



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Bruna Ferreira de Jesus

**VIVÊNCIA E MANEJO DOS SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
VESICAL E INTESTINAL NA INFÂNCIA: PERCEPÇÃO DA
FAMÍLIA**

Brasília - DF

2016

Bruna Ferreira de Jesus

**VIVÊNCIA E MANEJO DOS SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
VESICAL E INTESTINAL NA INFÂNCIA: PERCEPÇÃO DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de
Enfermagem como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Ciências da
Saúde – UnB.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Gisele
Martins

CO-ORIENTADORA: Profa. Ms.
Cristiane Feitosa Salviano

Brasília - DF

2016

Bruna Ferreira de Jesus

**VIVÊNCIA E MANEJO DOS SINTOMAS DE DISFUNÇÃO
VESICAL E INTESTINAL NA INFÂNCIA: PERCEPÇÃO DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de
Enfermagem como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Ciências da
Saúde – UnB.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gisele Martins – Presidente

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira – Membro titular

Enfa. Bruna Marcela Lima de Souza – Membro titular

Profa. Dra. Maria Cristiana Soares Rodrigues – Membro suplente

RESUMO

Introdução: Os distúrbios do trato urinário inferior referem-se às modificações no padrão de funcionamento urinário. Frequentemente, este distúrbio tem sido associado às disfunções intestinais, sendo a coexistência destes denominada de disfunção vesical e intestinal (DVI). **Objetivo:** Identificar a percepção da família quanto ao manejo dos sintomas de DVI apresentados por crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, do Hospital Universitário de Brasília. **Metodologia:** Pesquisa de campo, quanti-qualitativo, baseada em entrevistas semiestruturada, realizada com familiares de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório. A análise dos dados foi realizada mediante o uso do software ALCESTE, software usado para analisar dados textuais de forma técnica e metodológica. **Resultados e discussão:** A análise realizada pelo ALCESTE forneceu seis classes, agrupadas duas a duas: Atividades da vida diária e Cotidiano familiar; Início dos sintomas e Convivência com os sintomas; Busca pelos serviços de saúde e Reações após orientação e intervenção de Enfermagem em Uropediatria. O cotidiano da criança e da família não é alterado com a presença de DVI, sendo os sintomas de constipação (29%), incontinência urinária (27%) e enurese noturna (24%) os mais percebidos pelos familiares. Estes, entretanto, não são determinantes para a busca dos serviços de saúde, sendo a infecção do trato urinário (31%) o principal motivo de procura médica. Após orientações e intervenções de Enfermagem, 68% das famílias reportaram ausência dos sintomas, enquanto que 32% referiram à melhora destes. **Conclusão:** O desconhecimento dos sintomas de DVI é evidenciado pelas famílias, o que gera preocupação, sofrimento e sentimentos de estresse ao lidar com os efeitos físicos e psicossociais ocasionados pelos mesmos. Portanto, faz-se necessário, que medidas de educação em saúde sejam elaboradas para os familiares de modo a orienta-los sobre a ocorrência de DVI em crianças e quanto ao manejo domiciliar desses sintomas.

Descritores: Percepção, Família, Sintomas do Trato Urinário Inferior, Criança, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Lower urinary tract dysfunctions are related to changes of the lower urinary patterns. Quite often, this disturbance has been associated with intestinal dysfunctions, being the coexistence of the both symptoms called bladder bowel dysfunction (BBD). **Objective:** To identify the family's perception about the BBD symptoms' management presented by children and adolescents, enrolled at the Advanced Nursing Practice in Paediatric Urology outpatient clinic, located at the teaching hospital, in Brasilia/Brazil. **Method:** A quanti-qualitative survey, based on semi-structured interviews, carried out with the families of children and adolescents, enrolled at that outpatient clinic. The data analyses were performed using ALCESTE software, in order to analyse the textual data technically and methodologically. **Results and discussion:** The data analyses performed by ALCESTE gave 6 classes, grouped in pairs: daily life activities and family routine; start of the symptoms and living with the symptoms; seek-behaviours for healthcare and reactions after Paediatric Urology Nursing-related education and intervention. The routine of the child and family has not changed with the presence of BBD, being the symptoms of constipation (29%), urinary incontinence (27%) and nocturnal enuresis (24%), the most perceived symptoms by the family. However; these symptoms were not the determinants for healthcare seeking-behaviour, being the urinary tract infection (31%), the main reason for seeking medical assistance. After the nursing education and interventions, 68% of the families reported no symptoms, while 32% reported improvement of their children's symptoms. **Conclusion:** The absence of knowledge on BBD symptoms is confirmed by the families, which generates worry, pain and stress in order to deal with the physical and psychosocial effects associated with their occurrence. Therefore; it is mandatory that health educational strategies should be created to guide families about the BBD symptoms in children and how to manage these symptoms at home.

Key words: Perception, Family, Lower urinary tract symptoms, Child, Adolescent.

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 11 |
| 3. OBJETIVO | 12 |
| 4. CASUÍSTICA E MÉTODOS | 13 |
| 4.1. Instrumento para coleta de dados | 14 |
| 4.2. Variáveis investigadas | 15 |
| 4.3. Procedimentos para coleta de dados | 15 |
| 4.4. Análise dos dados | 16 |
| 4.5. Aspectos éticos do estudo – riscos/ benefícios | 17 |
| 5. RESULTADOS | 18 |
| 5.1. DADOS QUANTITATIVOS | 18 |
| 5.1.1. Caracterização dos entrevistados | 18 |
| 5.1.2. Descrição da percepção dos sintomas reportados pela família | 19 |
| 5.1.3. Desfechos clínicos reportados pela família após orientações e intervenções de enfermagem de prática avançada em uropediatria | 22 |
| 5.2. DADOS QUALITATIVOS | 23 |
| 5.2.1. Análise realizada pelo ALCESTE | 23 |
| 5.2.2. Apresentação dos conteúdos das classes temáticas | 25 |
| 6. DISCUSSÃO | 32 |
| 6.1. Análise dos dados quantitativos | 32 |
| 6.2. Análise dos dados qualitativos | 36 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 44 |

1. INTRODUÇÃO

Os distúrbios que acometem o trato urinário inferior são condições comuns na infância e na adolescência (SILAY et al., 2013). Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as doenças relacionadas ao aparelho geniturinário estão entre as seis principais causas de morbidade infanto-juvenil (DATASUS, 2016). As disfunções do trato urinário inferior (DTUI) correspondem a uma parcela significativa do número de hospitalizações na infância (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015), sendo capaz de comprometer significativamente a qualidade de vida das crianças e afetar também os pais e a dinâmica familiar (AZEVEDO et al., 2014).

As disfunções vesicais referem-se às modificações no padrão de funcionamento urinário, decorrente de desordens neurológicas, anatômicas ou funcionais (VELOSO et al., 2016), as quais alteram a forma como ocorre o enchimento e/ou o esvaziamento vesical (AZEVEDO et al., 2014; SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015). Crianças com DTUI de causa funcional apresentam sinais e sintomas determinados pela falta de coordenação entre o músculo detrusor e esfíncteres e instabilidade do detrusor, na ausência de obstrução urinária anatômica ou doença neurológica (VELOSO et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2012).

A gênese de disfunções vesicais não neurogênicas na infância está relacionada a alterações no funcionamento vesico-esfincteriano devido às contrações do músculo detrusor durante o enchimento vesical e/ou relaxamento incompleto da musculatura pélvica e do esfíncter urinário externo durante a micção. Essas alterações podem ocorrer isoladamente ou em associação, resultando no surgimento de condições e sintomas como incontinência urinária diurna e noturna, urgência miccional, baixa ou alta frequência urinária, hesitação, esforço, jato urinário fraco, manobras de contenção e dor genital (AUSTIN et al, 2014; GIRON, DÉNES; SROUGI, 2011). Acredita-se que estes distúrbios urinários funcionais estejam relacionados a fatores genéticos, imaturidade neurológica, treinamento esfincteriano e hábitos miccionais inadequados, problemas emocionais da criança, estresse, abuso sexual ou até causa desconhecida (AZEVEDO et al., 2014).

A DTUI na infância indica a perda da função normal do trato urinário inferior, que pode levar a incapacidade da criança em armazenar e eliminar a urina de forma coordenada. Essa disfunção representa um ameaça para o trato urinário superior, visto que em associação a infecção do trato urinário inferior (ITU) de repetição e refluxo vesico-ureteral, aumenta significativamente o risco de lesão renal permanente. Além disso, as manifestações clínicas desse distúrbio vesical têm sido consideradas como causa de constrangimento social e emocional às crianças, sobretudo aquelas que têm a incapacidade de controlar os esfíncteres, revelada pelo inconveniente sintoma de incontinência urinária. A ocorrência dos sintomas de distúrbios vesicais leva a criança a sofrer com baixa de autoestima, insegurança, angústia e diminuição do convívio social, que também acaba afetando aos pais, comprometendo significativamente a qualidade de vida da família (AZEVEDO et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2013).

A presença do DTUI funcional provoca mudanças no cotidiano de muitas crianças e adolescentes. A maioria dos profissionais de saúde e professores não possui treinamento para perceber os sintomas e/ou mudanças comportamentais ou até mesmo não sabem lidar com as manifestações clínicas da DTUI e nem mesmo orientar a família. A desinformação associada à falta de manejo clínico dessa condição pode desencadear em maus tratos da criança e/ou adolescente pela família, dificuldades de aprendizado e punições na escola, interferindo assim, na qualidade de vida de crianças e adolescentes (VELOSO et al., 2016). Algumas famílias utilizam inclusive de punições verbais, físicas e de submissão da criança a situações constrangedoras com o objetivo de inibir os sintomas de DTUI (VELOSO et al., 2016; SATI et al., 2009).

Associado as disfunções vesicais de causa funcional, frequentemente tem sido observada a ocorrência das disfunções intestinais em crianças e adolescentes. A coexistência de distúrbios intestinais (como a constipação), e as desordens do trato urinário inferior já se encontram bem documentada na literatura e tem sido cada vez mais prevalente a coexistência de tal disfunção vesical e intestinal (BURGUERS et al., 2013). Embora os mecanismos fisiopatológicos para a manifestação dessas disfunções não estejam, ainda, completamente explicados, sabe-se que a proximidade anatômica entre a bexiga e a uretra até o reto faz com que seja provável que anomalias dentro de um sistema afetem o outro. A proximidade entre os dois sistemas vem desde a origem embriológica, sendo o trato geniturinário e o sistema gastrointestinal interdependentes, compartilhando a mesma região pélvica e inervação sacral, além de possuírem uma

relação dinâmica com os músculos do assoalho pélvico para o seu esvaziamento adequado (BURGUERS ET AL., 2013; AUSTIN et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2013).

A ocorrência da disfunção vesical e intestinal (DVI) na infância pode impactar negativamente na qualidade de vida, principalmente no que tange ao desenvolvimento psicossocial dos seus portadores (GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011; SILAY et al., 2013). Segundo Veloso e colaboradores (2016), a DVI pode influenciar de forma negativa aspectos do cotidiano do portador, principalmente os ligados às redes de relacionamento no âmbito familiar e escolar, sendo necessário o acompanhamento da criança por uma equipe interdisciplinar, incluindo-se o monitoramento dos efeitos psicossociais durante o manejo clínico deste distúrbio vesical.

A avaliação das crianças com a DVI se dá por meio de anamnese minuciosa, envolvendo os antecedentes obstétricos, história miccional bem detalhada desde os primeiros dias de vida, investigação de alterações intestinais e realização de exame físico completo (BURGUERS et al, 2013; GIRON; DÉNES; SROUGI, 2011). Além disso, a aplicação de diários miccional e de evacuação ajudam a determinar como são os hábitos de eliminação da criança (BURGUERS et al, 2013; FONSECA; MONTEIRO, 2004). A anamnese bem conduzida e dirigida, para avaliar os hábitos miccionais, constitui a melhor ferramenta para o diagnóstico de DTUI e DVI (VASCONCELOS et al., 2013).

Comumente, a DVI nem sempre é investigada clinicamente. Por ser pouco evidente, na maioria das vezes, esse distúrbio só é investigado e diagnosticado em casos de infecção do trato urinário (ITU) recorrente ou na presença de alterações estruturais em nível de trato urinário superior que, muitas vezes, estão presentes quando o diagnóstico é tardio. Sintomas urinários comuns (como a incontinência urinária) em ambulatórios de urologia pediátrica normalmente são vistos com sentimentos de vergonha tanto pela criança quanto pela família, sendo muitas vezes negligenciados (VASCONCELOS et al., 2013). Durante as consultas ambulatoriais tem-se observado que as perdas urinárias noturnas (enurese noturna) e os efeitos psicossociais desencadeados por elas, como o principal motivo de busca de atendimento em saúde, o que evidencia a negligência dos pais com relação aos sintomas da DVI, seja por

desconhecimento ou por considera-los como “preguiça” por parte da criança (MOTA; BARROS. 2008).

A percepção de sintomas urinários e intestinais difere-se entre pais e filhos. Em um estudo realizado por Tai e colaboradores (2015), pais e filhos demonstraram ter percepções diferentes com relação à enurese. Silay e colaboradores (2013) também afirmaram haver discrepâncias entre as informações dadas pelos pais e pelas crianças durante atendimento em um ambulatório de urologia pediátrica. Ambos os estudos evidenciam a necessidade de mediação da comunicação entre os pais e as crianças por profissionais da saúde.

Schast et al. (2008) afirmam que toda a família é afetada pelos problemas urinários da criança e que o grau de severidade do sintoma é negativamente correlacionado com a qualidade de vida da família. Berry (2006) também reforça que embora eles não queiram, às vezes, os pais também se sentem irritados e frustrados com os sintomas urinários de seu filho, apesar de saberem que o filho não tem controle sobre a incontinência. Portanto, de acordo com Berry (2006), é importante compreender as atitudes dos pais em relação ao sintoma de seu filho para determinar se a criança está sendo responsabilizada ou punida por ter a condição. O aconselhamento dessas crianças e suas famílias é importantes no início para ajudá-los a sentirem-se à vontade para discutir este tema tão sensível. Além disso, monitorar o progresso da criança e oferecer acompanhamento contínuo e apoio a ela e à sua família por meio de visitas de seguimento e telefonemas são atitudes essenciais para o sucesso terapêutico (BERRY, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

A Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria é um projeto de extensão de ação contínua desenvolvido no ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem especializados às crianças e adolescentes acometidos por sintomas do trato urinário inferior e disfunções intestinais concomitantes ou não. Durante os atendimentos dessa população pediátrica no ambulatório, tem sido observado que sintomas como urge-incontinência urinária, constipação e enurese noturna estão entre os principais motivos reportados pelas famílias para a procura pelas consultas especializadas de Enfermagem em Uropediatria.

Desse modo, a relevância para a realização deste estudo apoia-se na necessidade de investigar e conhecer as representações sociais das famílias acerca da percepção e manejo dos sintomas da DVI na infância. Esse conhecimento é fundamental, uma vez que, há a possibilidade de compreender de forma mais aprofundada como as famílias percebem e manejam os sintomas de DVI da criança e/ou adolescente, as dificuldades vivenciadas pelo núcleo familiar, as reações diante da presença dos sintomas, bem como, as reações e atitudes adotadas pelos familiares após orientações e intervenções de enfermagem realizadas no ambulatório, campo deste estudo.

3. OBJETIVO

Identificar a percepção da família quanto ao manejo dos sintomas da disfunção vesical e intestinal (DVI) apresentados por crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo, com enfoque quanti-qualitativo, de caráter descritivo e exploratório dos fenômenos a serem estudados. Este tipo de pesquisa proporciona maior familiaridade com o problema investigado, uma vez que descreve os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, registra, analisa, interpreta e responde a questões particulares relacionadas à complexidade da experiência humana (MINAYO, 2001; GIL, 2007). Como salientado por Minayo (2010), o campo durante a pesquisa “torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (p.54).

O uso combinado dos métodos quantitativo e qualitativo é justificado pela possibilidade de alcançar uma perspectiva ampla sobre uma área de estudo particular, o que proporciona uma maior compreensão de problemas complexos de pesquisas, comumente encontrados na área da Saúde e de Enfermagem (CRESWELL, 2010; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria de um hospital universitário do Distrito Federal, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016. A população deste estudo foi constituída por pais/responsáveis de crianças e adolescentes atendidos no respectivo ambulatório. A amostra foi composta por 46 pais/responsáveis que aceitaram participar do estudo, mediante convite feito por um profissional do serviço. Caso, os pais/responsáveis demonstrassem interesse, a pesquisadora principal (BFJ) era comunicada e convidada a entrar no consultório para explicar o estudo aos pais/responsáveis e obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram:

- Responsável que concordasse em participar da pesquisa, a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1);

- Estar em atendimento no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria durante o período da coleta de dados, ou seja, de dezembro/2015 a julho/2016;

Quanto aos critérios de exclusão foram:

- Pais/responsáveis de crianças e/ou adolescentes diagnosticadas com problemas neurológicos, cognitivos ou de atraso global do desenvolvimento associados.

4.1. Instrumento para coleta de dados

Para a realização da pesquisa, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE 2) para a coleta de dados que foi utilizado com pais/responsáveis em primeiro atendimento de Enfermagem e em consultas de retorno no referido ambulatório. O instrumento, previamente elaborado pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, foi utilizado com os familiares na modalidade de entrevista semiestruturada. Esta se refere à modalidade de entrevista em que o entrevistador/pesquisador não se detém apenas as questões principais elaboradas no roteiro de entrevista, mas mantém a liberdade para complementar o roteiro de entrevista com outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (MANZINI, 2003).

Tal roteiro era composto por dez perguntas norteadoras distribuídas em três seções do questionário: Atividade do dia a dia e comportamento da criança; sintomas vesicais e intestinais e percepção dos sintomas após intervenções de enfermagem. A primeira e a terceira seção eram compostas por duas perguntas, enquanto a segunda seção era composta por seis perguntas. As questões elaboradas buscavam identificar a rotina e o comportamento da criança, o manejo e as dificuldades, frequência, intensidade e duração dos sintomas vesicais e intestinais. Portanto, a entrevista teve como questões norteadoras:

1. Você pode contar como é um dia típico do seu (sua) filho (a)?
2. Tem mais alguma coisa que o (a) senhor (a) se lembre ou queira falar?
3. Você compareceu ao Ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria porque o (a) seu (sua) filho (a) tem tido problemas com o “xixi” ou o “cocô”?
4. Como o (a) senhor (a) lida com tais sintomas/problemas?
5. Que dificuldades são geradas para o (a) senhor (a) e para seu (sua) filho (a) devido a esses sintomas?
6. Qual é a frequência que acontece cada sintoma mencionado?
7. Qual a intensidade de cada sintoma mencionado?
8. Há quanto tempo cada sintoma mencionado acontece?
9. Os sintomas mencionados pelo senhor (a) são de antes da primeira consulta no ambulatório ou são sintomas apresentados atualmente pela criança?
10. Houve alguma mudança nos sintomas apresentados pelo (a) seu (sua) filho (a) após as intervenções/orientações recebidas no ambulatório?

Para a validação do instrumento de pesquisa foi realizado, durante duas semanas, o estudo piloto utilizando o roteiro elaborado com um total de sete familiares. O estudo piloto permitiu testar e avaliar se o instrumento elaborado estava adequado para a coleta de dados da pesquisa ou se necessitava de revisão e aprimoramento das questões elaboradas. Como não foram identificados pontos fracos e problemas em potencial que impossibilitassem o uso do instrumento, este foi validado para ser utilizado na pesquisa e os sete familiares do teste piloto foram incluídos na amostra deste estudo.

4.2. Variáveis investigadas

As variáveis investigadas neste estudo foram relacionadas às atividades de vida diárias da criança, idade de início dos sintomas, classificação dos sintomas de DVI, reações à convivência com DVI, manejo, intensidade e frequência dos sintomas, dificuldades e melhora após intervenções e orientações de Enfermagem.

4.3. Procedimentos para coleta de dados

A pesquisadora principal (BFJ) se apresentava aos pais/responsáveis das crianças após ser comunicada do interesse da família em participar do estudo, que era primeiramente explicado por uma das enfermeiras responsáveis pela condução das consultas de enfermagem no referido serviço, especificamente após o término do atendimento.

A partir da manifestação de interesse e aceitação dos pais/responsáveis, os mesmos eram apresentados à pesquisadora principal que entrava no consultório e então eram informados sobre os objetivos da pesquisa e mediante aceite, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para início da entrevista. A coleta de dados foi realizada a partir de um roteiro de perguntas na modalidade de entrevista semiestruturada, registrando os dados em gravador digital para posterior transcrição.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora principal iniciava a gravação e seguia o roteiro de entrevista. As questões 1 e 2, pertencentes a primeira seção do instrumento, foram dirigidas a todos os pais/responsáveis que aceitaram participar da pesquisa. Caso os pais/responsáveis mencionassem os sintomas vesicais e intestinais, a segunda seção de perguntas iniciava-se pela questão norteadora 4, referente ao modo como estes lidam

com os sintomas apresentados pelas crianças. Os pais/responsáveis que não mencionaram espontaneamente os sintomas, os mesmos eram questionados sobre o motivo de terem comparecido ao ambulatório e se este estava relacionado a problemas com o “xixi” e/ou o “cocô” da criança/adolescente (questão 3). A terceira seção (questões 9 e 10) foi realizada apenas com os pais/responsáveis que estavam acompanhando crianças/adolescentes em consultas de retorno. Essa seção investigava a percepção dos pais/responsáveis sobre a melhora ou não dos sintomas de DVI após as orientações e intervenções realizadas no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria.

4.4. Análise dos dados

O *corpus* deste estudo, proveniente das entrevistas com os familiares, foi transcrito na íntegra, o que possibilitou a análise dos dados de forma quantitativa e qualitativa.

4.4.1. Análise quantitativa

Para a análise quantitativa, categorias foram criadas a partir das respostas dadas pelos familiares as perguntas do questionário. Estas foram criadas para possibilitar a quantificação dos dados obtidos na entrevista. Assim, as categorias criadas foram: números de familiares que participaram do estudo, número de crianças, quantidade de crianças por sexo e por idade, quantidade de pais em primeira consulta e em consulta de retorno, número de pais que mencionaram os sintomas sem questionamento inicial, quantidade de pais que referiram os sintomas após indagação, sintomas mencionados, frequência e intensidade dos sintomas, dificuldades e desfechos clínicos reportados pelas famílias.

4.4.2. Análise qualitativa

Para a análise dos textos provenientes das entrevistas coletadas foi utilizado o software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE versão 4.5 para Windows). Esse software trata-se de um programa computacional usado para analisar dados textuais, o *corpus* da pesquisa, de forma técnica e metodológica. A forma técnica do programa ocupa-se em investigar a distribuição de vocabulários presentes em transcrições de texto oral, enquanto que a

forma metodológica trata em segmentar, analisar correspondências e classificar hierarquicamente a relação de vocábulos encontrados em um texto escrito ou transcrito, sendo considerado este um método de exploração e descrição. O resultado dessa análise estatística dos dados é a construção de classes temáticas. Para cada classe temática, uma lista de palavras que são características dessa mesma classe é gerada a partir do teste qui-quadrado, que revela a força associativa entre as palavras e sua classe. A associação entre as palavras e a classe revela a frequência com que estas aparecem no texto, bem como, apresenta a relação das palavras mais importantes presentes no discurso. Esse método de pesquisa é tido como viável para a análise de pesquisas qualitativas com fenômenos de pesquisa na Saúde e na Enfermagem (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013; PRADO, 2010).

4.5. Aspectos éticos do estudo – riscos/ benefícios

Essa pesquisa foi submetida e aprovada, sob o aspecto ético e legal, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o número de parecer consubstanciado 547.510, de 12/03/2014, com CAAE 18285013.9.0000.0030, conforme dispõe a Resolução CNS 466/2012, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A eticidade da pesquisa envolve o respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, reconhecimento da sua vulnerabilidade e garantia do seu direito de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Foi respeitado o sigilo das informações, e os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, e estes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). No caso do participante se sentir constrangido em responder a entrevista e ter a mesma gravada, foi descrito no TCLE e afirmado aos pais/responsáveis que as informações recebidas e os áudios gravados obedecem às normas de Ética em Pesquisa, garantindo sigilo e confidencialidade das informações de voz (áudio). Além disso, optou-se por abordar aos pais ao final de cada consulta de enfermagem, assegurando o livre direito de escolha em participar ou não da pesquisa após orientação sobre os objetivos do estudo e garantia de sigilo e confidencialidade das informações.

5. RESULTADOS

Os dados obtidos neste estudo possibilitaram a análise da percepção das famílias sobre a ocorrência dos sintomas da DVI e quanto ao manejo de tais sintomas em crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. Para possibilitar a análise desses resultados, separamos os dados de acordo com os seguintes métodos: quantitativo e qualitativo.

5.1. DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1. Caracterização dos entrevistados

Ao todo, participaram do estudo 46 familiares de 49 crianças e adolescentes em acompanhamento no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, sendo 41 (89%) com grau de parentesco materno, 4 (9%) com grau de parentesco paterno e 1 (2%) avó. Dos familiares entrevistados, 11 (24%) estavam frequentando o ambulatório pela primeira vez (1º consulta), enquanto que 35 (76%) familiares estavam em consultas de retorno.

Em relação ao sexo das crianças e adolescentes, 27 (55%) eram do sexo feminino e 22 (45%) do sexo masculino. Na amostra desta pesquisa havia três duplas de irmãos, sendo duas compostas por crianças e/ou adolescentes do sexo masculino e uma dupla composta por um adolescente do sexo masculino e outra adolescente do sexo feminino. A faixa etária das crianças quanto ao início dos sintomas variou de menores de 1 ano a 9 anos de idade. As idades de menores de 1 ano, 2 e 3 anos foram as mais mencionadas pelos familiares, com um percentual de, aproximadamente, 29%, 22,4% e 18,3% das crianças e adolescentes em atendimento no ambulatório, respectivamente. Destaca-se que os sintomas mencionados pelos familiares em crianças com idades menores que 1 ano estavam mais associados a ocorrência de ITU de repetição e a hidronefrose antenatal, do que propriamente a ocorrência de DVI.

O surgimento dos sintomas a partir dos quatro anos de idade foi reportado com menores percentuais pelas famílias das crianças e adolescentes em atendimento, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da idade de início dos sintomas reportada pelas famílias, segundo o número de crianças em acompanhamento no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. Brasília (DF), 2016.

| Idade de início dos sintomas | Sintomas | Nºde crianças | % |
|-------------------------------------|--|----------------------|--------------|
| Menores de 1 ano | ITU/ Hidronefrose/ Frequência urinária aumentada e/ou diminuída | 14 | 29,0 |
| 2 anos | ITU/ Enurese/ Incontinência/ Frequência urinária aumentada/ Constipação | 11 | 22,4 |
| 3 anos | Enurese/ ITU/ Constipação/ Incontinência/ Frequência urinária aumentada | 9 | 18,3 |
| 4 anos | Retenção/ Enurese/ Constipação/ Incontinência/ Frequência urinária aumentada e/ou diminuída | 7 | 14,2 |
| 5 anos | ITU/ Constipação/ Incontinência/ Frequência urinária diminuída | 3 | 6,1 |
| 6 anos | ITU/ Constipação/ Frequência urinária diminuída | 2 | 4,0 |
| 7 anos | Incontinência | 1 | 2,0 |
| 8 anos | Incontinência/ Constipação/ Frequência urinária aumentada | 1 | 2,0 |
| 9 anos | Incontinência | 1 | 2,0 |
| Total | | 49 | 100,0 |

5.1.2. Descrição da percepção dos sintomas reportados pela família

O roteiro para entrevista permitiu investigar a percepção dos sintomas pelos familiares de duas maneiras diferentes: a primeira, como um relato espontâneo quando questionados sobre um dia típico da criança e a segunda, como resposta a pergunta:

“Você compareceu ao ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria porque o (a) seu (sua) filho (a) tem tido problemas com xixi e ou cocô?”

Das 11 famílias em primeira consulta, 63,7% (n=7) familiares mencionaram os sintomas de DVI quando não questionados diretamente, enquanto que 36,3% (n=4) familiares necessitaram ser indagados sobre os sintomas. Entretanto, para os familiares em consultas de retorno, foi observado que 11,4% (n=4) falaram espontaneamente sobre os sintomas de DVI das crianças e/ou adolescentes, enquanto que 88,6% (n=31) familiares referiram aos sintomas após serem questionados. Nota-se que há uma maior frequência de menção espontânea de sintomas pelos pais/responsáveis em primeira consulta, enquanto que familiares em consultas de retorno possuíram menor percentual de respostas espontâneas para os sintomas. A menção dos sintomas pelos pais/responsáveis quando questionados sobre o dia típico da criança, sugere que a ocorrência destes afeta a vida diária das crianças, bem como das famílias.

Também se observa que familiares em consultas de retorno tiveram maior necessidade de serem questionados sobre os sintomas das crianças e/ou adolescentes, quando comparado aos familiares que estavam em primeira consulta. Esse resultado sugere uma menor percepção dos sintomas pelos familiares após início do tratamento e acompanhamento das crianças no ambulatório, o que pode estar relacionada a melhora de tais sintomas após acompanhamento no ambulatório.

Dos sintomas mencionados pelos familiares, 31% (n=15) foi relacionada a ITU, 29% (n=14) constipação intestinal, 27% (n=13) incontinência urinária, 24% (n=12) enurese noturna, 16% (n=8) frequência urinária aumentada, 10% (n=5) frequência urinária diminuída, 6% (n=3) retenção e urgência urinária, conforme apresentado na tabela II. Ressalta-se que sintomas como febre alta, convulsão, disúria, prurido, desmaio e urina concentrada foram os mais mencionados pelos pais/responsáveis, sendo os mesmos associados à ocorrência de infecção de trato urinário. É interessante destacar que, aproximadamente, 53% (n=26) das crianças e adolescentes foram descritos pelos pais com mais do que um sintoma urinário e o sintoma de constipação intestinal foi associado com, pelo menos, um sintoma urinário em 14 (29%) crianças e adolescentes.

Tabela II – Distribuição dos sintomas de DVI conforme descrição dos familiares. Brasília (DF), 2016.

| Disfunção | Sintomas | Crianças % |
|-------------------------------|---|-------------------|
| Infecção do trato urinário | Febre alta, coceira, desmaio, convulsão, dor para fazer xixi, urina escura. | 31 |
| Constipação intestinal | Intestino preso, cólicas, dores de barriga, cocô duro, prisão de ventre. | 29 |
| Incontinência urinária | Xixi na roupa, escape de xixi | 27 |
| Enurese noturna | Xixi/ mijo na cama | 24 |
| Frequência urinária aumentada | Fazia xixi o tempo todo, toda hora fazendo xixi. | 16 |
| Frequência urinária diminuída | Vai poucas vezes ao banheiro, não faz xixi com frequência. | 10 |
| Retenção urinária | Prende o xixi, segura, dança | 6 |
| Urgência urinária | Saía correndo pra fazer xixi, pressa para ir ao banheiro. | 6 |

Com relação às respostas dos familiares sobre a frequência de ocorrência dos sintomas, 90% (n=44) das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório apresentavam sintomas que ocorriam constantemente, sendo apenas, 10% (n=5) das crianças e adolescentes classificados pelos pais com uma frequência média (3x/semana) de ocorrência dos sintomas.

Quanto à intensidade dos mesmos (considerada como quantidade e força dos sintomas) as respostas dos familiares variaram de acordo com as disfunções mencionadas. Para ITU e constipação intestinal, os familiares consideraram a intensidade dos sintomas conforme a força, enquanto que para enurese noturna, aumento e diminuição da frequência urinária, incontinência, urgência e retenção urinária, a intensidade dos sintomas foi considerada pelos familiares quanto à quantidade, conforme mostra a tabela III.

Tabela III – Intensidade das disfunções vesicais e intestinais das crianças e adolescentes – Brasília-DF – 2016.

| Disfunção | Forte/Muito % | Médio % | Fraca/Pouco % |
|-------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| | <i>Força</i> | | |
| ITU | 12 (24%) | 3 (6%) | - |
| Constipação Intestinal | 12 (24%) | 2 (4%) | - |
| | <i>Quantidade</i> | | |
| Enurese noturna | 11 (22%) | 1 (2%) | - |
| Incontinência | 8 (16%) | 4 (8%) | 1 (2%) |
| Frequência urinária aumentada | - | 5 (10%) | 3 (6%) |
| Frequência urinária diminuída | 5 (10%) | - | - |
| Urgência urinária | - | 3 (6%) | - |
| Retenção urinária | - | 2 (4%) | 1 (2%) |

Das dificuldades quanto à ocorrência dos sintomas, 37% (n=17) dos familiares reportaram o desconhecimento e preocupação, a possibilidade de piora e como esses sintomas afetavam a vida diária da criança. Para 35% (n=16) dos pais/responsáveis, as dificuldades reportadas foram quanto ao mal-estar e desconforto provocados pelos sintomas, principalmente relacionada a incontinência urinária. Dificuldades financeiras, relacionadas à compra de fraldas e custo com transporte para frequentar as consultas ambulatoriais, também foram colocadas pelos pais/responsáveis como um inconveniente, sendo referida por 15% (n=7) das famílias. Esse mesmo percentual também foi referido pelos familiares quanto à necessidade de cuidado 24h às crianças portadoras desses sintomas. Segundo 13% (n=6) dos familiares, o isolamento social relacionado ao abandono do trabalho, escola, convívio com outras pessoas, passeios e viagens, foi reportado como o principal efeito psicossocial relativo à ocorrência de tais sintomas, principalmente os urinários. Um percentual menor de famílias, 9% (n=4) dos pais/responsáveis reportaram o preconceito, muitas vezes expresso como “bullying” como a maior dificuldade enfrentada, tanto pelas crianças como por toda a família.

5.1.3. Desfechos clínicos reportados pela família após orientações e intervenções de enfermagem de prática avançada em uropediatria

Dados quanto à ocorrência dos sintomas antes e depois das consultas no ambulatório foram obtidos pelos relatos dos familiares em consultas de retorno, sendo que 97% (n=34) dos familiares referiram a ocorrência dos sintomas antes da primeira consulta, enquanto que 3% (n=1) mencionou que estava apenas fazendo

acompanhamento da criança diagnosticada com hidronefrose antenatal e que a mesma não tem tido sintomas no momento. Com relação à melhora dos sintomas após orientações e intervenções de Enfermagem, 68% (n=24) dos pais/responsáveis mencionaram a ausência de sintomas após acompanhamento no ambulatório. Entretanto, 32% (n=11) dos familiares referiram ainda a permanência dos sintomas após as orientações, porém destacando-se melhora ou diminuição da frequência e/ou intensidade de tais sintomas.

5.2. DADOS QUALITATIVOS

5.2.1. Análise realizada pelo ALCESTE

A análise dos dados, realizada pelo software ALCESTE, fornece o número de classes resultantes após a análise, as formas reduzidas das palavras que compõem cada classe, o contexto semântico em que as classes formuladas se encontram e as unidades de contextos elementares (UCEs), que são segmentos correspondentes ao material do discurso, de onde as classes são originadas (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013). Todas essas informações fornecidas pelo software viabiliza a interpretação das classes, que são o produto final alcançado após a análise.

No presente estudo, a análise qualitativa dos dados realizada pelo software ALCESTE se deu a partir da separação do *corpus* em 49 unidades de contexto inicial ou entrevistas. Esse número é referente às respostas dos familiares determinadas pela quantidade de crianças, já que entre os familiares entrevistados, alguns tinham mais do que um filho em acompanhamento no ambulatório. A separação do *corpus* resultou na produção de 775 UCEs, que por sua vez, deu origem as seis classes temáticas agrupadas duas a duas, conforme a relação de proximidade entre os seus conteúdos semânticos.

Cada uma das classes formuladas pelo programa abrangeu contextos semânticos específicos, sendo que cada classe denominada com um título: Classe 1: Atividades da vida diária da criança; Classe 2: Cotidiano familiar; Classe 3: Início dos sintomas; Classe 4: Convivência com os sintomas; Classe 5: Busca pelos serviços de saúde; Classe 6: Reação após orientações e intervenções de Enfermagem em Uropediatria; Assim, o nome do *corpus* analisado foi definido como “vivência e manejo dos sintomas de DVI na infância”.

Na figura 1, observa-se a formação de três blocos referentes ao agrupamento das classes. Os blocos são formados, respectivamente, pelas Classes 1 e 2, 3 e 4, 5 e 6, sendo independentes entre eles. O agrupamento entre as classes demonstra a maior relação ou confinidade entre elas, o que significa que a Classe 1 tem mais proximidade com a Classe 2, e pouca ou nenhuma relação com as Classes 3 e 4 e Classes 5 e 6.

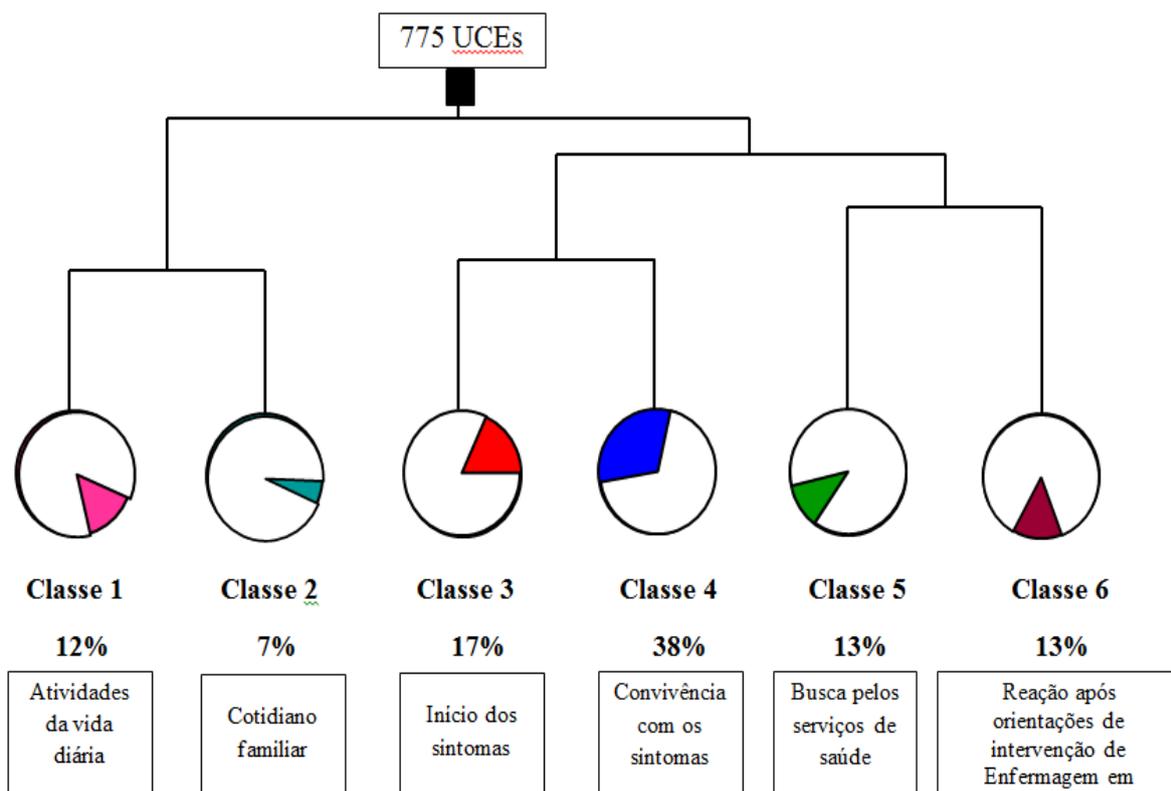


Figura I – Dendrograma mostrando a relação entre as classes, os nomes dessas e a quantidade de UCEs de onde foi originada cada classe.

No dendrograma da figura I, cada classe é composta por segmentos de UCEs, que juntas perfazem o total de unidades investigadas no discurso. Observa-se que a Classe 4 “Convivência com os sintomas” foi a que mais agrupou UCEs, apresentando uma porcentagem igual a 38%.

O processo de divisão das UCEs resultou em formas reduzidas dos vocabulários que constituem cada uma das classes e que representam o seu significado semântico. A figura II mostra a lista de palavras em sua forma reduzida pertencente a cada classe.

| CLASSE 1 | CLASSE 2 | CLASSE 3 | CLASSE 4 | CLASSE 5 | CLASSE 6 |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Café | Dia | Estava | For | Conseguia | Exame |
| Toma | Igreja | Começou | Crescendo | Filha | Apresentava |
| Levanta | Rotina | dois anos | Ver | Encaminhada | Acompanhamento |
| Pouquinho | Irmã | Fazendo | Melhorava | Maria | Rins |
| Hora | Cuida | Parou | Diminuiu | Carmo | Gisele |
| Volta | Vou | Usar | Alimento | Remédio | Doutora |
| Horário | Pai | Xixi | Ingesta | Medicação | Cirurgia |
| Dente | Trabalha | Xixi na | Professor | Conversa | Fez |
| Escova | Criança | cama | Pode | Dor | Causava |
| Dever | Brinca | Faz | Pergunta | Sabia | Desse |
| Dorme | Gosta | Achava | Fala | Sentia | Deu |
| Janta | Assistindo | Xixi na | Segura | Consulta | Início |
| Lancha | Desenho | roupa | Coisa | Problema | Descobrir |
| Geralmente | Celular | fralda | Igual | Sintomas | Desmaio |
| Almoço | | Tirou | Mãe | Novo | Infecção urinária |
| Meio | | Ano | Preocupa | Explicação | Tranquila |
| Come | | Pequena | Segue | Médico | Tranquilo |
| Estuda | | Troca | Medida | Acontece | Gravidez |
| Acorda | | Precisa | Principal | Dava | Nasceu |
| Escola | | Colocava | Ajuda | Primeira | Hidronefrose |
| Vai | | Lavando | Tenta | Forte | Vem |
| Manhã | | Molhada | Controla | Febre | Acompanha |
| Assiste | | Roupas | Dificuldades | Infecção | Inteiro |
| Televisão | | Mija | Época | Gente | Tempo |
| Tarefa | | Botava | Duas | Mudança | Teve |
| Agita | | Comprando | Semana | Veio | Última |
| Chega | | Jeito | Todo dia | Hospital | Mês |
| Aula | | Usando | Banhada | Internou | Tratamento |
| | | Casa | | | |
| Atividades da vida diária | Cotidiano familiar | Início dos sintomas | Convivência com os sintomas | Busca pelos serviços de saúde | Reação após orientação e intervenção de Enfermagem em Uropediatria |

Figura II – Lista de palavras pertencente a cada uma das classes e o nome destas.

5.2.2. Apresentação dos conteúdos das classes temáticas

1. CLASSE 1: Atividades da vida diária

Constituída pelas palavras “*café*”, “*toma*”, “*acorda*”, “*estuda*”, “*dever*”, “*come*”, “*televisão*” e “*dorme*”, a Classe 1 refere-se ao cotidiano típico das crianças.

A vida diária das crianças foi descrita pelos familiares como atividades habituais e rotineiras da infância. Os pais reportaram como um dia típico da criança, atividades tais como: a criança acorda, escova os dentes, vai ao banheiro, toma banho, toma café, vai para a escola (quando estuda pela manhã) ou vai jogar no celular, assiste televisão, brincar, ajudar nas tarefas domésticas, frequentar a igreja, participar de atividades recreativas como clubes, canto, e esportivas como judô, balé, futebol, janta e dorme. Todos os pais referiram ainda, como atividades que a criança realizava durante o dia, o hábito do uso do celular e do computador. Essas atividades foram referidas por todos os familiares como ocupações que as crianças e adolescentes dedicavam a maior parte do seu tempo livre enquanto estavam em casa.

[...] “Ele acorda de manhã, come fruta, aí escova os dentes, veste roupa e vai pra escola”.

[...] “Chega da escola, come, lancha, vai mexer no celular, no computador”.

[...] “Chega, come, dorme, acorda, limpa casa, ouve música, come, passa o restante do tempo na televisão, janta e dorme”.

[...] “Faz o dever de casa, depois do dever de casa, assiste televisão ou brinca com os irmãos”.

2. CLASSE 2: Cotidiano familiar

A Classe 2, agrupada a Classe 1, refere-se ao cotidiano familiar. Com menor número de palavras listadas, essa classe foi composta por palavras como “*casa*”, “*trabalho*”, “*assistindo*”, “*brinca*”, “*criança*”, “*desenho*” e “*celular*”. Os segmentos de UCEs selecionados para essa classe descrevem como era o dia a dia da família com a criança e as atividades presentes nesse cotidiano familiar.

Nos seus discursos, alguns familiares referiram deixar as crianças com cuidadores enquanto vão trabalhar; outros na maioria reportaram serem eles próprios os cuidadores e referiram ter como cuidados habituais: acordar, alimentar a criança, levar para escola, buscar e orientar quanto às atividades escolares.

Com relação às atividades desenvolvidas pelas famílias, pais e responsáveis relataram deixar a criança brincar em casa, em parques, com os irmãos ou com celulares, *tablets*, videogames e computadores. A atividade de assistir televisão também é algo frequentemente reportado pelas famílias no cotidiano familiar. Aos finais de semana, a maioria das famílias permanecia em casa, outras realizavam atividades em igrejas, nas quais as crianças eram envolvidas e algumas saíam com as crianças e adolescentes para locais como clubes e shoppings.

- [...] “Quando eu vou para o trabalho a tarde, ele fica com a Tia Júlia que é quem cuida dele”.
- [...] “Como ele está de férias, fica em casa no celular, jogando *Xbox*.”
- [...] “ Em casa, fica no celular, videogame ou televisão.”
- [...] “Quando na semana, a gente vai pra igreja, coloca ele na escola bíblica”.
- [...] “A gente passa o domingo na igreja”.
- [...] “No sábado, geralmente é um dia mais livre, ela vai para o clube”.

3. CLASSE 3: Início dos sintomas

Composta por palavras como “*começou*”, “*dois anos*”, “*fazer*”, “*xixi_na_cama*”, “*xixi_na_roupa*”, “*fralda*” e “*pequena*”, essa classe agrupa termos de UCEs referente às respostas dos familiares sobre o início dos sintomas das crianças e adolescentes. No conteúdo discursivo dos pais/responsáveis é frequente o vocabulário “*fralda*”, palavra com maior força de associação, com percentual de 96% do número de unidades textuais da classe. É importante esclarecer que a ocorrência desse termo no conteúdo discursivo dos familiares refere-se ao processo de retirada de fraldas das crianças, que ocorreu na maioria dos relatos até os dois anos de idade.

Dos sintomas apresentados pelas crianças, enurese noturna descrita como “*xixi_na_cama*” e incontinência urinária referida como “*xixi_na_roupa*”, foram os mais mencionados pelas famílias, quanto ao início dos sintomas. Os familiares referiram ter realizado o desfralde após a criança apresentar períodos diurnos secos, sem perdas de urina na roupa. Em algumas crianças, o período de continência permaneceu após a retirada das fraldas, com início dos sintomas de DVI após um período de continência. Para outras famílias, os sintomas surgiram logo após o desfralde. As perdas urinárias ocorridas pouco tempo depois da retirada das fraldas ou após o desfralde foi reportada pelas famílias como “normal”, pois acreditavam ser essas perdas urinárias noturnas e/ou diurnas causadas pela idade da criança. Sintomas de incontinência urinária foram reportados pelas famílias depois da retirada de fraldas (desfralde), havendo um período de continência da criança, enquanto que as perdas urinárias noturnas estiveram presentes antes e depois do desfralde.

As famílias referiram ter percebido a disfunção vesical após a ocorrência contínua das perdas urinárias que não regrediram, conforme o avanço de idade da criança. A ocorrência frequente dos sintomas e a intensidade com que ocorriam foram aspectos mencionados por todos os familiares ao descreverem como iniciaram os sintomas urinários. Descritos como frequentes e com uma intensidade de média a alta,

os sintomas foram percebidos pelos pais após a persistência dos mesmos, mesmo diante do crescimento e com o avançar de idade da criança. A persistência dos sintomas mesmo com o avançar do crescimento e desenvolvimento da criança, aliado a frequência e a intensidade com que ocorriam, foram fatores determinantes para que os pais percebessem e começassem a se preocupar com os distúrbios urinários dos seus filhos.

[...] “Tirei a fralda dela foi cedo, antes dos dois anos”.

[...] “Ela começou a fazer xixi, antes ela tinha parado de fazer xixi na cama e depois fazia durante o dia também, quando ela era pequena”.

[...] “Assim que eu tirei a fralda, ela já mijou na cama direto, era a noite e durante o dia.”

[...] “As três vezes que aconteceu foi muita perca de xixi na roupa.”

[...] “Ela parou de usar fralda porque parou de fazer xixi na roupa, mas continuava fazendo um pouco, então eu achei que era por causa da idade, só que aí nunca parou”.

[...] “Daqui a pouco isso vai passar, ele foi crescendo e agora tem uma preocupação maior”.

4. CLASSE 4: Convivência com os sintomas

Unida a Classe 3, início dos sintomas, com que mantém uma forte relação de proximidade, conforme apresentado no dendograma da figura I, a Classe 4 descreve como que os familiares convivem com os sintomas urinários e intestinais apresentados pela criança ou adolescente. Nessa classe, as palavras “*crescendo*”, “*melhora*”, “*diminua*”, “*professor*”, “*preocupação*” e “*dificuldade*” compõem a lista de termos que caracterizam essa categoria.

Em concordância com a Classe 3, os trechos discursivos da Classe 4 mostram a convivência das famílias com os sintomas urinários e intestinais, os quais os familiares acreditavam que iam regredir ou diminuir, conforme a criança vai crescendo. Como isso não aconteceu, a persistência da problemática gerou preocupação nas famílias, que relataram desconhecer o problema enfrentado pelas crianças e adolescentes e declararam não saber lidar com a situação.

A convivência com os sintomas provocou diferentes reações na família. Familiares reportaram sentimentos de incomodo, estresse, irritação, raiva, sofrimento e constrangimento. Ambas as reações foram descritas, principalmente, em situações em que a criança e/ou adolescente não conseguiam segurar a urina e a perdiam na roupa em ambientes públicos ou quando tinham perdas noturnas que provocavam mau cheiro no quarto da criança e/ou adolescente. Por desconhecerem os sintomas e tratarem como algo “passageiro”, normal e passível de melhora com o crescimento/amadurecimento da

criança, os familiares recorriam a medidas como punição na tentativa de extinguir o comportamento das perdas urinárias. Em seus relatos, alguns familiares referiram punir a criança com castigos como lavar as roupas de cama, roupas íntimas, manter a criança constantemente em uso de fralda, pois estes acreditavam, na maioria das vezes, que a ocorrência dos sintomas era devido à vontade, capricho ou preguiça da criança e/ou adolescente em ir ao banheiro.

A persistência dos sintomas provocava dificuldades para as famílias conviverem com os sintomas. Entre as dificuldades mencionadas pelas famílias encontravam-se: a insegurança em deixar a criança sob os cuidados de outras pessoas, o incomodo de ter que acompanhar a criança com frequência para ir ao banheiro durante passeios como ir ao cinema, shopping entre outras. O desconforto desencadeado pelo mau cheiro das perdas urinárias noturnas, a dificuldade no manejo das dores/cólicas sentidas pela criança por causa de dias sem evacuar, o desconhecimento em como lidar com a situação e a preocupação com a persistência dos sintomas ao longo da vida da criança estavam entre as dificuldades citadas. A preocupação com a ocorrência dos sintomas foi uma reação frequentemente encontrada nos relatos dos familiares. As famílias referiram sentir-se preocupadas com a ocorrência/persistência dos sintomas, principalmente com a possibilidade de que a criança e/ou adolescente virem a passar por situações constrangedoras, preconceito e *bullying*, que afetavam o seu convívio com as outras pessoas.

[...] “Fico preocupada porque à medida que ele for crescendo, que ele não conseguir segurar, a minha preocupação é com relação aos amigos na escola, dele sofrer *bullying*”.

[...] “Ela sofreu muito com preconceito”.

[...] “A maior dificuldade que eu tinha com ele, dele sentir dores, por causa de dias sem ir ao banheiro”.

[...] “A dificuldade é que às vezes você está num ambiente que nem sempre você pode tá toda hora, principalmente no caso de escola, toda hora saindo”.

[...] “Ele deixa o quarto fechado, com a janela fechada e as coisas tudo lá e quando é de tarde, aí já tá aquele cheiro, já infestou tudo, aí às vezes a gente se irrita com ele, se irrita muito”.

[...] “Eu tento buscar alguma forma que possa ajuda-lo a resolver para que ele não venha a sofrer com isso no futuro”.

[...] “Tá começando a adolescência, aí eu acho ruim as coisas dele com mau cheiro”.

[...] “Não tem como trabalhar diretamente porque eu tenho que ficar cuidando dela porque as outras pessoas não entende o grau de gravidade que é uma criança ter infecção urinária”.

[...] “Ela vai seis vezes ao banheiro em uma hora, então é muito difícil”.

5. CLASSE 5: Busca pelos serviços de saúde

Pertencente ao terceiro bloco do dendrograma, a Classe 5 refere-se ao momento em que os familiares buscavam pelos serviços de saúde após um período de auto

manejo dos sintomas de DVI das crianças e adolescentes. Essa classe foi composta principalmente pelas palavras “*médico*”, “*remédio*”, “*consulta*”, “*problema*”, “*sintomas*”, “*internação*”, “*febre*”, “*forte*”, “*infecção*” e “*problema*”.

Conforme os trechos das narrativas dos familiares, a busca pelos serviços de saúde ocorreu quando a criança começa a apresentar sintomas de alerta que representavam risco a sua saúde, como febre alta, dor ao urinar, desmaios, ocorrência de convulsão e dores abdominais. A maioria dos familiares referiu a infecção do trato urinário como motivo de buscarem os serviços de saúde. Segundo as famílias, as crianças necessitaram de internações e uso contínuo de medicações para controlar a infecção, classificada como um sintoma de intensidade forte, que melhorava após tratamento e que após período sem antibiótico voltava a acontecer.

Todos os familiares entrevistados referiram buscar os serviços de saúde após a ocorrência de sintomas de ITU. O caminho percorrido pelas famílias foi por meio da busca de informação e tratamento com o pediatra, profissional que comumente os encaminhou para o ambulatório de nefrologia pediátrica do HUB. E o serviço de nefrologia pediátrica do HUB encaminhava para o ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria.

Uma minoria dos familiares entrevistados referiu buscar os serviços de saúde após certo período de convivência com sintomas frequentes e de grande intensidade. Estes relataram que após empregar esforços necessários para o controle das perdas urinárias recorrentes e não alcançarem os resultados esperados e por acharem que a situação não estava normal, procuravam um pediatra que os encaminhou para um serviço especializado, como o ambulatório campo desta pesquisa.

[...] “Eram infecções fortes, dava febre e só conseguia fazer pouco xixi porque doía pra fazer”.

[...] “Os médicos analisaram o caso dela, passaram remédio”.

[...] “Começou a dar febre com convulsão, além dos desmaios até que ela baixou internada lá no hospital”.

[...] “Tinha que levar mesmo sabendo que ia ficar internada, mas a solução era levar ao médico”.

[...] “Capaz de dar uma convulsão de tanta febre que ela tava tendo, então foi por isso que eles me encaminharam para cá”.

[...] “Ela ficava internada sempre no hospital que tava dando febre, sempre ela tá dando isso”.

[...] “Minha filha vai muitas vezes ao banheiro, ela faz muito xixi, eu não acho isso normal. Bebe muita água e faz xixi toda hora. Aí a médica me encaminhou para cá”.

6. CLASSE 6: Reação após orientação e intervenção de Enfermagem em Uropediatria

Agrupado a Classe 5, “busca pelos serviços de saúde”, a Classe 6 apresenta a relação existente entre os familiares buscarem os serviços de saúde e terem os seus filhos acompanhados no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. As palavras que dão sentido semântico a essa classe são “acompanhamento”, “Gisele”, “tratamento”, “infecção urinária”, “tranquila”, “cirurgia” e “hidronefrose”.

Os familiares que frequentavam o ambulatório referiram ter sido encaminhado para as consultas por pediatras, urologistas ou nefrologistas pediatras. Nenhuma das famílias que participaram da pesquisa referiu conhecer o serviço e suas ações voltadas a assistência a crianças/adolescentes portadoras de sintomas de DVI. Todos os discursos dos pais/responsáveis que fizeram parte dos segmentos da UCEs mostraram que as crianças encaminhadas para o ambulatório já tinham um histórico de acompanhamento medico, referente a cuidados anteriores com hidronefrose e a realização de cirurgias urológicas, sendo encaminhadas por profissionais que conhecem a atuação da pratica avançada e especializada de enfermagem em uropediatria do ambulatório.

As reações dos pais/responsáveis em acompanhamento dos filhos no ambulatório foram diversas, demonstrando estes estarem satisfeitos, tranquilos, calmos com relação à convivência com os sintomas apresentados por suas crianças. As famílias reportaram que após as orientações e intervenções do ambulatório houve melhora dos sintomas, passando a ocorrer com menor frequência ou não ocorrem mais. Entre as melhoras reportadas pelas famílias encontravam-se as mudanças na alimentação da criança e da família (evitando-se os alimentos vesico-irritantes), aumento ou melhora da ingesta hídrica, desaparecimento dos sintomas urinários e intestinais e melhora no padrão de funcionamento intestinal e urinário.

[...] “Não tem mais sintomas nenhum, ela tá bem”.

[...] “Hoje está mais tranquilo, ela já não apresenta esses pequenos problemas”.

[...] “Ela fez o reimplante de ureteres e apresentou um refluxo no grau moderado passivo bilateral, aí ela foi encaminhada para a doutora Gisele”.

[...] “A gente lida com mais tranquilidade, mas prestando atenção o tempo inteiro nela”.

[...] “Atualmente ela não tá apresentado mais nada não, nem infecção urinária, nem nada”.

[...] “Melhorou a ingestão de líquido, o intestino também deu uma melhorada”.

[...] “A gente trata com mais tranquilidade por conta do acompanhamento”.

[...] “A partir do momento que eu tive essa tranquilidade com os médicos, eu fiquei mais tranquila”.

6. DISCUSSÃO

Investigar o modo como que os familiares percebem os sintomas de DVI em crianças e adolescentes é primordial para o estabelecimento de condutas que orientem os pais e minimizem os transtornos físicos e psicossociais desencadeados pelos sintomas urinários e intestinais. Nessa pesquisa, foram encontrados dados quantitativos e qualitativos que sinalizam o modo com que as famílias percebem e manejam os sintomas de DVI. Os resultados encontrados em ambos os métodos são discutidos separadamente a seguir.

6.1. Análise dos dados quantitativos

Todos os familiares que participaram do estudo estavam em acompanhamento no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria do HUB, local onde esta pesquisa foi realizada. Observa-se que há um predomínio de mulheres entrevistadas e que estas são as principais responsáveis pelos cuidados às crianças e aos adolescentes, sendo as principais acompanhantes durante as consultas.

Às mulheres, compete o papel de cuidadora principal em todas as etapas do ciclo de vida. Dentre os vários papéis desempenhados pela mulher na sociedade, o de cuidadora é histórico e culturalmente o mais evidenciado e assimilado. Quando se trata do processo de saúde/doença, seja ele, do filho, esposo, mãe/pai, a mulher assume o papel de cuidadora principal. A função de cuidar da mulher está relacionada à concepção e o nascimento, ao instinto materno e, também, as dificuldades do homem em desempenhar o cuidado com os filhos (WEGNER; PEDRO, 2010).

Das respostas analisadas dos familiares tem-se que o início dos sintomas é percebido com maior frequência entre as idades de menores de 1 ano a três anos, sendo que os sintomas reportados pelos familiares são os sintomas típicos de ITU de repetição e hidronefrose antenatal. O resultado encontrado está de acordo com a literatura que refere que a ITU é a infecção bacteriana mais comum na infância, com até 30% das crianças com idade entre os seis a 12 meses de vida apresentando manifestações clínicas (SIMÕES e SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Em nosso estudo, a febre foi o sintoma mais mencionado pelas famílias para a descrição de ITU, seguido de disúria, prurido, urina de coloração escura, convulsão e

desmaio. Simões-Silva e Oliveira (2015), explicam que sinais e sintomas de ITU são inespecíficos, principalmente em neonatos e durante a infância, sendo que o sintoma de febre alta pode ser o único sintoma apresentado por crianças jovens. Em um estudo, realizado com pais que tiveram a criança recentemente diagnosticada com ITU, Harmsen e colaboradores (2007) demonstraram que a maioria dos pais conhece os sintomas típicos de ITU como disúria, enquanto que os sintomas atípicos de ITU, como, por exemplo, a febre, não é percebida pelos familiares como um sinal de infecção do trato urinário. Ressalta-se então, que a busca pelos serviços de saúde quando a ocorrência de sintomas atípicos de ITU, que são os mais comuns em crianças, não está relacionada à percepção das famílias quanto aos sintomas do trato urinário e sim a preocupação da família quanto ao adoecimento da criança.

Os sintomas de DVI mencionados com maior frequência foram incontinência urinária e enurese noturna como já observado em outros estudos (VELOSO et al., 2016; MOTA, VICTORA, HALLAL, 2005, MOTA et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2014). De acordo com Vasconcelos e colaboradores (2014), a perda urinária diurna e noturna são entidades comuns na infância, sendo as mais encontradas em ambulatórios de urologia pediátrica. A incontinência urinária, considerada um sintoma de armazenamento, refere-se à perda de urina sem controle que pode ocorrer durante o dia e/ou noite, em uma idade em que a criança já deveria ter obtido o controle (VASCONCELOS et al., 2013).

Em situações em que a perda involuntária de urina ocorre somente à noite, na ausência de doença orgânica e em uma idade em que seria esperado que a criança se mantivesse seca, denomina-se essa perda urinária como enurese noturna monossintomática (MOTA et al., 2015). Em nosso estudo, a prevalência de ocorrência das perdas urinárias diurnas foi de 27%. Leonardo e colaboradores (2007), em seu estudo realizado com 120 crianças e adolescentes em atendimento em um ambulatório de urologia pediátrica, demonstrou a prevalência de 73,6% pacientes com perdas urinárias apenas diurnas. A diferença entre o percentual de prevalência dos sintomas de incontinência entre os estudos pode ser explicada pelo tamanho da amostra investigada em cada estudo, que foi maior na pesquisa mencionada.

A prevalência de enurese noturna encontrada em nosso estudo foi igual a 24%. Mota e colaboradores (2005), em um estudo de base populacional de crianças brasileiras

com idade entre 3 a 9 anos, com o objetivo de avaliar sintomas urinários, encontraram uma prevalência de enurese igual a 17,5%. Silva e colaboradores (2004) encontraram uma prevalência de 6,1% em 564 crianças com idades de 5 a 11 anos. Mota e colaboradores (2015) com 3.602 crianças com enurese noturna até a idade de sete anos obteve uma prevalência de enurese igual a 10,6%. Percebe-se que há uma variação na prevalência de enurese conforme os estudos encontrados na literatura. Os diferentes percentuais podem está relacionados ao grupo de amostra utilizado em cada estudo, que na maioria das amostras consistem em pacientes ambulatoriais ou escolares e a definição de enurese utilizada primária (sintomas sempre estiveram presentes) e secundária (pelo menos seis meses sem perdas urinárias noturnas e retorno dos sintomas) (MOTA et al., 2015). É importante ressaltar que em nosso estudo, o percentual de enurese foi captado mediante a resposta dos familiares, não sendo considerada a classificação desta como primária ou secundária e sim a percepção das famílias quanto à presença ou ausência dos sintomas.

Ambos os sintomas, principalmente incontinência urinária e enurese noturna, foram percebidos pelos familiares mediante a frequência e a intensidade com que ocorriam. Percebe-se que a frequência e a intensidade com que ocorrem os sintomas são fatores determinantes para que os familiares percebessem os distúrbios urinários das crianças. Entretanto, esse resultado não significa que os familiares irão à busca de tratamento para as crianças e adolescentes diante a ocorrência dos sintomas urinários. Mota e colaboradores (2005) afirmam que pais, em sua maioria, não reconhecem os sintomas urinários e, que por terem a crença de que esses sintomas irão desaparecer espontaneamente, consideram que as crianças não necessitem de tratamento. Esse tipo de conduta é vista principalmente em pais de crianças com incontinência diurna.

Sintomas de disfunção intestinal, como a constipação intestinal funcional, associados aos sintomas urinários também foram reportados com alta frequência (29%) pelos familiares em nosso estudo. Veloso e colaboradores (2016) em seu estudo sobre a qualidade de vida de crianças com DVI apresentam a ocorrência simultânea de sintomas de distúrbios vesicais com a disfunção intestinal. Vasconcelos e colaboradores (2014) também demonstraram a ocorrência simultânea de sintomas de disfunção vesical com a disfunção intestinal em crianças e adolescentes. Ambos os estudos ressaltam a importância do tratamento conjunto das duas disfunções, visto que, a melhora do

distúrbio intestinal pode melhorar, e até mesmo fazer com os sintomas de distúrbios miccionais desapareçam e vice e versa.

A convivência com os sintomas de DVI e ITU provoca dificuldades nos familiares. Entre as dificuldades citadas estão a preocupação das famílias diante da ocorrência e persistência dos sintomas. A falta de informações gera preocupações na família, que estão relacionadas ao convívio da criança com as outras pessoas, a possibilidade destas de serem vítimas de preconceito/bullying e o fato de como a persistência dos sintomas poderia impactar no futuro da criança. Harmsen e colaboradores (2007) também evidenciaram em seu estudo a preocupação dos pais com relação aos sintomas de ITU. Enquanto os pais não recebiam informações quanto à causa dos sintomas nas crianças, mantinham-se preocupados com a possibilidade de piora e agravamento da doença da criança. No estudo de Mota e colaboradores (2015), pais também se demonstraram preocupados com as perdas urinárias noturnas frequentes de crianças e adolescentes.

O desconforto provocado pela ocorrência e persistência dos sintomas urinários também teve um alto percentual de relato entre familiares. Este estava mais associado às perdas urinárias noturnas. De acordo com Mota e colaboradores (2015), a enurese afeta muitas famílias, pois o ato de urinar na cama causa estigmas sociais e emocionais, estresse e é inconveniente tanto para a criança quanto para os seus pais.

A melhora dos sintomas após acompanhamento no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria foi reportada por 68% dos familiares, que estavam em consultas de retorno. Este percentual encontrado evidencia o impacto relevante da assistência e cuidado prestado nos serviços de Prática Avançada de Enfermagem. O serviço especializado de Enfermagem em Uropediatria é permeado pelo processo de tomada de decisão clínica baseada em evidências científicas, que tem como objetivos a atuação de enfermagem centrada no paciente, na saúde e em cuidados holísticos.

O enfermeiro de Prática Avançada de Enfermagem utiliza-se do conhecimento científico, habilidades e competências na prestação da assistência de Enfermagem, viabilizando o cuidado a partir de soluções criativas, eficazes e de baixo custo à população (CROWE, 2014; BRYANT-LUKOSIUS; DICENSO, 2004). A função da Prática Avançada de Enfermagem para melhorar a saúde e a qualidade da assistência de

saúde prestada, já é demonstrada em estudos como o de Canon e colaboradores (2012). Este estudo evidencia a qualidade assistência de saúde prestada e o aumento do número de pacientes em tratamento de urologia pediátrica atendidos, devido à associação de enfermeiros de prática avançada com médicos urologistas.

6.2. Análise dos dados qualitativos

Neste estudo foram encontradas seis classes temáticas, agrupadas duas a duas, referindo-se a seis momentos distintos, que são: Classe 1: Atividades da vida diária, Classe 2: Cotidiano familiar, Classe 3: Início dos Sintomas, Classe 4: Convivência com os sintomas, Classe 5: Busca pelos serviços de saúde e Classe 6: Reação após orientação e intervenção de Enfermagem em Uropediatria.

As informações dos familiares sobre as atividades da vida diária, presentes na Classe 1, reportam o cotidiano das crianças. Os familiares descrevem como atividades da vida diária: o acordar, alimentar-se, vestir-se, brincar, estudar, realizar tarefas da escola, dormir, tomar banho, escovar os dentes e ajudar nas tarefas domésticas. Vasconcelos e Cavalcante (2013) definem as atividades da vida diária como ações comuns a diferentes épocas e culturas que estão intimamente relacionadas à sobrevivência e automanutenção de pessoas e grupos.

Vasconcelos e Cavalcante (2013) afirmam que as atividades da vida diária são fundamentais para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, porque estas possibilitam as primeiras formas de exploração do ambiente e o contato próximo da criança com o cuidador principal. À medida que atinge níveis mais elevados do seu desenvolvimento motor, cognitivo e psicológico, a criança interage de forma mais complexa com o ambiente e passa a envolver-se gradativamente com atividades mais elaboradas, criando aos poucos suas próprias rotinas, tais como o cuidado pessoal (acordar, escovar os dentes, toma banho, alimentar-se, vestir-se sozinha), comunicação (usar o celular, telefone, computador, a escrita), mobilidade, execução de tarefas diárias e o convívio social (AOTA, 2008; VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2013).

Os hábitos cotidianos da família, agrupados a classe 1, relatados no discurso dos familiares mostraram que as famílias atendidas no ambulatório convivem e cuidam da criança de duas maneiras diferentes. A primeira delas diz respeito ao cuidado oferecido a criança e ao adolescente pela própria família. A segunda, já nos traz as famílias que

necessitam do auxílio de outras pessoas na prestação do cuidado a criança e ao adolescente, enquanto vão ao trabalho. A menção pelos familiares do seu cotidiano, das atividades realizadas em conjunto com a criança e a rotina durante os finais de semana demonstram o convívio das famílias com as crianças. Observa-se pelos relatos dos familiares que durante os seus discursos os sintomas de DVI não foram mencionados, que, por conseguinte, sugere-se que a presença dos sintomas de DVI não interfere nas atividades de vida diária da criança e de sua família.

Silva e colaboradores (2010) ao estudarem o cotidiano das famílias diante a doenças da criança, descreve que a família é um sistema composto de vínculos afetivos, sociais e econômicos, que juntos compõem a dinâmica familiar. No momento de adoecimento de um dos membros da família, a dinâmica familiar muda e passa a exigir da família a adoção de novas estratégias e comportamentos que sejam capazes de reequilibrar a dinâmica da família. Em situações em que a criança adocece, todo o cotidiano da família é desorganizado de maneira acentuada, a partir da quebra de suas rotinas e adoção de sentimentos que refletem as dificuldades e angústias vividas pela família.

Os resultados encontrados na Classe 2 contrapõem-se ao exposto por Silva e colaboradores (2010). Nos relatos das famílias, percebe-se que o cotidiano familiar não é alterado pela presença dos sintomas de DVI, o que indica que os familiares não encaram estes sintomas como doenças da criança e do adolescente. Ainda, como o maior percentual de familiares que participaram do nosso estudo estava em consultas de retorno, a melhora dos sintomas das crianças e adolescentes pode ter influenciado para que não houvesse mudanças no cotidiano da família.

O início dos sintomas de DVI também é percebido pelos familiares em dois momentos distintos: após a retirada das fraldas (processo de desfralde) e logo após um período de continência urinária demonstrada pela criança. Em geral, a sequência usual do controle dos esfíncteres urinário e intestinal consiste no controle fecal noturno e diurno e controle urinário diurno e logo após, noturno (VASCONCELOS et al., 2012). Mota e Barros (2008) demonstram em seu estudo sobre treinamento ao toalete que a ocorrência dos sintomas de disfunção miccional em crianças pode estar associada ao comportamento urinário inadequado, aprendido na época do treinamento esfinteriano.

Vasconcelos e colaboradores (2012) explicam que um comportamento esfinteriano inadequado impede a transição fisiológica do controle urinário infantil (reflexo) para o padrão adulto (controle miccional). O treinamento esfinteriano iniciado precocemente ou tardiamente ou ensinado com hábitos urinários e posições inadequadas aumentam o risco do aparecimento de sintomas da disfunção miccional e/ou intestinal (MOTA; BARROS, 2008).

Incontinência urinária e enurese noturna foram os sintomas de DVI mais reportados pelos familiares o que demonstra serem estes sintomas os mais percebidos pelas famílias. A incontinência urinária foi percebida pelos familiares após um período em que a criança se mostrou continente, sem necessidade de fraldas. A enurese noturna, ao contrário, foi referida pelos familiares como um sintoma persistente, que se manteve logo após o desfralde. A criança está apta para a retirada de fraldas e, concomitantemente, ser treinada para o uso do toailete a partir dos dois anos de idade, momento em que a criança apresenta as habilidades necessárias ao início do treinamento esfinteriano (MOTA; BARROS, 2008).

Em um estudo de coorte com crianças brasileiras, Mota e colaboradores (2010) explicam que aos dois anos de idade a criança já pode ser treinada para o controle diurno e que a aquisição do controle esfinteriano ocorrerá ao redor dos 36 meses de idade da criança. Em nosso estudo, não foi possível verificar a idade de início do treinamento esfinteriano das crianças.

Os sintomas de DVI, muitas vezes, são negligenciados pelos pais, por considerarem que estes fazem parte dos hábitos das crianças (MOTA; BARROS, 2008). Em nosso estudo, familiares reportaram que a convivência com os sintomas de DVI geravam dificuldades, além de sentimentos de incomodo, estresse, irritação, raiva, sofrimento e constrangimento. Vasconcelos e colaboradores (2010) explicam que sintomas de DVI são capazes de comprometer significativamente a qualidade de vida das crianças, causando-lhes sofrimento o que acabada afetando a família e a dinâmica familiar. Tanriverdi e colaboradores (2014) em seu estudo sobre os efeitos da enurese noturna nos pais de crianças com enurese mostraram que estes experimentam níveis maiores de ansiedade.

Soares e colaboradores (2005), em seu estudo sobre o significado de enurese para as famílias, demonstram que para estas a enurese acontece por vontade própria da criança, que não controla as perdas urinárias. Com frequência, pais/responsáveis utilizam-se de situações constrangedoras para “ensinar” crianças e inibir os distúrbios urinários. As mais frequentes relatadas foram: colocar a criança para lavar roupas sujas e manter a criança constantemente em uso de fralda. Veloso e colaboradores (2016) relatam em sua pesquisa que a família submete crianças a situações constrangedoras com o objetivo de puni-la pela ocorrência dos sintomas de urgência/urgeincontinência e enurese.

Em seu estudo, Veloso e colaboradores (2016) descrevem as mesmas situações constrangedoras as quais as crianças do nosso estudo foram submetidas, ressaltando que estas se tratam de violência pelas quais as crianças são vítimas. Em nosso estudo não foi captado o uso da punição física como método de correção a crianças com sintomas urinários, como mencionado no estudo de Veloso e colaboradores (2009) e, também, relatado por Sapi e colaboradores (2009) em seu estudo que avaliava a violência doméstica contra crianças portadoras de enurese.

Entre as dificuldades reportadas pela família à preocupação com a persistência dos sintomas e o desconhecimento sobre como lidar com a situação foram dificuldades mencionadas pela maioria das famílias. A possibilidade de que a criança e/ou adolescente venham a passar por situações constrangedoras, preconceito e *bullying* incomodam os pais e estes referem sentir-se preocupados com que estas situações afetem a dimensão emocional e social de seu filho.

De fato, crianças e adolescentes com sintomas de DVI, principalmente os relacionados à incontinência urinária e enurese noturna, tem a autoestima prejudicada e os domínios psicossociais afetados (Deshpande et al., 2011). Além disso, crianças com DVI são frequentemente vítimas de *bullying*, como evidenciado em um estudo realizado nos Estados Unidos. Neste estudo, crianças com sintomas do trato urinário tiveram escores maiores no questionário *Bullied Index Score* para avaliação das vítimas de *bullying* (ZHAO et al., 2015).

Em nosso estudo, os sintomas de ITU foram determinantes para que os familiares buscassem os serviços de saúde. Ambos descreveram a ocorrência de sintomas específicos e inespecíficos de ITU. Observa-se pela resposta dos familiares

que a busca pelos serviços de saúde ocorreu em situações em que a criança apresentava um quadro clínico grave, com ameaça a sua integridade física. Nos relatos dos familiares, destaca-se que as crianças foram hospitalizadas para tratamento da ITU. Alguns pais referiram a ocorrência de desmaios e convulsões para descrever a intensidade dos sintomas de ITU apresentados pela criança. Vasconcelos e colaboradores (2012), afirmam que DVI são comumente investigadas e diagnosticadas após episódios de ITU, sendo, portanto, esta um fator determinante para motivar uma consulta médica. Enquanto que no estudo de Mota e colaboradores (2005), enurese noturna foi o sintoma que mais levou os familiares a buscar tratamento.

O ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria foi buscado pelas famílias após encaminhamento destas por profissionais médicos, já que estas referiram não conhecer o ambulatório e os cuidados prestados. O desconhecimento das famílias não é surpreendedor, já que a atuação da enfermagem nos moldes de Prática Avançada de enfermagem é recente e realizada por poucas enfermeiras no Brasil. Crowe (2014) explica que a prática avançada de enfermagem em urologia tem-se desenvolvido rapidamente em países da América do Norte, Europa e Austrália.

Atualmente, existem pelo menos vinte organizações de enfermagem em urologia em todo o mundo (CROWE, 2014). O surgimento da prática avançada de enfermagem ocorreu, principalmente, pela necessidade de prestação de cuidados a pacientes urológicos e a escassez global de urologistas. Diante dessas demandas, profissionais de enfermagem passaram a assumir responsabilidades expandidas por alguns aspectos de atendimento ao paciente, que previamente eram somente desempenhadas por médicos (CROWE, 2014).

As ações de cuidado de Prática Avançada em Enfermagem tem como foco o envolvimento do paciente no tratamento, processo de tomada de decisão baseada em evidências e educação e apoio aos pacientes (CROWE, 2014). Em Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria a educação/orientação e as intervenções utilizadas são transmitidas e aplicadas a toda a família. Em nosso estudo, a melhora dos sintomas das crianças e dos adolescentes em acompanhamento no ambulatório é evidenciada pelas famílias, que reportam sentimentos de satisfação, tranquilidade, calma e paciência para lidar e conviver com os sintomas apresentados pelas crianças. Além disso, mudanças físicas são também reportadas pelas famílias, como a melhora dos sintomas das crianças

e adolescentes, adoção de novos hábitos alimentares e de eliminação urinária e intestinal.

Nosso resultado contrapõe-se ao apresentado no estudo de Soares e colaboradores (2005), no qual mesmo após o diagnóstico e início do tratamento de perdas urinárias noturnas, as famílias não aceitam com facilidade este sintoma como um problema físico e ainda assumem posturas de resistência aos tratamentos e culpabilização da criança e adolescente pela ocorrência dos sintomas. Entretanto, em nosso estudo, o esclarecimento, as orientações e intervenções de Enfermagem foram reportadas pelos familiares como determinantes para que houvesse melhora dos sintomas de crianças e adolescentes, assim como interferiu de maneira positiva na forma com que as famílias passaram a lidar e cuidar da criança com sintomas de DVI.

Este estudo apresenta como limitações, o fato de não termos avaliados o período de início do desfralde da criança, o modo como que o treinamento do toalete foi realizado pelos familiares e a percepção da criança e do adolescente sobre os sintomas urinários e intestinais e sobre as reações das famílias diante da ocorrência dos mesmos.

Para a prática clínica da Enfermagem em Uropediatria, este estudo reforça o papel singular do cuidado prestado no ambulatório e ressalta a importância da atuação da enfermagem na educação e orientação das famílias quanto a sintomas de DVI comuns na infância. Além disso, ressalta-se cada vez mais a importância da atuação desse serviço especializado, uma vez que, a orientação aos familiares reflete no modo com que estes enfrentam a ocorrência de tais sintomas e como manejam os cuidados prestados as crianças e aos adolescentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sintomas de DVI são percebidos pelas famílias quando são persistentes e tem intensidade acentuada. Embora estes sintomas sejam percebidos pelos familiares, a busca pelos serviços de saúde só acontece quando a criança e/ou adolescente apresenta sintomas específicos e inespecíficos de infecção do trato urinário. Estes sintomas foram determinantes para que os familiares buscassem os serviços de saúde.

O início dos sintomas é percebido pelas famílias após a retirada de fraldas e logo após um período de continência urinária demonstrada pela criança. Dos sintomas de DVI, a incontinência urinária, enurese noturna e constipação intestinal foram os percebidos pelos familiares. Estes são negligenciados pelos familiares, por consideram que os sintomas urinários e intestinais fazem parte dos hábitos das crianças.

A convivência com esses sintomas provoca diversas dificuldades às famílias, sobretudo a preocupação relacionada ao convívio da criança/adolescente com as outras pessoas, a possibilidade de serem vítimas de preconceito/bullying e medo de como a persistência desses sintomas poderia impactar o futuro da criança e do adolescente. Com frequência, pais/responsáveis fazem uso de situações constrangedoras para “ensinar” as crianças e inibir os distúrbios urinários, embora não tenha sido captado o uso de punições físicas com relação à criança não é possível afirmar que estas não ocorram.

O desconhecimento dos sintomas de DVI, evidenciado pelas famílias, provoca a preocupação, o sofrimento e sentimentos de estresse ao lidar com os efeitos físicos e psicossociais ocasionados pelos mesmos. Desse modo, faz-se necessário, portanto que medidas de educação em saúde sejam elaboradas para os familiares de modo a orientá-los sobre a ocorrência de DVI em crianças e quanto ao manejo domiciliar desses sintomas.

Embora sejam causa de dificuldades as famílias, os sintomas de DVI não interferem nas atividades de vida diária da criança e/ou adolescente e de sua família. Como o maior percentual de famílias que participaram do nosso estudo estava em consultas de retorno, a melhora dos sintomas das crianças e/ou adolescentes pode ter influenciado para que não houvesse mudanças no cotidiano da família.

A atuação da Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria mostrou-se bastante positiva no desempenho de papéis de orientação e intervenção nos sintomas de DVI. Estratégias de educação e principalmente orientação às famílias são primordiais para que cuidados as crianças sejam prestados sem que haja o sofrimento físico, psíquico e social das crianças e/ou adolescentes e as famílias.

Mais ainda, o esclarecimento sobre a ocorrência dos sintomas para a família é fundamental, uma vez que, os familiares, quando orientados, tendem a tratar a criança com mais calma, paciência e tranquilidade, sem o uso de métodos punitivos, contribuindo, assim, com a melhora dos sintomas e a adesão da família ao longo do tratamento.

Ressaltamos, ainda, que nosso estudo teve como limitações a ausência de investigação e avaliação sobre o período de início do desfralde da criança, o modo como os familiares realizaram o treinamento esfíncteriano, a percepção da criança e do adolescente sobre os sintomas de DVI e sobre as reações das famílias diante a ocorrência dos mesmos. Estas indicam a necessidade de realização de outros estudos que investiguem essas variáveis possibilitando, assim, maior conhecimento acerca do surgimento e vivência familiar com os sintomas de DVI.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AOTA. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process 2nd edition. Am J Occup. Ther., v. 62, n. 6, p. 625-83, 2008.

AUSTIN, Paul F et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. USA: The Journal of Urology, v. 191, p. 1863-65, 2014.

AZEVEDO, D.M; COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em Enfermagem. Rev. Enferm. UFPE on line. Recife, v. 7, p. 5015-22, Jul., 2013.

AZEVEDO, Roberta V.M. et al. Impacto of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). J. Bras. Nefrol, v. 36, n. 4, p. 451-459, 2014.

BERRY, A. Helping Children With Dysfunctional Voiding. Urologic nursing., v.25, n. 3, p. 193-200, Jun., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS, 2016. Acesso em: 10 nov 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. Acesso em: 16 out 2015.

BRYANT-LUKOSIUS, D.; DICENSO, A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs., v. 48, n. 5, p. 530-540, 2004.

BURGUERS, Rosa E et al. Management of Functional Constipation in Children with Lower Urinary Tract Symptoms: Report from the Standardization Committee of The International Children's Continence Society. USA: The Journal of Urology. v. 190, p.29-36, 2013.

CANON, S.; BASHAM, K.; CANOS, H.L.; PURIFOY, J.A.; SWEARINGEN, C. Alternative approaches to expanding pediatric urology services and productivity. Journal of Urology, v.188, n. 4, p. 1639-42, 2012.

CRESWELL, J.W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução de Magda Lopes. 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p., il.

CROWE, H. Advanced urology nursing practice. Nat Ver Urol., v. 11, n. 3, p. 178-182, 2014.

DESHPANDE, A.V.; CRAIG, J.C.; SMITH, G.H.H.; CALDWELL, P.H.Y. Factors Influencing Quality of Life in Children With Urinary Incontinence. The Journal of urology., v. 186, n. 3, p.1048-1052, 2011.

DRIESSNACK, M; SOUSA, V.D; MENDES, A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 15, n. 5, p. 1046-49, set./out., 2007.

FONSECA, E.M.G.O; MONTEIRO, L.M.C; Clinical diagnosis of bladder dysfunction in enuretic children and adolescents. J Pediatr. Rio de Janeiro. v 80, n.2, p. 147-53, 2004.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIRON, A.M; DÉNES, F.T; SROUGI, M; Urologia. 1 ed. São Paulo: Manole, 2011. p. 263-304.

HARMSSEN, M.; WENSING, M.; WOUDE, J.C.V.D.; GROEL, R.P.T.M. Parents' awareness of and knowledge about young children's urinary tract infections. Patient Education and Counseling. v. 66, n. 2, p. 250-255, 2007.

LEONARDO, C.R.; FILGUEIRAS, M.F.; VASCONCELOS, M.M.; VASCONCELOS, R.; MARINO, V.P.; PIRES, C. et al. Risk factors for renal scarring in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction. Pediatr Nephrol., v. 22, p. 1891-6, 2007.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p. 11-25.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2010. p. 54.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 22.

MOTA, D.M.; BARROS, A.J.D. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. J Pediatr. Porto Alegre. v. 84, n. 1, p. 9-17, Jan./ Fev., 2008.

MOTA, D.M.; BARROS, A.J.D. Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. J Pediatr. Rio de Janeiro. v. 84, n. 5, p. 455-462, Set./ Out., 2008.

MOTA, D.M.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S. Prevalence of enuresis and urinary symptoms at age 7 years in the 2004 birth cohort from Pelotas, Brazil. J Pediatr. Rio de Janeiro. v. 91, n. 1, p. 52-58, Jan./ Fev., 2015.

MOTA, D.M.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, SANTOS, I.S. Longitudinal study of sphincter control in a cohort of Brazilian children. J. Pediatr. Porto Alegre, v. 86, n. 5, Out., 2010.

MOTA, D.M.; VICTORA, C.G.; HALLAI, P.C. Investigation of voiding dysfunction in a population-based sample of children aged 3 to 9 years. J Pediatr. Porto Alegre. v. 81, n. 3, p. 225-232, Mai./ Jun., 2005.

PRADO, R. Manual de utilização ALCESTE 2010: software de análise de dados textuais (versão para Windows). Toulouse: IMAGE; 2010.

SANTOS, N; VEIGA, P; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. Brasília. v. 64, n.2, p. 355-8, 2011.

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

SCHAST, A.A.; ZDERIC, S.A.; RICHTER, M.; BERRY, A.; CARR, M.C. Quantifying demographic urological and behavioral characteristics of children with lower urinary tract symptoms. J Pediatr Urol., v. 4, n. 2, p. 127-33, 2008.

SILAY, Mesrur Selcur et al. Who Should We Trust in Sreening for Lower Urinary Tract Dysfunction in Children: The Parents or the Child? Urology. v. 82 p. 437-441, 2013.

SILVA, A.; FREITAS, A.; OLIVEIRA, P.; MACHADO, E. Enurese: Prevalência e fatores associados em Crianças em idade escolar (primeiro ciclo) – Estudo epidemiológico. Acta Pediatr. Port., v. 35, n. 5, p. 413-19, 2004.

SILVA, M.A.S.; COLLET, N.; SILVA, K.L.; MOURA, F.M. The everyday of the family in coping with a chronic condition on infants. Acta Paul Enferm., v. 23, n. 3, p. 359-65, 2010.

SIMÕES e SILVA, A.C.; OLIVEIRA, E.A. Update on the approach of urinary tract infection in childhood. J. Pediatr. Rio J. v. 91, p. S2-10, 2015.

SOARES, A.H.R.; MOREIRA, M.C.N.; MONTEIRO, L.M.C.; FONSECA, E.M.G.O. Child enuresis and parental meanings: a qualitative perspective for healthcare professionals. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 5, n. 3, p. 301-311, Jul./Set., 2005.

SOUZA, N.M.L; SALVIANO, C.F; MARTINS, G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: Revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. v. 20, n. 1, p.198-206, Jan/Mar 2015.

TAI, T.T.; TAI, B.T.; CHANG, Y.J.; HUANG, K.H. Parents have diferente perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age. Acta Paediatrica Nurturing the child, v. 104, n. 10, p. 466-72, Oct., 2015.

TAMRIVERDI, M. H.; PALANCI, Y.; YILMAZ, A.; PENBEGUL, N.; BEZ, Y.; DAGGULLI, M. Effects of enuresis nocturna on parents of affected children: case-control study. Pediatr Int, v. 56, n. 2, p. 254-257, 2014.

VASCONCELOS, M.M.A.; LIMA, E.M.; VAZ, G.B.; SILVA, T.H.S. Lower urinary tract dysfunction – a common diagnosis in the pediatrics practice. J. Bras. Nefrol v. 35, n. 1, p. 57-64, 2013.

VASCONCELOS, Roberta, M A, et al. Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). J Bras Nefrol. V. 36, n. 4, p. 451-459, 2014.

VASCONCELOS, T.B.; CAVALCANTE, L.I.C. Avaliação das atividades de vida diária em crianças: uma revisão da literatura. Rev. Ter Ocup. Univ. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 267-72, 2013.

VELOSO, Lorena A. et al. Quality of life, cognitive level and school performance in children with functional lower urinary tract dysfunction. J. Bras. Nefrol v. 38, n. 2, p. 234-244, 2016.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. The multiple social roles of lay caregiver women of hospitalized children. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) Porto Alegre., v.31, n.2, p. 335-42, Jun., 2010.

ZHAO, P.T.; VELEZ, D.; FAIENA, I.; CREENAN, E.M.; BARONE, J.G. Bullying has a Potential Role in Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms. The Journal of urology., v. 193, n. 5, p. 1743-1748, 2015.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS DA DISFUNÇÃO VESICAL E
INTESTINAL

ENTREVISTA N°

IDENTIFICAÇÃO:

NOME DA CRIANÇA:

PRIMEIRA CONSULTA

RETORNO

ESTUDO DIRIGIDO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS

PRIMEIRA PARTE – ATIVIDADE DO DIA A DIA E COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

1. VOCÊ PODE ME CONTAR COMO É UM DIA TÍPICO DO SEU (SUA) FILHO (A)?
2. TEM MAIS ALGUMA COISA QUE O (A) SENHOR (A) SE LEMBRE OU QUEIRA FALAR?

SEGUNDA PARTE – SINTOMAS VESICAIS E INTESTINAIS

Questões dirigidas aos pais, caso falem espontaneamente dos sintomas urinários e intestinais.

1. COMO O (A) SENHOR (A) LIDA COM TAIS SINTOMAS?
2. QUE DIFICULDADES SÃO GERADAS PARA O (A) SENHOR (A) E PARA O SEU (SUA) FILHO (A) DEVIDO A ESSES SINTOMAS?
3. QUAL É A FREQUÊNCIA QUE ACONTECE CADA SINTOMA MENCIONADO? Por exemplo, no último mês e/ou último semana?
4. QUAL A INTENSIDADE DE CADA SINTOMA MENCIONADO, OU SEJA, EM TERMOS DE QUANTIDADE? Por exemplo, pequena/pouca quantidade, média ou muita/grande quantidade?
5. HÁ QUANTO TEMPO CADA SINTOMA MENCIONADO ACONTECE? Por exemplo, qual era a idade de seu(sua) filho (a) quando tal sintoma aconteceu pela primeira vez?

APÊNDICE 1 – Instrumento utilizado para a coleta de dados.

SEGUNDA PARTE – SINTOMAS VESICAIS E INTESTINAIS

Questões dirigidas aos pais que NÃO falarem espontaneamente dos sintomas urinários e intestinais.

1. VOCÊ COMPARECEU AO SERVIÇO DO AMBULATÓRIO DE PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM EM UROPEDIATRIA PORQUE O (A) SEU (SUA) FILHO (A) TEM TIDO PROBLEMAS COM O “XIXI” E/OU “COCÔ”?

2. COMO O (A) SENHOR (A) LIDA COM TAIS SINTOMAS?

3. QUE DIFICULDADES SÃO GERADAS PARA O (A) SENHOR (A) E PARA O SEU (SUA) FILHO (A) DEVIDO A ESSES SINTOMAS?

4. QUAL É A FREQUENCIA ACONTECE CADA SINTOMA MENCIONADO? Por exemplo, no último mês e/ou última semana?

5. QUAL A INTENSIDADE DE CADA SINTOMA MENCIONADO, OU SEJA, EM TERMOS DE QUANTIDADE? Por exemplo, pequena/pouca quantidade, média ou muita/grande quantidade?

6. HÁ QUANTO TEMPO CADA SINTOMA MENCIONADO ACONTECE? Por exemplo, qual era a idade de seu(sua) filho(a) quando tal sintoma aconteceu pela primeira vez?

TERCEIRA PARTE – PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS APÓS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Questões dirigidas aos pais de crianças que estão RETORNANDO ao ambulatório.

1. OS SINTOMAS MENCIONADOS PELO (A) SENHOR (A) SÃO DE ANTES DA PRIMEIRA CONSULTA NO AMBULATÓRIO OU SÃO OS SINTOMAS APRESENTADOS ATUALMENTE PELA CRIANÇA?

2. HOUVE ALGUMA MUDANÇA NOS SINTOMAS APRESENTADOS PELO (A) SEU (SUA) FILHO (A) APÓS AS INTERVENÇÕES/ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO AMBULATÓRIO?

SINTOMAS IDENTIFICADOS NA ENTREVISTA

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA/FECAL | <input type="checkbox"/> ENURESE | <input type="checkbox"/> HESITAÇÃO URINARIA | <input type="checkbox"/> ESFORÇO | |
| <input type="checkbox"/> ALTA/BAIXA FREQUENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> JATO URINARIO FRACO | <input type="checkbox"/> MANOBRAS DE CONTENÇÃO | | |
| <input type="checkbox"/> URGENCIA | <input type="checkbox"/> DOR GENITAL | <input type="checkbox"/> ENCOPRESE | <input type="checkbox"/> GOTEJAMENTO | <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO |

APÊNDICE 1 – Instrumento utilizado para coleta de dados.