



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira

Doutorado Acadêmico

CACILDA ANDRADE DE SÁ

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS PAIS
NA FREQUÊNCIA DE PUNIÇÃO DE CRIANÇAS COM ENURESE
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

JUIZ DE FORA

2016

CACILDA ANDRADE DE SÁ

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS PAIS
NA FREQUÊNCIA DE PUNIÇÃO DE CRIANÇAS COM ENURESE
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Tese submetida ao curso de Doutorado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Brasileira.

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto

Juiz de Fora

2016

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

Sá, Cacilda Andrade de .
AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS PAIS NA FREQUÊNCIA DE PUNIÇÃO DE CRIANÇAS COM ENURESE : Ensaio Clínico Randomizado / Cacilda Andrade de Sá. -- 2016.
107 f. : il.

Orientador: José Murillo Bastos Netto
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2016.

1. Enurese. 2. Punição. 3. Pais. 4. Crianças. 5. Comportamento. I. Netto , José Murillo Bastos , orient. II. Título.

CACILDA ANDRADE DE SÁ

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS PAIS
NA FREQUÊNCIA DE PUNIÇÃO DE CRIANÇAS COM ENURESE
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Tese submetida ao curso de Doutorado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Brasileira.

Aprovada em 18 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Eloísio Alexsandro da Silva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Marcia Helena Fávero de Souza Tostes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. André Avarese de Figueiredo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto
Universidade Federal de Juiz de Fora (Presidente da Banca)

A Deus: sustento, força e esperança.

Aos pais dos filhos participantes deste estudo, que confiaram a mim suas histórias;

A minha família: Lauro (in memoriam) e Therezinha, pai e mãe;

Wânia e Márcio, muito mais que irmãos;

Flávio, meu companheiro;

Iago e Sofia laço inseparável do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto, pela tranquilidade e força com que exerce sua liderança. Seus conhecimentos sobre a pesquisa científica, sua amabilidade em dividir seu tempo e sua amizade estão guardados comigo, com todo o carinho, por onde eu for.

À Prof^a. Dr^a. Edwiges F. Mattos Silves da Universidade de São Paulo (USP/SP) e a sua equipe, pelo exemplo de mestria e generosidade, pela preciosa contribuição sem a qual a minha pesquisa não seria a mesma. À Prof^a. Dr^a. Marina Monzani da Rocha, pela significativa ajuda com o CBCL.

Ao Prof. Dr. José de Bessa Júnior, pelo brilhantismo na análise dos dados.

Ao Prof^o Dr^o Eloísio Alexandro da Silva, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, suas contribuições iniciais foram muito importantes.

A Prof^a. Dr^a. Marcia Helena Fávero de Souza Tostes, coordenadora do Ambulatório de Psiquiatria da infância e Adolescência do Hospital Universitário da UFJF, pela oportunidade de acompanhar os pais e filhos atendidos por sua equipe. Foi um enorme aprendizado, e com ele a certeza de que você é um exemplo profissional e pessoal para a minha vida.

Ao Prof^o Dr. Uriel Heckert, sua participação é muito especial.

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

A Prof^a. e amiga Dr^a. Pricila Cristina Correa Ribeiro da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelo compromisso ético com a pesquisa, sua paciência em dividir seus conhecimentos, o meu sincero agradecimento.

Amigas que a pesquisa me trouxe: Maria Clotilde, Ana Carolina Gusmão, Maria Cecília e Stefani. Obrigada pelo auxílio na coleta, avaliação das crianças, por dividirmos muitos bons e maus momentos. A correria passou. Colheremos juntas os resultados.

Às equipes dos Ambulatórios de Enurese e Uropediatria do HU/UFJF/EBSERH, do início ao fim, sem os quais este trabalho não teria sido realizado.

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, em especial ao Prof. Dr. André Avarese de Figueiredo, por todas as sugestões e pelas discussões proporcionadas.

“Ensina a criança no caminho em que deve andar,
e mesmo quando for idoso
não se desviará dele!”
(Provérbios 22:6)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pais entendem a enurese como uma falha no processo educacional de seus filhos, resultando em punição, gerando angústia e culpa. **Objetivos:** Neste estudo, objetivamos avaliar os resultados do acompanhamento psicológico dos pais de crianças em tratamento para enurese. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram randomizadas em dois grupos 66 crianças com enurese monossintomática, com idade entre 6 e 19 anos. Para avaliar a frequência de perda noturna, foi utilizado o diário de noites secas. Todas as crianças foram tratadas com uroterapia e acompanhamento psicológico. No Grupo Experimental (GE), os pais receberam acompanhamento psicológico a cada duas semanas, durante seis meses, enquanto no grupo controle (GC) os pais não foram acompanhados. Todos os pais responderam a um questionário para avaliar a violência contra seus filhos (Conflict Tactics Scales Parent- Child - CTSPC) e a Escala de Tolerância. CBCL (*Child Behavior Checklist*) foi aplicado para avaliar problemas de comportamento. As crianças ainda responderam à Escala de Impacto e à Escala de Autoconceito Infanto-juvenil – EAC - IJ. **RESULTADOS:** Idade média, gênero e os resultados do questionário CTSPC, antes do tratamento, foram semelhantes em ambos os grupos. Na avaliação dos pais, os resultados obtidos no CTSPC apresentaram menos violência após o tratamento no GE ($p = 0,0069$). A Escala de Tolerância mostrou que os pais de todas as crianças com enurese eram intolerantes e que, após o tratamento, a intolerância diminuiu mais no GE ($p = 0,0003$). Na avaliação das crianças, a Escala de Impacto mostrou que elas sofrem um grande impacto por serem enuréticas e que, depois do acompanhamento psicológico, aquelas do GE tiveram um impacto menor ($p = 0,0085$) em relação às crianças do grupo controle. Na avaliação do CBCL e da Escala de Autoconceito Infanto-juvenil – EAC- IJ, não houve alteração após a intervenção. Após o tratamento, a porcentagem de noites secas foi maior no GE (52 [30-91]) do que no GC (10 [3-22,5]) $p = 0,0001$. **CONCLUSÃO:** As crianças cujos pais receberam acompanhamento psicológico durante o tratamento melhoraram o percentual de noites secas e tiveram menor impacto da enurese após o tratamento, enquanto seus pais passaram a lidar melhor com o problema e tornaram-se mais tolerantes.

Palavras-chave: Enurese. Punição. Pais. Crianças. Comportamento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Parents may see enuresis as a failure in the process of raising children, resulting in punishment and generating anguish and guilt. **OBJECTIVES:** In this study, the results of the psychological follow-up of parents of enuretic children under treatment are assessed. **MATERIALS AND METHODS:** Sixty-six children aged 6 to 19 y.o. with monosymptomatic enuresis were randomized into two groups. Children in both groups were evaluated with a voiding and dry nights diary. Treatment was performed with urotherapy and psychological follow-up. In the Experimental Group (GE), the parents were submitted to a psychological counseling every 2 weeks for six months, while in the Control Group (CG) there was no counseling of the parents. All parents answered a questionnaire to evaluate violence against their children (Parent-Child Conflict Tactics Scale - CTSPC) and the Tolerance Scale. The Child Behavior Checklist (CBCL) was applied to evaluate behavior problems. The children also responded the Impact Scale and the Children and Youth Self-Concept Scale – EAC- IJ. **RESULTS:** Mean age, gender and the CTSPC results, prior to treatment, were similar in both groups. In the assessment of the parents, the CTSPC showed less violence after the treatment in the GE ($p = 0.0069$). The Tolerance Scale showed that the parents of all enuretic children were intolerant and that, after the treatment, intolerance decreased even more in the GE ($p = 0.0003$). In assessing the children, the Impact scale showed that they suffer some impact from being enuretic, and that after the follow-up those in the GE had a smaller impact ($p = 0.0085$) compared to those in the CG. Upon the assessment using the CBCL and the Children and Youth Self-Concept Scale – EAC- IJ, there was no alteration after the intervention. After the treatment, the percentage of dry nights was greater in the GE (52[30-91]) than in the GC (10[3-22.5]) $p = 0.0001$. **CONCLUSION:** The children whose parents received a psychological follow-up during the treatment improved their percentage of dry nights and the impact of enuresis, while their parents started coping better with the problem and were more tolerant after receiving the psychological follow-up during their children's treatment.

Key Words: Enuresis. Punishment. Children. Parents. Behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Teoria dos Três Sistemas.....	19
Figura 2 – Fluxograma de pacientes.....	34
Figura 3 – Frequência de punição por agressor.....	43
Figura 4 – Frequência de punição física em crianças e adolescentes.....	44
Figura 5 – Frequência de punição física sem contato em crianças e adolescentes.....	45
Figura 6 – Médias da escala de autoconceito juvenil dos grupos experimental e controle pré-intervenção.....	46
Figura 7 – Médias da escala de autoconceito juvenil dos grupos experimental e controle pós-intervenção.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas	42
Tabela 2 – Tipos de punição sofrida pela criança.....	43
Tabela 3 – Frequência de punição em relação ao gênero.....	46
Tabela 4 – Violência dos pais nos dois grupos avaliada pelo CTSPC.....	46
Tabela 5 – Escala de tolerância dos pais.....	47
Tabela 6 – Comparação da pontuação no CBCL pré e após o período de intervenção	47
Tabela 7 – Impacto da enurese na criança nos dois grupos.....	48
Tabela 8 – Melhora noites secas.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Análogo Sintético da Vasopressina
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CTSPC	<i>Conflict Tactics Scales – Parent-Child</i>
DTUI	Doenças do Trato Urinário Inferior
EUA	Estados Unidos da América
ENM	Enurese Não-Monossintomática
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
ICCS	<i>International Children´s Continence Society</i>
ISRCTN	<i>International Standard Randomised Controlled Trial Number Register</i>
NIPU	Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Urologia
SD	<i>Standart Desviation</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Enurese	16
2.1.1 Definição	16
2.1.2 Prevalência.....	17
2.1.3 Classificação	18
2.1.4 Etiologia.....	19
2.1.5 Aspectos Psicológicos.....	21
2.1.6 Diagnóstico e Tratamento	23
2.2 A inclusão dos pais no tratamento	25
2.3 O impacto da punição.....	28
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo Primário.....	31
3.2 Objetivos Secundários.....	31
4 PACIENTES E MÉTODOS	32
4.1 Desenho do estudo	32
4.2 Plano amostral e estratégia de seleção	32
4.2.1 Grupo experimental.....	33
4.2.2 Grupo controle.....	33
4.3 Critérios de inclusão e não inclusão	33
4.3.1 Critérios de inclusão	33
4.3.2 Critérios de não inclusão	34
4.4 Instrumentos.....	35
4.4.1 Questionário de Atendimento Clínico	35
4.4.2 Diário Miccional	35
4.4.3 Diário Noturno	36
4.4.4 Entrevista semiestruturada com a criança.....	36
4.4.5 Escala de Impacto	36
4.4.6 Escala de Intolerância	37

4.4.7 Conflict Tactics Scales – Parent-Child (CTSPC)	37
4.4.8 Child Behavior Checklist (CBCL).....	38
4.4.9 Escala de Autoconceito Infanto – Juvenil – EAC – IJ.....	38
4.5 Procedimentos	39
4.6 Punição	39
4.7 Aspectos éticos	40
4.8 Estatística.....	40
5 RESULTADOS.....	42
5.1 Características Demográficas	42
5.2 Violência dos pais	42
5.3 Intolerância dos pais	46
5.4 Problemas Comportamentais	47
5.5 Escala de Impacto na Criança.....	48
5.6 Escala de Autoconceito Infanto-juvenil – EAC - IJ	48
5.7 Resposta da Enurese ao Tratamento.....	50
6 DISCUSSÃO	51
7 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE A	68
APÊNDICE B	70
APÊNDICE C	76
APÊNDICE D	78
APÊNDICE E	80
APÊNDICE G	86
ANEXO A.....	87
ANEXO B.....	89
ANEXO C.....	90
ANEXO D.....	91
ANEXO E	93
ANEXO F	95

1 INTRODUÇÃO

Enurese é um problema biocomportamental comum que afeta cerca de 10% das crianças de sete anos de idade e é definida como a presença de incontinência urinária durante o sono, por pelo menos duas vezes por semana, em um período de três meses (Nevéus *et al.*, 2010).

Embora não exista um consenso sobre a etiologia da enurese, os fatores mais aceitos na literatura são a hiperatividade detrusora, a baixa produção de vasopressina durante a noite, causando a poliúria noturna e a dificuldade da criança em despertar com os sinais da bexiga (Houts, 2003; Nevéus *et al.*, 2010).

Apesar de os transtornos psicológicos não estarem relacionados à causa da enurese primária, a persistência do sintoma pode desencadear implicações psíquicas em crianças e adolescentes com enurese, como vergonha, isolamento, culpa, ansiedade, medo de ser descoberto e ridicularizado, e queda na autoestima (Butler *et al.*, 1994; Feehan *et al.*, 1990).

A queda na autoestima pode ter consequências para a criança, refletindo, muitas vezes, na vida escolar e no convívio social. Crianças enuréticas apresentam 2,87 vezes mais chances de terem prejuízo na qualidade de vida, quando comparadas às crianças não enuréticas (Rangel, 2009).

A enurese infantil é uma realidade que acontece em muitos lares. Contudo, continua sendo tratada como se fosse um grande segredo de família. E o mais grave é que muitas dessas famílias permanecem sem orientação e suas crianças sem tratamento. Um estudo realizado em escolas públicas do município de Juiz de Fora mostrou que apenas 4,81% das crianças com enurese haviam buscado auxílio médico (Bastos Netto *et al.*, 2008).

Em uma avaliação inicial das crianças enuréticas no Ambulatório de Urologia Pediátrica (HU/UFJF), não foi difícil perceber que uma das maiores consequências da enurese é a punição infligida às crianças e aos adolescentes como consequência da perda urinária. A criança é culpada por aquilo que, para ela, já é um castigo: “acordar molhada”.

No entanto, acolher, informar, orientar e possibilitar ao familiar e as pessoas de convívio desconstruir seus conceitos sobre a criança e sobre o sintoma da enurese possibilitam mudanças de comportamento, tanto familiar, quanto da criança. É comum ouvir desses familiares, após o tratamento da enurese, que não mais punem seus filhos e se arrependem por tê-lo feito. Sapi *et al.* (2009) mostraram, em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, que 89% das crianças estudadas sofreram algum tipo de punição em função dos episódios de enurese.

O presente trabalho surgiu da importância de comprovar esses dados de forma controlada, bem como acompanhar esses familiares por um período determinado. O objetivo é verificar a eficácia de uma intervenção psicológica junto aos pais de crianças enuréticas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Enurese

A Enurese é um problema de saúde pública, extremamente grave, que atinge milhares de pessoas. Apesar de ser um distúrbio conhecido, ainda não existe uma definição ou um conceito preciso sobre a sua etiologia descrito na literatura, principalmente, devido à falta de clareza e às divergências quanto aos fatores intervenientes, além da diversidade dos conceitos a ela atribuídos (Nevéus *et al.*, 2010).

Apesar de não acarretar limitações físicas ou cognitivas na vida da criança, esse transtorno é mais prevalente e crônico na infância, gerando grande limitação social e implicações emocionais nos portadores, o que requer a atenção de pais, clínicos e pesquisadores (Butler, 2004).

Estudos demonstram que a enurese, sendo um problema biocomportamental, de um ponto de vista prático, requer que os médicos não subestimem o distúrbio, mas, certamente, que tratem o problema com estratégias clínicas e com especial atenção às dificuldades psicológicas que o sintoma impõe a esses pacientes (Butler *et al.*, 1994; Feehan *et al.*, 1990; Hoecke *et al.*, 2004).

Além disso, os desgastes impostos às famílias pelos episódios de enurese são considerados fator de risco para a violência doméstica (Sapi *et al.*, 2009). Considerando a importância das relações familiares para seus membros, a inexistência ou a precariedade do suporte social pode aumentar a vulnerabilidade a doenças, tornando-se importante investigar a eficácia de intervenções no âmbito familiar sobre a saúde mental de seus membros (Baptista, 2007).

2.1.1 Definição

A enurese é um transtorno de eliminação. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais - DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2004), 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. Já, pelo segundo critério (B), para se considerar o distúrbio, a micção deve ocorrer, no mínimo, duas vezes por semana, dentro de um período trimestral, causar sofrimento, ou prejuízo significativo no funcionamento social, entre outros. No terceiro critério (C), a incontinência deverá ocorrer em uma idade em que a continência já deveria ter ocorrido, ou seja, 5 anos ou mais. Por fim, o quarto critério (D) considera o tipo de enurese que não tem sua causa exclusivamente por efeitos fisiológicos diretos de alguma substância como, por exemplo, os diuréticos, ou doenças como diabetes, espinha bífida ou transtorno convulsivo. No DSM – V, os Transtornos de Eliminação não apresentaram modificações importantes, eles foram separados por categorias.

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência em Crianças (ICCS), a enurese é definida como micção normal, que ocorre inapropriadamente, ou seja, em um período ou lugar socialmente inaceitável, pela criança em idade cujo controle vesical já deveria ter sido alcançado, e é 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). Este é o conceito adotado para este estudo.

Tendo em vista os novos conceitos e terminologia, o termo “enurese” deve ser usado para os episódios de perda durante o sono, exclusivamente, não necessitando o uso do termo “enurese noturna”, que seria uma redundância. Quando houver perda urinária diurna, o termo usado será “incontinência urinária” e não mais “enurese diurna” (Nevéus *et al.*, 2006).

2.1.2 Prevalência

Apesar das variáveis étnicas e culturais, que podem determinar diferenças importantes na definição da enurese, mas não defini-la, entre as diversas populações, existe um consenso em relação à prevalência mundial, com aproximadamente 15% das

crianças de cinco anos de idade apresentando perdas noturnas de urina (Butler *et al.*, 1994; Feehan *et al.*, 1990; Nevéus *et al.*, 2010).

Estudos indicam uma prevalência de 13% a 19% entre os meninos e entre 9% a 16% entre as meninas de cinco anos de idade, sendo que essa taxa vai diminuindo durante a infância e a adolescência (Butler *et al.*, 1994; Feehan *et al.*, 1990). O índice de resolução espontânea é de 15% ao ano, sendo que, aos 15 anos, cerca de 1% da população apresenta enurese; porém, outros dados mostram que cerca de 2% a 3% dos adultos jovens ainda continuam molhando a cama (Feehan *et al.*, 1990; Nevéus *et al.*, 2010).

Segundo Feehan *et al.* (1990), existem muitas contradições sobre a prevalência da doença, com tendência a resultados discordantes, em função da falta de uniformidade na definição da frequência dos episódios que se estabelecem, para considerar que uma criança seja diagnosticada como enurética.

2.1.3 Classificação

A enurese pode ser classificada como primária, se a criança nunca adquiriu o controle vesical noturno, representando a maioria dos casos; e secundária se a criança apresentou um período de controle vesical noturno de pelo menos seis meses e voltou a apresentar episódios de micção durante o sono (Houts, 2003).

A enurese ainda pode ser classificada como monossintomática, na qual não existem sintomas diurnos miccionais associados, como urgência para urinar, micções interrompidas ou incontinência urinária diurna (Nevéus *et al.*, 2010). A enurese não monossintomática é aquela em que, além da micção noturna, está associada a sintomas diurnos, como micções infrequentes, polaciúria, urgência, manobras de contenção, incontinência de urgência e jato miccional fraco (Nevéus *et al.*, 2010; Norgaard *et al.*, 1998). Acredita-se que a prevalência desse quadro esteja subestimado, em função da dificuldade de percepção dos sintomas diurnos, pelos pais, dificultando o diagnóstico mais correto.

2.1.4 Etiologia

Estudos relacionados à etiologia da enurese evidenciam a predominância de fatores genéticos, sendo um transtorno com heterogeneidade clínica que indica uma multifatoriedade causal: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, genética, fatores psicossociais e a teoria dos três sistemas.

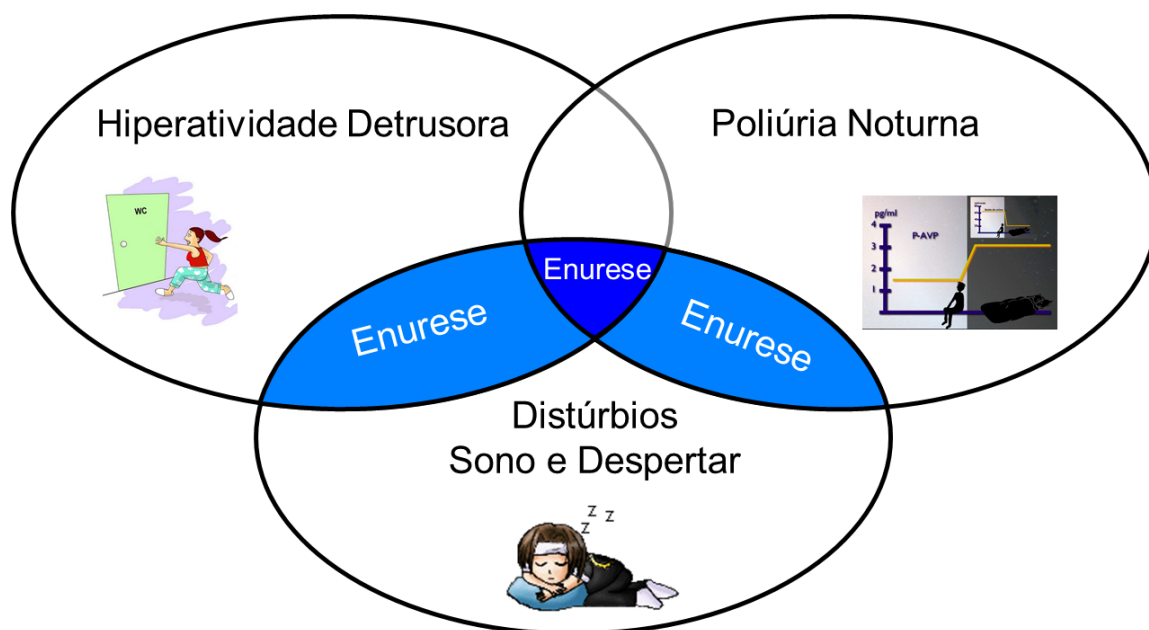


Figura 1 - Teoria dos Três Sistemas.

De forma geral, as crianças desenvolvem o controle esfinteriano diurno entre os vinte e quatro e quarenta e oito meses de vida e, em média, até os 5 anos, o controle noturno. Um atraso na maturação dos mecanismos aferentes e eferentes do sistema nervoso central à plenitude vesical, ou a contração da bexiga durante o sono configuraria uma das causas da enurese (Koff, 1995; Baeyens *et al.*, 2007).

Fatores genéticos variados tem sido estudados com provável modulação pelo ambiente, porém ainda não são conclusivos (Von Gontard *et al.*, 2001). A história familiar aumenta em 15% a chance de a criança apresentar enurese e reforça a associação de hereditariedade do transtorno. Quando um dos pais foi enurético, há um aumento de chance de 43%; e se ambos os pais tiverem sido enuréticos, essa aumenta

para 77%. Quando nenhum dos pais tiveram enurese, a chance seria de 15% de o filho ter enurese (Von Gontard *et al.* 2001; Nevéus *et al.*, 2010).

A teoria do três sistemas supõe que a enurese ocorreria em função da não liberação do hormônio da vasopressina durante o sono, a instabilidade da bexiga e a uma incapacidade de despertar do sono para a sensação da bexiga, quando cheia de urina. Existiria uma variação circadiana no ritmo de secreção de vasopressina, com aumento durante o período noturno (Houts, 2003). Esse hormônio, normalmente, causa redução de 50% na produção noturna de urina e leva a um aumento da sua osmolaridade nesse período.

Algumas crianças com enurese monossintomática não apresentam a variação noturna normal da secreção de vasopressina, o que acarreta aumento da produção de urina, a ponto de ultrapassar a capacidade vesical. Essa falta de variação circadiana também pode estar associada a um retardo no amadurecimento, tendendo a se normalizar com a idade (Houts, 2003; Nevéus *et al.*, 2010).

Alguns estudos apontam a capacidade funcional vesical em crianças enuréticas menor que a de outras crianças, sendo um importante fator na fisiopatologia da enurese (Houts, 2003). Essa diminuição da capacidade vesical estaria relacionada a uma instabilidade detrusora, que seria causada por um retardo da maturação neurológica, responsável pelo controle vésico-esfincteriano.

Algumas crianças enuréticas apresentam capacidade vesical normal durante o dia, e redução significativa da capacidade vesical durante a noite, ou seja, a existência da hiperatividade detrusora noturna, quando o detrusor apresenta contrações durante o sono, provocando a perda urinária na cama. Esse fator ajuda a explicar a tendência natural de resolução com a idade (Houts, 2003).

O sono pode ser considerado fator fisiopatológico da enurese noturna monossintomática, apesar da existência de outros fatores fisiopatológicos importantes. No entanto, ainda não se conseguiu demonstrar anormalidades convincentes nos padrões do sono, uma vez que uma proporção considerável de crianças não enuréticas também não são capazes de acordar, quando induzidas a poliúria noturna (Hjalmas, *et al.*, 2004).

Apesar de o padrão de sono das crianças enuréticas não diferir do padrão das crianças não enuréticas, o sono é mais fragmentado devido aos episódios de enurese, podendo sofrer consequências adicionais, associadas ao sono ruim e ao aumento da sonolência diurna (Cohen-Zrubavel *et al.*, 2011). Essas crianças apresentam mais dificuldade para acordar que crianças não enuréticas da mesma idade, sendo o problema mais intenso durante o primeiro terço do período noturno, quando ocorre a maior parte dos episódios de enurese (Nevéus *et al.*, 2010).

Origens orgânicas estão entre 1% a 4% dos casos de enurese, podendo estar associada a alterações do trato urinário, como infecção urinária, disfunção miccional e anomalias obstrutivas do colo vesical e uretra (Nevéus *et al.*, 2010).

Estudos demonstram uma associação entre Enurese e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) (Longstaffe, Moffat e Whalen, 2000; Hirasing *et al.*, 2002). Cerca de 30% das crianças com TDAH são diagnosticadas com enurese, e entre 20%-30% das crianças com enurese apresentam o quadro em co-ocorrência com o TDAH (Sousa, 2010).

A enurese chama a atenção dos pesquisadores e torna-se instigante por apresentar um sintoma em que interagem fatores ambientais, somáticos e psicossociais com grande efeito modular (Costa, 2005).

2.1.5 Aspectos Psicológicos

No que diz respeito aos aspectos psicológicos associados à enurese, vários autores já demonstraram a sua associação a fatores estressantes, seja por ocorrerem no momento em que se iniciaria a aquisição do controle vesical, gerando um atraso na maturação da regulação central; seja por favorecer o reaparecimento dos episódios de perda urinária durante o sono, quando o controle já existiria (Butler, 2004).

Problemas de comportamento estão mais relacionados à consequência que à causa da enurese. Entretanto, a enurese secundária parece estar relacionada a maior incidência de eventos sociais e familiares estressantes (Houts, 2003), pois, além de

causar problemas psicossociais, experiências disruptivas na infância aumentam a vulnerabilidade à enurese (Butler, 1994).

Estudos dão suporte à noção de quanto mais tarde o início da enurese, maiores as chances de perturbação emocional (Feehan *et al.* 1990). Pereira (2006) mostra evidências de que problemas de comportamento, induzindo à dificuldade do controle urinário durante a noite não são comprovados. No entanto, a importância do atendimento psicológico a crianças enuréticas, com melhora dos problemas de comportamento, tem sido demonstrada (Moffat, Kato e Pless, 1987; Sousa, 2010).

Vivências aversivas ou ansiógenas para a criança, como período de provas escolares ou dificuldades pontuais no relacionamento entre pares ou familiares, são, não raras vezes, acompanhadas pelo aumento dos episódios de enurese.

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 aqueles que não apresentam o transtorno (Von Gontard *et al.*, 2011).

Baeyens *et al.* (2007), por meio de revisão de literatura realizada sobre o tema, observaram que a maioria dos estudos sobre comorbidade encontraram maior probabilidade de as crianças enuréticas apresentarem problemas de comportamento e transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (TDAH).

Rangel *et al.* (2009), em estudo sobre a qualidade de vida, 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. A co-ocorrência entre enurese e problemas de comportamento pode trazer alterações no prognóstico da terapêutica de enurese. Uma das principais dificuldades encontradas na obtenção de um resultado satisfatório no tratamento, nos casos em que a enurese se associa a outros problemas de comportamento, diz respeito a não adesão aos procedimentos requeridos e ao insucesso do tratamento (Arantes, 2007; Sousa, 2010).

Von Gontard *et al.* (2011) reforçam a importância de se tratar problemas comportamentais antes do tratamento das Doenças do Trato Urinário Inferior (DTUI), de acordo com as recomendações da ICCS, visto que, muitas vezes, o comportamento da

criança ou adolescente será classificado como problemático, de acordo com o impacto que o causa no ambiente. Sendo assim entendido pelas pessoas do convívio da criança, geralmente, os pais o relacionam com a cultura. Esse equívoco leva os pesquisadores a voltarem sua atenção para os problemas que não se referem somente a alterações de ordem fisiológica, levando-os a analisarem o que a enurese pode causar para a criança e para suas famílias, assim como os benefícios do tratamento psicológico para a vida familiar.

2.1.6 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico da enurese é realizado, principalmente, com base na história clínica, de modo que exames complementares, como a urocultura, a urofluxometria, a ultrassonografia de vias urinárias, podem ser usados nos casos em que há relatos de problemas miccionais diurnos, para eliminar causas como infecção urinária e outros distúrbios miccionais (Nevéus *et al.*, 2010).

A investigação da enurese deve ser iniciada pelo diário miccional, que trata de um registro facilitador, da avaliação do funcionamento do trato urinário do paciente, expressando dados sobre frequência urinária, volume de líquido ingerido e urinado, perdas diurnas, episódios de urgência e volume miccional noturno, não gerando custos ou efeitos colaterais, e pode ser realizado pelo médico ou enfermeiro (Nevéus *et al.*, 2010). O estudo urodinâmico é evitado, por ser invasivo e por proporcionar poucas informações sobre a função vesical noturna.

A terapêutica atualmente preconizada consiste em tratamentos medicamentosos, comportamentais e de condicionamento, utilizados de forma separada ou em associação. O tratamento comportamental, como a uroterapia, ainda não tem uma definição técnica, mas pode ser usado como um método seguro (Nevéus *et al.*, 2010). Essa técnica consiste em mudanças na rotina da criança, e é utilizada em conjunto com outras formas terapêuticas. O Protocolo de Uroterapia é um programa de reabilitação do trato urinário que tem como objetivo corrigir dificuldades provavelmente relacionadas à enurese através da adoção de algumas medidas, tais como o aumentar a ingestão de líquidos, realizar micções regulares ao longo do dia, manter postura ideal ao urinar,

evitar os episódios de urgência, evitar irritantes vesicais, ir ao banheiro antes de dormir, dormir um número ideal de horas por noite.

Os dois tratamentos mais preconizados pela International Children Continence Society (ICCS) é o uso do alarme e a Desmopressina. O alarme é um dispositivo sonoro que apresenta os melhores resultados a longo prazo, com nível de evidência e grau de recomendação 1A na literatura, e com uma média de 65% de eficiência (Nevéus *et al.*, 2010).

O sistema de tratamento com alarme foi criado em 1938 por Mowrer e Mowrer e consiste em 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). Exige, no entanto, motivação da família no tratamento para a maioria de crianças, sendo predominantemente eficaz e bem sucedido.

A desmopressina (análogo sintético da vasopressina - ADH) atua reduzindo a produção de urina durante o sono, por apresentar melhores resultados clínicos, podendo ser a primeira escolha farmacológica, porém tem alto custo, quando comparada aos outros tratamentos.

Outras opções de tratamento, de terceira linha, seriam a Imipramina (antidepressivo tricíclico) que só deve ser usada, avaliando-se os riscos cardíacos da criança, dada a sua cardiotoxicidade e, por fim, a Oxibutinina (anticolinérgico), que age diminuindo a instabilidade vesical. No entanto, têm seu uso limitado, em razão dos resultados ruins a curto e longo prazos (Nevéus *et al.*, 2010).

A crença de que a enurese desaparece naturalmente, não necessitando de tratamento, por parte da família e de alguns profissionais da saúde, ainda que comum e errônea, eleva as consequências desse agravo e dificulta a busca por tratamento correto para o problema.

Em geral, os sintomas desaparecem na adolescência, no entanto, muitas vezes, a doença torna-se um tabu, o que dificulta o diagnóstico e posterior tratamento nessa faixa etária. Muitos pediatras e hebiatras se surpreendem com o silêncio em torno da doença por parte da família.

Um estudo realizado no núcleo de pesquisa, avaliando crianças matriculadas em escolas públicas do município de Juiz de Fora, mostrou que apenas 4,81% das famílias de crianças com enurese haviam buscado auxílio médico (Bastos Netto *et al.* 2008).

Butler (1994), afirma que os pais de crianças enuréticas sofrem impacto com o problema, geralmente, atribuindo a causa da enurese ao sono profundo, porém, na maioria das vezes, podem negligenciar o problema.

2.2 A inclusão dos pais no tratamento

A família pode representar grande fonte de segurança para o indivíduo, por ser a instituição social primária, na qual se processam as relações interpessoais e afetivas. Segundo Marcelli (1998), a família desempenha um papel fundamental, tanto no desenvolvimento normal, como no aparecimento de perturbações.

Sendo assim, a necessidade de estudos sobre o histórico da família é de grande relevância no entendimento de diversas doenças, porém, de difícil realização. As maiores dificuldades na área de avaliação familiar se justificam, por não existir uma teoria unificada sobre o seu real funcionamento. A grande questão é chegar a um conceito único do que seria uma família saudável e uma família disfuncional, dificultando, assim, a adoção de medidas-padrão (Baptista, 2007).

Além disso, a qualidade das relações entre pais e filhos está intimamente ligada às habilidades intelectuais e afetivas da criança. A adequada percepção de suporte familiar, bem como a qualidade das relações com os pares, também influenciam a autoestima de adolescentes, sendo que o suporte familiar pode ser preditivo na qualidade das relações sociais (Baptista, 2007),

Com relação à enurese, a preocupação dos pais começa entre os 5 e 7 anos, quando a criança vai para a escola, já que o sintoma interfere na socialização e no desenvolvimento da criança. Para os pais e cuidadores dessas crianças, a enurese é uma das mais frustrantes disfunções da infância, e os prejuízos para a criança e sua família são de fácil percepção.

O controle dos esfíncteres exige maturação fisiológica, desenvolvimento cognitivo e socioafetivo, autorregulação e autocontrole comportamental. Estudos da neuropsicologia da infância analisam a relação entre a maturação da criança e o desenvolvimento funcional das áreas corticais (Navatta; Fonseca; Muszkat, 2009).

Como a aprendizagem dos hábitos de higiene é entendida como um sinal de maturidade e de adaptação, a sociedade em geral, e principalmente os pais valorizam muito esses hábitos, o que faz com que o aparecimento da enurese possa ser entendido como uma falha na educação da criança, ou no seu desenvolvimento, sem melhor compreensão do ritmo próprio da criança (Marcelli, 1998).

Com o crescimento da criança, cresce nos pais a expectativa de que a criança irá adquirir o autocontrole, aumentando o nível de responsabilidade das crianças sobre seu sintoma. A expectativa pode gerar frustração e desconfiança por parte dos pais com relação ao filho, e causar sensação de incapacidade nos pais, gerando neles culpa e raiva.

Um estudo sobre os significados da enurese para a família demonstrou que eles se organizam em dois campos: a responsabilização da própria criança por apresentar o distúrbio; e os fatores externos, como o ambiente familiar e a situação econômica e social (Soares *et al.*, 2005). Isso nos leva a compreender o alto índice de punição dessas crianças, pois desvela o quanto elas e os adolescentes são responsabilizados pelo problema em estudo, e a a consequente angústia e culpa dos próprios pais que se sentem impotentes diante do sintoma do filho.

Muitas vezes, a enurese pode gerar constrangimento, frustração e estresse, não somente para as crianças e os adolescentes, mas também para os pais, interferindo, portanto, nas relações intrafamiliares e na saúde global das crianças que a vivenciam. Pode-se ainda compreender que, nesse campo, o lugar ocupado pela família, como um suporte para o tratamento e acolhimento dessa criança, só poderá ser bem vivenciado caso o médico consiga perceber os fatores intervenientes no quadro de enurese, os modelos explicativos e as estratégias que essa mesma família elabora para lidar com esse transtorno (Sousa, 2010).

Situações comuns na vida familiar de uma criança enurética pode ser fator estressor, como o fato de a criança não poder exercer atividades que possam

evidenciar a doença, como o simples fato de dormir na casa de um amigo ou familiar, fazer atividades escolares que requeiram dormir com a turma, algo muito importante nessa faixa etária (Schoen-Ferreira *et al.* 2007).

O impacto da enurese sobre os pais pode, portanto, ocasionar sentimentos de ansiedade, culpa, perda de confiança nas suas competências parentais e dificuldades na relação com a criança (Morison, 1998). Muitas vezes, a punição é utilizada como forma de educar a criança, diante da impossibilidade de se resolver o problema, como se verifica nos relatos de serviços que atendem crianças enuréticas.

A falta de conhecimento sobre a doença faz com que, via de regra, a enurese não seja entendida como doença ligada ao amadurecimento neurológico e, conseqüentemente, não é reconhecida pela família a necessidade de uma intervenção profissional, levando ao não enfrentamento da mesma ou à procura tardia por tratamento ou recomendações profissionais (Daibs *et al.*, 2010).

Na abordagem clínica com crianças, é necessário que o profissional de saúde reconheça a dinâmica familiar do qual ela faz parte. Qualquer mudança com a criança refletirá nos pais. O não entendimento do tratamento da criança por parte destes poderá interferir no processo de cura, o que pode ser constatado, muitas vezes, com a interrupção, por parte dos pais, do trabalho com a criança. A satisfação com o atendimento recebido pode ser um preditor na resposta e continuidade do tratamento (Silvares e Pereira, 2012).

Estudos realizados na Universidade de Lisboa, em Portugal, demonstraram que as mães de crianças enuréticas, comparativamente com o grupo controle, experimentam níveis mais elevados de estresse (Baltazar, 2009).

No atendimento aos pais, procura-se demonstrar o quanto eles influenciam no tratamento do filho, e como eles podem colaborar para a solução ou manutenção do problema ou dificultar esse processo. A enurese está intimamente ligada às contingências familiares, por isso a proposta da inclusão da família no tratamento da criança é fundamental para que se chegue ao resultado esperado. Deve-se, no entanto, ter o cuidado de não responsabilizar os pais em demasia, mas ajudá-los.

2.3 O impacto da punição

Em grande parte do mundo, a violência familiar vem sendo um crescente preditor na morbi-mortalidade de mulheres, crianças e adolescentes (Reichenheim e Moraes, 2003). Em 75% dos casos, os pais são os responsáveis pela violência contra seus filhos, seguidos por outros parentes e cuidadores (Sadock *et al.*, 2007).

A violência doméstica é definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) como um ato (único ou repetido) ou omissão que cause dano ou aflição, e que se produz em qualquer relacionamento em que exista expectativa de confiança. No entanto, um dos principais desafios a ser enfrentado no campo da violência familiar é chegar à identificação adequada dos eventos, dificultando ações efetivas na prevenção e no cuidado com as vítimas de violência (Reichenheim e Moraes, 2003).

Ao longo do tempo, o tratamento da enurese foi marcado por condutas e atitudes repreensivas e punitivas, que agrediam, sobretudo, a autoestima da criança (Meneses, 2001).

Punição em crianças enuréticas por seus pais é muito sério e comum. De forma geral, ao serem interpelados, os pais relatam as agressões, pois não acreditam se tratar de uma punição. Além disso, o cansaço causado às famílias por episódios de enurese é considerado fator de risco para violência doméstica (Sapi, *et al.*, 2009). Estratégias de punição tendem a ser usadas mais frequentemente com as crianças cujos pais são menos tolerantes e seu impacto é sentido pela criança (Ouédraogo *et al.* 1997).

Schlomer *et al.* (2013) demonstraram que 45% dos pais não consideraram o tratamento para suas crianças enuréticas, o que indica que a falta de conhecimento sobre enurese pode também motivar punição. Além disso, punição dos pais aumenta os sintomas depressivos e o número de noites molhadas, porém ainda é considerada parte do tratamento de enurese noturna por muitos pais (AL-Zaben *et al.*, 2014).

O grau de aceitação da enurese pelos pais pode estar relacionado com o sucesso das intervenções, ao longo do tratamento. No entanto, os pais tendem a culpar os filhos por molhar suas camas, podendo puni-los ou expô-los a situações

humilhantes. A punição por causa da enurese pode variar de verbal a física, com ou sem contato físico (Sapi, *et al.*, 2009).

Segundo Hjalmas (2004), as taxas de punição por causa dos episódios de enurese no ano de 1980, foram de 37% no Reino Unido e 35,8% nos EUA. Na década de 1990 na Alemanha, 5,6% de crianças com enurese, sendo que 14,3% de enurese secundária, sofreram alguma punição.

Estes estudos contrastam com pesquisas realizadas na cidade do Rio de Janeiro com 149 crianças e adolescentes com idades entre 6 e 18 anos, que avaliaram a frequência de violência intradomiciliar devido a episódios enuréticos. Nessas pesquisas foram constatadas que 89% dos pacientes entrevistados sofreram algum tipo de agressão, comprovando a alta incidência de punição em crianças e adolescentes enuréticos no nosso meio (Sapi, *et al.*, 2009).

As crianças, em geral, sofrem punições mais severas que os adolescentes, por sua maior vulnerabilidade e menor capacidade de autodefesa, comparadas com adolescentes (Sapi *et al.*, 2009). Por outro lado, alguns estudos sugerem que a punição pode aumentar em decorrência do aumento da idade, tendo o adolescente a ter que lidar com maior intolerância dos pais (Nevéus *et al.*, 2005).

Os desgastes impostos às famílias pelos episódios de enurese de crianças e adolescentes têm sido considerados fatores de risco para a violência doméstica (Sapi *et al.*, 2009). Morgan e Young (1975), afirmam que apenas uma pequena parte dos pais são intolerantes com suas crianças enuréticas. Para Butler (1994), apesar de a maioria dos pais serem suportivos, cerca de 30%, tornam-se intolerantes à enurese de seus filhos.

Dados que se contrapõem a estudos realizados pelo projeto Enurese da Universidade de São Paulo, em uma população de classe média, onde apenas 15,4% dos pais de crianças e 17,3% de adolescentes disseram usar de violência para enfrentar os episódios de enurese (Emerich, Souza e Silvaes, 2011). Os autores, deste estudo, chamam a atenção para a ausência de clientes situados nos pontos extremos inferiores da escala de distribuição econômica neste estudo, revelando que o serviço acabou por privilegiar famílias oriundas das camadas médias da sociedade, o que poderia justificar os resultados discrepantes.

De fato, a intolerância dos pais tem sido citada por muitos autores como um fator de risco para a violência doméstica, levando-os a sentimentos de ansiedade e de culpa, a perda de confiança em suas habilidades parentais e dificuldades no relacionamento com seu filho gerando violência e intolerância (Ouédraogo *et al.* 1997).

Esta relação baseada na intolerância e punição tem impactos sobre a segurança das crianças e adolescentes que sofrem com enurese e pode gerar um grande número de outros problemas comportamentais. Sendo a mãe, na maioria das vezes, o principal agressor (Byrd *et al.*, 1996; Karaman *et al.*, 2013).

Além disto, estudos de revisão advertem acerca do alto risco de violência física e emocional, principalmente quando a criança enurética é percebida pela família como preguiçosa, relutante ou rebelde (Soares *et al.*, 2005).

Pais de nível educacional primário punem pela urina na cama duas vezes mais que pais de nível secundário ou universitário (Hjalmas *et al.*, 2004; Sapi *et al.*, 2009). Tal achado alerta, portanto, para a necessidade de prevenção da punição em crianças cujos pais têm baixa escolaridade podendo, em parte, justificar esse tipo de comportamento.

Sendo a enurese considerada um problema do desenvolvimento, a punição em razão de sua ocorrência pode comprometer o tratamento, gerar insegurança e diminuir a autoestima em crianças e adolescentes. Esta pesquisa sustenta a hipótese de que o acompanhamento psicológico dos pais diminui a frequência de punição de crianças e adolescentes com enurese.

3 OBJETIVOS

Neste estudo os objetivos foram estabelecidos em função de crianças e adolescentes com problemas de enurese.

3.1 Objetivo Primário

- Avaliar a intervenção psicológica junto aos pais, durante o tratamento da criança com enurese primária monossintomática.

3.2 Objetivos Secundários

- Descrever a frequência de punição praticada pelos pais;
- Identificar os tipos de punição praticadas pelos pais;
- Identificar o perfil (sexo e faixa etária) das crianças punidas
- Verificar o nível de tolerância dos pais pré e após a intervenção;
- Verificar o impacto da enurese nas crianças e adolescentes pré e após a intervenção;
- Verificar problemas de comportamento pré e após intervenção;
- Avaliar se a intervenção com os pais melhora os resultados do tratamento da enurese.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um ensaio clínico randomizado não cego em crianças com enurese monossintomática, selecionadas a partir da sua entrada no ambulatório de Enurese do serviço de Urologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período de julho de 2012 a fevereiro de 2015. O ambulatório de Urologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) fornece atendimento por equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Psicólogo).

4.2 Plano amostral e estratégia de seleção

A amostra foi composta por sessenta e seis crianças com enurese primária monossintomática, com idade entre seis e quinze anos, acompanhadas no ambulatório de Urologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). A escolha da amostra foi por critério de conveniência, tendo sido os participantes selecionados de acordo com a elegibilidade.

Os pacientes foram alocados por randomização simples em dois grupos, através de sorteio pela equipe de enfermagem, utilizando o programa [randomizer.org](http://www.randomizer.org) (www.randomizer.org) para gerar números aleatórios.

4.2.1 Grupo experimental

Recebeu acompanhamento médico, de enfermagem e atendimento psicológico por 30 min, uma vez a cada 15 dias (Apendice F); e o familiar recebeu acompanhamento psicológico, também por 30 min, a cada 15 dias, durante seis meses (Apendice G).

4.2.2 Grupo controle

Foi realizado acompanhamento médico, de enfermagem e atendimento psicológico, por 30 min, uma vez a cada 15 dias, pelo período de seis meses (Apendice F). Nesse grupo, não houve intervenção direcionada aos pais.

O tratamento médico realizado para todas as crianças foi a uroterapia, que é a correção do hábito miccional (Néveus *et al*, 2010).

4.3 Critérios de inclusão e não inclusão

4.3.1 Critérios de inclusão

Crianças e adolescentes entre seis e dezenove anos de idade com diagnóstico de enurese monossintomática primária, a partir da sua entrada no ambulatório de Enurese do serviço de Urologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, de forma aleatória.

4.3.2 Critérios de não inclusão

Não foram incluídas crianças e adolescentes cujo responsável não demonstrou interesse em participar da pesquisa ou teve dificuldade em compreender os objetivos do estudo. Além destes, também foram excluídos da amostra os pacientes portadores de doenças neurológicas (que impedissem a participação), renais, encoprese, enurese secundária e, ou não monossintomática e aqueles que já foram submetidos a outros tratamentos para enurese e, ou submetidos à intervenção psicológica nos últimos seis meses. Os pacientes não incluídos no estudo receberam outros tratamentos para a sua doença.

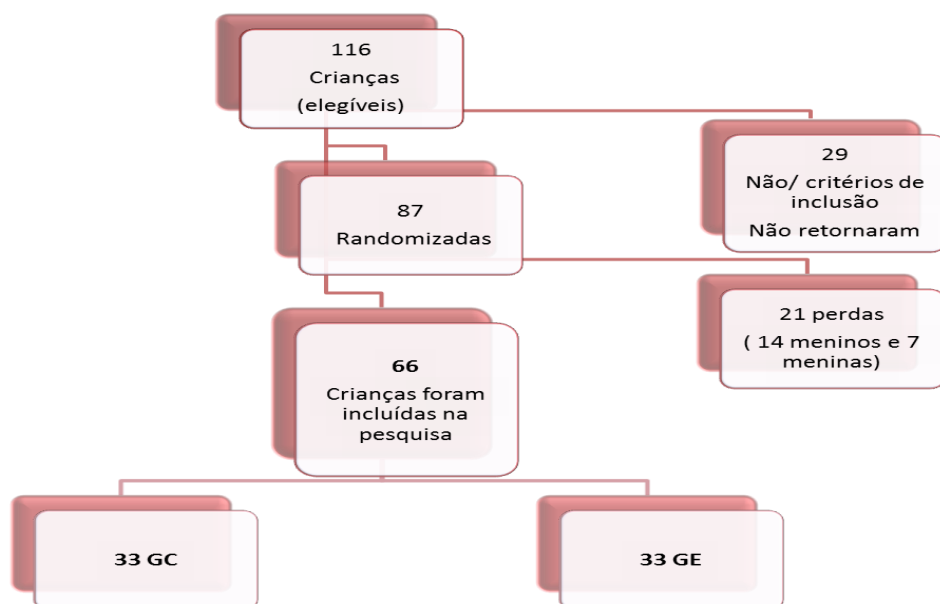


Figura 2 - Fluxograma de pacientes.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Questionário de Atendimento Clínico

O questionário de atendimento clínico (Apêndice B) foi aplicado na primeira consulta pela equipe médica. Nele foram registradas as respostas de perguntas sobre o perfil socioeconômico, o desenvolvimento da criança e o estado de saúde geral, seus sintomas, tipo específico de enurese e as reações da família e da criança frente ao problema. A análise serviu como critério de inclusão/não inclusão do paciente no protocolo do estudo.

Histórico familiar de enurese foi considerado, se um ou ambos os pais tiveram enurese.

4.4.2 Diário Miccional

O diário miccional (Apêndice C) permitiu observar o intervalo entre as micções, volume urinado/micção e volume de líquido ingerido, perdas urinárias e sintomas de urgência miccional. Assim, foi possível entender como a enurese se comporta na criança avaliada, e observar se a criança apresenta sintomas diurnos ou não. A presença de sintomas diurnos caracteriza a enurese não monossintomática e excluiu a criança do estudo.

Este diário foi explicado e solicitado na primeira consulta pela equipe de enfermagem e, só após o retorno e avaliação dos resultados, a criança foi elegível ou não para a pesquisa e o sorteio realizado.

4.4.3 Diário Noturno

O diário noturno (Apêndice D) foi solicitado também pela equipe de enfermagem, a partir do retorno do diário miccional diurno e durante todo o tratamento. Nele, as crianças, sob orientação de seu responsável, anotaram se a noite foi seca ou molhada, permitindo o acompanhamento da evolução e eficácia do tratamento.

4.4.4 Entrevista semiestruturada com a criança

A Entrevista Semiestruturada de Butler (Anexo A) é realizada com o objetivo de verificar a percepção da criança sobre a enurese, assim como o impacto que esta causa em sua vida. A entrevista semiestruturada pode ser avaliada qualitativamente, para fins de avaliação diagnóstica, ou, quantitativamente, para fins de pesquisa (Butler, 1987).

4.4.5 Escala de Impacto

A escala de impacto (Anexo B) contém uma série de frases correspondentes a acontecimentos relativos à enurese sobre as quais a criança deve assinalar a frequência, também para fins de avaliação diagnóstica ou pesquisa. Essa escala avalia o impacto da enurese sob a criança (Butler, 1987).

O questionário foi aplicado no grupo estudado e no grupo controle, antes e após a intervenção, de forma individual pela coordenadora da pesquisa. Na Escala de Impacto, quanto maior a pontuação, maior o impacto da enurese na criança.

Devido à inexistência de instrumentos específicos para avaliar o impacto da enurese em crianças, validado para a população brasileira, este questionário tem sido utilizado por vários pesquisadores no Brasil e se optou por sua utilização neste estudo.

No entanto, há evidências preliminares de validade do uso do instrumento em população brasileira (Salvo; Silvaes e Toni, 2008).

4.4.6 Escala de Intolerância

Essa escala verifica a percepção dos pais em relação ao problema, mais especificamente o quão tolerante cada um deles é em relação à enurese. É composta por 20 itens, onde os pais respondem “sim” ou “não” para cada afirmação. Por isso, foi pedido que cada um dos pais preenchesse o instrumento (Anexo B), separadamente, antes e após a intervenção (Morgan e Young, 1975).

Na versão original do instrumento, os pais são considerados intolerantes, quando o escore é maior do que 1,45.

Apesar de ser um instrumento usado em pesquisas brasileiras, não existe validação para a população brasileira, para o objetivo deste estudo, porém estamos trabalhando para sua validação.

4.4.7 Conflict Tactics Scales – Parent-Child (CTSPC)

O instrumento *Conflict Tactics Scales – Parent-Child* (Anexo D) tem o objetivo de verificar a violência contra a criança, com base em qualquer comportamento considerado errado pelos pais. Esse instrumento foi validado no Brasil por Reichenheim e Moraes (2003). Ele é composto de 22 itens que devem ser respondidos pelos pais com “sim” ou “não”, sobre seu comportamento em relação ao filho. O questionário foi aplicado no grupo estudado e no grupo controle, de forma individual, pela coordenadora da pesquisa.

No CTSPC, é um instrumento de triagem para qualquer tipo de violência. Quanto maior a pontuação, maior a violência (Escore acima de 2,3).

4.4.8 Child Behavior Checklist (CBCL)

O *Child Behavior Checklist* é um instrumento da série de instrumentos de avaliação psicológica chamado ASEBA: Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada, que consiste num formulário respondido pelos pais sobre o comportamento da criança. Portanto, o CBCL é um instrumento com base em dados estatísticos sobre os comportamentos dessas. Ele fornece escores relativos a agrupamentos de problemas internalizantes (como crianças, e não em critérios diagnósticos, ancorados na percepção do responsável. ansiedade, depressão e isolamento), externalizantes (como quebra de regras, oposição) e uma soma total de problemas. Permite, dessa forma, uma avaliação da necessidade de intervenção clínica. Quanto maiores os escores, mais problemas de comportamento – escores acima de 60 são da faixa clínica, ou seja, indica que aquela área merece atenção profissional (Rocha *et al.*, 2010).

O questionário foi aplicado no grupo estudado e no grupo controle, antes e após a intervenção, de forma individual pela coordenadora da pesquisa. Esse instrumento foi validado no Brasil por Bordin *et al.* (1995).

4.4.9 Escala de Autoconceito Infante – Juvenil – EAC – IJ

A Escala de Autoconceito Infante-juvenil – EAC - IJ avalia a interação entre a criança, ou adolescente, e o seu meio ambiente durante seu processo de construção social e ciclo de vida, acompanhado de uma avaliação dos diferentes níveis de autoconceito, medindo áreas importantes da afetividade em distintos contextos sociais, com os quais interage.

A escala é composta por 20 frases, divididas em autoconceito pessoal, autoconceito escolar, autoconceito familiar e autoconceito social. É individual e sem limite de tempo. Foi validada no Brasil por Sisto e Martinelli (2004).

4.5 Procedimentos

A criança foi atendida separadamente do familiar, em local e horário distintos. A consulta teve duração de 30 min, realizada quinzenalmente, pelo período de seis meses e foi utilizado material lúdico que facilitava o atendimento à criança, assim como servia de campo de observação da criança (Apendice F). Os dados da evolução clínica foram anotados para posteriores avaliações e comparação entre os grupos.

O acompanhamento psicológico ambulatorial do familiar foi realizado pela pesquisadora, em local e horário reservados, também quinzenalmente, com duração de 30 min, pelo período de seis meses (Apendice G). O atendimento consistia em acolhimento e treinamento.

Aqueles que necessitaram de continuidade de acompanhamento, após o período da pesquisa, foram encaminhados para o serviço de psicologia de referência.

Os desfechos avaliados foram a diminuição da frequência de punição, a melhora da enurese, melhora nos problemas de comportamento, redução da evasão, além de ter ocorrido a alta médica.

4.6 Punição

Punição foi classificada como verbal e física, com ou sem contato.

- Punição verbal: foi definida como qualquer tipo de punição feito pelo uso de palavras agressivas e, ou ofensa verbal.
- Punição Física: foi considerado qualquer punição que envolve impacto físico sobre a criança, sendo dividida em dois tipos:

- Punição física sem contato (Castigo): foi considerada quando os pais fazem qualquer ação, como castigo, para a criança, sem que toquem a criança.
- Punição física com contato (Agressão): quando a criança é realmente tocada com violência por seus pais.

4.7 Aspectos éticos

Os responsáveis pelos participantes foram instruídos sobre os objetivos e métodos do estudo e, uma vez em concordância com o mesmo, 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 E).

Esta pesquisa foi registrada no *ISRCTN Register* sob o identificador nº ISRCTN46655645, DOI 10.1186/ISRCTN46655645 (Anexo F).

4.8 Estatística

A frequência de noites secas, frequência de punição e problemas de comportamento foi obtida após análise exploratória dos dados e estatística descritiva, apresentados em frequências (absolutas e relativas), média e desvio-padrão.

A evolução da enurese foi verificada pelo registro de noites secas no diário noturno. Os instrumentos de medida de punição e comportamento foram aplicados no início e no término do tratamento para que pudessem ser comparados.

Para análise gerada pelo CBCL, foi utilizado o *Software ADM SCHOOL AGE*.

Os dados foram expressos em média \pm desvio-padrão (SD). As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste exato ou qui-quadrado de Fisher. *Odds ratio* e intervalos de confiança de 95% foram usados para descrever a magnitude da associação entre variáveis categóricas. Todos os testes foram de 2 lados com $p < 0,05$, considerado estatisticamente significativo. As análises foram realizadas usando o *software* estatístico disponível comercialmente (*GraphPad Prisma*, versão 6.02 para *Windows*, San Diego Califórnia, EUA).

5 RESULTADOS

5.1 Características Demográficas

Das 116 crianças e adolescentes elegíveis para o estudo, com idade entre 6 e 19 anos, 29 não atenderam aos critérios de inclusão, ou não retornaram após a primeira consulta, assim, 87 foram randomizados. Destes ocorreram 21 perdas, sendo 14 meninos e 7 meninas.

Sessenta e seis crianças foram incluídas no estudo, ficando 33 em cada grupo. Ambos os grupos foram compostos por 14 meninas e 19 meninos com idade média de $9,45 \pm 2,53$ (6 a 15) anos (Tabela 1).

A maioria dos pais apresentou baixo nível educacional, sendo que 57,57% tinham cursado ensino fundamental, 38% ensino médio, 6% ensino superior.

Tabela 1 – Características sociodemográficas

	Experimental	Controles	p-valor
Idade	9,424 ± 2,525	9,455 ± 2,251	0,9591
M/F	19/14	19/14	1,000

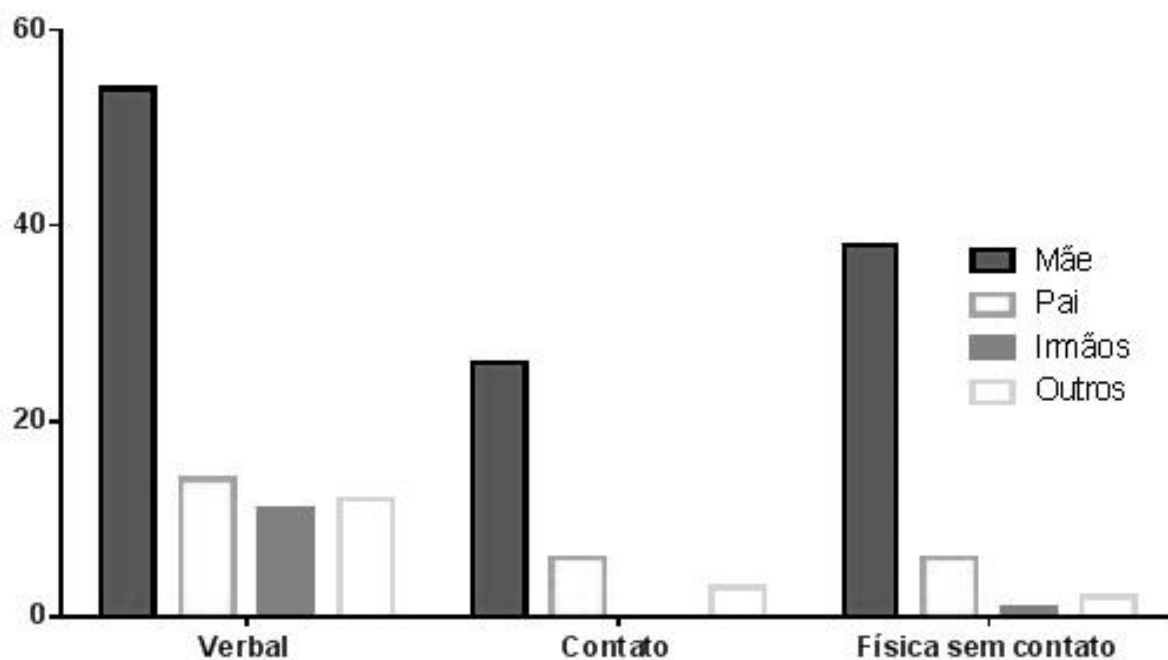
5.2 Violência dos pais

Todas as crianças que participaram do estudo sofreram algum tipo de punição, devido aos episódios de enurese (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipos de punição sofrida pela criança

Tipo de punição	Verbal	Física sem contato (castigo)	Física com contato (agressão)
	100%	65% (43/66)	50% (33/66)

A mãe foi o principal agressor em todos os cenários. Puniu verbalmente em 54% dos casos, fisicamente e com contato 26%, fisicamente e sem contato em 38%. Foi seguida dos pais, irmãos e outros ($p = \text{valor } 0,0485$) (Figura 3).

**Figura 3 – Frequência de punição por agressor.**

Em relação ao tipo de punição, todas as crianças e adolescentes sofreram punição verbal; 50% dos pacientes sofreram punição física com contato no início do

estudo, porém sem diferença significativa, quando avaliamos aquela sofrida por crianças e adolescentes ($p = 1,0000$) (Figura 4).

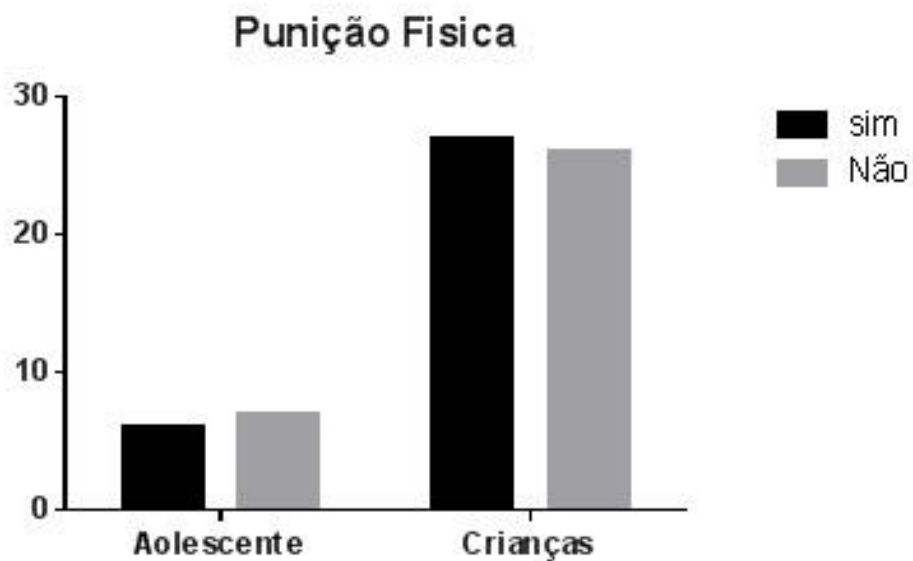


Figura 4 – Frequência de punição física em crianças e adolescentes.

Quanto à punição física sem contato, 65% dos pacientes eram castigados no início do estudo e também não houve diferença entre as crianças, quando comparadas com os adolescentes ($p = 0,3515$) (Figura 5).

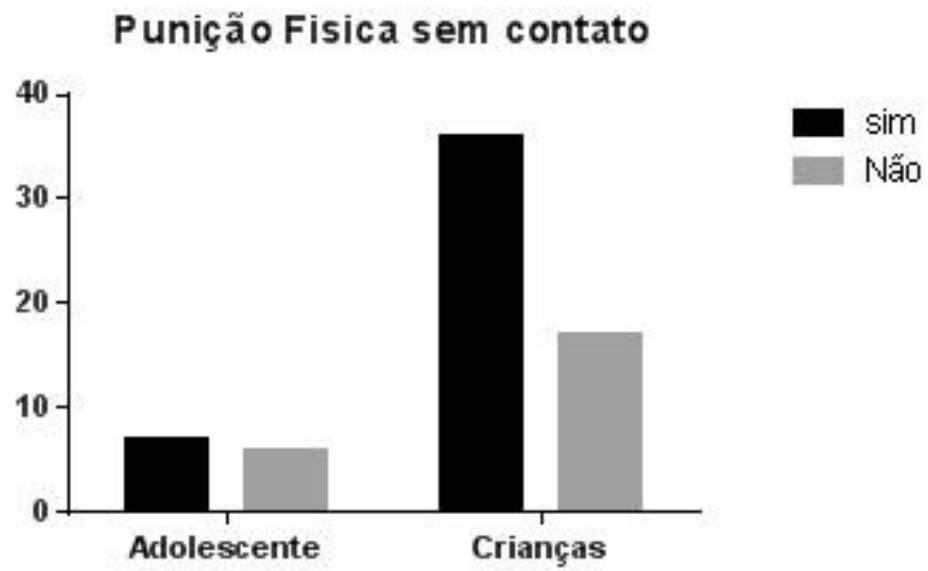


Figura 5 – Frequência de punição física sem contato em crianças e adolescentes.

As meninas sofreram significativamente mais punição física sem contato quando comparadas aos meninos (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência de punição em relação ao gênero

Gênero	Punição	%
Masculino	16/52	30.76%
Feminino	20/35	57.14%

Na avaliação da violência dos pais sobre as crianças, foi possível observar através do CTSPC que após os seis meses de tratamento os pais que receberam acompanhamento psicológico (GE) se tornaram menos violentos ($p = 0,0069$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Violência dos pais nos dois grupos avaliada pelo CTSPC

	Experimental	Controles	p-valor
Pré	11,36 ± 2,848	11,42 ± 3,428	0,9923
Após	7,030 ± 4,050	9,636 ± 3,516	0,0069

5.3 Intolerância dos pais

A Escala de Intolerância mostrou que os pais de todas as crianças com enurese eram intolerantes e que, após o tratamento, a intolerância foi menor naqueles que receberam acompanhamento psicológico – GE ($p = 0,0003$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Escala de Intolerância dos pais

	Experimental	Controle	p-valor
Pré	2,849 ± 0,6800	2,783 ± 0,7125	0,6897
Pós	1,760 ± 0,5820	2,398 ± 0,7671	0,0003

5.4 Problemas Comportamentais

Na análise dos dados comportamentais obtidos através do CBCL, observamos que os grupos eram semelhantes pré e pós tratamento. Sem significância estatística (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação da pontuação no CBCL pré e após o período de intervenção

	Experimental	Controle	p-value
Pré			
CBCL Int	65,5 (7,5)	64,3 (8,4)	0,688
CBCL Ext	62,1 (8,7)	59,5 (10,3)	0,277
CBCL Total	63,8 (8,4)	63,0 (9,0)	0,693
Pós			
CBCL Int	57,3 (15,0)	61,7 (7,9)	0,381
CBCL Ext	57,4 (10,9)	58,6 (10,0)	0,648
CBCL Total	58,8 (11,1)	61,0 (9,1)	0,381

5.5 Escala de Impacto na Criança

Avaliando as crianças com a Escala de Impacto observou-se que elas sofrem um grande impacto por serem enuréticas e que, após o acompanhamento psicológico, aquelas cujos pais também foram acompanhados (GE) apresentaram um impacto menor ($p = 0,0085$) em relação às crianças do grupo controle (Tabela 7).

Tabela 7 - Impacto da enurese na criança nos dois grupos

	Experimental	Controle	p-valor
Pré	21,18 ± 7,548	18,88 ± 7,643	0,2226
Após	10,97 ± 9,574	16,67 ± 7,330	0,0085

5.6 Escala de Autoconceito Infanto-juvenil – EAC - IJ

Na avaliação dos resultados pela Escala de Autoconceito Juvenil, inicialmente os grupos eram semelhantes. Com base nos valores de p na dimensão pessoal, $p = 0,6733$, escolar (pré - $p = 0,8870$), familiar (pré - $p = 0,1337$) e social (pré - $p = 0,6639$) (Figura 6).

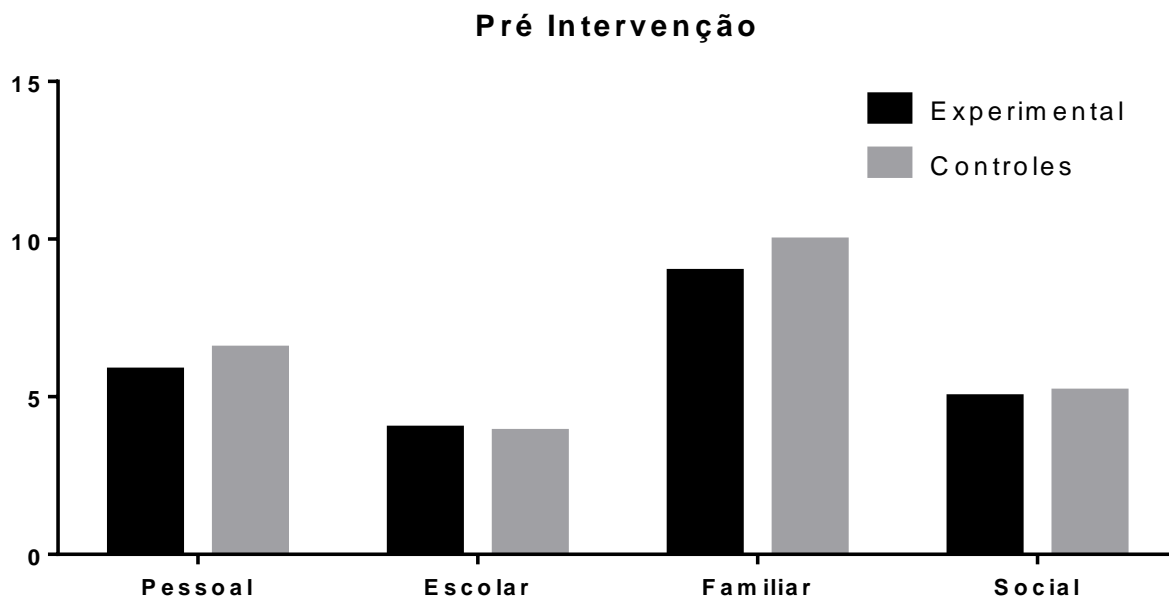


Figura 6 - Médias da escala de autoconceito juvenil dos grupos experimental e controle pré-intervenção.

Na comparação das médias nos grupos, foi possível observar que, nos resultados das dimensões pessoal, escolar, familiar, social eram semelhantes antes do tratamento e se mantiveram semelhantes após a intervenção. Com base nos valores de p na dimensão pessoal $p = 0,6733$, escolar $p = 0,9125$, familiar $p = 0,1588$ e social $p = 0,2200$ (Figura 7).

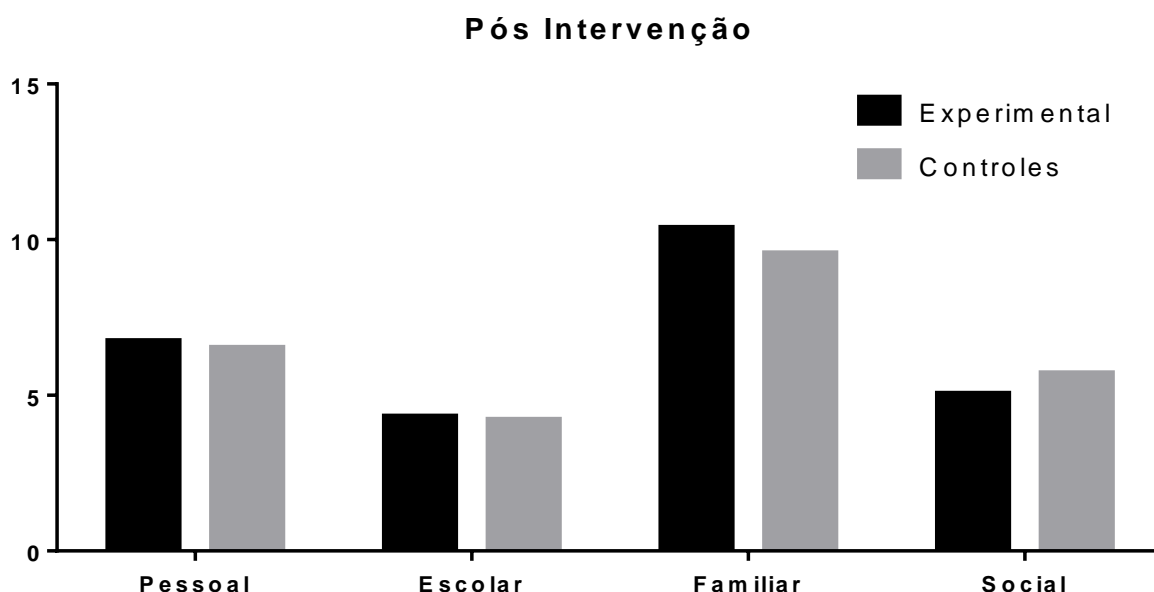


Figura 7 - Médias da escala de autoconceito juvenil dos grupos experimental e controle pós-intervenção.

5.7 Resposta da Enurese ao Tratamento

Antes do tratamento, as crianças do GC apresentava uma quantidade maior de noites secas que as do GE ($p = 0,048$). No entanto, após o tratamento, as crianças do grupo experimental passaram a apresentar uma maior porcentagem de noites secas 52%[30-91] em relação às crianças do GC 10%[3-22,5] ($p = 0,0001$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Melhora noites secas

Noites secas	Experimental	Controle	p-valor
Pré	25.1%	40.8%	0.048
Após	81.0%	54.0%	<0,0001

6 DISCUSSÃO

Na literatura em que se pautou este estudo desenvolvido com o principal objetivo de avaliar o impacto da enurese sobre a criança que sofre desse recorrente problema, assim como a relação da família frente ao problema, confirmou-se que, geralmente, a enurese é tratada como doença apenas da criança, mas, comumente, toda a família está envolvida e sofre quando a criança acorda com a cama molhada.

A alta taxa de evasão dos participantes, encontrada neste estudo, foi um dificultador para se obter uma amostragem maior. O maior abandono que se observou ocorreu, predominantemente, no início do tratamento, muitas vezes, após a primeira consulta, ainda na fase de avaliação da criança.

Esse achado torna-se muito importante nessa população, visto que a evasão de crianças e adolescentes que fazem tratamento para enurese representa grande preocupação para os profissionais que oferecem tratamento para enurese e buscam diminuir esses marcadores. Emerich, Souza e Silvaes (2011) demonstraram que 70% das famílias entrevistadas já haviam buscado tratamento anteriormente. Esta pesquisa corrobora esses resultados de abandono do tratamento, antes da sua conclusão.

Rocha e Silvaes (2006) buscaram analisar os motivos para a desistência do atendimento e propuseram nova alternativa de funcionamento dos serviços oferecidos, através da experiência do Grupo de Espera Recreativo. Nesses grupos foi possível observar os comportamentos das crianças, antes do início do atendimento. Para que os encaminhamentos necessários fossem efetivados, melhorou-se o serviço prestado à comunidade que procura a clínica-escola, além de ter sido útil como instrumento de avaliação diagnóstica, visto que impedir ou diminuir a evasão é um desafio que se impõe aos serviços especializados no atendimento a essa clientela.

Em estudo realizado em nossa clínica de enurese, sobre a gestão de pessoas e evasão nos serviços de saúde, mostrou que, independentemente do setor e de sua natureza, existe enorme necessidade de profissionalização no gerenciamento dos setores de gestão de pessoas das organizações de saúde, para que, finalmente, se possa construir um modelo eficaz de gerenciamento da saúde, focado no ser humano

em sua dimensão integral e atender melhor a população, com maior acolhimento das famílias atendidas (Sá e Vargas, 2014).

Com relação aos aspectos sociodemográficos dos participantes, os grupos estudados foram homogêneos quanto à idade e ao gênero e, assim como na literatura, seguiu-se um padrão de diminuição da prevalência com o aumento da idade e de incidência maior em meninos (Houts, Berman e Abramson, 1994; Butler, 2004). Em relação à violência dos pais contra seus filhos, avaliada por meio do questionário CTSPC, também houve uma homogeneidade entre os grupos estudados.

Punição tem sido demonstrada como prática comum entre famílias de crianças enuréticas, com a frequência variando entre 15% e 89% (Al-Zaben e Sehlo, 2014; Sapi *et al.*, 2009). No grupo estudado, descobrimos que 100% das crianças sofreram algum tipo de punição por causa da enurese, que é a maior prevalência encontrada em comparação aos estudos publicados anteriormente (Sapi *et al.*, 2009; Al-Zaben e Sehlo, 2014; Can *et al.*, 2004). Em estudo prospectivo realizado em Ouagadougou, na África, com características sociodemográficas semelhantes às do grupo de pacientes desta pesquisa, apenas 27% das crianças foram punidas (Ouédraogo *et al.*, 1997).

A alta frequência de punição encontrada neste estudo pode estar relacionada com o baixo nível de educação dos pais da população estudada e também por padrões culturais, o que foi demonstrado por Sapi *et al.* (2009), incluindo famílias com as mesmas características sociais e demográficas que as de nosso país, e em que foi encontrado 89% de punição.

No entanto, um estudo, incluindo famílias de classe média descobriu que os pais de 15,4% de crianças e 17,3% dos adolescentes afirmaram ter usado a violência para lidar com os episódios de enurese (Al-Zaben e Sehlo, 2014). Pelo fato de os pais normalmente não falarem da violência que cometem, sendo a enurese uma manifestação frequente com consequências psicológicas e sociais relevantes, estudos que descrevem a frequência e os tipos de punição são de grande importância para essa população.

Soma-se a isso resultados de uma pesquisa, realizada na Turquia, mostrando que os pais que concluíram o ensino médio utilizam mais métodos de punição do que

outros, demonstrando que os aspectos culturais também podem ter impacto no uso da violência contra crianças enuréticas (Karaman *et al.*, 2013).

A punição é uma das estratégias utilizadas pelos pais no enfrentamento da enurese, com poder disciplinador. No presente estudo, observamos que a mãe foi o principal agressor (42% dos casos). A intolerância das mães tem sido citada por muitos autores como um fator de risco para a violência doméstica (Sapi *et al.*, 2009; Byrd *et al.*, 1996; Karaman *et al.*, 2013). Por outro lado, é necessário levar em consideração que a mãe é a responsável, na maioria das vezes, pelo cuidado diário da criança, o que pode ter influenciado os resultados encontrados.

Fazer os pais falarem sobre a violência que praticam contra seus filhos pode não ser difícil, na maioria das vezes, não entendem o que fazem como punição. Porém, requer tempo e experiência por parte do entrevistador, principalmente, quando se trata de um problema de saúde, visto por muitos como corriqueiro e que se resolve sem ajuda profissional. Isso explica, em parte, as diferentes frequências de punição em estudos com crianças com enurese. A punição utilizada em crianças e adolescentes como forma de educar pode estar ligada a problemas sociais e familiares e, conseqüentemente, não difere na população que sofre de enurese (Sapi *et al.*, 2009).

Na população estudada, todos os pais puniram seu filho, de alguma forma, verbalmente ou fisicamente, com ou sem contato. As meninas sofreram mais punição física sem contato, sugerindo maior atenção às meninas com enurese, em especial, quando os pais possuem baixa escolaridade. Isso evidencia a seriedade do problema no cotidiano das crianças que necessitam ter garantida uma vida familiar em ambiente sem nenhum tipo de violência para se desenvolverem.

Can *et al.* (2004), avaliando um grupo de 154 crianças e adolescentes, constatou que 86,4% sofreram algum tipo de castigo devido à enurese, e 42,1% foram espancadas.

A alta frequência de punição encontrada nesta pesquisa sugere que os pais, antes de receberem informações corretas sobre o problema, culpam os filhos pela enurese, acreditando que eles poderiam conseguir o controle se eles estivessem dispostos a fazê-lo, responsabilizando-os pelo problema. Este é um dado alarmante,

quando se considera a violência contra crianças e adolescentes por incontinência urinária.

Observa-se, no entanto, que os pais, após receberem acompanhamento psicológico, apresentaram escores menores no indicativo de violência, quando comparados com o grupo de pais que não receberam acompanhamento. Sugere-se, ainda, que eles também necessitam de ajuda para lidar com o problema do filho. Ao nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo que avalia intervenção dos pais no tratamento da enurese; e os resultados encontrados evidenciam que intervir com os pais diminui a punição e pode trazer benefício para as crianças e adolescentes com enurese.

No entanto, os impactos da enurese sobre os pais necessitam ser observados. Pais de crianças enuréticas podem sofrer com ansiedade, sentimentos de culpa sobre eles, perda de confiança em suas habilidades parentais e dificuldades no relacionamento com seu filho. Tais dificuldades podem gerar violência e intolerância (Houts, 2003; Meneses, 2001; Morison, 1998).

Nos resultados da Escala de Tolerância, os pais de todas as crianças apresentaram frequência de escores indicativos de intolerância. Após o tratamento, os pais das crianças do grupo experimental apresentaram escores menores, quando comparados com o grupo controle, demonstrando que o acompanhamento destes pode ser um importante fator na melhora da tolerância frente à enurese dos filhos.

O alto grau de intolerância entre os pais estudados pode sugerir, ainda, que os pais são intolerantes à enurese e usam de punição ao disciplinar e educar os filhos. Segundo Azevedo e Guerra (2005), a violência doméstica envolve de forma cíclica várias gerações em sua reprodução, caracterizando sua função disciplinadora e coercitiva.

Essa relação, com base em intolerância e punição, tem impactos sobre a segurança das pessoas que sofrem com a enurese e se relaciona com um grande número de outros problemas comportamentais (Karaman *et al.*, 2013; Butler, 2001). Moffat Kato e Pless (1987) realçaram a importância do atendimento psicológico às crianças com enurese para a melhora de problemas de comportamento. De acordo com Von Gontard *et al.* (2011), 20% a 30% das crianças com enurese apresentam

problemas de comportamento clinicamente relevantes. Essas taxas são de duas a quatro vezes maiores, quando comparadas com aquelas de crianças que não possuem o problema.

Problemas de comportamento pré e pós-intervenção em crianças e adolescentes que participaram desta pesquisa puderam ser observados pela análise dos dados obtidos com o CBCL. Nesse questionário, os problemas são agrupados em três grupos: problemas internalizantes – geralmente associados às meninas, como transtornos depressivos, de humor, de alimentação e de ansiedade – os externalizantes - geralmente associados aos meninos na primeira e média infância, como o Transtorno de conduta, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, comportamento agressivo e o uso de substâncias psicoativas – e os problemas totais – a soma de todos os itens de problemas de comportamento (Achenbach e Rescorla, 2004).

Na avaliação dos pais, ao responderem ao questionário do CBCL, as crianças deste estudo apresentaram escores muito semelhantes aos do início do tratamento e apresentaram escores limítrofes ou clínicos para problemas de comportamento, em quase todas as dimensões avaliadas, com exceção das médias obtidas pelos participantes nos aspectos externalizantes.

Por outro lado, de modo geral, esses resultados estão de acordo com estudos que demonstraram que molhar a cama pode gerar uma série de problemas comportamentais nas crianças (Baeyens *et al.*, 2005; Hirasing *et al.*, 2002; Longstaffe, Moffat e Whalen, 2000).

Nota-se, porém, que, após o tratamento, eles continuam semelhantes. Longstaffe, Moffat e Whalen (2000) já haviam encontrado resultados positivos para diminuição de problemas de comportamento em crianças que sofrem com enurese, após seis meses de tratamento, porém sem intervenção com os pais. Esses autores consideram que tais resultados estejam relacionados com os benefícios do atendimento recebido pela criança.

Houts (2003) realça em seus estudos piores resultados para o tratamento da enurese em crianças com problemas de comportamento. Porto, Duarte e Bordin (2007) utilizaram o CBCL como instrumento de avaliação dos problemas de comportamento em crianças com enurese e também encontrou índices positivos na diminuição de

problemas de comportamento, após intervenção psicológica, porém sem intervenção com os pais.

Arantes (2007) observou que crianças que apresentam escore clínico para problemas de comportamento demoram mais tempo para ter sucesso no tratamento da enurese. Pereira (2012) realçou o fato de que a presença de problemas de comportamentos externalizantes, como o TDAH, representa uma ameaça ao sucesso do tratamento para enurese.

Estudos indicam alta prevalência de TDAH entre crianças enuréticas (Von Gontard *et al.* 1998; Baeyens *et al.*, 2005).

Entretanto, não existe um consenso quanto aos problemas de comportamento devem ser tratados antes de se conduzir o tratamento da enurese, ou se conjuntamente (Longstaffe, Moffat e Whalen, 2000; Hirasing *et al.*, 2002; Arantes, 2007; Pereira *et al.*, 2009). Neste estudo as crianças foram tratadas para enurese tendo, ou não, outros problemas de comportamento.

Os resultados encontrados apontaram que as crianças do grupo experimental, que antes apresentavam problemas de comportamentos, após a intervenção com os pais, além da melhora em quase todas as médias de problemas de comportamento, saíram da faixa limítrofe ou clínica e ainda obtiveram melhora significativa no número de noites secas.

No entanto, esses resultados encontrados poderiam reforçar a ideia de que, independentemente de a criança apresentar problemas de comportamento no início do tratamento, oferecer aos pais atendimento psicológico pode ser um diferencial na clínica de enurese e impactar sobre o tratamento da criança ou adolescente, diminuindo a frequência da punição.

Pesquisas correlacionam a enurese a um baixo autoconceito, ou seja, uma visão desfavorável da criança que tem enurese, sobre si mesma, não existindo um consenso na definição do conceito (National Clinical Guideline Centre, 2010). O autoconceito tem sido estudado, por vários autores, em crianças com enurese, como também afirma Sisto e Martinelli (1999), que defendem a ideia de que este pode ser alterado, de acordo com o contexto em que a criança vive. O construto psicológico do autoconceito

é dinâmico e estaria intimamente ligado à qualidade das relações que se estabelece com as pessoas significativas de seu convívio, no ambiente familiar, escolar ou social.

Neste estudo, os resultados da Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil, que mede a percepção de competência das crianças em domínios específicos da sua vida, após a intervenção com os pais, não apresentaram mudanças. Isso não era esperado, pois, além dos índices de punição encontrados, de forma geral, essas crianças sofrem *bullying* pelos colegas de classe, por causa da enurese, o que foi citado em 12% dos casos de punição verbal.

As crianças e os adolescentes podem ser punidos por todas as pessoas de seu convívio, incluindo as pessoas da escola, e isto poderá incidir sobre o seu autoconceito.

Não ter encontrado resultados significativos após a intervenção na Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil pode estar relacionado ao fato de não ter sido realizada uma análise do autoconceito que comparasse os dados do grupo de crianças que obtiveram melhora da enurese, àquelas crianças que não melhoraram.

Contudo, para algumas crianças, ter enurese é considerado um castigo, e precisa ser avaliado. A criança não tem vontade de acordar, quando percebe que molhou a cama. Elas acreditam, muitas vezes, que as pessoas que não têm enurese não serão capazes de entender o que elas pensam ou sentem. Durante as entrevistas, sentimentos de tristeza, desesperança, culpa e raiva foram autorreferidos, em ambos os grupos, pelas crianças e pelos adolescentes. Tal fato já foi descrito em estudo sobre o impacto da enurese na criança (Butler, 2004).

A simples possibilidade de acordar seco pode fazer diferença em suas vidas. Ao ser perguntado sobre como se sentiria se acordasse seca, uma criança respondeu que sua mãe iria pensar coisas boas sobre ela. Poder tomar água, dormir sem ter de pensar se irá fazer xixi ou não, o quarto não cheirar mal, não ter de colocar colchão no sol, ou lavar as próprias roupas, poder dormir na casa dos colegas, não sofrer *bullying* dos colegas, sentir-se feliz foram algumas das respostas mais comuns sobre a possibilidade de ficar seca. Isso retrata os resultados do presente estudo.

De acordo com Al-Zaben *et al.* (2014), as implicações clínicas de punição são fortes preditoras do aumento na severidade de sintomas depressivos, assim como de

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.

A forma como os pais se expressam com relação ao filho e como exercem o controle e a disciplina tem um grande impacto no comportamento de crianças e adolescentes. Na avaliação dos resultados da Escala de Impacto, encontrou-se um grande impacto sofrido por crianças e adolescentes por serem enuréticos, no início do tratamento. Porém, após o acompanhamento psicológico, aquelas cujos pais receberam acompanhamento, apresentaram melhora significativa, quanto aos dados referentes ao impacto da enurese em suas vidas, avaliados pela Escala de Impacto, comparadas às crianças do grupo controle.

Antes do tratamento, o grupo controle apresentava uma quantidade maior de noites secas que o grupo experimental. No entanto, após o tratamento, as crianças do grupo experimental, cujos pais receberam acompanhamento psicológico, passaram a apresentar maior porcentagem de noites secas em relação às crianças do grupo controle. O número de noites molhadas por semana foi significativamente maior, quando se comparam os grupos com e sem punição infantil e juvenil.

Esses resultados estão de acordo com aqueles de Butler (2004), que enfatizam os vários fatores psicológicos envolvidos na enurese. O autor chama a atenção para o fato de que o estresse e a ansiedade podem ser um resultado da conexão entre enurese e o ambiente social em que estas crianças vivem. Butler (2004) ainda sugere que a ansiedade pode interromper a aquisição da resposta muscular da bexiga, podendo piorar a resposta ao tratamento de enurese.

Morisson et al. (2000) observaram que a prática clínica inclui a necessidade de avaliar a prontidão das famílias a participar no tratamento, para criar oportunidades para um controle eficaz e encorajar expectativas realistas.

Considerando-se que, ao longo do tempo, o tratamento para enurese tem sido feito com censuras, atitudes e comportamentos punitivos, afetando principalmente a autoestima da criança, os dados deste estudo mostraram-se alarmantes e contribuem para o que deveria ser uma rotina para os profissionais de saúde, para acolherem justificadamente os pais e ajudá-los a superar o problema, evitando a punição e considerando a importância das relações familiares para cada um dos seus membros.

Pode-se considerar um elemento limitador deste estudo o fato de não terem sido apresentados os tipos e a frequência de problemas de comportamento, tanto no grupo estudado quanto no grupo de crianças que abandonaram o tratamento¹. Deve-se considerar, ainda, um estudo mais completo sobre autoconceito para possíveis intervenções dirigidas às escolas. Assim como a validação de outros instrumentos, específicos para avaliar outros aspectos em crianças com enurese, que possam medir com maior fidelidade os dados das crianças brasileiras e ampliar os resultados encontrados. A falta destes pode ter sido, também, uma limitação deste estudo.

Além disso, a amostragem utilizada foi aleatória, dificultando a generalização dos resultados. No entanto, a randomização suscita a garantia de que variáveis confundidoras tenham a mesma chance de alocação em qualquer um dos grupos, tornando-os comparáveis e minimizando os vieses de seleção e de confusões.

¹ Esses dados, posteriormente, deverão ser apresentados em um artigo, visto que este não era um dos objetivos da pesquisa.

7 CONCLUSÃO

O estudo conduzido possibilitou as seguintes conclusões:

- Todas as crianças deste estudo foram punidas.
- Ocorreu punição verbal em 100% das crianças, enquanto a punição física com contato (agressão) atingiu 50% delas e sem contato (castigo) 65%.
- Crianças e adolescentes recebem punição física com a mesma frequência, porém as meninas receberam mais punição física sem contato.
- Os pais de crianças enuréticas eram intolerantes, mas depois que receberam apoio psicológico, durante o tratamento de seus filhos, essa intolerância diminuiu significativamente.
- As crianças apresentaram menor impacto da enurese após o tratamento, tendo o impacto diminuído significativamente no grupo experimental.
- Os problemas comportamentais avaliados pelo CBCL se mantiveram semelhantes entre os grupos, tanto antes quanto após a intervenção.
- O atendimento psicológico aos pais impactou positivamente no resultado do tratamento da enurese, aumentando o número de noites secas.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the Aseba School-Age Forms & Profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2004.

AL-ZABEN, F. N.; SEHLO, M. G. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. **Child Abuse Negl.**, v. 14, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (4. ed., texto revisado). Porto Alegre: Artmed. 2004.

ARANTES, M. C. **Problemas de comportamento e resultados do tratamento com alarme para enurese primária** (Dissertação Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de Azevedo. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 2005.

BAEYENS, D. *et al.* Adherence in children with nocturnal enuresis. **Journal of Pediatric Urology**, v. 5, n. 2, p. 105-109, 2009.

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.

BAEYENS, *et al.* Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature re-view. **European Journal of Pediatrics**, v. 164, n.11, p. 665-672, 2005.

BALTAZAR, R. S. C. M. **Stress parental em mães de crianças com enurese e encoprese**. (Dissertação Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009.

BAPTISTA, M. N. Perception of family support inventory: Study of components in two sets. **Psicol Cienc Prof.** 27(3):496-509, 2007.

BARRETT, P. M; DADDS, M. R; RAPEE, R. M. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. **J Consult Clin Psychol**, 64(2):333-42, apr.1996.

BARRETT, P. M. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. **J Clin Child Psychol.**;27(4):459-68, dec. 1998.

BARROS, L. Perturbações de eliminação na infância e adolescência. Lisboa: Climepsi.
Belsky, J. The determinants of parenting: A process model. **Child Development**, 55, 83-96. 48, 2004.

BASTOS NETTO, José Murillo Bastos. *et al.* Prevalência de enurese noturna em crianças matriculadas em escolas públicas. **Principia Caminhos da Iniciação Científica**. UFJF, v. 18, p. 158-170, jan. 2008.

BORDIN, I. A. S; MARI, J. J; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL). Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares. **Rev ABPAPAL**, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16-7-1990, p.13.563. Disponível em. Acesso em 2-2-2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violência**. Brasília DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUTLER, R. J. **Nocturnal enuresis: The child's experience**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.

_____. **Nocturnal enuresis: Psychological perspectives**. Bristol: Wright, 1987.

_____. Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. **Clin Psychol Rev**. v. 24, p. 909-931, 2004.

BUTLER, R. J.; HOLLAND, P.; ROBINSON, J. Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis. **The Journal of Urology**, v. 166, p. 2463-2466, 2001.

BYRD, R. S; WEITZMAN, M; LANPHEAR, N. E. *et al.* Bed-wetting in US children: epidemiology and related behavior problems. **Pediatrics**. v. 98, n. 3, p. 414-419, 1996.

CAN, G; TOPBAS, M; OKTEN, A. *et al.* Child abuse as a result of enuresis. **Pediatr Int**. v. 46, n. 1, p. 64-66, 2004.

COHEN-ZRUBAVEL, V.; KUSHNIR, B.; KUSHNIR, J.; SADEH, A. Sleep and sleepiness in children with nocturnal enuresis. **SLEEP**, v. 34, n. 2, p. 191-194, 2011.

COSTA, N. J. D. **A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme**. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

DAIBS, Y. S. *et al.* Enuresis: impact on children and adolescents and parents' tolerance. **Interação Psicol**, v. 4, n. 2, p.175-183, 2010.

EMERICH, D. R; SOUSA, C. R. B; SILVARES, E.F.M. Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 21, n. 2, ago.2011.

EMERICH, D. R; ROCHA, M. M; GONÇALVES, J.P; SILVARES, E.F.M. Equipe CBCL (6-18) 2010. Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo CBCL (6-18). **Psico (PUCRS impresso)** v. 43, 380-387, 2012.

FEEHAN, M; MCGEE, R; STANTON, W. *et al.* A 6-year follow-up of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. **J Pediatr**. v. 26, n. 2, p. 75-79, 1990.

HIRASING, R. A., *et al.* Effect of Dry Bed Training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91, 960-994, 2002.

HJALMAS, K. *et al.* Nocturnal Enuresis: an international evidence based management strategy. **J Urol**; 171 (6 Pt 2): 2545-61, Jun 2004.

HOECKE, E. V; HOEBEKE, P; BRAET, C.; Walle J. V. An Assessment of Internalizing Problems in Children with Enuresis. **J Urol**. 171, 2580-2583, June 2004.

HOUTS A. C.; Jeffrey S. BERMAN; Hillel ABRAMSON. Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Nocturnal Enuresis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 1994, v. 62, n. 4, 737-745. 1994.

HOUTS, A. C. Behavioral treatment for enuresis. In: Kazdin AE, Weisz JR, (ed.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York, **The Guilford Press**. p. 389-406, 2003.

KARAMAN, M. I; KOCA, O; KUCUK, E. V. *et al.* Methods and rates of punishment implemented by families to enuretic children in Turkey. **Int Braz J Urol**. v. 39, n. 3, p. 402-407, 2013.

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

LONGSTAFFE, S; MOFFAT, M. E; WHALEN, J. C. Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. **J Ped**, v. 105, p. 935-40, 2000.

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MENESES, R.P. Enurese noturna monossintomática. **J Ped**, v.77, n.3, p.161-168, 2001.

MOFFAT, M. E; KATO, C, PLESS, I. B. Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: Randomized controlled trial. **J Ped**, v. 110. n. 4, p. 647-652, 1987.

MORGAN, R.T., YOUNG, G. C. Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. **Behav Res Ther**, v. 13, n. 2-3, p. 197-199, 1975.

MORISON, M. J. Parent's and young people's attitudes toward bedwetting and their influence on behavior, including readiness to engage in and persist with treatment. **Br J Urol**, v. 81, p. 56-66, 1998.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (UK). Nocturnal Enuresis: The Management of Bedwetting in Children and Young People. **London: Royal College of Physicians (UK)**; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 111.) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62712/>

NAVATTA, A. C. R., FONSECA, M. F.; MUSZKAT, M. Triagem diagnóstica no processo de avaliação neuropsicológica interdisciplinar. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v 22, n. 3, 2009.

NEVÉUS T. *et al.* Diuretic treatment of nocturnal enuresis. **Scand J Urol Nephrol.**, v. 39, n. 6, p. 474-478. 2005.

NEVÉUS, T. *et al.* Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics. **Br J Urol**, v.81, n.3, p.67-71, 1998.

_____. 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.

_____. Evaluation and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. **J Urol**, p. 441-447, 2010.

_____. 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. **Pediatr Nephrol.** v. 26, p. 1207-1214. 2011.

NORGAARD, J. P. *et al.* Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. **Br J Urol**, v.81, n.3, p. 1-16, 1998.

OUÉDRAOGO, A.; KERE, M; OUÉDRAOGO, T. *et al.* Epidemiology of enuresis among children and teenagers, 5 to 16-years old, in Ouagadougou (Burkina Faso) **Archives de Pédiatrie.** 1997. v. 4, n. 10, p. 947–951.

PEREIRA, R. F. Enurese noturna na infância e na adolescência: intervenção comportamental em grupos de pais e em grupos de crianças com aparelho nacional de alarme. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

PEREIRA, R. F. *et al.* Acompanhamento presencial e à distância para o tratamento da enurese noturna com alarme. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 183-191, Jun. 2012.

PEREIRA, R. F.; FACCO, M. A.; SILVARES, E. F. M. Enurese noturna infantil. Tratamento comportamental com aparelho de alarme e seguimento como controle de recaída: Estudo de caso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 53(2), 113–22. 2004.

PEREIRA, R. F.; SILVARES, E. F. M. ADESÃO EM SAÚDE E PSICOTERAPIA: CONCEITUAÇÃO E APLICAÇÃO NA ENURESE NOTURNA. **Psicologia USP** 201223539-557. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305126302007>. Date of reference: 17 / enero / 2016.

PEREIRA, R. F. *et al.* O efeito da terapia comportamental para enurese sobre outros problemas de comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (UnB. Impresso), v. 25, p. 419-423, 2009.

PORTO, P., C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 7-11, Mar. 2007.

RANGEL, R. A. Avaliação da qualidade de vida em crianças com enurese noturna. Dissertação (Mestrado em Saúde). Universidade Federal de Juiz de Fora, 31 p., 2009.

RAPPAPORT, L. Prognostic factors for alarm treatment. **Br. J. Urol.**, v.81, n.3, p. 55-8, 1998.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1701-1712, nov., 2003.

M. M. Rocha, L. A. Rescorla, D. R. Emerich, E. F. M. Silvares, J. C. Borsa, L. G. S. Araújo, M. H. S. M. Bertolla, M. S. Oliveira, N. C. S. Perez, P. M. Freitas and S. G. Assis (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 22, pp 329-338.

ROCHA, Marina Monzani da; BRAGA, Paula Ferreira; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Grupo de espera recreativo como instrumento de avaliação diagnóstica. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 115-125, dez., 2006.

SADOCK, B. J; SADOCK, A. S. KAPLAN; SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. pp. 683-685. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SÁ, C A.; VARGAS, MF. GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS, QUE SE RELACIONAM COM A EVASÃO NO TRATAMENTO DA ENURESE: um relato de

experiência. TCC (Especialização em Planejamento e Gestão em Saúde) Universidade Federal de Juiz de Fora, 36 p., 2014.

SALVO, C.; SILVARES, E.F.M.; TONI, P.M. Avaliação Fatorial da Escala de Impacto à Enurese. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 2, p. 240-245, abr./jun. 2008.

SAPI, M. C; VASCONCELOS, J. S; SILVA, F. G. *et al.* Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. **J Pediatr**. 2009. v. 85, n. 5, p. 433-437.

SCHLOMER, B.; RODRIGUEZ, E.; WEISS, D. *et al.* Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. **Journal of Pediatric Urology**. v. 9, p.1043-1048, 2013.

SCHOEN-FERREIRA, T. *et al.* Levantamento de enurese no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 31-36. 2007.

SILVA, O.; ALENCAR, E. M. L. S. Criatividade no ensino de enfermagem – enfoque triádico: professor, aluno currículo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 610-614, 2003.

SILVARES, E. F. M. *et al.* **Inventário de Comportamentos para Crianças e adolescentes: Versão brasileira do “Child Behavior Checklist 6/18”**, Trad. I. A. Bordin, E. F. M, SILVARES, M. C. TEIXEIRA; C. S. PAULA. Projeto Enurese, Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

SILVARES, E. F. M. *et al.* Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças [CBCL]. In:_____. **Atendimento psicológico em clínicas-escola** (pp. 59-72). Campinas, SP: Editora Alíneas, 2006.

SILVARES, E. F. M. S. **Avaliação da competência social e dos distúrbios de comportamento, através do CBCL, em crianças brasileiras encaminhadas para avaliação psicológica em clínicas-escola de Psicologia, situadas em diferentes regiões do país**. Projeto Temático, FAPESP, 2001.

SILVARES, E. F. M.; PEREIRA, R. F. O papel do supervisor de pesquisas com psicoterapia em clínica-escola. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas** (Impresso), Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 67-74, 2006.

SILVARES, E. F. M; PEREIRA, R. F. Adesão em saúde e psicoterapia: conceituação e aplicação na enurese noturna. **Psicol. USP**, v. 23, n. 3, p. 539-558, 2012.

SISTO, F. F.; MARTINELLI, S. C. **Escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ)**. São Paulo: FTD, 1999.

SOARES, A. H. R. *et al.* A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, Sept. 2005.

SOUSA, C. R. B. **Tratamento comportamental da enurese noturna em crianças com comorbidade de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** (Dissertação Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 165 p., 2010.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? **Rev. Medicina.** Ribeirão Preto. v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>> Acesso em 31 de julho de 2011

STENBERG, A.; LACKGREN, G. Desmopressin tablets in the treatment of severe nocturnal enuresis in adolescents. **Pediatr**, v. 94, p. 841-846, 1994.

THIEDKE, C. C. Nocturnal enuresis. **American Family Phisician.** v. 67, p.1499-1506 e 1509-1510, 2003.

Von GONTARD A, *et al.* Molecular genetics of nocturnal enuresis: clinical and genetic heterogeneity. *Acta Paediatr* v. 87, p. 571-578, 1998.

Von GONTARD, A. *et al.* The genetics of enuresis: A review. **The Journal of Urology**, v.166, n. 6, p. 2438-2443, 2001.

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.

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

APÊNDICE B

Questionário de Atendimento Clínico Ambulatório de Uropediatria HU/EBSERH/UFJF

Data do 1º atendimento: ___/___/___

Identificação:

Nome: _____ Prontuário: _____

D. N.: ___/___/___

Sexo: ()F ()M

Cor: ()B ()PD ()N

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Tel: _____

Anamnese

1. Situação socioeconômica

Possui:	0	1	2	3	4 ou +
1.1 Televisão em cores					
1.2 Rádio					
1.3 Banheiro					
1.4 Automóvel					
1.5 Empregada mensalista					
1.6 Aspirador de pó					
1.7 Vídeo cassete - DVD					
1.8 Geladeira					
1.9 Freezer					

2. Chefe da família: ()pai ()mãe ()outro: _____

3. Grau de instrução do pai:

3.1 Analfabeto/primário incompleto ()sim ()não

3.2 Primário completo/ensino fundamental incompleto ()sim ()não

3.3 Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto ()sim ()não

3.4 Ensino médio completo/superior incompleto ()sim ()não

3.5 Superior completo ()sim ()não

4. Grau de instrução da mãe

4.1 Analfabeto/primário incompleto ()sim ()não

4.2 Primário completo/ensino fundamental incompleto ()sim ()não

4.3 Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto ()sim ()não

4.4 Ensino médio completo/superior incompleto ()sim ()não

4.5 Superior completo ()sim ()não

5. História gestacional, de parto e neonatal:

5.1 Diabetes gestacional ()sim ()não

5.2 Prematuridade ()sim ()não

- 5.3 Sofrimento respiratório sim não
 5.4 Cianose sim não
 5.5 Sepsis sim não
 5.6 Convulsão sim não
 5.7 Icterícia sim não

6. História do desenvolvimento

- 6.1 Normal sim não
 6.2 Atraso sim não
 6.3 Ignorado sim não
 7. A criança mora com o pai e com a mãe? sim não
 8. A criança mora com pelo menos um dos pais? sim não
 8.1 Quem mora na casa? _____

9. Pais separados?

- sim não

10. Órfão?

- 10.1 Pai sim não
 10.2 Mãe sim não
 10.3 Ambos sim não

11. Tem irmãos? sim não
 11.1 Se sim, quantos?: 1 2 3 4 5
 11.2 É o primeiro filho? sim não
 11.3 É o filho do meio? sim não
 11.4 É o filho mais novo? sim não

12. A criança é portadora de alguma doença crônica? sim era, mas curou não
 12.1 Qual? _____ Por quanto tempo? _____

13. Em que idade adquiriu controle miccional:

- | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|---|
| 13.1 Diurno: < 2 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | 13.1 Noturno < 2 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 2-3 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | 2-3 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 3-4 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | 3-4 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| >4 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | >4 anos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Ainda não adquiriu | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | Ainda não adquiriu | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |

14. Algum período "seco"? sim..... 14.1 Quanto tempo? _____
 não

15. Enurese classificada como:

- 15.1 Primária sim não
 15.2 Secundária sim não
 15.2.1 Secundária - Há hipótese da causa desencadeante? sim não
 15.2.1.1 Se sim – qual a causa atribuída
 15.2.1.1.1 Morte sim não
 15.2.1.1.2 Mudança de endereço ou cidade sim não
 15.2.1.1.3 Mudança de escola sim não
 15.2.1.1.4 Nascimento de irmão sim não
 15.2.1.1.5 Separação dos pais sim não

- 15.2.1.1.6 Outros _____ ()sim ()não
16. Qual a frequência das micções noturnas?
- 16.1 Uma vez por noite ()sim ()não
- 16.2 Duas vezes por noite ()sim ()não
- 16.3 Três ou mais vezes por noite ()sim ()não
17. Qual a frequência semanal de ocorrência da enurese noturna?
- 17.1 Todas as noites ()sim ()não
- 17.2 Quatro a seis vezes por semana ()sim ()não
- 17.3 Uma a três vezes por semana ()sim ()não
- 17.4 Somente aos fins-de-semana ()sim ()não
18. Há incontinência diurna? ()sim ()não
- 18.1 Se sim, em que frequência?
- 18.1.1 Todos os dias ()sim ()não
- 18.1.2 Quatro a seis vezes por semana ()sim ()não
- 18.1.3 Uma a três vezes por semana ()sim ()não
- 18.1.4 Somente nos fins de semana ()sim ()não
19. A criança apresenta alguns dos sintomas abaixo?
- 19.1 Polaciúria ()sim ()não
- 19.2 Urgência ()sim ()não
- 19.3 Urge-incontinência ()sim ()não
- 19.4 Micção infrequente ()sim ()não
20. Há relato de episódio de ITU? ()sim ()não
- 20.1 Se sim, quantos episódios?
- 20.1.1 Um único episódio ()sim ()não
- 20.1.2 Dois episódios ()sim ()não
- 20.1.3 Três ou mais episódios ()sim ()não
21. Apresenta constipação intestinal? ()sim ()não
22. A criança tem algum distúrbio do sono? ()sim ()não
- 22.1 Se sim, qual?
- 22.1.1 Profundo ()sim ()não
- 22.1.2 Parassonais (sonambulismo, fala dormindo, etc.) ()sim ()não
23. Há histórico familiar de enurese noturna? ()sim ()não
- 23.1 Se sim, quem?
- 23.1.1 Pai ()sim ()não 13.1.1.1 Se sim, ate qual idade? ____
- 23.1.2 Mãe ()sim ()não 13.1.2.1 Se sim, ate qual idade? ____
- 23.1.3 Irmãos ()sim ()não 13.1.3.1 Se sim, ate qual idade? ____
- 23.1.4 Outros _____ ()sim ()não 13.1.4.1 Se sim, ate qual idade? ____
24. A dieta da criança inclui:
- 24.1 Cafeína (café, chá preto/mate, colas/guaraná, chocolate) ()sim ()não
- 24.2 Bebidas cítricas ()sim ()não
25. A criança já fez algum tratamento para enurese? ()sim ()não
- 25.1 Se sim, qual?
- 25.1.1 ADT ()sim ()não
- 25.1.2 DDAVP ()sim ()não
- 25.1.3 Anticolinérgicos ()sim ()não

- 25.1.4 Psicológico ()sim ()não
 25.1.5 Mudança de hábitos ()sim ()não
 25.1.6 Outros _____ ()sim ()não
- 25.2 Se sim qual o resultado?
 25.2.1 Cura ()sim ()não
 25.2.2 Melhora parcial ()sim ()não
 25.2.3 Sem melhora ()sim ()não

26. A criança está fazendo algum tratamento no momento?()sim ()não

- 26.1 Se sim, qual?
 26.1.1 ADT ()sim ()não
 26.1.2 DDAVP ()sim ()não
 26.1.3 Anticolinérgicos ()sim ()não
 26.1.4 Psicológico ()sim ()não
 26.1.5 Mudança de hábitos ()sim ()não
 26.1.6 Outros _____ ()sim ()não
- 26.2 Se sim qual o resultado?
 26.2.1 Cura ()sim ()não
 26.2.2 Melhora parcial ()sim ()não
 26.2.3 Sem melhora ()sim ()não

27. Qual a reação da família frente à enurese?

- 27.1 Não se incomoda ()sim ()não
 27.2 Conversa com a criança ()sim ()não
 27.3 Culpa e pune a criança ()sim ()não

28. Como é o rendimento escolar da criança?

- 28.1 Excelente ()sim ()não
 28.2 Bom ()sim ()não
 28.3 Ruim ()sim ()não

Exame Físico:

29. Genitália normal? ()sim ()não

29.1 Se não, qual alteração? _____

30. Região dorsal normal? ()sim ()não

30.1 Se não, qual alteração? _____

31. Outras alterações? ()sim ()não

31.1 Se sim, quais? _____

Exames Complementares solicitados:

32. Diário Miccional:
 ()sim (início: ___/___/___ - término ___/___/___) ()não

32.1 Frequência média diurna: _____vezes

32.2 Volume médio diurno: _____ml

32.3 Volume máximo: _____ml

32.4 Volume médio ingerido: _____ml

32.5 Perda diurna: ()sim ()não

- 32.5.1 Se sim, quantas vezes? uma vez
 duas vezes
 mais que duas vezes

33. EAS

sim (data: ___/___/___) não

- 33.1 Se sim: normal? sim não
 Densidade? _____

34. Urocultura

sim (data: ___/___/___) não

34.1 Se sim: negativo

positivo – agente: _____

35. USG:

sim (data: ___/___/___) não

35.1 Se sim: normal

alterado

35.2 Hidronefrose sim não

35.2.1 Se sim, qual o lado envolvido? esquerdo direito

35.3 Capacidade vesical: _____ ml

35.4 Resíduo pós-miccional: _____ ml

36. Radiografia de coluna lombossacra:

sim (data: ___/___/___) não

36.1 Se sim: normal alterado

36.2 Agenesia sacral? sim não

36.3 Defeito de fusão? sim – 36.3.1 Nível _____ não

36.4 Outros: _____

37. Urofluxometria:

sim (data: ___/___/___) não

37.1 Se sim: aumentado

pico

normal

diminuído

37.2 Eletromiografia: normal dissinérgico

38. Hormônio anti-diurético:

sim (data: ___/___/___) não

38.1 Se sim: valor dia: _____

valor noite: _____

39: UCGM

sim (data: ___/___/___) não

39.1 Se sim: normal

alterado: _____

40. Urodinâmica:

sim (data: ___/___/___) não

39.1 Se sim: normal

alterado: _____

41. Outros: _____ (___ / ___ / ___)

41.1 Se sim: () normal

() alterado: _____

OBS: _____

APÊNDICE C

Diário Miccional

Ambulatório de Uropediatria HU/EBSERH/UFJF

Anverso

POR QUE PREENCHER O DIÁRIO MICCIONAL?

O DIÁRIO MICCIONAL é um dos principais exames na investigação de problemas da micção.

A partir das informações obtidas através do Diário Miccional, o urologista pediátrico poderá entender melhor o padrão miccional da criança, e baseando-se nesses dados, orientar o melhor tratamento.

O correto preenchimento do DIÁRIO MICCIONAL é fundamental no diagnóstico e tratamento da criança.



INSTRUÇÕES:

Anote todos os episódios relacionados à micção por 3 dias consecutivos, iniciando quando acordar no primeiro dia, até ir dormir no terceiro dia.

- No início do dia escreva a data;
- Anote a hora de cada vez que urinar;
- Anote a quantidade (volume) de toda micção;
- Anote a hora de toda vez que a criança ingerir líquido e, na última coluna, o volume (ml) de todo líquido que ingeriu;

Urgência (dificuldade para segurar a urina):

Se ocorrer marque um "x" na coluna Urgência.

Hora	Volume urinado (ml)	Urgência	Perda	Volume ingerido (ml)
8:30	200 ml			
9:00				175 ml
10:00	175 ml	X		

Perda (molhar a cueca/calcinha):

Se ocorrer desenhe



Se estiver seco, desenhe



Em caso de qualquer dúvida, favor procurar o

Serviço de
UROLOGIA
PEDIÁTRICA do

Hospital
Universitário
UFJF



Telefone de Contato:

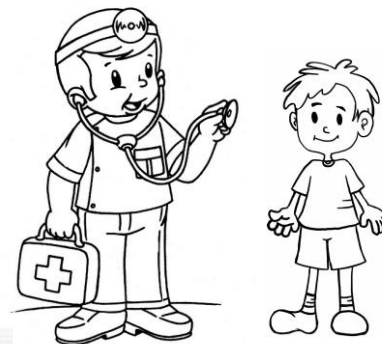
4009 - 5131

4009 - 5316

8829 - 2111

Verso

Diário Miccional



Nome:

APÊNDICE D


Diário Noturno

Ambulatório de Uropediatria HU/EBSERH/UFJF




Anverso

ORIENTAÇÕES

- 1) Urinar antes de dormir (2 vezes);
- 2) Urinar ao acordar e a cada 3 ou 4 horas durante o dia;
- 3) Diminuir ingestão de líquidos à noite;
- 4) Eliminar cafeína (café, coca-cola, pepsi, guaraná, chocolate, chá preto ou mate) e bebidas cítricas;
- 5) Fazer a criança participar do problema, ajudando com as roupas molhadas;
- 6) Motivar a criança;
- 7) Incentivar com pequenos presentes toda vez que a criança acordar seca.

Desenhar um  toda vez que acordar seco.

Desenhar uma  toda vez que acordar molhado.

Data	Seco/molhado
28/03/11	
29/03/11	
30/03/11	

Em caso de qualquer
dúvida, favor procurar o Serviço de
UROLOGIA PEDIÁTRICA do
Hospital Universitário
UFJF

Em caso de
qualquer
dúvida, favor
procurar o Serviço
de
UROLOGIA
PEDIÁTRICA do
Hospital
Universitário
UFJF



Telefone de Contato:

4009 - 5131 /

4009 – 5316/

98829 - 2111

Tratamento da Enurese Diário Miccional



Nome:

APENDICE E

Artigo 1

Increased Risk of Physical Punishment among Enuretic Children with Family History of Enuresis

Cacilda Andrade Sá, Ana Carolina Gusmão Paiva, Maria Clotilde Lima Bezerra de Menezes, Liliana Fajardo de Oliveira, Carlos Augusto Gomes, André Avarese de Figueiredo, José de Bessa, Jr. and José Murillo B. Netto*

From the Federal University of Juiz de Fora (CAS, ACGP, MCLBdM, LFdO, AAfF) and Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus of the School of Medical Sciences and Health of Juiz de Fora, Juiz de Fora (CAG, JMBN) and State University of Feira de Santana (JdB), Feira de Santana, Brazil

Purpose: Some parents blame their children for bedwetting and, therefore, punish them. This study aimed to assess the rate of punishment experienced by enuretic children and associated causative factors.

Materials and Methods: A total of 87 children 6 to 15 years old with mono-symptomatic enuresis were assessed individually. Parents answered the questions in the tolerance scale. The forms of punishment were classified as verbal, chastisement and physical aggression. Family history of enuresis was considered only when 1 or both parents had experienced enuresis.

Results: Of the 35 girls and 52 boys with a mean \pm SD age of 9.3 ± 2.3 years 67 had a family history of enuresis. Of the 67 parents 57 (85.0%) had a history of being punished due to enuresis. All children experienced some sort of verbal punishment. Children who had a family history of enuresis were more prone to being punished by physical aggression than those without such a family history (32 of 67 or 47.8% vs 4 of 20 or 20%, OR 3.7, 95% CI 1.1–12.1, $p = 0.03$). Punishment was found 3 times more frequently in girls than in boys (20 of 35 or 57.1% vs 16 of 52 or 30.8%, OR 3.0, 95% CI 1.2–7.3). Parents of 79 of the 87 children (90.8%) had high scores on the tolerance scale regardless of the history of enuresis.

Conclusions: Enuretic children are at a high risk for experiencing some kind of punishment. Children whose parents had enuresis are at risk for being physically punished. Parents should be taught about the involuntary nature of enuresis and the fact that no punishment would help improve the condition.

Key Words: urinary bladder, enuresis, punishment, child abuse, parents

PRIMARY nocturnal enuresis, that is involuntary loss of urine during sleep, affects about 6% to 10% of children at age 7 years but its incidence decreases by about 15% for each subsequent year of age. It is a medical and familial concern that can also be considered a public health problem.¹ In spite of being a well-known

disorder there is still no clear definition of its etiology mainly due to lack of clarity about its origin, intervening factors, and uniformity of concepts and definitions.²

Although it does not cause any physical or cognitive limitations in the life of the child, enuresis is one of the most common chronic problems of

Accepted for publication November 11, 2015. No direct or indirect commercial incentive associated with publishing this article.

The corresponding author certifies that, when applicable, a statement(s) has been included in the manuscript documenting institutional review board, ethics committee or ethical review board study approval; principles of Helsinki Declaration were followed in lieu of formal ethics committee approval; institutional animal care and use committee approval; all human subjects provided written informed consent with guarantees of confidentiality; IRB approved protocol number; animal approved project number.

* Correspondence: Av. Rio Branco, 2985/605, Juiz de Fora, Minas Gerais, 36010-012, Brazil (telephone: 55 32 3218-9899; e-mail: jose.murillo@ufjf.edu.br).

and emotional implications that require parent, physician and researcher attention.³

Evidence shows that behavioral problems as a cause of bedwetting have not been confirmed,⁴ although behavioral improvements after enuresis treatment have been observed.⁵ Nevertheless, secondary enuresis (a condition that develops at least 6 months after a person has learned to control the bladder) seems to be related to a higher incidence of stressful social and familial events.¹ Studies support that the older the enuretic child, the greater the chance of emotional disorders.⁶

Parents punishing enuretic children is not a rare occurrence and it is a secret that remains in the family. Furthermore, family weariness due to bedwetting episodes is considered a risk factor for domestic violence.⁷ Studies of punishment due to enuretic episodes claim that families punish 2% to 89% of children with enuresis.^{7,8-11} Punishment strategies tend to be used more often in children whose parents are less tolerant and they impact the life of the enuretic child.^{9,10} Although it is a burden to the whole family, Schlomer et al reported that about 45% of parents do not consider treatment for their enuretic child.¹¹

Lack of knowledge about enuresis may also motivate punishment.¹² Studies suggest that parental punishment has a poor outcome in children with enuresis.¹³ Punishment is still considered part of nocturnal enuresis treatment by many parents.¹⁴

The degree of parental acceptance of enuresis may be related to treatment success. Most of the time parents tend to blame their children for wetting the bed and, therefore, may punish them or expose them to humiliating situations. According to Sapi et al punishment may vary from verbal to physical aggression.⁷

The aim of this study was to evaluate punishment among enuretic children in our population and factors related to it.

PATIENTS AND METHODS

All new patients starting treatment at the enuresis clinic at University Hospital of Federal University of Juiz de Fora from March 2012 to March 2015 were asked to participate in the study. Our enuresis clinic is a treatment center for all children who present with enuresis and voiding dysfunction in an area of about 1 million inhabitants.

The human research ethics committee at our institution approved the study. The legal guardians of all included children were asked to provide written informed consent.

At the first visit a structured questionnaire on patient general health and urinary symptoms as well as the family history of enuresis was administered to assess the characteristics of enuresis. Children were also asked to

complete a 3-day voiding diary to help classify enuresis as monosymptomatic or nonmonosymptomatic. Only those with primary monosymptomatic enuresis were included in study.

To evaluate the frequency and type of punishment due to enuresis a psychologist interviewed both parents and children individually and apart from each other. Some play materials were used to facilitate the interview with the child. Punishment was classified as 1) verbal, including humiliation, threatening, bullying, verbal offenses, etc, 2) chastisement, characterized by a strong reprimand or penalization without physical contact between the aggressor and the child, and 3) physical aggression, which is when the child was touched violently.

Each interview was done by the team psychologist in a private environment and it lasted about 30 minutes. Parents also answered the questions in the tolerance scale.¹⁵ The scale contains 20 items and is used to check their perception regarding enuresis and identify their degree of tolerance toward enuresis in their children. This measure is completed by the parent when away from the child. Parents are considered intolerant when the score is greater than 1.45.

Continuous variables are expressed as the mean \pm SD or the median and IQR. Categorical variables were compared using the Fisher exact or chi-square test. The OR and 95% CI are used to describe the magnitude of the association between categorical variables. Univariate analysis was done to determine possible associations with physical punishment. All tests were 2-sided with $p < 0.05$ considered statistically significant. Analysis was performed using Prism®, version 6.02 for Windows®.

RESULTS

A total of 87 children (35 girls and 52 boys) with a mean age of 9.3 ± 2.3 years (range 6 to 15) were included in study. None of the parents or children refused to answer any of the questions. Many parents had a low level of education and only 35 of 87 (about 40%) had a high school or college degree (see table).

All children assessed in the study had experienced some type of punishment, including verbal punishment in 100%, chastisement in 56.3% (49 of 87) and physical aggression in 41.4% (36 of 87). Of

[T1]

Demographic characteristics of enuretic children and parents, and punishment by gender

No. pts (%)	87	
Male	52	(60)
Female	35	(40)
No. punishment (%):*		
Male	16	(31)
Female	20	(57)
Mean \pm SD yrs age (range)	9.3 \pm 2.3	(6–15)
Parent educational level:		
Elementary school	52	(60)
High school	31	(35)
College degree	4	(5)

* OR 3.0 (95% CI 1.23–7.32).

the 87 children 67 (77%) had a family history of enuresis. One or both of the parents of 57 of the 67 children (85.1%) had experienced some type of punishment because of enuresis when they were children.

Punishment was observed more frequently in girls than in boys (20 of 35 or 57.1% vs 16 of 52 or 30.8%, OR 3.0, 95% CI 1.2–7.3, see table). Children with a family history of enuresis experienced significant more punishment in the form of physical aggression than children without a family history (32 of 67 or 47.8% vs 4 of 20 or 20%, OR 3.7, 95% [F1] CI 1.1–12.1, $p = 0.03$, see figure). Chastisement as a form of punishment was similar in the groups with and without a family history of enuresis (41 of 67 or 61.2% and 8 of 20 or 40%, respectively, $p = 0.12$). The mother was the major aggressor in 81% of cases.

Of the 87 families interviewed 79 (90.8%) were considered intolerant no matter whether there was or was not a history of enuresis. The median score on the tolerance scale was 3.1 (95% CI 2.3–4.3)

DISCUSSION

Punishment has been found to be a common practice among families of enuretic children with a frequency varying from 2% to 89%.^{7,11–13} Of our group of enuretic children 100% had experienced some type of punishment due to bedwetting, which is the highest prevalence compared that in to previously published studies.^{7,11,13–20} In a prospective study in Ouagadougou, the capital of Burkina Faso in Africa, with sociodemographic characteristics similar to those of the group of patients in our study only about 27% of the children were punished.⁸

The high frequency of punishment in this study may be related to the low level of education of parents and to cultural standards. This was confirmed in another study including families with the same social and demographic characteristics in our country, which showed an 89% incidence of

punishment.⁷ Nevertheless, a study including parents from middle-class society in Saudi Arabia demonstrated that parents of 15.4% of children and 17.3% of adolescents had used violence to deal with enuretic episodes.¹³ These results draw attention to the vulnerability of enuretic children whose parents have a low level of education and experience social disadvantages.

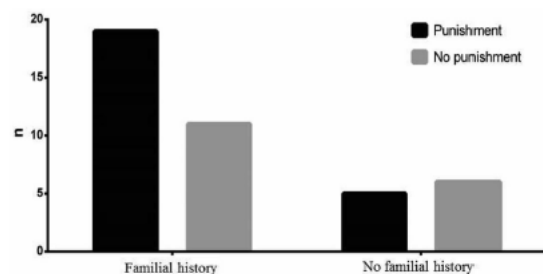
On the other hand a survey in Turkey showed that parents with a high school diploma used more methods of punishment than others.¹⁴ This indicates that cultural aspects may also impact the use of violence against enuretic children. Can et al evaluated 154 children and adolescents, and found that 86.4% experienced some kind of punishment due to bedwetting, of whom 42.1% were physically abused.²⁰

The frequency of punishment found in our series suggests that parents blame their children for enuresis, believing that they could control the condition if they were willing to do so. These are alarming data when considering violence against children and adolescents due to bedwetting. These findings also draw attention to the fact that there is a lack of knowledge about bedwetting as well as a great need to help and educate parents and physicians about the real causes of enuresis and notably its consequences.¹⁰

Al-Zaben and Sehlo found that the number of wet nights per week was significantly higher when comparing groups with vs without punishment.¹³ They concluded overall that parental punishment has a poor outcome in enuretic children. These findings are in accord with those of others emphasizing the various psychological factors involved in enuresis.²

Mothers were found to be the major aggressors. Since the mother is usually responsible for the daily care of the child, punishment is used with disciplinary intent. This intolerance has been mentioned by many groups as a risk factor for domestic violence.^{4,7–9} The relationship based on intolerance and punishment impacts the safety of those who experience it and it may generate a great number of other behavioral problems.^{14,16} Punishment used in the education of children and adolescents can be linked to social and familial problems, and consequently it does not differ in the population with enuresis.^{7,19} As we found, the low socioeconomic and educational levels of the population in our study may in part explain this parental behavior.

The degree of intolerance among the parents studied might be understood as their way of disciplining their children. Parents with a history of enuresis who had experienced physical aggression due to enuresis when they were children punished their children more frequently. However, the



Frequency and its relation to family history of being punished by physical aggression because of enuresis.

tolerance scale¹⁵ revealed that whether or not the parents had had enuresis, they were intolerant. This may be explained by the fact that all parents in the study population punished their children in some way.

Other studies have indicated the impact of bedwetting on parents, causing feelings of anxiety and guilt, loss of confidence in their parenting skills and difficulties in the relationship with their children.^{1,18,19} This may generate violence and intolerance.

Intervention that includes parents in the treatment of the child is even more important in light of these results suggesting that children who have a family history of enuresis are more likely to be punished by physical contact than those without a family history. These findings were surprising since it was not expected that parents who had had the experience of being punished would repeat that in their children. However, the parents seemed to maintain the learned behavior.

Some limitations of this study are related to the fact that parents tended not to reveal that they punished their children. Another problem is that the study was performed at a clinic where children are treated who come mostly from Brazilian families of lower social and economic environments. Therefore, results might not be applicable to all enuretic children.

Based on this evidence the data in this study contribute to what should be routine for health care professionals, that is to teach parents about the condition at the physician visit and help them overcome the problem, putting an end to punishment and considering the importance of the family relationships for all of its members.¹⁷

As a different strategy for the care of this population it is recommended to include the family of enuretic children and adolescents in treatment. It is known that enuresis affects parents and caregivers, and is one of the most frustrating problems of childhood, severely affecting the child and the family.¹⁶

CONCLUSIONS

In the study population enuretic children are highly punished, especially by offensive words, humiliation or threats. Physical aggression is also administered, especially if the parents had experienced punishment due to enuresis when they were younger. Intolerance is found in most parents of enuretic children no matter whether or not they have experienced enuresis. These findings suggest that health care personnel should help parents understand that children cannot control enuretic episodes and they need medical support instead of punishment.

REFERENCES

- Houts AC: Behavioral treatment for enuresis. In: Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. Edited by AE Kazdin and JR Weisz. New York: The Guilford Press 2003; pp 389–406.
- Nevés T: Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol* 2011; **26**: 1207.
- Butler RJ: Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. *Clin Psychol Rev* 2004; **24**: 909.
- Butler RJ, Golding J and Heron J: Nocturnal enuresis: a survey of parental coping strategies at 7 1/2 years. *Child Care Health Dev* 2005; **31**: 659.
- Moffat ME, Kato C and Pless IB: Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: randomized controlled trial. *J Pediatr* 1987; **110**: 647.
- Feehan M, McGee R, Stanton W et al: A 6 year follow-up of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. *J Paediatr Child Health* 1990; **26**: 75.
- Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG et al: Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr* 2009; **85**: 433.
- Ouédraogo A, Kere M, Ouédraogo T et al: Epidemiology of enuresis among children and teenagers, 5 to 16-years old, in Ouagadougou (Burkina Faso). *Arch Pediatr* 1997; **4**: 947.
- Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE et al: Bed-wetting in US children: epidemiology and related behavior problems. *Pediatrics* 1996; **98**: 414.
- Daibs YS, Pereira RF, Silveiras EFM et al: Enuresis: impact on children and adolescents and parents' tolerance. *Interação Psicol* 2010; **4**: 175.
- Schlomer B, Rodriguez E, Weiss D et al: Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. *J Pediatr Urol* 2013; **9**: 1043.
- Cederblad M, Neveus T, Ahman A et al: "Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis. *J Pediatr Urol* 2014; **10**: 74.
- Al-Zaben FN and Sehlo MG: Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse Negl* 2015; **43**: 22.
- Karaman MI, Koca O, Kucuk EV et al: Methods and rates of punishment implemented by families to enuretic children in Turkey. *Int Braz J Urol* 2013; **39**: 402.
- Morgan RT and Young GC: Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. *Behav Res Ther* 1975; **13**: 197.
- Butler RJ: The impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scand J Urol Nephrol* 2001; **35**: 169.
- Baptista MN: Perception of family support inventory: study of components in two sets. *Psicol Cienc Prof* 2007; **27**: 496.
- Meneses RP: Monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Pediatr* 2001; **77**: 161.
- Morison MJ: Parent's and young people's attitudes toward bedwetting and their influence on behavior, including readiness to engage in and persist with treatment. *Br J Urol, suppl.*, 1998; **81**: 56.
- Can G, Topbas M, Okten A et al: Child abuse as a result of enuresis. *Pediatr Int* 2004; **46**: 64.

EDITORIAL COMMENT

The authors highlight what is potentially a significant comorbidity associated with a common pediatric urology problem and one that can complicate any treatment plan if not recognized and addressed. The rate of physical punishment cited in the study, almost 50% of those with a family history of nocturnal enuresis, may at first seem high but the results mirror those of other studies performed in similar cultural milieus (reference 7 in article). The study also indirectly highlights a deficit in the literature for those of us who practice in the United States, namely the paucity of up-to-date data with

respect to American populations. Considering the potential negative impact that punishment can have on these patients (reference 13 in article) these results should raise the concern of all clinicians treating this condition regardless of the composition of their patient population. The author advocacy for inclusion of the entire family in the treatment plan is to be applauded.

Jeremy B. Wiygul

*The Floating Hospital for Children at Tufts Medical Center
Boston, Massachusetts*

APENDICE F

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ENURESE

Ambulatório de Enurese HU/UFJF
 Resp. Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto
 Aluna: Cacilda Andrade de Sá

Objetivo: Ensinar aos pais e pessoas de convívio estratégias de manejo de contingências para reduzir conflito e aumentar a cooperação familiar.

1	Acolhimento e avaliação inicial	Entrevista Semiestruturada: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulação do problema ➤ Estratégias utilizadas para lidar com o problema
2		CTSPC
3		Escala de Intolerância
4		CBCL
5	Treinamento	Psicoeducação sobre a etiologia da enurese
6		<p>Estratégia de reforço: usar o diálogo com o filho – ouvir e responder empaticamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser consistentes e apoiadores no manejo da enurese; ➤ Reforçar comportamentos positivos do filho: <ul style="list-style-type: none"> ○ elogiar acordar seco; ○ Ignorar acordar molhado; ➤ lidar com a própria ansiedade; <ul style="list-style-type: none"> ○ desviar a atenção do que causa ansiedade;
7		Pensar: reconhecer as próprias respostas, lidar com a própria ansiedade. Saber diferenciar entre comportamento assertivo e não assertivo com o filho.
8		Fazer: ação para lidar com a enurese - desenvolver habilidades para aprender a resolução do problema e evitar recaídas do filho. Solução de problemas.
9	Avaliação	Prevenção de recaídas do filho e de seu comportamento disfuncional, revisar e incorporar a vida diária.
10	Reavaliação	CTSPC / Escala de Intolerância
11		CBCL
12		Entrevista de encerramento

I. Conhecer as crenças dos pais: identificar pensamentos positivos e negativos.

II. Discutir suas crenças: realizar uma autoavaliação realista.

III. Apresentar propostas: desenvolver estratégias para lidar com a enurese do filho.

IV. Reavaliar.

Adaptado do Coping Cat de Paula Barrett e colaboradores (Barrett et al., 1996a)

APENDICE G

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE COM ENURESE

Ambulatório de Enurese HU/UFJF

Resp. Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto

Aluna: Cacilda Andrade de Sá

Objetivo: Criar estratégias de manejo da enurese pela criança.

1	Acolhimento e avaliação inicial	Entrevista Semiestruturada: ➤ Formulação do problema ➤ Estratégias utilizadas para lidar com o problema
3		Escala de Impacto
4		Escala do Autoconceito Infanto-Juvenil - EAC- IJ
5	Treinamento	Psicoeducação sobre a etiologia da enurese
6		Reconhecimento e manejo das emoções: ➤ Reconhecer as emoções ➤ Manejo da enurese
7		Pensar: reconhecer as próprias respostas, lidar com a própria ansiedade. Saber diferenciar entre pensar e fazer. O possível e o desejado.
8		Fazer: ação para lidar com a enurese - desenvolver habilidades para aprender a resolução do problema e evitar recaídas. Solução de problemas.
9	Avaliação	Prevenção de recaídas, revisar e incorporar a vida diária
10	Reavaliação	Escala de Impacto
11		Escala do Autoconceito Infanto-Juvenil - EAC- IJ
12		Entrevista de encerramento

- I. Conhecer as crenças sobre o problema: identificar pensamentos positivos e negativos.
- II. Discutir suas crenças: realizar uma autoavaliação realista e reforço.
- III. Apresentar propostas: desenvolver estratégias para lidar com a enurese.
- IV. Reavaliar.

Adaptado do Coping Cat de Paula Barrett e colaboradores (Barrett et al. 1996a)

ANEXO A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (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? _____

ANEXO B

Escala de Impacto de Butler (Salvo, Silvares e Toni, 2008)

Nome:

Data:

1	Minha mãe tem roupa a mais para lavar	SIM	ÀS VEZES	NÃO
2	Sinto frio quando eu acordo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
3	Meu quarto cheira mal	SIM	ÀS VEZES	NÃO
4	Tenho que tomar banho toda manhã	SIM	ÀS VEZES	NÃO
5	Tenho que evitar que meus amigos entrem em meu quarto	SIM	ÀS VEZES	NÃO
6	Não posso beber nada antes de ir para a cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
7	Tenho que arrumar minha própria cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
8	Tenho que ir para a cama cedo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
9	Tenho que me levantar logo que acordo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
10	Meu pai ou minha mãe fica bravo(a) comigo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
11	Meu irmão ou minha irmã me provoca	SIM	ÀS VEZES	NÃO
12	Fico aborrecido por fazer xixi na cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
13	Tenho medo que alguém descubra	SIM	ÀS VEZES	NÃO
14	Sinto-me diferente dos meus amigos	SIM	ÀS VEZES	NÃO
15	É impossível dormir na casa dos meus amigos	SIM	ÀS VEZES	NÃO
16	Fica difícil trazer os meus amigos para dormir em casa	SIM	ÀS VEZES	NÃO
17	Não dá para pensar em fazer viagens da escola se tem que dormir fora	SIM	ÀS VEZES	NÃO

ANEXO C

Escala de Intolerância (Morgan e Young, 1975)

Nome da criança ou adolescente: _____

Abaixo está uma lista de afirmações sobre “xixi” na cama. Por favor, leia cada uma com cuidado. Coloque um círculo ao redor da palavra SIM se você acha que ela descreve seus próprios sentimentos. Coloque um círculo ao redor da palavra NÃO se você acha que ela não descreve seus sentimentos.

- | | |
|---|------------|
| 1. Uma criança que molha a cama precisa de ajuda e compaixão | SIM
NÃO |
| 2. Se apenas ele(a) crescesse um pouco, nós não teríamos todo esse problema com camas “molhadas”. | SIM
NÃO |
| 3. Molhar a cama não é realmente um grande problema. | SIM
NÃO |
| 4. Crianças poderiam parar de se molhar se tentassem com bastante esforço. | SIM
NÃO |
| 5. Eu já me acostumei com camas “molhadas”. | SIM
NÃO |
| 6. Eu castigo meu filho(a) por molhar a cama. | SIM
NÃO |
| 7. O “xixi” na cama geralmente desaparece sozinho. | SIM
NÃO |
| 8. O “xixi” a cama de meu filho(a) é um incômodo para todos nós. | SIM
NÃO |
| 9. Eu deixo que ele(a) veja que eu estou desapontado(a) quando ele(a) molha a cama. | |
| 10. Molhar a cama não é nada mais do que um hábito sujo. | SIM
NÃO |
| 11. Quando meu filho(a) molha a cama eu digo a ele(a) que não tem problema. | SIM
NÃO |
| 12. Eu me preocupo mais com a felicidade do meu filho(a) do que com alguns lençóis a mais para lavar. | SIM
NÃO |
| 13. Eu tento ajudá-lo(a) a não se aborrecer com o “xixi” na cama. | SIM
NÃO |
| 14. É uma pena que molhar a cama impeça uma criança de fazer tantas coisas. | |
| 15. Eu sinto pena de qualquer criança que molhe a cama. | SIM
NÃO |
| 16. Uma boa palmada nunca fez mal a nenhuma criança que molhe a cama e pode fazer muito bem. | |
| 17. Eu não ligo de lavar lençóis molhados, porque a criança não tem culpa. | SIM
NÃO |
| 18. Eu não sei porque meu filho(a) não consegue estar seco enquanto outras crianças conseguem. | SIM
NÃO |
| 19. Eu tento fazer que meu filho(a) se dê conta de como seu “xixi” na cama é desagradável para os outros. | SIM
NÃO |
| 20. É muito embaraçoso ser alguém que molha a cama. | SIM
NÃO |

ANEXO D

Versão-síntese do instrumento *Conflict Tactics Scales – Parent-Child (CTSPC)* em português.

(REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L, 2003)

“Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que V/S (ou mmm – pessoa escolhida/sorteada) costuma fazer quando o (xxx – nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz V/S ficar irritada ou zangada. Eu vou ler algumas coisas que V/S pode ter feito nessas horas.

Item Escala

A (DNV) Você explicou a (xxx – nome da criança) por que o que ele/a estava fazendo estava errado?

B (DNV) Você o/a colocou de castigo do tipo: mandou-o ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar?

C (PC) Você sacudiu (xxx – nome da criança)?

D (PC) Você bateu no bumbum dele/a utilizando-se de cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?

E (DNV) Você deu a ele/a outra coisa para fazer em vez daquilo que ele/a estava fazendo de errado?

f (AP) Você falou alto, berrou ou gritou com (xxx – nome da criança)?

G (MF) Você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele/a?

H (PC) Você deu uma palmada no bumbum de (xxx – nome da criança)?

I (MFG) Você o agarrou pelo pescoço e o sacudiu?

J (AP) Você xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga, contra ele/a?

K (MFG) Você bateu muito em (xxx – nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que V/S conseguiu?

L (AP) Você disse alguma vez que iria expulsá-lo/a de casa ou enxotá-lo/a para fora de casa?

M (MFG) Você queimou (xxx – nome da criança) ou derramou líquido quente nele de propósito?

N (AP) Você ameaçou dar um tapa nele/a, mas não deu?

O (MF) Você bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?

- P (PC) Você deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (xxx – nome da criança)?
- Q (DNV) Você tirou as regalias dele/a ou deixou-o/a sem sair de casa?
- R (PC) Você deu um beliscão em (xxx – nome da criança)?
- S (MFG) Você o/a ameaçou com uma faca ou arma?
- T (MF) Você jogou (xxx – nome da criança) no chão?
- U (AP) Você o/a chamou de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida?
- V (PC) Você deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (xxx nome da criança)?

Letras correspondem às do instrumento original em inglês (Straus *et al.*, 1998):

DNV = disciplina não-violenta;

AP = agressão psicológica;

PC = punição corporal;



MF = maus-tratos físicos;

MFG = maus-tratos físicos graves.

ANEXO E

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Página 1 de 2

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 Noturna: 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 frequência 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.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL - Fone: 40095205
www.cep.hu.ufjf.br - cep.hu@ufjf.edu.br

Prof.ª 
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

Página 1 de 2

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 n° 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. Dr. Wagner Maria Colli
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI

DATA: ____ / ____ / 2011

ASS: _____

ANEXO F

Registro do Projeto de pesquisa ISRCTN

Efficacy of working with parents to reduce punishment frequency of children with enuresis	
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	<p>Background and study aims</p> <p>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.</p> <p>Who can participate?</p> <p>60 bedwetting children aged between 6 and 18 years can participate in this study.</p> <p>What does the study involve?</p> <p>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.</p> <p>What are the possible benefits and risks of participating?</p> <p>There may be improvement in bedwetting, reduction in punishment frequency and improvement in behaviour problems.</p> <p>Where is the study run from?</p> <p>The University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz De For a), Brazil.</p> <p>When is the study starting and how long is it expected to run for?</p> <p>The study will start in December 2015 and will run for one year.</p> <p>Who is funding the study?</p> <p>The study is funded by the investigator.</p> <p>Who is the main contact?</p> <p>Mr Cacilda Andrade de Sá cacildaandrade04@yahoo.com.br</p>
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	Patients between 6 and 19 years old who are attending the enuresis clinic and with

criteria	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

ANEXO G

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS



Certificamos que o



*1º Simpósio de Enurese Noturna da
Universidade de São Paulo*

*Realizado no Instituto de Psicologia da USP, no dia 22 de outubro de 2012,
Com carga horária de seis horas, contou com a participação de*

CACILDA ANDRADE DE SÁ


Na qualidade de palestrante convidado, com a apresentação do trabalho PUNIÇÃO EM DECORRÊNCIA DA ENURESE.

Profa. Dra. Edwiges Ferreira de
MattosSilvares

Dr. Rodrigo Fernando Pereira

Apoio:



 <p>Associação Juizforana de Estudantes de Psicologia</p>	<p align="center">II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, VI CONGRESSO DE PSICOLOGIA DA ZONA DA MATA E VERTENTES E X ENCONTRO JUIZFORANO DE PSICOLOGIA</p> <p align="center">Para Além da Psicologia: Intercâmbio de Conhecimentos</p> <p align="center">De 26 de Agosto a 30 de Agosto de 2013</p>
---	---

TITULO DO MINI-CURSO:	O TRABALHO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ENURESE
PROPONENTE(S):	Cacilda Andrade de Sá; Hanny Masson Franck; Liliana Fajardo; José Murillo Bastos Netto
TELEFONE DE CONTATO:	(32) 88292111 (32) 32518944
E-MAIL:	Cacildaandrade04@yahoo.com.br

Introdução:

O curso em questão aborda um problema biocomportamental muito comum, a enurese, que afeta cerca de 10% das crianças de sete anos de idade. Para a doença ser diagnosticada, é preciso observar entre outros sintomas, se a criança apresenta incontinência urinária durante o sono, por pelo menos duas vezes por semana dentro de um período de três meses (NEVÉUS et al., 2010).

Embora não exista um consenso sobre a etiologia da enurese, os fatores mais aceitos na literatura são a instabilidade detrusora, a dificuldade da criança em despertar com os sinais da bexiga e a baixa produção de vasopressina durante a noite, levando a poliúria noturna (HOUTS, 2003; NEVÉUS et al., 2010).

Apesar dos transtornos psicológicos não estarem relacionados como causa da enurese primária, a persistência do sintoma pode desencadear implicações psíquicas em crianças e adolescentes com enurese, como vergonha, isolamento, culpa, ansiedade, medo de ser descoberto e ridicularizado, e queda na autoestima (BUTLER, 1994; FEEHAN et al., 1990).

Conhecer como o transtorno se apresenta e como tratá-lo, além de oferecer ferramentas ao psicólogo no tratamento destas crianças, pode diminuir o sofrimento de muitas famílias que lidam com o problema.

Objetivo:

Capacitar profissionais de Psicologia a utilizar instrumentos de auxílio para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento da Enurese; conhecer recursos terapêuticos específicos para a intervenção com famílias de crianças com Enurese; conhecer diretrizes para a orientação de pais e educadores.

Método:

O curso será apresentado por aula expositiva com o auxílio de multimídia e terá atividades interativas, exercícios para facilitar a compreensão e troca de opiniões e experiências. O material será enriquecido com vídeos, textos complementares e indicações de livros.

Carga horária: 4 h/aula

Público alvo: alunos e profissionais de psicologia

Resumo:

A Enurese, o Xixi na Cama, ao contrário do que se possa pensar, causa grande impacto na autoestima de crianças e adolescentes. Estas crianças costumam sofrer vários tipos de punição, tanto por seus pais, quanto por outras pessoas de seu convívio. Conhecer e saber como tratar a Enurese está principalmente ligado ao fato de que o profissional da psicologia possa obter ferramentas que o ajude no diagnóstico e tratamento destas crianças. Esta oficina demonstrará o trabalho da equipe multidisciplinar do Ambulatório de Uropediatria do HU-CAS/UFJF.



PUNIÇÃO EM PORTADORES DE ENURESE DE JUIZ DE FORA: DADOS PRELIMINARES *Cacilda Andrade de Sá***, *André Avarese de Figueiredo*, *José Murillo Bastos Netto* (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG).

A enurese é a micção normal que ocorre inapropriadamente em idade cujo controle vesical já deveria ter sido alcançado. A falta de orientação aos pais sobre a enurese de seus filhos tem como uma das consequências a punição. O presente estudo faz parte de um maior no qual vem sendo estudado o efeito da intervenção com pais na diminuição da punição com crianças com enurese monossintomática. Na presente investigação foi comparada a frequência de punição relatada utilizando-se diferentes formatos de entrevista (semiestruturada e escalas objetivas). Trata-se de um estudo quantitativo, transversal no qual foram feitas análises descritivas. Na coleta de dados dos responsáveis pela criança foram realizadas entrevista semiestruturada e aplicação da versão em português do *Conflict Tactics Scales – Parent-Child* (CTSPC) e com as crianças e adolescentes entrevista semiestruturada e a Escala de reação ao xixi na cama. A população estudada foram crianças e adolescentes (N =18) com enurese monossintomática e idade média de 9 anos (DP = 2,42). Sendo maior a frequência de população masculina (70%), história familiar de enurese (61%), baixa escolaridade do responsável (ensino fundamental: 72%), corroborando com os dados da literatura internacional. Os tipos mais frequentes de punição apontados pelas crianças na Escala de reação ao xixi foram a restrição líquida (sempre: 64%), reclamações sobre o xixi na cama (às vezes: 29%) e fazer piada do xixi (sempre 21%). As respostas com menor frequência foram: castigo (nunca: 100%), bater (nunca: 93%) e apertar/chacoalhar/sacudir ou beliscar (nunca: 86%). No CTSPC os resultados foram: palmada no bumbum (83%), sacudir (72%), falar alto, gritar ou berrar (94%), tirar regalias (83%), ou castigo (72%). Nas respostas dos responsáveis à entrevista semiestruturada foi relatado punição verbal (100%), punição física sem contato (61%) e punição física (28%). A mãe foi a mais apontada como responsável pelos vários tipos de punição (100%) seguida do pai (46%), irmãos (46%) e primos (38%). Entre os responsáveis com histórico familiar de enurese 18,2% relataram que batem, 100% relataram que xingam e 63,6% relataram que castigam. Entre os responsáveis com ensino médio 20% relataram que batem; entre aqueles com ensino fundamental este percentual foi de 30,8%. Os resultados preliminares obtidos com a utilização da Escala de reação ao xixi na cama sugerem que a percepção de punição por parte da criança pode ser diferente do declarado pelos responsáveis. No relato dos responsáveis a punição física foi a mais citada e no CTSPC obteve menor frequência. A impressão preliminar sobre o uso de instrumentos objetivos e subjetivos para mensurar a punição mostrou que a utilização de métodos diferentes pode gerar resultados divergentes quando se quer avaliar punição de crianças enuréticas por seus responsáveis. Este estudo, ainda que preliminar, reforça a importância da continuidade das investigações em andamento, para que seja possível traçar condutas direcionadas no atendimento de crianças com enurese, fomentando possíveis intervenções. Futuros estudos pretendem investigar alteração nas respostas a Escala de reação ao xixi na cama, como a diminuição da punição, em função da orientação aos pais.

Palavras-chave: Punição, enurese, família.

Doutorado – D

AEC-Análise Experimental do Comportamento



TÉCNICAS GRÁFICAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFREM PUNIÇÃO POR CAUSA DA ENURESE. SÀ, Cacilda A.; PAIVA, Ana Carolina Gusmão e; SILVA; MENEZES, Maria Clotilde lima Bezerra de; NETTO, José Murillo B.

Departamento de Urologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora, MG)

Introdução: O grafismo infantil traduz o pensamento da criança, de modo que todos os elementos utilizados se transformam em valores compreensíveis. As crianças conseguem expor e elaborar seus conflitos e angústias por meio dos desenhos e das histórias contadas. Assim sendo, o desenho pode vir a funcionar como método investigativo com objetivo interventivo. Apesar da enurese primária monossintomática não ter causa psicológica, sentimentos de autodesvalorização são comuns na população acometida. Além disso, crianças e adolescentes vitimados apresentam dificuldades para investir em si mesmos e nos outros.

Objetivo: Identificar indicadores de sintomas depressivos nos desenhos de crianças e adolescentes portadores de enurese cujos pais usam de punição.

Material e Métodos: Foi realizado estudo transversal prospectivo envolvendo 41 crianças portadoras de enurese primária monossintomática, com idade média de 9,37 (\pm 2,3 anos). As crianças responderam ao questionário semiestruturado de Butler (1987) e foram solicitadas a fazer um desenho demonstrando seus sentimentos no momento do acordar após um episódio de enurese e relatar o que estavam sentindo. As respostas obtidas sobre características demográficas e frequência de punição por causa da enurese avaliadas foram computadas e analisadas pelo SPSS 15,0.

Resultados: Entre os pacientes selecionados para o estudo, houve um discreto predomínio do sexo masculino (56,1%). Cem por cento das crianças relataram que sofreram algum tipo de punição devido à enurese, sendo verbal e/ou física com e sem contato. Na avaliação dos desenhos e dos relatos, o principal tema encontrado foi desamparo (82%, N = 34), categorizados por necessidade de proteção, tristeza e desesperança. Além disso, sentimentos de menos valia, falta de perspectiva e baixo autoestima foram expressos em desenhos com formas pequenas, traços falhados, superficiais e pouco uso de cores.

Conclusões: O desenho infantil mostrou ser uma ferramenta útil no diagnóstico de problemas psicológicos, especialmente sintomas depressivos e elaboração de conflitos, nas crianças que sofrem punição pelos pais por causa da enurese, auxiliando na evolução do tratamento.

Palavras-chave: Enurese; Punição; Desenho infantil.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



I ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DO HU-UFJF
X ENCONTRO CIENTÍFICO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
E PSICOLOGIA MÉDICA DO HU-UFJF

A Integralidade no Cuidado em Saúde Mental

29 e 30 de novembro de 2013
Anfiteatro das Pró-Reitorias – Campus da UFJF

PUNIÇÃO DE CRIANÇAS COM ENURESE: A INCLUSÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO – DADOS PRELIMINARES.

SÀ, C. A.¹; GUSMÃO, A. C.²; FRANCK, H. M.³; MENEZES, M.C.L.B.⁴; NETTO, J. M. B.⁵

1- Psicóloga, Doutoranda em Saúde UFJF; 2- Graduanda em Psicologia UFJF; 3- Enfermeira do HU/UFJF; 4- Residente de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HU-UFJF; 5- Médico Departamento de Urologia. Faculdade de Medicina UFJF.

INTRODUÇÃO: A punição de crianças com enurese pelos pais é geralmente um segredo dentro das famílias. O grau de tolerância da família com relação ao descontrole esfinteriano é fator preditivo ao sucesso do tratamento.

OBJETIVO: Identificar a frequência de punição em crianças e adolescentes portadores de enurese.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizado estudo transversal prospectivo envolvendo pais (N = 41) e crianças (N = 41) com enurese monossintomática, idade média de 9,37 anos (DP = 2,3), no qual foram feitas análises descritivas. A pesquisa realizada utilizou questionário semiestruturado com a criança e o responsável separadamente. As respostas sobre características demográficas, frequência de punição, histórico de enurese e punição foram computados e analisados pelo SPSS 15,0.

RESULTADOS: Houve um discreto predomínio do sexo masculino (56,1%). Todas as crianças sofreram punição verbal, 39% punição física com contato e 58,5% punição física sem contato. Houve uma correlação positiva para sexo feminino e punição física sem contato $p = 0,049$. Na avaliação dos pais, 68,3% tinham o ensino fundamental incompleto e 31,7% ensino médio. O principal agressor foi a mãe, alegando a causa disciplinar para a agressão (46,34%). História de enurese estava presente em 73,2% (N = 30) e a frequência de pais que relataram terem sofrido punição por causa dos episódios de enurese foi de 68,3% (N = 28) e destes, 100% puniram verbalmente seus filhos, com certa prevalência de ensino fundamental 57,14% (N = 16).

CONCLUSÕES: Profissionais que atendem crianças e adolescentes com enurese, devem incluir os pais no tratamento, como medida de orientação e prevenção ao alto índice de punição que essas crianças podem sofrer.

PALAVRAS-CHAVE: Enurese; Punição; Pais.



Children with family history of enuresis have a greater chance of suffering physical punishment from their parents

Cacilda Andrade de Sá, Ana Carolina Paiva, Maria Clotilde Menezes, André Figueiredo, José Bessa Jr., **José Murillo Bastos Netto**

Discipline of Urology - Department of surgery - Federal University of Juiz de Fora (Juiz de Fora - MG - Brazil).

Introduction: Punishment in enuretic children by their parents is not rare and it is a secret kept inside the family. The lack of knowledge about enuresis may be the cause of punishment. The degree of parent's tolerance with enuresis may be related to the success of the treatment. Parents tend to blame the children for wetting their beds and therefore punish them. Punishment varies from just verbal aggression to physical aggression, which may be with or without contact. This preliminary study aims to evaluate the frequency of punishment among the children followed at our enuresis clinic and its relation to family history of being punished because enuresis.

Materials & Methods: We evaluated 41 children with mono symptomatic enuresis from 6 to 14 years of age followed at the enuresis clinic at our institution. To evaluate frequency and type of punishment we interviewed both, the parents and children, individually and apart from each other. Parents also answered the Scale of Tolerance. Punishment was classified as verbal aggression, and physical aggression with and without contact. Family history of enuresis was considered if one of the parents had enuresis.

Results: The mean age of the children was 9.36 ± 2.31 years of age, been 17 girls and 24 boys. Of the 41 children, 30 had family history of enuresis and 93.33% (28/30) of these parents had suffered some kind of punishment due to their enuresis. Children who had family history of enuresis had 2.33 times more chance of being punished with physical contact (14/30) than those without family history of enuresis (3/11) $OR=2.33[0.5161 \text{ to } 10.55]95\%CI$ ($p=0.309$) as well as 2.07 times more chance of being physically punished without contact (19/30) than those without family history of enuresis (5/11) $OR=2.07[0.5110 \text{ to } 8.408]95\%CI$ ($p=0.475$). All children in the study suffered some kind of verbal punishment. Tolerance Scale demonstrated that parents of enuretic children are, in general, intolerant (92.68% - 38/41), independently if they had or not enuresis ($p=0.279$).

Conclusions: These preliminary results suggest enuretic children are punished verbally in all cases, and that enuretic children with family history has doubled risk of receiving physical punishment.

References:

1. Neveus T, Von Gontard A, Hoebeke P, Hjalmas K, Bauer S, Bower W, 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. *J Urol.* 2006 Jul;176(1):314-24.
2. Nevéus T, Lackgren G, Tuvemo T, Hetta J, Hjalmas K, Stenberg A. For the Swedish Enuresis Academy. Enuresis: background and treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 2000 ; 206:1-44.2000.



Atendimento Multidisciplinar de Enurese do Hospital Universitário – Universidade Federal de Juiz de Fora: Relato de caso.

MENEZES, M.C.L.B.¹; NEGRETTO, M.L.F.²; OLIVEIRA, F.³; SÁ, C.A.⁴; TOSTES, M.H.F.S.⁵; NETTO, J.M.B.⁶

1- Residente de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HU-UFJF; 2- Acadêmico de Medicina da UFJF; 3- Residente de Psiquiatria do HU-UFJF; 4- Psicóloga Doutoranda em Saúde da UFJF; 5- Professora da Faculdade de Medicina da UFJF; 6- Chefe do Serviço de Uropediatria do HU-UFJF.

INTRODUÇÃO: A enurese por ser um problema biocomportamental envolve várias áreas do conhecimento. O trabalho conjunto da equipe do Ambulatório de Enurese e a Psiquiatria (no Serviço de Uropediatria e no Centro de Atenção Psicossocial [CAPS] do HU-UFJF, respectivamente) estão sendo um exemplo desse atendimento multidisciplinar. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente atendido em diferentes serviços de atenção à saúde da criança e do adolescente, articulados entre si, e assinalar o resultado deste diálogo. **MATERIAL E MÉTODOS:** O caso clínico de um paciente de 13 anos, que apresentava Enurese primária monossintomática e alterações de comportamento, que resultavam em queixas da escola, com ameaça de expulsão, no início de 2011. Iniciou em atendimento psiquiátrico no CAPS, com resposta muito limitada ao tratamento medicamentoso e à psicoeducação. Foi encaminhado ao Ambulatório de Enurese, a inclusão dos familiares em entrevistas separadas do adolescente, além de ser mantido seu acompanhamento no CAPS. **RESULTADOS:** O paciente apresentou melhora significativa da Enurese e das alterações de comportamento após iniciado o tratamento multidisciplinar e a inclusão dos familiares no tratamento. Observou-se que a melhora do paciente ocorreu após discussões entre os diversos profissionais por meio de reuniões de equipe. Tais discussões possibilitaram a elaboração do diagnóstico, consideração dos fatores biopsicossociais envolvidos e a definição de intervenções mais adequadas para o caso. **CONCLUSÕES:** A atenção integral a um paciente, por meio do atendimento em equipe comprometida com o diálogo entre os diferentes profissionais, caracterizando um trabalho interdisciplinar, pode se associar a melhora do adolescente com enurese.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Saúde Mental; Enurese.



Children with family history of enuresis have a greater chance of suffering physical punishment from their parents

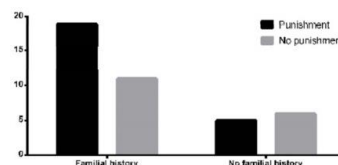
Cacilda Sá, Andre Figueiredo, Juiz De Fora, Brazil, José Bessa Jr., Feira De Santana, Brazil, José Murillo Bastos Netto, Juiz De Fora, Brazil*

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: Punishment in enuretic children by their parents is not rare and it is a secret kept inside the family. The lack of knowledge about enuresis may be the cause of punishment. The degree of parent's tolerance with enuresis may be related to the success of the treatment. Parents tend to blame the children for wetting their beds and therefore punish them. Punishment varies from just verbal aggression to physical aggression, which may be with or without contact. This preliminary study aims to evaluate the frequency of punishment among the children followed at our enuresis clinic and its relation to family history of being punished because enuresis.

METHODS: We evaluated 41 children with mono symptomatic enuresis from 6 to 14 years of age followed at the enuresis clinic at our institution. To evaluate frequency and type of punishment we interviewed both, the parents and children, individually and apart from each other. Parents also answered the Scale of Tolerance. Punishment was classified as verbal aggression, and physical aggression with and without contact. Family history of enuresis was considered if one the parents had enuresis.

RESULTS: The mean age of the children was 9.36 ± 2.31 years of age, been 17 girls and 24 boys. Of the 41 children, 30 had family history of enuresis and 93.33% (28/30) of these parents had suffered some kind of punishment due to their enuresis. Children who had family history of enuresis had 2.33 times more chance of being punished with physical contact (14/30) than those without family history of enuresis (3/11) OR = 2.33[0.5161 to 10.55]95%CI ($p = 0.309$) as well as 2.07 times more chance of being physically punished without contact (19/30) than those without family history of enuresis (5/11) OR = 2.07[0.5110 to 8.408]95%CI ($p = 0.475$). All children in the study suffered some kind of verbal punishment. Tolerance Scale demonstrated that parents of enuretic children are, in general, intolerant (92.68% - 38/41), independently if they had or not enuresis ($p = 0.279$).

CONCLUSIONS: These preliminary results suggest enuretic children are punished verbally in all cases, and that enuretic children with family history has doubled risk of receiving physical punishment.





ICCS S3: NOCTURNAL ENURESIS

Moderators: Johan vande Walle (Belgium) & Jens Christian Djurhuus (Denmark)

ICCS Meeting on Friday 16, October 2015, 08:00 - 09:00

08:06 - 08:12
ICCS S3-2 (LO)

PSYCHOLOGICAL FOLLOW-UP OF THE PARENTS ALONG THE TREATMENT OF CHILDREN WITH PRIMARY MONOSYMPTOMATIC ENURESIS IMPROVES RESULTS

Jose Murillo NETTO¹, Cacilda SÁ², Stefani MARTINS², Ana Carolina PAIVA², Ubirajara BARROSO JR.³ and Jose BESSA JR.⁴

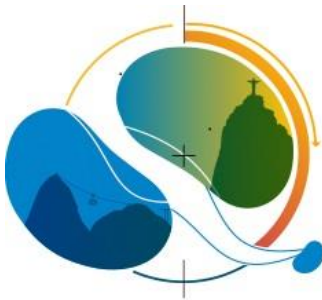
1) Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Surgery - Division of Urology, Juiz De Fora, BRAZIL - 2) Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Surgery - Division of Urology, Juiz De Fora, BRAZIL - 3) Federal University of Bahia (UFBA), Surgery - Division of Urology, Juiz De Fora, BRAZIL - 4) State University of Feira de Santana (UEFS), Surgery - Division of Urology, Juiz De Fora, BRAZIL

PURPOSE Parents may see enuresis as a failure in the education process, resulting in punishment and generating anguish and guilt. Herein, we evaluate the results of psychological follow-up of parents in the treatment of enuretic children.

MATERIAL AND METHODS Sixty-six children aged 6 to 15 yo with monosymptomatic enuresis were randomized into two groups. Children in both groups were evaluated with voiding and dry nights diaries and answered the Impact Scale, and were treated with urotherapy and psychological follow-up. In the Experimental Group (EG) parents received psychological follow-up every 2 weeks for six months while in Control Group (CG) parents were not followed. All parents answered a questionnaire to evaluate violence against their children (Conflict Tactics Scales Parent-Child - CTSPC) and the Tolerance Scale.

RESULTS Mean age, gender and the CTSPC questionnaire results, prior to treatment, were similar in both groups. In the evaluation of the parents, CTSPC showed less violence after treatment in GE ($p = 0.0069$). Tolerance Scale showed that parents of all enuretic children were intolerant and that, after treatment, the intolerance diminished more in GE ($p = 0.0003$). In children, Impact scale showed that they suffer a great impact from being enuretics and that after follow-up those in GE had a smaller impact ($p = 0.0085$) compared to controls. After treatment, the percentage of dry nights improved better in GE (52[30-91]) than in GC (10[3-22.5]) $p = 0.0001$.

CONCLUSIONS Children whose parents received psychological follow-up during treatment improved percentage of dry nights and had less impact of enuresis after treatment while their parents could deal better with the problem and were more tolerant after receiving psychological support during their children's treatment.



XXXV CONGRESSO
BRASILEIRO UROLOGIA
31/OUT A 4/NOV DE 2015

CRIANÇAS COM HISTÓRICO FAMILIAR DE PUNIÇÃO TEM GRANDE CHANCE DE SOFREREM PUNIÇÃO FÍSICA DE SEUS PAIS

Cacilda A. Sá; Stefani A. Martins; Maria Cecília B. V. Almeida; Maria Clotilde L. B. de Menezes; José De Bessa JR.; André A. Figueiredo; **José Murillo B. Netto**.

Hospital Universitário/Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora – MG)

Palavras-chave: enurese; pais; punição.

INTRODUÇÃO: Punição em crianças com enurese por seus pais não é raro e é um segredo familiar. A falta de conhecimento sobre as causas da enurese podem ser a causa da punição. Pais tendem a culpar suas crianças por molhar suas camas e a puni-las. Punição varia de agressão verbal a agressão física com ou sem contato.

Objetivo: Este estudo preliminar teve como objetivo avaliar a frequência de punição entre crianças acompanhadas em nossa clínica de enurese.

PACIENTES E MÉTODOS: Nós avaliamos 87 crianças com enurese monossintomática. Para avaliar a frequência e o tipo de punição nós entrevistamos ambos, pais e filhos, individualmente e separados uns dos outros. Os pais também responderem o questionário da Escala de Tolerância. Punição foi classificada como verbal e física com ou sem contato. Histórico familiar de enurese foi considerado se um ou ambos os pais tiveram enurese.

RESULTADOS: Crianças sem histórico de enurese recebem significativamente mais punição física com contato quando comparadas com aquelas sem histórico familiar, 47,76%(32/67) versus 20%(4/20), respectivamente, OR = 3.657[1.106-12.10] (p = 0.037) (Fig. 1). Muito dos pais [90.80% (79/87)] foram considerados intolerantes, independente se eles tiveram ou não histórico de enurese, e o escore médio da Escala de Tolerância foi 3.10[2.28-4.25] CI95%.

CONCLUSÃO: Pais de crianças com enurese são muito intolerantes. Crianças com enurese são altamente punidas, e as chances de sofrer punição física é aumentada se seus pais sofreram punição devido à enurese.



XXXV CONGRESSO
BRASILEIRO UROLOGIA
31/OUT A 4/NOV DE 2015

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DOS PAIS AO LONGO DO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM ENURESE PRIMÁRIA MONOSSINTOMÁTICA MELHORA OS RESULTADOS

Cacilda A. Sá; Stefani A. Martins; Maria Cecília B. V. Almeida; Ana Carolina G. Paiva; José De Bessa JR.; André A. Figueiredo; **José Murillo B. Netto.**

Hospital Universitário/Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora – MG)

Palavras-chave: enurese; pais; comportamento.

INTRODUÇÃO: Pais entendem a enurese como uma falha no processo educacional de seus filhos, resultando em punição, gerando angústia e culpa.

Objetivos: Neste estudo, objetivamos avaliar os resultados do acompanhamento psicológico dos pais de crianças em tratamento para enurese.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram randomizadas em dois grupos 66 crianças com enurese monossintomática, com idade entre 6 e 15 anos. Para avaliar a frequência de perda noturna foi utilizado o diário de noites secas. Todas as crianças foram tratadas com uroterapia e acompanhamento psicológico. No Grupo Experimental (GE) os pais receberam acompanhamento psicológico a cada duas semanas durante seis meses, enquanto no grupo controle (GC) os pais não foram acompanhados. Todos os pais responderam a um questionário para avaliar a violência contra seus filhos (Conflict Tactics Scales Parent- Child - CTSPC) e a Escala de Tolerância. As crianças ainda responderam à Escala de Impacto.

RESULTADOS: Idade média, gênero e os resultados do questionário CTSPC, antes do tratamento, foram semelhantes em ambos os grupos. Na avaliação dos pais, os resultados obtidos no CTSPC apresentaram menos violência após o tratamento no GE ($p = 0,0069$). A Escala de Tolerância mostrou que os pais de todas as crianças com enurese eram intolerantes e que, após o tratamento, a intolerância diminuiu mais no GE ($p = 0,0003$). Na avaliação das crianças, a Escala de Impacto mostrou que elas sofrem um grande impacto por serem enuréticas e que depois do acompanhamento psicológico, aquelas do GE tiveram um impacto menor ($p = 0,0085$) em relação às crianças do grupo controle. Após o tratamento, a porcentagem de noites secas foi maior no GE (52 [30-91]) do que no GC (10 [3-22,5]) $p = 0,0001$.

CONCLUSÃO: As crianças cujos pais receberam acompanhamento psicológico durante o tratamento melhoraram o percentual de noites secas e tiveram menor impacto da enurese após o tratamento, enquanto seus pais passaram a lidar melhor com o problema e foram mais tolerantes depois de receberem apoio psicológico durante o tratamento de seus filhos.