Formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar; 1957-1958.
20. Freud S. *Três Ensaios sobre a Sexualidade. Obras Completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago; 1905.
21. Grodeck G. *O Livro d’isso*. São Paulo, SP: Perspectiva; 1988 [1923]:111-117.
22. Lacan J. *O Seminário. Livro 10. A Angústia*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar; 1962-1963.
23. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterology*. 2008;8:5.
24. Espinoza MJ. [Constipation in childhood]. *Rev Chil Nutr*. 2002;29: 272-279.
25. Mota DM, Barros AJD. [Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions]. *J Pediatr*. 2008;84:9-17.
26. Martins JL, Petri MCV, Pereira APA, Fernandes GMM, Silveira MLM, Pinus J. [Constipation of psychogenic origin.] *Pediatr mod*. 1989;24:39-42.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Estudo qualitativo sobre constipação intestinal em crianças e adolescentes - interrelação entre psicanálise e gastroenterologia pediátrica, em Salvador - Bahia

Pesquisador Responsável : Cláudia dos Reis Mota

Data da Versão 01/12/2009

Cadastro 81/09

Data do Parecer 02/04/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Avaliar as contribuições da clínica psicanalítica na determinação e no processo do tratamento da constipação intestinal em crianças e adolescentes.

I

Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo propectivo, de intervenção, que será realizado pelo Programa de Pesquisa do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. Serão estudados 40 crianças/adolescentes, entre 4 e 18 anos de idade, com diagnóstico firmado de constipação intestinal crônica. Ao tratamento habitual da constipação intestinal será agregada a terapia analítica. Através da estratégia de estudo de casos a pesquisadora pretende explorar com profundidade as questões psico-afetivas envolvidas na gênese da constipação intestinal na infância. A autora enfatiza que na maioria das vezes o essas crianças já passaram por diversas intervenções medicamentosas, manipulações e procedimentos, chegando ao ponto de necessitarem de internamento hospitalar e que, em geral, o encaminhamento para o tratamento psicanalítico é feito em último caso, quando todas as possibilidades médicas foram esgotadas. Justifica ainda que, na sua experiência, após alguns meses de atendimento analítico, e médico incluso, as crianças começam aos poucos, a ir ao banheiro durante o processo de análise. Dessa forma, se propõe a estudar durante 12 meses essas crianças, realizando sessões analíticas com as mesmas utilizando instrumentos lúdicos e também com seus cuidadores diretos utilizando questionários semi-abertos. As entrevistas serão utilizadas para fins de diagnóstico e tratamento analítico do paciente. Enfatiza ainda que esta pesquisa oferecerá aos participantes, constituintes de uma população carente, a possibilidade de acesso ao tratamento analítico.

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 40 Na Instituição 40
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa qualitativa)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica
Armazenamento de material biológico	Não se aplica

21/09

Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação as Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	03/2010
Data de término prevista	12/2011
Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Não
Referências Bibliográficas	Adequadas

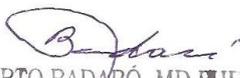
Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O pesquisador atendeu todas as recomendações da Resolução CNS 196/96.

Projeto Aprovado.



ROBERTO BADARÓ, MD PHD
Coordenador CEP
CHUPES

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo. *dezembro 2011*

ANEXO B – ATESTADO DE REVISÃO DE INGLÊS

ATHAYDE HANSON
T R A D U T O R E S



ATESTADO

Atesto para os devidos fins que eu, Lesley Hanson de Moura, traduzi para inglês o artigo intitulado “*O que sabem os Residentes de Pediatria sobre a relação entre constipação intestinal e aspectos psíquicos?*” e revisei o inglês do resumo da dissertação da aluna Claudia dos Reis Motta.

Salvador, 19 de agosto de 2011

Lesley Hanson de Moura.

Lesley Hanson de Moura

ANEXO C – ATESTADO DE CORREÇÃO DAS REGRAS DA ABNT



ATESTADO

Eu Silvana Pereira da Silva, Designer, coordenadora do Serviço de Apoio a Atividade Médico - Científica da Associação Bahiana de Medicina, atesto para os devidos fins que prestei serviços de editoração eletrônica seguindo as orientações contidas na norma ABNT NBR 14724:2011 – Trabalhos acadêmicos – Apresentação (modelo de capa e contracapa fornecido pela aluna), tendo com parceira para revisão e adequação da norma ABNT NBR 6023:2002 – Referências – Elaboração, a Bibliotecária Eliete Costa de Souza Brito CRB5/998, o resultado de pesquisa da Dra. Claudia dos Reis Motta que será submetido à apreciação do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – UFBA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Rodrigues Silva e coorientação do Dr. Hélio de Castro.

Salvador, 24 de novembro de 2011

Silvana Pereira da Silva

CPF: 872034805-34