UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira
Mestrado Acadêmico

Stefani Aparecida Martins Souza

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS REPRESENTADAS EM DESENHOS E RELATOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE ENURESE

Juiz de Fora

2021

Stefani Aparecida Martins Souza

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS REPRESENTADAS EM DESENHOS E RELATOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE ENURESE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto

Coorientador: Cacilda Andrade de Sá

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Aparecida Martins Souza, Stefani.
Repercussões psicológicas representadas em desenhos e relatos de crianças e adolescentes portadores de enurese / Stefani Aparecida Martins Souza. -- 2021.
77 f. : il.

Orientadora: José Murillo Bastos Netto
Coorientadora: Cacilda Andrade de Sá
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2021.

1. Enurese. 2. Desenho. 3. Relato. 4. Problemas emocionais. I. Bastos Netto, José Murillo, orient. II. Andrade de Sá, Cacilda, coorient. III. Título.

Stefani Aparecida Martins Souza

Repercussões psicológicas representadas em desenhos e relatos de crianças e adolescentes portadores de enurese

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Aprovada em 05/11/2021

BANCA EXAMINADORA

JOSE MURILLO BASTOS NETTO:75180863600 Digitally signed by JOSE MURILLO BASTOS NETTO:75180863600 Date: 2021.12.09 11:18:02 -03'00'

Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Cacilda Andrade de Sá - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Márcia Helena Favero de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Edison Daniel Schneider Monteiro
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

A Deus: Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas (Rm, 11:36).

À minha família: Genesio e Esther, pai e mãe;

Warley, irmão inseparável;

Vitor, fiel e amado companheiro;

Sarah, razão de toda minha existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha força e sustento, por me conduzir de forma singular até aqui.

Aos meus pais e ao meu irmão por sempre acreditar em mim e não me deixar desistir nos momentos difíceis. Muito obrigada!

Ao meu marido, Vitor, pelo apoio, força e companheirismo e a minha filha, Sarah, que em meio a caminhada surgiu colorindo e enchendo os meus dias de sol. Sem vocês essa conquista não seria possível. Amor eterno a vocês!

Ao Prof. Dr. José Murillo pela orientação inegavelmente eficiente e segura. Obrigada pelas valiosas contribuições, confiança e dedicação. A Profª Drª. Cacilda pela paciência, delicadeza e sugestões. Agradeço pela compreensão e suporte dado nos momentos difíceis enfrentados e por sempre acreditar na minha pesquisa e ser fonte de incentivo.

Aos amigos da caminhada Ester, Larissa e Robert. Obrigada pelo auxílio dado e contribuições. A ajuda de vocês foi essencial na construção desse trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora por enriquecerem o meu estudo com a sua participação.

Às equipes dos Ambulatórios de Enurese e Uropediatria do HU/UFJF/EBSERH sem os quais este trabalho não teria sido realizado e à direção e aos colaboradores do HU/UFJF/EBSERH.

Aos colegas do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Urologia da Universidade Federal de Juiz de Fora por todas as sugestões e pelas discussões proporcionadas.

“Foi o Senhor que fez isto e é maravilhoso aos nossos olhos.” (Salmos 118:23).

RESUMO

Introdução: Enurese pode ter consequências na esfera social e psicológica. Objetiva-se identificar as repercussões psicológicas representadas em desenhos e entrevistas de crianças e adolescentes com enurese. Método: Estudo quantitativo e qualitativo envolvendo 48 crianças e adolescentes com enurese primária monossintomática, com idade entre 5 e 12 anos. Utilizou-se a entrevista semiestruturada de Butler. As produções gráficas foram analisadas por três avaliadores com o método de Koppitz (1976). As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática de Bardin (1977). Resultados: Na análise dos desenhos, 81,2% das crianças apresentaram dois ou mais indicadores de comprometimento emocional. Qualitativamente, esses indicadores sugerem que tais crianças são marcadas por sentimentos negativos, como tristeza, ansiedade e culpa, tendendo a insegurança, retraimento e timidez, apresentando relacionamentos interpessoais pobres, com uma imagem de si mesmo retratada por sentimentos de inadequação e incapacidade. A análise das entrevistas indicaram autoconceito negativo, tristeza, medo e angústia frente à reação dos outros diante dos episódios de enurese, preocupação excessiva e insegurança no que se refere aos desdobramentos da doença, bem como os impactos da enurese no bem-estar e qualidade de vida, podendo comprometer seus relacionamentos sociais. Conclusão: Crianças e adolescentes com enurese sofrem grande impacto na espera psicológica e social e o desenho, acompanhado do relato, oferece dados importantes sobre tais impactos, servindo como importantes ferramentas de avaliação.

Palavras-chave: Enurese. Desenho. Relato. Crianças. Adolescentes. Problemas emocionais.

ABSTRACT

Introduction: Enuresis can have social and psychological consequences. The aim is to identify the psychological repercussions represented in drawings and interviews of children and adolescents with enuresis. Method: Quantitative and qualitative study involving 48 children and adolescents with primary monosymptomatic enuresis, between 5 and 12 years of age. Butler's semi-structured interview was used. The illustrations were analyzed by three assessors using the Koppitz method (1976). Interviews were submitted to Bardin's thematic content analysis (1977). Results: In the analysis of the drawings, 81.2% of the children had two or more indicators of emotional impairment. Qualitatively, these indicators suggest that these children are marked by negative feelings, such as sadness, anxiety and guilt, tending to insecurity, withdrawal and shyness, presenting poor interpersonal relationships, with an image of themselves portrayed by feelings of inadequacy and inability. The analysis of the interviews indicated negative self-concept, sadness, fear and anguish regarding the reaction of others to episodes of enuresis, excessive concern and insecurity regarding the consequences of the disease, as well as the impacts of enuresis on the well-being and quality of life, which could compromise their social relationships.Conclusion: Children and adolescents with enuresis suffer a great impact on the psychological and social spheres and drawing, accompanied by reporting, offers important data on such impacts, serving as important assessment tools.

Keywords: Enuresis. Drawing. Reporting. Kids. Teens. Emotional problems.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Exemplo de omissão do nariz.....35

Figura 2 – Exemplo de figura pequena.....36

Figura 3 – Exemplo de mãos cortadas.....36

Figura 4 – Exemplo de braços colados ao corpo.....37

Figura 5 – Exemplo de pés omitidos.....39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de indicadores emocionais.....36

Tabela 2 – Frequência dos indicadores emocionais e distribuição por sexo em crianças que apresentam 2 ou mais indicadores emocionais.....37

Tabela 3 – Categorias e subcategorias.....39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DFH	Desenho da Figura Humana
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
ICCS	*International Children's Continence Society*
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IE	Indicador Emocional
SATESPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
HU-CAS	Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
TCL	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15
2 REVISÃO DA LITERATURA..... 17
2.1 ENURESE..... 17
2.1.1Definição..... 17
2.1.2 Prevalência..... 17
2.1.3 Classificação..... 18
2.1.4 Etiologia..... 18
2.1.5 Diagnóstico..... 20
2.1.6 Tratamento..... 20
2.1.7 Aspectos psicológicos..... 21
2.2 AVALIAÇÃO DE DESENHOS..... 24
2.2.1 O uso do desenho..... 24
3 OBJETIVO..... 30
3.1 GERAL..... 30
3.2 ESPECÍFICOS..... 30
4 PACIENTES E MÉTODOS..... 31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... 31
4.2 ASPECTOS ÉTICOS..... 31
4.3 AMOSTRA..... 31
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 32
4.4.1 Critérios de inclusão..... 32
4.4.2 Critérios de exclusão..... 32
4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS..... 32
4.5.1 Questionário de atendimento clínico..... 32
4.5.2 Entrevista Semiestruturada de Butler..... 32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS..... 33
4.6.1 Abordagem quantitativa..... 33
4.6.2 Abordagem qualitativa..... 33
5 RESULTADOS..... 35
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA..... 35
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA..... 39
5.2.1 Categorias..... 39

5.2.1.1 Autoconceito..... 40
5.2.1.2 Reações ao episódios de enurese..... 42
5.2.1.3 Preocupações frente aos episódios de enurese..... 44
5.2.1.4 Consequências relacionadas a enurese..... 46
6 DISCUSSÃO..... 49
7 CONCLUSÃO..... 57
8 REFERÊNCIAS..... 58
APÊNDICE A..... 69
ANEXO A..... 71
ANEXO B..... 73
ANEXO C..... 76

1 INTRODUÇÃO

A enurese é um problema de saúde pública e atinge milhares de pessoas. É definida como a perda de urina durante o sono, por pelo menos duas vezes por semana, em um período de três meses em crianças maiores de 5 anos de idade (NEVÉUS *et al*., 2010).

Estudos indicam que aproximadamente 10% das crianças de sete anos de idade apresentam perdas noturnas de urina (NETTO *et al*., 2019). No Brasil, essa prevalência é de 10,6%, sendo os meninos mais comumente afetados que as meninas (MOTA *et al*., 2015).

Apesar de a enurese não proporcionar limitações físicas ou cognitivas às crianças, ela pode trazer vários comprometimentos no que diz respeito às esferas social e psicológica. Pesquisas indicam que crianças e adolescentes com enurese podem ser marcados pela vergonha, culpa, ansiedade, medo de ser descoberto e ridicularizado, bem como queda na autoestima, tendência ao isolamento e perda na qualidade de vida (BUTLER *et al*., 1998; FEEHAN *et al*., 1990; FRANCO, 2011; VON GONTARD, 2011; RANGEL *et al*., 2021). Além disso, já se observou que até 100% das crianças com enurese sofrem algum tipo de punição pelos seus pais ou responsáveis, sejam agressões verbais, castigos ou mesmo agressões físicas, o que pode impactar no tratamento e contribuir para intensificação de problemas de insegurança e diminuição de autoestima (SÁ *et al*., 2020).

No contexto da avaliação psicológica, um dos instrumentos que tem demonstrado eficácia na avaliação de problemas emocionais é o Desenho da Figura Humana (DFH) (ARTECHE, 2006). Por essa técnica ser exclusivamente lúdica, presente no dia a dia da criança, ela possibilita a expressão livre e não controlada das emoções que permeiam os comportamentos da criança, além de permitir a expressão do conceito que a criança tem de si mesma, ou seja, como ela se vê, sente e se percebe, expressando, desta forma, o seu autoconceito ou a sua autoimagem no momento em que o desenho foi confeccionado (KOPPITZ, 1976).

Segundo Koppitz (1976), o desenho pode revelar as atitudes da criança em relação às tensões e exigências de sua vida e o modo de enfrentá-las, bem

como medos e ansiedades que podem afetá-la consciente ou inconscientemente em um dado momento. Associado aos relatos, permite uma maior compreensão dos dados, complementando as informações.

Apesar de sua importância, não encontramos nenhum estudo usando o desenho como forma de avaliação das características emocionais de crianças com enurese. Dessa forma, este estudo pode contribuir com uma melhor interpretação das repercussões emocionais nessa população, além de poder colaborar com a abordagem e com o tratamento dessas crianças.

Portanto, o presente trabalho visa a avaliação de desenhos e relatos feitos por crianças com enurese primária monossintomática a fim de identificar as repercussões psicológicas provocadas pela enurese.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENURESE

2.1.1 Definição

A enurese é um transtorno de eliminação. O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2013) aponta os seguintes critérios para o diagnóstico de enurese: eliminação de urina durante o dia ou à noite, na cama ou nas roupas; episódios que ocorrerem no mínimo duas vezes por semana, por pelo menos três meses consecutivos, ou que produzem sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico, ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo; idade cronológica (ou mental) de, no mínimo, cinco anos, e incontinência urinária não atribuída aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral.

Segundo a *International Children's Continence Society* (ICCS), a enurese é caracterizada por episódios de micção normal que ocorre em um período ou lugar socialmente inaceitável, pela criança em idade cujo controle vesical já deveria ter sido alcançado, sendo considerada doença quando ocorrem episódios em grande quantidade, pelo menos uma vez por semana e em crianças acima de 5 anos (NEVÉUS *et al*., 2010).

2.1.2 Prevalência

Mesmo diante de variáveis étnicas e culturais que tendem a determinar diferenças no significado social da enurese, existe um consenso em relação à prevalência mundial da enurese, ocorrendo em cerca de 15 a 20% das crianças de cinco anos de idade e 6,4 a 10,3% das crianças aos 7 anos de idade (FERGUSSON; HORWOOD; SHANNON, 1986; HELLSTRÖM *et al*., 1990; JÄRVELIN *et al*., 1988).

No Brasil, estudo realizado por Netto *et al.* (2009), com escolares de instituições públicas de idade entre 5 e 18 anos, verificou a presença de enurese em 14,9% da amostra. Além disso, Mota, Barros, Matijasevich e

Santos (2015), objetivando avaliar a prevalência de enurese em 3.602 crianças com idade de sete anos pertencentes a uma coorte de nascimentos iniciada em 2004, observaram que a prevalência foi de 10,6%, sendo 11,7% meninos e 9,3% meninas.

No que se refere à resolução espontânea, o índice é de 15% ao ano, sendo que tal percentual é tanto menor quanto maior for a duração da enurese (FEEHAN *et al*., 1990). Além disso, estudos têm demonstrado que cerca de 0,5% a 2,3% dos adultos permanecem molhando a cama (HIRASING *et al*., 1997; YEUNG *et al*., 2004).

2.1.3 Classificação

Quanto à evolução, a enurese pode ser classificada como primária, quando a criança nunca adquiriu o controle vesical noturno, e secundária, quando o controle vesical foi atingido por pelo menos 6 meses, porém houve a recidiva (NETTO *et al*., 2019).

Quanto aos sintomas, ela pode ser dividida em monossintomática e não monossintomática. A monossintomática ocorre quando a enurese não se associa a nenhum sintoma miccional diurno. Já a não monossintomática está associada a sintomas diurnos como micções infrequentes, polaciúria, urgência, incontinência de urgência, e outros (NETTO *et al*., 2019).

2.1.4 Etiologia

A etiologia da enurese noturna é complexa e em virtude da heterogeneidade de apresentações clínicas, sugere-se uma influência multifatorial, envolvendo componentes neuromotores, urológicos, do sono, genéticos e psicológicos (KUSHNIR; KUSHNIR; SADEH, 2013).

Nesse contexto, um atraso na maturação dos mecanismos aferentes e eferentes do sistema nervoso central pode estar relacionado à causa da enurese. Esse atraso tem ligação com a plenitude vesical ou com a contração da bexiga durante o sono, o que pode fazer com que a criança perca urina enquanto dorme (KOFF, 1995; BAEYENS *et al*., 2007).

Além disso, estudos têm apontado que a capacidade funcional vesical de crianças enuréticas é menor que a de outras crianças (HOUTS, 2003). Borg *et al.* (2017) demonstraram em seu estudo que crianças com enurese monossintomática apresentam uma disfunção no armazenamento de urina durante o sono. Além disso, a avaliação de diários miccionais de crianças enuréticas mostrou que elas apresentam volume miccional máximo equivalente a 67% da capacidade vesical esperada para a idade (HANNY, 2020).

Algumas crianças com enurese podem apresentar, ainda, uma hiperatividade detrusora noturna, que se conceitua em contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento vesical, quando esse deveria estar relaxado. Deste modo, crianças enuréticas poderiam apresentar a musculatura do detrusor instável durante o sono, o que explicaria a perda de urina, e a diminuição da capacidade funcional vesical (COCHAT *et al*., 1997; HOUTS, 1991).

Vande Walle *et al*. (2017) apontaram que a quantidade de urina produzida durante a noite por crianças com enurese pode exceder 130% da capacidade vesical esperada para a idade. Isso se deve à poliúria noturna, que diz respeito à falha na liberação do hormônio vasopressina que concentra a urina.

O sono também pode ser considerado um importante fator fisiopatológico. Apesar do padrão de sono das crianças enuréticas não diferir do padrão das crianças não enuréticas, tais crianças apresentam uma maior dificuldade para acordar em relação às crianças não enuréticas da mesma idade. Esse problema é mais intenso durante o primeiro terço do período noturno, quando ocorre a maior parte dos episódios de enurese (NEVÉUS *et al.,* 2010).

Fatores genéticos variados também têm sido estudados. Segundo pesquisa realizada por Schimitt (1997), quando ambos os pais apresentavam histórico de enurese, 77% das crianças tinham esse quadro. Quando a patologia atingia apenas um dos pais, esse número reduzia para 44%. Por outro lado, quando a criança não apresentava nenhum antecedente familiar, apenas 15% das crianças eram afetadas.

Há, também, evidências de que a enurese pode estar associada à alterações emocionais e comportamentais (VON GONTARD; HOLLMANN, 2004), disfunções intestinais (HOFFMANN, 2018), além de alterações respiratórias, como obstrução de vias aéreas e apnéia do sono (DAHAN *et al*., 2016; SOUSA *et al*., 2016; SAMPAIO *et al*., 2016).

2.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico da enurese se dá, principalmente, por meio da história clínica (NETTO *et al*., 2019). Exames complementares, como urocultura, urofluxometria e ultrassonografia de vias urinárias são utilizados apenas nos casos em que há problemas miccionais diurnos associados, a fim de eliminar causas como infecção urinária e outros distúrbios miccionais (NEVÉUS *et al*., 2010).

Além disso, utiliza-se o diário miccional na investigação inicial. Ele avalia o funcionamento do trato urinário do paciente e revela dados sobre frequência urinária, volume de líquido ingerido e urinado, perdas diurnas, episódios de urgência e volume miccional noturno. É um método sem custos ou efeitos colaterais e pode ser realizado pelo médico ou enfermeiro. Já o estudo urodinâmico é evitado, uma vez que é invasivo e proporciona poucas informações sobre a função vesical noturna (NEVÉUS *et al*., 2010).

2.1.6 Tratamento

O tratamento da enurese consiste em medidas comportamentais, medicamentosas e de condicionamento, podendo ser utilizadas isoladamente ou associadas (NETTO *et al*., 2019).

O tratamento comportamental, como a uroterapia, consiste em mudanças na rotina da criança e de certos hábitos alimentares, sendo utilizado concomitantemente a outras formas terapêuticas. Essa abordagem tem como objetivo corrigir alterações por meio da reeducação, buscando informar, orientar e desmistificar a enurese para o paciente e seus familiares (NETTO *et al*., 2019).

A terapêutica medicamentosa envolve o uso da desmopressina (análogo ao hormônio anti-diurético), imipramina (antidepressivo tricíclico) e oxibutina (anticolinérgico). O primeiro é o mais indicado por apresentar melhores resultados clínicos, apesar de seu custo ser elevado e ser indicado apenas para crianças com poliúria noturna. Já os dois últimos têm indicação limitada, tendo em vista seus resultados insatisfatórios a longo prazo e seus inúmeros efeitos colaterais (NEVÉUS *et al*., 2010).

O tratamento de condicionamento diz respeito ao uso do alarme noturno, sendo esse recomendado pela ICSS como tratamento de primeira linha para a enurese (HJALMAS *et al*., 2004). O alarme noturno foi criado em 1938 por Mowrer e Mowrer e caracteriza-se por um sensor que é colocado na cama ou na roupa da criança, ligado a um dispositivo que emite um som, quando ocorre um episódio de enurese (PEREIRA *et al*., 2012). Sendo assim, a criança é acordada pela ativação do alarme, o que, ao longo do tratamento, a leva a despertar antes de iniciar a micção ou a passar a noite seca, já que a bexiga cheia passa a assumir o caráter de estímulo discriminativo para o acionamento do alarme, fazendo com que a criança acorde ou contraia a musculatura pélvica para continuar a noite de sono (NETTO *et al*., 2019).

2.1.7 Aspectos psicológicos

No que se refere aos aspectos psicológicos, estudos indicam uma associação significativa entre sintomas urinários, em especial a enurese, e comorbidades psicológicas (ARLEN, 2014; GULISANO *et al*., 2017).

Vale ressaltar que problemas psicológicos são mais uma consequência que a causa da enurese (APA, 2013; NEVÉUS *et al*., 2006). Pesquisas sobre as implicações emocionais vividas por crianças e adolescentes com enurese têm evidenciado sérias consequências para as crianças, como sentimentos de humilhação, isolamento social, queda na autoestima, vergonha, culpa, bem como problemas de ajustamento social e comportamento (BUTLER, 1994; BUTLER, 1998; FRANCO, 2011; VON GONTARD, 2011). Somado a isso, estudo realizado por Grzeda, Von Gontard e Joinson (2017) observou que adolescentes com enurese relataram maior vitimização de seus pares, pior

autoimagem, além da presença de sintomas depressivos (somente as meninas).

No que diz respeito a enurese secundária, tem sido evidenciado que o risco de ter enurese é maior quando a criança está exposta a eventos estressantes na primeira infância. Muitas famílias relatam eventos significativos na vida da criança, como o nascimento de irmãos, separação dos pais, mudança de escola, morte de um ente querido, como gatilhos para a recorrência da enurese (DOUGLAS, 1973; JARVELIN *et al*., 1990; KAFFMAN; ELIZUR, 1977; KALO; BELLA, 1996). Nesse sentido, vivências aversivas ou estressantes podem aumentar ou precipitar a enurese. Joinson *et al*. (2016) observaram em seu estudo que níveis crescentes de exposição ao estresse precoce foram associados ao aumento da gravidade (frequência e persistência) da enurese noturna.

Atualmente, muitos estudos têm dado enfoque à relação entre a enurese e suas repercussões, como os efeitos negativos na autoimagem e a redução no desempenho e competências dessas crianças (THEUNIS *et al*., 2002). Pesquisa realizada por Koca *et al*. (2014) comparou a autoestima e os indicadores de depressão em uma amostra de 38 crianças com enurese noturna com outras 46 crianças controle. Observou-se que as crianças com enurese apresentaram índices mais elevados de depressão e mais baixos de autoestima. Além disso, Dursun *et al*. (2014), avaliando a satisfação sexual e autoestima em pacientes adultos com enurese monossintomática, observaram que problemas de autoestima relacionados à enurese podem perdurar para além da infância e adolescência, mesmo nos casos em que houve remissão espontânea, podendo afetar as relações sociais, o rendimento acadêmico, as relações amorosas e o rendimento no trabalho.

Estudos epidemiológicos indicaram que 20% a 30% de crianças com enurese apresentam problemas de comportamento clinicamente relevantes, em taxas de duas a quatro vezes maiores que aquelas não enuréticas (VON GONTARD *et al*., 2011). Segundo Wright (2020), embora os distúrbios internalizantes, como a ansiedade, estejam relacionados, a enurese está mais fortemente associada a distúrbios de comportamento externalizantes e, em particular, ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Ferrari

et al. (2015) avaliaram os indicadores de problemas de comportamento em uma amostra de 31 crianças com enurese que procuraram tratamento em uma clínica-escola. A média dos escores de problemas de comportamentos internalizantes, como depressão, ansiedade e isolamento, atingiram níveis clínicos. Mota *et al*. (2020), avaliando a associação entre enurese e distúrbios psicológicos, encontraram que crianças com enurese apresentam taxas mais elevadas de transtorno psiquiátrico, hiperatividade e transtornos opositivos.

Outro aspecto importante a ser analisado é o perfil de crianças com enurese. Srivastava, Nigam e Sing (1982), em estudo sobre as características de personalidade de crianças enuréticas, relataram que essas eram mais intransigentes e sérias, mais instáveis emocionalmente, apresentando mais respostas neuróticas na forma de mecanismos de defesa (repressão, distúrbios digestivos e do sono, medos irracionais, comportamento obsessivo e problemas de saúde vagos), além de terem sido criadas com padrões mais severos e exigentes e sob condições mais difíceis. Kaffman e Elizur (1977) encontraram correlação positiva entre a falha em alcançar o controle da bexiga até os quatro anos e alto nível de atividade motora e comportamento agressivo, baixo nível de adaptação a novas situações e rotinas, baixa motivação para realização, aumento do tipo dependente de comportamento e falta de aversão ao contato com a urina e umidade. Além disso, crianças com enurese apresentam linguagem corporal mais reservada e fechada (sem contato visual e, às vezes, excessivamente inquietas), são marcadas por sentimentos de embaraço, insegurança, timidez e experienciam situações negativas que incluem ser ridicularizadas e provocadas (MCKILLOP *et al*., 2003).

Em relação à qualidade de vida, Rangel *et al*. (2021) avaliaram 88 crianças de 6 a 11 anos de idade e concluíram que crianças enuréticas apresentam 2,87 vezes mais chance de terem prejuízo na qualidade de vida, quando comparadas com crianças não enuréticas. Ring *et al*. (2017) também encontraram que crianças com enurese noturna tiveram sua qualidade de vida prejudicada, afetando suas relações com os amigos.

Vale ressaltar que o impacto da enurese não atinge somente a criança com o problema, mas também seu grupo social. À medida que as crianças crescem e a enurese perdura, o índice de estresse tanto delas quanto de seus

cuidadores aumentam (KILICOGLU *et al*., 2014), afetando negativamente não só a qualidade de vida das crianças, mas também de suas mães (KILICOGLU *et al*., 2014).

Somado a isso, devido ao fato de a família ter que arcar com grandes custos financeiros e de tempo relacionados à limpeza e aquisição de colchões, roupas pessoais e de cama, os pais podem apresentar uma atitude punitiva, o que pode acarretar ainda mais dificuldades emocionais (SOARES *et al*., 2005). A reação dos pais frente aos episódios de enurese pode variar, incluindo intolerância, raiva, frustração e punição (SAPI *et al*., 2009; SÁ *et al*., 2020). Nessa perspectiva, Sá *et al*. (2016), avaliando os resultados do acompanhamento psicológico dos pais de crianças em tratamento para enurese, encontraram uma frequência de até 100% de punição relacionada à enurese. Adicionalmente, um estudo nacional identificou correlação positiva e significativa entre intolerância manifestada pelos pais diante da enurese e o impacto emocional sofrido pela criança (FERRARI *et al*., 2015; SÁ *et al*., 2020). Além disso, a punição está associada à enurese mais grave, escores depressivos e escores reduzidos de qualidade de vida (AL-ZABEN; SEHLO, 2015).

2.2 AVALIAÇÃO DE DESENHOS

2.2.1 O uso do desenho

Visto como uma das formas mais antigas de comunicação, antecedendo até mesmo a escrita, o desenho é tido como uma importante forma de expressão das emoções, pensamentos ou fatos ocorridos (SEGABINAZI, 2010). A fim de registrar suas histórias e transmitir mensagens aos seus companheiros, já no período paleolítico, os homens faziam seu uso para comunicação (SEGABINAZI, 2010).

Por ser essa uma forma de comunicação universal e básica, o uso do desenho foi e tem sido incorporado no processo de avaliação psicológica (ARTECHE; BANDEIRA, 2006). No Brasil, por exemplo, a técnica do Desenho da Figura Humana (DFH) é uma das mais utilizadas e conhecidas, sendo

empregada com diversas finalidades e em diferentes grupos, tais como medida de desenvolvimento intelectual (SANTOS *et al*., 2013), em adolescentes com HIV (ROSO; ALMEIDA; MORAES, 2016), em crianças vítimas de violência doméstica (POPA-VELEA *et al*., 2017), crianças institucionalizadas (FIAMENGHI JR.; MELANI; CARVALHO, 2012), em crianças com TDAH (HAGHIGHI *et al*., 2014), com problemas de saúde (PINHEIRO *et al*., 2015), imagem corporal na deficiência física (SILVA; HERZBERG, 2017), dentre outras.

Nessa perspectiva, a utilização do desenho tem sido reconhecida como estratégia de acesso à subjetividade do paciente e como ferramenta de auxílio, que possa apontar indícios que orientem tanto o diagnóstico quanto o tratamento (PUGLIONESI, 2016). Além disso, a criança ao desenhar tende a se sentir mais à vontade e próxima da sua realidade, permitindo o estabelecimento de um rapport forte e rápido com o profissional, de maneira agradável e simples, o que facilita a expressão de seus aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais (DI LEO, 1991; HUTZ; BANDEIRA, 2000).

A primeira utilização do desenho enquanto instrumento de avaliação psicológica data de 1926 com os estudos de Goodenough sob a designação de *Draw-a-Man Test* (Desenhe um Homem), no qual se avaliava cognitivamente as crianças (GOODENOUGH, 1926). Com o seu advento, outros sistemas de avaliação foram surgindo, possibilitando diferentes formas de interpretar os resultados dos desenhos.

Além dos sistemas que compreendem o desenho como medida de avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil (GOODENOUGH, 1926; HARRIS, 1963; KOPPITZ, 1984; NAGLIERE, 1988; SISTO, 2006), existe também aqueles que concebem o desenho como medida projetiva no qual, ao desenhar, a criança expressa aspectos inconscientes da personalidade (HAMMER, 1997; MACHOVER, 1949; VAN KOLCK, 1974). Há também os sistemas que propõem um exame dos aspectos emocionais a partir de uma análise empírica, avaliando a frequência de itens em desenhos de crianças com problemas emocionais (KOPPITZ, 1973; NAGLIERI; MCNEISH; BARDOS, 1991). E, por último, há aquele em que se considera o desenho a partir de características criativas (WECHSLER, 2012).

O sistema proposto por Koppitz (1976) tem sido o mais empregado na avaliação do DFH no Brasil (SUEHIRO; BENFICA; CARDIM, 2016). A autora, além de avaliar o DFH como aspecto da inteligência, também propôs indicadores emocionais com o intuito de identificar problemas emocionais.

Segundo Koppitz (1976), o desenho infantil é uma forma de expressão e, assim como é possível analisar as manifestações verbais, também é possível analisar os DFH para determinar estrutura e sinais, além do conteúdo e significado. Além disso, ao desenhar, a criança transpõe ao papel seus medos, conflitos e angústias, possibilitando a expressão de sentimentos e emoções, cognições, personalidade e desenvolvimento por meio de indicadores representados no desenho.

Suas pesquisas foram desenvolvidas com 1856 crianças de ambos os sexos, de escolas públicas americanas e consistia em solicitar à criança que desenhasse uma figura humana. Para estabelecer os indicadores emocionais, a autora observou as idades em que cada item se tornava regular e os classificou pela sua frequência na população em cada faixa etária, classificando-os em itens esperados, itens comuns, itens ocasionais ou pouco comuns e itens excepcionais. Itens esperados foram aqueles que apresentaram frequência acima de 85% dos desenhos; itens comuns os que tiveram uma frequência de 51 e 85%; itens ocasionais ou pouco comuns aqueles com frequência entre 16 e 50% e itens excepcionais os que apresentaram frequência menor do que 16%. A partir dos itens esperados e excepcionais, a autora desenvolveu seu sistema de avaliação (KOPPITZ, 1976).

Koppitz definiu um indicador emocional (IE) como um sinal gráfico do DFH que tem validade clínica para poder diferenciar crianças com problemas emocionais daquelas que não os têm. O indicador emocional é incomum e ocorre com pouca frequência no DFH de crianças normais que não são pacientes psiquiátricos, isto é, está presente em menos de 16% das crianças de uma determinada idade e sua frequência não deve aumentar com o crescimento da idade cronológica da criança (KOPPITZ, 1976).

Esses itens derivam dos trabalhos de Machover e Hammer, além da prática clínica da autora, que comprovou sua eficácia clínica com pesquisas

empíricas (FREITAS, 2008). Com base nesses estudos, Koppitz (1976) concluiu que a presença de dois ou mais IE num desenho é altamente sugestivo de problemas emocionais, demonstrando a necessidade de encaminhamento, ainda que tais itens isoladamente não apresentem valor diagnóstico.

É importante ressaltar que, em âmbito nacional, ainda não existem instrumentos que validem o desenho da figura humana como ferramenta de medida emocional e que estejam incluídas no SATESPSI (OLIVEIRA *et al*., 2015). Como precursora nacional, destaca-se Van Kolck, que em 1973 procurou validar os IE de Koppitz no Brasil, comparando os desenhos de dois grupos de crianças, um de pacientes clínicos e outro de crianças bem adaptadas. A autora avaliou a presença de ansiedade encontrando correlações baixas, não sendo possível a sua validação (VAN KOLCK, 1974, 1981).

Campagna e Faiman (2002) também realizaram um estudo com meninas de 10 a 12 anos, a fim de verificar os conflitos inerentes a esta fase do desenvolvimento por meio da DFH. Seus resultados demonstraram que o sistema Koppitz não foi satisfatório na identificação de perturbações emocionais.

Embora alguns estudos não validem os indicadores emocionais de Koppitz, outras pesquisas demonstram resultados satisfatórios. Currie, Holtzman e Swartz (1974), em um estudo longitudinal que objetivava identificar quais variáveis seriam preditoras de problemas de ajustamento, identificaram que o Sistema Koppitz foi capaz de diferenciar os jovens que apresentavam problemas daqueles que não o apresentavam. Além disso, Sarti (1989) em seu estudo sobre as condições maturacionais e emocionais de crianças hospitalizadas, constatou que os resultados do DFH indicaram prejuízo, tanto nos aspectos maturacionais como nos âmbitos emocionais quando comparadas ao grupo controle. Dez anos depois, o mesmo autor estabeleceu normas para a avaliação do DFH semelhantes ao sistema Koppitz, observando que a frequência de indicadores emocionais foi compatível com as normas de Koppitz (SARTI, 1999).

Hibbard e Hartman (1990) também utilizaram o sistema proposto por Koppitz em um estudo com 134 crianças com idade entre 5 e 8 anos que foram

divididas em grupo de atendimento com suspeita de abuso sexual e grupo controle. Seus resultados evidenciaram uma maior prevalência de sintomas ansiosos em crianças que eram suspeitas de abuso sexual quando se analisou os indicadores emocionais.

Castro e Moreno-Jiménez (2010), em estudo com crianças com idade entre 5 e 12 anos, encontraram uma prevalência maior de indicadores emocionais naquelas com problemas de saúde quando comparadas àquelas saudáveis. Além disso, Cariola (2006), a partir do Desenho da Figura Humana (DFH) e dos Indicadores Emocionais de Koppitz, buscou analisar a personalidade de crianças com bruxismo, avaliando 22 crianças paulistas de 7 a 12 anos, com diagnóstico dessa condição odontológica. Os resultados evidenciaram que 63,7% das crianças apresentaram dois ou mais IE, o que aponta para dificuldades emocionais latentes enfrentadas por crianças com essa condição.

Somado a isso, Wechsler *et al*. (2011) avaliaram a prevalência de Indicadores Emocionais em desenhos da figura humana, utilizando 2.206 desenhos de crianças entre 8 e 12 anos sem problemática emocional aparente. Seus resultados apontaram uma associação entre os Indicadores Emocionais e fatores como idade, sexo, tipo de figura desenhada e condição socioeconômica, indicando a necessidade de se considerar, também, esses aspectos para a compreensão da pontuação emocional quando se faz essa análise.

Vale ressaltar que nas últimas décadas vários autores têm destacado a ideia de que o desenho funciona como um “radar” ou “pista” para investigações mais específicas (PERES, 2002). Dessa forma, o desenho deve ser encarado como uma triagem, diferenciando crianças com e sem problemas emocionais. Outro ponto a ser considerado é que, em avaliação psicológica, a junção de técnicas é essencial para a obtenção de resultados mais fidedignos. Assim, as interpretações advindas da análise de desenhos devem ser confrontadas e/ou complementadas pela análise de outros instrumentos, como por exemplo, as entrevistas (SEGABINAZI, 2010).

Diante do exposto, esta pesquisa sustenta a ideia de que a enurese é um problema que pode trazer comprometimento emocional e o desenho

acompanhado do relato oriundo de entrevistas demonstram ser ferramentas úteis na avaliação dos estados emocionais de crianças e adolescentes.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Identificar as repercussões psicológicas representadas em desenhos e relatos de crianças e adolescentes portadores de enurese primária monossintomática.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos emocionais presentes nos desenhos;
- Identificar e compreender aspectos emocionais presentes nos relatos;
- Correlacionar os aspectos emocionais dos desenhos com os relatos obtidos;
- Verificar a percepção das crianças sobre o impacto da enurese.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma série prospectiva de casos, com avaliação quantitativa e qualitativa das respescussões psicológicas, incluindo crianças enuréticas, atendidas no Ambulatório de Enurese e Disfunções do Trato Urinário Inferior do Serviço de Urologia Pediátrica do Centro de Atenção em Saúde do Hospital Universitário (HU-CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior denominada “Avaliação do impacto do acompanhamento psicológico dos pais na frequência de punição de crianças com enurese - ensaio clínico randomizado”, que teve como objetivo avaliar a punição e os resultados do acompanhamento psicológico dos pais de crianças em tratamento para enurese.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Os responsáveis pelos participantes foram instruídos sobre os objetivos e métodos do estudo e, uma vez em concordância com os mesmos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), recebendo uma cópia do mesmo. Esse protocolo de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU/UFJF (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora), sob o parecer nº 171/2011 (ANEXO A). Esta pesquisa foi registrada no ISRCTN Register sob o identificador nº ISRCTN46655645, DOI 10.1186/ISRCTN46655645 (ANEXO B).

4.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 48 crianças de 5 a 12 anos portadoras de enurese primária monossintomática. Tais crianças participaram de um acompanhamento ambulatorial e realizaram os desenhos seguidos de entrevista realizada pela equipe responsável pela coleta.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Critérios de inclusão

Crianças e adolescentes entre 5 e 12 anos de idade com diagnóstico de enurese monossintomática primária, acompanhadas no ambulatório de Enurese do serviço de Urologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

4.4.2 Critérios de exclusão

Não foram incluídas crianças e adolescentes que não responderam a Entrevista Semiestruturada de Butler e se recusaram a fazer o desenho solicitado.

4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

4.5.1 Questionário de Atendimento Clínico

O questionário de atendimento clínico foi aplicado junto ao responsável da criança ou adolescente com duração aproximada de 10 minutos. O mesmo continha perguntas relacionadas aos dados demográficos, sintomas miccionais, tipo específico de enurese e tratamentos realizados.

4.5.2 Entrevista semiestruturada de Butler (Anexo C)

A Entrevista Semiestruturada de Butler é composta por perguntas que verificam a percepção da criança sobre a enurese e seu impacto, e pela solicitação de um desenho de uma “figura de você acordando com a cama molhada” e “figura de você acordando com a cama seca” (BUTLER, 1987).

A entrevista foi aplicada à criança ou adolescente separadamente de seus pais com duração aproximada de 30 minutos. Primeiramente, foi solicitado que a mesma desenhasse uma “figura de você acordando com a

cama molhada” em uma folha A4, com a disposição de lápis de escrever e colorir. Em seguida, elas foram solicitadas a responder as perguntas contidas na entrevista.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.6.1 Abordagem quantitativa

As respostas obtidas sobre as características demográficas foram computadas e analisadas através do auxílio da ferramenta Microsoft Excel e foram apresentadas em frequências, média e desvio-padrão. Para a análise dos dados foi utilizado o Teste de Qui quadrado, para medida de associação foi utilizado o Odds Ratio.

No que se refere à análise dos desenhos, os mesmos foram analisados por três avaliadoras treinadas a partir do método Koppitz (1976). As avaliadoras discutiram conjuntamente cada um dos desenhos e, diante de divergências quanto à identificação da presença ou ausência de algum dos 30 indicadores emocionais estabelecido pelo método utilizado, era feita uma votação entre elas. Tais dados foram tabulados e apresentados em frequências em uma tabela no Microsoft Excel.

De acordo com os critérios estabelecidos pela autora, a aparição de 2 ou mais indicadores emocionais já é sugestivo de dificuldades emocionais e conflitos latentes.

4.6.2 Abordagem qualitativa

Os dados contidos na Entrevista Semiestruturada de Butler foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977). Desta forma, os dados sofreram pré-análise, seguida de exploração do material e interpretação dos dados. Após essa etapa, foi realizada a categorização e subcategorização do conteúdo e uma análise final para obtenção dos dados.

No total, foram criadas quatro categorias, juntamente às suas respectivas subcategorias. A primeira delas foi o “Autoconceito”, que contempla

relatos relacionados à ideia que as crianças e adolescentes têm de si mesmos e o que os outros pensam sobre eles. Abarca também aspectos relacionados a como eles gostariam de ser e as expectativas dos outros, bem como comportamentos e características pessoais.

A segunda diz respeito às “Reações aos episódios de enurese”, que abrange relatos relacionados à reação dos pais, tios, avós, irmãos, primos e amigos diante dos episódios de enurese. Versa sobre atitudes negativas como punição e bullying, bem como reações positivas observadas pelas crianças e adolescentes.

A terceira, “Preocupações frente aos episódios de enurese”, compreende relatos relacionados às preocupações das crianças e adolescentes no que diz respeito ao prognóstico da doença, a possibilidade de desapontar pessoas queridas com o xixi na cama, bem como a exposição da enurese, orientado pelo medo de ser descoberto e ridicularizado. E por último, “Consequências relacionadas à enurese”, que engloba relatos relacionados às consequências da enurese no âmbito social, alimentar, financeiro, bem como os desconfortos advindos dos episódios de xixi na cama.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Quarenta e oito crianças e adolescentes foram elegíveis para o estudo, e tinham idade média de 9,06 ± 1,87 anos. Destes, 30 (62,5%) eram do sexo masculino. Sexo não influenciou os achados, não sendo encontradas associações entre gênero e padrão de resposta (p>0,005).

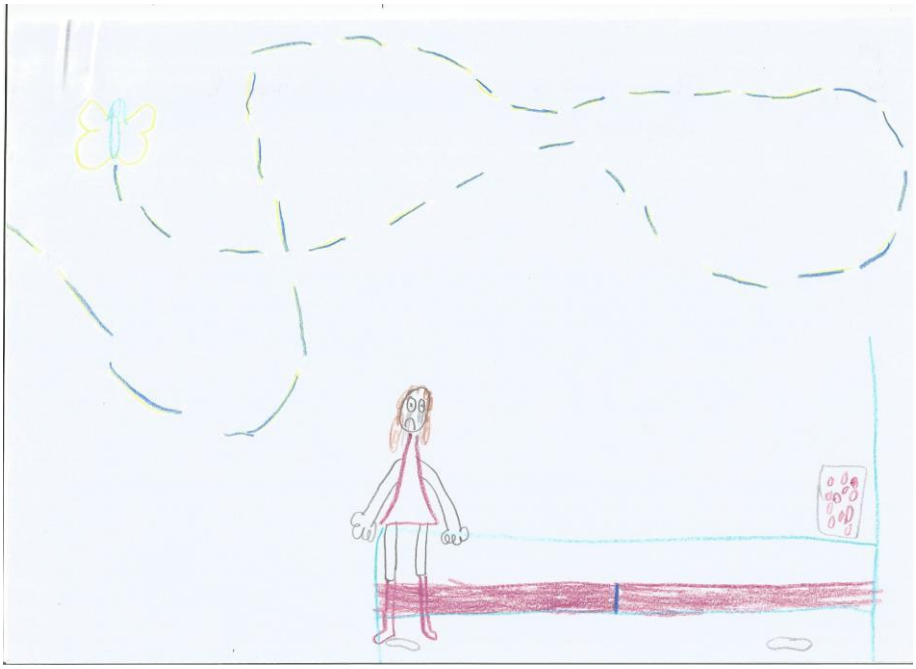

Figura 1 – Exemplo de omissão do nariz

81,2% das crianças apresentaram 2 ou mais indicadores de comprometimento emocional em seus desenhos, refletindo dificuldades emocionais e conflitos latentes (Tabela 1).

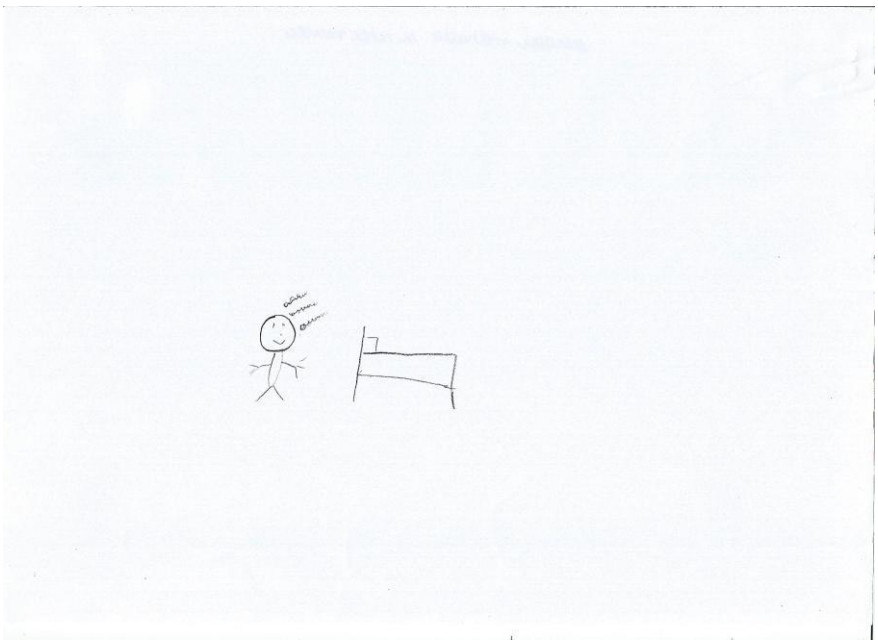

Figura 2 – Exemplo de figura pequena

Tabela 1 – Frequência de indicadores emocionais

Frequência de indicadores emocionais	**N**	**%**
0	2	4,2
1	7	14,6
=/>2	39	81,2

Fonte: Elaborado pela autora

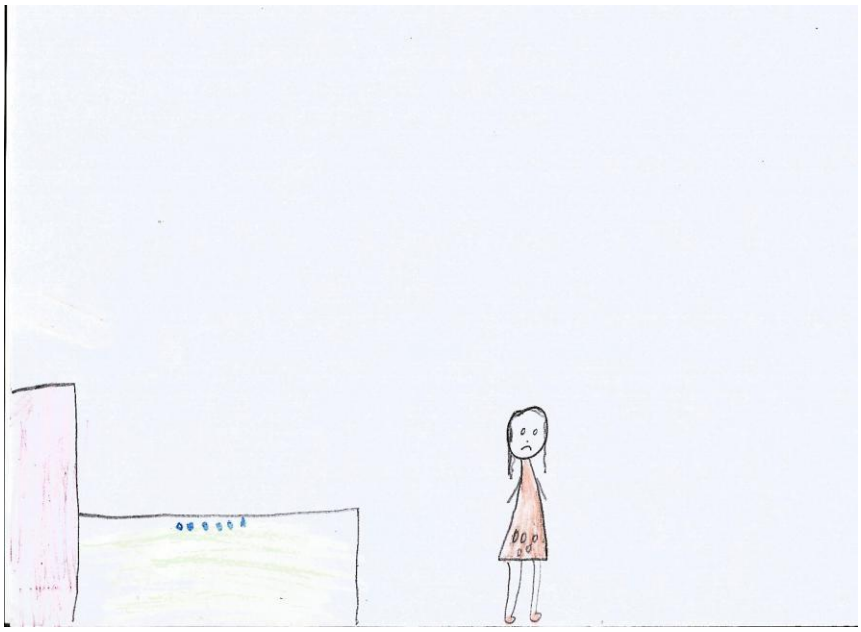

Figura 3 – Exemplo de mãos cortadas

Destes, os IE mais significativos foram omissão do nariz (51,3%), mãos cortadas (46,2%), omissão de pés (35,9%), braços colados ao corpo 28,2% e figura pequena (23,1%).

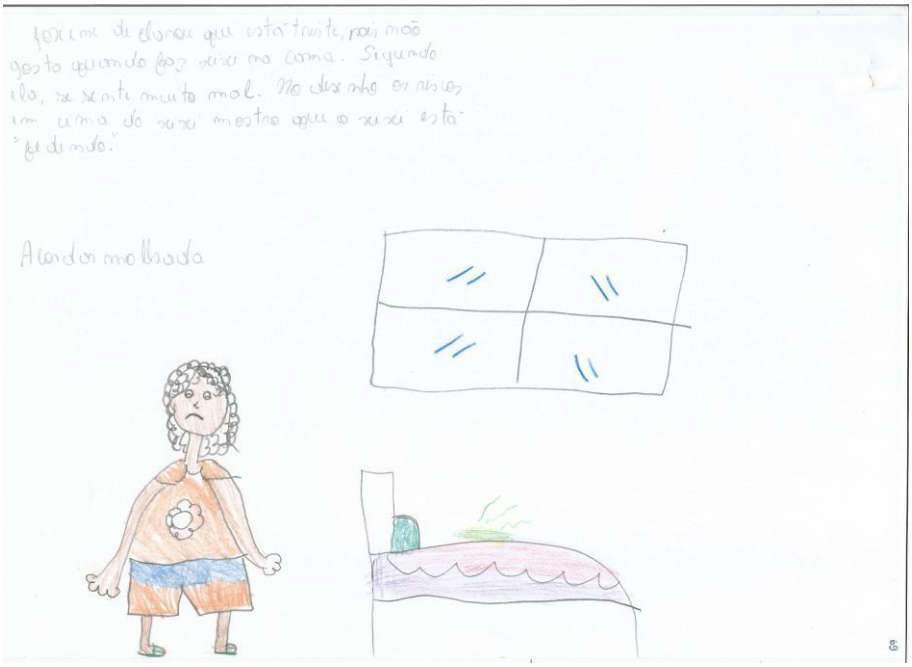

Figura 4 – Exemplo de braços colados ao corpo

Tabela 2 – Frequência dos indicadores emocionais e distribuição por sexo em crianças que apresentam 2 ou mais indicadores emocionais

Indicadores emocionais	**Fem.**	**Masc.**	**Total**	**%**
1 - Integração pobre das partes do corpo	1	5	6	15,4
2 - Sombreado da cara	1	0	1	2,6
3 - Sombreado do corpo	0	0	0	0
4 - Sombreado das mãos	0	1	1	2,6
5 - Assimetria das extremidades	5	3	8	20,5
6 - Figura inclinada	1	0	1	2,6
7 - Figura pequena	2	7	9	23,1
8 - Figura grande	0	0	0	0
9 - Transparência	0	1	1	2,6
10 - Cabeça pequena	1	2	3	7,7

11 - Olhos vesgos ou desviados	0	0	0	0
12 - Dentes	0	0	0	0
13 - Braços curtos	1	4	5	12,8
14 - Braços longos	1	1	2	5,1
15 - Braços colados ao corpo	4	7	11	28,2
16 - Mãos grandes	0	2	2	5,1
17 - Mãos cortadas	6	12	18	46,2
18 - Pernas juntas	1	1	2	5,1
19 - Genitálias	0	0	0	0
20 - Monstro ou figura grotesca	0	1	1	2,6
21 - Desenho espontâneo	0	0	0	0
22 - Nuvens	4	0	4	10,3
23 - Omissão dos olhos	1	2	3	7,7
24 - Omissão do nariz	8	12	20	51,3
25 - Omissão da boca	2	3	5	12,8
26 - Omissão do corpo	0	3	3	7,7
27 - Omissão dos braços	2	3	5	12,8
28 - Omissão das pernas	3	2	5	12,8
29 - Omissão dos pés	4	10	14	35,9
30 - Omissão do pescoço	2	3	5	12,8

Fonte: Elaborado pela autora

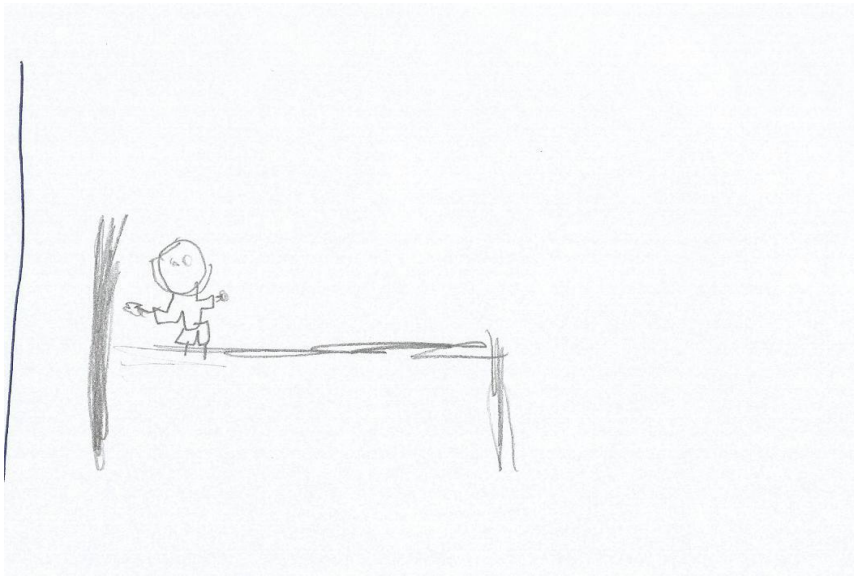

Figura 5 – Exemplo de pés omitidos

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

5.2.1 Categorias

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a) Aparecida Martins Souza, Stefani. Repercussões psicológicas representadas em desenhos e relatos de crianças e adolescentes portadores de enurese / Stefani Aparecida Martins Souza. -- 2021. 77 f. : il. Orientadora: José Murillo Bastos Netto Coorientadora: Cacilda Andrade de Sá Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2021. 1. Enurese. 2. Desenho. 3. Relato. 4. Problemas emocionais. I. Bastos Netto, José Murillo, orient. II. Andrade de Sá, Cacilda, coorient. III. Título

A partir da análise de conteúdo das entrevistas respondidas pelas crianças, encontrou-se quatro categorias, bem como suas respectivas subcategorias, como apresentado na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Categorias e subcategorias

Autoconceito	Visão de si Visão dos outros
Reação aos episódios de enurese	Pais Tios(as) e avós Irmãos, primos e

	amigos
Preocupações frente aos episódios de enurese	Prognóstico Desapontamento Exposição
Consequências relacionadas à enurese	Social Alimentar Financeira Desconforto

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale ressaltar que a apresentação das categorias tenta abranger de uma forma ampla as temáticas envolvidas nos objetivos da pesquisa e mostra-se como uma forma didática de apresentação dos dados, uma vez que fatores sociais, psicológicos e físicos estão totalmente interligados.

5.2.1.1 Autoconceito

Nas entrevistas analisadas, observou-se que grande parte das crianças tem um autoconceito prejudicado, com uma visão de crianças que fazem xixi na cama marcadamente negativa. Muitas delas relatam forte sentimento de vergonha e tristeza por não controlar algo que a maioria de seus amigos controlam.

Algumas sentenças relatadas pelas crianças:

“Criança que faz xixi na cama é muito burra.” (P3)

“Quem faz xixi na cama é feio, chato e ridículo.” (P7)

“Se você faz xixi na cama você é idiota.” (P20)

“Eu tenho vergonha de mim. Já sou grandinho e continuo fazendo xixi na cama.” (P26)

“Eu tenho problema. Não consigo parar de fazer xixi na cama. Isso é muito triste.” (P28)

Muitos referiram sentimento de culpa por não ter controle sobre o xixi na cama, atribuindo a eles mesmos a responsabilidade do “problema”, não compreendendo a enurese como distúrbio orgânico, bem como o lugar do tratamento no alcance da melhora. Ao se deparar com o fracasso no controle das noites molhadas, se sentiam tristes e frustradas por não conseguir controlar algo que muitas vezes não estava no seu controle. Algumas crianças referiam até mesmo serem “burras”, “não serem inteligentes” por não conseguir controlar o xixi durante a noite e diziam:

“Eu fico triste, porque não consigo parar de fazer xixi na cama.” (P4)
“Minha mãe disse que a culpa é minha, que eu não me esforço.” (P12)
“Eu sou muito burra. Não consigo parar de fazer xixi na cama.” (P19)

No que se refere à comparação com seus pares, as crianças e adolescentes relataram se sentirem diminuídas e diferentes, apresentando autoestima e competência percebida reduzidas. A ideia de que seus amigos não “sofrem” com o mesmo problema, tendo uma vida “normal”, chama a atenção deles, os direcionando a uma visão extremamente negativa e identificando neles alguma falha ou problema que os tornam menores que os seus amigos, como pode ser observado nos dizeres abaixo:

“Só eu faço xixi na cama. Não conheço ninguém mais que faz.” (P5)
“Eu me sinto triste por ser diferente dos meus amigos” (P10)
“Eu tenho problema. Só eu faço xixi na cama.” (P21)
“Lá na escola ninguém tem esse problema. Só eu que sou doente.” (P40)

No que se refere à visão dos outros sobre elas, as crianças também relataram visões extremamente negativas. A opinião de familiares e amigos as impactam de diversas formas e contribuem para a internalização de aspectos

relacionados à autoimagem e suas próprias capacidades. Ao ouvirem pessoas próximas dizendo o quão “errado” e “diferente” elas são, tais crianças passam a confirmar e/ou a acoplar tal visão à sua autoimagem, o que fica claro observando suas colocações:

“Meu irmão me chama de mijão.” (P1)

“Eles acham que sou criancinha.” (P13)

“Meu pai me chama de preguiçoso e diz que não me esforcei o suficiente.” (P22)

“Eu realmente sou muito imbecil. Nunca vou parar de fazer xixi na cama.” (P44)

“Será que eu vou mesmo parar de fazer xixi na cama algum dia?” (P45)

5.2.1.2 Reações aos episódios de enurese

De acordo com as entrevistas analisadas, observou-se que, segundo as crianças, diante de episódios de enurese, os pais muitas vezes têm atitudes negativas, sendo elas principalmente punitivas.

Grande parte das crianças relatou sofrer punição verbal, observada a partir de uma ampla gama de palavras agressivas, assim como ofensas verbais direcionadas a elas diante dos episódios de xixi na cama. Tais ofensas foram encaradas como sendo extremamente negativas, gerando mal-estar e emoções desagradáveis, como tristeza, medo e vergonha, como pode-se observar nos comentários:

“Minha mãe me xinga e me chama de burra.” (P3)

“Meu pai fica bravo e diz que sou preguiçosa.” (P8)

“Meu pai faz cara feia e me chama de mijão.” (P36)

“Minha mãe briga muito comigo. Eu fico até com medo quando eu faço xixi na cama.” (P41)

Observou-se também a partir dos relatos analisados que tais crianças vivenciam punição física por parte dos pais. Muitas crianças relataram a

punição física sem contato na qual, apesar dos pais não tocarem na criança, as punem por meio do castigo caso façam xixi na cama, como nos exemplos:

“Minha mãe me deixa de castigo quando eu faço xixi na cama.” (P2)

“Minha mãe não deixa eu mexer no computador.” (P5)

“Meu pai diz que vai me deixar sem ver TV se eu não parar de fazer xixi a noite.” (P15)

“Minha mãe me põe pra lavar minhas roupas e lençol quando molho a cama.” (P24)

“Eu tenho que por o colchão pra fora.” (P36)

Além da punição física sem contato, houve também a com contato, onde a agressão é evidenciada, sendo a criança tocada com violência por seus pais, como se pode evidenciar nas sentenças:

“Quando faço xixi, meu pai fica muito bravo e me bate.” (P7)

“Minha mãe fica nervosa e me bate.” (P12)

“Teve uma vez que minha mãe ficou muito brava e me bateu com o chinelo.” (P21)

No que diz respeito à reação de outros familiares, como tios e avós, a punição verbal e física com contato também foi observada nas entrevistas analisadas. A esse respeito, as crianças e adolescentes diziam:

“Minha vó me bate e diz que é pra eu aprender.” (P13)

“Minha tia me pergunta quando eu vou parar com isso. Diz que sou grandinha pra fazer xixi na cama e que é pra eu parar de ser preguiçosa.” (P36)

Frente aos episódios de punição, tanto verbal como física, as crianças e adolescentes relataram constantes emoções de medo, insegurança, tristeza, raiva e mágoa, impactando diretamente o bem-estar, bem como o emocional destas crianças, trazendo comprometimentos nestas esferas. Elas diziam:

“Quando minha mãe me bate eu fico muito triste. Eu tento não fazer xixi na cama, mas eu não consigo.” (P15)

“Eu tenho muito medo do meu pai, porque ele fica muito bravo por causa do xixi.” (P27)

“Eu fico magoada porque ela (mãe) fica me xingando o tempo todo. Às vezes só quero ficar no meu canto. Nem quero conversar.” (P44)

No que se refere à reação dos irmãos, primos e amigos, de acordo com os relatos, a mesma se baseia no “*bullying*”. Muitas crianças relataram comportamentos agressivos manifestados verbalmente por meio de apelidos, insultos e xingamentos, os quais acarretaram sentimentos de humilhação e vergonha, como a seguir:

“Minha irmã me chama de mijona na frente de todo mundo. É muito ruim. Todo mundo fica rindo.” (P8)

“Meu primo me chama de criancinha e diz que vou ficar grandão e fazendo xixi na cama.” (P27)

“Meu amigo fica me zuando. Fala que sou um bebezão, aí todo mundo fica falando também.” (P45)

Apesar de relatos negativos, algumas crianças também relataram reações positivas, como orientar e conversar sobre as dificuldades vivenciadas. Comportamentos de suporte e acolhimento foram tidos como importantes, já que, com o apoio dos pais, se sentiam mais fortalecidas e amparadas frente aos episódios de enurese, como se pode observar nas seguintes colocações:

“Minha mãe diz que não é pra eu me preocupar, que com o tempo o xixi na cama vai diminuir. Isso me deixa mais calma.” (P18)

“Minha mãe diz que tudo bem e me fala que beber muita água a noite atrapalha.” (P29)

“Meu pai entende que não é culpa minha e só diz que não é pra eu ficar triste, aí eu não fico.” (P32)

5.2.1.3 Preocupações frente aos episódios de enurese

A partir das análises das entrevistas, observou-se que estas crianças e adolescentes vivenciam constantes preocupações, o que contribui para o aumento do estresse e medo. O temor em relação ao futuro de nunca conseguir parar de fazer xixi na cama é a principal delas. As crianças relataram significativo medo com a possibilidade de não alcançar a cura da doença, bem como os seus desdobramentos. Algumas delas diziam:

"Às vezes eu penso que nunca vou parar de fazer xixi na cama." (P11)

"Nossa! De novo fiz xixi na cama? Quando eu vou parar com isso?" (P20)

"Imagina eu grande e fazendo xixi na cama?" (P27)

"Se eu não parar de fazer xixi eles vão me chamar de mijona pra sempre." (P30)

"Eu nunca vou ser uma criança normal?" (P42)

Outra preocupação observada foi a de desapontar seus pais. Apesar de alguns pais não dizerem abertamente o quão incomodados ficam com o xixi, atitudes e expressões faciais demonstram esse desapontamento, e a criança acaba percebendo e se "sentindo mal", triste e envergonhada com isso, como a seguir:

"Quando minha mãe vê que fiz xixi, ela me olha com uma cara muito feia. Eu sei que ela está com raiva." (P2)

"Minha mãe vai ficar triste comigo quando ela ver que fiz xixi de novo." (P10)

"Meu pai fica aborrecido e isso é muito ruim." (P22)

"Meus pais sentem vergonha de mim porque ainda faço xixi na cama." (P40)

A exposição também foi encontrada, relatada por meio da preocupação excessiva em ser descoberto e ridicularizado. A possibilidade de ser humilhado, envergonhado e até mesmo estigmatizado rodeia essas crianças, o

que contribui para o aumento do estresse relacionado à enurese. Algumas sentenças que confirmam tal fato:

“Eu tenho medo dos meus amigos da escola descobrirem que eu ainda faço xixi na cama.” (P13)

“Se eles descobrirem vão me chamar de bebezão.” (P18)

“Eles vão rir de mim. Vão dizer que sou mijão.” (P27)

“Eu acho que elas não vão querer ser minhas amigas.” (P41)

5.2.1.4 Consequências relacionadas à enurese

Nas entrevistas analisadas, percebeu-se que tais crianças vivenciam uma série de perdas no que diz respeito à esfera social. Muitas delas relataram intenso sofrimento por não se envolver em atividades que seus pares realizam e que, devido às preocupações relacionadas à enurese, elas deixam de fazer. Com isso, a satisfação de suas necessidades e desejos pessoais, participação em atividades e a comparação satisfatória entre si e os outros são anuladas, acarretando prejuízos na própria qualidade de vida e bem-estar destas crianças, como se pode observar a seguir:

“Eu fico triste, pois não posso dormir na casa dos meus amigos. Se eu fizer xixi a noite, eles vão descobrir.” (P9)

“É chato porque não posso chamar meus amigos para dormir na minha casa.” (P20)

“Não tem como chamar ninguém para dormir na minha casa, pois meu quarto fica fedendo e a visita não aguenta o cheiro.” (P37)

“Eu não posso fazer viagens, porque eu posso fazer xixi na cama que não é minha.” (P39)

Além desses prejuízos, as restrições alimentares impostas são outra consequência negativa citada. O tratamento comportamental, como a uroterapia, envolve várias mudanças na rotina da criança, objetivando corrigir dificuldades por meio da reeducação da ingestão hídrica e orientação dietética.

Porém, tal mudança é vivenciada com muito pesar pelas crianças, já que as proibições que permeiam o tratamento impactam diretamente o “querer” destas crianças. Muitas delas relataram:

“Eu não posso beber água a noite, mas às vezes eu fico com muita vontade.” (P4)

“Não posso comer chocolate, laranja e beber refrigerante. Isso é muito ruim.” (P16)

“Minha mãe fala que eu não posso comer chocolate, mas eu bem como escondido na escola.” (P19)

Outra consequência citada pelas crianças foi a financeira. O gasto com fraldas, colchões novos, roupa de cama é algo que incomoda algumas crianças. Inclusive a cobrança por parte dos pais frente aos gastos faz com que se sintam tristes e culpadas, relatando:

“Minha mãe comprou outro colchão, porque o outro tava fedendo xixi.” (P11)

“Eu me sinto mal porque minha mãe tem que gastar dinheiro comprando fralda”. (P25)

“Meus pais acabam gastando dinheiro com um monte de coisa que não deveria e isso tudo por culpa minha.” (P28)

“Eu fico triste, porque meu pai tem que ficar gastando dinheiro e ele fica bravo.” (P31)

Os desconfortos ao acordar com a cama molhada também foram citados como sendo experiências negativas, uma vez que o frio ao se molhar e a necessidade de levantar mesmo com sono e ter que tomar banho faz com que a experiência seja ainda mais aversiva. De acordo com os relatos, o cheiro da urina também é algo negativo, proporcionando significativo incômodo a eles próprios e a terceiros. Sobre isso, diziam:

“Eu sinto frio quando faço xixi na cama. A cama fica geladinha.” (P3)

“Assim que eu acordo e vejo que fiz xixi na cama, tenho que ir tomar banho. Isso é ruim, porque eu queria ficar mais um tempo deitado.” (P14)

“Às vezes eu chego atrasado no colégio, porque eu tenho que tomar banho por causa do xixi.” (P17)

“É horrível o cheiro de xixi que fica no meu quarto. Minha mãe fala que meu quarto fede muito.” (P35)

“Eu tomo banho, mas eu fico preocupada de ficar com cheiro de mijo e as pessoas sentirem.”(P36)

6 DISCUSSÃO

A análise dos desenhos e das entrevistas das crianças incluídas no presente estudo evidenciou que elas sofrem grande impacto psicológico devido à enurese, trazendo prejuízos ao desenvolvimento emocional saudável.

A utilização do desenho como ferramenta de análise dos aspectos emocionais e comportamentais de crianças tem se mostrado um importante instrumento em diversas áreas. Há evidências de sua utilização avaliando, por exemplo, a percepção da criança sobre o abuso, com base na noção de que os desenhos servem como janela para os estados mentais das crianças (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021). Baghdade, Jabara e Muhajarine (2020) avaliaram o desenho como medida projetiva acerca do tratamento odontológico sob anestesia geral, apontando os resultados para uma análise mais completa e integral da perspectiva da criança. Pinheiro *et al*. (2015) também utilizaram os desenhos na avaliação de crianças com câncer, identificando, a partir deles, uma série de alterações emocionais no processo de hospitalização.

No que se refere à enurese, a presente pesquisa permitiu o acesso aos aspectos emocionais das crianças e adolescentes, no qual foi possível observar vários prejuízos em tal esfera.

A partir da análise dos desenhos realizados pelas crianças e adolescentes com enurese, foi possível observar que a grande maioria delas apresentaram 2 ou mais indicadores emocionais em seus desenhos, representando 81,2% delas, o que denota dificuldades emocionais e a presença de conflitos latentes, como estabelecido por Koppitz (1976). Esses resultados sugerem que a experiência de enurese pode afetar o estado psicológico de muitas crianças devido ao elevado número de indicadores emocionais encontrados, e que tais crianças são capazes de expressar suas percepções e temores através do DFH. Gulisano (2017) salienta que a presença de comorbidades psicológicas é comum em pacientes com enurese e ressalta a importância de não subestimar os efeitos da doença no desenvolvimento psicossocial.

Observou-se, no que se refere aos itens mais frequentes, uma representação gráfica compatível com o esperado em crianças e adolescentes

portadores de enurese. Além disso, ao analisar o conjunto dos resultados, percebeu-se uma conexão e relação integradora dos dados, permitindo uma avaliação geral consistente e informativa.

Os indicadores emocionais que apareceram com mais frequência nos desenhos das crianças foram: omissão do nariz (51,3%), mãos cortadas (46,2%), omissão de pés (35,9%), braços colados ao corpo 28,2% e figura pequena (23,1%). Mesmo não existindo uma relação inequívoca entre um IE isolado e uma característica emocional determinada e que não seja adequado realizar um diagnóstico de dificuldades baseado somente nesses indicadores, Koppitz (1976) ressalta que eles costumam aparecer com maior frequência nos desenhos de crianças com algum tipo de problemática.

Dessa forma, qualitativamente, a omissão do nariz é frequente em desenhos de crianças tímidas, sendo associado a uma postura retraída e por dificuldades nas interações sociais, assim como as mãos cortadas que também são encontradas em crianças tímidas, fortemente marcadas por sentimentos de inadequação ou culpa por incapacidade ou por não atuar corretamente (KOPPITZ, 1976).

Segundo Koppitz (1976), a omissão dos pés revela sentimentos de insegurança e desvalor, aparecendo com maior constância em desenhos de crianças retraídas. Já os braços colados ao corpo demonstram controle interno bastante rígido e uma dificuldade de conectar-se com os demais. As crianças que apresentam este indicador revelam uma tendência à reserva e retraimento. E por último, figuras pequenas são encontradas em desenhos de crianças que apresentam extrema insegurança, retraimento e depressão (KOPPITZ, 1976).

Nesse sentido, os indicadores mais prevalentes sugeriram que, neste grupo estudado, as crianças e adolescentes que fazem xixi na cama foram fortemente marcados por sentimentos negativos, como tristeza, ansiedade e culpa, tendendo à insegurança, retraimento e timidez, apresentando relacionamentos interpessoais pobres, com uma imagem de si mesmo retratada por sentimentos de inadequação e incapacidade.

Tais dados são condizentes com as características psicológicas usualmente atribuídas aos pacientes com enurese. Vergonha, culpa, sentimentos de embaraço, insegurança e timidez são comuns nessa população

(FRANCO, 2011; KOCA *et al.*, 2014; MCKILLOP *et al.*, 2003). Além disso, os portadores de enurese possuem uma autoestima menor em comparação com seus pares, com aparência física, autoimagem e competência percebida reduzida. Estudo realizado por Von Gontard e Joinson (2017) observou que adolescentes com enurese relataram mais vitimização de seus pares, pior autoimagem e mais sintomas depressivos (somente as meninas). Vale ressaltar que a autoimagem prejudicada pode contribuir para o surgimento do senso de incompetência e, como consequência, o desânimo. Como citou Van Hoecke (2006), as crianças menos motivadas poderão ter dificuldades em aderir as tarefas, podendo não alcançar o sucesso do tratamento, o que pode contribuir para o fortalecimento do sentimento de incapacidade.

Peres (2002) ressalta que na utilização do desenho enquanto avaliação de dificuldades emocionais, é imprescindível que as interpretações elaboradas sejam confrontadas com análises derivadas da utilização de outros instrumentos, já que nenhuma técnica isolada pode oferecer por si só um panorama profundo acerca do psiquismo de um examinando. Desta forma, o desenho acompanhado de relatos derivados de entrevistas possibilita uma maior clareza e objetividade dos dados.

A partir da análise dos desenhos, foi possível identificar prejuízos na esfera psicológica e o reflexo da presença de dois ou mais indicadores emocionais nos desenhos pode ser corroborado a partir dos resultados qualitativos das entrevistas, em que, por meio dos relatos das crianças, foi possível traduzir em palavras a expressão desses conflitos e dificuldades enfrentadas por elas.

Ao avaliar a percepção que elas têm sobre si mesmas, é possível perceber os efeitos impactantes da doença para as crianças a partir do ponto de vista delas. Os discursos, associados aos exemplos dados em suas falas e seus desenhos, funcionaram como uma ferramenta de exploração do universo mental e emocional dessas crianças. Os sentimentos apresentados apontam para a sensação de angústia com a qual elas convivem, o que se manifesta nas séries de dificuldades em relação à autoimagem, à interação social e medo dos pais, por exemplo.

Um ponto importante a ser destacado é o sentimento de inadequação que as crianças e adolescentes com enurese relataram. A partir das comparações que elas faziam em relação aos seus pares, sejam familiares da mesma faixa etária ou colegas de escola, era construída uma noção de inferioridade em relação aos demais. Estudo realizado por Salviano, Gomes e Martins (2020) identificou a presença de sentimentos de inferioridade e baixa autoestima em crianças com sintomas urinários, demonstrando o impacto da enurese na dimensão emocional.

O estudo aponta, também, para reação da família em relação aos episódios de enurese das crianças e adolescentes e o impacto em suas vidas. Sá *et al.* (2016) observaram que 100% das crianças com enurese sofriam algum tipo de punição. Em consonância com esse estudo, os relatos das crianças apontaram para punições tanto verbais, como físicas, com ou sem contato. As falas das crianças evidenciam o sofrimento e o sentimento de culpa que elas vivenciam diante das reações negativas dos pais. Por outro lado, notou-se que as crianças que eram compreendidas por seus responsáveis, em que era ressaltada a desculpabilização, apresentaram uma resposta mais positiva em relação à condição que apresentavam.

Segundo Sá *et al.* (2016), a punição pode contribuir para o aumento das noites molhadas, bem como gerar ainda mais insegurança e ansiedade em seus portadores. Além disso, de acordo com Al-Zaben *et al.* (2014), as implicações clínicas da punição são fortes preditoras do aumento na severidade de sintomas depressivos, assim como a diminuição da qualidade de vida. O efeito negativo para crianças que vivenciam violência por molhar a cama poderá ser muito pior do que o fato de ter enurese. Apesar de devastador, tais reações acontecem e podem estar associadas ao não entendimento acerca da doença, o que leva os pais e outros responsáveis a acreditar que os episódios de xixi na cama estão associados à preguiça e falta de empenho na melhora, atribuindo às crianças voluntariedade aos escapes (VELOSO *et al.,* 2016).

A forma como os pais lidam com o quadro das crianças influencia diretamente em suas vidas, o que ficou evidenciado pelos relatos. Em estudo de Ferrari *et al*. (2015), em que foram acompanhadas crianças com enurese e

suas respectivas mães, observou-se que o nível de intolerância da mãe era proporcional ao aumento do impacto da doença para a criança, sendo constatado, ainda, que à medida que a criança ficava mais velha, o nível de intolerância tendia a aumentar. Nesse sentido, a forma como os pais compreendem e lidam com a condição de seus filhos pode funcionar como um agravante das consequências para a criança ou funcionar como fator de proteção, quando a intervenção familiar é bem trabalhada durante o processo terapêutico, não envolvendo apenas a criança, mas também seus responsáveis e familiares.

No que se refere à relação das crianças e adolescentes estudadas com os seus irmãos, primos e amigos, o *bullying* foi fortemente identificado em seus relatos. Zombarias, apelidos e situações de constrangimento foram citados por várias crianças, o que acarretou forte emoção de tristeza e vergonha. Zhao *et al*. (2015), em seu estudo sobre associação de *bullying* com sintomas do trato urinário inferior, evidenciaram que tais crianças possuem escores mais elevados no questionário para avaliação das vítimas de *bullying* e que as formas físicas de *bullying* acompanham a piora dos sintomas. Pesquisas também têm demonstrado que o estigma associado à incontinência pode afetar as amizades e a participação em atividades sociais e isso pode aumentar o risco de problemas psicossociais na adolescência, mesmo após os problemas de incontinência terem sido resolvidos. Além disso, o medo de ser provocado por seus pares pode afetar a autoconfiança e o estado emocional geral dessas crianças (BUTLER, 1998).

Além dos sentimentos de culpa, vergonha e tristeza observados, notou-se a preocupação que as crianças têm em relação ao prognóstico da doença, sendo o temor de nunca alcançar a eliminação total dos sintomas e seus desdobramentos uma importante causa de ansiedade, estresse e angústia. Além disso, o medo de ser descoberto e ridicularizado por terceiros também se fez presente na vida dos portadores de enurese. Segundo Souza *et al*. (2015), o xixi na cama pode desencadear uma carga psicológica negativa devido a sentimentos de humilhação e alto estresse relacionado ao medo de ser descoberto e ridicularizado por companheiros e, assim, a vergonha e

possibilidade de estigma podem afetar as amizades, contribuindo para o isolamento dessas crianças.

O alto grau de preocupação demonstrado pelas crianças que fazem xixi na cama é uma realidade e tal fato pode impactar não só o tratamento, mas também a saúde mental, uma vez que a constância de tais preocupações pode evoluir para um transtorno de ansiedade, gerando um aumento na autocrítica, perfeccionismo exagerado, atenção e vigilância redobrada a aspectos do meio, bem como pensamentos catastróficos (ASBAHR, 2004; JDEVLIN; O'CATHAIN, 1990).

Outro ponto observado a partir da análise das entrevistas foram as restrições impostas às crianças e adolescentes portadores de enurese. Privações sociais, alimentares, bem como castigos podem impactar negativamente as esferas sociais e psicológicas dessas crianças. O fato de não poderem participar de atividades que seus pares estão acostumados a praticar, de não poderem ingerir determinados alimentos, serem castigados com a retirada de objetos e atividades que gostam, acabam comprometendo o bem-estar e qualidade de vida de seus portadores. Estudo realizado por Rangel *et al*. (2021) sobre qualidade de vida em pacientes com enurese identificou que essas crianças têm 2,87 mais chances de ter prejuízo na qualidade de vida em comparação aos não enuréticos, sendo o domínio mais afetado o de atividades diárias. Além disso, há evidências que descrevem impactos na qualidade de vida em períodos posteriores à infância (LEBI; FAGUNDES; KOCH, 2016).

Como se pode observar, muitas são as consequências da enurese na vida de seus portadores. O impacto psicossocial inerente àqueles que fazem xixi na cama, principalmente aqueles vinculados à estruturação da autoestima, assim como o desenvolvimento das redes de relacionamento no âmbito familiar e escolar, nos alerta para a importância de um acompanhamento multidisciplinar, com destaque para a psicologia.

É de fundamental importância que o tratamento desse paciente ocorra de forma ampla e que o manejo não seja somente do distúrbio, mas também dos aspectos psicossociais. Faz-se necessário o rastreamento dos sintomas psicológicos por meio de triagens, podendo ser utilizadas ferramentas como o desenho, bem como entrevistas realizadas junto aos próprios pacientes.

É importante salientar que o uso do desenho traz muitas vantagens. Na própria aplicação dos mesmos, pode-se observar a colaboração dos sujeitos, uma vez que grande parte das crianças sente prazer em desenhar. Além disso, a avaliação é objetiva, facilitando a aplicabilidade no atendimento, e é de baixo custo, utilizando material simples e econômico (CARIOLA, 2006). No entanto, apesar dos benefícios do uso do desenho na avaliação do estado mental de crianças, seu uso deve ser sempre acompanhado e complementado por outras técnicas de avaliação, como as entrevistas. Como já salientado, a própria literatura científica especializada destaca que a combinação de diferentes instrumentos é importante para que se possa alcançar uma avaliação fidedigna (PERES; SANTOS, 2006). Segundo Albornoz (2011), a junção de técnicas é uma importante recomendação, pois os resultados obtidos no DFH para fins diagnósticos podem ser confirmados ou não pelos resultados obtidos por meio de outras técnicas. Desta forma, o desenho deve ser tido enquanto instrumento de triagem, servindo como pista para uma investigação mais específica, sendo seus dados complementados por outras formas de avaliação (SEGABINAZI, 2010).

Diante da constatação de dificuldade nas esferas psicológica e social, o acompanhamento psicológico torna-se fundamental para a obtenção de melhores resultados no tratamento. Além disso, é imprescindível que a intervenção não seja apenas com a criança ou adolescente portador de enurese, mas também junto aos seus cuidadores a fim de que estes obtenham informações acerca da doença e, como consequência, evitem situações de constrangimento, censuras, culpabilização, bem como comportamentos punitivos.

Apesar da relevância dos resultados apresentados, vale ressaltar como limitação do estudo a importância de novas pesquisas na área que tragam maior rigor científico e metodológico às técnicas de interpretação do DFH. Apesar da notória sensibilidade e agudez clínica observada na análise de desenhos, sua validade ainda é questionável e controversa. Dessa forma, a construção de novas teorias e métodos que proporcionem maior confiabilidade e evidências científicas a essa ferramenta é de fundamental importância.

Em resumo, o desenho acompanhado pelo relato obtido através das entrevistas permitiu o acesso a importantes informações no que se refere às vivências emocionais atreladas à enurese, contribuindo para uma visão global do paciente, o que pode impactar diretamente na condução do tratamento, permitindo um aprimoramento da assistência multidisciplinar dispensada ao distúrbio.

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu as seguintes conclusões:

- Os desenhos apontaram comprometimento emocional, sugerindo emoções desagradáveis como tristeza, ansiedade e culpa, tendência à insegurança, inadequação e relacionamentos interpessoais pobres.
- As entrevistas indicaram autoconceito negativo, tristeza, medo e angústia frente à reação dos outros diante dos episódios de enurese, preocupação excessiva e insegurança no que se refere aos desdobramentos da doença, bem como os impactos da enurese no bem-estar e qualidade de vida, podendo comprometer seus relacionamentos sociais.
- As entrevistas traduziram em palavras os conflitos e dificuldades observados na análise dos desenhos.
- Desenhos e relatos indicaram impactos nas esferas sociais e emocionais.

REFERÊNCIAS

AL-ZABEN, F. N.; SEHLO, M. G. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. **Child Abuse & Neglect,** v. 43, p. 22-29, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213414003779. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.11.007

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM 5)**. Washington D.C, 2013.

ARLEN; A. M.; DEWHURST, L. L.; KIRSCH, S. S.; DINGLE, A. D.; SCHERZ, H. C.; KIRSCH, A. J. Phantom Urinary Incontinence in Children With Bladder-bowel Dysfunction. **Urology**, v. 84, p. 685-688, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0090429514005536. doi: 10.1016/j.urology.2014.04.046.

ARTECHE, A. X. **Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana: Construção e Validação de uma Escala Infantil** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ARTECHE, A.; BANDEIRA, D. R. O desenho da figura humana: revisando mais de um século de controvérsias. **Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 22, p. 133-155, 2006. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645449008.

ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 28-34, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/pqwnF9Bd83TVpKVYWNDwY4C/?lang=pt. doi: 10.1590/S0021-75572004000300005

BAEYENS, D.; ROEYERS, H.; NAERT, S.; HOEBEKE, P.; VANDE WALLE, J. The impact of maturation of brainstem inhibition on enuresis: A startle eye blink modification study with 2-year followup. **The Journal of Urology**, v. 178, n. 6, p. 2621-2625, 2007. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002253470701823X. doi: 10.1016/j.juro.2007.07.061

BAGHDADI, Z. D.; JBARA, S.; MUHAJARINE, N. Children's drawing as a projective measure to understand their experiences of dental treatment under general anesthesia. **Children**, v. 7, n. 7, p. 73, 2020. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/7/7/73. doi: 10.3390/children7070073

BARDIN L. L. **Analyse de contenu**. Presses Universitaires de France, 1977.

BORG, B.; KAMPERIS, K.; OLSEN, L. H.; RITTIG, S. Evidende of reduced bladder capacity during nighttime in children with moosymptomatic nocturnal

enuresis. **Journal of Pediatric Urology**, v. 14, n. 2, p. 160. e1-160. e6, 2018. Disponível em: https://www.jpurol.com/article/S1477-5131(17)30432-1/fulltext. doi: 10.1016/j.jpurol.2017.09.021

BUTLER, R. J. **Nocturnal enuresis:** Psychological perspectives. Bristol: Wright, 1987.

BUTLER, R. J. **Nocturnal Enuresis:** the child's experience. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994.

BUTLER, R. J. Annotation: Night Wetting in Children: Psychological Aspects. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 39, n. 4, p. 453-63, 1998. Disponível em: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1469-7610.00342. doi: 10.1111/1469-7610.00342

CAMPAGNA, V. N.; FAIMAN, C. J. S. O Desenho da Figura Humana no início da adolescência feminina. **Boletim de Psicologia**, v. 52, n. 116, p. 87-104, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100003.

CARIOLA, T. C. O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. **Boletim de Psicologia**, v. 56, n. 124, p. 37-52, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100004.

CASTRO, E. K.; MORENO-JIMENEZ, B. Indicadores emocionais no desenho da figura humana de crianças transplantadas de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 64-72, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/dzZRCTtx7fwVvPzCBgMF7Ty/?lang=pt. doi: 10.1590/S0102-79722010000100009

COCHAT, P.; GOUDA, H. **Enurésie et troubles mictionnels de l' enfant**. Elsevier, 1997.

CURRIE, S. F.; HOLTZMAN, W. H.; SWARTZ, J. D. Early indicators of personality traits viewed retrospectively. **Journal of School Psychology**, v. 12, n. 1, p. 51-59, 1974. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022440574900223. doi: 10.1016/0022-4405(74)90022-3

DAHAN, P.; DE BESSA, J. JR.; DE OLIVEIRA, D. M.; GOMES, C. C. M.; CARDOSO, J. C.; MACEDO, I. T. *et al*. Association between Asthma and Primary Nocturnal Enuresis in Children. **The Journal of Urology**, v. 195 (4Pt 2), p. 1221-1226, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022534715050211. doi: 10.1016/j.juro.2015.10.081

DE LIMA SOUZA, B. M.; SALVIANO, C. F.; MARTINS, G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: revisão integrativa da literatura. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37477. doi: 10.5380/ce.v20i1.37477.

DEVLIN, J.; O'CATHAIN, C. Predicting treatment outcome in nocturnal enuresis. **Archives of Disease in Childhood**, n. 65, p. 1158-1161, 1990. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1792316/pdf/archdisch00657-0068.pdf. doi: 10.1136/adc.65.10.1158

DI LEO, J. H. **A interpretação do desenho infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DO VALE PINHEIRO, I.; DA COSTA, A. G.; RODRIGUES, D. C. B.; DE PAULA OLIVEIRA, N.; MALHEIRO, A.; RAMOS, J. L. Hospital psychological assessment with the drawing of the human figure: A contribution to the care to oncologic children and teenagers. **Psychology,** v. 6, n. 04, p. 484, 2015. Disponível em: https://www.scirp.org/journal/paperabs.aspx?paperid=55041. doi: 10.4236/psych.2015.64046

DOUGLAS, J. W. B. Early disturbing events and later enuresis. In: **Bladder control and enuresis**. London: William Heinemann Medical Books, 1973.

DURSUN, F.; MALKOC, E.; OKCELIK, S.; CIRAKOGLU, A.; ATES, F. The Effect of Nocturnal Enuresis in Adults on Sexual Satisfaction and Self-Esteem. **Andrology**, v. 3, n. 118, p. 2167-0250, 2014. Disponível em: https://www.longdom.org/open-access/the-effect-of-nocturnal-enuresis-in-adults-on-sexual-satisfaction-and-self-esteem-2167-0250-3-118.pdf. doi: 10.4172/2167-0250.1000118

FEEHAN, M.; MCGEE, R.; STANTON, W.; SILVA, P. A. A 6 year follow-up of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 26, p. 75-9, 1990. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1754.1990.tb02390.x. doi: 10.1111/j.1440-1754.1990.tb02390.x

FERRARI, R. A.; ALCKMIN-CARVALHO, F.; SILVARES, E. F. D. M.; PEREIRA, R. F. Enurese noturna: associações entre gênero, impacto, intolerância materna e problemas de comportamento. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 17, n. 1, p. 85-96, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100008.

JUNIOR, G. A. F.; MELANI, R. H.; DE CARVALHO, S. G. Transtorno do apego reativo em crianças institucionalizadas. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 70, p. 431-439, 2012. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19671/19003.

FRANCK, H. H. M. **Avaliação do diário miccional de crianças com enurese monossintomática e bexiga hiperativa** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

FRANCO, I. News ideas in the cause of bladder dysfunction in children. **Current Opinion in Urology**, v, 21, n. 4, p. 334-8, 2011. Disponível em: https://journals.lww.com/courology/Abstract/2011/07000/New_ideas_in_the_cause_of_bladder_dysfunction_in.15.aspx. doi: 10.1097/MOU.0b013e328346d4bb

FREITAS, P. G. **O desenho da figura humana e o desenho da pessoa doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas** (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GOLDNER, L.; LEV-WIESEL, R.; BINSON, B. Percepções sobre o abuso infantil manifestado em desenhos e narrativas de crianças e adolescentes. **Fronteiras em Psicologia**, n. 11, p. 3805, 2021.

GOODENOUGH, F. L. **Measurement of intelligence by drawings**. World Book Company, 1926.

GRZEDA, M. T.; HERON, J.; VON GONTARD, A.; JOINSON, C. Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 649-658, 2017. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0928-0. doi: 10.1007/s00787-016-0928-0

GULISANO, M.; DOMINI, C.; CAPELLI, M.; PELLICO, A.; RIZZO, R. Importance of neuropsychiatric evaluation in children with primary monosymptomatic enuresis. **Journal of Pediatric Urology**, v. 13, n. 1, p. 36. e1-36. e6, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477513116303758. doi: 10.1016/j.jpurol.2016.10.019

HAGHIGHI, M.; KHATERIZADEH, M.; CHALBIANLOO, G.; TOOBAEI, S.; GHANIZADEH, A. Comparing the drawings of children with attention deficit hyperactivity disorder with normal children. **Iranian Journal of Psychiatry**, v. 9, n. 4, p. 222, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361825/pdf/IJPS-9-222.pdf.

HAMMER, E. F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Casa do Psicólogo, 1981.

HARRIS, D. B. **El test de Goodenough: revisión, ampliación, y actualización.** Paidós, 1963.

HELLTRON, A. L.; HANSSON, E.; HANSSON, S.; HJALMAS, K.; JODAL, U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrats. **European Journal of Pediatrics**, v. 149, p. 434-7, 1990. Disponível em:

https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02009667. doi: 10.1007/BF02009667

HERON, J.; GRZEDA, M. T.; VON GONTARD, A.; WRIGHT, A.; JOINSON, C. Trajetórias da incontinência urinária na infância e sintomas da bexiga e intestino na adolescência: estudo de coorte prospectivo. **BMJ**, v. 7, n. 3, p. e014238, 2017.

HIBBARD, R. A.; HARTMAN, G. L. Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. **Journal of Clinical Psychology**, v. 46, n. 2, p. 211-219, 1990. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1990-22835-001. doi: 0.1002/1097-4679(199003)46:2<211::AID-JCLP2270460215>3.0.CO;2-C

HIRASING, R. A.; VAN LEERDAM, F. J.; BOLK-BENNINK, L.; JANKNEGT, R. A. Enuresis nocturna in adults. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 31, p. 533-536, 1997. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00365599709030657. doi: 10.3109/00365599709030657.

HJALMAS, K. *et al*. Nocturnal Enuresis: an international evidence based management strategy. **The Journal of Urology**, v. 171, n. 6, p. 2545-2561, 2004. Disponível em: https://www.auajournals.org/doi/abs/10.1097/01.ju.0000111504.85822.b2. doi: 10.1097/01.ju.0000111504.85822.b2

HOFFMANN, A.; SAMPAIO, C.; NASCIMENTO, A. A.; VEIGA, M. L.; BARROSO, U. Preditores de desfecho em crianças e adolescentes com bexiga hiperativa tratados com estimulação elétrica nervosa transcutânea parassacral. **Journal of Pediatric Urology**, v. 14, p. 54.e1-54.e6, 2018.

HOUTS, A. C. Behavioral treatment for enuresis. In: **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. New York, The Guilford Press, 2003.

HOUTS, A. C. Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. **Behavior Therapy**, v. 22, n. 2, p. 133-151, 1991. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000578940580173X. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80173-X

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R. Desenho da figura humana (5a ed.). In: **Psicodiagnóstico – V**, Porto Alegre: Artmed, 2000.

JARVELIN, M. R., *et al.* Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. **Acta Paediatrica**, v. 80, p. 361–369, 1991. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.1991.tb11863.x. doi: 10.1111/j.1651-2227.1991.tb11863.x

JÄRVELIN, M. R.; VIKEVÄINEN-TERVONEN, L.; MOILANEN, I.; HUTTUNEN, N. P. Enurese em crianças de sete anos. **Acta Paediatrica**, v. 77, p. 148-53, 1988.

JOINSON, C.; SULLIVAN, S.; VON GONTARD, A.; HERON, J. Stressful events in early childhood and developmental trajectories of bedwetting at school age. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 41, n. 9, p. 1002-1010, 2016. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/41/9/1002/2222543?searchresult=1. doi: 10.1093/jpepsy/jsw025

JÖNSON RING, I.; NEVÉUS, T.; MARKSTRÖM, A.; ARNRUP, K.; BAZARGANI, F. Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. **Acta Paediatrica**, v. 106, n. 5, p. 806-811, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13787. doi: 10.1111/apa.13787

KAFFMAN, M.; ELIZUR, E. Lactentes que se tornam enuréticos: um estudo longitudinal de 161 crianças de kibutz. **Monografias da Sociedade de Pesquisa em Desenvolvimento Infantil**, v. 42, n. 2, p. 6, 1977.

KALO, B. B.; BELLA, H. Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. **Acta Paediatrica**, v. 85, n. 10, p. 1217-1222, 1996. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.1996.tb18232.x. doi: 10.1111/j.1651-2227.1996.tb18232.x.

KILICOGLU, A. G., *et al.* Impacto da enurese noturna na qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e mães. **Journal of Pediatric Urology**, v. 10, n. 6, p. 1261-1266, 2014.

KOCA, O.; AKYÜZ, M.; KARAMAN, B.; ÖZCAN, Z. Y.; ÖZTÜRK, M.; SERTKAYA, Z.; KARAMAN, M. I. Evaluation of depression and self-esteem in children with monosymptomatic nocturnal enuresis: A controlled trial. **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, v. 86, n. 3, p. 212-214, 2014. Disponível em: www.pagepressjournals.org/index.php/aiua/article/view/aiua.2014.3.212. doi: 10.4081/aiua.2014.3.212

KOFF, S. A. Why is desmopressin sometimes ineffective at curing bedwetting? **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 173, p. 103-108, 1995.

KOPPITZ, E. M. **El debrejo de la figura humana in los niños: Evolución Psicológica**. 4 ed. Buenos Aires-Argentina: Editorial Guadalupe, 1976.

KOPPITZ, E. M. **Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils**. New York: Grune & Stratton, 1984.

KUSHNIR, J.; KUSHNIR, B.; SADEH, A. Children treated for nocturnal enuresis: characteristics and trends over a 15 year period. **Child Youth Care Forum**, v. 42, p. 119-29, 2013. Disponível em:

https://link.springer.com/article/10.1007/s10566-013-9195-0. doi: 10.1007/s10566-013-9195-0

LEBL, A.; FAGUNDES, S. N.; KOCH, V. H. K. Curso clínico de um grupo de crianças com sintomas de incontinência urinária diurna não-neurogênicas seguido em um centro terciário. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 2, p. 129-135, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/WqpSfbXdWGnnM73VN4CSQTk/?lang=pt. doi: 10.1016/j.jped.2015.04.005

MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation**, 1949. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2006-09549-000. doi: 10.1037/11147-000

MCKILLOP, A.; MACKAY, B.; ANDSCOBIE, N. A programme for children with nocturnal enuresis. **Nurse Stand**, v. 17, n. 43, p. 33-8, 2003. Disponível em: https://journals.rcni.com/nursing-standard/a-programme-for-children-with-nocturnal-enuresis-ns2003.07.17.43.33.c3415.

MOTA, D. M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; PETRESCO, S.; MOTA, L. M. Psychiatric disorders in children with enuresis at 6 and 11 years old in a birth cohort. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 3, p. 318-326, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/DKfFDdhWZhkqZHyp5nyNkkN/?lang=en.

MOTA, D. M.; BARROS, A. J.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Prevalência de enurese e sintomas miccionais aos sete anos na coorte de nascimentos de 2004, Pelotas, Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 1, p. 52-58, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/k8pnd75Tfzq7kNZTfLV4R4G/abstract/?lang=pt. doi: 10.1016/j.jped.2014.04.011

NAGLIERI, J. A. **DAP-Draw a Person: a quantitative scoring system**. San Diego, Ca.: Psychological Corporation, 1988.

NAGLIERI, J. A.; MCNEISH, T. J.; BARDOS, A. N. **DAP: SPED: Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance.** Pro-ed., 1991.

NETTO, J. M. B. *et al.* Prevalência de enurese noturna em crianças matriculadas em escolas públicas. **Principia: Caminhos da Iniciação Científica**, v. 12, p. 157-167, 2008. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/principia/article/view/25534. doi: 10.34019/2179-3700.2008.v12.25534

NETTO, J. M. B. *et al*. Brazilian consensus in enuresis–recomendations for clinical practice. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 45, n. 5, p. 889–900, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ibju/a/QM8sZZGyQ7yznGtML5zpBwt/?lang=en. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0080

NEVÉUS, T. *et al*. Evaluation and treatment for monosynptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. **The Journal of Urology**, p. 441-447, 2010. Disponível em: https://www.ciperj.org/imagens/evaluationandtreatmentenureses.pdf. doi: 10.1016/j.juro.2009.10.043

NEVÉUS, T. *et al*. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. **The Journal of Urology**, v. 176, n. 1, p. 314-24, 2006. Disponível em: https://www.auajournals.org/doi/10.1016/S0022-5347(06)00305-3. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00305-3

OLIVEIRA, K. S.; NAKANO, T. C.; WECHSLER, S. W. Desenho da Figura Humana: estratégia de avaliação de aspectos cognitivos, emocionais, de personalidade e criativos. In: **Técnicas gráficas aplicadas à educação e à saúde**, 1ed. Sao Paulo: Mennon, v. 1, p. 84-111, 2015.

PEREIRA, R. F. *et al*. Acompanhamento presencial e à distância para o tratamento da enurese noturna com alarme. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 2, p. 183-191, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/vPkv6WCGBLBf5VXpJ7b93pJ/?lang=pt. doi: 10.1590/S0103-166X2012000200004

PERES, R. S. O desenho da figura humana de Machover aplicado em andarilhos de estrada. **Psicologia: teoria e prática**, v. 4, n. 1, p. 81-92, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872002000100009.

POPA-VELEA, O.; TRUTESCU, C.; IONESCU, E. V.; ALMASAN, E. R.; BO-BIRNAC, G. The usefulness of the Draw-a-Person (DAP) test in the diagnosis and assessment of domestic violence. **Romanian Journal of Legal Medicine**, v. 24, n. 3, p. 231-235, 2016. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/18220848.pdf. doi: 10.4323/rjlm.2016.231

PUGLIONESI, A. Drawing as instrument, drawings as evidence: capturing mental processes with pencil and paper. **Medical History**, v. 60, n. 3, p. 359–387, 2016. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/drawing-as-instrument-drawings-as-evidence-capturing-mental-processes-with-pencil-and-paper/BF592D62620CD9E2E3AF94189EC5B237. doi: 10.1017/mdh.2016.28

RANGEL, R. A. *et al*. Quality of life in enuretic children. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 47, n. 3, p. 535-541, 2021. Disponível em: https://www.intbrazjurol.com.br/pdf/vol47n03/IBJU20200308.pdf. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0308

ROSO, A.; BERNI, V. L.; ALMEIDA, N. B.; MORAES, M. E. F. Adolescência, hiv e desenho da figura humana: projetando experiências. **Psicologia, Saúde &**

Doenças, v. 17, n. 3, p. 403-411, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862016000300008&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.15309/16psd170308

SÁ, C. A. **Avaliação do impacto do acompanhamento psicológico dos pais na frequência de punição de crianças com enurese: ensaio clínico randomizado**. (Tese de Doutorado). Saúde Brasileira, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

SÁ, C. A, *et al*. A intervenção psicológica com os pais melhora os resultados do tratamento e reduz a punição em crianças com enurese: um ensaio clínico randomizado. **The Journal of Urology**, v. 205, n. 2, p. 570-576, 2020.

SAMPAIO, C.; SOUSA, A. S.; FRAGA, L. G. A.; VEIGA, M. L.; NETTO, B. J. M.; BARROSO, U. JR. Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. **Frontiers in Pediatrics**, v. 4, p. 101, 2016. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2016.00101/full. doi: 10.3389/fped.2016.00101

SANTOS, M. Z.; JÚNIOR, J. J. S.; MENEZES, M.; THIEME, A. L. Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças com câncer por meio do DFH III. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 325-332, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712013000300007&script=sci_abstract.

SAPI, M. C.; VASCONCELOS, J. S.; SILVA; F. G.; DAMIÃO, R.; SILVA, E. A. Avaliação da violência doméstica contra crianças e adolescentes com enurese. **Jornal de Pediatria**, v. 85, p. 433-7, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/rLnFsSn9WqM6fSndSMw5Kjm/?lang=pt. doi: 10.1590/S0021-75572009000500011

SARTI, M. H. C.; JACQUEMIN, A. **Criança hospitalizada: contribuição do desenho da figura humana, para avaliação do seu estado emocional** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

SARTI, M. H. C. **Estudo normativo dos itens evolutivos e indicadores emocionais de Koppitz e índices de ansiedade de Handler, em desenhos da figura humana de escolares de Ribeirão Preto** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

SCHIMITT, B. D. Nocturnal enuresis. **Pediatric in Review**, v. 18, n. 6, p. 183-90, 1997.

SISTO, F. **Desenho da Figura Humana - Escala Sisto**. São Paulo, SP: Vetor, 2006.

SEGABINAZI, J. D. **Desenho da figura humana: evidências de validade de escalas globais de avaliação**, 2010. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27823.

SILVA, D. R.; HERZBERG, E. Desenho da Figura Humana: avaliação da imagem corporal na deficiência física. **Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 1, p. 106-115, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000100013. doi: 10.15689/ap.2017.1601.12

SOARES, A. H. R.; MOREIRA, M. C. N.; MONTEIRO, L. M. C.; FONSECA, E. M. G. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 301-311, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/rXMwnxJ5BdYcwV86jnzjYPn/?format=pdf&lang=pt. doi: 10.1590/S1519-38292005000300006

SRIVASTAVA, A. K.; NIGAM, A.; SINGH, S. B. As características de personalidade de crianças enuréticas. **Psiquiatria Infantil Trimestral**, v. 15, n. 2, p. 56-59, 1982.

SUEHIRO, A. C. B.; BENFICA, T. D. S.; CARDIM, N. A. Producción Científica en la Teste Desenho da Figura Humana entre 2002 y 2012. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 439-448, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/pWy8Vg6jZ6Pxfmfbj7jW5Nv/abstract/?lang=es. doi: 10.1590/1982-3703000822014

THEUNIS, M. *et al*. Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. **European Urology**, v. 41, n. 6, p. 660–667, 2002. Disponível em: https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(02)00127-6/fulltext. doi: 10.1016/S0302-2838(02)00127-6

VAN HOECKE, E.; DE FRUYT, F.; DE CLERCQ, B.; HOEBEKE, P.; VANDE WALLE, J. Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five-factor model perspective. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 31, p. 460-8, 2006. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/31/5/460/876402. doi: 10.1093/jpepsy/jsj037

VAN KOLCK, O. L. Correlações entre índices de ansiedade e perturbações emocionais nos desenhos de figuras humanas de crianças. **Boletim de Psicologia**, v. 25, n. 66, p. 7-12, 1974.

VAN KOLCK, O. O. Os desenhos no assessoramento psicológico de cardiopatas. **Boletim de Psicologia**, v. 33, n. 81, p. 82-93, 1981.

VANDE WALLE, J.; RITTIG, S.; TEKGUL, S.; AUTIN, P.; YANG, S.S.; LOPEZ, P. J.; VAN HERZEELE, C. Enuresis: practical guidelines for primary care. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 660, p. 328-329, 2017.

Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5565868/pdf/bjgpjul-2017-67-660-328.pdf. doi: 10.3399/bjgp17X691337

VELOSO, L. A.; MELLO, M. J. G. D.; NETO, J. P. M. R.; BARBOSA, L. N. F. Qualidade de vida, nível cognitivo e desempenho escolar em crianças com disfunção funcional do trato urinário inferior. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 38 , n. 2, p. 234-244, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbn/a/9kN8KKckQBMGc4JfWkfzCnc/abstract/?lang=pt.

VON GONTARD, A.; HOLLMANN, E. Comorbidade de incontinência urinária funcional e encoprese: associações somáticas e comportamentais. **The Journal of Urology**, v. 171, n. 6, p. 2644-7, 2004.

VON GONTARD, A. *et al*. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. **The Journal of Urology**, v. 185, n. 4, p. 1432-1436, 2011. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022534710051621. doi: 10.1016/j.juro.2010.11.051

WRIGHT, A. J. Enurese noturna: uma condição comórbida. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 3, p. 276-278, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/VRjqQVZ5mpFh9Gj7bfQWpgr/?lang=pt. doi: 10.1016/j.jped.2019.04.002

WECHSLER, S. M. O desenho da figura humana: medida cognitiva, emocional ou criativa. **O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional**, p. 33-64, 2012.

WECHSLER, S. M.; PRADO, C. D. M.; OLIVEIRA, K. D. S.; MAZZARINO, B. G. Desenho da figura humana: análise da prevalência de indicadores para avaliação emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 3, p. 411-418, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/qWJXpRhTgrbGP8DJ9Hg6sKC/abstract/?lang=pt

YEUNG, C. K.; SIHOE, J. D.; SIT, F. K.; BOWER, W.; SREEDHAR, B.; LAU, J. Características da enurese noturna primária em adultos: um estudo epidemiológico. **BJU**, v. 93, p. 341-5, 2004.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP-HU CAS/UFJF
JUIZ DE FORA-MG-BRASIL
RUA CATULO BREVIGLIERI S/Nº
CEP 36030-110 FONE: (32) 4009-5108

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cacilda Andrade de Sá
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 316/204, Centro, Santos Dumont, MG
CEP:36010-012
FONE: (32)3251- 0629/ (32)88292111
E-MAIL: cacildaandrade04@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ na qualidade de representante legal de _____ idade, _____, concordo que meu filho (a) participe como voluntário (a) do estudo "Efeitos da intervenção com pais na diminuição da frequência de punição de crianças com enurese", que tem como objetivo avaliar o efeito que a intervenção psicológica junto aos pais poderá ter sobre o tratamento da criança com enurese noturna (fazer xixi na cama). A intervenção consiste em oferecer atendimento psicológico ao responsável pela criança durante o tratamento e assim melhorar a enurese. Sem apresentar quaisquer danos à saúde da criança. O atendimento psicológico terá a duração de trinta minutos, uma vez a cada 15 dias, no período de seis meses. A criança receberá acompanhamento psicológico uma vez a cada 15 dias por seis meses. A sessão ao familiar será de trinta minutos e será realizada uma vez a cada 15 dias. A criança será avaliada mensalmente após a intervenção por um período de seis meses.

Para participar deste estudo, o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (a) senhor (a) será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação da criança sob sua responsabilidade é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a identidade de seu filho (a) pelo qual é responsável, com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (a) senhor (a), ou o menor sob sua responsabilidade, não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a o senhor (a). Não estão previstos riscos, nem desconforto e, se por ventura houverem, serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. O benefício esperado será a redução da enurese noturna.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "Efeitos da intervenção com pais na diminuição da frequência de punição de crianças com enurese", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome	Assinatura do participante	Data
Nome	Assinatura do pesquisador	Data
Nome	Assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos
aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFJF
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA
RUA CATULO BREVIGLIERI S/Nº
CEP 36030.110 Fone: (32) 4009-5108

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Parecer nº 171/2011

Protocolo CEP-UFJF: 075-420-2011 ***FR:*** 432875 ***CAAE:*** 0050.0.420.000-11
Projeto de Pesquisa: Enurese Notuma: intervenção junto aos pais
Versão do Protocolo e Data: 07 de abril de 2011
Grupo: III
Patrocinador:
Pesquisador Responsável: Cacilda Andrade de Sá
Pesquisadores Participantes: José Murillo Bastos Netto;
Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
Matéria para análise: Folha de Rosto; Projeto de pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Escalrecido, Orçamento Financeiro; Comprovante de currículo do pesquisador responsável e dos demais pesquisadores
Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: A Enurese Noturna é um problema de saúde pública que atinge milhares de pessoas, apesar de ser um distúrbio conhecido, ainda não existe uma definição clara sobre a sua etiologia descritos na literatura, principalmente devido à falta de clareza etiológica, fatores intervenientes, falta de uniformidade de conceitos e definições.Segundo o DSM IV e a CID 10, são estabelecidos quatro critérios para definição do quadro da enurese. No primeiro critério (A), ela é definida principalmente, como a micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa. No segundo critério (B), a micção deve ocorrer, no mínimo, duas vezes por semana por pelo menos 3 meses, ou causar sofrimento, ou prejuízo significativo no funcionamento social, entre outros. No terceiro critério (C), a incontinência deverá ocorrer em uma idade onde a continência já deveria ter ocorrido, ou seja, 5 anos ou mais. O quarto critério (D), diz respeito aquele tipo de enurese que não tem sua causa exclusivamente a efeitos fisiológicos diretos de alguma substância como, por exemplo, os diuréticos, ou a doenças como diabetes, espinha bífida ou transtorno convulsivo.
Objetivo: Avaliar a eficácia da intervenção psicológica aos pais durante o tratamento da criança com enurese noturna monossintomática. Definir o perfil da família das crianças atendidas no Ambulatório de Enurese HU/CAS envolvidas neste projeto;
Identificar a percepção de suporte familiar;
Descrever a freqüência de punição praticada pelos pais;
Avaliar o índice de evasão do tratamento no grupo estudado comparado com o grupo controle até que se obtenha o critério de sucesso.
Metodologia: Trata-se de um ensaio clínico randomizado. Será realizado com pacientes acompanhados no ambulatório de Urologia Pediátrica do Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário (HU/CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que são atendidos por equipe interdisciplinar (Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Assistente Social e Psicólogo), num modelo circular, ou seja, são acompanhados por todos os profissionais no mesmo dia.

Prof.ª Dr.ª Regina Maria Gomes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

Características da população a estudar: Serão incluídos pacientes entre 6 e 18 anos de idade que estejam freqüentando o laboratório
Tamanho da amostra: A amostra será composta de 60 pacientes enuréticos, com idade entre 6 e 18 anos que serão divididos aleatoriamente, de acordo com a ordem de entrada no serviço de urologia, em dois grupos:
Orçamento: Os pesquisadores assumirão os custos do Projeto.
Cronograma: Adequado a realização do Projeto.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.
Pesquisador: titulação e apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

O CEP solicita ao pesquisador que atenda a Carta Circular nº 003/2011 CONEP/CNS datada de 21 de março de 2011, que torna obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador em todos os TCLEs com data posterior a 01 de abril de 2011.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 25 de julho de 2011.

Prof. Dra. Magda Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI
DATA: ____/____/ 2011
ASS: _____

ANEXO B
Registro do Projeto de pesquisa ISRCTN

Efficacy of working with parents to reduce punishment frequency of children withenuresis	
ISRCTN	ISRCTN46655645
DOI	10.1186/ISRCTN46655645
ClinicalTrials.gov identifier	
EudraCT number	
Public title	Efficacy of working with parents to reduce punishment frequency of children with enuresis
Scientific title	Efficacy of working with parents to reduce punishment frequency of children with enuresis: a randomized, blinded trial
Acronym	N/A
Serial number at source	N/A
Study hypothesis	Punishment reduction in children, with monosymptomatic enuresis, who presented to psychological service with their family, compared with the control group, where the family did not receive the service.
Lay summary	Background and study aims Enuresis (bedwetting) can cause innumerable problems for the child and his parents and affects about 10% of the seven-year-old children. The lack of understanding of the parents about their children's bedwetting has punishment as one of the results. The aim of this study is to find out the how good the psychological method given to the parents during the treatment of the child with bedwetting is. Along with this we aim to define the profile of the family of such children, to identify the perception of family support and to describe the frequency of punishment practiced by the parents in the study group compared with the control group. Who can participate? 60 bedwetting children aged between 6 and 18 years can participate in this study. What does the study involve? Participants will be randomly allocated to one of two groups: study group and the control group. Parents in the study group will receive psychological counselling and children will receive treatment in an environment that has toys and playful materials. Parents and children belonging to the control group receive treatment as usual. What are the possible benefits and risks of participating? There may be improvement in bedwetting, reduction in punishment frequency and improvement in behaviour problems. Where is the study run from? The University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz De For a), Brazil. When is the study starting and how long is it expected to run for? The study will start in December 2015 and will run for one year. Who is funding the study? The study is funded by the investigator. Who is the main contact? Mr Cacilda Andrade de Sá cacildaandrade04@yahoo.com.br
Ethics approval	Committee on Ethics in Human Research - UFJF (CEP-UFJF): 075-420-2011 FR:432875 CAAF:0050.0.420.000-11
Study design	Randomized blinded interventional trial
Countries of recruitment	Brazil
Disease/condition/study domain	Enuresis
Participants - inclusion criteria	Patients between 6 and 19 years old who are attending the enuresis clinic and with monosymptomatic enuresis
Participants - exclusion criteria	1. Those unwilling to participate in the research, or has difficulty in understanding the goals of it.

	2. Patients with psychiatric, renal, neurological disorders, non-monosymptomatic enuresis 3. Those who are already undergoing other treatment for enuresis in the last six months
Anticipated start date	01/12/2015
Anticipated end date	01/12/2016
Status of trial	Ongoing
Patient information material	Not available in web format, please use the contact details below to request a patient information sheet
Target number of participants	60
Interventions	The participants are randomised to two groups: 1. Intervention group: The parent psychological appointment will be conducted by the researcher, in a place and time different from the child's. It will take 30 minutes in a private room, every 15 days. After 6 months of treatment, the parent will have an appointment every 30 days for a period of 6 months. The child will be seen separately from his/her parent, in separate place and time. The appointment will last 30 minutes, every 15 days, and a playful material will be used to facilitate the child's care. After 6 months the children will be seen once every month for a period of 6 months. 2. Control Group: Children receive the care without psychological support to parents. After 6 months the children will be seen once every month for a period of 6 months. Clinical outcome data will be recorded for further evaluations. Those who need follow-up assistance, after the survey period, will be forwarded to the psychology service. Follow Up Length: 6 month(s); Study Entry: Single Randomisation only
Primary outcome measure(s)	The results, that will be evaluated, after six months of intervention, are enuresis improvement (Nocturnal Diary), punishment frequency reduction, improvement in behavior problems, and evasion decrease.
Secondary outcome measure(s)	Not provided at time of registration
Sources of funding	Investigator initiated and funded (Brazil)
Trial website	
Publications	
Contact name	**Mr Cacilda Andrade de Sá**
Address	Rua: Coronel Severiano de Resende, 191, centro.
City/town	Santos Dumont
Zip/Postcode	36240000
Country	Brazil
Tel	3288292111
Email	cacildaandrade04@yahoo.com.br
Sponsor	Federal University of Juiz de Fora (Universidade Federal de Juiz de Fora) (Brazil)
Address	Av. Eugênio do Nascimento s/no Bairro Dom Bosco Faculdade de Medicina 2o andar (ao lado do HU/CAS)
City/town	Juiz de Fora – MG
Zip/Postcode	CEP 36038-330
Country	Brazil
Tel	55 (32) 2102 -3848
Fax	55 (32) 2102 - 3838
Email	ppgs.medicina@ufjf.edu.br
Date applied	13/06/2013
Last edited	12/07/2013
Date ISRCTN assigned	12/07/2013

© 2013 ISRCTN unless otherwise stated.

ANEXO C

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(Butler, 1987)

Nome: _____idade:_____

1. Responda:

a) Estar úmido, molhado é um problema para você? ( ) sim ( ) não

b) Quem se aborrece com isto? ( ) Pai ( ) Mãe ( ) irmãos ( ) outros

_____

2. Desenho

a) Desenhe uma figura de você acordando com a cama molhada / uma figura sua com as calças "molhadas".

b) Desenhe uma figura sua acordando com a cama seca / uma figura sua com as calças secas.

3. Molhar a cama impede você de fazer algo / molhar suas calças impede você de fazer algo? ( ) sim ( ) não - Por exemplo:

_____

4. Mencione três coisas sobre meninas/meninos que molham sua cama / suas calças.

_____

5. Sobre o molhar-se:

a) Fale-me três ideias ruins sobre o molhar-se.

_____

b) Há alguma coisa boa sobre o molhar-se? ( ) sim ( ) não

c) Fale-me três ideias boas sobre o estar seco (a).

_____

d) Há alguma coisa ruim sobre o estar seco (a)? ( ) sim ( ) não

e) Que diferença a possibilidade de estar seco (a) faz a você?

_____

6. O que fazem / dizem estas pessoas quando você está molhado (a)?

a) Sua mãe: _____

b) Seu pai: _____

c) Seus irmãos e irmãs (ou outros familiares): _____

7. Experiência de molhar-se:

a) Como você se sente quando acorda com a cama molhada / tendo suas calças

"molhadas"?_____

_____

b) Qual é o seu primeiro pensamento?_____

_____

c) O que poderia mudar se você estivesse seco? _____

_____

d) Seria diferente a reação de sua mãe se você estivesse seco (a)? _____

_____

e) Sua mãe sabe por que você molha a cama / suas calças? ( ) Sim ( ) Não

8. Segredos:

a) Quem sabe que você molha sua cama / suas calças? _____

_____

b) Se os outros soubessem, como você se sentiria? _____

_____

c) O que eles poderiam achar disso? _____

_____

9. Como é estar seco.

a) Você acha que poderia estar mais feliz se estivesse seco (a) o tempo todo?

( ) Sim ( ) Não

b) O que você acha de estar seco (a) alguns dias/noites e outros não?

_____

c) Como você tenta manter-se seco (a)?_____

_____

d) O que você faz?_____

10. Punição:

a) Alguém xinga você quando molha a cama?_____

b) Quem?_____

c) Alguém coloca você de castigo quando molha a cama?_____

d) Quem?_____

e) Alguém bate em você quando molha a cama?_____

f) Quem?_____