



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

NÁTALIN OLIVEIRA DA COSTA CONCEIÇÃO

PUNIÇÃO PARENTAL EM CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS MICCIONAIS

Salvador - BA

2024

NÁTALIN OLIVEIRA DA COSTA CONCEIÇÃO

PUNIÇÃO PARENTAL EM CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS MICCIONAIS

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

Orientador: Professor livre docente Ubirajara Barroso Júnior

Co-orientadoras: Prof. Dra. Ana Aparecida Martinelli e Prof. Dra. Glícia Estevam de Abreu

Salvador - BA

2024

AGRADECIMENTOS

Para a realização desse trabalho tive apoio de muitas pessoas as quais serei sempre grata. Primeiramente agradeço aos meus pais e minha avó Anatália pelo incentivo nos estudos e por terem me dado a oportunidade de realizar esse curso sempre acreditando no meu potencial. Ao meu namorado e minha cunhada, gostaria de agradecer por dividirem essa caminhada dentro da medicina e por, ao lado dos meus amigos, terem me oferecido suporte emocional. Gostaria de agradecer ao CEDIMI pela oportunidade de crescer no meio científico, em especial ao meu amigo Theo que esteve ao meu lado ao longo desse projeto científico. Ao Dr. Ubirajara Barroso, sou muito grata pela oportunidade dada, principalmente em uma área de estudo do meu interesse. Dra. Ana Aparecida Martinelli, Dra. Maria Luiza Veiga e Dra. Glícia Estevam Abreu, agradeço o apoio nas adversidades, a empatia e por terem tanto me ensinado na prática médica e científica, bem como aos fellows Emanuel, Isabella e Katharine. Às minhas professoras Carolina Freitas Lins e Caroline Feitosa, agradeço a orientação e suporte, tendo sido indispensáveis para minha chegada até aqui.

RESUMO

Introdução: As Disfunções do Trato Urinário Inferior (DTUI) e a constipação em crianças são condições prevalentes que afetam não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e psicossocial. Diante dessas condições, práticas punitivas parentais podem surgir como uma resposta inadequada, exacerbando o estresse e a ansiedade nas crianças, potencializando os desafios de tratamento e diminuindo a qualidade de vida. **Objetivo principal:** Avaliar a associação entre punição parental e os sintomas de disfunção do trato urinário inferior e constipação em crianças. Além disso, descrever as características familiares e psicossociais de crianças com Disfunção do trato urinário inferior. **Métodos:** Um estudo observacional transversal foi conduzido com 151 pacientes pediátricos diagnosticados com DTUI, utilizando dados coletados no Centro de Distúrbios Miccionais da Infância. Foram utilizadas as escalas *Dysfunctional Voiding Scoring System (DVSS)* e Roma IV para avaliação da intensidade dos sintomas urinário e da constipação, respectivamente. A análise estatística foi realizada através do software SPSS versão 25.0 empregando testes de Mann-Whitney para variáveis numéricas e teste Qui-Quadrado para variáveis categóricas. **Resultados:** Dos pacientes estudados, 56,4% reportaram ter recebido algum tipo de punição. Foi observada uma associação significativa entre a presença de incontinência diurna e a aplicação de punições parentais ($p=0,002$), com 63,5% das crianças com esse sintoma sofrendo punições e a urgência-incontinência ($p= 0,037$). A análise indicou também uma correlação significativa entre a impaciência dos cuidadores e a adoção de práticas punitivas ($p<0,0001$), além disso, a interferência dos sintomas na vida social dos pacientes também foi relacionada à punição ($p= 0,017$). **Conclusão:** O presente estudo mostrou a associação entre sintomas urinários diurnos e a presença de punição parental, mostrando, portanto, a importância de intervenções educativas dirigidas a pais e cuidadores na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Disfunções do Trato Urinário Inferior, Punição Parental, Constipação.

ABSTRACT

Introduction: Lower Urinary Tract Dysfunctions (LUTD) and constipation in children are prevalent conditions that affect not only physical health but also emotional and psychosocial well-being. Faced with these conditions, parental punitive practices may emerge as an inappropriate response, exacerbating stress and anxiety in children, amplifying treatment challenges, and reducing quality of life. **Objective:** To assess the association between parental punishment and symptoms of lower urinary tract dysfunction and constipation in children. Additionally, to describe the family and psychosocial characteristics of children with Lower Urinary Tract Dysfunction. **Methods:** A cross-sectional observational study was conducted with 151 pediatric patients diagnosed with LUTD, using data collected at the Childhood Urinary Disorders Center. The Dysfunctional Voiding Scoring System (DVSS) and Rome IV scales were used to evaluate the intensity of urinary symptoms and constipation, respectively. Statistical analysis was performed using SPSS software version 25.0, employing Mann-Whitney tests for numerical variables and Chi-Square tests for categorical variables. **Results:** Of the patients studied, 56.4% reported having received some form of punishment. A significant association was observed between the presence of daytime incontinence and parental punishment ($p=0.002$), with 63.5% of children with this symptom experiencing punishment and urgency-incontinence ($p=0.037$). The analysis also indicated a significant correlation between caregiver impatience and the adoption of punitive practices ($p<0.0001$), and the interference of symptoms in the social life of patients was also related to punishment ($p=0.017$). **Conclusion:** The present study demonstrated the association between daytime urinary symptoms and the presence of parental punishment, thus highlighting the importance of educational interventions directed at parents and caregivers in improving the quality of life of patients.

Keywords: Lower Urinary Tract Dysfunctions, Parental Punishment, Constipation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO PRIMÁRIO.....	8
2.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1. AS DISFUNÇÕES DO TRATO URINÁRIO INFERIOR.....	9
3.1.1. Bexiga postergadora.....	9
3.1.2. Bexiga hiperativa.....	9
3.1.3. Enurese.....	10
3.1.4. Disfunção vesico-intestinal.....	10
3.1.5. Outras causas de incontinência.....	10
3.2. DIAGNÓSTICO.....	11
3.3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DAS DTUIS E A PUNIÇÃO PARENTAL.....	11
4. MATERIAIS E MÉTODOS	14
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	14
4.2. LOCAL DE ESTUDO.....	14
4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	14
4.3.1. Critérios de inclusão.....	14
4.3.2. Critérios de exclusão.....	14
4.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	14
4.5. VARIÁVEIS.....	15
4.5.1. Categóricas.....	15
4.5.2. Numéricas.....	16
4.6. COLETA DE DADOS.....	16
4.7. TAMANHO AMOSTRAL.....	17
4.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
5. RESULTADOS	18
5.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	18
5.1.1. Características sociodemográficas e familiares.....	18
5.1.2. Características psicossociais e clínicas.....	20

5.2.	ASSOCIAÇÃO ENTRE PUNIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	22
5.2.1.	Características sociodemográficas e familiares X Punição parental	22
5.2.2.	Características psicossociais e clínicas X Punição parental	24
6.	DISCUSSÃO	26
7.	CONCLUSÃO	29
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
9.	ANEXOS	34
A.	DVSS	34
B.	Roma IV para Constipação	35
C.	Parecer substanciado do CEP	36

1. INTRODUÇÃO

As Disfunções do Trato Urinário Inferior (DTUI) representam um conjunto de condições médicas que afetam significativamente a saúde e o bem-estar de crianças em idade escolar ^{1,2}. Esses distúrbios, que incluem desde a bexiga postergadora e hiperativa até a enurese e a disfunção vesico-intestinal, impõem desafios não só para os pacientes, mas também para suas famílias, trazendo à tona questões complexas que vão além do manejo clínico. As consequências dessas condições estendem-se para o domínio psicossocial, onde o estigma, a vergonha e o isolamento social desempenham papéis preponderantes, impactando a autoestima e o desenvolvimento emocional das crianças ¹⁻⁷.

A punição parental surge como uma reação preocupante a esses distúrbios, onde a falta de conhecimento e o descontentamento com a condição da criança podem levar a práticas punitivas. Estudos anteriores, como o realizado por Castro, M. et al., destacam a prevalência de sentimentos negativos entre os cuidadores, como confusão, irritação e ansiedade, que, infelizmente, podem transbordar para o tratamento das crianças, exacerbando o estigma e os desafios psicossociais já existentes⁸⁻¹¹. Essas práticas punitivas não apenas falham em abordar as causas subjacentes das DTUI, mas também podem agravar os sintomas e impedir um tratamento eficaz, destacando uma área crítica de necessidade de intervenção^{8,10-12}.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a associação da punição parental com os sintomas de disfunção do trato urinário inferior e constipação em crianças, com o intuito de fornecer informações valiosas para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que possam reduzir as repercussões negativas da prática punitiva nas crianças afetadas. Os objetivos secundários incluem a descrição das características familiares e psicossociais das crianças com DTUI. Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para a ampliação do conhecimento nessa área e para o aprimoramento das práticas de cuidado e suporte às crianças e suas famílias.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo primário

Avaliar a associação a punição parental com os sintomas de disfunção do trato urinário inferior e constipação em crianças.

2.2. Objetivos secundários

Descrever as características familiares e psicossociais de crianças com Disfunção do trato urinário inferior.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. As disfunções do trato urinário inferior

Mais de 10% das crianças em idade escolar enfrentam disfunções do trato urinário inferior (DTUI), uma condição que impõe limitações sociais e exige um grande esforço mental e físico tanto para as crianças quanto para seus pais^{1,8}. Esses sintomas são conhecidos por Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), conforme a terminologia adotada pela *International Childrens Continence Society (ICCS)*, também referidos como *Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)* em inglês². A DTUI é um termo que abrange diversos espectros clínicos de dificuldades miccionais que afetam crianças a partir dos 5 anos de idade¹³. Várias pesquisas mostram um acometimento maior do sexo feminino¹⁴⁻¹⁶, além disso, um estudo brasileiro ainda evidenciou que 38,3% das crianças apresentavam sintomas urinários¹⁷.

3.1.1. Bexiga postergadora

A origem da maioria desses sintomas em crianças é funcional, sendo raras as ocasiões em que resultam de malformações anatômicas ou condições neurológicas. Certas crianças postergam a ida ao banheiro, seja por falta de vontade ou de tempo, o que pode resultar no desenvolvimento de uma bexiga postergadora. Essas crianças normalmente urinam menos de quatro vezes ao dia e adotam manobras para reter a urina, como cruzar as pernas, o que pode levar a episódios de perda de urina por transbordamento e a uma ingestão reduzida de líquidos para evitar tais acidentes^{1,2}.

3.1.2. Bexiga hiperativa

Outras crianças podem apresentar bexiga hiperativa, caracterizada pela necessidade frequente de urinar em pequenos volumes, urgência urinária intensa e, em muitos casos, necessidade de urinar durante a noite. Nem todas essas crianças sofrem de incontinência^{1,2}.

3.1.3. Enurese

A enurese noturna, por sua vez, decorre do desequilíbrio entre a produção de urina à noite e a capacidade da bexiga, além da incapacidade de despertar ou inibir a micção em resposta aos sinais da bexiga durante o sono. Ela pode ser classificada de duas maneiras- primária (quando em crianças que nunca estiveram secas) ou secundária (quando presente em crianças que já estiveram secas anteriormente por mais de 6 meses); monossintomática (sem associação com sintomas diurnos) e não monossintomática (quando associada à sintomas diurnos). Esse fenômeno é mais prevalente em meninos, com uma proporção de 2:1, e mais de um terço das crianças afetadas tem um histórico familiar da condição^{1,18}

3.1.4. Disfunção vesico-intestinal

Além disso, a constipação representa um sintoma de grande importância no quadro da disfunção miccional, visto que a disfunção vesico-intestinal (DVI), também conhecida como *Bladder and Bowel Dysfunction (BBD)* em inglês, ocorre devido à combinação entre a Disfunção do Trato Urinário Inferior (DTUI) e a Constipação Funcional (CF), na ausência de alterações anatômicas e neurológicas, conforme definido pela ICCS. Nesse contexto, recomenda-se uma avaliação dos padrões de evacuação em crianças com DTUI, além de ser crucial investigar a presença de sintomas urinários em crianças que sofrem de constipação, devido à interligação dessas condições. Cerca de 50% das consultas pediátricas relacionadas a STUI também reportam a presença de CF, evidenciando que o grau de constipação influencia significativamente a manifestação dos sintomas urinários^{4,19-23}.

3.1.5. Outras causas de incontinência

A incontinência em algumas crianças pode ser decorrente de outras condições relacionadas à bexiga e ao trato urinário, incluindo bexiga hipoativa, disfunção miccional, incontinência de esforço, obstrução do fluxo urinário devido a malformações, bexiga neurogênica e a peculiar incontinência do riso^{1,2}.

3.2. Diagnóstico

Para a avaliação urinária inicial do paciente com DTUI, pode-se fazer uso do diário miccional de dois dias, que é capaz de medir a quantidade de líquido sendo eliminado em comparação ao que está sendo ingerido, além de frequência, volumes máximo e médio de eliminação e coloração da urina. Também é possível utilizar o *Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS)*²⁴, que é capaz de avaliar os sintomas do paciente, além de quantificar a intensidade desses sintomas. Além disso, a urofluxometria é utilizada para identificar o tipo de disfunção urinária e analisar o padrão de curva do fluxo urinário, o fluxo máximo (Qmax) e a presença de redução do fluxo^{4,25,26}.

No que diz respeito à CF, empregam-se os critérios de Roma IV, que consistem em avaliar a presença de dor/esforço para defecar, postura retentiva, frequência evacuatória, episódio de incontinência fecal, tamanho das fezes e presença de grande massa fecal no reto. Caso o paciente apresente 2 ou mais critérios positivos pode-se realizar o diagnóstico²⁷. Para avaliação da CF é possível também utilizar a escala de Bristol para analisar minuciosamente o quadro apresentado^{4,25}.

3.3. Aspectos psicossociais das DTUIs e a punição parental

A DTUI exerce um impacto psicológico substancial sobre os pacientes. A conexão entre DTUI e as consequentes alterações comportamentais e emocionais é amplamente reconhecida no corpo acadêmico e essa associação enfatiza a importância de uma abordagem cuidadosa por parte dos profissionais de saúde e responsáveis^{3,5,7,13-17,19,28,29}.

O estudo de Dourado et al. mostrou uma forte associação entre DTUI e problemas emocionais/comportamentais, com 40,5% das crianças com DTUI apresentando tais problemas, em comparação com 23,5% sem DTUI. Além disso, a presença de constipação intestinal agravou esses problemas emocionais e comportamentais⁷.

Ademais a literatura mostra uma associação importante entre problemas psicológicos/psiquiátricos e a presença de sintomas urinários, o que pode não só

dificultar o diagnóstico, mas também interferir no tratamento ^{5,29-32}. Nesse contexto, o estudo de Wang et al. investigou a relação entre DVI e transtornos psiquiátricos e do neurodesenvolvimento (TPN) em crianças, mostrando que aqueles com históricos de TNP apresentaram sintomatologia mais acentuada de BBD. Observou-se também que um quarto dos pacientes sem diagnósticos anteriores de TNP exibiram dificuldades comportamentais significativas. Dentre essas, os sintomas de hiperatividade e déficit de atenção prevaleceram (50%), seguidos por problemas de conduta (42%), questões emocionais (33%) e desafios nas relações com pares (33%)³⁰.

Nesse sentido, existe um estigma social muito importante relacionado à DTUI e acidentes intestinais, o que frequentemente gera vergonha e isolamento social, problemas de autoestima, problemas escolares e agressividade, impactando negativamente no bem-estar psicossocial para esses pacientes e seus familiares. Por isso é muito importante explorar na história clínica se há sofrimento psicológico secundário a esses sintomas, e fazer um aconselhamento psicológico para a família ^{2,3,5,19}.

Ainda é possível inferir que o contexto familiar exerce influência significativa no desenvolvimento neurológico, psicológico e no controle da micção infantil. Uma análise retrospectiva revelou que 60% dos indivíduos com sintomas do trato urinário inferior reportaram experiências familiares negativas na infância, incluindo negligência, abuso, divórcio, adoção, frequentes mudanças de residência, falecimento de membros da família e convívio com usuários de substâncias psicoativas³³. Um estudo piloto contendo 53 crianças com DTUI ainda mostrou que a frequência à creche, problemas escolares e gravidez não planejada estavam significativamente associados a escores mais altos no Sistema de Pontuação de Micção Disfuncional (DVSS), indicando maior gravidade dos sintomas de DTUI³⁴. O estudo de De Castro, M. et al. mostrou que a maioria dos responsáveis por crianças com DTUI não tinha conhecimento prévio do distúrbio, eles se sentiam confusos, irritados, desapontados e apresentavam sintomas de ansiedade, embora não tenham demonstrado uma grande repercussão na qualidade de vida⁸. Esse cenário de ignorância sobre a patologia e descontentamento familiar, frequentemente leva à punição das crianças, exacerbando o estigma associado a esses pacientes.

A punição parental, especialmente em relação aos sintomas urinários diurnos, permanece um assunto escassamente abordado na literatura, no entanto, no que diz respeito à enurese ela é documentada. O estudo de Karaman, L. et al. Mostrou que 58% das crianças com enurese sofreram algum tipo de punição, sendo os métodos de punição avaliados mais frequentes a condenação (51,3%), privação dos desejos da criança (23,9%), humilhação da criança na presença de outras crianças (22,6%), repreensão-ameaça (40,5%), privação de sono (3,4%), deixar a criança molhada (5,8%), trancar no quarto ou na casa (5,2%), bater levemente (12,6%), bater com as mãos ou com um bastão (15,4%)³⁵. Além disso, um estudo ainda mostrou que os pais que sofreram punições quando crianças são aqueles que mais punem seus filhos ⁹. O estudo de Al-Zaben et al. investigou a relação entre punição parental e depressão em crianças com enurese e os resultados mostraram que o número de noites molhadas por semana foi significativamente maior no grupo que não sofria punição em comparação com o que não sofria. Além disso, a severidade dos sintomas depressivos aumentou nas crianças punidas enquanto a qualidade de vida foi significativamente menor nesse grupo, mostrando que há um impacto muito significativo da punição parental nos aspectos psiquiátricos das crianças com sintomas urinários¹⁰. Ademais, a pesquisa realizada por Ferrara et al. indicou que a repressão resulta em uma falha significativa no tratamento das crianças punidas em comparação com aquelas não submetidas a punições, sendo a privação de sono o método punitivo mais correlacionado com essa ineficácia¹². No que diz respeito ao cenário brasileiro, o estudo de Sapi et al. mostrou uma prevalência maior, 89% dos pacientes incluídos referiram ter sofrido punição por conta da perda urinária noturna, havendo uma relação significativa entre um menor nível de escolaridade e o grau de punição¹¹.

Esse cenário destaca a necessidade de elucidar as circunstâncias que envolvem a punição parental nos distúrbios miccionais, esclarecendo também seus efeitos sob os aspectos psicológicos e urológicos dessas crianças.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal realizado com dados retrospectivos.

4.2. Local de estudo

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

4.3. População do Estudo

4.3.1. Critérios de inclusão

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

4.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas crianças que possuam possíveis alterações anatômicas ou neurológicas relacionadas ao trato urinário inferior e gastrointestinal (megacólon congênito, anomalia anorretal ou qualquer alteração anatômica ou neurológica); Pacientes em uso de medicações com efeito sobre o SNC.

4.4. Instrumentos utilizados

As informações foram colhidas através dos prontuários das crianças, as quais foram atendidas e diagnosticadas no CEDIMI com queixas de disfunções do trato urinário inferior (com ou sem constipação). No CEDIMI, todos pacientes de primeira consulta

são direcionados para avaliação psicológica, após a consulta médica, na qual é preenchido a anamnese psicológica. Essa etapa do atendimento ocorreu em três momentos distintos, o inicial, com paciente e responsáveis, o segundo apenas com os responsáveis e o final é feito apenas com a criança. O prontuário incluiu as fichas de avaliação de primeiro atendimento, nelas foram obtidas informações básicas do paciente referentes a identificação, idade, sexo e raça/cor.

Além disso, nas consultas médicas, é rotineiro aplicar o questionário DVSS (anexo A) para quantificação dos sintomas urinários e os questionários ROMA IV (anexo B) para sintomas fecais. Dessa maneira, foram coletados dados de ficha de atendimento e resultados de questionários habitualmente aplicados no serviço em todos os pacientes, independente da pesquisa.

O DVSS, traduzido e validado para a língua nativa, foi utilizado para avaliar a intensidade dos sintomas miccionais e determinação da DTUI ²⁴. Foi considerada DTUI o escore ≥ 6 para meninas e ≥ 9 para meninos.

Os sintomas intestinais foram avaliados a partir do critério Roma IV²⁷ para crianças e adolescentes de 5 a 17 anos, sendo considerada constipada a criança ou adolescente com pelo menos 02 itens positivos.

4.5. Variáveis

As variáveis analisadas foram as seguintes:

4.5.1. Categóricas

- Sexo (feminino ou masculino);
- Raça (branca, parda ou negra)
- Diagnóstico (hiperativo ou postergador);
- Urgência (sim ou não);
- Constipação (sim ou não);
- Incontinência diurna (sim ou não);

- Urge-incontinência (sim ou não);
- Enurese (sim ou não);
- Gravidez planejada (sim ou não);
- Gravidez desejada (sim ou não);
- Mãe com médio completo (sim ou não);
- Pai com médio completo (sim ou não);
- Filho único (sim ou não);
- Pai e mãe vivem juntos (sim ou não);
- Reação da criança frente à disfunção (indiferente ou incomodado);
- Interferência social (sim ou não) - Foram consideradas situações como evitar dormir fora de casa ou sofrer bullying em ambientes sociais devido aos sintomas urinários
- Complicações no nascimento (sim ou não);
- Punição (sim ou não).

4.5.2. Numéricas

- Idade;
- Número médio de micções por dia;
- Score de toronto (DVSS).

4.6. Coleta de Dados

Os dados foram coletados a partir dos registros de prontuários do CEDIMI já existentes, tendo em vista que a coleta das informações necessárias para essa pesquisa faz parte da anamnese de rotina em pacientes com DTUI nesse serviço ambulatorial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob o CAAE 65697322.9.0000.5544. Os dados foram armazenados em software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 21.0 para Windows. A identificação das crianças foi realizada apenas por codificação alfa numérica (C01; C02; C03...), para garantia da confidencialidade dos dados. A coleta das informações iniciou, exclusivamente, após a aprovação do projeto pelo Conselho de Ética.

4.7. Tamanho Amostral

O tamanho amostral foi definido por conveniência e foram incluídas, no total, 151 crianças com diagnóstico de DTUI.

4.8. Análise Estatística

Inicialmente, as variáveis independentes categóricas foram descritas utilizando números e percentagens, e as numéricas utilizando mediana e intervalo interquartil. A normalidade da distribuição das variáveis foi testada pela análise dos valores de curtose e assimetria, pelo histograma e através do teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk.

Para descrever e comparar as variáveis, foram utilizadas variáveis numéricas e categóricas. As variáveis numéricas foram expressas por meio de medianas (intervalo interquartil) e comparadas pelo teste de Mann-Whitney. As variáveis categóricas, por sua vez, foram descritas por frequências absolutas e relativas e comparadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson.

Valores de P inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados para análise foram armazenados em software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 25.0 para Windows.

5. RESULTADOS

5.1. Características da amostra

5.1.1. Características sociodemográficas e familiares

O estudo avaliou 151 pacientes com DTUI com mediana de 9 (IQR 7-11) anos de idade, sendo a maioria (57,4%) do sexo feminino e de etnia parda (48,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficos da amostra

Características	n (%)
Sexo	
Feminino, n (%)	58 (57,4)
Masculino, n (%)	43 (42,6)
Raça	
Branca, n (%)	10 (9,9)
Parda, n (%)	49 (48,5)
Negra, n (%)	42 (41,6)
Idade, M (IQR)	9 (7-11)

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana; IQR= Intervalo interquartil.

Fonte: Próprio autor.

Assim, foi observado que a maioria (94,1%) das genitoras realizaram o acompanhamento pré-natal e tiveram uma gravidez desejada (71,3%), apesar da menor parte (36,6%) ter planejado a gestação. Além disso, 53 (52,5%) pacientes apresentavam um histórico familiar materno positivo para algum distúrbio miccional, enquanto uma percentagem menor (12,9 %) possuía histórico familiar paterno positivo.

Tabela 2 – Características familiares da amostra

Características	
Gravidez planejada n, (%)	37 (36,6)
Gravidez desejada, n (%)	72 (71,3)
Pré-natal, n (%)	95 (94,1)
Mãe com EM completo, n (%)	62 (61,4)
Pai com EM completo, n (%)	44 (43,6)
Histórico familiar de DTUI materno, n (%)	53 (52,5)
Histórico familiar de DTUI paterno, n (%)	13 (12,9)
Pais moram juntos, n (%)	63 (63,4)
Filho único, n (%)	23 (22,8)

Legenda: n= Número absoluto; EM= Ensino médio.

Fonte: Próprio autor.

5.1.2. Características psicossociais e clínicas

A maioria (57- 56,4%) das crianças sofreram com alguma punição. Apesar disso, a maior parte (62- 61,4%) dos cuidadores relatou ter uma atitude compreensiva em relação aos sintomas de DTUI. Além disso, a maioria (57- 56,4%) das crianças relataram incômodo para com o quadro clínico, sendo que 53 (52,5%) ainda referiram que os sintomas causavam interferência social (Tabela 3).

Tabela 3 – Características psicossociais da amostra

Características	n (%)
Atitude do cuidador	
Compreensivo	62 (61,4)
Impaciente	39 (38,6)
Punição	57 (56,4)
Reação da criança	
Indiferente	42 (41,6)
Incomodada	57 (56,4)
Interferência social	53 (52,5)

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana; IQR= Intervalo interquartil;

Fonte: Próprio autor.

Além disso, todos os pacientes do estudo apresentavam urgência miccional, desses, 60,4% tiveram diagnóstico de bexiga hiperativa, 84,2% apresentavam incontinência diurna, 75,2% eram constipados e 76,2% tinham enurese (Tabela 4).

Tabela 4 – Características clínicas da amostra

Características	n (%)
Diagnóstico	
Postergador, n (%)	40 (39,6)
Hiperativo, n (%)	61 (60,4)
Incontinência diurna, n (%)	85 (84,2)
Urgência miccional, n (%)	101 (100)
Urge-incontinência, n (%)	77 (76,2)
Manobra de retenção, n (%)	75 (74,3)
Enurese, n (%)	77 (76,2)
Constipação, n (%)	76 (75,2)
Número médio de micções por dia, M (IQR)	7,5 (4-10)
DVSS, M (IQR)	10 (7,5-13,5)

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana; IQR= Intervalo interquartil.

Fonte: Próprio autor.

5.2. Associação entre punição e características da amostra

5.2.1. Características sociodemográficas e familiares X Punição parental

Nenhuma característica sociodemográfica da amostra teve associação com a punição parental (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre características sociodemográficas e punição parental

Características	Punição parental	p valor
Sexo		0,225
Feminino, n (%)	36 (62,1)	
Masculino, n (%)	21 (51,2)	
Raça		0,473
Branca, n (%)	7 (70)	
Parda, n (%)	25 (51)	
Negra, n (%)	25 (59,5)	
Idade, M (IQR)	9 (7-12)	0,240

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana; IQR= Intervalo interquartil.

Fonte: Próprio autor.

Da mesma forma, nenhuma característica familiar dos pacientes teve associação com a punição parental (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre características familiares e punição parental

Características	Punição parental	p valor
Gravidez planejada n, (%)		0,298
Sim	18 (48,6)	
Não	39 (60)	
Gravidez desejada, n (%)		0,125
Sim	37 (48,6)	
Não	20 (69)	
Pré-natal, n (%)		0,228
Sim	52 (54,7)	
Não	5 (83,3)	
Mãe com EM completo, n (%)		0,225
Sim	38 (61,3)	
Não	19 (48,7)	
Pai com EM completo, n (%)		0,423
Sim	27 (61,4)	
Não	30 (52,6)	
Histórico familiar materno de DTUI, n (%)		0,315
Sim	27 (50,9)	
Não	30 (62,5)	
Histórico familiar paterno de DTUI, n (%)		0,381
Sim	9 (69,2)	
Não	48 (54,5)	
Pais moram juntos, n (%)		0,542
Sim	34 (54)	
Não	23 (60,5)	

Legenda: n= Número absoluto; EM= Ensino médio.

Fonte: Próprio autor.

Tabela 6 – Associação entre características familiares e punição parental

(continuação)		
Características	Punição parental	p valor
Filho único, n (%)		0,642
Sim	12 (52,2)	
Não	45 (57,7)	

Legenda: n= Número absoluto; EM= Ensino médio.

Fonte: Próprio autor.

5.2.2. Características psicossociais e clínicas X Punição parental

Entre as características psicossociais estudadas, a atitude do cuidador mostrou-se significativamente associada à aplicação de punições parentais ($p < 0,001$), uma vez que a maioria (87,2%) dos cuidadores que se descreveu como impaciente admitiu aplicar algum tipo de punição. Além disso, observou-se crianças que apresentavam interferência social sofriam maior punição parental ($p = 0,017$). De forma que, 67,9% das crianças que experienciaram interferência social relataram terem sido submetidas à punição, conforme detalhado na Tabela 7.

Tabela 7- Associação entre características psicossociais e punição parental

Características	Punição parental n (%)	p valor
Atitude do cuidador		< 0,001
Compreensivo	23 (37,1)	
Impaciente	34 (87,2)	
Reação da criança		0,312
Indiferente	21 (50)	
Incomodada	36 (61)	
Interferência social		0,017
Sim	36 (67,9)	
Não	21 (43,8)	

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana;

Fonte: Próprio autor.

Dentre as características clínicas avaliadas, somente a urge-incontinência e a incontinência diurna mostraram-se associadas à punição parental. Observou-se que 62,3% dos pacientes com urge-incontinência foram submetidos à punição parental, enquanto 37,8% dos pacientes sem este sintoma foram punidos ($p= 0,037$). Em relação à incontinência diurna, 63,5% dos pacientes que apresentavam esse sintoma foram punidos, contra 18,8% dos que não o apresentavam ($p= 0,002$), de acordo com a Tabela 8.

Tabela 8- Associação entre características clínicas e punição parental

Características	Punição parental	p valor
Diagnóstico, n (%)		
Postergador	22 (55,0)	
Hiperativo	35 (57,4)	0,840
Urge-incontinência, n (%)		0,037
Sim	48 (62,3)	
Não	9 (37,5)	
Incontinência diurna, n (%)		0,002
Sim	54 (63,5)	
Não	3 (18,8)	
Manobra de retenção, n (%)		0,820
Sim	43 (57,3)	
Não	14 (53,8)	
Enurese, n (%)		0,489
Sim	45 (58,4)	
Não	12 (50)	
Constipação, n (%)		1,000
Sim	43 (56,6)	
Não	14 (56,6)	
DVSS, M (IQR)	10 (8-13)	0,834

Legenda: n= Número absoluto; M= Mediana; IQR= Intervalo interquartil.

Fonte: Próprio autor.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou relacionar a presença de punição parental em crianças com sintomas urinários diurnos e noturnos do trato urinário inferior, e a constipação, mostrando que a maioria 57 (56,4%) dos pacientes com DTUI sofreram com punições. Ademais, a incontinência diurna, a urge-incontinência, a interferência social e a atitude do cuidador foram fatores associados à punição parental.

Atualmente, os estudos que abordam a prevalência de punição parental nos distúrbios miccionais estão voltados unicamente para os sintomas noturnos, sem focar na punição parental associada à sintomas diurnos. Acreditamos que isso ocorra porque, em teoria, a enurese é o sintoma que mais causa incômodo para os responsáveis, por gerar maior dificuldade na higienização das roupas de cama e colchão. Por sua vez, os sintomas diurnos incomodariam mais os pacientes que os responsáveis, pois a criança enfrenta esse problema principalmente durante o período escolar, isto é, os sintomas ocorrem mais frequentemente em períodos do dia longe da percepção dos familiares ou cuidadores. No entanto, diferente do esperado, nosso estudo não mostrou associação entre enurese e punição parental, mas que a presença de incontinência diurna e urge-incontinência estariam associadas a prática de punições. Isso pode ser justificado pelo fato de que a perda urinária diurna provoca maior constrangimento social, tendo em vista que é um acontecimento que não está restrito ao ambiente domiciliar como no caso da enurese, podendo, então, provocar maior estresse para os responsáveis. Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a presença de práticas punitivas como desfecho dos sintomas urinários diurnos em crianças com DTUI.

No que tange a prevalência de punição parental associada à presença de sintomas urinários em geral, ou seja, não diferenciando a presença de sintomas diurnos e noturnos, esse estudo está de acordo com o realizado por Karaman, L. et al.³⁵ Esses autores, muito embora não tenham analisado a punição parental na perspectiva da existência de sintomas urinários diurnos, reportaram uma prevalência

de punição parental em 58% dos pacientes com enurese. Por sua vez, Al-Zaben et al.¹⁰ mostraram uma menor prevalência (33,8%), enquanto o estudo brasileiro realizado por Sapi et al.¹¹ evidenciou uma prevalência mais alta – 89% de punição parental associado a este sintoma urinário noturno.

Já no que diz respeito aos aspectos psicossociais, o presente estudo mostrou que a atitude impaciente do cuidador está associada à presença de punição parental. Essa associação se alinhou a nossa hipótese de que, possivelmente, quanto maior a impaciência do cuidador, maior a probabilidade de recorrer a métodos de disciplina mais punitivos, como forma de obter uma resposta imediata ao comportamento indesejado da criança. Outro aspecto psicossocial associado à presença de punição parental foi a interferência dos sintomas de DTUI na vida social da criança, como dificuldades em participar de atividades sociais ou dormir fora de casa devido, possivelmente, à presunção do risco de enurese, e enfrentar *bullying* devido a esses sintomas. Esse achado pode ser justificado pela possibilidade de que as crianças com DTUI experimentem maior estigmatização e isolamento social, levando os pais a adotarem estratégias disciplinares mais severas na tentativa de corrigir ou controlar os sintomas, nesse sentido, a possível percepção dos pais de que tais comportamentos são intencionais ou controláveis podem contribuir para a adoção de respostas punitivas. Dessa forma, esse estudo ressalta a importância de abordagens educativas e de apoio aos responsáveis para manejar condições como a DTUI, enfatizando estratégias que promovam a compreensão e o manejo adequado dos sintomas, ao invés de recorrer a atitudes punitivas.

Por fim, esse estudo apresenta limitações que devem ser consideradas, como o seu desenho transversal, o que impossibilita estabelecer uma relação causal. Além disso, a amostra foi definida por conveniência, possuindo uma precisão estatística reduzida, sendo necessário, portanto, um estudo com uma amostra maior para possibilitar sua validade externa. Ademais, a amostra, na sua linha de base, apresentava uma diferença considerável na quantidade de pacientes que apresentavam ou não a incontinência diurna (85 x 15), o que pode ter gerado o grande intervalo de confiança, no que tange a associação desse sintoma com a

punição parental (1,279 - 89,517). Também é importante salientar que não houve diferenciação entre os possíveis tipos de punição parental, bem como não foram utilizados questionários sobre qualidade de vida e alterações emocionais, instrumentos que poderiam melhor compreender os aspectos psicossociais e emocionais que circundam os pacientes com DTUI. No entanto, ao trazer o conhecimento sobre a punição parental relacionada a presença de sintomas urinários diurnos, reforça a importância de esclarecer os pais e cuidadores que a sua existência independe da ação voluntária da criança.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que incontinência e a urge-incontinência foram sintomas urinários associados à punição parental, no entanto não houve associação entre a presença de constipação e punição parental. Ademais, a incontinência diurna, a urge-incontinência, a interferência social e a atitude do cuidador, especialmente a atitude impaciente, foram fatores associados à punição parental. Desse modo, esse estudo enfatiza a importância de intervenções educativas dirigidas a pais e cuidadores, contribuindo para melhorar os resultados de tratamento e a qualidade de vida das crianças afetadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lie A, Gjerstad AC, Fossum V, Teigen C, Skari H, Aden P, et al. Vannlatingsforstyrrelser hos barn – en praktisk tilnærming. Tidsskrift for Den norske legeforening [Internet]. 2020; Available from: <https://tidsskriftet.no/2020/01/klinisk-oversikt/vannlatingsforstyrrelser-hos-barn-en-praktisk-tilnaerming>
2. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2016 Apr 1;35(4):471–81.
3. Thibodeau BA, Metcalfe P, Koop P, Moore K. Urinary incontinence and quality of life in children. *J Pediatr Urol*. 2013 Feb;9(1):78–83.
4. dos Santos J. Recommendations for the Management of Bladder Bowel Dysfunction in Children. *Pediatrics & Therapeutics*. 2014;04(01).
5. Martinelli Braga AAN, Veiga MLT, da Silva Ferreira MGC, Santana HM, Barroso U. Association between stress and lower urinary tract symptoms in children and adolescents. *International Braz J Urol*. 2019 Nov 1;45(6):1167–79.
6. Martins G, Minuk J, Varghese A, Dave S, Williams K, Farhat WA. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: A pilot study. *J Pediatr Urol*. 2016 Apr 1;12(2):109.e1-109.e6.
7. Dourado ER, de Abreu GE, Santana JC, Macedo RR, da Silva CM, Rapozo PMB, et al. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction: a population-based study. *J Pediatr Urol*. 2019 Aug;15(4):376.e1-376.e7.
8. Castro MMC, Andrade M, Xavier V, Bonfim J, Bastos L, Daltro C, et al. LOWER URINARY TRACT DYSFUNCTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: FAMILY IMPACT. *Brazilian Journal of Medicine and Human Health*. 2015 Oct 30;3(2).
9. Sá CA, Gusmão Paiva AC, de Menezes MCLB, de Oliveira LF, Gomes CA, de Figueiredo AA, et al. Increased Risk of Physical Punishment

- among Enuretic Children with Family History of Enuresis. *Journal of Urology*. 2016 Apr 1;195(4):1227–31.
10. Al-Zaben FN, Sehlo MG. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse Negl*. 2015 May 1;43:22–9.
 11. Sapi MC, Vasconcelos JSP, Silva FG, Damião R, Silva EA da. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J)*. 2009 Oct 8;85(5):433–7.
 12. Ferrara P, Di Giuseppe M, Fabrizio GC, Sbordone A, Amato M, Cutrona C, et al. Enuresis and Punishment: The Adverse Effects on Child Development and on Treatment. *Urol Int*. 2016 Nov 1;97(4):410–5.
 13. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011 Oct;378(9801):1515–25.
 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. *Neurourol Urodyn*. 2015 Nov 1;34(8):763–8.
 15. Wolfe-Christensen C, Veenstra AL, Kovacevic L, Elder JS, Lakshmanan Y. Psychosocial Difficulties in Children Referred to Pediatric Urology: A Closer Look. *Urology*. 2012 Oct;80(4):907–13.
 16. Joinson C, Heron J, von Gontard A. Psychological Problems in Children With Daytime Wetting. *Pediatrics*. 2006 Nov 1;118(5):1985–93.
 17. Joinson C, Heron J, Butler U, von Gontard A. Psychological Differences Between Children With and Without Soiling Problems. *Pediatrics*. 2006 May 1;117(5):1575–84.
 18. Jarvelin MR, Vikevainen-Tervonen L, Moilanen I, Huttunen NP. Enuresis in Seven-Year-Old Children. Vol. 77, *Acta Padiatr Scand*. 1988.
 19. Aguiar LM, Franco I. Bladder Bowel Dysfunction. Vol. 45, *Urologic Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 633–40.
 20. Halachmi S, Farhat WA. Interactions of Constipation, Dysfunctional Elimination Syndrome, and Vesicoureteral Reflux. *Adv Urol*. 2008;2008:1–3.

21. Burgers R, De Jong TPVM, Visser M, Di Lorenzo C, Dijkgraaf MGW, Benninga MA. Functional defecation disorders in children with lower urinary tract symptoms. *Journal of Urology*. 2013;189(5):1886–91.
22. Bower WF, Yip SK, Yeung CK, Nguyen D. Dysfunctional elimination symptoms in childhood and adulthood. In: *Journal of Urology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 1623–8.
23. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LGA, Veiga ML, Netto JMB, Barroso U. Constipation and lower urinary tract dysfunction in children and adolescents: A population-based study. *Front Pediatr*. 2016 Oct 1;4(OCT).
24. Calado AA, Araujo EM, Barroso U, Netto JMB, Filho MZ, Macedo A, et al. Cross-cultural adaptation of the dysfunctional voiding score symptom (DVSS) questionnaire for Brazilian children. *International Braz J Urol*. 2010 Jul;36(4):458–63.
25. Dos Santos J, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. Vol. 11, *Canadian Urological Association Journal*. Canadian Urological Association; 2017. p. S64–72.
26. Franco I. New ideas in the cause of bladder dysfunction in children. Vol. 21, *Current Opinion in Urology*. 2011. p. 334–8.
27. de Abreu GE, Dias Souto Schmitz AP, Dourado ER, Barroso U. Association between a constipation scoring system adapted for use in children and the dysfunctional voiding symptom score in children and adolescents with lower urinary tract symptoms. *J Pediatr Urol*. 2019 Oct 1;15(5):529.e1-529.e7.
28. Yazbeck S, Schick E, O'regan S. Relevance of constipation to enuresis, urinary tract infection and reflux. A review. Vol. 13, *Eur. Urol*. 1987.
29. Niemczyk J, Equit M, Braun-Bither K, Klein AM, von Gontard A. Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Jul 1;24(7):837–43.
30. Wang R, Van den Heuvel M, Rickard M, El-bardisi Y, Mistry N, Koyle M, et al. Neurodevelopmental and psychiatric disorders in pediatric bladder and bowel dysfunction. *J Pediatr Urol*. 2021 Aug 1;17(4):450.e1-450.e6.

31. FARHAT W, B??GLI DJ, CAPOLICCHIO G, O???REILLY S, MERGUERIAN PA, KHOURY A, et al. THE DYSFUNCTIONAL VOIDING SCORING SYSTEM: QUANTITATIVE STANDARDIZATION OF DYSFUNCTIONAL VOIDING SYMPTOMS IN CHILDREN. *J Urol*. 2000 Sep;1011–5.
32. Equit M, Klein AM, Braun-Bither K, Gräber S, von Gontard A. Elimination disorders and anxious-depressed symptoms in preschool children: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Sep 3;
33. Logan BA, Correia K, McCarthy J, Slattery MJ. Voiding dysfunction related to adverse childhood experiences and neuropsychiatric disorders. *J Pediatr Urol*. 2014 Aug;10(4):634–8.
34. Martins G, Minuk J, Varghese A, Dave S, Williams K, Farhat WA. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: A pilot study. *J Pediatr Urol*. 2016 Apr;12(2):109.e1-109.e6.
35. Karaman II, Koca O, Kucuk EV, Ozturk MI, Akyuz M. Methods and rates of punishment implemented by families to enuretic children in Turkey. *International Braz J Urol*. 2013;39(3):402–7.

9. ANEXOS

A. DVSS

Durante os Últimos 30 Dias	Nunca ou Quase Nunca	Menos Que Metade do Tempo	A Metade do Tempo	Quase Todo o Tempo
1. Seu(a) filho(a) tem molhado de xixi a roupa durante o dia?	0	1	2	3
2. Quando seu(a) filho(a) se molha de xixi, a cueca ou calcinha fica ensopada?	0	1	2	3
3. Com que frequência seu(a) filho(a) não faz cocô todos os dias?	0	1	2	3
4. Seu(a) filho(a) tem que fazer força para fazer cocô?	0	1	2	3
5. Com que frequência seu(a) filho(a) só vai ao banheiro fazer xixi uma ou duas vezes por dia?	0	1	2	3
6. Seu(a) filho(a) segura o xixi cruzando as pernas, agachando ou dançando?	0	1	2	3
7. Quando seu(a) filho(a) precisa fazer xixi tem que ir rápido ao banheiro? (não consegue esperar)	0	1	2	3
8. Seu(a) filho(a) tem que fazer força para fazer xixi?	0	1	2	3
9. Seu(a) filho(a) disse que sente dor quando faz xixi?	0	1	2	3
10. 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
- Mudança de casa
- Mudança de escola
- Problemas escolares
- Abuso (sexual/físico)
- Problemas em casa (divórcio/morte)
- Eventos especiais (aniversário)
- Acidente / ferimento
- Outros

Não (0) Sim (3)

B. Roma IV para Constipação

ESTAMOS DIANTE DE UMA CONSTIPAÇÃO?



CRITÉRIOS ROMA IV PARA OS ADULTOS

O diagnóstico deve ser baseado na presença dos seguintes itens por:

- **pelo menos 3 meses**
- **com surgimento dos sintomas pelo menos a 6 meses do diagnóstico**

1 **Necessita incluir 2 ou mais dos seguintes itens:**

- 1) **Esforço** para defecar em mais de 25% das defecações
- 2) Fezes endurecidas como nozes ou granuladas em mais de 25% das defecações (**Bristol Tipos 1 ou 2**)
- 3) Sensação de **evacuação incompleta** em mais de 25% das defecações
- 4) Sensação de **obstrução/bloqueio anorretal** para evacuação em mais de 25% das defecações
- 5) **Manobras manuais** para facilitar evacuação em mais de 25% das defecações (ex. evacuação digital ou colocar banquinho no chão)
- 6) **Menos de 3 defecações espontâneas** por **semana** (sem uso de laxantes ou manobras)



2 **Fezes amolecidas são raramente presentes sem a utilização de laxantes**

3 **Ausência de critérios suficientes para Síndrome do Intestino Irritável**

- Dor abdominal recorrente** (pelo menos 1x na semana nos **últimos 3 meses**)

Sendo que **essa dor abdominal** precisa estar relacionada com **2 ou mais** dos seguintes critérios:

- Relacionado com a defecação;
- Associada com a mudança do ritmo intestinal (frequência);
- Associada com a mudança na forma do coco (aparência).

C. Parecer substanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: GLICIA DE ABREU TOURINHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65697322.9.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDEC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.948.143

Apresentação do Projeto:

Na introdução e no resumo, a pesquisadora considera:

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

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

Existe associação entre essa disfunção e alterações emocionais e

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

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 374

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br