



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

ANA APARECIDA NASCIMENTO MARTINELLI BRAGA

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador-Bahia
2018**

ANA APARECIDA NASCIMENTO MARTINELLI BRAGA

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Salvador-Bahia
2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

B813 Braga, Ana Aparecida Nascimento Martinelli
Relação entre estresse e disfunção do trato urinário inferior em crianças e adolescentes. / Ana Aparecida Nascimento Martinelli. – 2018.
84f.: il. Color; 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Adolescente. 2. Criança. 3. Distúrbio miccional. 4. Estresse.

I. Título.

CDU: 616.6

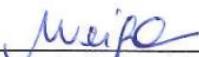
ANA APARECIDA NASCIMENTO MARTINELLI BRAGA

**“RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO
INFERIOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES”**

Tese apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Doutora em
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 13 de junho de 2018.

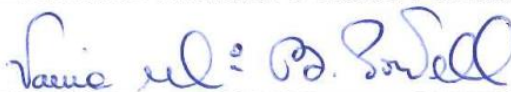
BANCA EXAMINADORA



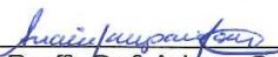
Prof^ª. Dr.^a Maria Lúiza Veiga da Fonseca
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



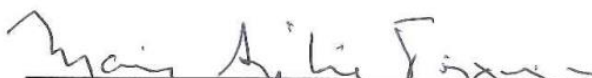
Prof^ª. Dr.^a Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof^ª. Dr.^a Vania Maria Bitencourt Powell
Doutora em Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof^ª. Dr.^a Ariane Sampaio Sousa
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof^ª. Dr.^a Maria Angélica Teixeira
Doutora em Teoria Psicanalítica
Universidade Federal da Bahia, UFBA

SETORES ENVOLVIDOS

FBDC – Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Bahiana Saúde

CEDIMI – Centro de Distúrbios Miccionais na Infância

Clínica de Psicologia

Dedico esse trabalho, com muito amor, aos meus filhos Antônio Vítor e Pedro Henrique, pelo constante apoio e presença ao meu lado. Jovens estudiosos e felizes, minhas fontes inspiradoras.

AGRADECIMENTOS

Meu eterno e especial obrigada aos meus pais, minha base de segurança e confiança incondicional, pela generosidade, compreensão e incansável amor aos filhos na sua singularidade.

A Cláudio, meu marido, comigo há algum tempo, grande motivador para superar desafios e viver a vida de forma leve e divertida.

Ao meu orientador, Ubirajara Barroso, que sempre confiou no meu trabalho, me dando liberdade para propor novas idéias, permitindo ricos diálogos.

A Carolina Aguiar e Maria Luiza Veiga, pelas importantes e cuidadosas sugestões na banca de qualificação.

A Angélica Teixeira, pelas ricas contribuições e indicações de leituras a partir da psicanálise.

A equipe do CEDIMI, profissionais, alunos e pacientes, por terem viabilizado este trabalho, em especial às estagiárias de psicologia Maria Gabrielle Correia da Silva Ferreira e Hellen Maciel Santana, por terem auxiliado na organização dos dados.

A Angélica Teixeira, Ariane Souza, Carolina Aguiar, Maria Luiza Veiga, Vânia Powel e Mônica Daltro, por aceitarem participar da banca de defesa deste trabalho, momento tão importante para minha vida pessoal e profissional.

A Sylvia Barreto, pela indicação e apoio, bem como a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pela oportunidade de fazer parte do Doutorado Especial, cuja equipe de docentes e colegas quero fazer um carinhoso agradecimento, pela grandiosa experiência e aprendizado.

As colegas e amigas de trabalho que ajudaram direta ou indiretamente neste processo, em especial Ana Lúcia Góes, Carolina Aguiar, Cristina Brasil, Eliane Simoni, Maria Luiza Veiga, Mônica Daltro, Myla Arouca, Rosenir Alcântara e Thaís Calasans, pelas contribuições, carinho e apoio.

A todos os meus familiares e amigos, pelo constante interesse e incentivo, em especial a minha irmã Ana Luiza Ferreira, meu cunhado, Alberto Ferreira e meus irmãos de amizade Isabella Paixão e André Henrique Bastos, que sempre vibraram junto comigo a cada conquista.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa
(em Grande Sertão: Veredas)

RESUMO

Introdução: A disfunção do trato urinário inferior (DTUI), tem origem não neurogênica, é um problema clínico comum, apresentado por um número significativo de pacientes que procuram o urologista pediátrico. Questões emocionais e comportamentais são cada vez mais presentes no público infante juvenil, sendo o estresse um indicador de dificuldades no seu funcionamento pessoal e social. **Objetivo:** Testar a hipótese de que crianças e adolescentes com diferentes sintomas de distúrbios miccionais tem diferentes graus de estresse. **Pessoas e Métodos:** Estudo prospectivo, transversal e analítico, realizado com crianças e adolescentes, com DTUI. Foram incluídos pacientes com idade entre 6 e 14 anos, excluídos aqueles com alterações anatômicas ou neurogênicas do trato urinário. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do Dysfunctional Voiding Scoring System – DVSS, da Anamnese Psicológica (AP), e da Escala de Stress Infantil – ESI. Além do escore geral de estresse, este foi analisado em relação às principais informações da Anamnese, bem como as respostas do DVSS foram estratificadas de acordo com as sete perguntas específicas sobre questões urinárias, e comparadas com as respostas da ESI, estratificadas de acordo com os quatro domínios. Todas as análises estatísticas foram feitas no software SPSS versão 14.0 de forma uni e multivariada, utilizando o Qui Quadrado, a Correlação de Pearson e a Regressão Linear para testar correlações e o nível de significância considerado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram coletadas informações de 98 crianças e adolescentes, sendo 55 (56%) do gênero masculino, com idade média de 9 ± 2.25 . No que se refere ao escore geral da ESI, 20 pacientes (20.4%) apresentaram estresse, 95% I.C.(13%-30%). Na análise da relação desse escore geral de estresse com os dados sócio demográficos e clínicos, foi apresentado que 90% dos pacientes com estresse não foram planejados ($p < 0,05$), e incômodo com os problemas urinários em 67% dos pacientes que apresentaram estresse. Todos os domínios da ESI apresentaram correlações significativas com o distúrbio miccional, sendo que sentir dor ao urinar foi o sintoma que se destacou, pois esteve associado com Reações Físicas do Estresse - RFE ($p < 0,01$; $r = 0,348$), com Reações Psicológicas do Estresse - RPE ($p < 0,05$; $r = 0,251$), com Reações Psicológicas com Componentes Depressivos do Estresse - RPDE ($p < 0,01$; $r = 0,319$) e também com Reações Psicofisiológicas do Estresse - RPFE ($p < 0,01$; $r = 0,263$). Após análise multivariada, observou-se na regressão linear que a única variável independente foi a disúria. Na avaliação se havia relação entre a periodicidade de cada sintoma individualmente e um maior escore de estresse, foi observado que quanto mais frequente a disúria, maiores as RFE ($p < 0,01$), RPE ($p < 0,05$), RPDE ($p < 0,01$) e também a RPFE ($p < 0,05$). **Conclusão:** Crianças com DTUI mais intensa apresentam maior grau de estresse. As análises apontaram mais particularmente a disúria como um sintoma que está relacionado ao estresse, seja no âmbito físico, psicológico, com ou sem componente depressivo, e psicofisiológico.

Palavras chave: Distúrbio miccional. Estresse. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The lower urinary tract dysfunction (LUTD), of non neurogenic origin, is a common clinical problem, shown by a significant number of patients who see the pediatric urologist. Emotional and behavioral issues are increasingly present among children and teenagers, and the consequent stress is an indicator of difficulties in personal and social performance. **Objective:** To test the hypothesis that children and teenagers with different urinary dysfunction symptoms have different levels of stress. **People and Methods:** Prospective, cross-sectional analytical study, carried out with children and teenagers with lower urinary tract symptoms (LUTS). Patients were included if they were aged between 6 and 14, and not included if they had anatomical or neurogenic alterations of the urinary tract. The data gathering was done through the application of the Dysfunctional Voiding Scoring System – DVSS, Psychological Anamnesis (PA), and the Child Stress Scale (CSS). The general stress score was analyzed according to the main information of the PA, and the DVSS answers were stratified according to the seven questions on the urinary topic, and compared to the CSS answers, which were stratified according to the four domains. All the analyses were executed with the SPSS software 14.0, both single-variedly and multi-variedly, using the Chi-squared distribution and Pearson's correlation in order to test the associations, and the significance level was $p < 0.05$. **Results:** The information was gathered from 98 children and teenagers, from whom 55 (56%) were boys, with an age average of 9 ± 2.25 . In regards to the general CSS score, 20 patients (20.4%) presented stress, 95% C.I.(13%-30%). In the analysis of the correlation between this general stress score and the social demographic and clinical data, it was found that 90% of the patients with stress were not planned ($p < 0.05$), and annoyance with the urinary problems in 67% of the patients who presented stress. In all CSS domains significant associations were seen with the urinary dysfunction, from which the main symptom was pain when urinating, because it was associated with Physical Reactions to Stress - PRS ($p < 0.01$; $r = 0.348$), with Psychological Reactions to Stress - PsRS ($p < 0.05$; $r = 0.251$), Psychological Reactions with Depression Components – PsRDC ($p < 0.01$; $r = 0.319$) and also Psycho-physiological Reactions to Stress – PsPRS ($p < 0.01$; $r = 0.263$). After the multi-varied analysis, it was observed in the linear regression that the only independent variable was dysuria. In the evaluation, when there was an association between the frequency of each individual symptom and a higher stress score, it was observed that the more frequent the dysuria, the higher the PRS ($p < 0.01$), PsRS ($p < 0.05$), PsRDC ($p < 0.01$) and the PsPRS ($p < 0.05$). **Conclusion:** Children with more intense LUTS presented higher level of stress. The analyses mainly pointed dysuria as the symptom most commonly associated to stress, either in the physical, psychological (with or without the depression component) or the psycho-physiological domain.

Key-words: Urinary dysfunction. Stress. Child. Teenager.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica e clínica da Amostra	27
Tabela 2 - Resultado Geral e por fatores da ESI	28
Tabela 3 - Análise da relação entre as características da amostra e o resultado da ESI	30
Tabela 4 - Análise da correlação entre as variáveis do DVSS e os domínios da ESI31	
Tabela 5 - Análise da Regressão Linear entre as variáveis do DVSS e os domínios da ESI	32

ABREVIACÖES

ADAB	Ambulat6rio Docente Assistencial de Brotas da Bahiana
AP	Anamnese Psicol6gica
BBD	Bladder Bowel Dysfunction
CEDIMI	Centro de Dist6rbios Miccionais na Inf6ncia
DP	Desvio Padr6o
DTUI	Disfunç6o do Trato Urin6rio Inferior
<i>DVSS</i>	<i>Dysfunction Voiding Scoring System</i>
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Sa6de P6blica
ESI	Escala de <i>Stress</i> Infantil
IC	Intervalo de Confiança
<i>ICCS</i>	<i>International Children's Continence Society</i>
<i>LUTD</i>	<i>Lower Urinary Tract Dysfunction</i>
<i>LUTS</i>	<i>Lower Urinary Tract Symptoms</i>
RFE	Reaç6es F6sicas do Estresse
RPDE	Reaç6es Psicol6gicas com Componentes Depressivos do Estresse
RPE	Reaç6es Psicol6gicas do Estresse
RPFE	Reaç6es Psicofisiol6gicas do Estresse
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STUI	Sintomas do Trato Urin6rio Inferior
SUS	Sistema 6nico de Sa6de
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do D6ficit de Atenç6o e Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	14
2.1	Objetivo Principal	14
2.2	Objetivos Secundários	14
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Distúrbio Miccional	15
3.2	Estresse	16
3.3	Relação entre Distúrbio Miccional e Aspectos Psicológicos	19
4	PESSOAS E MÉTODOS	22
4.1	Tipo de Estudo	22
4.2	Local do Estudo	22
4.3	População do Estudo	22
4.3.1	Critérios de Inclusão	22
4.3.2	Critérios de Exclusão	23
4.4	Instrumentos	23
4.5	Coleta de Dados	24
4.6	Hipótese Estatística	24
4.7	Análise Estatística	25
4.8	Aspectos éticos	26
5	RESULTADOS	27
6	DISCUSSÃO	33
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	38
8	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	45
	ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

A disfunção do trato urinário inferior (DTUI) tem origem não neurogênica e é um problema clínico comum, apresentado por 40% dos pacientes que procuram o urologista pediátrico. Os sintomas característicos da DTUI caracterizam-se por alterações da fase de armazenamento da bexiga, como urgência miccional, urgeincontinência e alteração da frequência miccional, ou da fase de esvaziamento, caracterizando-se por redução ou intermitência do jato urinário e esforço miccional^(1,2). A DTUI inclui sintomas urinários na ausência de infecção do trato urinário inferior, alterações neurológicas e anatômicas, e comumente associa-se também à constipação intestinal, denominando-se bladder bowel dysfunction (BBD)⁽³⁾.

Vários trabalhos têm demonstrado que crianças e adolescentes com DTUI apresentam mais alterações emocionais e comportamentais que aqueles sem essa condição^(1,4-6). Indivíduos com DTUI podem ser mais ansiosos, terem dificuldade de concentração e tendência à depressão⁽⁷⁾.

O estresse é definido como uma reação emitida pelo nosso corpo, composta por componentes físicos e psicológicos, que ocorre quando o sujeito se depara com situações que o irrite, ou mesmo o deixe muito feliz, o amedronte, excite, confunda⁽⁸⁻¹⁰⁾. Quando essa reação funciona como um alerta, pode-se dizer que seria um estresse positivo, chamado de eustress, mas quando está em excesso, chamado de distress, é adoecedor⁽¹¹⁾. Segundo Lipp e outros autores⁽¹²⁾, o estresse provoca um desgaste geral do organismo, ocasionado por alterações psicofisiológicas que surgem quando a pessoa é obrigada a enfrentar um evento mobilizador. Em crianças e adolescentes, é um problema frequentemente negligenciado, tendo como principal elemento a necessidade de saber lidar com uma situação nova, seja boa ou ruim⁽¹²⁾. Cada vez mais, sintomas físicos da região pélvica e sintomas psicológicos, sejam emocionais e/ou comportamentais, tem se mostrado interrelacionados, com uma relação mútua de causa e efeito. Por exemplo, a persistência de sintomas urinários ou defecatórios desconfortáveis pode levar a um estado de ameaça e sofrimento do paciente, bem como pessoas com questões emocionais podem ter

mais desconfortos com os problemas físicos, tendo mais dificuldades em lidar com eles⁽¹³⁾.

Crianças e adolescentes com problemas urinários frequentemente são punidas, seja a punição verbal sem contato (bronca), física sem contato (castigo), ou mesmo física com contato^(14,15), na medida em que seus familiares e cuidadores acreditam ser intencional e não entendem os sintomas urinários como uma questão a ser valorizada e cuidada. Também a literatura apresenta informações que relações familiares e sociais, desempenho escolar e qualidade de vida das crianças e adolescentes com problemas urinários sofrem negativas alterações, só piorando o quadro adoecedor⁽¹⁶⁾.

Apesar de haver estudos relacionando aspectos emocionais e problemas miccionais, até o momento não se tem conhecimento de trabalhos estudando especificamente o estresse e sua possível relação com os sintomas de DTUI. Acredita-se que, através do presente trabalho, será possível conhecer mais objetivamente como essa relação se apresenta em crianças e adolescentes, podendo oferecer melhores informações aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos com o tema e, conseqüentemente proporcionar melhores condições de prevenção, tratamento e saúde para a comunidade.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Principal

- Testar a hipótese de que crianças e adolescentes com diferentes sintomas de distúrbios miccionais têm diferentes graus de estresse.

2.2 Objetivos Secundários

- Descrever a prevalência de estresse em crianças e adolescentes com distúrbios miccionais.
- Identificar qual sintoma urinário está mais relacionado ao estresse.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Distúrbio Miccional

O distúrbio miccional é um termo abrangente, que se caracteriza por alterações clínicas relacionadas a problemas urinários. O conceito de DTUI é o termo padronizado pela International Children's Continence Society (ICCS)⁽¹⁾ para definir questões relacionadas à continência urinária e esvaziamento da bexiga. Quando há uma disfunção paralela da bexiga e do intestino, é designado o termo BBD, porém na ausência de comorbidades relacionadas ao intestino, o termo indicado é a DTUI.

Para se diagnosticar a DTUI, é importante observar como são descritos os sintomas, destacando a relevância da idade, quando se define acima de cinco anos como sendo a linha de corte para se caracterizar problemas urinários^(1,3,17,18). É também de grande importância o detalhamento das informações clínicas, exame físico, bem como exame neurológico sucinto, com avaliação da coluna lombo sacral, para excluir alterações neurológicas. Os sintomas da DTUI são classificados de acordo com as duas fases de funcionamento da bexiga: armazenamento e esvaziamento⁽¹⁹⁻²²⁾.

Como exemplos de sintomas da fase de armazenamento, também chamada de enchimento, tem-se o aumento da frequência miccional, que diz respeito à quantidade de micções; a incontinência urinária, que é a perda involuntária da urina, que pode ser contínua (casos de má formação, não incluídos no presente trabalho) ou intermitente (diurna e/ou noturna); urgência, que se refere à necessidade imediata de urinar (frequente nos casos de bexiga hiperativa) e noctúria, que é a necessidade de acordar para urinar. Já na fase de esvaziamento, também chamada de eliminação, há exemplos de sintomas, como hesitação, que é a dificuldade de iniciar a micção; esforço, que diz respeito à necessidade de imprimir pressão abdominal para urinar; jato fraco, apresentando um fluxo urinário fraco; jato intermitente, micção com jatos intercalados com paradas e disúria, quando apresenta queixa de queimor ou dor ao urinar. Há ainda outros sintomas, como manobras de contenção, utilizadas para suprimir a urgência ou postergar a micção;

sensação de esvaziamento vesical incompleta (precisando retornar ao sanitário), dentre outros^(23,24).

O tratamento dos distúrbios miccionais e defectórios pode ser feito à base de medicamento ou de métodos não farmacológicos^(11,25-28). Muitos dos procedimentos utilizados no tratamento dos distúrbios miccionais, inclusive os cirúrgicos, são considerados invasivos ou dolorosos por diversos autores. Fonseca e Monteiro⁽¹²⁾, por exemplo, reconhecem a urodinâmica como um procedimento invasivo. Barbosa e outros autores citam que cateterismo uretral pode ser doloroso⁽¹³⁾.

Foram dadas pela ICCS algumas diretrizes quanto aos tratamentos, como farmacológico, cirúrgico, neuromodulação, uso de alarme, bem como mudanças de hábitos e orientações comportamentais. Também a psicoterapia é incluída aqui como sendo um tratamento possível, contudo indicada nos casos não cirúrgicos e não farmacológicos, destinada para pacientes que apresentam comorbidades comportamentais e/ou emocionais associadas à incontinência, propondo que se faça avaliações psicológicas e psiquiátricas para definir a relevância da mesma. O objetivo proposto é que se alivie o sofrimento e ajude na aderência ao tratamento urológico⁽¹¹⁾.

Os resultados dos tratamentos são avaliados a partir dos relatos do próprio paciente e da sua família. A taxa de sucesso do tratamento pode se dar inicialmente ou a longo prazo. O sucesso inicial é quando se apresenta uma resposta completa (com 100% de redução dos sintomas), parcial (50 a 99%) ou não resposta (com uma redução menor do que 50%). Já o sucesso de longo prazo é quando se apresenta recaída (mais de um sintoma retorna no mês), sucesso contínuo (não há recaídas em seis meses do término do tratamento) ou mesmo sucesso completo (não há recaída em dois anos do término do tratamento)⁽¹⁾.

3.2 Estresse

O estresse é definido como uma reação emitida pelo nosso corpo, composta por componentes físicos e psicológicos, que ocorre quando o sujeito se depara com situações que o irrite, ou mesmo o deixe muito feliz, o amedronte, excite,

confunda⁽⁸⁾. Segundo Lipp e outros autores⁽⁹⁾, o estresse provoca um desgaste geral do organismo, ocasionado por alterações psicofisiológicas que surgem quando a pessoa é obrigada a enfrentar uma situação diferente. O elemento principal do estresse é a necessidade de adaptação a algum fato ou mudança, seja boa ou não. O conceito apresenta alguns desdobramentos ao longo da história, mas recebeu maior atenção na área médica quando foi originalmente definido por Hans Selye, em 1926, como “Síndrome Geral de Adaptação”, e mais adiante, em 1936, quando já era um endocrinologista conhecido, sugere o uso da palavra *Stress* para definir essa síndrome, produzida por vários agentes aversivos. E em 1974, redefiniu o conceito para “Resposta não específica do corpo a qualquer exigência”^(29,30).

A condição de estresse é muitas vezes negligenciada, pois tornou-se um conceito de senso comum, entendido como participante da vida atual, que se apresenta envolta em velocidade e muitas atribuições. Contudo, é importante enfatizar que é fundamental um diagnóstico apurado, a partir de como se manifesta e quais sintomas apresenta. É um diagnóstico abrangente e complexo, que deve ser feito sempre por psicólogo⁽³¹⁾.

As fontes estressoras variam e são particulares para cada um, tendo em vista a maturidade emocional do próprio sujeito. Contudo a literatura aponta determinadas situações mais frequentemente poderosas para gerar tensão infantil^(10,32). Lipp *et al.* organizam as causas do estresse infantil em dois grupos, quais sejam: fontes externas, que dizem respeito a fatos ocorridos, como brigas, mudanças, perdas, separações, hospitalização, dentre várias outras; e fontes internas, que falam sobre situações de interação, como emoções e sentimentos intensos de desamparo, angústia, hostilidade não expressada, etc.; sendo que ambas as fontes se interligam, como no exemplo de uma situação de exigências no uso do vaso sanitário, quando se pode criar um quadro de ansiedade e insegurança, bem como medo e raiva daqueles que o impõe as regras. Os sintomas do estresse podem acometer o campo psicológico, o campo físico ou mesmo o campo psicofisiológico, sendo uma situação “regularizada” quando a fonte causadora deixa de existir, ou quando o sujeito aprende a lidar com ela⁽¹⁰⁾.

Há pouca literatura sobre o estresse infantil, muito por causa da idéia fantasiosa de que a criança é isenta de problemas e preocupações, mas também muitas vezes por não ser valorizado por pais, professores e profissionais de saúde⁽²⁹⁾.

Os sintomas de estresse mais comuns em crianças são: aparecimento súbito de comportamentos agressivos que não são representativos do comportamento da criança no geral; desobediência inusitada; dificuldade de concentração, depressão, ansiedade, enurese⁽³³⁾, gagueira, dificuldades de relacionamento, dificuldades escolares, pesadelos, insônia, birras e até o uso indevido de tóxicos. Além destes, a criança pode apresentar também sintomas físicos, tais como, asma, bronquite, hiperatividade motora, doenças dermatológicas, úlceras, obesidade, cáries, cefaléia, dores abdominais, diarreia, tiques nervosos. No caso das crianças, os sintomas de estresse não são diagnosticados com frequência por pessoas comuns, sendo assim, pode haver uma cobrança maior dos pais, professores, familiares, e uma situação deste tipo pode acabar levando a um agravamento da situação⁽⁸⁾. As reações físicas e psicológicas do estresse podem também influenciar nas relações entre pais e filhos⁽⁷⁾.

No estresse infantil, em especial, é importante construir junto com a criança formas de lidar com as adversidades, tendo em vista serem muitas aprendizagens e mudanças nesse período da vida. O que também se dá na adolescência, quando mais uma vez é importante se trabalhar com a dinâmica familiar, pois os pais que muitas vezes exigem e criam expectativas de filhos autônomos e independentes precocemente, são os mesmos que também se mostram mais autoritários e controladores, gerando dificuldades para esse jovem⁽¹¹⁾.

Então, o funcionamento familiar e a participação da criança/adolescente neste contexto pode fazer muita diferença frente a situações difíceis. Lipp et al⁽³⁰⁾ indicam algumas características que ajudam o sujeito a lidar com situações de mudança, como estar aberto ao novo, seguro em relação à própria vida, engajado em atividades que o motivam, atitude positiva, otimismo, reconhecimento da própria capacidade, aceitação dos próprios erros, saber lidar com a frustração, auto estima desenvolvida, bem como a importância da rede de apoio, família e amigos.

3.3 Relação entre Distúrbio Miccional e Aspectos Psicológicos

Os distúrbios miccionais atingem milhares de pessoas no mundo inteiro e se apresentam como o transtorno mais comum em crianças, depois das alergias. As alterações urológicas são muito comuns na infância, representando 40% das visitas ao urologista pediátrico⁽³⁴⁾.

Os sintomas do trato urinário inferior - STUI, também conhecidos por LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms), acometem 2 a 25% da população geral, sendo 1,5 vez mais frequentes em meninas⁽³⁵⁾. Já a Enurese (nomenclatura que define a incontinência noturna) está presente em 10% das crianças na faixa etária dos 7 anos, e em 1 a 2% quando adolescentes, sendo 1,5 a 2 vezes mais frequente em meninos^(36,37).

Quando nos referimos aos transtornos emocionais e comportamentais em crianças, a literatura apresenta na população geral uma prevalência de 10 a 15%. Contudo, suas taxas, quando estão associados distúrbios miccionais, aumentam de 3 a 4 vezes⁽⁵⁾.

A DTUI pode trazer diversas complicações sociais, tais como dificuldades de relacionamento no âmbito familiar e extra familiar, dificuldades na escola, exclusão social^(38,39). Práticas simples, como dormir na casa de outra criança, pode ser assustador e constrangedor para uma criança portadora de disfunção miccional⁽¹¹⁾. Além disto, a grande maioria dos pais desconhece os sintomas da disfunção miccional e justificam as manobras de contenção e urgência, por exemplo, como preguiça ou que as crianças deixam para última hora para não interromper as atividades lúdicas⁽⁴⁾.

A partir da atualização apresentada pela ICCS⁽¹⁾, as desordens comportamentais têm uma relevância especial, pois acometem 20 a 40% das crianças com enurese e 30 a 40% das crianças com incontinência diurna. Sendo essas desordens referentes a dois tipos, desordens de externalização e desordens de internalização. Nessa categorização, é definido que as primeiras incluem o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD); já as

de internalização se referem à depressão e ansiedade. Alguns estudos sugerem associação entre bexiga hiperativa com depressão e ansiedade. Em uma revisão sistemática, dos 43 artigos incluídos, 26 apontaram associação com depressão, e seis estudos associaram com ansiedade⁽⁷⁾.

Segundo pesquisas já realizadas, a comorbidade psicológica entre crianças com incontinência não neurogênica é alta, sendo 20 a 30% das crianças com enurese, 20 a 40% das crianças com incontinência e 30 a 50% das crianças com incontinência urinária e fecal. No escore geral, mais de 43% da população estudada apresentou sintomas psicológicos relevantes clinicamente, sendo as crianças com incontinência fecal aquelas que tiveram as maiores taxas de problemas psicológicos (58,8%), bem como crianças que tinham sintomas combinados tiveram mais questões psicológicas do que as que tinham sintomas isolados^(5,6).

A partir de uma visão geral de aspectos psicológicos e psiquiátricos na enurese, na incontinência urinária e incontinência fecal, detalhada por estudos anteriores apresentados em publicações relevantes, observou-se que além dos efeitos na auto estima e qualidade de vida, a taxa de comorbidades clínicas de transtornos comportamentais tem aumentado⁽⁴⁰⁾.

Diversos estudos demonstram que sintomas urinários e fatores psicológicos são estreitamente associados em crianças, mas é importante enfatizar que essas associações são complexas e diferem para cada subtipo individual de transtorno, além da genética e meio ambiente também poderem interferir⁽⁴¹⁾.

Estudos comparam sintomas diferentes de DTUI, como o de Von Gontard et al, que compara urge incontinência e postergador miccional, mostrando que ambas mostraram maiores taxas de questões psicológicas, quando comparadas com a população geral, sendo que as crianças com urge incontinência foram consideradas com menor taxa de problemas comportamentais, apresentando mais transtorno de internalização, já as crianças postergadoras apresentaram maiores taxas de questões comportamentais, afetando a dinâmica familiar, ao apresentar transtornos de externalização⁽⁴²⁾.

Ao se falar de enurese⁽⁴³⁾, abrange-se os casos que não apresentam alterações orgânicas, podendo ser primária, ou secundária, esta se diferenciando da primeira pelo fato de já ter existido o controle dos esfíncteres por mais de seis meses, com a criança voltando a urinar na cama após esse período. As crianças enuréticas tem mais dificuldades para perceberem o enchimento da bexiga e despertarem para urinar e a literatura apresenta que a enurese secundária é a que mais está associada a fatores emocionais^(44,45). As circunstâncias adversas exercem uma influência negativa grande sobre o processo de aquisição de controle dos esfíncteres e a prevalência de enurese nesses grupos é alta. Porém não se tem até então a relação entre as questões miccionais e o estresse em específico.

4 PESSOAS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, transversal e analítico, realizado com crianças e adolescentes.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Bahiana Saúde (Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana - ADAB), mais especificamente no Centro de Distúrbios Miccionais na Infância (CEDIMI) e na Clínica de Psicologia (Serviço de Psicologia - SEPSI), sendo localizados na Unidade Acadêmica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), que se encontra no bairro de Brotas, na cidade de Salvador – Bahia.

O CEDIMI é um Centro especializado e multidisciplinar em Distúrbios Miccionais na Infância que possui um urologista pediátrico como coordenador de uma equipe com psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira, bem como estudantes de graduação e pós-graduação.

4.3 População do Estudo

A população-alvo selecionada para o presente estudo foi composta de crianças e adolescentes com Distúrbios Miccionais e a população-acessível foi de crianças e adolescentes de 06 a 14 anos que compareceram para o primeiro atendimento no CEDIMI no período de janeiro de 2013 a junho de 2016.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Os pacientes incluídos no estudo foram aqueles entre 06 e 14 anos, atendidos no CEDIMI a partir do ano de 2013 a junho de 2016, apresentando pontuação em pelo menos um item do DVSS para sintomas urinários.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que não responderam a Anamnese Psicológica, ao *Dysfunctional Voiding Scoring System* (DVSS), Anexo A, ou à Escala de Stress Infantil (ESI), Anexo B, bem como aqueles que foram diagnosticados com alterações neurológicas ou estruturais do trato urinário inferior, ou que não aceitaram participar da pesquisa, se recusando a assinar o Termo de Assentimento (TA), Apêndice A, e/ou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice B.

4.4 Instrumentos Utilizados

Foram aplicados os seguintes instrumentos: DVSS⁽⁴⁵⁾, Anamnese Psicológica e ESI⁽⁸⁾.

O DVSS – *Dysfunctional Voiding Scoring System* é um instrumento utilizado para avaliar problemas urinários e fecais. Foi respondido pelo paciente, com ajuda do responsável, e as respostas foram estratificadas de acordo com sete, das dez perguntas traduzidas para o português, avaliando os sintomas especificamente urinários. Para cada questão há quatro opções de respostas (que varia de zero a três: nunca ou quase nunca, menos da metade do tempo, metade do tempo e quase todo o tempo, respectivamente), a partir da experiência diária recente do paciente, sendo estudados os pacientes que acusaram pelo menos alguma pontuação nas questões miccionais, sendo considerados sintomas positivos aqueles com resultado maior ou igual a um.

A Anamnese Psicológica foi criada pela equipe de psicologia do ambulatório, para colher informações sobre história de vida e características do próprio paciente e sua família, conforme Apêndice C.

A ESI – Escala de Estresse Infantil é uma escala validada, brasileira, criada para avaliar a situação de estresse em crianças e jovens de seis a catorze anos. As respostas foram estratificadas de acordo com os quatro domínios: Reações Físicas, Reações Psicológicas, Reações Psicológicas com componentes Depressivos e

Reações Psicofisiológicas. Este agrupamento se deu a partir da análise de conteúdo dos itens agrupados, conforme alguns exemplos: os itens relacionados às reações físicas abordavam questões referentes mais especificamente ao orgânico, como dor de barriga, sono, vontade de vomitar; os itens que dizem respeito a aspectos psicológicos falam sobre preocupação, nervoso, tristeza, medo; quando acrescido de componentes depressivos, fala sobre baixa de energia, baixa auto estima, vontade de sumir; e aqueles itens que falam de vergonha, ansiedade ao comer, taquicardia, dificuldade de atenção, estão inseridos no grupo que diz respeito ao funcionamento psíquico, nomeado de reações psicofisiológicas.

4.5 Coleta de dados

Todos os pacientes de primeira vez foram avaliados previamente por um urologista para afastar casos de alterações anatômicas do trato urinário (ex: válvula de uretra posterior, ureteroceles ou ureter ectópico) e bexiga neurogênica, os quais foram excluídos do estudo.

Em seguida, essas crianças foram encaminhadas para avaliação da história miccional e fecal, com aplicação do DVSS pelos estudantes de medicina ou fisioterapia, sendo todas as perguntas direcionadas para as crianças e adolescentes, com auxílio dos responsáveis.

No mesmo dia cada paciente e seu acompanhante, separadamente, eram atendidos por um estudante de psicologia. Para colher informações sobre a história de vida e familiar, era aplicada a Anamnese Psicológica ao acompanhante. Para colher informações sobre o funcionamento do paciente na sua rotina, a fim de avaliar o estresse, era aplicada a ESI à criança ou adolescente.

4.6 Hipótese Estatística

Hipótese nula: os sintomas de DTUI não estão relacionados a um estado de estresse.

Hipótese alternativa: os sintomas de DTUI estão relacionados a um estado de estresse.

4.7 Análise Estatística

Os dados foram analisados estatisticamente para testar a correlação entre os diferentes sintomas de distúrbio miccional e o estresse, usando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 14.0 de forma uni e multivariada, considerando o nível de significância de $p < 0,05$.

Para os resultados descritivos, considerando a normalidade das variáveis, foram utilizados média e desvio padrão para as variáveis numéricas e percentual para as categóricas.

Para testar associações dos dados sócio demográficos e clínicos com o resultado do escore geral de estresse (dados categóricos), foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

Para testar associações de cada sintoma de distúrbio miccional com os domínios da escala de estresse (dados numéricos), foi utilizada a Correlação de Pearson. E para as variáveis com significância estatística, foi feita a Regressão Linear Múltipla, aplicando-se o método Enter para inserção de variáveis.

Para o tamanho da amostra foi feita uma estimativa utilizando-se a Calculadora WinPepi, observando-se, a partir da literatura, que seriam necessários 64 pacientes. Se houvesse grupo comparativo, seriam 32 em cada grupo, com e sem problemas urinários, para se detectar uma diferença de 30 pontos percentuais, considerando a prevalência de 40% de problemas emocionais e comportamentais naqueles com sintoma urinários e 10% sem sintoma, com um nível de significância de 5% e um poder de 80%.

As respostas do DVSS foram contabilizadas e comparadas com as respostas da ESI, gerais e de cada um dos quatro domínios. O resultado geral do estresse foi utilizado para descrever a prevalência, e para se chegar aos resultados de cada domínio foram calculadas médias de cada fator.

A ESI apresenta 35 questões, sendo nove de cada um dos três primeiros domínios, e oito para o domínio referente às reações psicofisiológicas. Para cada item há cinco opções de respostas (que varia de um a cinco pontos: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre, respectivamente), a partir da experiência de vida recente do paciente. O resultado geral de estresse foi calculado a partir de alguns critérios: se a soma total de pontos for maior do que 105 pontos; e/ou se cada domínio apresentar pelo menos sete itens com pontuação máxima; e/ou a partir de um cálculo de pontuação igual ou superior a 27 pontos para os três primeiros domínios e igual ou superior a 24 pontos para o domínio referente às reações psicofisiológicas.

4.8 Aspectos éticos

O trabalho está de acordo com as normas e diretrizes da Resolução 466/12, que regulamenta os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos.

A presente pesquisa faz parte da pesquisa intitulada DISFUNÇÃO MICCIONAL E ASPECTOS PSÍQUICOS: POSSÍVEIS RELAÇÕES (CAAE: 47335915.1.0000.5544), submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e aprovada em 18 de setembro de 2015 (Número do Parecer: 1.235.650), Anexo C, com prévia autorização da Instituição (Apêndice D) e do responsável pelos arquivos dos documentos (Anexo E).

Aos responsáveis e pacientes eram explicadas todas as condições da pesquisa, dando-lhes a escolha de aceitarem ou não participar da mesma. Todos que consentiram, assinaram o TCLE (responsável pelo paciente) e o TA (criança ou adolescente), respectivamente.

Tendo em vista todo o contexto de pesquisa, poderia haver mobilização por parte da criança ou adolescente, ou mesmo do seu responsável. Com base nisso, esteve disponível ao paciente, e aos seus acompanhantes, atendimento psicológico, através do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no próprio CEDIMI, tendo em vista que a equipe é multidisciplinar, tendo psicóloga e estudantes de psicologia na sua composição, quanto na Clínica de Psicologia da EBMSP, durante todo o período da pesquisa.

5 RESULTADOS

Foram coletadas informações de 98 crianças e adolescentes, sendo 55 (56%) do gênero masculino com idade variando de 6 a 14 anos, com média de $9 \pm 2,3$, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica e clínica da Amostra

Variável	N	
Gênero	98	M = 55 (56,1%) F = 43 (43,9%)
Idade (anos)	98	$8,99 \pm 2,25$
Alfabetização da criança / adolescente	89	Sim = 80 (89,9%) Não = 9 (9,2%)
Cidade onde mora	91	Salvador = 65 (71,4%) Outras = 26 (28,6%)
Parentesco do acompanhante na consulta	90	Mãe = 68 (75,6%) Outros = 22 (24,4%)
Mãe e Pai vivem juntos	87	Sim = 59 (67,8%) Não = 28 (32,2%)
Filho único	88	Sim = 16 (18,2%) Não = 72 (81,8%)
Gravidez planejada	86	Sim = 28 (32,6%) Não = 58 (67,4%)
Realização do Pré-natal	86	Sim = 85 (98,8%) Não = 1 (1,2%)

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica e clínica da Amostra (Continuação)

Aceitação da gestação	87	Sim = 81 (93,1%) Não = 6 (6,1%)
Atitude do cuidador em relação aos problemas com o xixi	81	Compreensivo = 46 (56,8%) Impaciente = 35 (43,2%)
Punição sofrida pela criança / adolescente por causa dos problemas com o xixi	78	Sim = 30 (42,9%) Não = 40 (57,1%)
Reação da criança / adolescente em relação aos problemas com o xixi	78	Incomodado = 31 (39,7%) Indiferente = 47 (60,3%)

No que se refere ao escore geral da ESI, 20 pacientes (20,4%) apresentaram estresse (95% IC: 13%-30%), sendo que a descrição dos dados em cada fator do estresse está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultado Geral e por fatores da ESI

Variável	N	
Estresse	98	Sim = 20 (20,4%) Não = 78 (79,6%)
RF	98	8,61± 5,52
RP	98	12,68± 7,25
RPDE	98	6,99± 6,98
RPFE	98	9,80± 6,05

Análise Descritiva dos resultados da ESI

A tabela 3 apresenta a análise de Qui Quadrado entre esse escore geral e as informações mais relevantes colhidas na Anamnese Psicológica.

Tabela 3 - Análise da relação entre as características da amostra e o resultado da ESI

Variável	N	Resultado da ESI (%)		P valor	
		NÃO	SIM		
Gênero	98	Masculino	41 (52,6)	14 (70,0)	0,209
		Feminino	37 (47,4)	6 (30,0)	
Idade	98	06 a 10 anos	55(70,5)	14 (70,0)	1,000
		11 a 14 anos	23 (29,5)	6 (30,0)	
Alfabetização do paciente	89	Não	6 (8,5)	3 (16,7)	0,379
		Sim	65 (91,5)	15 (83,3)	
Mãe e Pai vivem juntos	87	Não	21 (29,6)	7 (43,8)	0,374
		Sim	50 (70,4)	9 (56,3)	
Paciente filho único	88	Não	59 (84,3)	13 (72,2)	0,303
		Sim	11 (15,7)	5 (27,8)	
Planejamento da Gravidez	86	Não	42 (61,8)	16 (88,9)	0,045*
		Sim	26 (38,2)	2 (11,1)	
Realização do Pré-natal	86	Não	0 (0)	1(5,3)	0,221
		Sim	67 (100)	18 (94,7)	
Aceitação da criança pelo cuidador	87	Não	5 (7,2)	1 (5,6)	1,000
		Sim	64 (92,8)	17 (94,4)	
Atitude do cuidador em relação aos problemas com o xixi	81	Impaciente	30 (46,2)	5 (31,3)	0,400
		Compreensivo	35 (53,8)	11 (68,8)	

Tabela 3 - Análise da relação entre as características da amostra e o resultado da ESI (Continuação)

Punição sofrida pelo paciente	Não	32 (59,3)	8 (50,0)	0,573
por causa dos problemas com o xixi	Sim	22 (40,7)	8 (50,0)	
Reação do paciente em	Indiferente	42 (66,7)	5 (33,3)	0,037*
relação aos problemas com o xixi	Incomodado	21 (33,3)	10 (66,7)	

*significância estatística <0,05;
Análise estatística através do Qui-Quadrado

Em todos os domínios da ESI houve correlações com alguns dos itens do DVSS (Tabela 4). Foi, então, avaliado se havia associação entre a periodicidade de cada sintoma individualmente e um maior escore de estresse. Foi observado que quanto mais frequente a disúria, maiores as reações físicas do estresse, psicológicas do stress, psicológicas com componentes depressivos do stress e também com reações psicofisiológicas do stress (Tabela 4). Além disso, quanto mais frequente a incontinência urinária associada à roupa ensopada, maior foi a reação psicofisiológica do estresse. Em outras palavras, quanto mais frequente são os sintomas mais intenso é o estresse. Entretanto, após análise multivariada, observou-se na regressão linear que a única variável capaz de prever o estresse foi a disúria (Tabela 5).

Tabela 4 - Análise da correlação entre as variáveis do DVSS e os domínios da ESI

Variável	N	Reações Físicas		Reações Psicológicas		Reações Psicológicas com componente depressivo		Reações Psicofisiológicas	
		r	P valor	R	P valor	R	P valor	r	P valor
Roupa molhada de dia	98	0,105	0,305	0,035	0,735	0,104	0,308	0,168	0,098
Roupa ensopada de dia	98	0,147	0,150	0,051	0,621	0,198	0,051	0,213	0,035**
Faz xixi 1 a 2 vezes por dia	98	0,001	0,996	0,054	0,597	0,020	0,844	0,000	0,997
Segura o xixi cruzando as pernas, agachando ou dançando	98	0,219	0,030*	0,018	0,864	0,084	0,411	0,107	0,292
Não pode esperar quando precisa fazer xixi	98	0,068	0,503	0,072	0,482	0,062	0,542	0,044	0,669
Precisa fazer força para fazer xixi	98	0,111	0,278	0,045	0,663	0,115	0,259	0,130	0,203
Sente dor ao fazer xixi (nos últ,30 dias)	98	0,348	<0,01*	0,251	0,013**	0,319	p<0,01*	0,263	p<0,01*
Score total do DVSS dos itens 1,2,5,6,7,8,9	98	0,227	0,025**	0,099	0,333	0,200	0,049**	0,221	0,029**

*significância estatística <0,01

**significância estatística <0,05

Análise estatística através da Correlação de Pearson

Tabela 5 - Análise da Regressão Linear entre as variáveis do DVSS e os domínios da ESI

Variável	N	Reações Físicas		Reações Psicológicas		Reações Psicológicas com componente depressivo		Reações Psicofisiológicas	
		Beta	P valor	Beta	P valor	Beta	P valor	Beta	P valor
Roupa ensopada de dia	98	0,096	0,450	0,014	0,916	0,172	0,185	0,163	0,214
Segura o xixi cruzando as pernas, agachando ou dançando	98	0,206	0,135	-0,052	0,721	-0,019	0,890	-0,017	0,906
Sente dor ao fazer xixi (nos últimos 30 dias)	98	0,349	p<0,01*	0,237	0,026**	0,308	p<0,01*	0,246	0,018**
Total DVSS dos itens 1,2,5,6,7,8,9	98	-0,047	0,782	0,080	0,658	0,043	0,805	0,081	0,649

* significância estatística <0,01

* significância estatística <0,05

Análise estatística através da Regressão Linear Múltipla

6 DISCUSSÃO

Os nossos dados evidenciaram que alguns itens do DVSS se correlacionaram com a ESI. Em outras palavras, quanto mais frequente são alguns sintomas, maior é o estresse. Foi observado que a disúria, especificamente, provou-se significativa, ou seja, quanto maior for a dor ao urinar, maior será o estresse. Ao nosso conhecimento, esse é o primeiro trabalho a correlacionar os sintomas de DTUI com o estresse, e esses achados dão à DTUI um novo espectro de gravidade.

A DTUI tem sido relacionada a alterações emocionais e comportamentais^(1,4-6). Crianças com DTUI tendem a ser mais tímidas, irritadiças, com maior tendência à depressão⁽⁷⁾, além de apresentarem comportamento agressivo e transgressor⁽⁶⁾. Sabe-se também que crianças diagnosticadas com TDAH, bem como com TOD frequentemente apresentam urgência miccional e reduzido número de micções por dia, respectivamente⁽⁶⁾. Esses dados podem demonstrar também que a função cerebral e a sua resposta a estímulos externos se relacionam com os sintomas urinários.

Sabe-se que o estresse é um estado em razão de reações exageradas a eventos externos que são interpretadas como ameaças. Essa reação “exagerada”, gerando um ambiente de ansiedade e resposta emocional insatisfatória, pode também gerar sintomas. Um exemplo clássico é o que ocorre na síndrome do pânico e a taquicardia. Por algum evento externo (ameaça) há ansiedade, essa gera descarga adrenérgica e taquicardia. A sensação do aumento da frequência cardíaca acarreta mais ansiedade, que por sua vez piora a taquicardia, retroalimentando todo o processo⁽⁴⁶⁾. Transportando isso para a DTUI, como nas situações de bexiga hiperativa, por exemplo, a urgência miccional (evento/ameaça) gera ansiedade e hiperatividade cerebral, aumentando a sensação ao enchimento vesical⁽¹³⁾, que por sua vez pode aumentar o estresse.

Sendo especialmente a disúria que se mostrou associada ao aumento do estresse, há que se refletir à respeito. Muitas podem ser as causas de disúria, como infecção urinária, uretrites, inflamações não bacterianas da bexiga e uretra ou litíase^(47,48). Não há razão clinicamente demonstrável para acreditar que os pacientes estudados

no presente trabalho apresentem alguma dessas situações, ainda que uma parcela desses pacientes apresentem infecção do trato urinário inferior de repetição. A ausência de infecção urinária ou qualquer outra condição clínica que produzam STUI é uma condição necessária para diagnóstico de DTUI. Entretanto, na prática clínica, é frequente a disúria estar associada à baixa hidratação e a uma micção “explosiva”, quando decorre de uma urgência importante ou sobredistensão vesical⁽⁴⁹⁾. É possível teorizar que os pacientes com disúria seriam aqueles com pior STUI e conseqüentemente com resposta mais insatisfatória às emoções e menos aptas a se adaptarem aos eventos/ameaças que são submetidos diariamente, gerando estresse. É possível, também, que o próprio sintoma, desconfortável e constante, possa aumentar o estresse. A sensação de bexiga cheia enseja uma resposta emocional e o ato de urinar é um comportamento. Não é surpreendente que se encontre associação entre STUI e problemas emocionais e comportamentais.

Atualmente, demandas aumentadas em quantidade e velocidade podem fazer com que muitas crianças não saibam lidar com esse processo gerador de estresse. Uma condição, portanto, sensível ao aparecimento desse quadro⁽¹⁰⁾. Os adolescentes, por sua vez, em um período de transição, inclusive físico, não se encontram mais na infância, nem tampouco já se apresentam como adultos, podendo se caracterizar um momento que pode ser estressante na vida do indivíduo, não sabendo lidar com novos contextos de vida que se apresentam⁽¹¹⁾. Os pais, que muitas vezes exigem autonomia dos seus filhos, solicitando independência por parte deles, são os mesmos pais que muitas vezes se mostram autoritários e controladores, pois também estão se experimentando neste papel. Há, assim, conflitos instalados, cujo sintoma urinário, associado ao estresse emocional, pode ser um representante de um contexto mais amplo a ser trabalhado.

Cerca de 20% dos pacientes avaliados apresentaram estresse, percentual elevado, se comparado com estudos prévios sobre os transtornos emocionais e comportamentais em geral⁽⁵⁰⁾, que apontam para um percentual de 10 a 15%. Como não temos um grupo controle de pacientes sem DTUI, não podemos afirmar que a taxa encontrada é maior que na população em geral. Entretanto, esse dado nos dá uma “porcentagem” para utilizarmos na prática clínica e na orientação aos pais. Cerca de 20% de pacientes representa 20 crianças e jovens que se mostraram em

situação de fragilidade emocional. E o domínio de Reações Psicológicas do Estresse foi aquele que apresentou maior pontuação, o que dá um indicativo de necessidade de maiores cuidados nessa área.

Pacientes que não tiveram seu nascimento planejado se mostraram mais estressados (90%), bem como aqueles que se mostraram mais incomodados com os problemas urinários (67%), o que demonstra uma vinculação entre questões emocionais pessoais, relações familiares e estresse.

Importante lembrar as informações já apresentadas pela literatura sobre a freqüente situação das crianças e adolescentes com problemas urinários serem vítimas de punição^(14,15), exclusão social e dificuldades na dinâmica familiar, impactando negativamente na qualidade de vida e no desempenho escolar⁽¹⁶⁾. Os resultados encontrados ampliam a gravidade da questão, quando é observado que um sofrimento já existente (dor ao urinar) é associado a um sofrimento psíquico aumentado, estresse.

Assim, a partir das análises estatísticas, é possível compreender melhor uma realidade mais ampla e importante sobre o adoecimento dessas crianças e adolescentes, mas também outras variáveis podem estar envolvidas neste contexto. Para se analisar esse quadro, diversas podem ser as áreas de conhecimento, e os estudos psíquicos devem ser um caminho necessário, pois traz a condição de se discutir também a singularidade dessas informações.

Muitas são as possibilidades de referenciais teórico práticos de respaldo de uma atividade clínica que digam respeito a aspectos afetivo emocionais e à subjetividade. Destaca-se aqui a psicanálise, tanto por lidar com o desejo do sujeito, a partir de uma instância inconsciente, quanto por ser de alguma maneira um outro olhar sobre a questão, para dialogar com a área médica. Embora se tenha utilizado um embasamento teórico a partir do conceito de estresse, não poderia deixar de fazer menção à psicanálise, que respalda a minha prática clínica e o meu olhar sobre os sujeitos que escuto em atendimento.

Se recorrermos, então, à psicanálise para estudar o conceito de sintoma de forma geral, esse é tomado sempre como não intencional, de acordo com a consciência, apontando para a dimensão das leis do inconsciente e da pulsão que regem a subjetividade. Especificamente os sintomas trabalhados aqui, relacionados aos problemas urinários, ilustram como resistem ao que socialmente teria sido “ensinado” e esperado que apresentasse^(51,52).

Pode-se dizer que para a medicina o sintoma seria o contrário de saúde, e se busca a adaptação do paciente a um padrão ou condição de normalidade, enquanto ausência de doença. Diferentemente da medicina, a psicanálise vai definir o sintoma como uma construção inconsciente e pulsional que representa de certo modo esse sujeito. Por fazer parte dele, não pode, portanto, ser de todo eliminado, sendo necessário analisá-lo para que novos destinos lhes sejam dados, de modo a causar menos impacto no funcionamento da sua vida diária, proporcionando um bem estar maior.

Por exemplo, ao estudarmos crianças e adolescentes com problemas urinários, para cada sujeito esta questão deve estar embaraçada com sua história de vida e familiar, e também com seu desejo, com sua pulsão, podendo ser tomada como uma mensagem cifrada dos contornos feitos por cada um para lidar com sua própria falta, a angústia de não ser completo e sempre estar em constante busca. Não significa com isso que o sintoma seja negligenciado, ou que deva permanecer dificultando o funcionamento da vida do paciente, mas sim que ele possa ser escutado e interpretado clinicamente, para ser deslocado e reinventado no funcionamento do sujeito⁽⁵³⁻⁵⁶⁾.

Mais do que nunca, na atualidade, as diferentes áreas de conhecimento tem se esforçado para não se excluírem. Devem trabalhar juntas, pois os cuidados médicos tratam de dados de realidade que devem ser levados muito em consideração, assim como a psicanálise trata não apenas da pura realidade, mas também da realidade psíquica, a partir do sujeito do inconsciente, que tem através do sintoma um modo de se expressar e paradoxalmente de se satisfazer. Assim, ao falar, é através do que ele conta da sua “história” que se pode construir um novo enredo do seu sofrimento consciente, mas também de satisfação inconsciente, produzida pela

realização de desejo, pela angústia e conflito, demarcando possibilidades de novos destinos e construções na sua vida⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

O inconsciente não diz respeito a um local dentro ou fora do corpo humano, depositário de emoções ou sentimentos, mas é uma instância psíquica, estruturada como uma linguagem, que tem leis próprias regidas pelo simbólico, temporalidade própria e lógica própria. Permite que passado, presente e futuro possam conviver e serem falados para além do tempo cronológico. E é nos tropeços da fala, no que escapa, no que “falha”, que o inconsciente se manifesta nas suas formações, como no sintoma por exemplo, bem como nos sonhos, nos chistes e nos atos falhos⁽⁵³⁻⁵⁵⁾.

O presente trabalho faz refletir sobre a complexidade dessa questão, sendo fundamental que se traga esses contrapontos na discussão. A “cura” dos problemas urinários, ou o “controle” do estresse, vão pela via da consciência e de um movimento adaptativo, enquanto que outra leitura da questão, a partir da psicanálise, propõe um contraponto ao eu corporal e consciente da lógica cartesiana respaldado na razão. A condução se dá pela via da fala, dos princípios do desejo do sujeito inconsciente, que precisa falar, para elaborar sua posição frente a seus impasses, construindo novos recursos para lidar melhor com essas dificuldades⁽⁵⁶⁾.

Nessa medida, há uma questão trabalhada do ponto de vista estatístico em um agrupamento de semelhantes, mas também para cada sujeito o sintoma vai apontar para uma questão particular. A estatística oferece um conhecimento generalizável, mas não exclui a necessidade de se considerar cada caso como único, como propõe a psicanálise. Então, é só no um a um que essas singularidades podem ser ditas e escutadas.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

O presente trabalho apresentou um ganho incremental para o tema, na medida em que trouxe conhecimento novo e de impacto na vida da criança e adolescente com DTUI, pois a partir de então vê-se os sintomas com um outro olhar e muda-se a conduta na assistência aos pacientes. Contudo é um trabalho que também apresenta limitações. A falta de um grupo controle, por exemplo, impediu que pudéssemos comparar os resultados encontrados sobre estresse infanto-juvenil na população com DTUI com a população infanto-juvenil geral. Apesar do número de pacientes avaliados não ser pequeno, pode-se incorrer no erro estatístico de tipo 2, quando não é possível rejeitar a hipótese nula, sendo ela falsa. Também, respostas às perguntas relacionadas aos aspectos urinários e ao estresse derivam interpretações subjetivas e, portanto é sensível a diversas variáveis que podem interferir na confiabilidade.

Assim, desdobra-se deste ponto a importância de trabalhos futuros, tanto na vertente de pesquisas com grupo controle e com outras metodologias, que possam acompanhar a médio ou longo prazo esses pacientes, quanto trabalhos qualitativos, que possam favorecer o conhecimento mais individual da história de vida e posição pessoal de alguns desses sujeitos, frente ao seu sintoma. E os resultados encontrados devem ser levados em conta de agora em diante quando atendermos uma criança/adolescente com DTUI, pois aquelas que apresentarem dor ao urinar já na primeira consulta, devem ter uma atenção especial no atendimento psicológico, tanto na escuta sobre possíveis questões pessoais e sociais, quanto no acolhimento e orientação das famílias.

8 CONCLUSÃO

Crianças e adolescentes com alguns sintomas mais intensos de DTUI apresentam maior grau de estresse. As análises apontaram uma prevalência de 20% de estresse geral, com maior pontuação no fator referente às relações psicológicas do estresse, sendo a disúria o sintoma que está mais associado ao estresse, seja no âmbito físico, psicológico, com ou sem componente depressivo, e psicofisiológico.

REFERÊNCIAS

1. Austin P, Bauer S, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Rittig S, Walee JV, Von Gontard A, Wright A, Yamg SS, Nevéus T. 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. *Neurology and Urodynamics* 35: 471-481, 2016.
2. Azevedo RVM, Oliveira EA, Vasconcelos MMA, Castro BAC, Pereira FR, Filgueiras NFV, et al. Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). *J Bras Nefrol* 2014;36:451-9.
3. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LG, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso Jr U. Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Front Pediatr*. 2016 Oct 3;4:101.
4. Barroso Jr., Ubirajara et al . Comparative analysis of the symptomatology of children with lower urinary tract dysfunction in relation to objective data. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Feb. 2006.
5. Von Gontard A, Niemczk J, Weber M, Equit M. Specific Behavioral Comorbidity in a Large Sample of Children With Functional Incontinence: Report of 1,001 cases. *Neurology and Urodynamics* 35: 763-768, 2015.
6. Niemczk J, Equit M, Braun-Bither K, Klein A-M, Von Gontard A. Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Published online 21 October 2014.
7. Vrijens D, Drossaerts J, Van Koeveringe G, Van Kerrebroeck P, Van Os J, Leue C. Affective symptoms and the overactive bladder – A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 78: 95-108, 2015.
8. Lipp MEN, Lucarelli MDM. Escala de Stress Infantil: ESI: manual, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
9. Lipp MEN, et al. O Estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, Volume 6, Número 1. 2002. 51-56.
10. Malagris L. Prefácio do livro *Stress em Crianças e Adolescentes*. Lipp, M. Papirus Editora, 2014.
11. Lipp M, Malagris LE, Novais L. *Stress ao longo da vida*. Ícone Editora, 2007.
12. Silva EAT Da, Martinez A. Diferença em nível de *stress* em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. *Estudos de Psicologia I Campinas* I 22(1) I 53-61 I janeiro – março 2005.

13. Fowler CJ. Integrated control of lower urinary tract--clinical perspective, *Br J Pharmacol.* 2006 Feb;147 Suppl 2:S14-24.
14. Sá CA, Gusmão Paiva AC, de Menezes MC, de Oliveira LF, Gomes CA, de Figueiredo AA, de Bessa J Jr, Netto JM. Increased Risk of Physical Punishment Among Enuretic Children With Family History of Enuresis. *Journal of Urology*, 2016.
15. Sapi MC, Vanconcelos JSP, Silva FG, Damião R, da Silva EA. Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos. *Jornal de Pediatria*, 2009.
16. Veloso LA, de Mello MJG, Neto JPMR, Barbosa LNF, da Costa e Silva EJ. Qualidade de vida, nível cognitivo e desempenho escolar em crianças portadoras de distúrbio funcional do trato urinário inferior. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2016.
17. Barbosa, Luiz L. et al .Is continent urinary diversion feasible in children under five years of age?. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, Aug. 2009.
18. Trapp C, Pires CP, Fernandes JA. Distúrbios da micção em crianças. *Bol Cient Pediatr.* 2013;02(2):53-8. Artigo submetido em 15.06.13, aceito em 25.08.13.
19. Franco I. Functional Bladder Problems in Children. *Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Pediatr Clin N Am* 2012; 59: 783–817.
20. Kavia RB, Dasgupta R, Fowler CJ. Functional imaging and the central control of the bladder. *J Comp Neurol* 2005; 493:27-32.
21. Franco I. Overactive Bladder in Children. Part 1: Pathophysiology. *J Urol*, 2007; 178: 761-8.
22. Freitag CM, Röhling D, Seifen S, Pukrop R, von Gontard A. Neurophysiology of nocturnal enuresis: evoked potentials and prepulse inhibition of the startle reflex. *Dev Med Child Neurol.* 2006; 48:278-84.
23. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2005, vol.81, n.3, pp. 225-232. ISSN 1678-4782.
24. Fonseca EMGO, Monteiro LMC. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, Apr. 2004.
25. Hoffmann A, Sampaio C, Nascimento AA, Veiga ML, Barroso U. Predictors of outcome in children and adolescents with overactive bladder treated with parasacral transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Pediatr Urol.* 2017 Sep 8. pii: S1477-5131(17)30313-3. doi: 10.1016/j.jpuro.2017.07.017.

26. Barroso U Jr. When Should We Offer Parasacral Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pediatric Patients with Lower Urinary Tract Dysfunction? *J Urol.* 2017 Aug;198(2):263-264. doi: 10.1016/j.juro.2017.05.041. Epub 2017 May.
27. Veiga ML, Queiroz AP, Carvalho MC, Braga AA, Sousa AS, Barroso U Jr. Parasacral transcutaneous electrical stimulation for overactive bladder in children: An assessment per session. *J Pediatr Urol.* 2016 Oct;12(5):293.e1-293.e5. doi: 10.1016/j.jpuro.2016.03.011. Epub 2016 Apr
28. Veiga ML, Costa EV, Portella I, Nacif A, Martinelli Braga AA, Barroso U Jr. Parasacral transcutaneous electrical nerve stimulation for overactive bladder in constipated children: The role of constipation. *J Pediatr Urol.* 2016 Dec;12(6):396.e1-396.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2016.04.047. Epub 2016 Jul 5.
29. Lipp MEN. O tratamento do stress infantil. In *Estudos de caso em Psicologia Clínica comportamental infantil.* Silvaes, E. F. de M (org.), Campinas, SP: Papyrus, 2000.
30. Lipp MEN. *Mecanismos Neuropsicológicos do Stress – Teoria e Aplicações Clínicas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
31. Silva EAT da, Martinez A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. *Estudos de Psicologia I Campinas* 22(1) | 53-61 | janeiro – março 2005.
32. Broering CV, Crepaldi MA. Preparação Psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgia. *Psicologia em Estudo, Maringá,* v. 16, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2011.
33. Aberastury A. Alguns mecanismos da enurese. In *Abordagens à psicanálise com crianças.* Porto Alegre, R.S., 1996.
34. Schoen-Ferreira TH, et al. Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.,* São Paulo, v. 17, n. 2, ago. 2007.
35. Vasconcelos MMA, et al. Disfunção do trato urinário inferior - um diagnóstico comum na prática pediátrica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia.* Rio de Janeiro, v.35, n.1, p. 57- 64,2013.
36. Kajiwara M, et al Nocturnal enuresis and overactive bladder in children: An epidemiological study. *International Journal of Urology* (2006) 13, 36–41.
37. Sousa AS, Veiga ML, Braga AA, Carvalho MC, Barroso U Jr. Enuresis and overactive bladder in children: what is the relationship between these two conditions? *Int Braz J Urol.* 2016 Jul-Aug;42(4):798-802. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0579.

38. Joinson C, Heron J, Von Gontard A, Butler U, Golding J, Emond A. Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. *Journal of Pediatric Psychology* 33(7) PP.739-750, 2008.
39. Mombelli MA, et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia I Campinas I* 28(3) I 327-335 I julho - setembro 2011.
40. Von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak W, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *The Journal of Urology*, vol.185, 1432-1437, abril 2011.
41. Von Gontard A. Does psychological stress affect LUT function in children?: ICI-RS2011. *Neurology and Urodynamics* 31: 344-348, 2012.
42. Kuhn S, Natale N, Siemer S, Stoeckle M, Von Gontard A. Clinical differences in daytime wetting subtypes: urge incontinence and postponed voiding. *The Journal of Urology*, vol.182, 1967-1972, outubro 2009.
43. Jesus LE de. Disfunção miccional – doença funcional e social. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, 2012; 39(2): 085.
44. Bragado C. Características clínicas, avaliação e tratamento da enurese. In *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente*. Caballo, V. E. e Simón, N. A. São Paulo:Ed. Santos, 2007.
45. Calado AA, Araújo EM, Barroso U Jr, Netto JM, Filho MZ, Macedo A Jr, et al. Crosscultural adaption of the dysfunctional voiding score symptom (DVSS) questionnaire for Brazilian children. *Int Braz J Urol* 2010; 36: 458-463.
46. Pinheiro P. Palpitações, taquicardia e arritmias cardíacas, <https://www.mdsaude.com> > Cardiologia, 2017.
47. Gondim R, Azevedo R, Braga AANM, Veiga ML, Barroso U Jr. Risk factors for urinary tract infection in children with urinary urgency. *Int Braz J Urol*. 2018 Jan 26;44. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2017.0434.
48. Barroso Jr, U, Barroso DV, Jacobino M, Vinhaes AJ, Macedo Jr, A, Srougi M. Etiology of urinary tract infection in scholar children. *Int. Brz. Urol*. Vol.29, n.5, Rio de Janeiro, set./out./ 2003.
49. Carvalho CN de, Miranda VMM de, Fontoura M do SH, Fonseca SF da, Acosta AX, Mello AB et al. *Manual de Condutas Médicas do Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador: Universidade Federal da Bahia 296 p.: il., fots, grafcs., 2015.*
50. Von Gontard A, Niemczyk J, Weber M, Equit M. Specific Behavioral Comorbidity in a large Sample of Children With Functional Incontinence: Report of 1,001 cases. *Neurourology and Urodynamics* 34: 763-768. 2015.

51. Teixeira A. Incompatibilidades entre o discurso psicanalítico e o discurso capitalista. In O sintoma e o mal-estar nos discursos. Teixeira, M. do R. (org.). Salvador, Ba.: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.
52. Dias M das GLV. O sintoma: de Freud a Lacan. In Psicologia em estudo, Maringá, v.11, n.2, p.399-405, mai./ago. 2006.
53. Freud S. O inconsciente (1915). In Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol.XIV, Rio de Janeiro, Ed. Standard Brasileira, 1980.
54. Lacan J. O inconsciente freudiano e o nosso. In O seminário: livro 11 Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
55. Soler C. O inconsciente, isso fala (2007). In O inconsciente: que é isso? São Paulo: Annablume, 2012 (Coleção Ato Analítico).
56. Quinet A. O sintoma da medicina à psicanálise. In A descoberta do inconsciente. Campo Grande, 1998.
57. Lacan J. A pulsão parcial e seu circuito. In O seminário: livro 11 Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
58. Lacan J. Do inconsciente ao real. In O seminário: livro 23 O sintoma (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
59. Gerbase J. Inconsciente real e corpo falante. In A hipótese lacaniana. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO – CRIANÇA E ADOLESCENTE

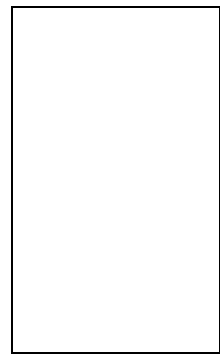
Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber se existe alguma relação entre disfunção miccional (problemas com o xixi) e outros problemas. Vamos fazer algumas perguntas e/ou testes, sobre a sua relação com os problemas com o xixi e olhar informações sobre as suas características e de sua família nos formulários já preenchidos. Se durante o nosso encontro você se sentir triste, incomodado, constrangido, você poderá ser acompanhado no Serviço de Psicologia.

Caso você não esteja gostando de participar da pesquisa, pode falar para os seus pais e eles saberão o que fazer. Participando desse estudo você pode contribuir para melhorar o tratamento da disfunção miccional. Apenas as pessoas envolvidas na pesquisa saberão que você está participando, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que coletamos. Os resultados desta pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram. Quando terminarmos a pesquisa os resultados estarão disponíveis nos arquivos do CEDIMI, onde você e seus pais poderão consultar, e também podem entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, pode me perguntar ou perguntar à pesquisadora Ana Aparecida Martinelli Braga, ou aqui, ou no endereço Av. Professor Magalhães Neto, nº 1550, sala 305, ed. Premier Tower, e pelos telefones (71) 3353-1742 / 9979-8384. E em caso de dúvida ou denúncia, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/BAHIANA, na Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. CEP: 40285-001 – Salvador – Bahia, telefone (71) 2101-1900 e e-mail cep@bahiana.edu.br.

Eu _____ aceito participar da pesquisa sobre a Disfunção Miccional (problemas com o xixi). Entendi as dificuldades e os benefícios que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir, e que não haverá nenhum problema. As pesquisadoras tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Salvador, ____ de _____ de _____.



Impressão digital

Assinatura do paciente

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a), mãe, pai ou responsável, cuidador (a) do paciente com dificuldades com o xixi, acompanhado no Centro de Distúrbios Miccionais na Infância (CEDIMI), para participar, com o seu filho, de pesquisas referentes a pacientes com disfunções miccionais.

A pesquisa pretende contribuir com a equipe de saúde, para melhor entendimento dos aspectos emocionais envolvidos no cuidado das crianças e adolescentes, com problemas com o xixi e incentivar novas pesquisas na área. A participação é voluntária e será por meio de entrevista individual, com você e com seu filho (a). Os dados serão coletados através de questionários, que terão perguntas sobre a relação com os problemas com o xixi, e dos prontuários em relação às características do (a) paciente e da sua família, e serão arquivados em local apropriado pelo prazo de 5 anos para a utilização em pesquisas. A participação dos pais ou responsável na entrevista poderá fazer pensar sobre dificuldades pessoais e causar sentimentos desagradáveis, tanto para você quanto para seu filho (a). Se isto acontecer, e for de sua vontade, será disponibilizado atendimento psicológico no Serviço de Psicologia do ADAB durante o período da pesquisa.

O (a) senhor (a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração com a participação nos projetos. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

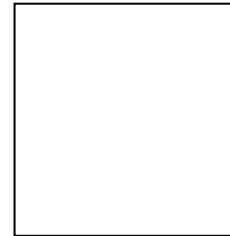
Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Aparecida Martinelli Braga (CRP 03/01763) no endereço: Av. Professor Magalhães Neto, nº 1550, sala 305, ed. Premier Tower, e pelos telefones (71) 3353-1742 / 9979-8384. E em caso de dúvida ou denúncia, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/BAHIANA, na Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. CEP: 40285-001 – Salvador - Bahia. Telefone (71) 2101-1900 e e-mail cep@bahiana.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que os pesquisadores querem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não irei ganhar nenhum dinheiro e que posso sair quando quiser. Estou ciente também, que este documento será emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Impressão digital

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – Anamnese Psicológica



ANAMNESE PSICOLÓGICA



Data: _____

____/____/____

Psicólogo/ Estagiário responsável

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (PACIENTE / FAMÍLIA)

1ª VEZ () REVISÃO ()

Nome: _____ Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Naturalidade: _____ UF: ____ Nº do Prontuário: _____

Com quem reside? _____

Nome da Mãe: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

ACOMPANHANTE NA CONSULTA

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Telefones de contato: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL DOS PAIS / RESPONSÁVEIS

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO (informação coletada no prontuário médico)

() DTUI: () Postergador Miccional () Bexiga Hiperativa () Bexiga Hipoativa () Micção Disfuncional
 () Válvula de Uretra Posterior () Enurese Noturna () Bexiga Neurogênica.

Outros Diagnósticos Psiquiátricos: _____

4. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO OS PAIS / RESPONSÁVEIS

	SIM	NÃO
A criança é filha biológica dos pais		
A gravidez foi planejada		
A criança foi aceita		
Inexistência de tentativa de aborto		
Inexistência de princípio de aborto espontâneo		
Fez pré-natal		
Ausência de situação de risco durante a gravidez		
O pai da criança participou durante a gestação		
Parto normal		
O bebê nasceu a termo, no tempo certo?		

Desenvolvimento motor: Quando começou a andar? () Até 02 anos () Após 02 anos.

Desenvolvimento da linguagem: Quando começou a falar? () Até 02 anos () Após 02 anos

Mamou? () Sim () Não

Se sim, durante quanto tempo? () Até 1 mês () Até 06 meses () Até 1 ano () Acima de 1 ano

Como se deu o desmame? () Tranquilo () Difícil

Controle do esfíncter: Já aconteceu? Sim () Não ()

Se não, quais as atitudes do cuidador? () Compreensivo () Impaciente

Isso interfere na relação familiar? Sim () Não () Se sim, como?

Faz xixi na cama à noite? Sim () Não ()

Enurese durante o dia? Sim () Não ()

Se sim:

- Qual a atitude da criança? () Incomodado () Indiferente ()
 - Já sofreu bullying na escola por este motivo? Sim () Não () Se sim, qual a atitude da escola?
-
- Já precisou trocar de escola por este motivo? Sim () Não ()
 - Interfere na vida social da criança? Sim () Não () Se sim, como?
-

Se faz xixi na cama ou na roupa, já sofreu punição:

() Oral () Física () Física sem contato (castigo) () Não

Segundo os pais ou responsáveis	Nenhum comprometimento	Leve	Moderado	Grave
Organização do pensamento				
Atenção				
Memória				
Orientação espaço / tempo				

5. RENDIMENTO ESCOLAR (aplicar em paciente a partir de 06 anos)

Alfabetizado? () Sim () Não

Alguma dificuldade com aprendizagem? () Sim () Não Qual: _____

Dificuldade no relacionamento com colegas? () Sim () Não Qual: _____

Dificuldade no relacionamento com os professores? () Sim () Não Qual: _____

Tem as atividades do dia organizadas em uma rotina? () Sim () Não

Percepção frequente sobre a criança, segundo o entrevistado (pode marcar mais de uma opção):

() calma () ativa () retraída () agressiva () ansiosa () preocupada () distraída ()
outros_____

6. DADOS FAMILIARES:

MÃE:

Viva: () Sim () Não N° de gestações: _____

Tem boa saúde? () Sim () Não Se não, quais doenças?

Fez /faz uso de substâncias tóxicas? () Sim () Não Quais / tempo:

Possui diagnóstico: () psicológico () psiquiátrico Qual:

Se sim, tem acompanhamento? Sim () Não ()

PAI:

Vivo: () Sim () Não

Goza de boa saúde? () Sim () Não. Se não, quais doenças? _____

Fez/faz uso de substâncias Tóxicas? () Sim () Não Quais / tempo: _____

Possui diagnóstico: () psicológico () psiquiátrico Qual: _____

Se sim, tem acompanhamento? Sim () Não ()

Os pais vivem juntos? () Sim () Não

Se não, quando aconteceu a separação? () Antes do diagnóstico () Depois do diagnóstico

7. DINÂMICA FAMILIAR

Filho único () Sim () Não Quantidade de irmãos () 01 () 02-04 () Mais de 04

Relação da criança com os pais e/ou responsável, segundo o entrevistado () Boa () Difícil

Considera que a doença do filho (a) tem interferido na rotina e no relacionamento familiar?

() Sim () Não

Se sim, no que interfere?

() No lazer, passeios, visitas a parentes e amigos () Na relação com a família () Na higiene () Nas despesas

Estado atual do entrevistado, segundo os pais ou responsáveis

() tranquilo () ansioso () preocupado () triste

8. INFORMAÇÕES PSICOLÓGICAS ADICIONAIS (pode marcar mais de um item)

Como o entrevistado observa a criança quando ela vem ao CEDIMI?

() calma () ativa () retraída () agressiva () ansiosa () preocupada () outros

Está ou já esteve em acompanhamento psicológico?

() Já esteve () Está em acompanhamento () Nunca fez

Em caso afirmativo, quem encaminhou e onde acontece?

Acha que o atendimento psicológico importante? Sim () Não ()

9. O que você acha do trabalho dos brinquedistas na sala de espera do CEDIMI?

() Sem importância () Pouco importante () Importante () Muito importante

Por que? _____

O trabalho dos brinquedistas motiva as crianças a vir ao CEDIMI? Sim () Não ()

Houve influência dos brinquedistas no tratamento presencial no CEDIMI? Sim () Não ()

O que foi realizado:

Anamnese Psicológica ()	Aplicação da Escala de Stress ()	Aplicação do Questionário sobre Qualidade de Vida ()	Aplicação do Questionário sobre Capacidades e Dificuldades ()	Encaminhamento para atendimento no SEPSI ()

Observações: _____

APÊNDICE D – Termo de Autorização para Instituição


TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA INSTITUIÇÃO

Salvador,


Prezada Dr. **HUMBERTO DE CASTRO LIMA FILHO**

Vimos, por meio desta, solicitar a autorização e apresentar nossa proposta de estudo com uma amostra de pacientes com disfunção miccional que passaram por tratamento no Centro de Distúrbios Miccionais da Infância (CEDIMI). O objetivo desse estudo é identificar a associação entre disfunção miccional e questões psíquicas em crianças e adolescentes. Identificar dados sociodemográficos da população estudada, levantar dados apresentados na Escala de Stress Infantil (ESI), verificar a prevalência de disfunção miccional entre os gêneros, analisar a relação entre disfunção miccional e aspectos cognitivos, estratificar as questões psíquicas em relação aos subtipos das disfunções miccionais, levantar dados apresentados no Inventário de Habilidades Sociais (IHS), compreender a relação das famílias com a disfunção miccional e as questões psíquicas, bem como analisar a importância do brinquedista e do brincar no processo de acompanhamento de pacientes. Este será um estudo quantitativo descritivo de corte transversal. A investigação será feita através do estudo minucioso dos prontuários dos pacientes portadores de disfunção miccional que estiveram em primeira consulta no Ambulatório Docente-Assistencial da Bahiana (ADAB). Serão utilizados os seguintes instrumentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento, Escala de Stress Infantil (ESI), Anamnese Psicológica, Testes de Inteligência Não Verbal Raven, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), bem como questionários específicos. Este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento de estratégia e acompanhamento destes pacientes, além de ressaltar a importância da inserção e da contribuição do psicólogo nesse contexto.

Atenciosamente,


Orientadora: Profa. Msc. Ana Aparecida Martinelli Braga

Dr.


Humberto de Castro Lima Filho
Neurologia e Neurofisiologia
CRM 24259

APÊNDICE E – Termo de Autorização para Instituição

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM ARQUIVOS E/OU

DOCUMENTOS

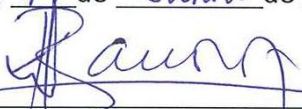
Eu, UBIRAJARA DE OLIVEIRA BARROSO JR.
responsável pelo arquivo e/ou documentos do Centro de Distúrbios Miccionais na Infância (CEDIMI), declaro ser esclarecido que o trabalho intitulado: Disfunção Miccional e Aspectos Psíquicos. O objetivo desse estudo é identificar a associação entre disfunção miccional e questões psíquicas em crianças e adolescentes. Identificar dados sociodemográficos da população estudada, levantar dados apresentados na Escala de Stress Infantil (ESI), verificar a prevalência de disfunção miccional entre os gêneros, analisar a relação entre disfunção miccional e aspectos cognitivos, estratificar as questões psíquicas em relação aos subtipos das disfunções miccionais, levantar dados apresentados no Inventário de Habilidades Sociais (IHS), compreender a relação das famílias com a disfunção miccional e as questões psíquicas, bem como analisar a importância do brinquedista e do brincar no processo de acompanhamento de pacientes.

Foi-me garantido que:


- 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos.
- 2) Em nenhum momento da pesquisa os nomes dos participantes que constam nos arquivos e/ou documentos serão divulgados.
- 3) Poderei desistir de permitir o acesso aos arquivos e/ou documentos a qualquer momento, sem ser penalizado fisicamente, financeiramente e moralmente.
- 4) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse ou da instituição, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Caso queira entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Aparecida Martinelli Braga, poderei fazê-lo pelos números: (71) 33531742 / 99798384.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino esta autorização.

Salvador, 19 de Junho de 2015.



Responsável pelos arquivos



Pesquisador responsável.

ANEXOS

ANEXO A – DVSS

Identificador:		Sexo :	Idade :	Responsável: [00] Pai [01] Mãe	Colégio: [00] Público [01] Privado	
Cor da pele	Escolaridade do chefe da família			Idade dos Genitores		
[00] Branca [01] Preta [02] Amarela [03] Parda [04] Indígena	[00] Analfabeto [01] Fundamental incompleto [02] Fundamental completo [03] Médio incompleto	[04] Médio completo [05] Superior incompleto [06] Superior completo [07] Mestrado completo [08] Doutorado completo	[] Pai Anos	[] Mãe Anos		
QUESTIONÁRIO DVSS						
DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS		Quase nunca (2 a 3x por mês)	Menos que a metade do tempo (1 a 2x por semana)	Mais ou menos a metade do tempo (3 a 4x por semana)	Quase todo tempo (5 a 7x por semana)	
1. Eu tenho molhado de xixi a minha roupa durante o dia.						
2. Quando me molho de xixi minha cueca/calcinha fica ensopada.						
3. Eu não faço cocô todos os dias. Esse problema de não fazer cocô geralmente acontece:						
4. Eu tenho que fazer força para fazer cocô.						
5. Eu só vou a banheiro fazer xixi uma ou duas vezes por dia. Esse problema de urinar poucas vezes por dia geralmente acontece:						
6. Eu seguro o xixi cruzando minhas pernas, agachando ou dançando.						
7. Quando eu preciso fazer xixi, eu não posso esperar.						
8. Eu tenho que fazer força para fazer xixi.						
9. Quando eu faço xixi dói (nos últimos 30 dias).						
10. Para os pais responderem: Seu (a) filho (a) passou por alguma situação estressante como as dos exemplos abaixo nos últimos 30 dias? Marque ao lado sim ou não. - Bebê novo em casa - Problemas em casa		() SIM			() NÃO	

ANEXO B – Escala de Stress Infantil

Escala de Stress Infantil — ESI

CADERNO DE APLICAÇÃO

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: ____/____/____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M() F() Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()






Lateralidade: Destro () Sinistro () Ambidestro () Profissão: _____






Função: _____ Data da Aplicação: ____/____/____
dia mês ano

Aplicador: _____ Início: _____ Término: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

INSTRUÇÕES: Você encontrará nas questões abaixo coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar **o quanto** acontece com você o que está descrito em cada questão, **pintando os desenhos** assim:

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| — Se NUNCA acontece, deixe em branco  |
| — Se acontece UM POUCO , pinte UMA PARTE  |
| — Se acontece ÀS VEZES , pinte DUAS PARTES  |
| — Se acontece QUASE SEMPRE , pinte TRÊS PARTES  |
| — Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES  |

1. Estou o tempo todo me mexendo e fazendo coisas diferentes. 
2. Demoro para conseguir usar o banheiro. 
3. Tenho dificuldade de prestar atenção. 
4. Eu me sinto assustado na hora de dormir. 
5. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. 

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

Escala de Stress Infantil – ESI

FOLHA DE APURAÇÃO

Marilda E. Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli



© 1998, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Nome:

Sexo: Idade: Escolaridade

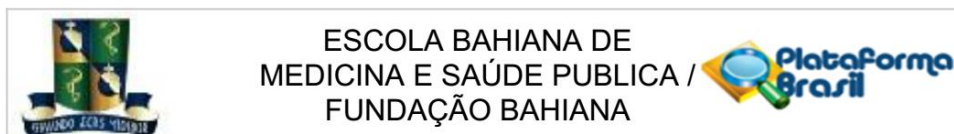
Escola:

Reações Físicas		Reações Psicológicas		Reações Psicológicas c/ componente depressivo		Reações Psicofisiológicas	
Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação
2		4		13		1	
6		5		14		3	
12		7		20		9	
15		8		22		16	
17		10		25		18	
19		11		28		23	
21		26		29		27	
24		30		32		33	
34		31		35			
Total							

Conclusão

Psicólogo Responsável: _____

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISFUNÇÃO MICCIONAL E ASPECTOS PSÍQUICOS: POSSÍVEIS RELAÇÕES

Pesquisador: Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47335915.1.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.235.650

Apresentação do Projeto:

As disfunções miccionais podem trazer complicações emocionais e sociais para as crianças e adolescentes, assim como para seus familiares.

Dificuldades no relacionamento familiar, na escola, na convivência social, entre outras. Também em relação aos familiares, especificamente para os cuidadores, estudos sugerem que as disfunções miccionais representam um cuidado e preocupação a mais no processo de desenvolvimento destas crianças e jovens.

A compreensão das características destes pacientes, e da sua dinâmica familiar, é fundamental para um melhor trabalho do

profissional de saúde nestes quadros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a associação entre disfunção miccional e questões psíquicas em crianças e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

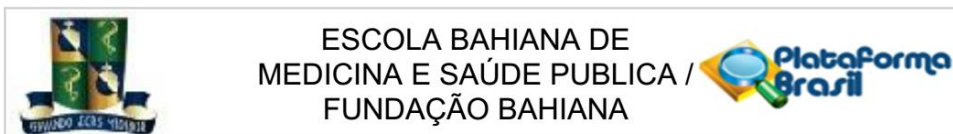
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.235.650

adolescentes, e seus cuidadores.

-Objetivo Secundário:

1. Identificar dados sociodemográficos da população estudada;
2. Levantar dados apresentados na Escala de Stress Infantil (ESI);
3. Verificar a prevalência de disfunção miccional entre os gêneros no CEDIMI;
4. Analisar a relação entre disfunção miccional e aspectos cognitivos;
5. Estratificar as questões psíquicas em relação aos subtipos das disfunções miccionais (Enurese Noturna, Bexiga Neurogênica, Postergador Miccional, Válvula de Uretra Posterior e Disfunção do Trato Urinário Inferior, sendo nesta: postergador miccional, bexiga hiperativa ou bexiga hipoativa);
6. Levantar dados apresentados no Inventário de Habilidades Sociais (IHS); compreender a relação das famílias com a disfunção miccional e as questões psíquicas;
7. Analisar a importância do brinquedista e do brincar no processo de acompanhamento de pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

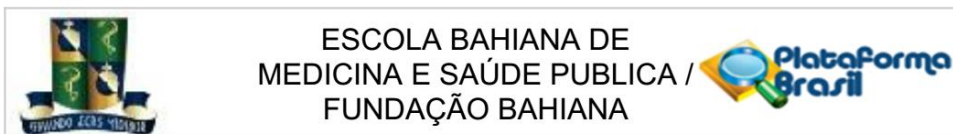
O Pesquisador Responsável informa :

Riscos:

Tendo em vista todo o contexto de pesquisa, pode haver mobilização por parte da criança ainda em tratamento, no momento em que lhe for apresentado o Termo de assentimento e/ou ao longo do período de utilização do banco de dados. Com base nisto, estará disponível ao paciente, e aos seus acompanhantes, atendimento psicológico, através do Sistema Único de Saúde (SUS), no Serviço de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, durante o período da pesquisa.

Benefícios:

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.235.650

Esse estudo permitirá melhor condição de conhecimento sobre os pacientes em tratamento, bem como possibilitará maior desenvolvimento e aplicação de técnicas e procedimentos para se trabalhar as questões psíquicas durante o tratamento da disfunção miccional, novas formas de acompanhamento e avaliação no período do tratamento, incentivo de novas pesquisas na área, assim como outros benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será um estudo amplo, com uma metodologia mista, tanto quantitativa de corte transversal, quanto qualitativa com análise de conteúdo. A coleta de dados será realizada, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a partir do material de prontuário e material obtido em entrevistas individuais semiestruturadas que serão feitas com um dos pais ou cuidador depois do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando quantitativo, os resultados serão analisados e tratados a partir do SPSS, e quando qualitativo, o conteúdo das entrevistas será analisado, organizado em eixos temáticos e articulados em relação à teoria desta pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados adequadamente de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Pesquisador Responsável solucionou as pendências em consonância com a Resolução 466/12 - CNS.

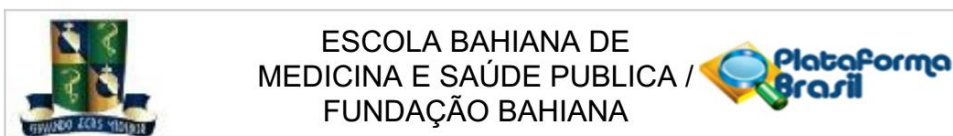
Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.235.650

aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e

responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisado.docx	28/08/2015 12:27:22	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeAssentimentoRevisado.docx	28/08/2015 12:29:09	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	EscalaDeStress.docx	28/08/2015 12:37:27	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	ANAMNESEAgo2015.doc	28/08/2015 12:39:03	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	TesteDeInteligencia.docx	28/08/2015 12:40:48	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	InventarioDeHabilidadesSociais.docx	28/08/2015 12:42:04	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	QuestionarioQualidadeVida.docx	28/08/2015 12:45:22	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	DevolucaoPendenciasCEP.doc	28/08/2015 12:57:30	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

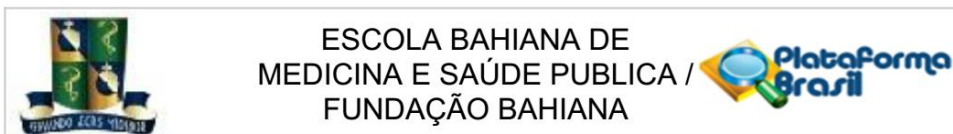
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.235.650

Folha de Rosto	FolhaDeRostoAnaAparecida.pdf	28/08/2015 13:00:41	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoSet2015.doc	09/09/2015 14:07:30	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Outros	DevolucaoPendenciasCEPset.doc	09/09/2015 14:19:16	Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_523931.pdf	11/09/2015 10:33:39		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

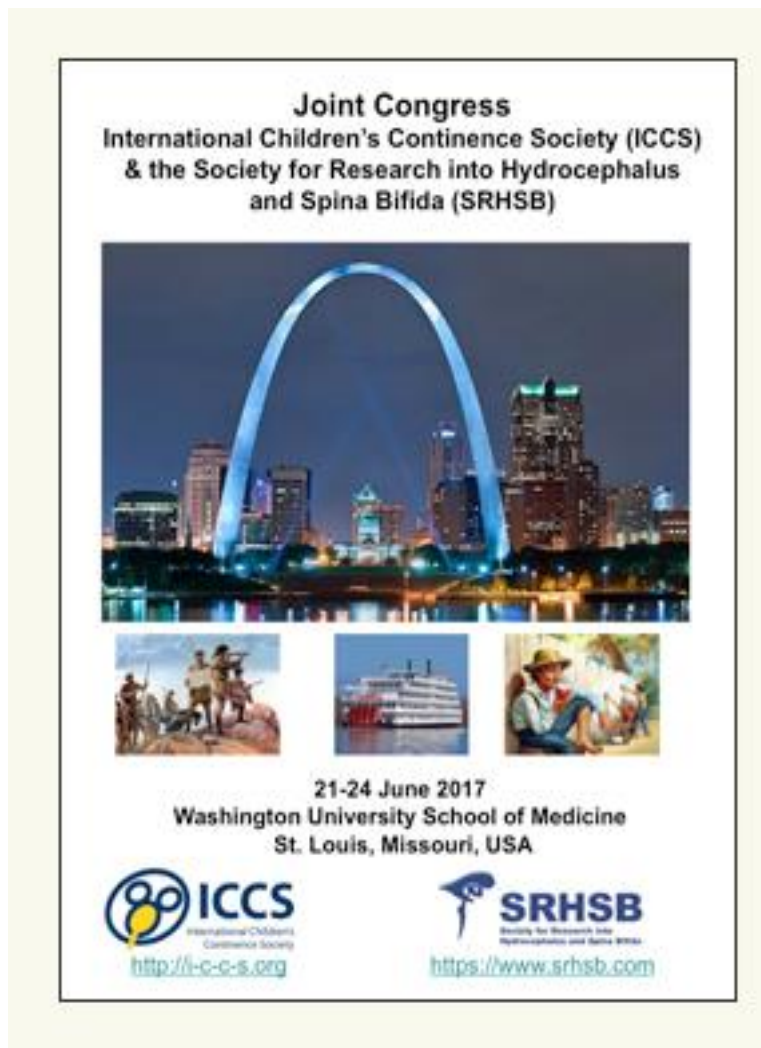
Não

SALVADOR, 18 de Setembro de 2015

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br

ANEXO D – Comprovante de apresentação em congresso internacional do trabalho “Relation between lower urinary symptoms and stress in children and dolescents”.



Re: ENC: ICCS Abstract Presentation Details - Google Chrome

Microsoft Corporation [US] | <https://outlook.office.com/owa/projection.aspx>

Responder a todos | Excluir | Lixo eletrônico | ...

Para: ubarroso@uol.com.br
 Assunto: ICCS Abstract Presentation Details

Dear Abstract Submitter:

Thank you for your submission to the joint International Children's Continence Society and Society for Research into Hydrocephalus and Spina Bifida Meeting to be held in St. Louis 21-24 June 2017. The following presentations have been selected for the following sessions:

94 Relation between Lower urinary symptoms and stress in children and adolescents.

Short Oral Presentation - Bladder II (Pathogenesis and Evaluation) Session, Friday, June 23, 11:45 – 12:30

ANEXO E – Comprovante de submissão em revista internacional do artigo “**Relationship between stress and children’s and teenagers’ lower urinary tract dysfunction**”.

De: eesserver@eesmail.elsevier.com

Enviada: 2017/11/29 13:56:27

Para: ubarroso@uol.com.br

Assunto: Manuscript # assigned: JPUROL-D-17-00487

Ms. Ref. No.: JPUROL-D-17-00487

Title: Relationship between stress and children's and teenagers' lower urinary tract dysfunction.

Journal of Pediatric Urology

Dear Professor Barroso,

Your submission entitled "Relationship between stress and children's and teenagers' lower urinary tract dysfunction." has been assigned the following manuscript number: JPUROL-D-17-00487.

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <https://ees.elsevier.com/jpurol/>.

Your username is: ubarroso@uol.com.br

If you need to retrieve password details, please go to:

http://ees.elsevier.com/jpurol/automail_query.asp

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Annette Fowler

Editorial Office

Journal of Pediatric Urology

ANEXO F – Artigo “Relationship between stress and children’s and teenagers’ lower urinary tract dysfunction”.

Relationship between stress and children’s and teenagers’ lower urinary tract dysfunction.

Center of Micturition Disturbance in Children (CEDIMI), Bahiana School of Medicine and Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil

Ana Aparecida Nascimento Martinelli Braga, Maria Luiza Veiga, Maria Gabrielle Correia da Silva Ferreira, Hellen Maciel Santana, Ubirajara Barroso Jr

Mail to:

Ubirajara de Oliveira Barroso Jr

Av Alphaville, Rua Pajuçara, 335, Alphaville 1

41701015, Salvador – Bahia Brazil

Phone number: 55 71 981334336

Email address: ubarroso@uol.com.br

Summary

Introduction: The lower urinary tract dysfunction (LUTD), of non-neurogenic origin, is a common clinical problem, found in a significant number of patients who see a pediatric urologist. Several studies have shown that children and teenagers with LUTD present more emotional and behavioral alterations than those without the condition^{1,2,3,4}

Objective: To test the hypothesis that LUTD symptoms might be associated to a distress state.

Materials and Methods: Prospective, cross-sectional and analytical study, carried out with children and teenagers with lower urinary tract symptoms (LUTS). Patients aged between 6 and 14 were included, but not those with anatomical or neurogenic urinary tract alterations. The gathering of data was carried out through the application of Dysfunctional Voiding Scoring System – DVSS, Psychological Anamnesis and Perceived Stress Scale for Children - ESI.⁶ The DVSS results were sorted out according to the ten questions and compared to the ESI answers, divided according to the four domains. The data were statistically analyzed with the SPSS 14.0 software in univariate and multivariate ways, through Pearson's Correlation in order to test associations and the considered significance level was $p < 0.05$.

Results: The information collected was from 112 children and teenagers, from who 61 (55%) were boys aged between 6 and 14, with an average of 9.2 ± 2.3 . Regarding the general score of the Stress Scale, 23 patients (20.5%) presented distress, 95% I.C. (14% - 29%). The distribution of the several symptoms presented with statistical significance is demonstrated on table 1. In all of ESI domains significant associations with LUTD were seen, among which the most highlighted symptom was pain when urinating, because it was associated to Physical Reactions to Stress ($p < 0.01$;

$r=0.305$), Psychological Reactions to Stress ($p=0.01$; $r=0.239$), Psychological Reactions with Depression Components to Stress ($p<0.01$; $r=0.272$) and Psychophysiological Reactions to Stress ($p=0.027$; $r=0.209$), as well as the DVSS Total Score ($p=0.026$; $r=0.210$). DVSS was correlated to higher stress, that is, the more frequent the symptoms, the more intense is the stress. After a multivariate analysis, it was observed that, in the linear regression, the only independent variable was the dysuria. In the evaluation, if there was an association between periodicity of any given symptom individually and a higher stress score, the more frequent the dysuria, the bigger the stress's physical reactions ($p<0.01$), psychological reactions ($p=0.016$), psychological reactions with depression components ($p<0.01$) and psychophysiological reactions ($p=0.016$).

Discussion: Our data made clear that the DVSS was related to a higher stress scale. In other words, the more frequent the symptoms are, the higher the stress is. In regard to each specific symptom, we observed that only dysuria was proved significant. That is, the more frequent the dysuria, the higher the stress. According to our knowledge, this is the first work to correlate LUTD symptoms with stress. These findings give LUTD a new seriousness spectrum. Around 20% of the evaluated patients presented distress, a high percentage if compared to previous studies on emotional and behavioral disorders in general¹³, which show a percentage between 10 and 15%. As we don't have a control group, we can't claim the found rates are higher in the general population. However, these data give us a "percentage" to be used in clinical practice and parents counseling.

Conclusion: Children with more intense LUTD present a higher stress level. The analysis particularly point dysuria as the symptom related to stress, whether it is

physical, psychological, with or without depression components, or psychophysiological.

Key-words: urinary dysfunction, stress, child, teenager.

Introduction

The lower urinary tract dysfunction (LUTD), of non-neurogenic origin, is a common clinical problem, found in a significant number of patients who see a pediatric urologist. The typical LUTD symptoms are characterized by changes in the bladder storage phase, such as urination urgency, urge incontinence and change in urination frequency, or voiding phase, which is characterized by reduction or intervals of the projection and urination exertion.¹ LUTD is usually also associated with constipation, which is called bladder bowel dysfunction (BBD).

Several works have demonstrated that children and teenagers with LUTD present more emotional and behavioral changes than those without the condition^{1,2,3,4}. Individuals with LUTD might have a tendency for anxiety, difficulty in concentration and depression.⁵

Stress is defined as a reaction issued by our body made of physical and psychological components which occurs when the individual is faced with annoying, exciting, scary, confusing situations^{6,7,8}. When this reaction works as a warning, it is considered a positive stress, called eustress. However, when in excess, called distress, it can be harmful for health.⁹ According to Lipp and other authors¹⁰, stress

provokes a general organism consuming, which is caused by psychophysiological changes that come up when the individual is faced with such a distressful event. With children and teenagers, the problem is often neglected due to the ignorance of how to deal with a, either good or bad, new situation¹⁰. Physical symptoms in the pelvic region and psychological symptoms, either emotional or behavioral ones, are increasingly associated with a mutual relation of cause and effect. The persistence of uncomfortable urinary or defecation symptoms, for example, might lead to a feeling of threat and suffering for the patient, the same way a person's emotional issues can maximize the feelings originated from pelvic organs¹¹.

Taking these data into account, the hypothesis that children with LUTD with or without constipation can experience different situations of discomfort emerges. Therefore, this study is testing the hypothesis that LUTD symptoms can be associated to a distress state.

Materials and Methods

This is a prospective, cross-sectional and analytical study carried out with children and teenagers with lower urinary tract symptoms (LUTS). Patients aged between 6 and 14 who look for our cross-curricular clinic for the treatment of urinary dysfunctions were included after signing the Term of Assent (children and teenagers) and Informed Consent (parents and guardians). Those with anatomical or neurogenic alterations in the urinary tract were excluded.

The data gathering was carried out through the application of Dysfunctional Voiding Scoring System – DVSS, Psychological Anamnesis and Perceived Stress Scale for Children - ESI.⁶ The DVSS results were sorted out according to ten questions and compared to the ESI results, which were divided into four domains: Physical Reactions, Psychological Reactions, Psychological Reactions with Depression Components and Psychophysiological Reactions.

The data were statistically analyzed through SPSS 14.0 software in univariate and multivariate ways, through the Pearson Correlation in order to test the associations and the significance level considered was $p < 0.05$.

Results

The information collected was from 112 children and teenagers, from who 61 (55%) were boys aged between 6 and 14, with an average of 9.2 ± 2.3 . Regarding the general score of the Stress Scale, 23 patients (20.5%) presented distress, 95% I.C. (14% - 29%). The distribution of the several symptoms presented with statistical significance is demonstrated on table 1.

In all of ESI domains there were associations with DVSS (table 2). Therefore, we evaluated whether there was an association between the periodicity of every individual symptom and a higher stress score. We observed that the more frequent the dysuria, the greater the stress physical reactions, psychological reactions, psychological reactions with depression components and psychophysiological reactions (table 2). Moreover, the more frequent the urinary incontinence is associated to soaking clothes, the greater the psychophysiological reaction to stress was. In other words, the more frequent the symptoms are, the more intense the stress is. However, after a multivariate analysis, we observed in the linear regression that the only independent variable was dysuria (table 3).

Discussion

Our data have shown DVSS is correlated to the stress scale. In other words, the more frequent the symptoms are, the higher the stress is. In regard to each specific symptom, we observed that only dysuria is significant. That means the more frequent the dysuria is, the higher the stress is. According to our awareness, this is the first work to relate LUTS with stress, and these findings give LUTD a new seriousness spectrum.

LUTD has been related to emotional and behavioral alterations before^{1,2,3,4}. Children with LUTD tend to be shyer, more easily irritated, with greater tendency for depression⁵, as well as to have a more aggressive and transgressive behavior.⁴ It is known that children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), as well as oppositional defiant disorder (ODD), frequently have hyperactive bladder with LUTD.⁴ These data show the brain function and its response to external stimuli are related to urinary symptoms.

We can't, with this work, point out the reason for the relationship between LUTD and distress, but three theories can be discussed: 1) The urinary symptoms cause the distress; 2) The distress causes LUTD; 3) Both situations are true. It is known distress is a state in consequence of exaggerated reactions to external events that we interpret as a threat. This exaggerated reaction generates an anxiety environment and unsatisfactory emotional response, which can lengthen the symptoms. A classic example of that is what happens with panic disorder and tachycardia: due to an external event (threat), there is anxiety, which generates an adrenergic discharge

and tachycardia. The sensation of an increase in the urinary frequency results in more anxiety, which, in turn, aggravates the tachycardia, constantly feeding the process¹². When we replicate this to LUTD, with a hyperactive bladder, for example, the urinary urgency (event/threat) generates anxiety and brain hyperactivity, increasing the sensation of bladder filling¹¹, which could increase stress.

We also observed dysuria is associated to an increase in stress. Dysuria can be caused by several things such as urinary tract infection, urethritis, non-bacterial infection of bladder and urethra, and calculus. There is no clinically demonstrable reason to believe our patients present any of such situations. The absence of urinary tract infection or any other clinical condition that produces LUTS is a necessary condition for the diagnosis of LUTD. However, in clinical practice, it is frequent to find dysuria associated to low hydration and explosive voiding, when it is a consequence of important urge or bladder overdistinction¹³. Our theory is that patients with dysuria are those with more serious LUTS and, consequently, more dissatisfactory response to emotions and less able to adapt to events/threats that emerge daily, generating distress. It is also possible the symptom itself, uncomfortable and constant, might generate stress. The sensation of full bladder entices an emotional response and the urge to urinate is a behavior. It is not surprising we find the association between LUTS and emotional and behavioral problems.

Nowadays, demands increased in number and speed might prevent children from dealing with this process that generates stress, which constitutes, therefore, a condition sensible to the distress appearance.⁸ Teenagers, on the other hand, are no longer children and happen to be in a period of physical transition. However, because

they are not yet adults either, it can be a very stressful phase.⁹ Parents, who often demand autonomy from their children, requesting more Independence, are sometimes the same parents who seem authoritarian and controlling, since they are also experimenting the role. Therefore, conflicts emerge, and they can have the urinary dysfunction as a symptom, associated with emotional stress, representing a wider context to be worked.

Around 20% of the patients evaluated presented distress, a high percentage if compared to previous studies on emotional and behavioral disorders in general¹⁴, which add up to a percentage between 10 and 15%. Since we do not have a control group, we cannot claim the found rate is higher for the general population. However, this number provides us with a “percentage” to be used in clinical practice and parents counseling.

The present work has its limitations. The absence of a control group, for example, prevented us from comparing the results found on children’s and teenagers’ stress among the population with LUTD with the general population of children and teenagers. Although the number of evaluated patients is not small, we could incur the statistical error of type 2, that is, when it is not possible to reject the hypothesis in case this hypothesis is false. Moreover, answers to the questions related to urinary aspects and stress produce subjective interpretations and, therefore, are sensible to several variables that could interfere with reliability.

Conclusion

Children with more intense LUTD present higher stress level. The analysis pointed dysuria as a particular symptom associated to stress, whether in the physical, psychological (with or without depression component) or psychophysiological scopes. These associations must be taken into account when we treat a child/teenager with LUTD.

References

1. Austin, P; Bauer, S; Bower, W; Chase, J; Franco, I; HoebekE, P; Rittig, S; Walee, J V; Von Gontard, A; Wright, A; Yamg, S S and Nevéus, T. **The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Satandarditazion Committee of the International Childre´ s Constinance Society.** Neurology and Urodynamics 35: 471-481, 2016.
2. BARROSO JR, Ubirajara et al . **Comparative analysis of the symptomatology of children with lower urinary tract dysfunction in relation to objective data.** Int. braz j urol., Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Feb. 2006 .
3. VON GONTARD, A; NIEMCZK, J; WEBER, M; EQUIT, M. **Specific Behavioral Comorbidity in a Large Sample of Children With Functional Incontinence: Report of 1,001 cases.** Neurology and Urodynamics 35: 763-768, 2015.
4. NIEMCZK, J; EQUIT, M; BRAUN-BITHER, K; KLEIN, A-M; VON GONTARD, A. **Prevalence of incontinence, attention déficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children.** Eur Child Adolesc Psychiatry, Published online 21 October 2014.

5. VRIJENS, D; DROSSAERTS, J; VAN KOEVERINGE, G; VAN KERREBROECK, P; VAN OS, J and LEUE, C. **Affective symptoms and the overactive bladder – A systematic review**. Journal of Psychosomatic Research 78: 95-108, 2015.
6. LIPP, Marilda E. Novaes; LUCARELLI, Maria D. Monteiro. **Escala de Stress Infantil:ESI**: manual, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
7. LIPP, Marilda E. Novaes et al. **O Estresse em escolares**. Psicologia Escolar e Educacional, 2002 Volume 6 Número 1 51-56.
8. MALAGRIS, L. Prefácio do livro **Stress em Crianças e Adolescentes**. Lipp, M. Papyrus Editora, 2014.
9. LIPP, M; MALAGRIS, L e NOVAIS, L. **Stress ao longo da vida**. Ícone Editora, 2007.
10. SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da; MARTINEZ, Alessandra. **Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo**. Estudos de Psicologia I Campinas I 22(1) I 53-61 I janeiro – março 2005.
11. Fowler CJ, Integrated control of lower urinary tract--clinical perspective, Br J Pharmacol. 2006 Feb;147 Suppl 2:S14-24.
12. Pinheiro, P. Palpitações, taquicardia e arritmias cardíacas, <https://www.mdsaude.com> > Cardiologia, 2017
13. Manual de Condutas Médicas do Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia / Cristiana Nascimento de Carvalho (editor e coordenador geral); Vanda Ma. M. de Miranda, Ma. do Socorro H. Fontoura, Silvana F. da Fonseca, Angelina X. Acosta (coordenadores e editores); Adriana Barreto Mello...[et al.] (colaboradores). – Salvador: Universidade Federal da Bahia 296 p.: il., fots, graf., 2015
14. Von Gontard A, Niemczyk J, Weber M, Equit M. **Specific Behavioral Comorbidity in a large Sample of Children With Functional Incontinence: Report of 1,001 cases**. Neurourology and Urodynamics 34: 763-768. 2015.

Table 1: Data with statistical relevance for the Analysis of Correlation between DVSS variables and Stress Scale domains

Variable	N	PhysicalReactions		PsychologicalReactions		Psychological Reactions with Depression Component		PsychophysiologicalReactions	
		R	P value	r	P value	R	P value	r	P value
Soaking clothes during the day	112	0.120	0.209	0.063	0.510	0.144	0.130	0.209	0.027**
Pain when urinating (the last 30 days)	112	0.305	<0.01*	0.239	0.011**	0.272	p<0.01*	0.252	p<0.01*
Total DVSS Score	112	0.166	0.081	0.087	0.361	0.091	0.341	0.210	0.026**

Variable	N	PhysicalReactions		PsychologicalReactions		Psychological Reactions with Depression Component		PsychophysiologicalReactions	
		Beta	P value	Beta	P value	Beta	P value	Beta	P value
Pain when urinating (the last 30 days)	112	0.290	p<0.01*	0.237	0.016**	0.286	p<0.01*	0.231	0.016**

*correlationwithstatisticalrelevance<0.01

**correlationwithstatisticalrelevance<0.05

Table 2: Analysis of Correlation between DVSS variables and Stress Scale domains

Variable	N	Physical Reactions		Psychological Reactions		Psychological Reactions with Depression Component		Psychophysiological Reactions	
		R	P value	r	P value	R	P value	r	P value
Wet clothes during the day	112	0.074	0.439	0.058	0.544	0.042	0.657	0.168	0.076
Soaking clothes during the day	112	0.120	0.209	0.063	0.510	0.144	0.130	0.209	0.027**
No evacuation all Day	112	-0.062	0.519	-0.139	0.145	-0.097	0.307	-0.078	0.415
Effort to evacuate	112	0.131	0.170	-0.012	0.904	0.060	0.527	0.118	0.214
Urinate once or twice a day	112	-0.003	0.978	0.060	0.527	0.003	0.974	0.011	0.906
Hold in the urine by crossing the legs, crouching or dancing	112	0.168	0.077	0.042	0.659	0.031	0.748	0.118	0.215
Can't wait when need to urinate	112	0.043	0.656	0.090	0.345	0.003	0.972	0.068	0.477
Effort to urinate	112	0.095	0.318	0.049	0.609	0.091	0.341	0.128	0.178
Pain when urinating (the last 30 days)	112	0.305	<0.01*	0.239	0.011**	0.272	p<0.01*	0.252	p<0.01*
Stressful situation (the last 30 days)	112	0.044	0.643	0.080	0.403	0.038	0.689	0.072	0.450

days)									
Total DVSS Score	112	0.166	0.081	0.087	0.361	0.091	0.341	0.210	0.026**

*correlation with statistical relevance <0.01
** correlation with statistical relevance <0.05

Table 3: Analysis of Linear Regression between DVSS variables and Stress Scale domains


Variable	N	Physical Reactions		Psychological Reactions		Psychological Reactions with Depression Component		Psychophysiological Reactions	
		Beta	P value	Beta	P value	Beta	P value	Beta	P value
Soaking clothes during the day	112	0.078	0.503	0.055	0.644	0.189	0.108	0.167	0.153
Pain when urinating (the last 30 days)	112	0.290	p<0.01*	0.237	0.016**	0.286	p<0.01*	0.231	0.016**

* correlation with statistical relevance <0.01
** correlation with statistical relevance <0.05

ANEXO G – Certificado de apresentação do trabalho “Relação entre diferentes sintomas de distúrbio miccional e stress em crianças e adolescentes” no XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia




ANEXO H – Pôster do trabalho “Relação entre diferentes sintomas de distúrbio miccional e stress em crianças e adolescentes” apresentado no XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia



UFBA

Relação entre diferentes sintomas de distúrbio miccional e estresse em crianças e adolescentes

Autores: Braga, A.A.N.M; Oliveira, R.G; Veiga, M.L.T; Ferreira, M.G.C.S; Santana, H.M; Barroso, U.



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

INTRODUÇÃO

RESULTADOS

O distúrbio miccional, não neurogênico, é caracterizado por um padrão miccional diferente do normal para a idade da criança. O enchimento vesical inadequado pode decorrer de alterações na medula espinhal, no córtex, no tronco cerebral, no detrusor ou no complexo esfinteriano. Sintomas são urgência miccional, incontinência urinária diurna, polaciúria, enurese noturna e dificuldade miccional. Os transtornos emocionais e comportamentais em crianças na população geral é em torno de 10% a 15% e os distúrbios miccionais aumentam as taxas em 3 a 4x. Os sintomas de estresse mais comuns em crianças são: aparecimento de comportamentos agressivos, desobediência, depressão, ansiedade, enurese, entre outros.

Análise 112 crianças e adolescentes sendo 61 (55%) gênero masculino, idade média de 9,17 ± 2,34.

Reação física ao estresse			
Variável	Valor p	r	n
Dor ao urinar	<0,01	0,305	112

Reação psicológica ao estresse			
Variável	Valor p	r	n
Dor ao urinar	0,011	0,239	112

Reação psicológica com componente depressivo do estresse			
Variável	Valor p	r	n
Dor ao urinar	<0,01	0,272	112

Reação psicofisiológica ao estresse			
Variável	Valor p	r	n
Roupa ensopada de dia	0,027	0,209	112
Sente dor ao fazer xixi	<0,01	0,299	112
Score total DVSS	0,026	0,210	112

OBJETIVO

CONCLUSÃO

Testar hipótese de que crianças e adolescentes com diferentes sintomas miccionais tem diferentes condições de estresse

Outro domínio como roupa ensopada de dia apresentou associação com reações psicológicas com componentes depressivos do estresse ($p=0,05$) e com reações psicofisiológicas do estresse ($p=0,01$)

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de corte analítico transversal com 160 crianças e adolescentes com diagnóstico distúrbio miccional 2013-2016 no CEDIMI. Critérios seleção: alteração miccional não neurogênica, 6 a 14 anos, ausência de alterações anatômicas/neurogênica do trato urinário, preenchimento do TCLE. Coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do DVSS e da ESI.

Referências: CALADO, Adriano A. et al. Cross-cultural adaptation of the dysfunctional voiding score symptom (DVSS) questionnaire for Brazilian children. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, Aug. 2010 / MOTA, Denise M.; VICTORA, Cesar G. and HALLAL, Pedro C. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2005, vol.81, n.3, pp. 225-232. ISSN 1678-1762. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75272005000400009> / FONSECA, Eliane M. G. O.; MONTEIRO, Lucia M. Costa. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, Apr. 2004 / SCHOEN-FERREIRA, Teresa H. et al. Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 17, n. 2, ago. 2007 / ARROSO JR, Ubirajara et al. Comparative analysis of the symptomatology of children with lower urinary tract dysfunction in relation to objective data. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Feb. 2006 / LIPP, Marilda Novais et al. O Estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2002 Volume 6 Número 1 51-56 / SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da; MARTINEZ, Alessandra. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital interior do estado de São Paulo. *Estudos de Psicologia I Campinas* 12(1) 153-61 | janeiro - março 2005 / BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida. Preparação Psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2011 / JESUS, Lilioux Eyer de. Disfunção miccional - doença funcional e social. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, 2012; 39(2): 085 / FONSECA, Eliane M. G. O.; MONTEIRO, Lucia M. Costa. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.2, pp. 147-153. ISSN 1678-4782. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75272004000200010> / BARRONÇA, Luiz L. et al. Incontinent urinary diversion feasible in children under five years of age? *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, Aug. 2009 / LIPP, Marilda E. Novais; LUCARELLI, Maria D. Azeiteiro. *Escuela de Medicina Bahiana*. Escola de Medicina e Saúde Pública, 1996.