



CURSO DE MEDICINA

JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA

**PERSISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRATADOS PARA DISFUNÇÃO VÉSICO-
INTESTINAL: UM ESTUDO DE COORTE**

Salvador

2023

Juliana de Oliveira Cruz Barreto Costa

PERSISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS A EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRATADOS PARA DISFUNÇÃO VÉSICO-INTESTINAL: UM ESTUDO DE COORTE

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientador: Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Junior.

Coorientadora: Dra. Glícia Estevam de Abreu

Salvador

2023

Juliana de Oliveira Cruz Barreto Costa

**PERSISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRATADOS PARA DISFUNÇÃO VÉSICO-
INTESTINAL: UM ESTUDO DE COORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública, para aprovação parcial no
4º ano do curso de Medicina.

Salvador, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior
Medicina - EBMSP

Nome do Examinador
Medicina - EBMSP

Nome do Examinador
Medicina - EBMSP

AGRADECIMENTOS

Para concluir esse trabalho, tive apoio de muitas pessoas, às quais devo imensa gratidão. Primeiramente, agradeço à minha família, em especial a meus pais, meu irmão e minhas avós, por sempre me incentivarem aos estudos, proporcionando uma educação de qualidade. Agradeço a Dr. Ubirajara Barroso, meu orientador, por propor um tema que me despertou interesse e pela sua confiança em minha capacidade de cumprir esse e tantos outros desafios. Agradeço a Dra. Ana Aparecida Martinelli, por ser tão empática, assertiva e cuidadosa com os alunos, pacientes e trabalhos científicos. Agradeço a toda equipe do CEDIMI, por tanto ter me ensinado, desde a prática médica de qualidade à produção de ciência, ao lado de profissionais excelentes, como Dra. Glícia Abreu, Dra. Maria Luiza Veiga e todos os fellows. Agradeço também à equipe de psicologia do CEDIMI, por todo acolhimento e suporte, essencial nessa jornada. Por fim, agradeço a meus amigos por tornarem os momentos desafiadores mais leves.

“Onde se cultiva uma rosa, não crescem cardos.”

Frances Hodgson Burnett

RESUMO

Introdução: A *International Children Continence Society* (ICCS) define que disfunção vesico-intestinal (DVI) se refere a um espectro de sintomas do trato urinário inferior associados à constipação, na ausência de anormalidades anatômicas ou funcionais. A associação entre disfunção do trato urinário inferior (DTUI) e problemas emocionais e comportamentais é bem documentada, sobretudo tratando-se de DVI, em que se adiciona o fator da constipação. **Objetivo:** Avaliar a persistência à longo prazo de alterações emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes submetidos a tratamento para DVI. Além disso, avaliar fatores associados a essa persistência, testar a hipótese de que a severidade dos sintomas de DVI é relacionada com alterações emocionais e comportamentais e testar a hipótese de que DVI provoca comprometimento da qualidade de vida da criança a longo prazo. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte prospectiva analítica. Serão incluídos pacientes diagnosticados com DVI entre 5 e 17 anos que tenham finalizado o tratamento há pelo menos 1 ano no Centro de Distúrbios Miccionais da Infância (CEDIMI). Os materiais aplicados foram os questionários *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *Disfunctional Voiding Scoring System* (DVSS), ROMA IV, *Bristol Stool Scale*, Escala de Constipação, Peds-QL, Escala *The Wong-Baker FACES* para avaliar prevalência de dor pélvica crônica nessa população, questionário próprio acerca do desfralde da criança e questionário próprio de anamnese psicológica do serviço. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob o CAAE 65697322.9.0000.5544. **Resultados:** Foi realizado follow-up em 34 pacientes, sendo 50% do sexo masculino, tratados no CEDIMI entre 2013 e 2019, 62 (IIQ 54-73) meses após a avaliação inicial no serviço. A idade dos pacientes na avaliação inicial no serviço obteve uma mediana de 10 (IIQ 8-12) anos. A maioria (66,4%) dos pacientes que apresentaram alterações emocionais ou comportamentais na primeira consulta persistiu com essas alterações a longo prazo após tratamento de DVI, sendo a gravidez não planejada ($p=0,001$; OR 3,250; IC 1,438-7,345) e escore de DVSS mais alto em primeira consulta ($p=0,048$) fatores associados a essa persistência. No follow-up, as principais alterações psicológicas foram relacionadas às emoções (32,4%) e à hiperatividade (32,4%). Pacientes refratários ao tratamento dos sintomas urinários apresentaram pior qualidade de vida segundo o escore total PedsQL ($P=0,027$) e o escore psicossocial PedsQL ($P=0,006$). Pacientes refratários ao tratamento da constipação pioraram no domínio de dificuldades ($p=0,022$). **Conclusão:** Portanto, através do presente estudo, é possível identificar pacientes com maior risco de manterem a alteração psicológica a longo prazo e alertar as famílias para que esforços sejam feitos com o intuito de prevenir o futuro quadro.

Palavras-chave: Doenças da Bexiga Urinária. Constipação Intestinal. Saúde Mental. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT:

Introduction: The International Children's Continence Society (ICCS) defines that bladder and bowel dysfunction (BBD) refers to a spectrum of lower urinary tract symptoms associated with constipation, in the absence of anatomical or functional abnormalities. The association between lower urinary tract dysfunction (LUTD) and emotional and behavioral problems is well documented, especially in the case of BBD, in which the factor of constipation is added. **Objective:** To evaluate the long-term persistence of emotional and behavioral changes in children and adolescents undergoing treatment for BBD. Furthermore, evaluate factors associated with this persistence, test the hypothesis that the severity of BBD symptoms is related to emotional and behavioral changes and test the hypothesis that BBD causes impairment of the child's quality of life in the long term. **Methods:** This is an analytical prospective cohort study. Patients reported with BBD between 5 and 17 years old who completed treatment at least 1 year ago at the Childhood Voiding Disorders Center (CEDIMI) will be included. The materials applied were the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Dysfunctional Voiding Scoring System (DVSS) ROME IV Bristol Stool Scale PedsQL Constipation Score, The Wong-Baker FACES Scale to assess the prevalence of chronic pelvic pain in this population, questionnaire on child potty training and the service's own psychological anamnesis questionnaire. The project was approved by the institution's Ethics Committee, under CAAE 65697322.9.0000.5544. **Results:** Follow-up was carried out on 34 patients, 50% male, treated at CEDIMI between 2013 and 2019, 62 (IIQ 54-73) months after the initial evaluation at the service. The age of patients at the initial assessment at the service had a median of 10 (IIQ 8-12) years. The majority (66.4%) of patients who presented emotional or behavioral changes at the first consultation persisted with these changes in the long term after DVI treatment. Pregnancy being unplanned ($p=0.001$; OR 3.250; CI 1.438-7.345) and higher DVSS score at first consultation ($p=0.048$) were factors associated with this persistence. At the follow-up, the main psychological changes were related to emotions (32.4%) and hyperactivity (32.4%). Patients refractory to treatment for urinary symptoms had worse quality of life according to the PedsQL total score ($P=0.027$) and to the PedsQL psychosocial score ($P=0.006$). Patients refractory to constipation treatment worsened in the difficulties domain of the SDQ ($p=0.022$). **Conclusion:** Therefore, through the present study, it is possible to identify patients at greater risk of maintaining psychological changes in the long term and alert families so that efforts can be made to prevent future conditions.

Keywords: Urinary Bladder Diseases. Constipation. Mental Health. Children. Adolescents.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	12
4. MATERIAL E MÉTODOS	16
4.1 Desenho de estudo	16
4.2 Local	16
4.3 População de estudo	16
4.3.1 Critérios de inclusão	16
4.3.2 Critério de exclusão	17
4.3.3 Amostra	17
4.4 Coleta de dados	17
4.5 Instrumentos de coleta	18
4.6 Variáveis	19
4.7 Análise de dados	20
4.8 Considerações éticas	20
5. RESULTADOS	20
5.1 Características sociodemográficas e clínicas da amostra	20
5.2 Alterações emocionais e comportamentais	25
6. DISCUSSÃO	30
7. CONCLUSÃO	34
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
9. GLOSSÁRIO	39
10. ANEXOS	40
9.1 Anexo A (SDQ)	40
9.2 Anexo B (Anamnese psicológica)	44
9.3. Anexo C (DVSS)	45

9.4 Anexo D (ROMA IV)	46
9.5 Anexo E (Bristol Stool Scale)	46
9.6 Anexo F (Escore de constipação)	47
9.7 Anexo G (Peds-QL)	48
9.8 Anexo H (Escala de dor Wong Baker)	60
9.9 Parecer consubstanciado do CEP	60
11. APÊNDICES	61
10.1 Apêndice A: Questionário estruturado sobre desfralde)	63
10.2 Apêndice B: TCLE	64
10.3 Apêndice C: TALE	66

1. INTRODUÇÃO

Segundo a *International Children Continence Society* (ICCS), a disfunção vésico-intestinal (DVI) ou *bladder and bowel dysfunction* (BBD), define-se pela associação entre disfunção urinária e constipação funcional (CF)¹. Dessa maneira, a sintomatologia de DVI engloba tanto sintomas urinários, como disúria, urgência e incontinência, quanto constipação.

Além de tais sintomas, a DVI pode cursar com problemas comportamentais e emocionais. O estigma social acerca da incontinência urinária e fecal pode provocar baixa autoestima, vergonha, isolamento, problemas escolares e agressividade, impactando negativamente no bem-estar psicossocial infantil e familiar^{2,3}. De acordo com estudo de Dourado et al, 40,5% das crianças com disfunção do trato urinário (DTUI) sem constipação associada apresentam anormalidades no *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), questionário utilizado para a avaliação dos perfis psicológicos das crianças e adolescentes. Na DVI, em que se adiciona a constipação, a associação a essas alterações torna-se ainda maior, com taxa de 49,1%⁴

No que se refere à constipação, sabe-se que a sua cronicidade afeta o desenvolvimento psicossocial e a independência da criança⁴. Desse modo, a prevalência de problemas comportamentais em crianças com constipação funcional é de 3 a 4 vezes maior que na população pediátrica geral⁴. Crianças com disfunção intestinal apresentam mais sintomas internalizantes e externalizantes quando comparadas com crianças não constipadas^{5,6}.

Da mesma forma, Logan et al, no seu estudo retrospectivo, afirmam que as disfunções miccionais se associam a experiências adversas na infância, uma vez que 51% dos pacientes com DTUI passaram por alguma experiência adversa na infância, como negligência, abuso, divórcio, adoção, mudanças e aprisionamento de algum familiar.⁷ Desses, destaca-se que 38% haviam experienciado divórcio recente ou estavam em guarda compartilhada. Tais dados reforçam a sugestão de busca por fatores estressores na vida dos pacientes uropediátricos, pois eles podem, inclusive, interferir na adesão e no resultado do tratamento⁷.

Portanto, a relação entre alterações emocionais e comportamentais e DVI é bem documentada na literatura^{3,4,5,7,18}. No entanto, não há estudos acerca da persistência a longo prazo dessas alterações emocionais e comportamentais em pacientes tratados e dos fatores relacionados a essa persistência. Dessa maneira, o presente estudo propõe avaliar, por meio de uma coorte prospectiva, as emoções e comportamentos de crianças e adolescentes com DVI que foram submetidas a tratamento em um centro especializado, sendo essa avaliação realizada pelo menos 1 ano após o tratamento. Dessa forma, será possível estudar fatores associados a persistência de alterações emocionais e comportamentais, investigando as alterações que persistem a longo prazo e a identificação do perfil dos pacientes com DVI mais vulneráveis. Tendo em vista que tais alterações podem interferir na severidade dos sintomas e possivelmente na resposta ao tratamento, um maior conhecimento sobre fatores que influenciam na persistência dessas alterações poderá auxiliar no desenvolvimento de estratégias com a finalidade de se obter uma melhor resposta à terapia a ser aplicada em crianças e adolescentes com DVI.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar a persistência à longo prazo de alterações comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes submetidos a tratamento para DVI.

2.2 Objetivos específicos:

1. Avaliar fatores associados a persistência de alterações emocionais e comportamentais em pacientes com DVI longo prazo após tratamento.
2. Testar a hipótese de que a severidade dos sintomas de DVI é relacionada com alterações emocionais e comportamentais.
3. Testar a hipótese de que DVI provoca comprometimento da qualidade de vida da criança a longo prazo.
4. Testar a hipótese de que pacientes refratários ao tratamento apresentam persistência de alteração emocional ou comportamental.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Disfunção vesico-intestinal: A associação entre sintomas urinários e intestinais.

A *International Children Continence Society* (ICCS) define que disfunção vesico-intestinal (DVI) se refere a um espectro de sintomas do trato urinário inferior associados à constipação, na ausência de anormalidades anatômicas ou funcionais¹. A sigla BBD vem do inglês “*Bladder and Bowel Dysfunction*”, tendo o mesmo significado de disfunção vesico-intestinal. A sua prevalência geral em crianças é estimada em 4,02%, com diminuição dessa taxa perante o crescimento infantil, de 6,19% aos 4 anos para 1,96% aos 10 anos⁸.

No que se refere à fisiopatologia de DVI, sabe-se que existe uma relação embriológica, anatômica e funcional entre o intestino e a bexiga². Desse modo, o armazenamento excessivo de massa fecal característico da constipação pode provocar dificuldades de armazenamento ou esvaziamento da bexiga. Tal efeito se dá por compressão mecânica ou por mudanças nos estímulos neurais na bexiga e no assoalho pélvico². Além disso, o envio de sinais corticais eferentes à bexiga é acusado por algumas teorias de provocar contrações detrusoras inadequadas que levam à incontinência e à urge-incontinência². Foi demonstrada associação entre disfunção de colo da bexiga e disfunção nos lobos frontais, sobretudo no giro do cíngulo⁹. A teoria da comunicação cruzada, por sua vez, atribui que o estímulo em um órgão pélvico pode agir também no órgão vizinho através de vias neurais interconectadas¹⁰.

A constipação crônica, por sua vez, tem prevalência global estimada em 14%, sendo mais observada em mulheres de nível socioeconômico mais baixo¹¹. Em crianças, a prevalência foi estimada entre 1 e 30% na população mundial. De acordo com um estudo populacional brasileiro, a constipação foi presente em 9,4 % dos meninos e em 12,4% das meninas, sendo que crianças constipadas têm 6,8 vezes mais chance de ter DTUI do que aquelas não constipadas ($p < 0,001$)¹². Além disso, mães com DVI têm maior chance de ter filhos com a mesma disfunção¹².

Aproximadamente 40% dos pacientes de consultórios uropediátricos apresentam disfunção vesical-intestinal². No entanto, apesar de ser um problema comum, a BBD é subdiagnosticada, uma vez que muitos pais subestimam a importância do acompanhamento médico para tratamento de sintomas miccionais e defecatórios. Contudo, o diagnóstico e tratamento precoce de DVI são importantes para prevenir dano renal, diante do risco aumentado de infecção febril e refluxo vesico-uretral².

A investigação de DVI envolve a aplicação de questionários no consultório e o preenchimento de diários miccionais e defecatórios. O Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS), criado por Farhat et al¹³ em 2000, é um questionário quantitativo acerca dos sintomas da disfunção vesico-intestinal nas crianças. A partir do DVSS, o uropediatra é capaz de graduar a severidade dos sintomas de seu paciente e acompanhar a sua evolução ao longo dos tratamentos aplicados.

Já a constipação funcional infantil é diagnosticada de acordo com os critérios de Roma IV, os quais são baseados na história clínica e no exame físico, uma vez que não há biomarcadores químicos ou anormalidades estruturais que possam ser usadas para um diagnóstico objetivo¹⁴.

3.2- Alterações emocionais e comportamentais em crianças com disfunção vesico-intestinal

A associação entre disfunção do trato urinário inferior (DTUI) e problemas emocionais e comportamentais é bem documentada, sobretudo tratando-se de DVI, em que se adiciona o fator da constipação^{3,4,5,7,18}. O estigma social acerca da incontinência urinária e fecal pode provocar baixa autoestima, vergonha, isolamento, problemas escolares e agressividade, impactando negativamente no bem-estar psicossocial infantil e familiar^{2,3}.

De acordo com os resultados de pesquisa de Dourado et al, 49,1% das crianças com DVI apresentam alterações emocionais e comportamentais⁴. Os diferentes tipos de DTUI que compõem a DVI, como bexiga hiperativa, bexiga hipoativa ou disfunção miccional, provocam diferentes incidências e formas de problemas comportamentais¹⁵.

Um estudo de coorte demonstrou que 25% das crianças com DVI sem sintomas prévios de problemas do neurodesenvolvimento apresentam dificuldades comportamentais clinicamente relevantes. As alterações mais comuns foram sintomas comportamentais de hiperatividade e desatenção (50%), seguidos de problemas de conduta (42%), problemas emocionais (33%) e problemas de pares (33%)¹⁵.

No que se refere à constipação, sabe-se que a sua cronicidade afeta o desenvolvimento psicossocial e a independência da criança¹⁶. A prevalência de problemas comportamentais em crianças com constipação funcional é de 3 a 4 vezes maior que na população pediátrica geral, de modo que apresentam mais sintomas internalizantes e externalizantes^{5,6}. Nesse sentido, problemas internalizantes são os transtornos de ansiedade, depressão e sintomas somáticos. Já

os externalizantes são impulsividade, comportamento disruptivo e abuso de substância⁶. As alterações internalizantes são tipicamente correlacionadas com as externalizantes¹⁷.

Existe também uma relação entre questões psicológicas e emocionais e o desenvolvimento de DVI. Em estudo retrospectivo, 60% dos participantes com sintomas do trato urinário inferior relataram experiências adversas na infância - como negligência, abuso, divórcio, adoção, mudanças excessivas, morte na família e convivência com dependentes químicos¹⁸. Outro estudo demonstrou que o nascimento a partir de gravidez não planejada influenciou a severidade de DVI, sendo associada a escores mais altos no DVSS, juntamente com questões escolares¹⁹. Assim, a dinâmica familiar impacta no desenvolvimento neurológico, psíquico e no controle miccional da infância.

Ademais, DVI associa-se tanto com transtornos neuropsiquiátricos quanto transtornos do neurodesenvolvimento. Assim, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiante (TOD), ansiedade de separação, transtornos do espectro autista e dificuldade de aprendizagem são associadas a essa disfunção¹⁵. Estudo de coorte de Wang et al demonstrou que essas comorbidades cursam com maior severidade dos sintomas de disfunção vesical-intestinal¹⁵.

As alterações na função psicológica da criança podem agravar os sintomas da doença e dificultar seu tratamento^{18,20}. Estudo retrospectivo de Logan et al demonstrou que experiências adversas da infância e transtornos neuropsiquiátricos são fatores de risco para fracasso de tratamento e não adesão ao tratamento¹⁸. De tal modo, a identificação e manejo de alterações psicológicas pode levar a uma melhor resposta ao tratamento, diminuindo as perdas de seguimento no consultório¹⁸.

Para avaliar adequadamente essas alterações psíquicas e comportamentais, deve-se utilizar instrumentos psicométricos validados, padronizados e confiáveis cientificamente. O questionário *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), criado por Goodman no Reino Unido²⁰, é amplamente utilizado para a avaliação dos perfis psicológicos das crianças e

adolescentes. Tal instrumento apresenta 25 perguntas de breve aplicação, estimada entre 5 e 10 minutos, e existe em versões para professores, pais e crianças. Cada item do questionário é quantificado em: falso (0 ponto), verdadeiro (2 pontos) e mais ou menos verdadeiro (1 ponto). A criança pode ser avaliada como normal, limítrofe e anormal nos aspectos de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com colegas, comportamento pró-social e no total das dificuldades. Diante da praticidade envolvida na sua aplicação, além da ausência de cobrança pelo seu uso, o SDQ torna-se atrativo para pesquisas.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma coorte prospectiva analítica.

4.2 Local

Os dados foram coletados no Centro de Distúrbios Micionais da Infância (CEDIMI), um ambulatório de uropediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Avenida Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador – BA, CEP: 40.285-00.

4.3 População e amostra de estudo

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos diagnosticados com DVI entre 5 e 17 anos na primeira consulta. Tal faixa etária mínima foi escolhida com o objetivo de incluir crianças com sintomas urinários considerados não esperados para a idade, ou seja, patológicos.

Todos os pacientes finalizaram o tratamento há pelo menos 1 ano e tem os registros em prontuário dos dados de primeira consulta (antes do tratamento) no CEDIMI.

Foram incluídos apenas pacientes que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes com alterações anatômicas e neurológicas do sistema urinário e gastrointestinal ou com déficit cognitivo.

4.3.3 Amostra

Foi realizado um cálculo amostral, baseando-se nos resultados do estudo populacional conduzido por Dourado et al ⁴, com uma estimativa de prevalência dos distúrbios emocionais e comportamentais de 60% nos pacientes com DVI e uma prevalência de 20% de persistência das alterações após o tratamento, com um erro alfa de 5% e com valor de Beta de 0,2 (poder estatístico de 80%), sendo estimado que seriam necessários 50 pacientes, considerando-se uma perda amostral de 10%. Contudo, por limitação de perda de segmento, estabeleceu-se uma amostra de conveniência.

4.4 Coleta de dados

Primeiramente, foram identificados, através dos registros do serviço, os pacientes portadores de DVI tratados há pelo menos 1 ano no CEDIMI. Esses pacientes foram contatados por telefone, sendo convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa tiveram seus dados retrospectivos coletados do prontuário e dos registros do próprio serviço com relação tanto à primeira consulta (antes do tratamento) quanto à consulta após a finalização do tratamento.

Em seguida, foram aplicados os instrumentos de coleta prospectivos, por meio de telefonema ou videochamada, a critério do paciente. Não sendo videochamada, todas as escalas visuais

foram enviadas por mensagem para o responsável do participante. Desse modo, os dados de um follow-up sobre o desfecho de pelo menos 1 ano após tratamento foram obtidos.

4.5 Instrumentos de coleta

No CEDIMI, todos pacientes de primeira consulta são direcionados para avaliação psicológica, na qual é preenchido o questionário SDQ na versão dos pais e das crianças (anexo A) e anamnese psicológica (anexo B). Além disso, nas consultas médicas, é rotineiro aplicar o questionário DVSS (anexo C) para quantificação dos sintomas urinários e os questionários ROMA IV (anexo D), Bristol Stool Scale (anexo E) e Escore de Constipação (anexo F) para sintomas fecais. Dessa maneira, foram coletados dados de ficha de atendimento e resultados de questionários habitualmente aplicados no serviço em todos os pacientes, independente da pesquisa.

Prospectivamente, por meio de telefonema ou vídeo-chamada, os questionários SDQ, DVSS, ROMA IV, Bristol Stool Scale e Escore de Constipação foram reaplicados. Ademais, aplicou-se o Peds-QL (anexo H), para avaliar a qualidade de vida dos participantes e a Escala The Wong-Baker FACES (anexo I) para avaliar prevalência de dor pélvica crônica nessa população. Por fim, houve aplicação de questionário próprio acerca do desfralde da criança.

O SDQ é um questionário que traz resultados de acordo com os domínios de alterações (emocional, problemas com colegas, problemas comportamentais, hiperatividade, pró-social). A análise pode ser feita tanto de acordo com cada domínio quanto de maneira geral, conforme descreve-se como presença de alteração emocional ou comportamental caso haja alteração em pelo menos um dos domínios. Visando simplificar o desfecho para avaliar os resultados de maneira adequada, no presente estudo os fatores preditores foram analisados para a presença de alteração emocional ou comportamental em pelo menos um dos domínios.

4.6 Variáveis

- Sexo.

- Idade.
- Enurese.
- Incontinência diurna.
- Incontinência fecal.
- Idade de desfralde.
- *Dysfunctional Voiding. Symptom Score (DVSS)*.
- ROMA IV.
- *Bristol Stool Scale (BSS)*.
- Score SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) versão dos pais e de crianças.
- Score Peds-Quality of Life.
- Escala de dor *Wong-Baker FACES* pélvica.
- Tratamento realizado.
- Gravidez planejada ou não planejada.

4.7 Análise dos dados

Inicialmente, as variáveis independentes categóricas foram descritas utilizando números e percentagens, e as numéricas utilizando média e desvio padrão, caso apresentassem uma distribuição normal, ou mediana e intervalo interquartil, caso a distribuição fosse não normal. A normalidade da distribuição das variáveis foi testada a partir do teste Shapiro-Wilk.

Para descrever e comparar as características clínicas da população, foram utilizadas variáveis numéricas e categóricas. Teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para estabelecer a normalidade da distribuição dos dados. As variáveis numéricas são expressas por meio de médias (desvio padrão) ou medianas (intervalo interquartil) e comparadas pelo teste T de Student ou pelo teste de Mann-Whitney, a depender da sua distribuição. As variáveis categóricas, por sua vez, foram descritas por frequências absolutas e relativas e comparadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher. Na análise das variáveis

contínuas foram usados os testes T de Student ou de Mann-Whitney a depender da normalidade dos dados, e o teste T pareado ou teste de Wilcoxon para intragrupos. Teste de Kruskal-Wallis foi realizado para comparar grupos não relacionados.

Valores de P inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados para análise foram armazenados em software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 25.0 para Windows e o MedCalc® Statistical Software version 19.5 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020)

4.8 Considerações éticas

A coleta de dados do estudo foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição, sob o CAAE 65697322.9.0000.5544, com número de parecer 5.946.143 em 15/03/2023 (anexo D). O estudo foi conduzido de acordo com a resolução nº 466 de 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e resoluções complementares.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA

Dos 103 pacientes elegíveis identificados, foi possível realizar follow-up em 34 (33%) pacientes, sendo 50% do sexo masculino, tratados no CEDIMI entre 2013 e 2019. A idade variou entre 8 e 22 anos, com mediana de 15 anos (IIQ 13-17). Onze (32,4%) pacientes se autodeclararam pardos, 10 (29,4%) como pretos, 3 (8,8%) brancos e 1 (2,9%) indígena. Quanto ao tratamento, todos os pacientes foram orientados a realizar uroterapia, 26 (86,7%) foram submetidos a tratamento com eletroestimulação, 12 (38,7%) utilizaram medicamentos, sendo que em 8 pacientes (23,5%) foi associada eletroestimulação ao tratamento medicamentoso. O intervalo de tempo entre a primeira consulta realizada no serviço, antes do tratamento, e o follow-up de longo prazo da pesquisa foi de 62 (IIQ 54-73) meses após a avaliação inicial no serviço, na primeira consulta, antes do tratamento. A idade dos pacientes na avaliação inicial no serviço obteve uma mediana de 10 (IIQ 8-12) anos.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra de pacientes com DVI submetidos a tratamento

Variáveis	Total 34 N (%)
Sexo	
Feminino	17 (50,0 %)
Masculino	17 (50,0%)
Etnia	
Parda	11 (32,4%)
Preta	10 (29,4%)
Branca	3 (8,8%)
Indígena	1 (2,9 %)
Anos de idade na primeira consulta	
M (IIQ)	10 (8-12).
Anos de idade no follow-up a longo prazo	
M (IIQ)	15 (13-17)
Tratamento realizado	
Fisioterapia	26 (86,7%)
Medicamentos	12 (38,7 %)
Fisioterapia e medicamentos	8 (23,5%)
Quantidade de meses entre primeira consulta e follow-up de longo prazo	
M (IIQ)	62 (IIQ 52-73)
Idade de desfralde	
Entre 1 e 2 anos	11 (33,3%)
Entre 2 e 3 anos	13 (39,4%)
Entre 4 e 5 anos	8 (24,2%)

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte: própria.

Quanto ao quadro urinário apresentado antes do tratamento, 11 (37,9%) pacientes apresentavam antecedente de ITU, 24 (70,6%) apresentavam urgência, 20 (60,6%) com urge-incontinência, 8 (23,5%) com perda sem urgência, 8 (23,5%) com polaciúria, 6 (18,2%) com micção infrequente, 7 (21,9%) com incontinência risória, 7 (22,6%) com incontinência aos esforços, 12 (37,5%) com dificuldade miccional, 6 (18,2%) com noctúria, 19 (59,4%) com manobra de contenção urinária e 26 (76,5%) pacientes tinham enurese, sendo 21 (63,6%) casos de enurese primária (tabela 2). Além disso, 15 pacientes (48,3%) apresentavam dor hipogástrica na primeira consulta e 12 (35,3%), incontinência fecal. A soma de critérios ROMA positivos e o escore de constipação apresentaram nessa avaliação inicial medianas de 2 (IIQ 2-3) e 11 (IIQ 7-13), respectivamente. A mediana do score DVSS foi 11 (IIQ 8-15), tendo o IMC dessa

avaliação inicial apresentou mediana de 18,8 kg/m² (IIQ 14,6-25,31). Quanto aos aspectos abordados na anamnese psicológica de primeira consulta, 14 pacientes (46,7%) nasceram de gravidez não planejada e em 16 (53,3%) pacientes os pais relataram o planejamento da gestação. Além disso, 15 (44,1%) foram submetidos a punição, sendo que 12 (35,3%) pacientes receberam punição oral para os sintomas miccionais, 4 (13,8%) punição física e 8 (23,5%) foram castigados sem contato físico.

Tabela 2 Aspectos clínicos apresentados pelas crianças e adolescentes na avaliação inicial (antes do tratamento)

	Avaliação inicial (N= 34)
	N (%)
Antecedentes de ITU	11 (37,9%)
Urgência	24 (70,6%)
Urge-incontinência	20 (60,6%)
Perda sem urgência	8 (24,2%)
Polaciúria	8 (23,5%)
Micção infrequente	6 (18,2%)
Incontinência risória	7 (21,9%)
Incontinência aos esforços	7 (22,6%)
Dificuldade miccional	12 (37,5%)
Noctúria	6 (18,2%)
Manobra de contenção urinária	19 (59,4%)
Dor hipogástrica	15 (48,3%)
Enurese	26 (76,5%)
Incontinência fecal	12 (35,3%)
Escore de ROMA	2 (IIQ 2-3)
M(IIQ)	
Escore DVSS	11 (IIQ 8-15)
M(IIQ)	
Escore de constipação	11 (7-13)
M(IIQ)	
IMC	
M (IIQ)	18,8 (14,6-18,8)
Gravidez não planejada	14 (46,7%)
Punição	
Castigo	8 (23,5%)
Oral	12 (35,3%)
Física	4 (13,8%)
Qualquer punição acima	15 (44,1%)

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte: própria

No follow-up a longo prazo, esses pacientes foram reavaliados quanto a suas características clínicas urológicas e intestinais (tabela 3). Assim, 8 (23,5%) não apresentaram nem sintomas urinários nem constipação, 9 (23,5%) pacientes apresentaram apenas constipação, 11 (32,4%) pacientes apresentaram apenas sintomas do trato urinário inferior e 6 (14,7%) persistiram com DVI, tendo sintomas urinários associados a constipação. A mediana do escore de DVSS da amostra total foi 2 (IIQ 0-5). Enurese esteve presente em em 6 pacientes (18,2%). O escore de constipação obteve uma mediana de 4,5 (IIQ 1,0-7,2), a escala de Bristol Stool com mediana de 3 (IIQ 3-4) e a escala de Wong-Baker para dor hipogástrica com mediana de 2 (IIQ 0-4).

Tabela 3: Características clínicas da amostra no follow-up longo prazo após tratamento.

	Amostra total N=34 (100%)	Cura N=8 (23,5%)	Apenas constipação N= 9 (26,5%)	Apenas sintoma urinário N=11 (32,4%)	Constipação associada a sintoma urinário (DVI) N=6 (17,6%)
Escore total DVSS					
M(IIQ)	2 (0-5)	0 (0-0,0)	2 (0,5-3,5)	3 (1-6)	6 (1,75-8)
Enurese persistente	6 (18,2%)	0	0	4 (36,4%)	2 (33,3%)
Escore de ROMA IV	4,5 (1,0-7,2)	0,5 (0-1)	2 (2-3,5)	0 (0-1)	2,5 (2-4)
M(IIQ)					
Escore de constipação	4,5 (1,0-7,2)	1 (0-1)	6 (5-11)	4 (2-5)	8 (6,75-9,50)
M(IIQ)					
Incontinência fecal semanalmente	7 (20,6%)	0	4 (44,4%)	0	3 (50%)
Escala Bristol Stool	3 (3-4)	3 (3-4)	3 (2,5-4,0)	4 (2-4)	3 (3-3,75)
M(IIQ)					
Escala Wong-Baker para dor hipogástrica	2 (0-4)	0 (0-2)	4 (1-5)	0 (0-6)	4 (2,5-4)
M(IIQ)					

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte: própria

Na tabela 4, descreve-se a qualidade de vida da amostra no follow-up a partir dos resultados do Peds-QL, comparando os diferentes grupos clínicos estabelecidos a longo prazo pós-tratamento. No que se refere a qualidade de vida da amostra, o escore total do questionário PEDSQL apresentou uma mediana de 78,26 (64,94-87,50), o escore psicossocial uma mediana de 75,00 (IIQ 57,08-90,00) e o escore físico do PEDSQL uma mediana de 81,25 (IIQ 67,19-93,75). Para os pacientes assintomáticos, houve uma mediana de 90,21 (85,32-92,11) para o total, 90 (81,67-92,92) para o psicossocial e 90,63 (78,13-100) para o físico. De acordo com teste de Kruskal-Wallis, houve diferença entre os grupos ($p=0,017$) quanto ao escore psicossocial do Peds-QL e o escore total ($p=0,038$), mas não houve para o escore físico ($p=0,504$). Na tabela 5, compara-se a qualidade de vida entre refratários e não refratários. Pacientes refratários ao tratamento dos sintomas urinários apresentaram pior qualidade de vida segundo o escore total PedsQL ($P=0,027$) e o escore psicossocial PedsQL ($P=0,006$). Pacientes refratários e não refratários ao tratamento da constipação não apresentaram diferença estatística quanto aos escores de qualidade de vida.

Tabela 4: Comparação intergrupos da qualidade de vida da amostra no follow-up longo prazo após tratamento

	Amostra total N=34 (100%)	Resposta completa ao tratamento N=8 (23,5%)	Mantem apenas constipação N= 9 (26,5%)	Mantem apenas sintoma urinário N=11 (32,4%)	Mantem constipação associada a sintoma urinário (DVI) N=6 (17,6%)	Valor de P
Escore PEDSQL psicossocial M(IIQ)	75,00 (57,08-90,00)	90 (81,67-92,92)	75 (68,33-90,00)	58,33 (46,67-71,67)	78,33 (40,83-83,33)	P=0,034*
Escore PEDSQL físico M(IIQ)	81,25 (67,19-93,75)	90,63 (78,13-100)	81,25 (53,13-93,75)	81,25 (68,75-90,63)	85,94 (61,72-93,75)	P=0,504
Escore PEDSQL total	78,26 (64,94-87,50)	90,21 (85,32-92,11)	77,17 (65,76-87,50)	65,21 (52,17-77,17)	80,43 (52,17-83,69)	P=0,038*

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; *Significância estatística $<0,5$ por meio do Teste de Kruskal-Wallis; Fonte: própria.

Tabela 5: Comparação intergrupos quanto a qualidade de vida em refratários e não refratários ao tratamento.

	Escore pedsQL psicossocial	Valor de P	Escore pedsQL físico	Valor de P	Escore pedsQL total	Valor de P
Constipação		P=0,695		P=0,193		P=0,469
Refratário ao tratamento da constipação	75,00 (56,67-83,33)		81,25 (53,13-93,75)		78,26 (62,22-82,60)	
Resposta completa ao tratamento da constipação	75,83 (56,67-90,42)		85,94 (75,00-100,00)		80,97 (64,94-91,30)	
Sintoma urinário		P= 0,006*		P=0,615		P=0,027*
Refratário ao tratamento dos sintomas urinários	58,33 (49,17-83,33)		81,25 (71,88-92,19)		66,30 (55,97-82,06)	
Resposta completa ao tratamento dos sintomas urinários	86,67 (72,50-91,67)		87,50 (62,50-93,75)		84,78 (71,19-91,84)	

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte: própria; * Significância estatística <0,5 por meio do Teste U de Mann-Whitney

5.2 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

Quanto às alterações emocionais e comportamentais, detalha-se, na tabela 5, a pontuação e a presença de anormalidade em cada domínio do SDQ, tanto na primeira consulta, quanto no follow-up a longo prazo. A anormalidade é definida de acordo com o ponto de corte estabelecido pelo instrumento SDQ. Um total de 24 (70,6 %) pacientes apresentou alteração emocional ou comportamental no follow-up, sendo esse desfecho definido por presença de anormalidade em um dos domínios do SDQ. Na primeira consulta, um total de 25 (83,3%) dos pacientes da amostra apresentaram alteração emocional ou comportamental e a mediana da pontuação total de dificuldades foi 16,5 (IIQ 10,5-21,5). Já no follow-up a longo prazo, a mediana da pontuação total de dificuldades foi 15,5 (IIQ 9,7-21,0). No que se refere a detecção de anormalidade nesse domínio de dificuldades, percebe-se que 16 (47,1%) pacientes apresentaram anormalidade na 1ª consulta e 12 (35,3%) pacientes apresentaram anormalidade no follow-up a longo prazo. Foi realizado teste de Wilcoxon para avaliar diferença estatística na comparação entre antes e depois do tratamento, sendo encontrada diferença para anormalidade no domínio de dificuldades (p=0,011), anormalidade no domínio de emoções

($p=0,004$), anormalidade no domínio de problemas comportamentais ($p=0,001$) e pontuação total de hiperatividade ($p=0,009$).

Tabela 5: Resultados do questionário SDQ na primeira consulta e no follow-up a longo prazo.

	1a consulta (N=30) N (%)	Follow-up a longo prazo (N= 34) N (%)	Valor de P
Anormalidade em qualquer domínio	25 (83,3%)	24 (70,6%)	P= 0,096
Capacidades			
Pontuação total de comportamento pró-social M(IIQ)	9 (7,7-10,0)	9 (6,0-10,0)	P=0,388
Anormalidade no domínio pró-social	3 (10,0%)	7 (20,6%)	P=0,257
Dificuldades			
Pontuação total de dificuldades M(IIQ)	17,5 (12,2-21,2)	15,5 (9,7-21)	P=1,141
Anormalidade no domínio de dificuldades	17 (56,7%)	12 (35,3%)	P=0,011*
Pontuação total de emoções M(IIQ)	5 (3-7)	5 (2,0-7,0)	P=0,810
Anormalidade no domínio de emoções	18 (60,0%)	11 (32,4%)	P=0,004*
Pontuação total de problemas comportamentais M(IIQ)	4 (2-6)	3 (2,0-4,2)	P=0,101
Anormalidade no domínio de problemas comportamentais	19 (63,3%)	8 (23,5%)	P=0,001*
Pontuação total de hiperatividade M(IIQ)	6 (4-8)	5 (2,0-7,0)	P=0,009*
Anormalidade no domínio de hiperatividade	13 (43,3%)	11 (32,4%)	P=0,102
Pontuação total problemas com colegas M(IIQ)	2,5 (0,7-4,0)	3 (2,0-5,0)	P=0,104
Anormalidade no domínio de problemas com colegas	8 (26,7%)	6 (17,6%)	P=0,480
Pontuação total de comportamento pró-social M(IIQ)	9 (7,7-10,0)	9 (6,0-10,0)	P=0,388
Anormalidade no domínio pró-social	3 (10,0%)	7 (20,6%)	P=0,257

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte: própria * Significância estatística $<0,5$ por meio do Teste de Wilcoxon

Quanto a comparação individual entre resultado do SDQ na primeira consulta e no follow-up, a amostra foi dividida em 3 grupos: pacientes que persistiram com as alterações, pacientes que melhoraram e pacientes que as desenvolveram. Como demonstrado na tabela

6, na primeira consulta 25 pacientes apresentaram anormalidade no SDQ. Desses, 18 persistiram com essa anormalidade, dos quais 16 (88,8%) apresentaram algum sintoma de DVI. Além disso, 8 pacientes apresentaram alterações psicológicas na primeira consulta e não apresentaram no follow-up, sendo que 5 deles (62,5%) apresentaram cura total dos sintomas no follow-up. Dos 5 pacientes que apresentaram SDQ normal na primeira consulta, 2 desenvolveram anormalidade a longo prazo.

Na tabela 7, descreve-se os resultados do SDQ aplicado a longo prazo de acordo com grupos clínicos longo prazo pós-tratamento (cura, apenas constipação, apenas sintoma urinário e constipação associada a sintoma urinário). Dos pacientes curados, 3 (37,5%) apresentaram anormalidade em pelo menos um domínio do SDQ. Houve significância estatística intergrupo para a pontuação total do domínio de emoções ($p=0,004$) e foi limítrofe a associação para anormalidade em pelo menos um domínio.

Tabela 7: Resultados do questionário SDQ para cada grupo clínico a longo prazo.

N total=34	Resposta completa ao tratamento	Apenas constipação	Apenas sintoma urinário	Constipação associada a sintoma urinário (DVI)	Valor de p
	N=8 (23,5%)	N=9 (26,5%)	N=11 (32,4%)	N=6 (17,6%)	
Anormalidade em qualquer domínio	3 (37,5%)	8 (88,9%)	9 (81,8%)	4 (66,7%)	P= 0,050
Capacidades					
Pontuação total de comportamento pró-social M(IQ)	8 (4,75-9,75)	10 (7,0-10,0)	8 (4,0-10,0),	9 (5,5-10,0)	P=0,777
Anormalidade no domínio pró-social	2 (25%)	1 (11,1%)	3 (27,3%)	1 (16,7%)	P=0,615
Dificuldades					
Pontuação total de dificuldades M(IQ)	9 (5,5-13,5)	15 (12-22)	20 (16-22)	17,5 (10,75-23,75)	P= 0,091
Anormalidade no domínio de dificuldades	0	3 (33,3%)	6 (54,5%)	3 (50%)	P= 0,219
Pontuação total de emoções M(IQ)	1 (0,25-2,0)	6 (5,0-7,5)	6 (4-7)	5 (3,75-10,00)	P=0,004*
Anormalidade no domínio de emoções	0	5 (55,6%)	4 (36,4%)	2 (33,3%)	P=0,292
Pontuação total de problemas comportamentais M(IQ)	3,5 (0,5-4)	3 (2,5-4,5)	3 (1-5)	4 (2,75-4,5)	P=0,920
Anormalidade no domínio de problemas comportamentais	1 (12,5%)	2 (22,2%)	4 (36,4%)	1 (16,7%)	P=0,522
Pontuação total de hiperatividade M(IQ)	4 (0,75-6,75)	5 (2,5-6)	6 (4-8)	3,5 (0,75-7,25)	P=0,490

Tabela 7: Resultados do questionário SDQ para cada grupo clínico a longo prazo. (continuação)

N total=34	Resposta completa ao tratamento	Apenas constipação	Apenas sintoma urinário	Constipação associada a sintoma urinário (DVI)	Valor de p
	N=8 (23,5%)	N=9 (26,5%)	N=11 (32,4%)	N=6 (17,6%)	
Anormalidade no domínio de hiperatividade	2 (25%)	2 (22,2%)	5 (45,5%)	2 (33,3%)	P=0,808
Pontuação total problemas com colegas M(IIQ)	2 (0-3,75)	3 (1,5-4,5)	5 (3,0-8,0)	4 (2,75-4,50)	P=0,072
Anormalidade no domínio de problemas com colegas	0	0	5 (45,5%)	1 (16,7%)	P=0,105

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte própria * Significância estatística <0,5 por meio do Teste de Kruskal-Wallis

Analisou-se a relação entre persistência de anormalidade emocional ou comportamental e escore de DVSS e escore de constipação a longo prazo, não sendo encontrada associação ($p=0,086$ e $p=0,162$, respectivamente). Foi realizada comparação intergrupos quanto a variação no domínio de dificuldades do SDQ em refratários e não refratários ao tratamento (tabela 8). Pacientes refratários ao tratamento da constipação apresentaram uma variação positiva no domínio de dificuldades, demonstrando piora ao longo dos anos, diferentemente daqueles que não apresentaram constipação no follow-up, havendo diferença estatística entre esses grupos ($p=0,022$).

Tabela 8: Comparação intergrupos quanto a variação no domínio de dificuldades do SDQ em refratários e não refratários ao tratamento.

	Delta dificuldades M (IIQ)	Valor de P
Constipação		P=0,022*
Refratário ao tratamento da constipação	2,50 (-2,50-6,75)	
Resposta completa ao tratamento da constipação	-3,00 (-7,00-0,50)	
Sintoma urinário		P=0,865
Refratário ao tratamento dos sintomas urinários	-1,00 (-5,50-6,00)	
Resposta completa ao tratamento dos sintomas urinários	-1,00 (-6,00-4,50)	

N= número; M= mediana; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte própria; * Significância estatística <0,5 por meio do Teste U de Mann-Whitney

Foram avaliados fatores associados a persistência de anormalidade emocional ou comportamental (tabela 9). Observa-se associação em gravidez não planejada ($p=0,001$; OR 3,250; IC 1,438-7,345) e escore de DVSS mais alto em primeira consulta ($p=0,048$). Não foi observada significância nas demais variáveis testadas (tabela 9).

Tabela 9: Testes de associação entre características clínicas e persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI.

Variáveis	Persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI (N= 18)	Não persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI (N= 9)	Valor de P
	N (% válida)	N (% válida)	
Gravidez não planejada	13 (76,5%)	0 (0%)	P=0,001*
Escore DVSS em primeira consulta	13 (9-16)	6 (5-12,5)	P=0,048 ^{oo}
Escore de ROMA em primeira consulta	2 (2-3,5)	2 (2-3)	P=0,550
Sexo masculino	11 (61,1%)	4 (44,4%)	P= 0,448
Relato de qualquer tipo de punição em 1ª consulta	10 (62,5%)	4 (44,4%)	P= 0,434
Relato de punição oral em 1ª consulta psicológica	8 (50%)	3 (33,3%)	P=0,677
Relato de punição física em 1ª consulta psicológica	4 (25%)	2 (22,2%)	P=0,260
Relato de castigo por causas miccionais em 1ª consulta psicológica	6 (37,5%)	2 (22,2%)	P=0,661
História de eventos estressantes (pergunta 10 do DVSS)	6 (40%)	3 (33,3%)	P=0,691
Enurese relatada em 1ª consulta	14 (77,8%)	7 (77,8%)	P=1,00
Incontinência fecal em 1ª consulta	8 (50%)	3 (33,3%)	P=0,679
Urge-incontinência relatada em 1ª consulta	12 (70,6%)	4 (44,4%)	P=0,234

Tabela 9: Testes de associação entre características clínicas e persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI (continuação).

Variáveis	Persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI (N= 18)	Não persistência de alteração emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento de DVI (N= 9)	Valor de P
	N (% válida)	N (% válida)	
Perda sem urgência relatada em 1ª consulta	5 (29,4%)	0 (0%)	P=0,129
Desfralde entre 1 e 2 anos	5 (29,4%)	6 (66,7%)	P=0,261
Desfralde entre 4 e 5 anos	4 (22,2%)	1 (11,1%)	P=0,110
Maior de 12 anos na primeira consulta	5 (27,8%)	2 (22,2%)	P=1,00
Tratamento com uso de medicamento	7 (41,2%)	4 (44,4%)	P=1,00
Tratamento com fisioterapia	15 (83,3%)	6 (66,7%)	P=0,570
Tratamento com fisioterapia e medicamento	4 (22,2%)	3 (33,3%)	P=0,635

N= número; IIQ= Intervalo interquartil; Fonte própria * Significância estatística <0,5 por meio do Teste exato de Fisher ° Significância estatística <0,5 por meio do Teste U de Mann-Whitney

6. DISCUSSÃO

O presente estudo observou que a maioria (66,4%) dos pacientes que apresentaram alterações emocionais ou comportamentais na primeira consulta persistiu com essas alterações a longo prazo após tratamento de DVI, sendo a gravidez não planejada e escores de DVSS mais altos fatores associados a essa persistência. No follow-up, as principais alterações psicológicas foram relacionadas às emoções (32,4%) e à hiperatividade (32,4%).

A prevalência de alteração emocional e comportamental apresentada na amostra do presente estudo está de acordo com resultados de trabalhos anteriores⁴. Estudo de Dourado et al⁴ demonstrou mediana de pontuação geral 16 (IIQ 11-21,5) para crianças e adolescentes com DVI, próximo ao resultado de 17,5 (IIQ12,2-21,2) obtido na primeira avaliação desse projeto. Ademais, Dourado et al demonstrou que crianças e adolescentes sem anormalidades

vesico-intestinais apresentam mediana de pontuação geral 10 (I6-16)⁴, resultado próximo do resultado dos pacientes sem sintomas no follow-up, com pontuação de 9 (5,5-13,5).

A partir da avaliação realizada quanto ao quadro clínico a longo prazo, observou-se que 44,1 % dos pacientes foi refratário ao tratamento da constipação e 50% foi refratário ao tratamento dos sintomas urinários, uma taxa de resposta esperada de acordo com a literatura^{21,26,27}. As alterações emocionais, os problemas comportamentais, a hiperatividade e as dificuldades em geral apresentaram melhora após o tratamento (respectivamente, $p=0,004$; $p=0,001$; $p=0,009$; $p=0,011$), demonstrando o impacto positivo do acesso ao tratamento médico no quadro psicológico.

Ademais, observou-se no presente estudo a existência de relação entre persistência dos sintomas de DVI e anormalidade emocional e/ou comportamental. Nesse sentido, pacientes refratários ao tratamento da constipação apresentaram piora do domínio de dificuldades do SDQ a longo prazo ($p=0,022$), sugerindo que a manutenção dos sintomas no avançar da idade provoque agravamento das repercussões psicológicas. É possível, ainda, que um quadro de alterações emocionais ou comportamentais mais grave, o qual tende a persistir ou piorar a longo prazo, interfira no tratamento de DVI, levando a pior desfecho.

Dentre os pacientes que apresentaram alterações psicológicas no follow-up, 88,8% foram refratários ao tratamento, apresentando também algum sintoma de DVI. Outrossim, os grupos de quadros clínicos do follow-up (tabela 7) apresentaram-se estatisticamente diferentes quanto à pontuação em alterações emocionais ($p=0,004$) e limítrofe quanto à presença de anormalidade emocional ou comportamental em geral no SDQ ($p=0,05$). Dessa maneira, as alterações emocionais podem ser mais impactadas pela manutenção dos sintomas do que outros domínios, sendo observada diferença em sua pontuação quando se compara os refratários dos não refratários. Outra possibilidade é que as emoções dependam menos de relações interpessoais e, por isso, tenham se apresentado diferentemente nos pacientes com resposta completa ao tratamento.

Nesse cenário, destaca-se a possibilidade de influência da pandemia tanto na recidiva de sintomas de DVI quanto na saúde mental das crianças e adolescentes. Estudo transversal de Troche et al demonstrou que, durante a pandemia da COVID-19, 25% de sua amostra desenvolveu constipação, sendo fatores associados a redução de atividade física e de ingestão hídrica²². No que se refere à saúde mental, revisão sistemática de Samiji et al destacou que crianças e adolescentes estão em fases cruciais de seu desenvolvimento, tornando-se mais

susceptíveis aos impactos negativos da pandemia no âmbito psicológico²³. Assim, questões como o medo da morte e de adoecimento, luto, isolamento social e aulas à distância podem ter contribuído para a persistência das alterações emocionais e comportamentais da amostra do presente estudo, uma vez que a coleta de dados ocorreu em 2023.

De acordo com Von Gontard et al, enurese, incontinência diurna (urge-incontinência e perda sem urgência) e incontinência fecal são grupos clínicos com alta comorbidade de problemas psicológicos^{24,28}. Nessa perspectiva, esses fatores foram testados quanto associação para persistência a longo prazo de alteração emocional ou comportamental, contudo não foi encontrada associação (enurese $p=1,00$; urge-incontinência $p=0,679$; perda sem urgência $p=0,129$; incontinência fecal $p=0,679$).

Com o objetivo de testar a hipótese de que a severidade dos sintomas de primeira consulta associa-se à persistência de alterações emocionais e comportamentais, o escore de DVSS e de ROMA de primeira consulta foram analisados. Percebeu-se que valores maiores de DVSS associaram-se à persistência de alterações emocionais e comportamentais ($p=0,048$). A última pergunta do DVSS avalia a presença de eventos estressantes que possam ter influenciado no surgimento das disfunções, não sendo encontrada associação ($p=0,691$). As demais perguntas do DVSS quantificam os sintomas urinários e de constipação. No entanto, valores maiores de ROMA IV ou do Escore de Constipação não se associaram à persistência das alterações psicológicas ($p=0,550$ e $p=0,285$, respectivamente). Portanto, sugere-se que a maior severidade do quadro urinário na primeira consulta indique maior probabilidade de persistência de anormalidades no SDQ.

A idade foi avaliada como um fator associado à persistência de anormalidade emocional ou comportamental, sob a hipótese de que pacientes tratados mais tardiamente apresentem mais alterações psicológicas. Contudo, não houve associação no presente estudo. Não houve também diferença entre os sexos ($P=0,448$).

A partir de dados coletados da anamnese psicológica do serviço, 47,1% das famílias revelaram não ter planejado a gestação de seus filhos, existindo associação com a persistência de anormalidade emocional ou comportamental a longo prazo após tratamento ($p=0,001$ (OR 3,25; IC 1,438-7,345)). Goossens et al²⁵, em estudo belgíco, descreveu que mulheres com gestações não planejadas que acabam em nascimento apresentam mais estresse e tem menos suporte social. Portanto, a associação da gravidez não planejada à persistência de alteração psicológica a longo prazo pode estar relacionada ao fato de essas famílias tendem a ter mais estresses²⁵ cotidianos, podendo levar seus filhos a

vivenciarem uma infância e adolescência mais carregada de tensões emocionais. Não foram encontrados estudos brasileiros específicos sobre essa temática, contudo, estudo de Martineli et al verificou associação entre estresse infantil e DTUI, demonstrando que quanto maior o grau de estresse, pior a sintomatologia³¹.

Quanto às punições, foi encontrado que 44,1% das famílias da amostra revelou ter punido a criança pelos sintomas de DVI, sendo 35,6% por meio de punição oral, 13,8% punição física e 23,5% castigo. Sá et al³² demonstrou que houve punição parental oral todas as crianças com enurese de sua amostra. No presente estudo, 13 (50%) dos pacientes com enurese sofriam algum tipo de punição, sendo 10 (45,5%) punição oral, 7 (26,9%) castigo, 2 (7,7%) punição física. Estudos anteriores demonstraram que entre 20-36% dos pais puniam as crianças e outros estudos demonstraram maior prevalência, entre 58,1-88,8%³⁰. De acordo com Al Zaben et al²⁹, a punição parental para a incontinência urinária associa-se à severidade em sintomas depressivos e a pior qualidade de vida. No presente estudo, não houve associação entre punição e persistência de alteração psicológica a longo prazo ($p=0,434$).

Quanto à qualidade de vida da amostra, percebeu-se diferença estatística ($P=0,038$) entre os grupos clínicos no follow-up e pior qualidade de vida em pacientes refratários ao tratamento dos sintomas urinários ($P=0,027$), principalmente para o escore psicossocial ($P= 0,006$). Assim, observa-se que a manutenção dos sintomas longo prazo após tratamento pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes. Tendo em vista a ausência de dados sobre a qualidade de vida na primeira consulta, não é possível comparar a qualidade de vida antes e depois do tratamento.

Tratando-se de um estudo longitudinal, vale salientar a limitação da perda de seguimento dos pacientes. Não foi possível entrar em contato com 69 (66%) pacientes elegíveis identificados, provavelmente por terem trocado de número telefônico em relação ao fornecido na primeira consulta. Nessa perspectiva, não foi possível atingir o cálculo amostral realizado previamente (50 participantes), provocando uma amostra de conveniência de 34 pacientes. Assim, existe risco de viés de seleção por perda de acompanhamento. Ademais, seria enriquecedor para a discussão avaliar, além do planejamento da gravidez, se a gravidez foi desejada e aceita. Perguntas mais ilustrativas do desdobramento da gravidez foram respondidas apenas por famílias tratadas mais recentemente, havendo dados insuficientes.

Portanto, a coleta de dados continuará ao longo dos anos para que se obtenha uma amostra passível de ser submetida a análise de regressão univariada e multivariada. Além disso, uma pesquisa qualitativa está em andamento para avaliar detalhadamente do ponto de vista psicológico aqueles pacientes refratários ao tratamento que apresentam persistência de alteração no SDQ.

7. CONCLUSÃO

A maioria das crianças e adolescentes tratadas para DVI persiste com alterações emocionais ou comportamentais a longo prazo, sobretudo aquelas que apresentam manutenção dos sintomas vesico-intestinais, seja de modo associado ou isoladamente. Pacientes refratários ao tratamento dos sintomas urinários apresentaram pior qualidade de vida a longo prazo e os pacientes refratários ao tratamento da constipação apresentaram piora no domínio de dificuldade no SDQ, quando comparados aos não refratários. Gravidez não planejada e escores mais altos de DVSS foram fatores associados à persistência de alterações emocionais ou comportamentais. Portanto, através do presente estudo, é possível identificar pacientes com maior risco de manterem a alteração psicológica a longo prazo e alertar as famílias para que esforços sejam feitos com o intuito de prevenir o futuro quadro.

8. REFERÊNCIAS

1. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*. [Internet]. 2015 Mar 14. Acesso em: [15 outubro 2022];35(4):471–81. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22751>
2. Santos JD, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Canadian Urological Association Journal* [Internet]. 2017 Acesso em: [15 outubro 2022];11(1-2Suppl1):S64–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22751>
3. Thibodeau BA, Metcalfe P, Koop P, Moore K. Urinary incontinence and quality of life in children. *Journal of Pediatric Urology*. [Internet] 2013 Feb; Acesso em: [15 outubro 2022]; 9(1):78–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2011.12.005>.

4. Dourado ER, de Abreu GE, Santana JC, Macedo RR, da Silva CM, Rapozo PMB, et al. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction: a population-based study. *Journal of Pediatric Urology*. 2019 Aug; Acesso em: [15 outubro 2022]; 15(4):376.e1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.12.003>.
5. Santos IR, Abreu GE, Dourado ER, Martinelli Braga AAN, Lobo VA, Carvalho IWB, et al. Emotional and behavioural problems in children and adolescents: The role of constipation. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2021 Feb 10; Acesso em: [15 outubro 2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpc.15368>.
6. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016 Aug. Acesso em: [15 outubro 2022]; 55(8):647–56. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>.
7. Logan BA, Correia K, McCarthy J, Slattery MJ. Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *Journal of Pediatric Urology*. 2014 Aug; Acesso em: [15 outubro 2022]; 10(4):634–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2014.06.012>.
8. Xu PC, Wang YH, Meng QJ, Wen YB, Yang J, Wang XZ, et al. Delayed elimination communication on the prevalence of children's bladder and bowel dysfunction. *Scientific Reports*. 2021 Jun Acesso em: [15 outubro 2022]; 11;11(1) Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91704-3>.
9. Franco I, Grantham EC, Cubillos J, Franco J, Collett-Gardere T, Zelkovic P. Can a simple question predict prolonged uroflow lag times in children? *Journal of Pediatric Urology*. 2016 Jun; Acesso em: [15 outubro 2022]; 12(3):157.e1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2015.12.009>.
10. Malykhina AP, Qin C, Greenwood-Van Meerveld B, Foreman RD, Lupu F, Akbarali HI. Hyperexcitability of convergent colon and bladder dorsal root ganglion neurons after colonic inflammation: Mechanism for pelvic organ cross-talk. *Neurogastroenterol Motil*. 2006; Acesso em: [15 outubro 2022]18(10):936–48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2006.00807>.
11. Malykhina AP, Brodie KE, Wilcox DT. Genitourinary and gastrointestinal comorbidities in children: The role of neural circuits in regulation of visceral function. *J Pediatr Urol*. 2017, Acesso em: [15 outubro 2022]; 13(2):177-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.036>

12. Ribeiro Rs, Abreu Ge De, Dourado Er, Veiga Ml, Lobo Va, Barroso Jr U. Bladder and bowel dysfunction in mothers and children: a population-based cross-sectional study. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2020 Junho; Acesso em: [15 outubro 2022]; 57(2):126–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-23>
13. Farhat W, Bgli Dj, Capolicchio G, O'Reilly S, Merguerian Pa, Khoury A, Et Al. The Dysfunctional Voiding Scoring System: Quantitative Standardization Of Dysfunctional Voiding Symptoms In Children. *The Journal of Urology*. 2000 Sep. Acesso em: [15 outubro 2022]; 1011–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005392-200009020-00023>
14. Koppen IJN, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2017 Jan. Acesso em: [15 outubro 2022]; 24;1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17474124.2017.1282820>
15. Wang R, Van den Heuvel M, Rickard M, El-bardisi Y, Mistry N, Koyle M, et al. Neurodevelopmental and psychiatric disorders in pediatric bladder and bowel dysfunction. *Journal of Pediatric Urology*. 2021 Aug; Acesso em: [15 outubro 2022]; 17(4):450.e1–6.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.03.032>
16. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LGA, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso U. Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Frontiers in Pediatrics*. 2016 Oct Acesso em: [15 outubro 2022]; 3;4. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00101>
17. van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Last BF. Prevalence and Associated Clinical Characteristics of Behavior Problems in Constipated Children. *PEDIATRICS*. 2010 Jan Acesso em: [15 outubro 2022]; 18;125(2):e309–17. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3055>
18. Logan BA, Correia K, McCarthy J, Slattery MJ. Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *Journal of Pediatric Urology*. 2014 Aug; Acesso em: [15 outubro 2022]; 10(4):634–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2014.06.012>
19. Martins G, Minuk J, Varghese A, Dave S, Williams K, Farhat WA. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: A pilot study. *Journal of Pediatric Urology*. 2016 Apr; Acesso em: [15 outubro 2022]; 12(2):109.e1–6; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2015.09.006>.
20. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001 Nov; Acesso em: [15 outubro 2022]; 40(11):1337–45. Disponível em:

<https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

21. de Abreu GE, de Souza LA, da Fonseca MLV, et al. Parasacral Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for the Treatment of Children and Adolescents with Bladder and Bowel Dysfunction: A Randomized Clinical Trial. *J Urol*. 2021; Acesso em: [15 outubro 2022]; 205(6):1785-1791. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000001579>

22. Remes-Troche JM, Coss-Adame E, Amieva-Balmori M, et al. Incidence of 'new-onset' constipation and associated factors during lockdown due to the COVID-19 pandemic. *BMJ Open Gastroenterol*. 2021; Acesso em: [15 outubro 2022]; 8(1):e000729. doi:10.1136/bmjgast-2021-000729. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000729>

23. Samji H, Wu J, Ladak A, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022; Acesso em: [15 outubro 2022]; 27(2):173-189. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/camh.12501>

24. von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak WJ, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol*. 2011; Acesso em: [15 outubro 2022];185(4):1432-1436. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.11.051>

25. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod*. 2016 Dec; Acesso em: [15 outubro 2022]; 31(12):2821-2833. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew266>

26. Santos JD, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Can Urol Assoc J*. 2017 Jan-Feb; Acesso em: [15 outubro 2022]11(1-2Suppl1):S64-S72. Disponível em: <https://doi.org/10.5489/cuaj.4411>

27. Veiga ML, Costa EV, Portella I, Nacif A, Martinelli Braga AA, Barroso U Jr. Parasacral transcutaneous electrical nerve stimulation for overactive bladder in constipated children: The role of constipation. *J Pediatr Urol*. 2016; Acesso em: [15 outubro 2022]; 12(6):396.e1-396.e6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.047>

28. Equit M, Klein AM, Braun-Bither K, Graeber S, Von Gontard A. Elimination disorders and anxious-depressed symptoms in preschool children: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2014; Acesso em: [15 outubro 2022]; 23:417e23. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0468-9>

29. Al-Zaben, F. N., & Sehlo, M.G. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse & Neglect* (2014). Acesso em: [15 outubro 2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.007>
30. Martinelli Braga AAN, Relação Entre Estresse E Disfunção Do Trato Urinário Inferior Em Crianças E Adolescentes. [Dissertação] Escola Bahiana De Medicina E Saúde Pública; 2018. Acesso em: [18 Setembro 2023]; Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br//jspui/handle/bahiana/2594>
31. Sá CA, Gusmão Paiva AC, de Menezes MC, et al. Increased Risk of Physical Punishment among Enuretic Children with Family History of Enuresis. *J Urol*. 2016; Acesso em: [18 Setembro 2023]; 195(4 Pt 2):1227-1230. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.11.022>
32. Frances Hodgson Burnett, Tudor T. *The secret garden*. New York: Harper; 2011.

9. GLOSSÁRIO:

BBD	Bladder and Bowel Dysfunction
DVI	Disfunção vésico-intestinal
DVSS	<i>Disfunctional Voiding Score Symptom</i>
ICCS	<i>International Children's Continence Society</i>
CF	Constipação Funcional
ITU	Infecção do trato urinário
OR	<i>Odds Ratio</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SDQ	<i>Strenghs and Difficulties Quetionnaire</i>

10. ANEXOS

ANEXO A: SDQ

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

Escola de Sintomas Emocionais	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2
Escola de Problemas de Comportamento	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2
Escola de Hiperactividade	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0
Escola de Problemas de Relacionamento com os Colegas	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2
Escola de Comportamento Pró-social	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Preenchido pelos Pais			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Pontuação e Interpretação do Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
Avaliação dos pais				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

Avaliação do professor

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal.

Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão de Auto-Avaliação

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<u>Escala de Sintomas Emocionais</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tenho muitas dores de cabeça ...	0	1	2
Preocupo-me muito	0	1	2
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	0	1	2
Fico nervoso/a em situações novas	0	1	2
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	0	1	2
<u>Escala de Problemas de Comportamento</u>			
	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	0	1	2
Normalmente faço o que me mandam	2	1	0
Ando sempre à pancada	0	1	2
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	0	1	2
Tiro coisas que não são minhas	0	1	2
<u>Escala de Hiperactividade</u>			
	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Sou inquieto/a, não consigo ficar quieto/a ...	0	1	2
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ...	0	1	2
Estou sempre distraído/a	0	1	2
Penso nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acabo o que começo	2	1	0

Escala de Comportamento Pró-social	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas	0	1	2
Gosto de partilhar com os outros	0	1	2
Gosto de ajudar se alguém está magoado ...	0	1	2
Sou simpático/a para os mais pequenos	0	1	2
Gosto de ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades:

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de "Caso"

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limitrofe e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis "**casos**" podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limitrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis "**casos**" podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

Auto-Avaliação

	Normal	Limitrofe	Anormal
Pontuação Total de Dificuldades	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Pontuação de Sintomas Emocionais	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Gerando e Interpretando a Pontuação do Suplemento de Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o "Suplemento de Impacto", os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
As dificuldades incomodam-me ou fazem-me sofrer	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido "não" à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limitrofe e uma pontuação de 0 é normal.

ANEXO B: Anamnese psicológica



ANAMNESE PSICOLÓGICA



1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (PACIENTE / FAMÍLIA)

PACIENTE

Nome: _____ Sexo: M () F ()
 Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Idade: _____ Escolaridade: _____
 Naturalidade: _____ UF: _____
 Residência: _____
 Com quem reside: _____

FAMÍLIA

Nome da Mãe: _____
 Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____
 Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____

Os pais vivem juntos: () SIM () NÃO
 Filho único: () SIM () NÃO Quantidade de irmãos: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: _____ Grau de parentesco: _____
 Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____
 Profissão: _____ Telefones de contato: _____

2. DIAGNÓSTICO MÉDICO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Diagnóstico: _____
 Quando foi diagnosticada a doença: _____
 Quais os principais sintomas: _____
 Medicamentos utilizados: _____
 Tratamentos já realizados: _____
 Desde quando os sintomas vem interferindo: _____
 Há registro na família da mesma patologia: () SIM () NÃO Quem: _____

3. QUEIXA PRINCIPAL (comportamento)

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe:
 Nº de gestações: _____ Nº de abortamentos: _____

ANEXO C: DVSS

No último mês	Nunca ou quase nunca	Menos da metade do tempo	Metade do tempo	Quase o tempo todo	Não foi possível avaliar
1. Tem molhado a cueca/calcinha durante o dia?	0	1	2	3	N/A
2. Quando se molha, a cueca/calcinha fica ensopada?	0	1	2	3	N/A
3. Com que frequência não faz cocô todos os dias?	0	1	2	3	N/A
4. Tem que fazer força para fazer cocô?	0	1	2	3	N/A
5. Com que frequência só vai ao banheiro 1 ou 2 vezes por dia?	0	1	2	3	N/A
6. Tenta segurar o xix cruzando as pernas, agachando, “dançando”?	0	1	2	3	N/A
7. Quando tem que fazer xixi tem que ir rápido para o banheiro?	0	1	2	3	N/A
8. Precisa fazer força para fazer xixi?	0	1	2	3	N/A
9. Sente dor ao fazer xix?	0	1	2	3	N/A
10. Passou por alguma situação estressante?*	Não(0)		Sim (1)		

*Bebê novo em casa, mudança de casa, mudança de escola, problemas escolares, abuso(sexual/físico), problemas em casa(divórcio, morte), eventos especiais(aniversário), acidente/ferimento, outros.

ANEXO D: ROMA IV

Constipação: Critérios Roma IV			
Crianças de 04 a 18 anos (2 ou mais critérios por, pelo menos, 2 meses)			
		Yes	No
2 ou menos evacuações no vaso sanitário por semana <i>* must provide value</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana <i>* must provide value</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
História de postura retentiva ou retenção voluntária <i>* must provide value</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evacuações com dor ou esforço intenso para eliminação das fezes <i>* must provide value</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
História de fezes grandes que obstruem o vaso sanitário <i>* must provide value</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presença de grande massa fecal no reto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipação <i>* must provide value</i>		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
		2 ou mais critérios Roma IV = Constipação	
			reset

ANEXO E: Bristol Stool Scale



ANEXO F: Escore de Constipação

Escore de Constipação	
<p>Frequência: Quantas vezes você faz cocô? <small>* must provide value</small></p>	<p><input type="radio"/> 1 - 2 vezes a cada 1 - 2 dias (0 ponto) <input type="radio"/> 2 vezes por semana (1 ponto) <input type="radio"/> 1 vez por semana (2 pontos) <input type="radio"/> Menos de 1 vez por semana (3 pontos) <input type="radio"/> Menos de 1 vez por mês (4 pontos)</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Dificuldade: Você sente dor ao fazer cocô? <small>* must provide value</small></p>	<p><input type="radio"/> Nunca (0 ponto) <input type="radio"/> Raramente (1 ponto) <input type="radio"/> Às vezes (2 pontos) <input type="radio"/> Quase sempre (3 pontos) <input type="radio"/> Sempre (4 pontos)</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Finalização: Você sente que não saiu todo o cocô? <small>* must provide value</small></p>	<p><input type="radio"/> Nunca (0 ponto) <input type="radio"/> Raramente (1 ponto) <input type="radio"/> Às vezes (2 pontos) <input type="radio"/> Quase sempre (3 pontos) <input type="radio"/> Sempre (4 pontos)</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Dor: Você sente dor na barriga quando vai fazer coco? <small>* must provide value</small></p>	<p><input type="radio"/> Nunca (0 ponto) <input type="radio"/> Raramente (1 ponto) <input type="radio"/> Às vezes (2 pontos) <input type="radio"/> Quase sempre (3 pontos) <input type="radio"/> Sempre (4 pontos)</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Tempo (minutos): Quanto tempo você demora no banheiro para fazer cocô? <small>* must provide value</small></p>	<p><input type="radio"/> Menos que 5 (0 ponto) <input type="radio"/> 5 - 10 minutos (1 ponto) <input type="radio"/> 10 - 20 minutos (2 pontos) <input type="radio"/> 20 - 30 minutos (3 pontos) <input type="radio"/> Mais de 30 minutos (4 pontos)</p> <p style="text-align: right;">reset</p>

ANEXO G- PedsQL

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida Versão Aguda

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (2 a 4 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante os **últimos 7 dias**, fazendo um "X" no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

PedsQL 2

Durante os últimos 7 dias, o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo?

CAPACIDADE FÍSICA (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Andar	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar de brincadeiras ativas ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho	0	1	2	3	4
6. Ajudar a apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Ficar preocupado/a	0	1	2	3	4

ATIVIDADES SOCIAIS (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Brincar com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

***Por favor, responda a esta parte se seu filho / sua filha vai à escola ou à creche**

ATIVIDADE ESCOLAR (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Fazer as mesmas atividades escolares / pré-escolares que as outras crianças da turma	0	1	2	3	4
2. Faltar à aula / creche por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
3. Faltar à aula / creche para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

N° de identificação: _____

Data: _____

PedsQLTM

Questionário

pediátrico sobre qualidade de vida

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (5 a 7 anos)**INSTRUÇÕES**

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

PedsQL 2

Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido *dificuldade* com cada uma das coisas abaixo?

CAPACIDADE FÍSICA (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

ATIVIDADES SOCIAIS (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas (esquecer o que aprendeu, esquecer de fazer as tarefas escolares, etc.)	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas atividades escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

Data: _____

PedsQLTM

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DA CRIANÇA (8 a 12 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos **quanta dificuldade você tem tido** com cada uma destas coisas durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS** fazendo um "X" no número:

- 0** se você **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se você **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, você tem tido **dificuldade** com alguma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES (dificuldade com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil andar mais de uma quadra	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia	0	1	2	3	4

SOBRE MEUS SENTIMENTOS (dificuldade com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS (dificuldade com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não querem ser minhas amigas	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outras crianças da minha idade conseguem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

SOBRE A ESCOLA (dificuldade com...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar as tarefas da escola	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

PedsQLTM

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (8 a 12 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

PedsQL 2

Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo?

CAPACIDADE FÍSICA (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

ATIVIDADES SOCIAIS (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas (esquecer o que aprendeu, esquecer de fazer as tarefas escolares, etc.)	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DO/A ADOLESCENTE (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos **quanta dificuldade você tem tido** com cada uma destas coisas durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS** fazendo um "X" no número:

- 0** se você **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se você **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante os **ÚLTIMOS 30 DIAS**, você tem tido **dificuldade** com alguma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES <i>(dificuldade com...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil andar mais de uma quadra	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia	0	1	2	3	4

SOBRE MEUS SENTIMENTOS <i>(dificuldade com...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS <i>(dificuldade com...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outros adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros adolescentes não querem ser meus amigos	0	1	2	3	4
3. Os outros adolescentes implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outros adolescentes da minha idade conseguem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar outros adolescentes	0	1	2	3	4

SOBRE A ESCOLA <i>(dificuldade com...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar as tarefas da escola	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Version 4.0 - Portuguese (Brazil)

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha** apresentou **dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase** nunca tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

PedsQL 2

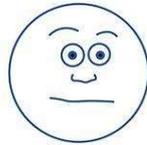
Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha apresentou *dificuldade* com cada uma das coisas abaixo?

CAPACIDADE FÍSICA (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

ATIVIDADES SOCIAIS (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Conviver com outros adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros adolescentes não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. Os outros adolescentes implicarem com seu filho / sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outros adolescentes da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar o ritmo dos outros adolescentes	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (dificuldades...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas (esquecer o que aprendeu, esquecer de fazer as tarefas escolares, etc.)	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale**0****No
Hurt****2****Hurts
Little Bit****4****Hurts
Little More****6****Hurts
Even More****8****Hurts
Whole Lot****10****Hurts
Worst**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS A LONGO PRAZO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DISFUNÇÃO VÉSICO-INTESTINAL: UM ESTUDO DE COORTE

Pesquisador: GLICIA DE ABREU TOURINHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65697322.9.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.946.143

Apresentação do Projeto:

Na Introdução e no resumo, a pesquisadora considera:

Segundo a International Children Continence Society (ICCS), a Disfunção vésico-intestinal ou Bladder and Bowel Dysfunction, de sigla BBD, define-se pela associação entre disfunção urinária e constipação funcional (CF) 1. Dessa maneira, a sintomatologia de BBD engloba tanto sintomas urinários, como disúria, urgência e incontinência, quanto constipação.

Introdução: Disfunção vésico-intestinal (DVI) é definida pela ICCS como a associação entre sintomas do trato urinário inferior e constipação funcional, na ausência de anormalidades anatômicas ou funcionais.

Existe associação entre essa disfunção e alterações emocionais e

comportamentais. Objetivo: Avaliar o perfil comportamental e emocional de crianças com BBD de modo longitudinal, buscando fatores preditores de alterações comportamentais e emocionais. Metodologia: Por

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

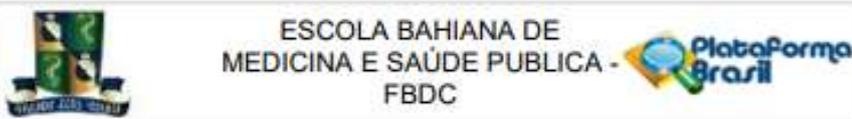
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5940.143

Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	23/11/2022 20:50:40	BARRETO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	23/11/2022 20:43:23	JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA	Aceito
Orçamento	orcamento1.pdf	28/10/2022 17:10:15	JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Março de 2023.

Assinado por:
Rosely Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

APÊNDICE A: Questionário estruturado sobre desfralde

O paciente era constipado antes do desfralde?

* must provide value

- Yes
 No

Quando foi realizado desfralde?

* must provide value

- Não foi realizado desfralde ainda
 Antes de 1 ano
 Entre 1 e 2 anos
 Entre 2 e 3 anos
 Entre 4 e 5 anos

Quando parou de fazer xixi na cama?

- Ainda não parou de fazer xixi na cama
 Nunca fez xixi na cama
 Antes dos 5 anos
 Entre 5 e 6 anos
 Entre 6 e 7 anos
 Entre 7 e 8 anos
 Acima de 8 anos

APÊNDICE B: TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e seu (sua) filho (a) estão sendo convidados (as) a participar de uma pesquisa feita por Dra. Glícia Abreu Tourinho da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. O objetivo é estudar o perfil emocional e comportamental de crianças com problemas de xixi e prisão de ventre, chamado de BBD. Como seu (sua) filho (a) e tem esse problema de saúde e tem entre 5 e 17 anos, ele (a) está sendo convidado (a) a participar. Sua participação é voluntária, portanto, não obrigatória, sendo uma escolha sua e do seu filho participar ou não. Você tem o direito de não querer participar. Além disso, mesmo depois de aceitar, você pode mudar de ideia e retiraremos os dados de seu filho (a) sem problema algum.

Essa pesquisa é importante para entendermos o impacto dos problemas de xixi e cocô na vida das crianças, levando em conta os seus sentimentos e o seu comportamento. Esse estudo pode ajudar outras crianças com o mesmo problema que seu filho (a), porque vamos entender melhor sobre a presença de tristeza, medo e vergonha diante dos problemas com xixi e cocô. Desse modo, os médicos vão poder cuidar melhor de pacientes com o mesmo problema que o(a) seu(sua) filho(a) tinha.

Caso vocês concordem em participar da pesquisa, primeiro os pesquisadores irão olhar informações no prontuário de seu filho. Teremos acesso aos resultados dos questionários que vocês responderam quando frequentaram o CEDIMI, tanto das consultas médicas quanto da psicóloga.

Depois disso, por telefone, nós aplicaremos os mesmos questionários utilizados para comparar os resultados de antes com os atuais. Estimamos um tempo de cerca de 20 a 30 minutos para respondê-los. Poderemos marcar um horário, para que tenha tranquilidade e privacidade. Faremos perguntas sobre xixi e cocô e sobre problemas emocionais e comportamentais. Além disso, aplicaremos dois novos questionários, um deles irá avaliar a qualidade de vida da criança por meio de perguntas como a presença de dificuldade para correr, brincar e ir para a escola. Perguntaremos também se seu filho sente dor no " pé da barriga". Não será necessário fazer nenhum exame nem comparecer ao consultório, apenas responder perguntas por meio de questionários no telefone mesmo.

Para participar desta pesquisa, você, como responsável pela criança, deverá autorizar esse termo de consentimento e sua (seu) filha (o) autorizar termo de assentimento, o que será feito por gravação de voz, quando a pesquisadora ligar novamente, cerca de 10 minutos após o envio desse documento. Essa via do documento é sua. Você não receberá nenhum pagamento nem terá nenhum custo para participar dessa pesquisa. Caso ocorra qualquer dano comprovadamente causado pela pesquisa, você poderá solicitar indenização conforme as leis do país. Você e sua (seu) filha (o) podem tirar dúvidas quando a pesquisadora ligar novamente e podem querer

participar ou não. O nome de seu (sua) filho (a) não será divulgado em momento algum e apenas os pesquisadores do projeto terão acesso aos dados. Vamos utilizar códigos numéricos para identificar o paciente em vez do nome dele. Os resultados desse trabalho poderão ser apresentados em congressos e revistas científicas, mas serão apresentados como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer dado privado. Além disso, a qualquer momento você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos contatos presentes no final desse documento. Ao final da pesquisa, todo material será guardado em um local que apenas os pesquisadores terão acesso. Além disso, os dados serão guardados até o final da pesquisa e depois serão descartados de forma segura.

O seu filho pode se sentir constrangido ou cansado ao responder algumas perguntas sobre xixi e cocô. Para evitar isso, sugerimos que responda às perguntas em um local com privacidade e tranquilidade. Podemos marcar um horário para isso, de acordo com o que ficar melhor para a sua rotina. Caso seu filho se sinta desconfortável ou triste, será oferecida consulta com psicólogo e/ou atividade grupal pelo tempo necessário no Centro de Distúrbios Miccionais da Infância (CEDIMI) coordenado por dr. Ubirajara Barroso, localizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Av. Dom João VI, nº 265 – Brotas, Salvador-BA. Como benefício, poderemos identificar a permanência de sintomas em seu filho (a), indicando e garantindo uma vaga para consulta presencial no serviço. Além disso, propõe-se melhorar o conhecimento sobre o desenvolvimento de alterações emocionais e comportamentais em crianças com BBD.

É muito importante que você guarde em seus arquivos uma cópia (print) desse documento. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com Dra. Glicia Abreu Tourinho, responsável por esta pesquisa, pelos telefones: 71 32472369/21084670 ou a estudante Juliana Costa pelo telefone: 71 991504404 ou pelo e-mail: julianacosta20.1@bahiana.edu.br. Em caso de dúvidas não esclarecidas pelo pesquisador ou denúncias, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Avenida Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador/BA. Tel (71) 2101-1921 ou (71) 98383-7127.

Salvador, ____ de _____ de 2023

APÊNDICE C: TALE

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar dessa pesquisa para sabermos mais sobre como crianças com dificuldades com o xixi e cocô se sentem e se comportam. Entenderemos melhor sobre seu dia a dia, sobre sua escola, sua família e seus amigos. Outras crianças que frequentaram o consultório de Dra. Glicia Abreu Tourinho também serão convidadas a participar dessa pesquisa.

Caso você e seu responsável aceitem participar, os pesquisadores vão ver os dados de quando você foi ao médico do xixi e você responderá algumas perguntas no telefone. Será como as perguntas que você respondeu quando foi no CEDIMI, por exemplo: você está fazendo xixi na cama? Está tendo dificuldade para fazer cocô? Além disso, faremos algumas perguntas novas. Por exemplo: Você tem tido dificuldade para correr ou ir para a escola?

Mesmo que seus pais ou responsáveis aceitem participar do estudo, você tem o direito de não querer participar, e isso será respeitado. Se você não quiser participar, não terá nenhum problema.

Seu nome não irá aparecer em nenhum momento e não contaremos a ninguém que você está participando dessa pesquisa. Você pode se sentir um pouco envergonhado (a) com as perguntas. Caso se sinta assim, você poderá pedir para parar e poderá conversar com uma psicóloga, para te ajudar a se sentir melhor. Somente os pesquisadores poderão ter acesso às suas respostas e eles são proibidos de conversar com outras pessoas sobre a sua participação.

Pode ser que você se sinta cansado ao responder as perguntas, mas nós podemos parar se você pedir. Provavelmente vamos demorar cerca de 20 a 30 minutos para responder, mas podemos marcar o melhor horário para você e seu responsável. Como as perguntas são sobre xixi, cocô, comportamento e sentimentos, pode ser que você sinta vergonha. Para isso, aconselhamos que o telefonema seja feito em um momento que você esteja sozinho com sua responsável, com privacidade e tranquilidade para nos responder. Respondendo essas perguntas podemos ver se os problemas do xixi e cocô que você tinha passou realmente ou se eles ainda existem. Como benefício para você, nós podemos te ajudar a marcar por meio do telefone uma consulta presencial e você terá

sua vaga garantida no serviço. Além disso, vamos entender melhor sobre esses problemas de xixi e cocô, podendo ajudar outras crianças. Em qualquer etapa do estudo você pode fazer perguntas aos médicos. É muito importante que você guarde em seus arquivos uma cópia (print) desse documento.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com Dra. Glicia Abreu Tourinho, responsável por esta pesquisa, pelos telefones: 71 32472369/21084670 ou a estudante Juliana Costa pelo telefone: 71 991504404 ou pelo e-mail: julianacosta20.1@bahiana.edu.br. Em caso de dúvidas não esclarecidas pelo pesquisador ou denúncias, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Avenida Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador/BA. Tel (71) 2101-1921 ou (71) 98383-7127.

Salvador, ____ de _____ de 2023