

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE FEITOSA SALVIANO

**EXPERIÊNCIA DE CRIANÇAS COM SINTOMAS URINÁRIOS E INTESTINAIS:
CONTANDO ESSA HISTÓRIA**

BRASÍLIA (DF)
2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE FEITOSA SALVIANO

**EXPERIÊNCIA DE CRIANÇAS COM SINTOMAS URINÁRIOS E INTESTINAIS:
CONTANDO ESSA HISTÓRIA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processos de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Gisele Martins

BRASÍLIA (DF)
2021

Ficha catalográfica

SS184e Salviano, Cristiane Feitosa
Experiência de crianças com sintomas urinários e
intestinais: contando essa história / Cristiane Feitosa
Salviano; orientador Gisele Martins. -- Brasília, 2021.
179 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2021.

1. Criança. 2. Sintomas do Trato Urinário Inferior. 3.
Constipação Intestinal. 4. Comunicação. 5. História. I.
Martins, Gisele, orient. II. Título.

CRISTIANE FEITOSA SALVIANO

EXPERIÊNCIA DE CRIANÇAS COM SINTOMAS URINÁRIOS E INTESTINAIS:
CONTANDO ESSA HISTÓRIA

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 25 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gisele Martins
Instituição: Universidade de Brasília
Presidente

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira
Instituição: Universidade de Brasília
Membro interno

Profa. Dra. Marla Andréia Garcia de Ávila
Instituição: Universidade Estadual Paulista
Membro externo

Profa. Dra. Edmara Bazoni Soares Maia
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Membro externo

Profa. Dra. Rita de Cássia Melão de Moraes
Instituição: Universidade de Brasília
Membro suplente

*Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, a
minha família, ao meu amor e a todas a
crianças que vivem com sintomas urinários e
intestinais*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me guiar, proteger e conceder sabedoria para trilhar minha jornada pessoal e profissional.

Aos meus pais Almir e Cicera, minha base de vida, que me ensinaram desde sempre a coragem e resiliência para enfrentar os desafios e durante todo o processo sempre se mantiveram presentes.

Ao Pedro, meu esposo, pelo companheirismo, paciência e amor diário, além de sempre apoiar meus sonhos, tornando o caminhar mais leve com sua presença.

À Profa. Dra. Gisele Martins, por todos os anos que estivemos juntas que datam desde o período de minha Graduação. Anos esses repletos de aprendizados e parceria que contribuíram inegavelmente para meu crescimento profissional e pessoal.

Às discentes de iniciação científica, algumas hoje já enfermeiras, Priscilla, Lectícia, Karine, Milena e Lilhian, por contribuírem e fazerem parte da equipe dessa pesquisa.

À Dra. Valdenize Tiziani e demais colegas do Hospital da Criança de Brasília, por sempre me inspirarem e motivarem nessa jornada de investigação científica.

Às crianças, responsáveis e profissionais, que participaram da pesquisa contribuindo e compartilhando generosamente suas percepções.

A todos os mestres que tive contato na minha jornada acadêmica, sendo que, cada qual de seu modo deixou parte de si em mim e na profissional que sou hoje.

Às professoras que aceitaram participar da banca examinadora desta tese.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UnB) da Universidade de Brasília, pela oportunidade de realização do curso de Doutorado em Enfermagem.

A todos, mesmo os aqui não explicitamente citados, que me ajudaram a tornar esta jornada menos árdua, solitária e mais gratificante, meu sincero agradecimento.



“Contar uma história significa levar as mentes no voo da imaginação e trazê-las de volta ao mundo da reflexão”.

(Paulina Chiziane)

RESUMO

SALVIANO, Cristiane Feitosa. Experiência de crianças com sintomas urinários e intestinais: contando essa história. 2021. 179 p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

Introdução: A atuação da enfermagem em Uropediatria requer estratégias de comunicação que apoiem a captação de informações da criança ou que a estimule a expressar seus sintomas urinários e intestinais. O uso de ferramentas de comunicação com abordagem baseada nas artes, que faz uso de imagens, dramatizações e histórias são veículos efetivos de comunicação com o público pediátrico. Portanto, nosso estudo adotou a Teoria de Sintomas Desagradáveis (TSD) para guiar a compreensão ampliada da experiência de sintomas urinários e intestinais de crianças em idade escolar, atendidas em contexto ambulatorial. Assim, espera-se identificar os temas-chave que devem compor uma narrativa sobre experiências de sintomas urinários e intestinais em crianças escolares, de forma que seja possível para a criança o reconhecimento de sua própria história e, nesse espaço de facilitação da narrativa permita a verbalização de sua própria no processo de comunicação com o profissional. **Objetivo:** Desenvolver um protótipo de história digital que traduza a experiência de sintomas urinários e intestinais de crianças com 6 a 12 anos atendidas em contexto ambulatorial, com vistas a auxiliar no processo de comunicação efetiva com os profissionais que atuam na área de urologia pediátrica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem multi-método conduzida em duas fases. A fase 1 foi composta de uma revisão sistemática de métodos mistos e um estudo de método misto, cuja etapa quantitativa consistiu de um estudo retrospectivo do tipo documental por meio da análise de prontuários, e na etapa qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais especialistas, responsáveis e crianças com sintomas urinários e intestinais em idade escolar. A fase 2 consistiu de uma pesquisa metodológica de produção tecnológica, que seguiu as etapas do processo de desenvolvimento de ferramentas de tradução do conhecimento, gerando como produto uma história digital. **Resultados:** A revisão da literatura apontou uma escassez de estudos que abordem a experiência de sintomas urinários e/ou intestinais, sob a perspectiva da criança escolar. Os 15 estudos que compuseram a amostra da revisão apontaram os impactos psicossociais advindos dos sintomas. Os dados qualitativos e quantitativos triangulados evidenciaram os elementos que compõem a TSD. Os dados obtidos na fase 1 fundamentaram a estrutura da história digital “Malu conta sua história”, protagonizada por Malu e Roberto. Os personagens buscam retratar as experiências captadas na primeira fase da pesquisa a fim de que as crianças espectadoras da história consigam se sentir representadas pela

história de Malu. **Conclusões:** Os sintomas urinários e intestinais afetam a criança em múltiplas dimensões, impactando negativamente nas performances cognitivas e sociais. O produto tecnológico advindo do modelo adaptado da TSD pode ser considerado como uma ferramenta de tradução do conhecimento, pois sintetizou as evidências no formato de uma história digital. Desse modo, a história digital desenvolvida se mostra como uma ferramenta promissora para mediar a comunicação com a criança que vivencia esses sintomas e para uso em contexto ambulatorial, pois visa uma autoanálise da criança a respeito de sua próxima experiência de sintomas, tornando-a ativa no processo de (auto)cuidado, e possivelmente ajudará a alcançar melhores resultados terapêuticos.

Descritores: Criança, Sintomas do Trato Urinário Inferior, Constipação Intestinal, Comunicação, História, Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

SALVIANO, Cristiane Feitosa. Experience of children with urinary and bowel symptoms: telling this story. 2021. 179 p. Thesis (Doctorate) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

Introduction: The role of nursing in Uropediatrics requires communication strategies that support the capture of information from the child or that encourages them to express their urinary and intestinal symptoms. The use of communication tools with an arts-based approach, which makes use of images, dramatizations and stories are effective vehicles of communication with the pediatric audience. Therefore, our study adopted the Theory of Unpleasant Symptoms (TUS) to guide the expanded understanding of the experience of urinary and intestinal symptoms of school-age children treated in an outpatient setting. Thus, it is expected to identify the key themes that should compose a narrative about the experiences of urinary and intestinal symptoms in school children, so that it is possible for the child to recognize their own history and, in this space of narrative facilitation, allow the verbalization of their own in the process of communication with the professional. **Objective:** To develop a digital history prototype that translates the experience of urinary and intestinal symptoms of children aged 6 to 12 years treated in an outpatient setting, to assist in the process of effective communication with professionals working in the field of pediatric urology. **Method:** This is applied research, with a multi-method approach conducted in two phases. Phase 1 consisted of a systematic review of mixed methods and a mixed method study, whose quantitative stage consisted of a retrospective documentary study through the analysis of medical records, and in the qualitative stage, semi-structured interviews were conducted with specialist professionals, responsible and school-age children with urinary and bowel symptoms. Phase 2 consisted of methodological research on technological production, which followed the stages of the process of developing knowledge translation tools, generating a digital story as a product. **Results:** The literature review pointed out a scarcity of studies that address the experience of urinary and/or intestinal symptoms, from the perspective of schoolchildren. The 15 studies that made up the review sample pointed out the psychosocial impacts arising from the symptoms. The triangulated qualitative and quantitative data showed the elements that make up the TUS. The data obtained in phase 1 substantiated the structure of the digital story “Malu tells her story”, starred by Malu and Roberto. The characters seek to portray the experiences captured in the first phase of the research so that the children who are spectators in the story can feel represented by the story of Malu. **Conclusions:** Urinary and intestinal symptoms affect children in multiple dimensions,

negatively impacting cognitive and social performance. The technological product arising from the adapted TUS model can be considered as a knowledge translation tool, as it synthesized the evidence in the format of a digital story. Thus, the digital history developed is a promising tool to mediate communication with the child who experiences these symptoms and for use in an outpatient context, as it aims at the child's self-analysis regarding their next experience of symptoms, making them active in the process of (self) care, and possibly will help to achieve better therapeutic results.

Descriptors: Child, Lower Urinary Tract Symptoms, Constipation, Communication, History, Pediatric Nursing.

RESUMEN

SALVIANO, Cristiane Feitosa. Experiencia de niños con síntomas urinarios e intestinales: contando esta historia. 2021. 179 p. Thesis (Doctorate) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

Introducción: El papel de la enfermería en Uropediatria requiere de estrategias de comunicación que apoyen la captación de información del niño o que lo estimulen a expresar sus síntomas urinarios e intestinales. El uso de herramientas de comunicación con enfoque artístico, que hace uso de imágenes, dramatizaciones e historias son vehículos efectivos de comunicación con la audiencia pediátrica. Por lo tanto, nuestro estudio adoptó la Teoría de los síntomas desagradables (TSD) para guiar la comprensión ampliada de la experiencia de los síntomas urinarios e intestinales de los niños en edad escolar tratados de forma ambulatoria. Así, se espera identificar los temas clave que deben componer una narrativa sobre las vivencias de síntomas urinarios e intestinales en escolares, de manera que sea posible que el niño reconozca su propia historia y, en este espacio de facilitación narrativa, permita la verbalización de los propios en el proceso de comunicación con el profesional. **Objetivo:** Desarrollar un prototipo de historia digital que traduzca la experiencia de los síntomas urinarios e intestinales de niños de 6 a 12 años tratados de forma ambulatoria, con el fin de ayudar en el proceso de comunicación efectiva con los profesionales que trabajan en el campo de la urología pediátrica. **Método:** Se trata de una investigación aplicada, con un enfoque multimétodo realizado en dos fases. La Fase 1 consistió en una revisión sistemática de métodos mixtos y un estudio de método mixto, cuya etapa cuantitativa consistió en un estudio documental retrospectivo a través del análisis de historias clínicas, y en la etapa cualitativa se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales especialistas, responsables y niños en edad escolar con síntomas urinarios e intestinales. La Fase 2 consistió en una investigación metodológica sobre producción tecnológica, que siguió las etapas del proceso de desarrollo de herramientas de traducción del conocimiento, generando una historia digital como producto. **Resultados:** La revisión de la literatura señaló una escasez de estudios que aborden la vivencia de los síntomas urinarios y / o intestinales, desde la perspectiva de los escolares. Los 15 estudios que componen la muestra de revisión señalaron los impactos psicosociales derivados de los síntomas. Los datos cualitativos y cuantitativos triangulados mostraron los elementos que componen el TSD. Los datos obtenidos en la fase 1 corroboraron la estructura de la historia digital “Malu cuenta su historia”, protagonizada por Malu y Roberto. Los personajes buscan retratar las vivencias captadas en la primera fase de la investigación para que los niños espectadores del cuento se

sientan representados por la historia de Malu. **Conclusiones:** Los síntomas urinarios e intestinales afectan a los niños en múltiples dimensiones, impactando negativamente en el desempeño cognitivo y social. El producto tecnológico que surge del modelo TSD adaptado puede considerarse como una herramienta de traducción del conocimiento, ya que sintetiza la evidencia en el formato de una historia digital. Por lo tanto, la historia digital desarrollada es una herramienta prometedora para mediar la comunicación con el niño que experimenta estos síntomas y para su uso en un contexto ambulatorio, ya que tiene como objetivo el autoanálisis del niño con respecto a su próxima experiencia de síntomas, haciéndolo activo en el proceso. del (auto) cuidado, y posiblemente ayudará a lograr mejores resultados terapéuticos.

Descriptores: Niño, Síntomas del Tracto Urinario Inferior, Estreñimiento, Comunicación, Historia, Enfermería Pediátrica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica da Teoria dos Sintomas Desagradáveis.	31
Figura 2. Esquema gráfico do processo do conhecimento à ação.....	39
Figura 3. Representação gráfica das etapas do estudo multi-método.....	48
Figura 4. Bonecos usados na interação com crianças durante as entrevistas.	52
Figura 5. Expressões das emoções utilizadas durante as entrevistas com as crianças.	53
Figura 6. Imagens representativas da Escola e do Hospital utilizadas nas entrevistas com as crianças	54
Figura 7. Representação gráfica das etapas do desenvolvimento do protótipo de história digital.....	56
Figura 8. Modelo de storyboard utilizado no planejamento do vídeo.	58
Figura 9. Ilustração da ferramenta de criação de imagens para storyboard.	59
Figura 10. Ilustração do aplicativo Animaker.	60
Figura 11. Sentimentos e emoções vivenciados por crianças com sintomas urinários ou intestinais. .	67
Figura 12. Distribuição dos casos de acordo com o diagnóstico final da amostra (n = 69).....	69
Figura 13. Distribuição dos participantes da pesquisa por idade em anos e sexo (n = 69).....	70
Figura 14. Árvore temática do processo de análise de dados.	75
Figura 15. Escolhas realizada duas crianças participantes para expressar seus sentimentos com relação aos sintomas urinários e intestinais.	79
Figura 16. Participante C4, 7 anos, faz um desenho representando a si mesma.....	80
Figura 17. Participante C5, 12 anos, faz um desenho representando a si mesma.....	80
Figura 18. Pontos de convergências entre as percepções dos três grupos de entrevistados.....	86
Figura 19. Grupo de personagens da história digital.	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Etapas de edição e produção do vídeo animado.	60
Quadro 2. Amostra final de artigos da revisão sistemática de métodos mistos.	64
Quadro 3. Termos e expressões utilizados pelas crianças para descrever sintomas urinários e intestinais.	76
Quadro 4. Aplicação dos dados da fase 1 no roteiro da história.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência de sinais e sintomas que acometem crianças atendidas em ambulatório especializado de enfermagem (n= 69).	70
Tabela 2. Distribuição dos STUI mais prevalentes, segundo sexo de crianças com disfunção vesical e intestinal, atendidas em ambulatório especializado de enfermagem.	71
Tabela 3. Correlação entre número de sintomas de STUI e sexo das crianças com disfunção vesical e intestinal, atendidas em ambulatório especializado de enfermagem.	72
Tabela 4. Prevalência de outras condições que acometem crianças com sintomas urinários e/ou intestinais, registrado em prontuários.	72

LISTA DE SIGLAS

CBBDQ	<i>Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire</i>
CIF	Constipação Intestinal Funcional
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
DF	Distrito Federal
DTUI	Disfunção de Trato Urinário Inferior
DVI	Disfunção vesical e intestinal
DVSS	<i>Dysfunctional Voiding Symptom Score</i>
EMBASE	<i>Excerpta Medica dataBASE</i>
ENTREQ	<i>Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Analysis and Retrieval System Online</i>
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PsycINFO	<i>American Psychological Association</i>
QV	Qualidade de vida
STUI	Sintomas do Trato Urinário Inferior
TSD	Teoria dos sintomas desagradáveis
UE	Uroterapia Específica
UP	Uroterapia Padrão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO	24
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
2.1 Sintomas urinários e intestinais na infância.....	28
2.2 Teoria dos Sintomas Desagradáveis	31
2.3 Processo de comunicação com a criança.....	34
2.3.1 Abordagem baseada nas artes	36
2.3.2 Referencial de Tradução do Conhecimento	38
2.3.3 Contação Digital de Histórias - Digital Storytelling	41
3 OBJETIVOS.....	46
3.1 Objetivo Geral:	46
3.2 Objetivos específicos:.....	46
4 MÉTODOS	48
4.1. FASE 1	49
4.1.1 Revisão Sistemática de Métodos Mistos	49
4.1.2 Estudo de Método Misto	50
4.2 FASE 2	55
4.2.1 Triangulação dos dados da fase 1.....	55
4.2.2 Desenvolvimento da História Digital (Digital Storytelling) como ferramenta de tradução do conhecimento.....	56
5 RESULTADOS.....	63
5.1 Fase 1 – Revisão da literatura.....	63
5.2 Fase 1 – Etapa quantitativa.....	69
5.3 Fase 1 - Etapa qualitativa.....	74
5.4 Fase 2 – Triangulação dos dados	85
5.5 Fase 2 – Desenvolvimento da história digital	87
5.5.1 Construção do Enredo	87
5.5.2 Storyboard e produção da animação	93
6 DISCUSSÃO.....	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
9 APÊNDICES	121
9.1 Apêndice 1 – Roteiro para coleta de dados / estudo retrospectivo	121

9.2	Apêndice 2 – Entrevista direcionada aos responsáveis legais das crianças com sintomas urinários e/ou intestinais	123
9.3	Apêndice 3 – Entrevista direcionada aos profissionais especialistas/experts atendem crianças.....	124
9.4	Apêndice 4 – Entrevista direcionada as crianças.....	125
9.5	Apêndice 5 – Versão do roteiro da história digital	126
9.6	Apêndice 6 – Storyboard.....	132
9.7	Apêndice 7 – Diretrizes para a utilização do protótipo de história digital sobre a experiência de sintomas urinários e intestinais em crianças escolares	145
10	<i>ANEXOS</i>	148
10.1	Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	148
10.2	Anexo 2 – Artigo publicado com dados da fase 1.....	152
10.3	Anexo 3 – Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versão traduzida para o português	161
10.4	Anexo 4 – Artigo aprovado pela Revista Cogitare enfermagem com dados da fase 1 – eixo quantitativo.	162

Apresentação 

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória acadêmica dentro da prática avançada de enfermagem em uropediatria se iniciou ainda no decorrer de minha graduação em enfermagem na Universidade de Brasília, onde nos últimos semestres do curso tive a oportunidade de trabalhar em uma revisão da literatura dentro da temática de urologia pediátrica e me apaixonar. Ao final desse ciclo profissional, trabalhei em conjunto com minha orientadora, Profa. Dra. Gisele Martins, na abertura de um ambulatório especializado de enfermagem, localizado no Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB/UnB) e pude perceber o quanto o enfermeiro exercia uma função autônoma e voltada para as necessidades da criança e família.

Frente a esse desafio, compreendi que para atender a criança dentro dessa especialidade e em uma perspectiva de prática avançada de enfermagem, eu precisaria me aperfeiçoar tanto na dimensão assistencial quanto acadêmica. Desse modo, realizei de forma simultânea uma especialização em nefrologia e urologia pelo Hospital Albert Einstein em São Paulo e o mestrado acadêmico no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Estudei e trabalhei, no decorrer do mestrado, com crianças em idade escolar com sintomas do trato urinário inferior dentro do ambiente escolar. Objetivou-se nesse estudo determinar a prevalência e os fatores associados aos sintomas do trato urinário inferior (STUI) em escolares, especificamente dentro da faixa etária de 6 a 12 anos, matriculados em escolas públicas e particulares da Região Administrativa do Riacho Fundo (DF). A partir dos resultados encontrados, foi possível perceber que houve um bom nível de concordância entre os relatos verbais de sintomas captados da criança quando comparado ao relato dos responsáveis.

A criança se apresentou, portanto, como uma fonte confiável de informações a respeito dos sintomas urinários que vivenciava. E mesmo com esse achado percebi, em minha vivência profissional como enfermeira assistencial em hospital pediátrico terciário no DF, que a comunicação com a criança é um desafio para diversos especialistas. Isso porque não há uma capacitação específica durante o processo de formação profissional que aborde estratégias práticas de comunicação em pediatria, considerando o nível desenvolvimental, linguístico e cognitivo infantil.

Além da carência de capacitação, é comum discursos que não há tempo suficiente na rotina de trabalho para despender em conversas com a criança e que normalmente há uma

preferência pela própria criança que os responsáveis relatem sobre o seu estado de saúde. Dentro desse contexto, e considerando que a tradução do conhecimento em saúde para uma linguagem apropriada ao público infantil requer experiência e estudos específicos é que surgiu a ideia de se desenvolver uma ferramenta de comunicação para mediar o autorrelato da criança durante atendimentos ambulatoriais em urologia pediátrica e torná-la, assim, protagonista do seu cuidado.

Essa tese de doutoramento leva, portanto, consigo o desafio de buscar elementos baseados em evidências científicas para compor uma ferramenta que estimule a criança a ter voz ativa no seu processo de autocuidado mediado pelo apoio e manejo familiar. Como pano de fundo desse processo de construção dessa ferramenta está um pouco da minha trajetória como enfermeira pediatra e especialista em nefrologia e urologia, que sempre amou uma boa conversa com uma criança e que acredita que ela tem muito a dizer sobre si e sua saúde.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Proporcionar autonomia e voz para a criança em seu atendimento de saúde, independentemente do nível de complexidade, tem sido considerado como um desafio na pediatria. É notório que apenas uma pequena parcela dos profissionais valoriza o protagonismo infantil. Em diversos casos, a interação se limita a distrações com brinquedos no decorrer do exame físico e os questionamentos são direcionados para os adultos, excluindo-se a criança da interação com o profissional(KOHLSDORF; COSTA-JUNIOR, 2013). No entanto, esse tipo de conduta que posiciona a criança em um papel secundário também é fomentado pelos responsáveis, que tendem a tomar a frente nos momentos de fala e/ou interrompem conversas entre profissional e a criança (QUAYE *et al.*, 2019).

Quaye e demais pesquisadores(2019) salientam em seu estudo que dentro da tríade de interação responsáveis-criança-profissional há comportamentos e ações que afetam as habilidades da criança de participar ativamente no cuidado, sendo “altamente dependente das ações dos pais e profissionais de saúde” (p.9). Esses pesquisadores afirmam a importância de se quebrar esse bloqueio interacional que a criança frequentemente vivencia e assim, proporcionar a ela a oportunidade de expressar sua experiência de sintomas e problemas relacionados.

Considerando o papel dos profissionais no processo comunicação, propor estratégias adequadas ao nível de desenvolvimento cognitivo e linguístico da criança é um dos caminhos a se seguir. Segundo a Teoria Piagetiana, cada fase na infância apresenta um desenvolvimento neurológico e cognitivo específico; crianças em idade escolar, por exemplo, tem dificuldade de compreensão de conceitos abstratos, como cronologia de eventos e mensuração de volume (SCOTT; COGBURN, 2018). O que nos leva a pensar que para essa faixa etária, as estratégias de comunicação devem favorecer visualização concentra de objetos e situações, almejando-se a compreensão da criança sobre o contexto que está inserida e de termos médicos que precisam ser discutidos.

Diversas ferramentas se alinham com esse propósito, a exemplo estão: jogos, dramatização, desenhos, fantoches, histórias digitais ou não, resumidamente, técnicas que se estruturam na abordagem baseada nas artes (DRIESSNACK; FURUKAWA, 2012; SIEDLIKOWSKI; RAUCH; TSIMICALIS, 2020; SPARAPANI *et al.*, 2019; SPOSITO *et al.*, 2013). Dentre essas, as histórias digitais proporcionam à criança ver e ouvir narrativas que construam e resgatem conceitos concretos mentalmente, adequando-se para crianças maiores

de 6 anos.

A área de urologia pediátrica enfrenta igualmente dificuldades de comunicação com a criança, especialmente no que diz respeito à detecção dos sintomas urinários e intestinais, ou seja, às queixas/problemas relativos à continência e aos hábitos de eliminação da criança. O enfermeiro, como membro da equipe de urologia pediátrica, realiza a avaliação dos sintomas e em diversas ocasiões. Os responsáveis quando questionados não sabem reportar tais informações (em especial se a criança já realizou o desfralde e se já tornou independente, não comunicando mais suas idas ao toalete para os cuidadores) ou são pouco confiáveis devido à necessidade de evocar a memória de eventos diários, que por vezes são esquecidos e vistos como “automáticos”.

Sabe-se que tanto as informações captadas por instrumentos validados com os responsáveis, quanto as obtidas pela criança são confiáveis (SILAY *et al.*, 2013). Todavia, não é possível garantir que as queixas reportadas pelos responsáveis são priorizadas de acordo com as necessidades da criança (NEWCOMB, 2010). E é pensando nesse desafio de comunicação na urologia pediátrica e no direito à informação de saúde da criança tanto em uma linguagem compreensível, quanto em um ambiente que favoreça a escuta qualificada do relato da experiência de sintomas urinários e intestinais, dúvidas e inquietações. Nesse contexto é que nasceu a ideia dessa tese de doutoramento.

Minha primeira experiência com base na capacidade de crianças escolares de reportar seus sintomas urinários e intestinais foi durante a minha jornada de mestrado, onde ao comparar a captação do relato de sintomas pela criança com os dados advindos de seus responsáveis houve um bom percentual de concordância (coeficiente de correlação intraclasse de 0,66). Desse modo, fica evidente a validade do relato direto de quem estava experienciando os sintomas (SALVIANO, 2014).

Portanto, minha tese tem como produto a criação de uma história digital baseada na experiência de sintomas urinários e intestinais de crianças em idade escolar com o propósito de apoiar a expressão verbal de sintomas urinários e intestinais pelas crianças, atendidas em contexto ambulatorial. Ao considerar que histórias configuram uma forma de comunicação, baseada numa linguagem amplamente compreendida por crianças, além de minimizar estigmas, vergonha e ainda atuar nos neurônios-espelhos cerebrais, permitindo uma identificação com o tema discutido no enredo (PALACIOS; TERENCEZZO, 2016). Entende-se que a história digital

é uma forma de comunicação que permite traduzir a experiência desses sintomas para outras crianças e famílias.

No decorrer dessa tese será discutido o processo de construção de uma história digital pautada na experiência de sintomas urinários e intestinais, para um público de crianças em idade escolar. Dois grandes momentos podem ser identificados: 1. Compreensão da experiência de sintomas – um olhar para as evidências; 2. Sintetizando o conhecimento em uma história digital – ferramenta de tradução do conhecimento baseada nas artes.

Na primeira etapa, além da própria criança, outros participantes-chaves foram incluídos no processo de desenvolvimento da ferramenta de comunicação: responsáveis das crianças com sintomas urinários e intestinais e profissionais de saúde especialistas que trabalham com essa população. A participação dos familiares favoreceu a captação de informações importantes que nem sempre a criança consegue ou se sente à vontade de relatar, mas que no convívio familiar são reportados. Mesmo sabendo que, por vezes pode haver diferença na percepção dos responsáveis sobre os sintomas da criança, em especial na dimensão psicológica (ZHUKOVSKY *et al.*, 2015), o relato dos cuidadores ainda é uma fonte *proxy* de informação confiável para o público infantil (NOEL *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde especialistas também são fontes importantes para a compreensão do fenômeno da experiência de sintomas na criança com sintomas urinários e intestinais. Durante seus atendimentos, é possível captar pela criança ou por seus responsáveis os sintomas e os impactos deles na família como um todo. Newcomb (2010) aponta que a teoria de manejo dos sintomas aplicada ao contexto pediátrico, sinalizando que na maior parte dos casos, tanto o profissional de saúde quanto os responsáveis conseguem inferir sintomas e experiências baseados nos comportamentos da criança.

Ante o exposto, e baseando-se na percepção da criança, dos responsáveis e profissionais especialistas, a presente pesquisa visou desenvolver uma ferramenta de comunicação (no formato de história digital) que traduza a experiência de sintomas de urinários e intestinais em crianças de 6 a 12 anos, de forma que seja possível para a criança o reconhecimento de sua própria história e, nesse espaço de facilitação da narrativa permita a expressão/verbalização de sua própria no processo de comunicação com o profissional. Contribuindo para a construção de uma base conhecimento na área de Enfermagem em Urologia Pediátrica (especialmente, como um material a ser utilizado por enfermeiros especialistas).

Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sintomas urinários e intestinais na infância

O acometimento dos sistemas geniturinário e intestinal na infância advém de alterações neurológicas e não-neurológicas. As mielodisplasias (espinha bífida, mielomeningocele, dentre outras) são exemplos de condições clínicas que podem causar bexiga e intestino neurogênicos na infância (STEIN *et al.*, 2020). Enquanto que a Disfunção de Trato Urinário Inferior (DTUI) é representada pelos Sintomas do Trato Urinário inferior (STUI) (AUSTIN *et al.*, 2016).

Segundo a Sociedade Internacional de Continência Infantil, os STUI são classificados de acordo com a fase do ciclo miccional – sintomas de armazenamento e esvaziamento. A exemplo de STUI, estão as incontinências diurnas e noturna, a urgência miccional, o aumento ou a diminuição da frequência urinária, disúria e as manobras de contenção (AUSTIN *et al.*, 2016).

É comum a ocorrência concomitante de STUI e Constipação Intestinal Funcional (CIF) na infância, e, no geral, justifica-se essa ocorrência pela íntima relação dos sistemas urinário e intestinal tanto neurológica quanto embriologicamente (MOURIQUAND; RINK; GEARHART, 2010). Em 2016, a Sociedade Internacional de Continência Infantil evoluiu na classificação desses sintomas na pediatria, e nessa oportunidade foi designado o termo Disfunção Vesical e Intestinal (DVI) para crianças que tivessem pelo menos 5 anos de idade ou que tivessem sido treinadas para o uso do toalete, e apresentassem pelo menos um dos STUI e a CIF concomitantemente (AUSTIN *et al.*, 2016). A DVI é uma condição clínica ainda subdiagnosticada (DOS SANTOS; LOPES; KOYLE, 2017).

Em termos epidemiológicos, a DVI é mais prevalente em crianças na idade escolar, como apontado por estudo conduzido na China com crianças de 4 a 10 anos que identificou uma prevalência de 4,02% de DVI, sendo que os casos diminuem (de 6.19% aos 4 anos para 1.96% aos 10) com o aumento da idade (XU *et al.*, 2021), sinalizando para uma maior tendência em crianças escolares mais jovens. Outro estudo com 441 mães de crianças brasileiras de 9.1±2.7 anos identificou 11.6% das crianças com DVI, ao passo que 7.9% tinha apenas CIF e 31.5% apresentavam STUI (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A CIF inclui sintomas de dificuldade evacuatória ou retenção fecal e é diagnosticada por meio dos critérios de Roma IV (SOBRADO *et al.*, 2018). A criança com diagnóstico confirmado de CIF possui pelo menos duas alterações clínicas em um mês, tais como baixa

frequência evacuatória, dor ao evacuar, fezes com aspecto endurecido, manobras de desimpactação fecal, por exemplo (AZIZ *et al.*, 2020).

Epidemiologicamente falando, a ocorrência de DVI possui uma prevalência menor do que os sintomas de forma isolada. Contudo, um estudo com 441 mães e crianças brasileiras identificou 11.6% das crianças com DVI, ao passo que 7.9% tinha apenas CIF e 31.5% apresentavam STUI (RIBEIRO *et al.*, 2020). Os dados se assemelham a outros estudos internacionais sobre disfunções gastrointestinais em crianças e adolescentes, onde a CIF foi identificada em 12.9% das crianças (LEWIS *et al.*, 2016). Em contrapartida, os dados de sintomas urinários na literatura mostram uma variabilidade nos percentuais de prevalência: 9.3% (YÜKSEL *et al.*, 2014), 10-15% (ARGIBAY *et al.*, 2019), 21.8% (VAZ, 2009), 23-26% (SALVIANO, 2014).

A investigação desses sintomas pela equipe de urologia pediátrica acontece por meio de relato subjetivo, associado ou não a outras estratégias de avaliação diagnóstica tais como instrumentos validados que medem a severidade dos sintomas como o *Dysfunctional Voiding Symptom Score – DVSS* (FARHAT *et al.*, 2000), o questionário de Vancouver que avalia a Síndrome da Eliminação Disfuncional (AFSHAR *et al.*, 2009), o *Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire – CBBDQ* (LONKHUYZEN *et al.*, 2017), bem como diários de eliminações de pelo menos dois dias, realização de urofluxometrias e medidas de volume urinário residual por ultrassom (AUSTIN *et al.*, 2016).

Os sintomas de DVI impactam negativamente a criança e a sua família nas mais diversas dimensões. Observa-se mudanças na rotina familiar vinculadas à necessidade de esconder os episódios de perda urinária, além das modificações alimentares e de hábitos regulares de eliminação decorrentes de intervenções de uroterapia padrão (OLIVEIRA; SALVIANO; MARTINS, 2018). Além disso, a revisão da literatura tem mostrado que a ocorrência dos sintomas afeta negativamente a Qualidade de Vida (QV) da criança, e tende a piorar com a idade, presença de CIF ou de DVI (COLLIS; KENNEDY-BEHR; KEARNEY, 2019). Dessa forma, o tratamento precoce é fundamental para minimizar os impactos na QV e as repercussões psicossociais negativas encontrados em crianças com sintomas urinários e intestinais como depressão, ansiedade, raiva, culpa dentre outros (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020).

A uroterapia padrão (UP) é o tratamento de primeira linha, de cunho conservador e não-invasivo para os STUI e engloba 5 componentes: informação e desmistificação, instrução, modificações de estilo de vida, registro dos sintomas e de hábitos de eliminação, suporte e encorajamento da criança e família (NIEUWHOF-LEPPINK *et al.*, 2021). Revisão sistemática sobre estudos clínicos com essa modalidade terapêutica mostrou uma média de resolução dos

sintomas de 39.5% dos casos de incontinências urinárias diurna e 28.5% noturna, 35.5% de urgência, 43% de constipação, 21% de incontinência fecal e 40.4% infecções do trato urinário (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019).

As mudanças propostas pela UP afetam a família como um todo e requer esforço da criança, particularmente no que tange a alimentação e as restrições relativas aos alimentos potencialmente irritantes vesicais tais como cítricos, achocolatados, cafeinados, carbonatados, entre outros (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019; MILLER *et al.*, 2016). Desse modo, tanto a colaboração dos membros da família é fundamental para a adesão terapêutica, quanto a motivação da criança para o manejo de seus sintomas, isto quer dizer que as intervenções devem se alinhar com os anseios da criança sobre sua própria condição de saúde (NEWCOMB, 2010).

Assim como a família, a escola atua ativamente na implementação das intervenções delineadas na UP. A exemplo disso estão as comunicações diretas com professores e coordenadores para garantir acesso livre a toalete e ingestão de líquidos (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018). De modo que se evidencia a congruência entre saúde e educação no atendimento de crianças que apresentam sintomas urinários e intestinais, e ainda ressalta a possibilidade de uma avaliação conjunta das equipes de Saúde e da Educação, com a participação da família e/ou responsáveis, com o foco no desenvolvimento integral da criança por meio trocas de saberes, de informações e corresponsabilidades. Princípios que no Brasil são trabalhados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015) e desdobrados em ações do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007).

Intervenções de uroterapia específica (UE) também podem fazer parte do plano terapêutico para crianças com DVI. Dentre elas incluem ações direcionadas para a musculatura do assoalho pélvico como o *biofeedback*, a neuromodulação e exercícios físicos (NIEUWHOF-LEPPINK *et al.*, 2021). No público pediátrico, a técnica tem sido aplicada em crianças com condições refratárias ao tratamento com UP e em crianças que apresentam alterações eletromiográficas em fase miccional, nesse cenário, 31% alcançaram sucesso e os demais apresentaram melhoras nos escores de instrumentos de avaliação de sintomas pré e pós intervenção (TAYLOR *et al.*, 2019).

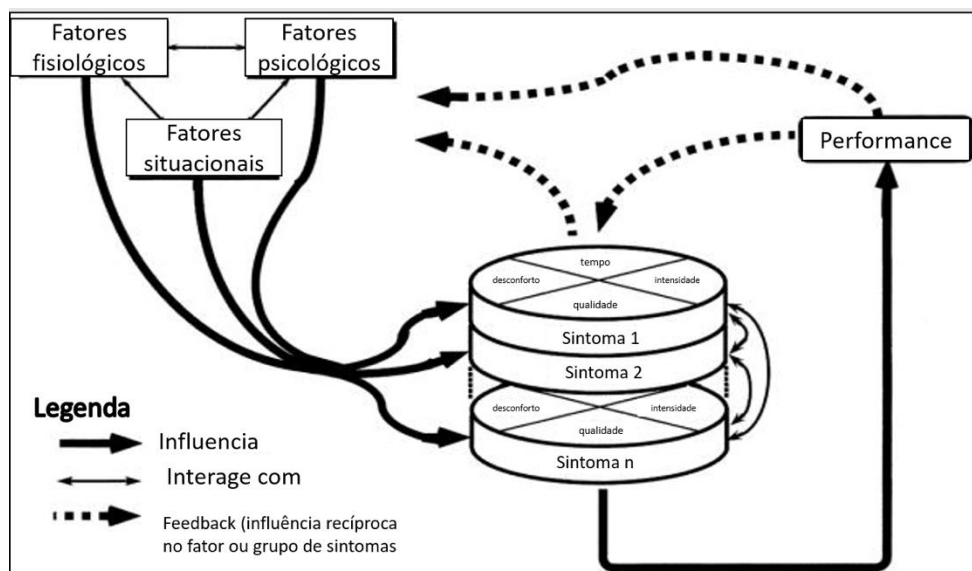
Considerando-se os elementos que levam ao sucesso do tratamento com uroterapia, fica evidente a necessidade de uma compreensão mais ampliada da percepção da criança e família sobre os fatores contribuintes e desencadeadores dos sintomas, assim como as repercussões individuais ocasionadas. Portanto, a teoria dos sintomas desagradáveis se baseia nesses aspectos e por isso é empregada nessa pesquisa como fio condutor teórico.

2.2 Teoria dos Sintomas Desagradáveis

A Teoria dos Sintomas Desagradáveis (TSD), do inglês *Theory of Unpleasant Symptoms*, é classificada como de médio-alcance e sua primeira versão data de 1995 (LENZ *et al.*, 1995). Nos dois anos subsequentes passou por um processo de atualização e aprimoramento, o qual ampliou o olhar do fenômeno para a ocorrência de múltiplos sintomas, incluindo fatores que os influenciam e as consequências oriundas da experiência de sintomas (LENZ *et al.*, 1997). Portanto, a teoria passou de uma perspectiva linear para um modelo interativo.

A figura 1 representa graficamente a interatividade proposta na nova versão da teoria (LENZ *et al.*, 1997). Desse modo, identificam-se três elementos-chave que a compõem: os sintomas, os fatores influenciadores (fisiológicos, psicológicos e situacionais) e as consequências na performance do indivíduo que vive a experiência de sintomas.

Figura 1. Representação gráfica da Teoria dos Sintomas Desagradáveis.



Fonte: versão traduzida de Lenz *et al* (1997).

As teoristas apontam que os sintomas podem acontecer de forma isolada ou simultânea, e que nessa última possibilidade há indicativos de que um sintoma pode afetar o outro e não de um modo apenas aditivo, mas sim multiplicativo (LENZ *et al.*, 1997). Além disso, de forma mais detalhada, as teoristas compilam as características comumente percebidas nos sintomas (intensidade, duração, qualidade e desconforto).

A caracterização detalhada do sintoma oferece ao profissional de saúde uma visualização do ponto de vista orgânico, fisiológico e sensorial. Dentre os elementos que descrevem os sintomas, à luz da teoria, a **intensidade** e **duração** são definidos respectivamente como: “severidade, força ou quantidade experienciada do sintoma” (LENZ *et al.*, 1997, p. 15). e dimensão de tempo que inclui a temporalidade de ocorrência, frequência e surgimento no decorrer de atividades específicas, por exemplo: episódio de dor durante pequenas caminhadas.

Quanto às outras duas dimensões: **desconforto** e **qualidade**, os conceitos também são detalhados na teoria. Desconforto se refere ao grau de incômodo trazido pelo sintoma, considerando, desse modo, como é interpretada a experiência do sintoma para o indivíduo, indicando o significado atribuído a ele (LENZ *et al.*, 1997). Por outro lado, a qualidade remete à percepção sensorial do sintoma, como as descrições de tipo de dor que a configuram como pulsátil, latejante, em queimação, dentre outras (LENZ *et al.*, 1997).

Na prática, observa-se uma lacuna de instrumentos de autorrelato de sintomas pediátricos que captem essas quatro dimensões. Revisão sistemática da literatura identificou 29 ferramentas que mensuram a experiência de sintomas, a maioria avalia sintomas isolados, sendo apenas 7 que olharam para a ocorrência de sintomas simultâneos (VON SADOVSZKY *et al.*, 2018). Essa revisão mostrou ainda que nenhum dos instrumentos conseguem avaliar todas as dimensões da TSD, houve, porém, a predominância de captação de apenas uma delas (VON SADOVSZKY *et al.*, 2018). Fato que traduz a carência de ferramentas para o público pediátrico no escopo da captação da experiência de sintomas em sua complexidade.

No âmbito da urologia pediátrica, alguns instrumentos captam os sintomas de forma isolada, buscando a compreensão da ocorrência deles na ótica da criança nos quesitos de frequência e severidade, em especial. São exemplos de instrumentos que captam múltiplos sintomas: o *Dysfunctional Voiding Symptom Score* – DVSS (FARHAT *et al.*, 2000), o questionário de Vancouver que avalia a Síndrome da Eliminação Disfuncional (AFSHAR *et al.*, 2009), o *Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire* – CBBDQ (LONKHUYZEN *et al.*, 2017).

Ainda sobre os elementos-chave da teoria, é importante definir os fatores influenciadores (fisiológicos, psicológicos e situacionais). Os **fatores fisiológicos** incluem alterações no funcionamento de sistemas corporais, disfunções, traumas entre outras situações que levam ao desequilíbrio fisiológico (LENZ *et al.*, 2013; LENZ *et al.*, 1997). Em contrapartida, os **psicológicos** refletem desordens no estado mental, de humor ou afetivas que

interferem diretamente na percepção dos sintomas, por exemplo, situações de depressão e estresse (LENZ *et al.*, 2013; LENZ *et al.*, 1997). O fator **situacional**, adicionalmente, inclui os ambientes sociais e físicos que permeiam o indivíduo como influenciadores da experiência de sintomas. São exemplos desse grupo: características sociodemográficas, elementos ambientais, as relações sociais, a família, a rede de apoio, acesso aos serviços de saúde e às mais diversas dimensões da promoção de saúde (LENZ *et al.*, 2013; LENZ *et al.*, 1997)

Os fatores são vistos como influenciadores e responsáveis pela variabilidade de respostas individuais da experiência de sintomas, mesmo quando um grupo de pessoas vivenciam os mesmos sintomas há uma diferença na percepção de experiência porque os fatores que influenciam cada um são únicos (LOPES-JÚNIOR *et al.*, 2015). Estudo no Irã sobre os preditores de dor em pós-operatório de crianças e adolescentes, por exemplo, utilizou as definições de fatores influenciadores da TSD para identificar os pontos-chave que podem ser considerados no desenvolvimento de estratégias de manejo desse sintoma (GHOLAMI *et al.*, 2020).

O terceiro componente macro dessa teoria ressalta que os sintomas vivenciados resultam em efeitos ou desfechos na **performance** individual, podendo comprometer capacidades físicas e cognitivas, e assim, afetar a execução de papéis sociais, atividades de vida diárias, entre outras, sendo que as medidas de QV podem representar uma forma de avaliação dessa dimensão da experiência de sintomas (LENZ *et al.*, 2013; LENZ *et al.*, 1997).

A correlação entre QV relacionada à saúde e a experiência de sintomas pôde ser identificada em estudo realizado com adolescentes submetidos a quimioterapia em decorrência de alterações hematológicas, o qual apontou uma correlação significativa entre a ocorrência de sintomas (perda dos cabelos, dificuldade para dormir e se sentir triste) e a redução da QV do adolescente em tratamento quimioterápico (SAMANTARATH *et al.*, 2018). A mesma correlação foi percebida em estudo com adultos que sofriam de tosse crônica, os resultados mostraram que sintomas psicológicos e a tosse vivenciada pelos participantes afetam diretamente a QV, com isso, a resolução dos sintomas resultou em melhora da QV (FRENCH *et al.*, 2017).

Na urologia pediátrica, essa conclusão também é apontada. Revisão da literatura mostrou que a ocorrência dos sintomas urinários e intestinais afetam negativamente a QV da criança, e tende a piorar com a idade, presença de CIF ou de DVI (COLLIS; KENNEDY-

BEHR; KEARNEY, 2019). Desse modo, trata-se de um modo objetivo de compreensão do impacto dos sintomas na vida do indivíduo.

Resumidamente, a teoria permite a compreensão de sintomas que acontecem de forma concomitante ou isolada, levando o profissional a refletir criticamente não somente na caracterização dos sintomas, mas também nos fatores que podem os influenciar e as consequências ou impactos na performance do indivíduo. Esse profissional realiza, portanto, uma avaliação multidimensional guiada ou não por instrumentos validados e a partir da análise e identificação dos fatores consegue traçar intervenções amplas e que tragam uma qualidade de vida ao paciente (GHOLAMI *et al.*, 2020; LOPES-JÚNIOR *et al.*, 2015).

Portanto, é uma teoria que se adequa ao contexto de sintomas urinários e intestinais na infância, visto que as crianças que vivem com esses sintomas experienciam de forma única esse fenômeno complexo. E a partir da compreensão da experiência da criança é que o enfermeiro poderá propor intervenções individualizadas que visem mitigar as consequências dos múltiplos sintomas, como na personalização das intervenções de UP (NIEUWHOF-LEPPINK *et al.*, 2021).

Apesar de alguns aspectos serem levantados como críticas a esse referencial teórico para o cenário pediátrico, ainda assim, mostra-se pontos de convergência. Autoras ressaltam que não há clareza dentro dos conceitos delimitados pela teoria sobre o papel e a influência da família na experiência de sintomas, considerando essa uma forte determinante QV da criança (SILVA-RODRIGUES; HINDS; NASCIMENTO, 2019). Com isso, é possível que haja lacunas em temáticas vivenciadas essencialmente pela criança, considerando-se que a teoria foi em primeiro momento desenhada para adultos que vivenciavam sintomas de fadiga e dispneia (LENZ *et al.*, 2013; LENZ *et al.*, 1997)

Outro ponto importante a se salientar sobre a TSD no contexto pediátrico é que ela pode fundamentar a comunicação com crianças que vivem com sintomas urinários e intestinais, por meio de seus três componentes da experiência de sintomas. O enfermeiro, sob o ponto de vista clínico, poderá aplicá-los em sua avaliação clínica e compreender de maneira ampliada a experiência dos sintomas, buscando também um processo de comunicação mais efetivo com a criança.

2.3 Processo de comunicação com a criança

A comunicação é o canal essencial para o cuidado em saúde, pois permite que o paciente tenha voz e decisão sobre sua saúde e prioridades. A criança tem o direito de ser informada sobre sua saúde em uma linguagem adequada e que suas dúvidas e receios possam ser sanados com o profissional de saúde (BRASIL, 1990; UNICEF, 1959). Na pediatria, a garantia desse direito de tomada de decisões baseadas no melhor interesse da criança tem sido apontada como um desafio constante para os profissionais (QUAYE *et al.*, 2019). Consequentemente, existe um prejuízo no delineamento individualizado do plano terapêutico – central no manejo dos sintomas, contrariando-se os preceitos do cuidado centrado na criança.

Newcomb (2010) em uma reflexão teórica sobre manejo de sintomas alerta sobre os prejuízos de se captar a experiência de sintomas apenas por meio da perspectiva do responsável. Segundo sua análise, com esse movimento se obtém uma forma filtrada da percepção real da criança. Desse modo, a história final obtida em uma anamnese clínica traz apenas uma interpretação da fala desse cuidador com o conhecimento da enfermeira. Tal pensamento que reforça a necessidade de se captar diretamente da criança a experiência de seus sintomas, de modo a garantir uma maior fidedignidade do relato e respeitar o direito da criança de ter sua voz incorporada ao plano de cuidados.

Além do papel do profissional de saúde na aproximação da criança nos momentos de anamnese, é preciso lembrar que a criança pode, em diversos contextos de atenção à saúde, instigar a conversa de maneira autônoma e introduzir sua opinião, trazer informações médicas relevantes sobre sua saúde e hábitos de vida e apontar queixas físicas que possam estar vivenciando. Estudo com crianças atendidas em consultas com alergista (JENKINS; HEPBURN; MACDOUGALL, 2020) traz alguns exemplos dessa interação, e salienta a importância de se validar tanto a atitude tomada pela criança quanto a importância da informação fornecida, de modo que esse tipo de comportamento seja estimulado pelo profissional de saúde.

Conclui-se, portanto, que o profissional de saúde para garantir o direito de participação ativa da criança no seu processo de cuidado em saúde deve trabalhar em duas frentes: criar estratégias de comunicação na rotina diária de atendimento e estar atento às manifestações autônomas da criança de participação no intuito de fomentar a proatividade ou protagonismo individual. Na primeira frente de ações, o profissional precisará adequar sua linguagem técnica para o estágio de compreensão cognitiva e linguística da criança (DESAI; PANDYA, 2013; MACEDO GABARRA; CREPALDI, 2011).

Existem diversas linhas teóricas que definem as fases de desenvolvimento da criança, e para fins dessa pesquisa, consideramos os preceitos de Piaget, em especial, porque ele discute com profundidade o desenvolvimento do pensamento na infância e sua relação com a linguagem (PIAGET, 1999). Segundo a perspectiva desse teorista, a linguagem é um reflexo do pensamento simbólico (expresso por imagens e figuras) desenvolvido pela experiência da criança no decorrer de seu desenvolvimento (BALESTRA, 2012). Especificamente a criança no estágio da inteligência operatória concreta (idade escolar), expressa-se por meio da linguagem conceitos e esquemas concretos que já tenham desenvolvido em sua experiência de vida. Piaget exemplifica alguns conceitos aprendidos pela criança escolar e também delimita a idade em que novamente estão consolidados: “noções de SUBSTÂNCIA (por volta dos 7 aos 8 anos), de PESO (por volta dos 9 aos 10 anos) e de VOLUME (em média, dos 11 aos 12 anos)” (BALESTRA, 2012, p. 72). Dentro desse processo de desenvolvimento, a criança adquire habilidades de narrativa. Com essas habilidades, a criança consegue contar histórias, relatar fatos e buscar em sua memória eventos que aconteceram com ela (KLEMFUSS; WANG, 2017). Esta é uma habilidade extremamente necessária para o convívio social, além de ser valiosa no contexto de saúde. É a partir desse tipo de relato que os profissionais de saúde conseguem captar relato de sintomas e a experiência da criança frente a situação de saúde e doença.

Ainda na visão piagetiana, compreende-se que a linguagem e pensamento fazem parte da estruturação da inteligência, a qual se relaciona intimamente com a afetividade. Entende-se que o afeto se torna uma força motriz para o interesse, motivação e necessidade de aprendizado e conseqüentemente desenvolvimento cognitivo (SOUZA, 2011). De modo que sinaliza os potenciais ganhos de uma estratégia de comunicação que se estruture em elementos lúdicos e afetivos direcionados para faixa etária alvo.

Discutiremos a seguir, dois referenciais que vão dar suporte na construção de ferramentas de comunicação com esse público: a abordagem baseada nas artes e a tradução do conhecimento. A união desses referenciais para o desenvolvimento do produto dessa pesquisa traz elementos lúdicos baseados na ciência a serem empregados na história digital para crianças que vivenciam os sintomas urinários e intestinais.

2.3.1 Abordagem baseada nas artes

As artes de um modo geral são estratégias sensíveis para captação e compartilhamento de informações (ARCHIBALD; CAINE; SCOTT, 2017; DRIESSNACK; FURUKAWA, 2012), sendo que no público infantil, em especial, representam valiosas pontes de comunicação. A educação e a psicologia são áreas do conhecimento que se apropriam das mais diversas formas de arte para acessar e interagir com a criança.

Dentro da educação, as artes são consideradas tanto como disciplina curricular onde preceitos técnicos e teóricos são abordados, quanto como estratégias pedagógicas de ensino. No primeiro cenário, autores discutem o papel das diversas modalidades de artes no desenvolvimento da criança, especialmente no que tange a aspectos emocionais e sociais (FOSTER; MARCUS JENKINS, 2017; YENAWINE, 2019), o que mostra as mais diversas facetas da arte para o ser humano.

Na psicologia, as artes fazem parte ora de estratégias de interação com a criança, ora de formas terapêuticas. Estudo com crianças em tratamento quimioterápico hospitalar mostrou uma redução estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade após aplicação de programa de 5 dias de intervenção que combinava o desenho e a escrita para contação de histórias (ALTAY; KILICARSLAN-TORUNER; SARI, 2017). As autoras reforçaram que essa associação do desenho e escrita permite o acesso ao mundo interno da criança, além de enriquecer a narrativa a ser contada no formato de história, fato que consequentemente leva a uma melhor compreensão da mensagem a ser transmitida (ALTAY; KILICARSLAN-TORUNER; SARI, 2017; MACDONALD, 2009).

Outro exemplo de cenário, em que esse tipo de estratégia de comunicação também é implementado, é o de coleta de dados em pesquisa com crianças. Pesquisadores se valem de desenhos, fotografias, gráficos e artefatos para conduzir a conversa com o público infantil, dentro de uma premissa que desenhos e fotografias representam a forma que a criança vê e experiencia fatos cotidianos, e que podem ser solicitadas explicações para a criança a fim de garantir o significado da imagem (DRIESSNACK; FURUKAWA, 2012; POPE *et al.*, 2018).

As artes cênicas também são apontadas como formas de comunicação com a criança. A representação de uma história pela própria criança ou por intermédio de brinquedos, bonecos e fantoches se mostraram efetivos na expressão de manifestações internas da criança (SPOSITO *et al.*, 2016). Ela consegue simbolizar as vivências e experiências de maneira clara e natural.

O brinquedo terapêutico é um exemplo clássico de estratégia lúdica de comunicação com a criança utilizada por diversos profissionais de saúde no cenário hospitalar, e desde 2004

foi regulamentada como competência do enfermeiro no atendimento pediátrico (COFEN, 2017). Além de se representar uma forte congruência com os princípios de humanização, a criança pode expressar cenas de seu cotidiano, reduzir estresse e traumas advindos do processo de hospitalização e ressignificar a imagem do enfermeiro para um tom mais acolhedor e familiar (CLAUS *et al.*, 2021).

Sendo, portanto, muito comum o uso na compreensão de situações de hospitalizações, condições crônicas de saúde, tratamentos clínicos complexos – acontecimentos relevantes no processo de saúde-doença e que a percepção da criança traz um direcionamento à equipe de saúde no que diz respeito ao plano terapêutico e aspectos psicossociais que podem estar comprometidos. Os benefícios do brinquedo terapêutico são percebidos não somente pela equipe de saúde, mas também pelos familiares que visualizam a mudança do comportamento da criança quando por meio do brincar compreendem em uma linguagem adequada os procedimentos a que vão ser submetidas (ARANHA *et al.*, 2020).

Desse modo, a implementação do brincar, estratégias lúdicas e das artes visuais e cênicas estão condicionadas à observância da fase de maturação cognitiva e linguística da criança. Lembrando que, como discutimos anteriormente, é necessário ao menos a aquisição de um simbolismo mental em que a criança evoque imagens concretas para a comunicação estabelecida com o profissional e assim seja possível expressar suas percepções e vivências (BALESTRA, 2012). Em suma, são técnicas que podem ser implementadas geralmente a partir dos seis anos de idade.

Ante o exposto, crianças em idade escolar são excelentes candidatas para se aplicar estratégias de comunicação baseada em artes. E no cenário de saúde, essa comunicação pode incluir o estímulo de narrativas, a educação em saúde direcionada à criança, o conforto e acolhimento em momentos estressantes do tratamento, pontos que se alinham com estratégias como a contação de histórias e com o referencial de tradução do conhecimento para o público pediátrico.

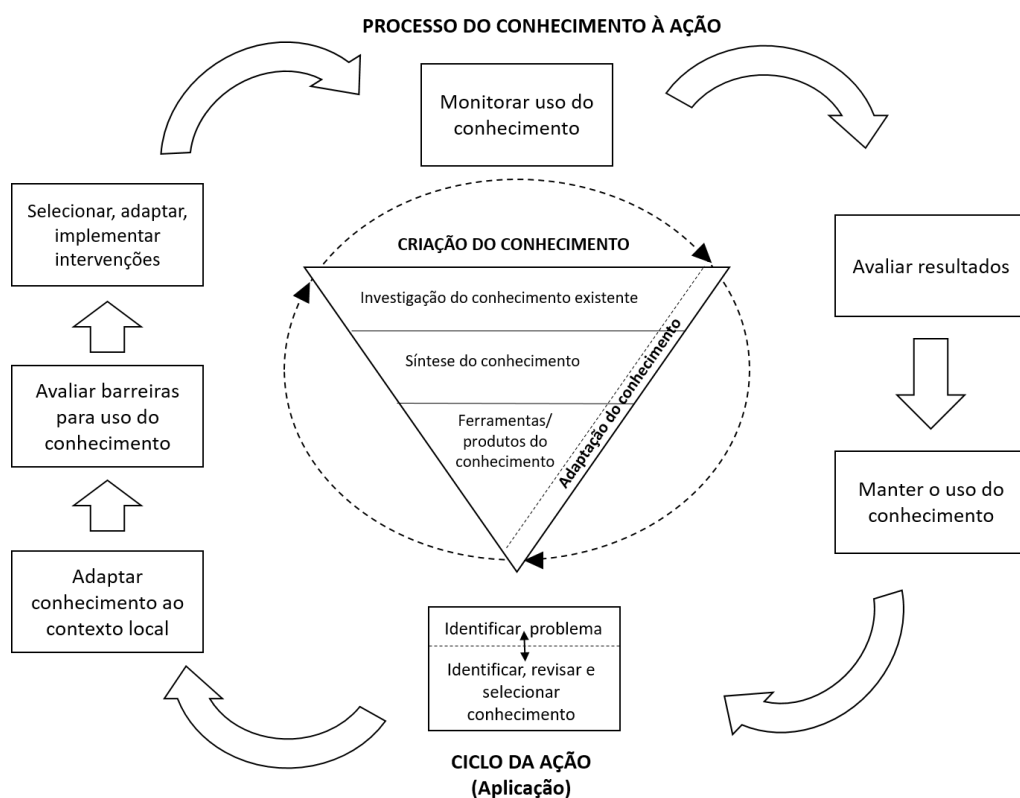
2.3.2 Referencial de Tradução do Conhecimento

A tradução do conhecimento é um referencial teórico que historicamente foi pensado para a implementação de evidências científicas na prática de atenção à saúde, indo em consonância com as necessidades dos pacientes, sistema de saúde e desenvolvimento individual

profissional (GRAHAM *et al.*, 2006). Muito embora tenha sido idealizado em seus primórdios o foco da implementação das evidências pelos profissionais de saúde e tomadores de decisões em políticas públicas (GAGLIARDI *et al.*, 2016; GRAHAM *et al.*, 2006; GRAHAM; TETROE, 2007). Entretanto, sabe-se atualmente que é recomendável que haja envolvimento de pacientes e familiares em tais estratégias de incorporação das evidências na prática clínica.

Dentro dessa percepção, descreve-se o processo “do conhecimento à ação” do inglês: “*Knowledge-to-action*”, o qual é complexo e composto por dois conceitos principais: criação do conhecimento e ação ilustrados na figura 2 (GRAHAM *et al.*, 2006; GRAHAM; TETROE, 2007). Na imagem, o triângulo invertido representa a **criação do conhecimento**, ao passo que o círculo com etapas ao redor detalha o **ciclo da ação**. Observa-se que cada um acontece de forma independente, no entanto, influenciam-se mutuamente.

Figura 2. Esquema gráfico do processo do conhecimento à ação



Fonte: versão traduzida de Graham *et al* (2006).

Traduzir o conhecimento é, portanto, colocar de uma maneira acessível uma evidência científica para quem necessita utilizá-la nas ações diárias, ou seja, é criar sobretudo uma ponte

entre a ciência e as pessoas comuns. A última etapa da criação do conhecimento versa sobre o desenvolvimento de ferramentas ou produtos do conhecimento, e partindo dessa necessidade de alcançar às pessoas é que as ferramentas devem ser “claras, concisas e em formato amigável ao usuário” (GRAHAM *et al.*, 2006, p. 19).

Ao se tratar de um público de crianças, essa ponte deve ser construída com estratégias e ferramentas condizentes com o grau de maturidade cognitiva e de linguagem da criança, de modo que a abordagem baseada nas artes é altamente adequada para compor a construção desse elo de comunicação (ARCHIBALD; CAINE; SCOTT, 2017; ARCHIBALD *et al.*, 2018; SCOTT *et al.*, 2013). Esse é o conceito de **disseminação** trazido pelo referencial de tradução do conhecimento, ou seja, entende-se por disseminação o ato de adaptar a mensagem a ser transmitida para um público-alvo definido, diferentemente, por exemplo, da **difusão** do conhecimento que representa uma forma passiva de apresentar a informação, como se dá nos casos de livros, guias e artigos científicos publicados (GRAHAM *et al.*, 2006).

Embora haja ferramentas de tradução do conhecimento descritas na literatura para problemas vivenciados pela criança e adolescente que são direcionadas em sua maioria aos responsáveis e não colocam a criança como protagonista no processo do conhecimento à ação (ARCHIBALD; CAINE; SCOTT, 2017; ARCHIBALD *et al.*, 2018; MACKENZIE *et al.*, 2021; REID *et al.*, 2017; THOMPSON *et al.*, 2020). Identifica-se, desse modo, uma lacuna no que tange à aplicação direta desse tipo de ferramenta para o público infantil.

O que a literatura dispõe para crianças são ferramentas de educação em saúde, normalmente pautadas em estratégias lúdicas e tecnológicas (DAMASCENO *et al.*, 2016; KOSTENIUS; HALLBERG; LINDQVIST, 2018; SPARAPANI *et al.*, 2019), mas que não levam em conta todos os conceitos propostos pelo referencial teórico de tradução do conhecimento. Em geral, apenas um dos pressupostos teóricos desse referencial é amplamente utilizado: a criança como co-criadora no desenvolvimento produtos/jogos infantis (RULAND; STARREN; VATNE, 2008; SIEDLIKOWSKI; RAUCH; TSIMICALIS, 2020; SPARAPANI, 2015). Nessa perspectiva, há uma adaptação da mensagem a ser passada com a perspectiva do usuário e seu contexto o que torna a ferramenta mais propícia de ser utilizada e com isso haja uma melhor compreensão da mensagem a ser transmitida.

Dentro do que foi discutido em capítulos anteriores, a compreensão científica do fenômeno da experiência de sintomas urinários e intestinais na infância oferece subsídios para o manejo dos sintomas pela criança, e se configura um tema promissor para a construção de

ferramenta de tradução do conhecimento (NEWCOMB, 2010). Em uma perspectiva de cuidado centrado no paciente, comunicar eficazmente as evidências científicas por intermédio desse tipo de ferramenta propicia uma autoanálise da criança a respeito de sua próxima experiência de sintomas, tornando-a ativa no processo de (auto)cuidado, empoderada, capaz de tomar decisões conjuntas com a equipe de saúde sobre os sintomas, os quais são mais significativos em sua visão e consequentemente mais propensa a aderir às orientações terapêuticas.

Em suma, vê-se o referencial de tradução do conhecimento como um arcabouço estruturado por etapas que fomentam a criação de ferramentas que comuniquem/ transmitam a informação em larga escala (GRAHAM *et al.*, 2006; GRAHAM; TETROE, 2007), considerando-se não somente os responsáveis, mas sobretudo a criança que convive diariamente com os sintomas e sente seus impactos.

Pensando na criação de ferramentas de tradução do conhecimento para crianças escolares que vivem com sintomas urinários e intestinais, compreende-se que a definição do tipo de ferramenta a ser desenvolvida deve levar em consideração a população, o contexto, o local de uso e o resultado de interesse (ARCHIBALD; CAINE; SCOTT, 2014). Com isso, optamos pelas estratégias de comunicação baseada nas artes, mais especificamente as histórias digitais, que são vantajosas para o atendimento ambulatorial por serem portáteis e acessíveis, além de muito palatáveis para a comunicação com crianças.

2.3.3 Contação Digital de Histórias - Digital Storytelling

O ato de contar histórias, ou *storytelling* é uma ação milenar, e desde os primórdios reúne indivíduos, ensina lições importantes, dissemina fatos históricos e evidências científicas, entre outras possibilidades (PALACIOS; TERENCEZZO, 2016). Uma história pode ser contada por meio da expressão oral, escrita, imagens, desenhos, ou até mesmo a união de múltiplas estratégias de comunicação. As cavernas com desenhos paleolíticos ou até mesmo a história egípcia contada a partir de sua arte são exemplos de como se trata de uma ação de longa data e que faz parte de diversas sociedades no decorrer do tempo (PEREIRA; LESSA, 2014).

A contação de histórias compõe o universo infantil, alimentando a imaginação e transmitindo mensagens importantes para formação da criança, sendo de amplo uso na pedagogia e educação tanto no estímulo à criação de narrativas pela própria criança, quanto pelo uso de histórias já desenvolvidas (SILVA; GARCIA; SILVA, 2015). Na educação, permite

o desenvolvimento da linguagem na criança por meio do incremento de vocabulário, interpretação de textos, participação criativa em história, e por fim a construção coesa e coerente textual (LENHART *et al.*, 2020).

O uso de histórias na psicologia se pauta na capacidade do ser humano projetar-se nas histórias narradas, ou seja, podem permitir uma reflexão do EU e fornecer um sentido e significado à história do indivíduo. As atividades lúdicas, onde a contação de histórias se enquadra, “representam o lugar da transformação e capacitação da mente à metabolização e mentalização de partes da experiência do sujeito, ainda por elaborar (SERRA DE ALMEIDA, 2017, p. 178).

Frente essa vertente, também possível é solicitar que um indivíduo conte sua história. De modo que se propicia a ele uma oportunidade de expressar por meio de uma narrativa sua própria experiência e vida. Essa é uma técnica amplamente utilizada no contexto de atendimentos em saúde, particularmente na captação da coleta de informações sobre o histórico de um paciente, ou seja, durante a anamnese (BARROS, 2016). Promover a narrativa e verbalização do sujeito sobre sua história é, portanto, passo inicial e primordial para o cuidado preciso e individualizado. Na pediatria, todavia, o profissional de saúde se depara com diferentes níveis de desenvolvimento cognitivo-emocional de crianças, e com isso, tem-se o desafio de adequar-se ao público que atende (HOCKENBERRY, 2011).

Classificada como uma tecnologia que oportuniza a interação com a criança por meio de uma linguagem simples e tangível, a contação de histórias no cenário de atendimento de enfermagem pediátrica, estimula a imaginação tornando o ambiente amigável para a participação e autonomia da criança no seu processo de tratamento clínico (BRONDANI; WEGNER, 2019).

Um exemplo de aplicação na saúde pediátrica é o livro de história denominado Kidzalive, cujo propósito foi intermediar a comunicação da criança com HIV e o profissional de saúde. Ademais, foi capaz de promover o engajamento da criança em seu tratamento, favorecendo a adesão terapêutica, e entretenimento dentro de uma perspectiva de redução da ansiedade proveniente do tratamento e diagnóstico (MUTAMBO; SHUMBA; HLONGWANA, 2021).

Apesar desse exemplo exitoso de um livro de história desenvolvido para a criança, a maior parte dos casos descritos na literatura são de narrativas em formato de livros com finalidade de informação direcionada aos cuidadores (ARCHIBALD; CAINE; SCOTT, 2017;

ARCHIBALD *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2018). Tal como trabalho realizado por Hartling e colaboradores (2010) que originou um livro impresso para cuidadores de crianças com crupe (laringotraqueobronquite).

Mesmo com os exemplos de histórias no formato impresso, com o advento dos avanços tecnológicos, o desenvolvimento de vídeos tem proporcionado uma maior vivacidade às histórias por meio da concatenação da imagem, o movimento, a voz e o som (O'BYRNE *et al.*, 2018). Os filmes, telenovelas, séries, minisséries são exemplos do uso de vídeos para a comunicação de histórias. A mídia e a internet proporcionaram ainda uma disseminação ampliada e acessibilidade de vídeos que trazem consigo histórias para os mais diversos públicos, sobretudo aqueles que não possuem letramento tendo em vista as imagens e áudios aproximam e diminuem as barreiras de comunicação normalmente encontradas na pediatria.

Vindo ao encontro de tal movimento, a literatura infantil passou por essa transformação. Caldas e Bezerra (2018) descreveram livros digitais e aplicativos que utilizaram imagens, sons, narrativas e tarefas interativas para a criança, esses mostraram capazes de estimular a criança a criar suas próprias narrativas com o auxílio de recursos digitais. Esse tipo de história contada em vídeos recebe a denominação de *digital storytelling* ou história digital. Por definição, esse tipo inovador de história inclui as mais diversas ferramentas tecnológicas como editores de vídeos, imagens e áudios para a criação do produto digital (O'BYRNE *et al.*, 2018). E além das ferramentas de desenvolvimento, incluem-se as plataformas de disseminação da história, como websites, blogs, redes sociais e aplicativos.

Com o advento das redes sociais, observa-se uma ampliação dos movimentos individuais de “contar” e “narrar” histórias do cotidiano. A educação tem investido em estratégias que estimulem os alunos a criarem vídeos e histórias como tarefas de disciplinas curriculares (FARUK ISLIM; OZUDOGRU; SEVIM-CIRAK, 2018; MATTHEWS, 2014; MORADI; CHEN, 2019; RAHIEM, 2021).

Mas independente do formato – digital ou impresso - quando se constrói uma história, o narrador também se preocupa com o público-alvo, de modo que para acessar os indivíduos com suas palavras, a narrativa deve ser construída com base nas características do público-alvo (PALACIOS; TERENCEZZO, 2016). A fim de garantir que a mensagem a ser transmitida seja posta de forma compreensível e significativa para o ouvinte, no caso da pediatria seria a adequação ao nível cognitivo e linguístico da faixa etária alvo da narrativa.

E justamente pensando no desafio de comunicação que abrange a urologia pediátrica, mais especificamente no relato de sintomas urinários e intestinais que dependem do relato da criança, que surgiu a proposta de minha tese: o desenvolvimento de uma história digital baseada na experiência de sintomas urinários e intestinais vivenciados por crianças em idade escolar, com o propósito de promover um canal de comunicação favorável à expressão de sintomas vivenciados pelas mesmas.

Ao considerar que histórias configuram uma forma de comunicação, com uma linguagem amplamente acessível ao repertório linguístico das crianças, além de minimizar estigmas, vergonha e ainda atuar nos neurônios-espelhos cerebrais permitindo uma identificação com o tema discutido no enredo. Entende-se, portanto, que a contação digital de histórias é uma forma de comunicação que permite traduzir a experiência de sintomas para outras crianças e famílias.

Assim, esse produto tecnológico advindo do modelo adaptado da TSD pode ser uma ferramenta facilitadora do processo de comunicação entre a experiência de sintomas e o manejo de sintomas de modo individualizado. Portanto, pode ser considerada como uma ferramenta de tradução do conhecimento, pois visa proporcionar uma maior adesão terapêutica e consequentemente melhores resultados terapêuticos para um público que precisa incorporar as evidências disponíveis no processo de cuidar em Uropediatria.

Desse modo, as perguntas de pesquisa que nortearam esse processo investigativo foram:

- Como são percebidos e relatados os sintomas urinários e intestinais pelas crianças, responsáveis e profissionais especialistas?
- Quais elementos devem compor uma história digital que traduza a experiência de sintomas urinários e intestinais em crianças escolares?

Objetivos 

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Desenvolver um protótipo de história digital baseada na experiência de sintomas urinários e intestinais em crianças de 6 a 12 anos, com vistas a facilitar e auxiliar no processo de comunicação efetiva com os profissionais que atuem na área de urologia pediátrica.

3.2 Objetivos específicos:

- Revisar a literatura sobre a ocorrência de sintomas urinários e/ou intestinais durante a infância e descrever o impacto de tais sintomas nas experiências vividas por crianças e suas famílias.
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas de crianças de 6 a 12 anos com sintomas urinários e intestinais atendidas em ambulatório especializado de enfermagem especializada em uropediatria.
- Investigar as formas de verbalização e compreensão da experiência de sintomas urinários e/ou intestinais, bem como os desafios ou problemas enfrentados por crianças de 6 a 12 anos acometidas por tais sintomas, na perspectiva delas, de seus responsáveis e dos profissionais especialistas.
- Sintetizar as evidências obtidas no formato de uma ferramenta de tradução de conhecimento (protótipo de história digital).

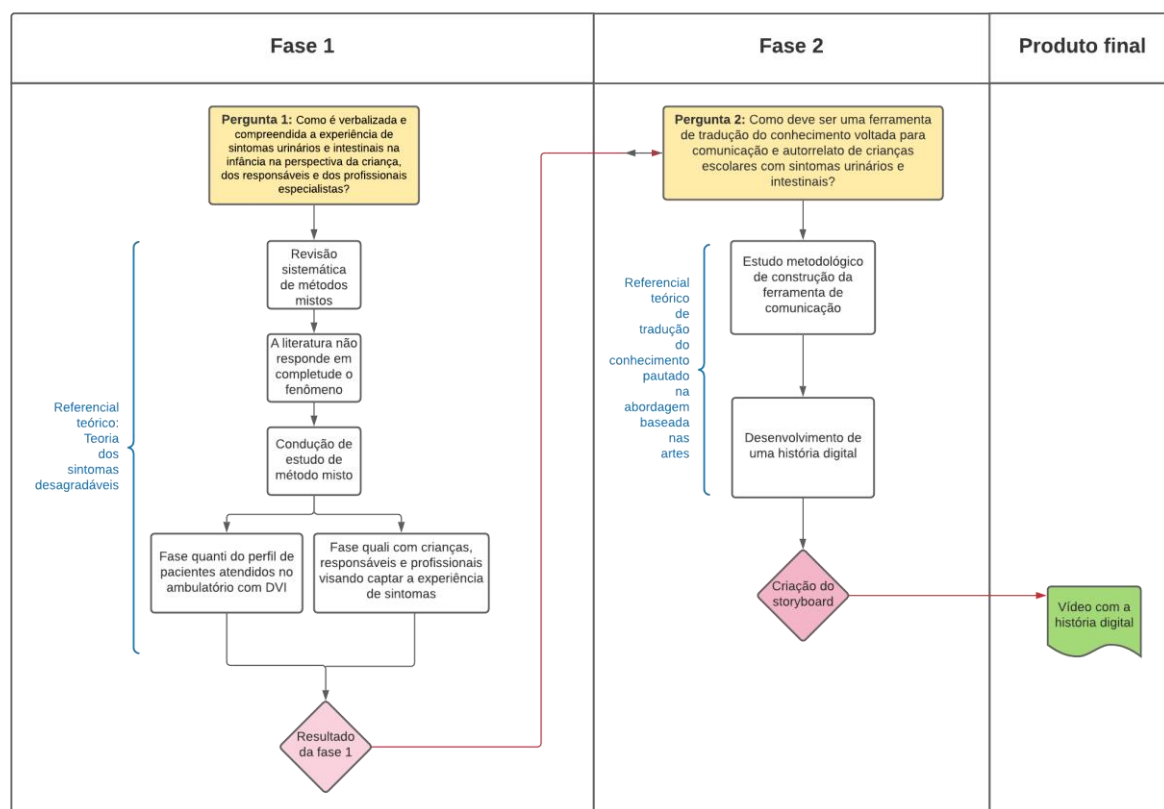
Métodos 

4 MÉTODOS

Para o alcance dos objetivos do presente estudo, optou-se por uma pesquisa aplicada, com abordagem multi-método, a qual permite a coligação de métodos distintos a fim de alcançar um produto complexo (HESSE-BIBER; JOHNSON, 2015). De modo a apoiar o entendimento dos leitores, a figura 3 esquematiza as duas fases que compuseram a pesquisa de doutorado.

A fase 1 foi composta de uma revisão sistemática de métodos mistos e um estudo de método misto. Ao passo que a fase 2 consistiu de uma pesquisa metodológica de produção tecnológica, que seguiu as etapas do processo de desenvolvimento de ferramentas de tradução do conhecimento com o produto final no formato de uma história digital.

Figura 3. Representação gráfica das etapas do estudo multi-método.



Fonte: próprias autoras.

4.1. FASE 1

4.1.1 *Revisão Sistemática de Métodos Mistos*

O primeiro momento desta fase 1 iniciou-se com uma revisão sistemática de métodos mistos, cujo objetivo é identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos (PLUYE; HONG, 2014). Desse modo, nossa revisão teve como pergunta norteadora: Quais são os sinais, sintomas e problemas relacionados à disfunção vesical e intestinal (DVI) na infância, relatados e/ou experienciados ou vividos por crianças e seus responsáveis?

Os dados referente a essa etapa da pesquisa foram publicados em 2020 na revista Anna Nery (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020). Recomendamos que para uma compreensão completa dos passos metodológicos seja realizada a leitura do artigo na íntegra disponível em *open access* no site da revista e apresentado no anexo 2.

De forma resumida, a busca foi realizada em setembro de 2017 e posteriormente atualizada em julho de 2019 em cinco bases eletrônicas que compilam trabalhos na área da saúde e médica. A estratégia de busca foi conduzida por meio de descritores indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH), cuja combinação foi mediada por booleanos.

Foram incluídos na amostra final 15 estudos que atendiam aos critérios de inclusão: abordar dados de crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 18 anos; a percepção e/ou experiências vividas pelas famílias bem como pelas crianças sobre os sintomas de DVI; estudos com delineamento qualitativos, quantitativos e de métodos mistos; nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos 10 anos (2009 a 2019). Ao passo que foram excluídos estudos realizados com crianças e/ou cuidadores e famílias de crianças com problemas neurológicos ou com alterações cognitivas/desenvolvimentais.

A qualidade metodológica dos artigos incluídos foi avaliada por meio do instrumento MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool* – Versão 2011), proposto por Pluye *et al.* (2009), sendo que esse permitiu uma avaliação simultânea de estudos com diferentes metodologias tais como qualitativa, quantitativa e método misto.

A análise dos dados compilados seguiu as etapas propostas por Braun & Clarke (2006) no que tange à análise temática: 1) familiarização dos dados (resultados dos estudos que compuseram a amostra e se relacionavam com a pergunta de pesquisa); 2) geração de códigos

iniciais; 3) busca por temas; 4) revisão dos temas; 5) definição e titulação dos temas; 6) produção do relatório.

4.1.2 Estudo de Método Misto

4.1.2.1 Tipo de estudo

Para a compreensão multifacetada do fenômeno investigado, múltiplas fontes de dados foram acessadas por meio da realização de um estudo de método misto que combinou técnicas quantitativas e qualitativas de coleta, bem como análise de dados no mesmo desenho de pesquisa (PARANHOS *et al.*, 2016). Realizado estudo de método misto do tipo concomitante, onde os dados são coletados simultaneamente – seguindo a notação QUAN + QUAL, e assim demonstrando que nesse estudo os dados quantitativos e qualitativos tiveram pesos similares (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS *et al.*, 2017).

A fase quantitativa buscou identificar o perfil de crianças atendidas em um ambulatório especializado de enfermagem em uropediatria. Foram analisadas as características sociodemográficas e clínicas por meio de um estudo observacional, transversal e retrospectivo.

Ao passo que a fase qualitativa visou compreender o fenômeno da experiência de sintomas urinários e intestinais sob a ótica das crianças, seus responsáveis e dos profissionais de saúde especialistas. Uma pesquisa qualitativa foi realizada à luz dos pressupostos da Teoria de Sintomas Desagradáveis (LENZ *et al.*, 1997). Para a descrição e rigor metodológico seguiu-se os critérios consolidados no checklist *Consolidated criteria for reporting qualitative research* – COREQ (SOUZA *et al.*, 2021; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.1.2.2 Local do estudo

O estudo aconteceu no Ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria de um hospital de ensino do Distrito Federal (DF). Esse serviço contempla o atendimento de crianças e adolescentes com alterações urinárias e/ou intestinais quer sejam de ordem neurológica ou não. Enfermeiras especialistas na área, discentes do nível de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado e/ou Doutorado) e graduação conduzem as consultas de

enfermagem, aplicando-se protocolos de UP, dentre outras intervenções de enfermagem (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

4.1.2.3 Participantes do estudo

Para o braço quantitativo desse estudo, foram incluídas crianças entre a faixa etária de 6 a 12 anos, de ambos os sexos, que apresentavam sintomas de urinários e/ ou intestinais atendidas no período de março de 2015 a maio de 2019. Foram excluídas as que apresentassem comprometimentos de origem neurológica e malformações congênitas de trato urinário e gastrointestinal.

No que diz respeito ao braço qualitativo, três grupos de participantes foram recrutados: profissionais de saúde especialistas, crianças e seus respectivos responsáveis. Convidamos profissionais especialistas em nefrologia ou urologia que tinham experiência de pelo menos um ano no atendimento de crianças com sintomas urinários e/ ou intestinais. Quanto às crianças, fizeram parte da amostra da pesquisa, aquelas na faixa etária de 6 a 12 anos com diagnóstico confirmado de sintomas urinários e/ ou intestinais por instrumentos validados, atendidas há pelo menos um mês no ambulatório especializado de enfermagem, bem como seus responsáveis desde que tivessem 18 anos ou mais. Foram excluídas dessa etapa do estudo, tanto as crianças com alterações de origem neurológicas ou com malformações congênitas de trato urinário e gastrointestinal, quanto seus respectivos responsáveis.

4.1.2.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados se deu no período de fevereiro de 2019 a março de 2020. Os dados do braço quantitativo foram captados por meio dos prontuários disponíveis no serviço, tais prontuários eram compostos por modelos padrões de formulários aplicados nas consultas de enfermagem, bem como evoluções descritivas do atendimento. Para auxiliar na captação dos dados, uma planilha de Excel foi utilizada como roteiro guia, nela eram colhidos os seguintes dados: demográficos - idade, gênero, escolaridade, renda; característica da doença - sintomas apresentados, tipo de tratamento, características individuais - experiências passadas com DVI, mudanças de hábitos de vida fora de casa, comportamentos, por impactos na QV.

Para a abordagem qualitativa se valeu de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos três grupos de participantes: profissionais especialistas, responsáveis e crianças com sintomas

urinários e intestinais (apêndices 2 a 4). As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados.

As entrevistas com os profissionais foram conduzidas por uma discente de iniciação científica previamente preparada para aplicação do roteiro específico. Ao passo que os momentos de entrevistas com as crianças e responsáveis foram realizadas pela pesquisadora principal que possui experiência em condução de entrevistas com crianças em momentos separados com maior detalhamento a seguir.

O recrutamento dos profissionais aconteceu inicialmente no Hospital Universitário onde se situa o ambulatório de enfermagem, a partir dos primeiros entrevistados, outros profissionais foram indicados para o convite de participar na pesquisa, assemelhando-se à técnica bola de neve (BOCKORNI; GOMES, 2021). Enquanto aos demais participantes, o recrutamento se baseou nos casos identificados na fase quantitativa dessa pesquisa, ou seja, quando identificado um caso que atendia aos critérios da pesquisa a família era abordada para participar do estudo.

As entrevistas com as crianças foram diferenciadas, aconteciam logo após o atendimento agendado no próprio consultório. Sempre se iniciava a conversa com a criança para evitar que ela baseasse suas respostas na percepção dos responsáveis e, somente após a interação com a criança, é que realizávamos a conversa com os responsáveis. A fim de garantir uma melhor interação com a criança por meio da adequação das estratégias de comunicação ao nível desenvolvimental do participante da pesquisa. Com essa finalidade, ferramentas de interação e técnicas de coletas de dados diferenciadas foram aplicadas, por exemplo, utilizou-se a estratégia de interação inicial como “quebra gelo”, na qual a pesquisadora fazia uso de bonecos que representavam o “xixi” e “cocô” como forma de iniciar a conversa (figura 4). As crianças eram encorajadas a identificar o que esses bonecos representavam e possibilidades de nomes.

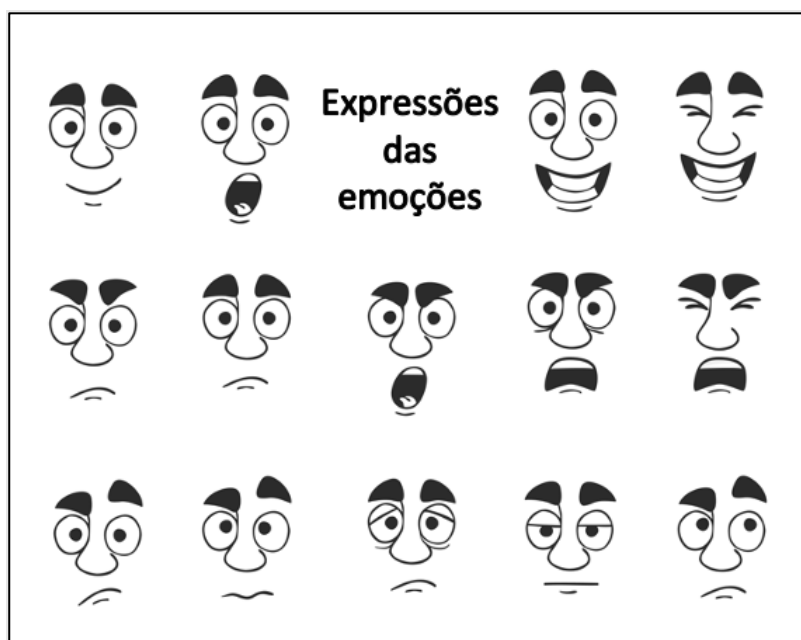
Figura 4. Bonecos usados na interação com crianças durante as entrevistas.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Com o diálogo iniciado, algumas questões eram difíceis de compreensão por parte da criança. Nesses casos, estratégias adicionais foram utilizadas como, por exemplo, imagens com opções de expressões faciais (Figura 5) eram exibidas às crianças e elas escolhiam as que as melhores representavam os sentimentos que a criança reportava sobre os seus sintomas e posteriormente explicava a escolha.

Figura 5. Expressões das emoções utilizadas durante as entrevistas com as crianças.



Fonte: <https://www.freepik.com/vectors/design>

Outra técnica utilizada se baseou no uso de imagens que representavam os espaços ou ambientes que a criança frequentava e que poderiam ter algum tipo de relação com a ocorrência de sintomas urinários e/ou intestinais que ela estivesse experienciando. Quando se questionava sobre a escola e as situações que envolviam o hospital, as imagens da figura 6 eram mostradas a fim de representar de forma concreta o que a pesquisadora indagava.

Figura 6. Imagens representativas da Escola e do Hospital utilizadas nas entrevistas com as crianças



Fonte: <https://www.freepik.com/vectors/design>

Ao final, a criança era convidada a desenhar ou escrever sobre uma situação que representava como ela se sentia frente aos sintomas que ela convivia. Era oferecida à criança uma folha A4 e lápis de colorir com 24 cores e cada participante contava, o que seu desenho representava. Essa técnica de coleta de dados já tem sido utilizada por outros pesquisadores e recebe o nome de “*draw, write and tell*” (POPE *et al.*, 2018). Tal técnica favorece a comunicação por meio do uso de uma abordagem artística com a criança e a tradução da informação em uma linguagem que ela tem maior habilidade e conexão (DRIESSNACK; FURUKAWA, 2012).

4.1.2.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva (frequência, percentual, média, mediana) e algumas dessas variáveis foram analisadas com o teste Qui-quadrado de Pearson pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. O nível de significância assumido nos testes foi de 5%, sendo o valor de $p \leq 0,05$.

Sobre os dados qualitativos provenientes das entrevistas, as transcrições e imagens advindas do diálogo com a criança foram organizadas e analisadas no programa NVIVO versão 12.0, não sendo necessário novo contato com os participantes para a confirmação ou clarificação do conteúdo analisado. O processo de análise foi conduzido pela pesquisadora principal, além de revisto em pares com as discentes de iniciação científica e orientadora do estudo, sendo que essa última responsável pelo consenso nos casos de divergências.

O método de análise dos dados seguiu as etapas propostas por Braun e Clarke (2006), familiarização de dados, por meio da transcrição e leitura exaustiva das entrevistas; produção de códigos iniciais; exploração de temas; revisão de temas; definição e denominação de temas; e produção do relatório, todas as etapas foram realizadas com o auxílio do programa e com a verificação de consenso entre as pesquisadoras, envolvidas no processo de análise dos dados. Resumidamente, buscou-se a partir da imersão nos dados padrões temáticos que caracterizem a experiência de sintomas urinários e intestinais sob a perspectiva dos três grupos de participantes de forma individual e o consenso entre as opiniões.

4.1.2.6 Procedimentos éticos

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília, respeitando-se os preceitos éticos de pesquisas em seres humanos, postulados pela Resolução nº 466/2012. Teve parecer aprovado em fevereiro de 2019 sob nº 3.133.554 (Anexo 1).

Todos os participantes da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e as crianças os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido, inclusive em termos de autorização de voz (vídeo da história digital). A fim de garantir o sigilo e a privacidade de todos os participantes, utilizamos letras e números para a identificação dos participantes, exemplos: *profissional 1 – PF1, responsável 1 – R1, Criança 1 – C1*.

4.2 FASE 2

4.2.1 Triangulação dos dados da fase 1

Os dados compilados em associação com as descrições da literatura integraram os elementos estruturantes da história digital criada como produto final dessa tese (CRESWELL;

CLARK, 2013). A conjunção dos dados se valeu da estratégia de triangulação dos dados concomitante. Buscou-se convergências, divergências e combinações entre os dados quantitativos e qualitativos (SANTOS *et al.*, 2017).

Além disso, as expressões e termos utilizados pelas crianças para se expressarem e as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais especialistas apoiaram a construção do *script* da história digital, visando uma adequação da linguagem ao nível cognitivo do público-alvo do vídeo.

4.2.2 Desenvolvimento da História Digital (Digital Storytelling) como ferramenta de tradução do conhecimento

A história digital foi desenvolvida no decorrer de 3 etapas, conforme demonstrado na figura 7, que perpassaram desde a idealização da proposta de história pautada nos dados obtidos nas fases anteriores, a construção das falas e ordem lógica do vídeo, até o desenvolvimento do vídeo em si.

Figura 7. Representação gráfica das etapas do desenvolvimento do protótipo de história digital.



Fonte: próprias autoras.

4.2.2.1 Construção do Enredo

Essa é a primeira fase de construção de uma história. O enredo consiste em uma descrição da narrativa por meio da sequência de acontecimentos da história, as relações entre as personagens, a trama das ações vividas, tudo dentro de um propósito de transmissão de uma mensagem principal.

Palacios e Terenzzo (2016), com a finalidade de apoiar nesse processo de construção, descrevem cinco elementos fundamentais: protagonismo; tensão; ensinamento; significado; verdade humana. Baseando-se nos preceitos de uma boa narrativa que construímos a história digital e as falas dos personagens para as cenas.

- **Protagonismo:** inclui a descrição do(os) personagem(ns) principal(is) nos quesitos de características física, psicológica e social. Eles são a peça-chave para o desenrolar da história, ao escolher os personagens os autores podem se basear em fatos reais ou imaginários.
- **Tensão:** aqui incluímos as ações principais executados pelo personagem principal a fim de alcançar um objetivo. Quando há clareza de onde o personagem deve chegar o desenrolar da história engloba as ações que foram necessárias para o alcance do objetivo, de modo que boas histórias apresentam desafios nesse caminho.
- **Ensinamento:** durante o caminho percorrido pelo protagonista, as lições são aprendidas. O bom narrador mostra as lições a serem aprendidas por meio de fatos e reflexões, que os ouvintes podem por consequência também aprender.
- **Significado:** para alguns autores, pode ser chamado de ‘eixo temático’ ou ‘ideia governante’, isto quer dizer, o direcionamento da história. Nas boas narrativas, encontra-se contrastes entre os personagens, sendo que ninguém é de todo bom ou de todo mal e, nota-se no decorrer da história uma transição em nível psicológico ou comportamental dos personagens, seguindo a ideia principal.
- **Verdade humana:** pode ser sinônimo de sinceridade emocional do narrador, é com essa carga emocional trazida na história e nos personagens que é possível os ouvintes se conectarem com a história, é o que torna ela, mesmo nos casos de ficção, próximas da realidade humana e com isso passível de espelhamento com o público-alvo da história.

4.2.2.2 Construção do Storyboard

O *storyboard* é uma ferramenta que apoia a construção de vídeos de modo a fomentar o planejamento e a organização das cenas que comporão o produto audiovisual, (KAJDER; BULL; ALBAUGH, 2005). Existem diversos modelos disponíveis para programar as etapas e incluem imagens, trilha sonora, falas, entre outros elementos. Em uma visão navegacional e

sequencial do roteiro, muito semelhante a uma história em quadrinhos, os produtores do vídeo conseguem ver o produto final e minimizar erros e tempo despendido na execução (OLIVEIRA; AMARAL; DE FÁTIMA BARTHOLO, 2010).

A figura 8 detalha o modelo utilizado nessa pesquisa. O mesmo foi construído em documento no programa PowerPoint e as imagens foram produzidas com o apoio de um programa *online* denominado “*storyboard that*” (Storyboard that, 2021) figura 9. Esse software tem um propósito se alinha com a contação de história digital e permite a edição individual e com imagens pré-estabelecidas no próprio programa, facilitando o processo de criação, mesmo sem a presença de um desenhista gráfico profissional.

Figura 8. Modelo de *storyboard* utilizado no planejamento do vídeo.

Storyboard		Cena:
Nome do vídeo		1 - episódio de perda urinária na escola
Frame:		
imagem		Descrição: Descrever o que acontece, quem está na cena
		Horário do dia: descrever
		Trilha sonora: descrever
Diálogo: descrever		

Fonte: próprias autoras.

Figura 9. Ilustração da ferramenta de criação de imagens para *storyboard*.



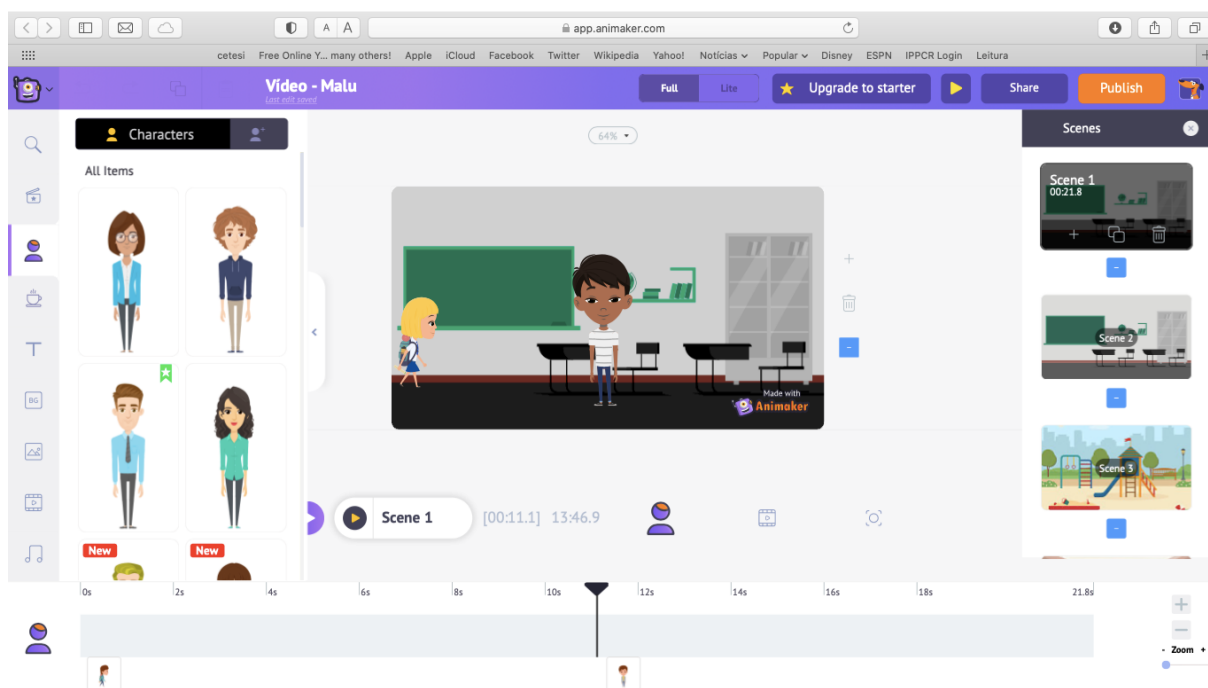
Fonte: <https://www.storyboardthat.com/>

4.2.2.3 *Design do vídeo*

O desenvolvimento do vídeo foi realizado com o apoio de uma discente vinculada ao programa de iniciação científica tecnológica do curso de enfermagem. Além disso, contamos com apoio de pessoas convidadas para a narração das personagens, dentre elas duas crianças para representarem os personagens principais da história.

A edição e produção do vídeo se valeu de programas específicos para essa finalidade, além de gravadores de áudio próprios de smartphones e editores de imagem. O principal aplicativo digital *online* utilizado nessa etapa foi o Animaker (**Animaker**, 2021). Trata-se de uma ferramenta que permite a formatação de vídeos animados com uma flexibilidade na composição dos cenários, personagens, trilha sonora, narração, inclusão de textos ou imagens, dentre outras funcionalidades. Mesmo sem um conhecimento aprofundado em edição de vídeos, o usuário desse software consegue desenvolver animações completas. A figura 10 ilustra os elementos, o layout da página disponível para acesso gratuito ou premium com um acréscimo de maiores possibilidades no que tange à funções do aplicativo.

Figura 10. Ilustração do aplicativo Animaker.



Fonte: <https://www.animaker.com>

O quadro 1 esquematiza as 9 etapas que foram necessárias para a edição e produção do vídeo animado. Como descrito o vídeo para sua versão final requereu um trabalho detalhado na construção das cenas planejadas no *storyboard* que envolveu a composição do cenário, criação dos personagens, gravação dos áudios e sincronismo temporal de todos os elementos. A trilha sonora foi constituída de diversos arquivos de áudio provenientes de bancos de sons e músicas gratuitos e livres de direitos autorais. Bensound (<https://www.bensound.com/>), BBC sound effects (<https://sound-effects.bbcrewind.co.uk/>) e Facebook sound collection (<https://www.facebook.com/sound/collection/>) foram as plataformas digitais consultadas para essa finalidade.

Quadro 1. Etapas de edição e produção do vídeo animado.

Etapa	Atividade	Ferramenta
1	Definição e criação dos personagens	Animaker versão premium
2	Produção das cenas por meio da escolha do cenário e objetos que o comporiam	Animaker versão premium

3	Gravação das vozes dos personagens e narração	Gravador do smartphone
4	Inclusão dos personagens nas cenas e suas expressões conforme planejamento em storyboard	Animaker versão premium
5	Sincronismo das vozes dos personagens gravadas com as imagens de cada cena	Animaker versão premium
6	Sincronismo da narração com o tempo de cada cena.	Animaker versão premium
7	Composição da trilha sonora e sincronismo com vídeo	Bensound BBC sound effects Facebook sound collection
8	Criação e sincronismo de vinhetas finais e iniciais	Microsoft PowerPoint
9	Download do vídeo produzido e upload em plataforma de vídeos online	YouTube

Resultados 

5 RESULTADOS

5.1 Fase 1 – Revisão da literatura

Os resultados dessa fase estão publicados no formato de artigo da Revista Escola Anna Nery no ano de 2020, sob o título: Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos (Anexo 2, <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0137>). Portanto, descreve-se de forma resumida os dados encontrados, e recomenda-se a leitura do artigo na íntegra.

A amostra final desta revisão foi composta de 15 artigos descritos a seguir no Quadro 2. A análise temática de seus resultados principais permitiu a organização em três categorias temáticas principais: “Sinais e sintomas associados às condições urinárias e intestinais”, “Impacto psicossocial e emocional dos sintomas urinários e intestinais na infância” e “A relação da criança com sintomas urinários e intestinais e a escola”.

Quadro 2. Amostra final de artigos da revisão sistemática de métodos mistos.

Estudo	Autores/Ano	Título	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Avaliação MMAT
E1	(KAUGARS <i>et al.</i> , 2010)	Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life	Examinar as perspectivas das crianças e pais sobre como constipação e incontinência fecal afeta a qualidade de vida das famílias.	Método Misto	92%
E2	(STEIN <i>et al.</i> , 2020)	An 8-year-old boy with treatment-resistant encopresis	Relatar o caso de um menino de 8 anos que tinha encoprese e vinha com um histórico de falha de tratamento	Relato de caso	25%
E3	(SAMANTARATH <i>et al.</i> , 2018)	Quality of life and somatic symptoms in children with constipation: A school-based study	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e somatização em crianças escolares com constipação.	Caso controle	100%
E4	(DEHGHANI <i>et al.</i> , 2013)	Urinary tract infection and enuresis in children with chronic functional constipation	Avaliar a frequência de ITU e enurese em crianças com constipação referenciadas para o principal centro clínico de gastroenterologia pediátrica da região.	Estudo transversal	75%
E5	(CEDERBLAD <i>et al.</i> , 2014)	"Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis	Explorar os dilemas do cotidiano dos pais que convivem com um filho com enurese noturna e descrever suas necessidades de apoio em relação aos profissionais de saúde.	Qualitativo	100%
E6	(DEHGHANI <i>et al.</i> , 2015)	Clinical manifestations among children with	Identificar a frequência relativa de manifestações gastrointestinais de	Estudo transversal	75%

		chronic functional constipation	constipação entre crianças constipadas.		
E7	(AL-ZABEN; SEHLO, 2015)	Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life	Avaliar a relação entre punição parental e depressão, bem como a qualidade de vida em crianças com enurese noturna primária monossintomática.	Caso controle	100%
E8	(TAI <i>et al.</i> , 2015)	Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age	Investigar os problemas psicológicos relacionado à enurese noturna entre crianças tailandesas entre as idades de seis e 15 anos, comparando suas autoavaliações com as realizadas por seus pais.	Caso controle	75%
E9	(AKYÜZ <i>et al.</i> , 2016)	Evaluation of behavioral problems in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis: A prospective controlled trial	Avaliar os padrões comportamentais e emocionais de pacientes com enurese noturna e compará-los com os de indivíduos saudáveis.	Caso controle	75%
E10	(JOINSON <i>et al.</i> , 2016)	Early childhood psychological factors and risk for bedwetting at school age in a UK cohort	Examinar se o temperamento difícil e problemas psicológicos na primeira infância estão associados à enurese noturna na idade escolar.	Coorte prospectiva	100%
E11	(OLARU <i>et al.</i> , 2016)	Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment	Destacar a conexão entre constipação crônica e encoprese e a situação psicossocial e familiar do paciente.	Coorte prospectiva	75%
E12	(SARICI <i>et al.</i> , 2016)	Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children	Determinar a prevalência e os fatores associados à enurese noturna entre crianças do ensino fundamental.	Estudo transversal	100%

E13	(GRZEDA <i>et al.</i> , 2017)	Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence	Examinar se urinar durante o dia e urinar na cama, a incontinência urinária na infância e na adolescência está associada a problemas psicossociais na adolescência.	Coorte prospectiva	100%
E14	(JÖNSEN RING <i>et al.</i> , 2017)	Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships	Avaliar a QV em crianças suecas com enurese noturna e testar a confiabilidade e estabilidade teste-reteste de uma tradução sueca do instrumento PinQ.	Estudo transversal	75%
E15	(SAARIKOSKI <i>et al.</i> , 2018)	Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention	Descrever as experiências das crianças na intervenção “Voiding School” como um tratamento para incontinência.	Qualitativo	100%

Fonte: Adaptação de Salviano, Gomes e Martins (2020)

Dentre os artigos que compuseram a amostra da revisão (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020) houve uma predominância de estudos que analisaram sintomas urinários ou intestinais de forma isolada. Fato que mostrou uma escassez de trabalhos voltados para crianças que apresentam os sintomas de forma concomitante, o que chamamos de DVI.

Verificou-se também uma limitação no tipo de sintoma estudado, os autores se limitaram a incontinência urinária diurna e noturna, constipação intestinal funcional (CIF) e a incontinência fecal (encoprese). A revisão também aponta outras manifestações clínicas que tiveram um impacto significativo para a criança, tais como anorexia, dor abdominal, eritema perianal, sangue vivo nas fezes e fissura anal. Dentre as comorbidades clínicas destacaram ITU de repetição.

A dimensão psicossocial e emocional se mostrou significativamente afetada pela ocorrência de sintomas urinários e intestinais. A figura 11 representa os principais sentimentos ou emoções identificadas nos artigos que compuseram a amostra e como estão, em muitos casos, interligados.

Figura 11. Sentimentos e emoções vivenciados por crianças com sintomas urinários ou intestinais.



Fonte: próprias autoras.

Os sintomas de enurese e de incontinência urinária diurna foram apontados como constrangedores e consequentemente a criança e sua família procuram não revelar sua

ocorrência por meio de isolamento social. Os sintomas também foram correlacionados com a presença de sintomas depressivos.

Os autores também apontaram casos em que a criança não se incomoda com a ocorrência de sintomas, esses foram achados do estudo E1 (KAUGARS *et al.*, 2010) que destacou ocorrência de calma e felicidade dentre os participantes. Isso não é dito sobre os cuidadores, que relatam sentimentos ou emoções de nervosismo, tristeza e preocupação. Além de constantemente apresentarem um aumento da intolerância à medida que os sintomas urinários persistiam, o que, em alguns casos, resultavam na imposição de punições pelas perdas urinárias. Em suma, na percepção dos cuidadores, a enurese era tida como algo socialmente estigmatizante e incapacitante.

O estudo E7 (AL-ZABEN; SEHLO, 2015) avaliou a relação da punição parental frente aos episódios de enurese e sua correlação com a depressão, considerando a percepção dos cuidadores. Essas crianças, quando comparadas com as que não sofriam punições tiveram pior performance escolar, aumento dos episódios de enurese e impacto negativo na qualidade de vida.

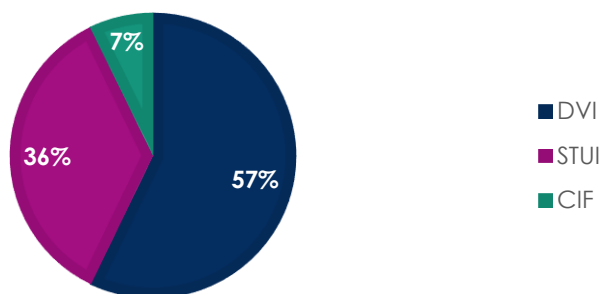
Olhando para o contexto escolar, a escola foi apontada como um espaço socialmente hostil e estressante para a criança e o adolescente com sintomas urinários e/ou intestinais. Palco de humilhações provenientes de situações de bullying e do medo de serem descobertos por colegas. Como consequência, identifica-se situações de abandono escolar, reprovação de ano letivo e numerosas faltas escolares.

5.2 Fase 1 – Etapa quantitativa

Os dados dessa etapa foram submetidos no formato de artigo para a Revista Cogitare Enfermagem e se encontra em fase de avaliação pelos revisores, o título proposto foi: Crianças com disfunção vesical e intestinal atendidas em ambulatório de enfermagem especializado. Sendo, portanto, um recorte dos dados descrito nessa tese de doutoramento, visto que o artigo abordou apenas os casos de DVI (Anexo 4).

Em nosso estudo foram verificados prontuários de 238 pacientes e desses, 69 (29%) atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa e foram analisados detalhadamente. Essa amostra correspondeu aos casos de crianças escolares (6 a 12 anos) atendidas no serviço no período de março de 2015 a maio de 2019 e que apresentavam sintomas urinários e/ou intestinais, com o objetivo de descrever suas características clínico-epidemiológicas. Dentre os 69 casos, 40 eram de crianças com DVI (57%), ou seja, apresentavam tanto sintomas urinários, quanto intestinais. Os demais 29 casos que compuseram a amostra estudada, 24 apresentavam STUI e 5 CIF isolados (figura 12).

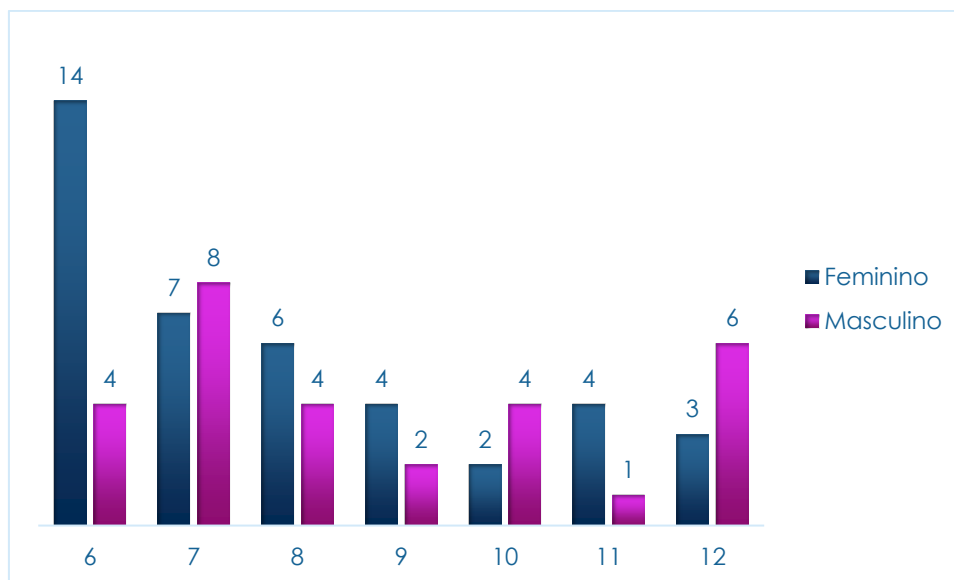
Figura 12. Distribuição dos casos de acordo com o diagnóstico final da amostra (n = 69).



Fonte: próprias autoras.

Dentre estes, a maioria era do sexo feminino, 40 (58%) pacientes. As idades dos pacientes foram de 6 a 12 anos, sendo a média de 8,26 anos. Observou-se, também, uma maior prevalência de sintomas de DVI em crianças entre 6 (26%) e 7 anos (21,7%). Observou-se, ainda, uma tendência de diminuição da prevalência de sintomas com o aumento da idade da criança (Figura 13).

Figura 13. Distribuição dos participantes da pesquisa por idade em anos e sexo (n = 69).



Fonte: próprias autoras.

Com relação aos sinais e sintomas descritos em prontuários, a tabela 1 mostra que o sintoma predominante foi a CIF, sendo que apenas 5 casos era de crianças exclusivamente com sintomas intestinais. Se analisarmos o número de casos de CIF dentro do total de pacientes atendidos no ambulatório especializado, houve uma ocorrência de 18,9%.

Tabela 1. Prevalência de sinais e sintomas que acometem crianças atendidas em ambulatório especializado de enfermagem (n= 69).

Sinais e sintomas	N	%
CIF	45	65,2
Urgência miccional	41	59,4
Manobras de contenção	41	59,4
Incontinência noturna (enurese)	33	47,8
Incontinência diurna	30	43,5
Aumento da frequência urinária	19	27,5
Diminuição da frequência urinária	9	13

Escape fecal	6	8,7
Retenção urinária	5	7,2
Disúria	4	5,8
Noctúria	2	2,9

A Tabela 2 traz dados sobre a associação entre os STUI mais prevalentes e o gênero da criança. Observou-se que três sintomas tiveram uma relação estatisticamente significativa, sendo ele a incontinência urinária diurna ($p = 0,037$), a manobra de contenção ($p = 0,013$) e noctúria ($p = 0,054$) e aumento da frequência urinária ($p = 0,000$).

Tabela 2. Distribuição dos STUI mais prevalentes, segundo sexo de crianças com disfunção vesical e intestinal, atendidas em ambulatório especializado de enfermagem.

Sintomas de STUI	Masculino		Feminino		N	%	Valor p*
	N	%	N	%			
Incontinência urinária diurna							
Sim	13	45	17	42,5	30	43,5	0,037*
Não	16	55	23	57,5	39	56,5	
Subtotal	29	100	40	100	69	100	
Incontinência urinária noturna							
Sim	10	34	23	57,5	33	47,8	3,569
Não	19	66	17	42,5	36	52,2	
Subtotal	29	100	40	100	69	100	
Urgência miccional							
Sim	16	55	25	62,5	41	59,4	0,374
Não	13	45	15	37,5	28	40,6	
Subtotal	29	100	40	100	69	100	
Manobras de contenção							
Sim	17	59	24	60	41	59,4	0,013*
Não	12	41	16	40	28	40,6	
Subtotal	29	100	40	100	69	100	
Noctúria							
Sim	1	3,6	1	2,5	2	2,9	0,054*
Não	28	96,6	39	97,5	67	97,1	
Subtotal	29	100	40	100	69	100	

Aumento da frequência urinária						0,000*
Sim	8	27,6	11	27,5	19	27,5
Não	21	72,4	29	72,5	50	72,5
Subtotal	29	100	40	100	69	100
Diminuição da frequência urinária						0,777
Sim	5	17,2	4	10	9	13
Não	24	82,8	36	90	60	87
Subtotal	29	100	40	100	69	100

*Teste Qui-quadrado (Pearson); Significância ao nível de $p \leq 0,05$

Outra análise de associação foi realizada entre gênero da criança e o número de STUI que a criança apresentava. Para tal, categorizou-se em dois grupos: mais de 3 sintomas e menos de 3 sintomas. Nesta análise se encontrou uma significância estatística entre os sexos ($p = 0,037$), sendo maior a quantidade entre as meninas (Tabela 3). O mesmo resultado não foi evidenciado para a variável idade que não apresentou significância estatística.

Tabela 3. Correlação entre número de sintomas de STUI e sexo das crianças com disfunção vesical e intestinal, atendidas em ambulatório especializado de enfermagem.

Sexo	Caso de DVI				Total		Valor de p*
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Masculino	16	40	13	60	29	41,7	0,013*
Feminino	24	60	16	40	40	58,3	

* Teste Qui-quadrado (Pearson); Significância ao nível de $p\text{-valor} \leq 0,05$

Com relação às outras condições e/ou comorbidades que poderiam estar associadas ou interferir no quadro da criança foram identificados, 21 (30%) apresentaram condições relacionadas ao trato urinário e 8 (11,6%) apresentaram condições de cunho neuro-comportamental (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de outras condições que acometem crianças com sintomas urinários e/ou intestinais, registrado em prontuários.

Outras condições	N	%
ITU de repetição	18	26,1
Malformação do sistema geniturinário	8	11,6
Ansiedade/ fobias	4	5,8
Déficit de atenção/ hiperatividade	2	2,9
Atraso no desenvolvimento	2	2,9
Refluxo vesicoureteral	1	1,4

Quanto a realização de tratamento prévio antes da assistência de enfermagem especializada, o uso de oxibutinina foi verificado em 11 (15,9%) pacientes e antibioticoterapia em 7 (10,1%) para sintomas urinários e o uso de muvilax® em 2 (2,8%) pacientes para manejo dos sintomas intestinais.

Sobre as mudanças no hábito de vida registradas em prontuário, alguns registros encontrados foram tais como: a necessidade de ir repetidas vezes ao banheiro; restrição hídrica como estratégia para diminuir as idas ao toalete; acordar várias vezes na noite e ir ao toalete antes de dormir a fim de evitar episódios de incontinência noturna (enurese); perda urinária involuntária quando se tentava segurar o xixi, perda urinária quando a criança sorri/ri; medo de ir ao banheiro da escola. Embora tenha se identificado essas mudanças descritas nos casos, é importante ressaltar que ainda se trata de questões pouco captadas pelos profissionais, o que não significa necessariamente uma inexistência de impactos, mas que possivelmente não tenham sido questionadas.

Quanto ao impacto na qualidade de vida e consequências psicossociais ocasionados pelos sintomas de DVI, somente alguns pacientes tiveram os seguintes relatos registrados em prontuário: *bullying* na escola em relação à frequência urinária aumentada, impacto emocional evidenciado por sentimento de medo, vergonha e timidez, incômodo por parte da família relacionado à enurese, dificuldades na escola quanto à autorização de ter que ir várias vezes ao banheiro, dificuldade de adesão às mudanças dos hábitos saudáveis de alimentação pela família, sentimento de vergonha quanto ao assunto incontinência noturna, nojo das próprias fezes, timidez e vergonha quando questionado sobre os sintomas, preguiça de ir ao banheiro e relato de fraldas que incomodam e desencadeia o prurido.

Os casos de crianças que foram identificados nessa fase quantitativa apoiaram a condução da fase qualitativa subsequente, isso porque os critérios para a participação da fase seguinte eram muito semelhantes, o que divergia era que buscávamos pacientes que estavam

em atendimento no período da coleta de dados. A seguir apresentamos os dados provenientes das entrevistas com as crianças, seus responsáveis e de profissionais de saúde com expertise na temática estudada.

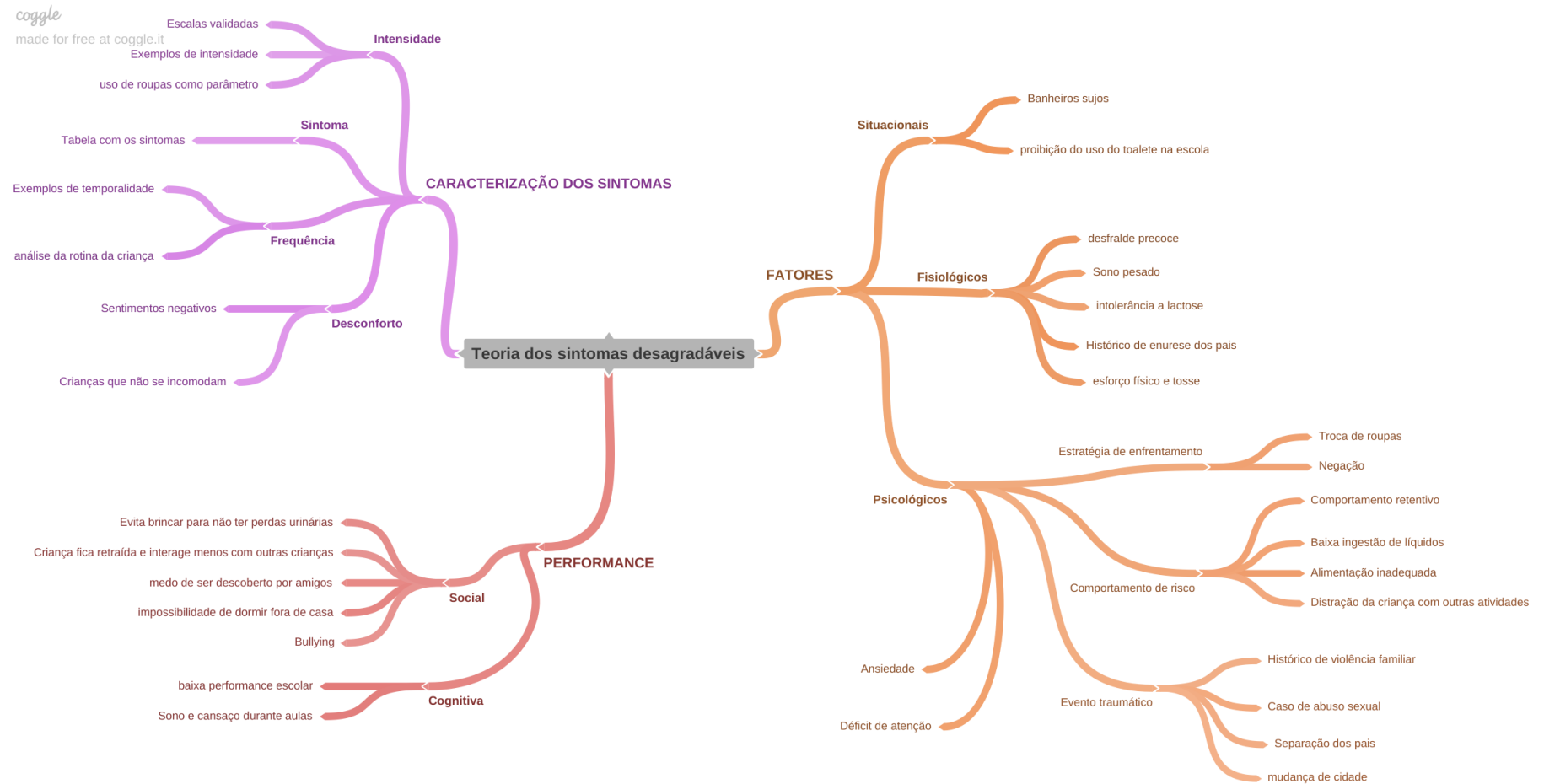
5.3 Fase 1 - Etapa qualitativa

O estudo contou com a participação de 32 indivíduos, sendo eles: 14 profissionais de saúde especialistas, 11 responsáveis e 7 crianças. Dentre os primeiros, estiveram enfermeiros (n=4), médicos (n=5) e fisioterapeutas (n=5), cujo tempo médio de experiência profissional era de 7 anos e 11 meses, sendo o menor tempo de 2 anos e o maior tempo de 25 anos. Todos os profissionais de enfermagem frequentavam curso de pós-graduação, com mestrado e/ou residência na área de prática avançada de enfermagem em uropediatria, nefrologia e/ou saúde da criança, respectivamente. De modo semelhante, todos os profissionais médicos possuíam residência em nefrologia pediátrica; e os profissionais fisioterapeutas possuíam especialização em disfunções pélvicas, reabilitação do assoalho pélvico, fisioterapia uroginecológica, fisioterapia pélvica ou mestrado e doutorado em ciências médicas.

Sobre os responsáveis, a faixa etária dos entrevistados estava entre 33 e 60 anos, com média de 45 anos, compostos por 9 mães dos pacientes, uma avó e um pai. No que diz respeito às crianças, houve uma homogeneidade da amostra quanto ao sexo, sendo composta por 3 meninos e 4 meninas, em termos de idade tivemos duas crianças de 7 anos, uma de 10 anos, uma de 11 anos e três de 12 anos. Ainda dentre as crianças que participaram da pesquisa, três apresentaram sintomas urinários e intestinais concomitantes, três apenas sintomas urinários e uma relatou CIF de forma isolada.

Temas e subtemas emergiram da análise das falas dos participantes, apontando as convergências e divergências das percepções dos participantes da pesquisa quanto a experiência de sintomas urinários e intestinais na infância, bem como os termos e expressões utilizadas pelas crianças para expressar tal experiência (figura 9). A partir dessa análise, pautada na Teoria dos sintomas desagradáveis (LENZ *et al.*, 1997) foi possível identificar três categorias temáticas: Verbalização das características dos sintomas pela criança; Fatores que influenciam a experiência de sintomas; Repercussões da experiência de sintomas na criança.

Figura 14. Árvore temática do processo de análise de dados.



Fonte: próprias autoras com apoio do Coogle (<https://coggle.it/>)

Na primeira categoria temática – “**Verbalização das características dos sintomas pela criança**”, os entrevistados destacam os termos e expressões utilizados com maior frequência pela criança na descrição de sintomas urinários e intestinais, conforme exemplificado no Quadro 3. Foram listados diversos sintomas, mas também problemas relacionados, como a dor associada à CIF e infecções urinárias.

Quadro 3. Termos e expressões utilizados pelas crianças para descrever sintomas urinários e intestinais.

Sintoma	Termos ou expressões
Aumento da frequência urinária	<i>“Faz xixi todo minuto” (PF1), “faz xixi toda hora” (PF1).</i>
Diminuição da frequência urinária	<i>“Ah sua mãe tá falando que você acha que faz pouco, por que que você acha que faz pouco?” – “Porque eu não tenho vontade” (PF7).</i>
Constipação Intestinal Funcional	<i>“O cocô tá duro” (PF3), “o cocô tá grosso” (PF3), “o cocô tá ruim pra sair” (PF3), “prende o cocô” (PF4), “prisão de ventre” (PF4), “eu não tenho vontade de fazer cocô” (PF5), “fico muitos dias sem ir ao banheiro” (PF5), “machuca muito” (PF5), “problema de cocô” (PF6), “intestino preso” (PF6), “tem fezes em bolinha” (PF13). “Não, tá normal! Só tá é a salsicha! [...] tá o durinho” (R8), “agora com cocô quando eu faço... aí eu tenho que fazer força” (C2) “o cocô é difícil pra sair as vezes” (C5), “eu tinha o intestino preso” (C7).</i>
Disúria	<i>“Dor para fazer xixi” (PF1), “dor na perereca” (PF14), “dor no canal do pinto” (PF14).</i>
Dor	<i>“Dor em baixo ventre” (PF3), “eu sinto muita dor” (PF5), “minha barriga fica doendo” (PF5) “dói pra fazer cocô” (PF7), “eu tava com dodói” (C7), “eu sinto uma dor na barriga” (C1).</i>
Encoprese	<i>“eu faço cocô na roupa” (PF5), “estar com a minha cueca, com a minha calcinha sempre suja” (PF10).</i>

Enurese	<i>molhar a roupa durante a noite</i> ” (PF10), “ <i>acordar molhado</i> ” (PF10), “ <i>estar com o meu pijama molhado</i> ” (PF10), “ <i>fiz xixi na cama!</i> ” (R9), “ <i>eu mijo na cama</i> ” (C2), “ <i>o xixi eu faço na cama</i> ” (C4), “ <i>tem escapado o xixi [...] de noite</i> ” (C5), “ <i>eu faço xixi na cama</i> ” (C7).
Incontinência intermitente diurna	“ <i>Faz xixi na roupa</i> ” (PF1), “ <i>eu não sinto que já fiz xixi</i> ” (PF1), “ <i>tá com xixi</i> ” (PF3), “ <i>molhou a roupa</i> ” (PF3), “ <i>sujou a cueca/calcinha</i> ” (PF3), “ <i>eu não consigo segurar o xixi</i> ” (PF5), “ <i>problema de xixi</i> ” (PF6), “ <i>fica vazando xixi na roupa</i> ” (PF7), “ <i>tá sujo minha cueca</i> ” (R4), “ <i>mãe, vazou né</i> ” (R7), “ <i>Fiz xixi!</i> ” (R8), “ <i>fiz xixi na calça!</i> ” (R11), “ <i>eu mijava na roupa</i> ” (C3).
Manobras de contenção	“ <i>Me agacho pra segurar o xixi</i> ” (PF3), “ <i>dança do xixi</i> ” (PF9), “ <i>fica prendendo, pulando, colocando as mãos na região</i> ” (PF12).
Noctúria	“ <i>Agora você não acorda à noite</i> ”, “ <i>não tem é... necessidade de ir ao banheiro, de acordar à noite</i> ” (PF5).
Retenção urinária	“ <i>Segura o xixi</i> ” (PF1), “ <i>prende o xixi</i> ” (PF6).
Urgência miccional	“ <i>Saio correndo pra fazer xixi</i> ” (PF3), “ <i>vontade de ir ao banheiro correndo</i> ” (PF5), “ <i>tenho que ficar indo ao banheiro toda hora</i> ” (PF5), “ <i>não consegue segurar o xixi</i> ” (PF13), “ <i>não consegue esperar pra ir no banheiro</i> ” (PF13), “ <i>ai, vamo andar logo que eu tô apertada!</i> ” (R6), “ <i>as vezes eu fico apertado</i> ” (C7).

Os profissionais participantes de nossa pesquisa trouxeram um maior número expressões que descrevem os sintomas urinários e intestinais, enquanto os responsáveis e as crianças focalizaram na descrição das incontinências urinárias, constipação e dor. Sendo que essa última foi tida como um sintoma muito relevante e pontuada como incômodo, associada normalmente ao ato de evacuar ou decorrente de assaduras.

Foi possível ainda identificar uma unanimidade do uso das palavras “xixi” e “cocô” pelas crianças, bem como expressões ou termos simples, como por exemplo: “o cocô tá duro” (PF3, enfermeira) e/ou “eu não consigo segurar o xixi” (PF1, médica), além de expressões não-verbais como apontar a roupa íntima ou partes do corpo para descrever a situação vivenciada.

A criança pode expressar também a frequência e intensidade de seus sintomas. Entretanto, para captar esse tipo de informação, profissionais se valem de estratégias específicas como uso da rotina de vida diária da criança, expressões temporais (todos os dias, uma vez por semana, de vez em quando, entre outras), número de episódios.

Tá, então a frequência, eu tento checar primeiro se é diário, primeiro pergunto à criança: Todos os dias você perde xixi na calcinha/cueca? Fica com a calcinha/cueca molhada sempre? Todos os dias? – se ele falar que não: Então, toda semana? (PF2, médica);

Florzinha, me conta uma coisa...quantas vezes...sei lá...você perdeu xixi nessa semana? (PF8, fisioterapeuta);

Então, eu geralmente pergunto a rotina, tanto em casa, quanto na escola...horário que entra na escola, se tem intervalo, se tem hora de recreio, se a professora manda ir no banheiro, qual é a hora que sai, qual é a hora que chega em casa, qual é o caminho pra escola e pra casa, se vai de ônibus, se vai de carro, se é longe, se é perto, se faz xixi antes de sair de casa e quando chega em casa. (PF1, médica).

Enquanto para intensidade, os profissionais sugerem avaliar a percepção volume de urina perdido na roupa da criança ou de cama, assim como se valer de escalas validadas de severidade de sintomas como o DVSS (FARHAT *et al.*, 2000):

A perda urinária fica só na calcinha ou molha a roupa, ou molha o sofá [...] Só suja a calcinha? - não suja...Chega a ser um montão mesmo, de deixar a calcinha pesada? Tem que usar fralda? Não tem que usar fralda? Quando molha, molha até o colchão, ou só até o lençol, só até a roupa de baixo?...Precisa levantar e trocar o colchão mais de uma vez ao dia? (PF7, médica);

Eu uso o DVSS, né? Eu consigo captar por ali. (PF9, enfermeira).

As crianças entrevistadas parecem responder aos questionamentos com o uso desse tipo de estratégia com facilidade e normalmente usam as expressões referidas nos questionamentos dos profissionais.

[o problema]do cocô é raramente, e o do xixi é todos os dias (C1, 12 anos);

As vezes né... porque hoje eu não mijei (C2, 7 anos);

As vezes [molha] a roupa de cama, as vezes só a minha roupa (C3, 12 anos);

Tem vez que é uma vez por semana [...] molha a roupa (C5, 12 anos).

No que diz respeito ao desconforto ou incômodo causado pelos sintomas, os entrevistados mostraram dois contextos distintos possíveis. Um onde a criança sofre e refere o impacto negativo oriundo da experiência dos sintomas e outro onde há uma normalização dos episódios por parte da criança, e com isso a mesma parece não se incomodar com as perdas urinárias, por exemplo.

Nos casos em que a percepção emocional da criança era negativa sobre a ocorrência dos sintomas, houve unanimidade nas falas em apontar a tristeza e vergonha como sentimentos predominantes.

Ele fica triste, né, envergonhado! (R4, mãe);

Envergonhada! Eu acho que ela fica com medo que as pessoas possam saber né? (R6, avó);

Refere que incomoda, que tem vergonha...são os meios de comunicação não-verbal, né... abaixam a cabeça, discutem...às vezes olham para o lado, ficam um pouquinho cabisbaixo, olham pra mãe, tem um pouquinho de irritação na hora que vai falar (PF3, enfermeira).

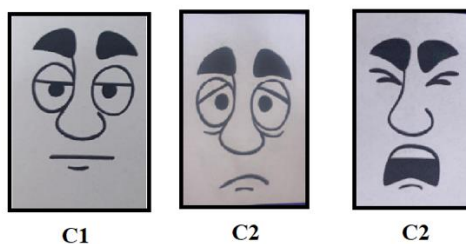
No caso de crianças que sofrem de constipação o incômodo maior se relacionou ao fato de sentirem a dor associada ao ato de evacuar, o que torna o evento traumático.

É, que a gente já teve vários casos que ele ficou prendendo muito tempo, é muito é, é, traumatizante, né, porque ele teve que usar remédio, tudo, porque não fazia, aí quando chegava a fazer, doía muito! Então era o que ele reclamava bastante! (R4, mãe);

eu acho que é mais pelo cocô, quando às vezes é duro ele dói né, aí ele fala (R8, mãe).

Algumas crianças conseguiram se expressar apenas com desenhos ou imagens de emoções mostradas pela pesquisadora. A seguir alguns exemplos de sentimentos nas figuras 15, 16 e 17.

Figura 15. Escolhas realizadas duas crianças participantes para expressar seus sentimentos com relação aos sintomas urinários e intestinais.



Fonte: acervo da autora

Figura 16. Participante C4, 7 anos, faz um desenho representando a si mesma.



Fonte: acervo da autora

Figura 17. Participante C5, 12 anos, faz um desenho representando a si mesma.



Fonte: acervo da autora

Profissionais e responsáveis complementam o levantamento de sentimentos e incluem que a criança também sente irritação, culpa e medo.

O problema causa nela, se deixa ela muito triste, se deixa ela chateada, se deixa ela com raiva, eu tento pegar uma dimensão mais psicossocial (PF9, enfermeira);
Ela [a criança] fala mais no sentido de 'não tive culpa', 'fiz sem notar' (PF1, médica);
Ele fica com vergonha! Muitas vezes ele fala que - ah eu não vou falar, porque eu tinha medo de você brigar, de você falar alguma coisa (R5, mãe).

O medo em específico pode estar relacionada a reação dos responsáveis frente a ocorrência dos sintomas. Alguns deles se irritam e se incomodam com os sintomas, inclusive mais que algumas crianças – aquelas que vivenciam a experiência como evento “normal” de sua rotina. Até mesmo os profissionais de saúde tendem a ter dificuldade de aceitar essa visão da criança sobre sua experiência de sintomas.

O pai dele aborrece, fica aborrecido, eu também fico porque eu preciso dormir! (R5, mãe);
A maioria das crianças com quem eu converso, não se sentem incomodadas pelos sintomas tanto quanto os pais, os pais se incomodam mais, só realmente os maiores - que se incomodam só com incontinência urinária (PF7, médica);
Porque normalmente elas [as crianças] falam que não se importam, e aí eu falo assim: “Mas como? Se um bebezinho de 1 mês se sente incomodado, como é que você fala que você não se importa?”, eu pergunto assim. Mas realmente é pra aqueles pacientes que não... que eu acho estranho, né, eles não estarem “nem aí” pros sintomas deles (PF8, fisioterapeuta).

A segunda categoria temática – **“Fatores que influenciam a experiência de sintomas”** – aborda a percepção dos entrevistados sobre elementos que podem ter originado ou potencializado a ocorrência dos sintomas. É importante pontuar que a depender do tipo de sintoma que a criança tinha, a justificativa, em especial fisiológica, era diferente. Por exemplo, as causas vinculadas a sintomas urinários estão: insucesso no desfralde, histórico de enurese dos responsáveis, sono pesado que impede o despertar noturno e o esforço ou tosse como desencadeante de perdas urinárias.

Ela tinha, ela tinha idade de 3 anos, 3 aninhos aí eu comecei ver né, não conseguia tirar a fralda dela, aí eu comecei ver que era difícil, tinha uma é, alguma coisa errada, não era normal (R9, mãe);
Já troquei o colchão várias vezes, mas eu entendo por que eu também era assim! Eu fiz até 18 anos! (P8, mãe);
Eu só sei que o problema acontece porque eu não consigo acordar eu tenho um sono pesado, aí eu faço e não percebo (C7, 11 anos);

Se tá associado à alguma coisa de atividade física, quando vai fazer, se ele tá brincando, se tá parado...pra ver como que tá em relação a intensidade disso...se é ele em repouso, se ele brincando, se tava tossindo, se tava correndo. (PF13, médica).

Ao passo que para sintomas intestinais os participantes não levantaram hipóteses de possíveis fatores fisiológicos que pudessem ocasionar a CIF ou encoprese. Apenas uma mãe entrevistada relacionou o início dos sintomas com a confirmação diagnóstica de intolerância a lactose do filho.

Do cocô começou com constipação né, ele tem intolerância à lactose e aí dá uma constipação (R8, mãe).

Segundo a TSD, outros fatores situacionais apontados pelos participantes da pesquisa, que se enquadra dentro do escopo da experiência de sintomas urinários e intestinais foram elencados entraves ou restrições ambientais e sociais que podem desencadear os sintomas.

O ambiente escolar e os espaços públicos foram representados nas falas dos participantes que apontaram situações de proibição do uso do toalete na escola e a indisponibilidade de banheiros em estado adequado de limpeza. Tais aspectos contribuem para um comportamento de retenção das eliminações fora do domicílio.

As vezes ela fala assim, quando a gente vem da escola ela anda e fala: ‘ai vamo andar logo que eu tô apertada porque a minha tia não deixou ir na escola, no banheiro’... ela sempre reclama que a professora não deixa ela ir ao banheiro! (R6, avó);

Qual o dificultador dele né, naquele momento pra ele não poder ir ao banheiro e esvaziar a bexiga”. Ele vai ter primeiro esse comportamento, ou é banheiro público tá sujo, ou o ambiente que ele se encontra não tá adequado pra ele, né? (PF3, enfermeira).

O último grupo de fatores causadores são os psicológicos, estando representados por casos de ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade, eventos traumáticos ou estressantes para a criança, comportamentos de risco para a ocorrência de sintomas (hábitos alimentares e de eliminações incorretos) e estratégias de enfrentamento utilizadas pela criança.

Dois casos foram relatados, sendo um em que a criança apresentava ansiedade e outro déficit de atenção e hiperatividade em tratamento, ambos citados apenas por responsáveis.

Desde pequenininho ele nunca parou de fazer xixi na cama, aí com esses acompanhamentos, reeducando, ele fica muito tempo sem fazer, aí vem a ansiedade... ele é muito ansioso! E agora essa semana que vinha a semana de começar as aulas, nossa, ansiedade tomou conta! Aí ele voltou a fazer xixi na cama de novo (R8, mãe);

Ele faz tratamento, tem déficit de atenção! (R10, mãe).

Dentre os eventos traumáticos ou que resultam em desequilíbrio emocional e estresse, situações graves como violência domiciliar e abuso sexual foram citadas, bem como modificações na dinâmica familiar como a separação dos pais e mudança de residência para outro estado.

É por causa das coisas que aconteceu né, muita coisa lá, muito mau tratada pelo pai e tudo [...] aí como ele bebeu, começou a beber muito né, batendo, maltratando muito né, ela fala, mas eu não posso afirmar porque eu não vi, eu não tava lá né! (P6, avó); A gente já teve alguns casos relacionados à abusos também...aí a gente...eu peço pra entrar, como um auxílio, a psicologia pra poder auxiliá-los (PF5, fisioterapeuta); Só que o pai nunca deu atenção aí ele chegou a viajar ir embora a mudar mesmo de cidade e não se despediu dela aí o problema dela começou aí ela teve depressão ela tinha pesadelo à noite ela chorava durante o dia ela chorava durante a noite (R11, mãe);

A gente atribuiu a não melhorar né por conta do afastamento da cidade, dos avós, um outro relacionamento de escola! Teve problema com escola que chegou, depois a gente mudou de escola, então depois que tudo se ajustou, principalmente a questão escolar, é que a gente voltou pra essa questão de, de, do desfalde noturno! (R7, mãe).

Sobre os comportamentos de risco para o desenvolvimento de sintomas urinários e intestinais, os responsáveis e profissionais especialistas apontaram como potenciais vilões - a alimentação inadequada e a baixa ingestão de líquidos.

O do cocô eu penso assim que que alimentação! Que é alimentação! Só (come) besteira! Deu besteira, pode saber... iogurte, bolinho, salgadinho, essas besteira! (R6, avó);

E não toma água, que deveria tomar né! (R10, mãe).

O comportamento retentivo, ou seja, o ato de postergar a micção voluntariamente foi apontado por todos os grupos de entrevistados como altamente relacionado a episódios de urgência miccional e escapes urinários. No olhar da criança, esse tipo de prática acontece devido a distrações com outras atividades ou por considerar ruim a interrupção de suas atividades para a ida ao banheiro. Certamente, mais um tipo de comportamento de risco a ser adotado em determinadas ocasiões pela criança e frequentemente monitorado pelos responsáveis.

É o que, que faz mesmo é isso, porque ele tá ocupado com alguma coisa, vamos dizer, ele tá ocupado e tem que ir no banheiro! [...] ele não gosta! – ‘aí eu tô perdendo tempo’ (mãe simula fala da criança), aqui fazendo xixi e tem que ir lá no banheiro, perder meu tempo! (R4, mãe);

O problema é mais quando ou tá vendo televisão ou tá no celular né, aí a gente tem que falar - olha o banheiro! tem que ir no banheiro, tem que ir no banheiro! - Não, não quero, não quero, não quero ir! Aí a gente leva no banheiro, às vezes até chora, bota sentada no vaso, tá chorando (R7, mãe);

Só acontece de dia quando eu estou distraída. (C4, 7 anos).

A negação dos episódios de perda urinária pela criança e a troca de roupas sem supervisão foram as estratégias de enfrentamento mais apontada pelos responsáveis.

Ah, as vezes ela mente dizendo que foi a cachorra que fez xixi na cama dela! (R2, mãe);

*eu percebo que ela trocou de calcinha, que a calcinha dela tá molhada! (P3, mãe);
às vezes até esconde que molhou! (R7, mãe)*

A terceira categoria – **“Repercussões da experiência de sintomas para a criança”** – traz à tona os impactos e consequências vividas pela criança em decorrência dos sintomas urinários e intestinais e que prejudica a performance individual (social e cognitiva). A dimensão social foi a mais apontada pelos participantes, refletindo uma unanimidade de pensamento dos três grupos. A criança vive um ciclo vicioso de exclusão social que inclui o receio de que seus sintomas sejam descobertos pelos pares e a percepção de se sentir diferente do grupo. Consequentemente evita brincadeiras que possam ocasionar perdas de urina. O profissional cita ainda um retraimento social percebido em crianças com esses sintomas.

De não se relacionar muito bem com as outras crianças, porque fica o tempo inteiro molhado, ficam mais retraído, não gostam de brincar - porque quando fazem esforço, perdem a urina também. Então acaba prejudicando o relacionamento com as outras crianças [...] também tem vergonha de alguém ver. Então, gera...com certeza, distúrbios das eliminações, geram um mundo de segredos, um mundo de truques pra contornar o problema e isso...eu acho que pro desenvolvimento da criança, esses segredos, essa necessidade de evitar que o outro saiba uma coisa que você não quer mostrar, atrapalha no desenvolvimento psicológico deles, de se colocar pra vida, de ser aberto, de não tá ligando, eles ficam meio desconfiados, isso gera...eu acho, que isso gera um pouco mais de timidez, de...como se fosse mais cuidado, quando você tivesse mais...então, o seu social não fica 100% normal (PF14, médica);

Tem criança que se acha diferente, fala: ‘ó, eu sou diferente dos meus colegas...que meus colegas não têm isso’ [...] ‘eu tento esconder dos meus colegas que eu tenho isso, que eu tenho problema do xixi e do cocô’. (PF9, enfermeira).

Ainda nesse ciclo vicioso, as crianças que querem interagir e participar de atividades do grupo em diversos cenários são impedidas de dormir fora de casa especialmente por conta da incontinência urinária noturna e da necessidade de manter em segredo o problema urinário:

Agora não! Mas antigamente ela não podia ir pra casa das tias, pra casa da vó porque tinha esse probleminha de ter que usar fralda ou mijar na cama (R2, mãe);
Tipo dormir na casa dos outros [...] eu não posso ir, porque faço [xixi] aí eu fico com vergonha (C7, 11anos);
Eles falam que queriam parar, que associam muito com a ida pra casa dos outros pra dormir e não pode, ou então coisa da escola que tem no final do ano, que vai dormir lá (PF14, médica).

Os responsáveis e profissionais especialistas se mostraram atentos à eventuais situações de *bullying*, considerando como repercussões dos sintomas a criança pode exalar cheiro de urina ou fezes no ambiente, causando, assim, uma situação constrangedora e potencial gatilho de ofensas e brincadeiras maldosas. Revelou-se ainda que esse tipo de situação também acontece no seio familiar.

A irmã fica rindo dela, né? E acho que na hora deixa ela um pouquinho brava (R2, mãe);
Aí os coleguinhas [na escola] pode achar... rir dele, né? (R7, mãe).

Ainda sobre os impactos na performance da criança, identificou-se nas falas um prejuízo de cunho cognitivo, mais especificamente no desempenho escolar. Normalmente em decorrência de perdas urinárias noturnas, cansaço por fragmentação de sono noturno e interrupções das aulas para idas ao toalete.

Eu tenho dificuldade de estar na escola porque toda hora eu quero ir ao banheiro [...] intensidade de perdas tem sido tão grande que eu, que eu não...não, não brinco mais com meus amigos (PF5, fisioterapeuta);
Ultimamente andou tirando nota muito baixa na escola! Tira umas notas vermelha, né? Por causa desse cansaço dele (R5, mãe).

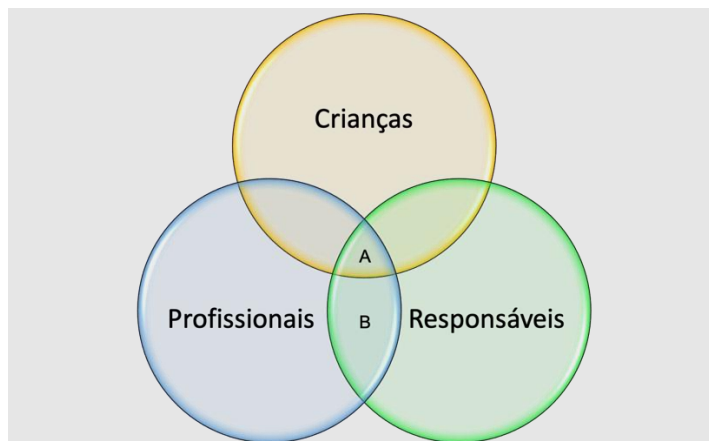
5.4 Fase 2 – Triangulação dos dados

Nessa etapa foram compilados os dados de ambas as abordagens: QUALI e QUANTI. Os dados quantitativos trouxeram o perfil clínico-epidemiológico das crianças atendidas no serviço especializado. Viu-se uma predominância de casos em meninas de 6 e 7 anos, sendo os a DVI frequente e dentre os sintomas específicos se ressaltam a CIF, a urgência, as manobras de contenção e as incontinências. O perfil permitiu sinalizar as características clínicas que os personagens da história deveriam apresentar e assim representar os casos mais prevalentes e um maior número de crianças.

Nos dados qualitativos, baseando-se nas perspectivas dos três grupos de entrevistados, buscou-se investigar a convergência e divergência das percepções, conforme ilustrado na figura

15. Ao final, a análise permitiu sintetizar e embasar os elementos constituintes da história digital produzida.

Figura 18. Pontos de convergências entre as percepções dos três grupos de entrevistados.



Fonte: próprias autoras.

O ponto “A” da imagem inclui percepções que foram unânimes entre crianças, responsáveis e profissionais, ao passo que, no ponto “B” estão falas expressas apenas por profissionais e responsáveis. Nessa ótica, algumas conclusões foram unânimes (A):

- Dor é um sintoma muito relevante e pontuado como incômodo (Dor ao evacuar; dor por assaduras).
- Sentimentos de tristeza e vergonha em crianças com sintomas urinários ou intestinais.
- A impossibilidade de dormir na casa de amigos e familiares é vista como um ponto negativo.
- Crianças possuem, em alguns casos, comportamento de adiar a micção por estar realizando outras atividades.
- Parte das crianças referem não se incomodar com seus problemas urinários ou intestinais.
- ‘Xixi’ e ‘cocô’ são palavras amplamente utilizadas pelas crianças ao se referirem a suas eliminações.

Em contrapartida, na perspectiva dos responsáveis e profissionais (B) houve convergência nos seguintes tópicos:

- Identifica-se irritação e incômodo dos responsáveis/familiares com os sintomas apresentados pelas crianças.
- Criança comumente é questionada pelos profissionais de saúde sobre a ocorrência de *bullying*. Ao passo que alguns responsáveis relataram casos de *bullying* inclusive no ambiente familiar, contrariamente, outros afirmam que os sintomas de seus filhos são objeto de segredo familiar.
- Além dos sentimentos unânimes, referem presença de irritação, culpa, medo, ansiedade.
- Crianças escondem seus episódios de perda urinária por meio de trocas de roupas ou culpabilizando outros (como pets), podendo ser relacionado a medo ou vergonha.

As crianças participantes do estudo trouxeram também falas únicas sobre a experiência de sintomas que vivenciavam:

- Proibição do uso do toalete na escola.
- Episódio traumático de perda urinária na escola.

5.5 Fase 2 – Desenvolvimento da história digital

5.5.1 Construção do Enredo

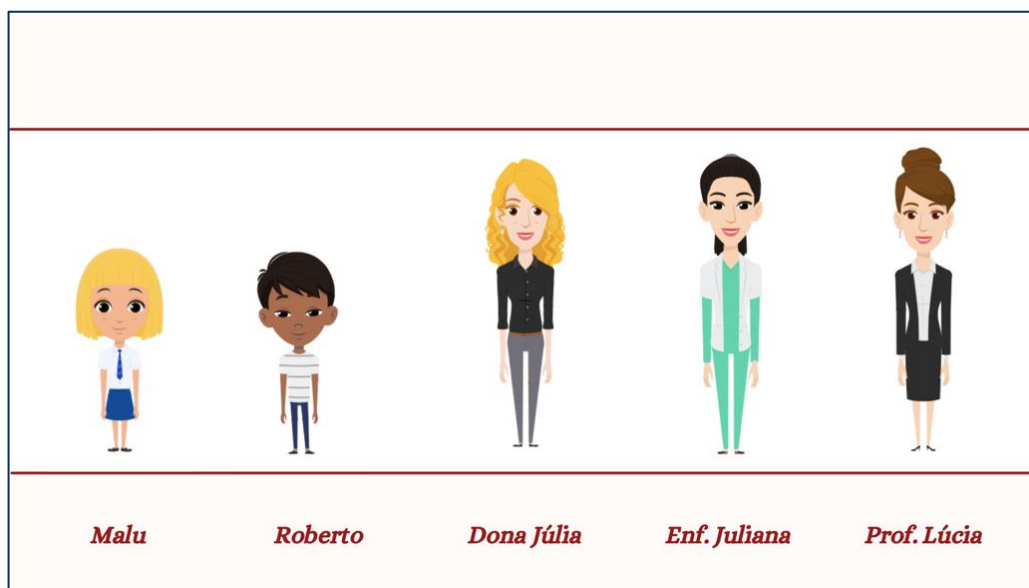
Seguindo os elementos norteadores da história delimitados no enredo segundo Palacios e Terenzio (2016), os quais apontam como estrutura básica para enredo: protagonismo, tensão, ensinamento, significado e verdade humana.

5.5.1.1 Protagonismo:

Aqui descrevemos os principais personagens que compõem a trama narrativa, detalhando suas características e personalidade. Fizeram parte da história dois personagens principais (duas crianças – uma menina e um menino) e 3 coadjuvantes (uma professora, uma

mãe e uma enfermeira). A escolha dos personagens se baseou na fase qualitativa onde os participantes mostram as pessoas que mais interagem com a criança que vive com sintomas urinários e/ou intestinais. A figura 17 traz a família de personagens e a seguir descrevemos o papel de cada uma e um pouco de suas características.

Figura 19. Grupo de personagens da história digital.



Fonte: próprias autoras.

Apresentam-se como personagens principais - duas crianças (uma menina e um menino), a primeira com sintomas de constipação e enurese e o segundo com incontinência urinária diurna e urgência miccional, com episódios de perdas urinárias no ambiente escolar.

Maria Luiza (Malu) é uma criança de 7 anos que desde o desfralde apresenta episódios de incontinência urinária noturna e posteriormente também passou a apresentar constipação. Ela é uma criança magra, baixa, branca e de cabelos loiros. É uma criança muito simpática, educada, alegre e calma. Em termos de personalidade, é uma menina muito tímida e tem dificuldade para falar sobre seus sintomas, o mesmo acontece para se comunicar com os seus responsáveis, pois sente medo e vergonha. Ela gosta muito de ir à escola e de brincar com seus amigos, mas nunca pode dormir fora de casa por conta dos seus sintomas. Ela não tem uma boa alimentação e gosta muito de comer “besteiras” como salgadinhos e chocolate. Acontece de não se lembrar de ir ao banheiro durante sua estada na escola. Luiza sempre se

sente envergonhada e triste devido aos seus sintomas urinários e intestinais, apesar de tais sintomas não a atrapalharem na realização das atividades diárias **(Personagem principal)**.

Roberto é uma criança de 7 anos que apresenta episódios de incontinência urinária diurna e urgência desde os 4 anos de idade, período posterior ao desfralde. Caracteriza-se por ser alto, negro, cabelos curtos e lisos, apresenta peso adequado para a idade, com o IMC dentro da normalidade. O que ele mais gosta de fazer é jogar bola. Já está bem melhor de seus sintomas urinários porque encontrou um serviço de enfermagem especializado para ajudá-lo com seus sintomas **(personagem principal)**.

Mãe da Malu (Júlia): Dona Júlia é uma mulher de 45 anos, moradora do Riacho Fundo II, no DF. Júlia é mãe de 3 filhos e desses somente Malu teve problemas urinários e intestinais. Ela acredita que tal fato esteja relacionado ao período de separação do seu marido, pois a criança era muito apegada com o pai. O período de separação coincidiu com o período de desfralde da criança. No início, Júlia acreditava que era normal que Luiza apresentasse os sintomas, mas depois percebeu que era mais sério. Se irrita com frequência com as perdas urinárias da filha, normalmente descobertas com peças íntimas molhadas escondidas pela filha, e com o constante comportamento de não ir ao banheiro e ter uma péssima alimentação **(personagem coadjuvante)**.

Professora da Malu (Lúcia): Lúcia tem 49 anos e é uma professora da rede pública e trabalha na Escola Classe 01 do Riacho Fundo II há 12 anos. É professora da primeira série (da qual Luiza faz parte). Lúcia ama dar aulas, mas é uma professora rígida com os alunos, por isso não os deixa sair para usar o banheiro ou beber água quando pedem, mas somente nos horários que ela estabelece, desconhecia os problemas que Malu estava passando. Ela caracteriza Malu como uma criança distraída, mas responsável e inteligente **(personagem coadjuvante)**.

Enfermeira Juliana: Juliana é enfermeira de um Ambulatório especializado em Disfunções Urinárias e Intestinais próximo à região que Luiza reside e tem realizado os atendimentos dela desde que houve encaminhamento por parte da UBS após procura da mãe de Malu para atendimento **(personagem coadjuvante)**.

5.5.1.2 Tensão:

Malu precisa superar o medo de falar sobre seus sintomas e iniciar um tratamento para melhorar os sintomas que apresenta. Além disso, vive com as regras da escola, irritabilidade de sua mãe e *bullying* por parte de seus colegas escolares. As atitudes que ela toma durante a história mostram sua capacidade de superação e resiliência.

5.5.1.3 Ensinamentos:

Malu ensina com sua experiência que o desenho pode ser uma forma boa de comunicar para os adultos aquilo se tem vergonha ou dificuldade de expressar. Vê-se com sua história a superação das dificuldades relacionadas aos sintomas e como a recuperação pode ser alcançada.

5.5.1.4 Significado:

O tema geral da história buscar representar a experiência de crianças com sintomas urinários e intestinais por meio das vidas de Malu e Roberto. Ela vive, além das dificuldades dos sintomas, o medo e a vergonha de falar sobre eles, ou seja, a dualidade entre falar para buscar ajuda ou calar-se.

5.5.1.5 Verdade Humana:

O coração da história é o fato de que as crianças da história são comuns, assim como as crianças que observarão a história, o que mostra que o tratamento é possível a essas crianças também. O fato de as crianças protagonistas serem os heróis e heroínas se suas próprias histórias, vencendo desafios e dificuldades, que se apresentam na vida de todos, trazem o lado humano e real da história.

Como descrito na metodologia, além dos preceitos necessários para a construção de uma boa história como acabamos de apresentar, também incluímos no roteiro os achados principais elencados na triangulação dos dados (apêndice 5). O quadro 4 traz de forma detalhada a correlação entre os achados e a aplicação na narrativa final desenvolvida.

Quadro 4. Aplicação dos dados da fase 1 no roteiro da história.

Dado da triangulação	Aplicação da história
Dor é um sintoma muito relevante e pontuado como incômodo (Dor ao evacuar; dor por assaduras).	Malu tem constipação e relata para sua mãe que sente “dor na barriguinha”.
Sentimentos de tristeza e vergonha em crianças com sintomas urinários ou intestinais.	Durante a primeira consulta com a enfermeira especializada, nossa personagem principal não consegue se comunicar e demonstra tristeza e vergonha. Outro momento em que esses sentimentos são apontados na história foi a perda de urina que Malu teve ao dormir na casa de sua amiga Karol. Após ter seu “segredo” por colegas de classe, Malu sofre <i>bullying</i> e se sente muito triste e envergonhada.
A impossibilidade de dormir na casa de amigos e familiares é vista como um ponto negativo.	Malu conta a seu amigo Roberto que seus pais nunca haviam a deixado dormir na casa de amigas.
Crianças possuem, em alguns casos, comportamento de adiar a micção por estar realizando outras atividades.	No início da história, durante o recreio Malu e Roberto brincam e se distraem a ponto de esquecerem de ir ao banheiro. A mãe da Malu, em um segundo momento, retoma esse comportamento da criança como causa das perdas urinárias de sua filha.
Parte das crianças referem não se incomodar com seus problemas urinários ou intestinais.	Malu conta a seu amigo Roberto que antes não se importava muito com seus problemas urinários e intestinais, mas que gostou muito melhoria depois do tratamento.

‘Xixi’ e ‘cocô’ são palavras amplamente utilizadas pelas crianças ao se referirem a suas eliminações.	Termos amplamente utilizados nas falas das crianças.
Identifica-se irritação e incômodo dos responsáveis/familiares com os sintomas apresentados pelas crianças.	A Mãe de Malu representa esse tópico quando encontra a calcinha molhada de sua filha. Nesse momento, ela se queixa de comportamentos e hábitos alimentares de Malu.
Criança comumente é questionada pelos profissionais de saúde sobre a ocorrência de <i>bullying</i>. Ao passo que alguns responsáveis relataram casos de bullying inclusive no ambiente familiar, contrariamente, outros afirmam que os sintomas de seus filhos são objeto de segredo familiar.	Os colegas de classe da Malu descobrem que ela tem enurese noturna e quando ela chega na sala de aula sofre com piadas e brincadeiras de mal gosto.
Além dos sentimentos unânimes, referem presença de irritação, culpa, medo, ansiedade.	No início da história, Malu tem uma perda urinária na escola e com a ajuda de seu amigo consegue sair da sala de aula, isso porque queria evitar que soubessem de seu problema - sentia medo e ansiedade.
Crianças escondem seus episódios de perda urinária por meio de trocas de roupas ou culpabilizando outros (como pets), podendo ser relacionado a medo ou vergonha.	Malu esconde sua calcinha para não contar à sua mãe sobre a perda urinária na escola.
Proibição do uso do toalete na escola.	Na história é representada situação em que Malu solicita ir ao banheiro durante a explicação de uma matéria na escola e tem a permissão negada pela professora.
Episódio traumático de perda urinária na escola.	Retratamos na primeira parte da história um evento de perda urinária na escola protagonizado pela Malu.

5.5.2 *Storyboard e produção da animação*

Considerando as informações necessárias para a construção do *storyboard* citadas anteriormente (descrição, horário do dia, trilha sonora, imagem e diálogo – composição mínima de cada quadro da cena), foi realizado planejamento das cenas seja o mais aproximado do vídeo final. As imagens utilizadas nessa etapa foram construídas no site “*storyboard that*” (**Storyboard that**, 2021), como mencionado no tópico metodologia.

Nosso *storyboard* teve ao total 5 cenas principais: 1) episódio de perda urinária na escola; 2) início do tratamento da Malu; 3) dificuldades no tratamento; 4) episódio de *bullying* na escola; 5) término de tratamento e melhora de sintomas (apêndice 6).

A primeira cena acontece na Escola dos personagens principais, foram descritos sete quadros para detalhar o evento de perda urinária da Malu, a cena finaliza quando ela chega em casa e tenta ocultar o que havia acontecido, mas sua mãe encontra sua calcinha molhada e Malu acaba relatando o ocorrido e sua mãe se irrita.

A cena número dois possui apenas dois quadros e aborda o momento em que Roberto traz uma sugestão de tratamento para Malu baseada em sua experiência própria. Ele fala sobre um ambulatório de enfermagem que ele tem frequentado, pois também vive com problemas urinários e já tem visto melhoras depois que passou a seguir as recomendações.

Na terceira cena é retratada a dificuldade e vergonha da criança protagonista em reportar seus sintomas urinários e intestinais, para ilustrar o evento na história três quadros são construídos no *storyboard*. Ao ser questionada pela enfermeira durante a consulta, Malu emudece e não consegue verbalizar seus problemas para uma estranha.

A quarta cena, por meio de três quadros, traz um evento traumatizante para Malu, ela relata a seu amigo Roberto a perda urinária que teve durante uma noite fora de casa e ambos são surpreendidos com a descoberta de todos os colegas da turma e com brincadeiras maldosas sobre o fato. A professora tenta apaziguar a situação, mas ainda assim a tristeza e vergonha dominam nossa personagem principal.

A quinta e última cena é desenvolvida em 3 quadros e traz o desfecho final de nossa história. Malu teve melhora de seus sintomas após sete meses de tratamento e a cena retrata o momento de sua alta do serviço, comemoração com seu amigo Roberto dos resultados, pedido de desculpa de sua mãe por ter não ter dado a devida importância a seus sintomas e um prêmio de sua enfermeira pelo êxito.

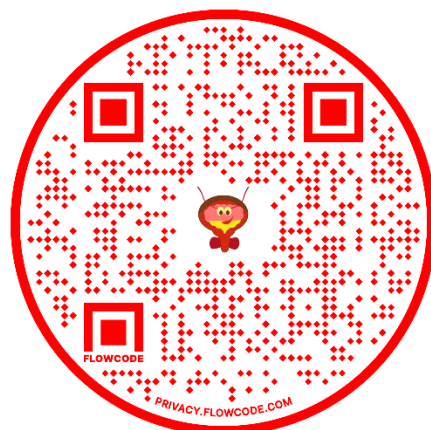
As cenas descritas no *storyboard* foram produzidas e editadas no formato de um vídeo de animação, intitulado “Malu conta a sua história”, cuja versão piloto conta com 09:55 minutos

e está hospedada na plataforma gratuita de vídeos online YouTube (<https://www.youtube.com/channel/UCfR81DfVkZ2MhhEWmMtY0ZQ>) no Canal da linha de pesquisa que esse projeto está vinculado (ENF-UROPED).

Clique ou copie o link abaixo em um
browser de internet:

<https://www.youtube.com/watch?v=Uyxfj8H9PiU>

Ou utilize o QR code para
acesso direto



Discussão 

6 DISCUSSÃO

Considerando as duas fases que compuseram essa pesquisa, discutiremos como cada uma contribuiu com o produto final, sob a ótica dos referenciais da TSD e da Tradução do conhecimento baseado nas artes para a comunicação da criança.

A compreensão ampliada da experiência de sintomas urinários e intestinais na infância se mostrou um fenômeno complexo e ainda pouco estudado. Nossa revisão da literatura trouxe um número restrito de estudos e que se voltava para aspectos de cunho psicossocial (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020). Deixando-se de discutir eixos como fatores predisponentes à ocorrência e severidade dos sintomas, pontos que interferem diretamente sobre como os sintomas impactam a vida da criança e sua família.

Sentimentos de tristeza, medo e vergonha foram identificados na revisão da literatura e no estudo de método misto conduzido por nós. Esses sentimentos se sobressaem sobretudo nos casos de incontinência urinária, onde existe um estado de alerta constante com relação a possibilidade de que o problema urinário seja descoberto pelos pares (AZEVEDO *et al.*, 2014; DOURADO *et al.*, 2019; VELOSO *et al.*, 2016). O comportamento de ocultar essa ocorrência também é compartilhado pelos responsáveis, que visam proteger seus filhos de comentários maldosos a respeito de seu problema (OLIVEIRA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

Esse tipo de situação em que a criança se vê humilhada e de certa forma ameaçada configura o *bullying*, tema também convergente. Sabe-se que esse tipo de situação é traumatizante e repercute com feridas psicológicas muitas vezes permanentes, inclusive como o estresse pós-traumático (ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D’AFFONSECA, 2013; PIMENTEL; CRISTINA; DAPIEVE PATIAS, 2020). É nesse contexto que uma equipe multidisciplinar faz a diferença no tratamento de tais crianças, uma vez que o acompanhamento psicológico como parte das ações terapêuticas para a criança que sofre com esses sintomas é fundamental (DE AZEVEDO *et al.*, 2014).

Entretanto, é importante salientar que o apoio psicológico e emocional é tarefa de todos os membros da equipe de saúde e o enfermeiro especialista em Uropediatria deve ser capaz de identificar e acolher a família como um todo. O impacto psicológico do *bullying* não foi ainda completamente compreendido, contudo, estudos já alertam para a possibilidade de que a criança desenvolva problemas de conduta (MARCIANO *et al.*, 2018; SEMPIK; WARD; DARKER, 2008).

Desse modo, é necessário esse acolhimento de toda a família porque, como também foi apontado em nossos estudos, identifica-se o impacto dos sintomas urinários e intestinais não somente na criança, mas também em seus responsáveis. A irritação e a raiva são os principais sinais de impacto descritos na revisão da literatura, mas também no impacto financeiro com a troca de colchões, múltiplas roupas íntimas e, em certos casos, a compra de fraldas (OLIVEIRA; SALVIANO; MARTINS, 2018; SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020).

Nesse cenário, a revisão sobre o impacto na convivência dos pais mostrou que em muitos casos a raiva culmina em violência contra a criança, sendo essa culpabilizada por seus sintomas (OLIVEIRA; SALVIANO; MARTINS, 2018). Outro estudo brasileiro com 149 pais de crianças com enurese, afirma ainda que os cuidadores se sentem irritados com as perdas urinárias, impacientes e desgastados devido à mudança na rotina que o manejo dos sintomas ocasiona (SAPI *et al.*, 2009). Fazendo um paralelo com a TSD, verifica-se que os fatores psicológicos aqui examinados podem contribuir para o surgimento e intensidade dos sintomas (LENZ *et al.*, 1997).

Outro tipo de fator abordado pela teoria são os situacionais, e aqui incluímos a escola como um ambiente amplamente frequentado pela criança escolar e que pode afetar seus sintomas. Vimos na fase qualitativa do estudo de método misto que nem sempre são oferecidas condições e instalações de higiene adequadas em espaços públicos, e na escola a criança se submete a regras para o uso do toalete. Dado que também foi apontado na revisão da literatura por nós executada (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020). Esse fato que traz à tona uma questão importante a ser discutida inclusive em políticas públicas, pensando na importância de adoção de hábitos saudáveis de eliminações associada à acesso e disponibilidade de banheiros com condições adequadas para uso (SALVIANO; MARTINS, 2016; SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2015). Além de trazer à tona a rigidez nas regras de permissão para o uso do toalete no ambiente escolar, sendo esse tópico já discutido em outros artigos sobre hábitos miccionais na infância (CHING *et al.*, 2015; WHALE; CRAMER; JOINSON, 2018). No que diz respeito à esse último ponto, a parceria com canal de comunicação direta com a escola pode ser uma estratégia efetiva de intervenção inter-setorial (saúde e educação), por exemplo, como realizado pela equipe de um serviço de enfermagem especializado que entregam cartas de permissão para o uso do toalete durante o período escolar (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

Ainda sobre os fatores que podem resultar em sintomas urinários e intestinais estão os elementos biológicos. No estudo quantitativo realizou-se a caracterização clínica dos casos de

crianças atendidas em um serviço de enfermagem especializado em Uropediatria e no estudo qualitativo, os entrevistados expuseram suas percepções sobre os fatores causadores de cunho biológico. Em termos epidemiológicos, verificou-se uma maior ocorrência de casos em meninas de 6 e 7 anos, o que vai ao encontro com a literatura que aponta a faixa etária escolar como predominante na ocorrência dos sintomas, bem como o sexo feminino (XU *et al.*, 2021). Em estudo turco sobre crianças com disfunção miccional, observou-se uma frequência mais elevada de DVI em crianças de seis anos (23,1%), evidenciando uma diminuição da ocorrência, com o aumento da idade (RIBEIRO *et al.*, 2020). A situação somente se inverte em casos de enurese, onde os meninos tem sido os mais acometidos, conforme corroborado por estudo de Ozden et al (2007) (20,1% versus 15%)⁽²¹⁾.

No que correspondente a tipologia de sintomas identificados, dentre os 69 prontuários incluídos na amostra, o sintoma mais prevalente foi a CIF (18,9% do total de atendidos no ambulatório), seguida dos sintomas urinários de urgência miccional, manobras de contenção e incontínências urinárias diurna e noturna. Revisão da literatura mostra que a prevalência geral de CIF é de varia de 0.7% a 79% (MUGIE; BENNINGA; DI LORENZO, 2011). Portanto, entende-se que a CIF mesmo sendo o sintoma mais comum, o fato de ser um serviço de uropediatria pode trazer um número subestimado de casos, uma vez que nem todos os profissionais identificam com clareza a relação entre ambos os sistemas. Isso se comprova com os 5 casos serem de crianças com apenas sintomas intestinais. Mas, a DVI não são sintomas concomitantes?

Dentre os sintomas urinários, os dois mais prevalentes foram as manobras de contenção e urgência miccional com mesma a frequência e em segundo lugar a incontínência urinária noturna (enurese). Esse dado pode traduzir um comportamento retentivo da maior parte das crianças, corroborado com as falas dos três grupos de participantes da fase qualitativa. Nessa esfera, cabe o uso de terapias comportamentais e teorias behavioristas para modificações de comportamentos de risco, sendo esses preceitos também abordados na UP (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019; AUSTIN *et al.*, 2016).

Ainda sobre as causas de origem fisiológica, as falas dos participantes apontaram o treinamento esfinteriano como gatilho inicial de sintomas. Essa etapa do desenvolvimento infantil requer previamente a maturação de alguns sistemas orgânicos e a demonstração de sinais de prontidão por parte da criança. O amadurecimento do sistema

nervoso e o aumento da capacidade vesical são os fatores determinantes da continência esfinteriana em crianças de até 3 anos (FONSECA, 2013).

Mesmo com a percepção da plenitude vesical, a criança desenvolve aos poucos o controle da musculatura do assoalho pélvico e dos esfíncteres, juntamente com o controle cortical. Conforme a criança amadurece, sua capacidade de controle vesical aumenta. Portanto, o desfralde deve ser realizado apenas quando ela apresentar os sinais de prontidão cognitiva e dos tratos urinário e intestinal. Caso contrário, as pressões psicológicas exercidas pelos cuidadores e o treinamento antes do tempo oportuno podem afetar esse processo (MOTA; BARROS, 2008), se tornando possíveis fatores desencadeantes de disfunções miccionais na infância (FONSECA, 2013). Nessa perspectiva, o surgimento dos sintomas após o treinamento nas crianças participantes do nosso estudo pode estar associado à expectativa dos responsáveis acerca desse momento.

Os problemas e desconfortos na dimensão psicossocial e emocional interferem igualmente no bem-estar social da criança, e no que se chama de performance social, no contexto de sintomas urinários e intestinais o ambiente que mais se evidencia o impacto é a escola. O medo de que os sintomas sejam descobertos por amigos ou pessoas fora do círculo familiar bloqueia a criança para as relações interpessoais e a impede de realizar atividades sociais como dormir na casa de amigos e familiares. A socialização comprometida da criança que apresenta esse tipo de eliminação disfuncional é reflexo da timidez e vergonha relacionadas ao estigma de vivenciar problemas de eliminações (DOURADO *et al.*, 2019; SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020). A enurese, por exemplo, se caracteriza por uma condição clínica de etiologia multifatorial, que afeta o relacionamento social, a autoestima, as relações familiares e até na vida acadêmica de crianças e adolescentes (NEVÉUS; SILLÉN, 2013).

Além do isolamento social vivido pela criança, uma preocupação levantada pelos responsáveis e profissionais entrevistados diz respeito a eventuais discriminações e vitimizações sofridas pela criança nos mais diversos ambientes, desde o próprio seio familiar até a escola. *Bullying* em crianças com sintomas urinários e intestinais já foi reportado em outros estudos que descrevem a experiência desses sintomas na infância e sintetizados em revisão da literatura (SALVIANO; GOMES; MARTINS, 2020). A violência psicológica e traumas ocasionados pelo *bullying* de certa forma alimentam o ciclo vicioso do medo de ser descoberto pelos pares e outros indivíduos. O impacto psicológico do *bullying* nesse grupo de crianças não foi ainda amplamente compreendido, entretanto, estudos já apontam para a

possibilidade da criança desenvolver problemas de conduta (MARCIANO *et al.*, 2018; SEMPIK; WARD; DARKER, 2008).

A escola também é um ambiente social, onde a criança sofre experiências relacionadas à (in)continência. Dentre elas está a decisão de contar aos professores e amigos sobre seus sintomas; o medo de ser descoberto por outras crianças e de ser alvo de brincadeiras e *bullying*; além da imposição de regras rígidas para o uso do toalete durante o período escolar (CHING *et al.*, 2015; WHALE; CRAMER; JOINSON, 2018). Estudo com crianças acometidas por enurese destaca os prejuízos no relacionamento social, na autoestima, nas relações familiares e até na vida acadêmica de crianças e adolescentes (NEVÉUS; SILLÉN, 2013). Os profissionais e responsáveis entrevistados na nossa pesquisa também demonstram preocupação quanto ao impacto social escolar, sendo, portanto, comum a preocupação dos responsáveis e o questionamento dos profissionais em seus atendimentos sobre eventuais discriminações e vitimizações sofridas pela criança. Muito embora, não tenha sido evidenciado nas falas ações claras advindas desses agentes que visem reverter essa situação.

Dentre outras repercussões dos sintomas no cotidiano das famílias participantes da nossa pesquisa estão a impossibilidade da criança dormir fora de casa, sendo esse um ponto levantando pelos três grupos de entrevistados em nosso estudo; a irritação e raiva dos pais, principalmente por privação de sono e os sentimentos negativos que os episódios de enurese causam nas crianças. Em consonância com esse dado do nosso estudo, 149 pais de crianças com enurese, entrevistados em outra pesquisa brasileira, mencionam se sentirem irritados com as perdas urinárias, impacientes e desgastados devido à mudança na rotina que o manejo dos sintomas ocasiona. As crianças do referido estudo demonstraram vergonha ao falar de sua condição e de dormir na casa de amigos (SAPI *et al.*, 2009), fatos que refletem com clareza o impacto desses sintomas na vida da criança e família.

Ainda sob o olhar de performance da criança, mas agora em uma ótica cognitiva, percebeu-se um impacto importante no desempenho escolar, possivelmente atrelado aos aspectos de cunho social e de interrupção de sono nos casos de enurese. Estudo esloveno com 1.248 crianças com enurese primária mostrou que o baixo desempenho pode estar relacionado com a diminuição da concentração decorrente de noites despertas pelas perdas urinárias (KARNIČNIK *et al.*, 2012).

A triangulação dos dados obtidos, em conjunto com as expressões mais utilizadas pelas crianças, deu origem à história digital (Malu conta sua história). Optamos por essa forma de

tradução do conhecimento, haja vista que crianças maiores de cinco anos são capazes de gerar sequências de multi-episódios em suas narrativas (KHAN *et al.*, 2016), sendo, portanto, uma faixa etária que se beneficia do uso de histórias digitais como ferramenta de tradução do conhecimento, alinhando-se ao grupo prevalente de sintomas urinários e intestinais. O’Byrne e demais pesquisadores (2018) reiteram ainda que crianças de 5 e 6 anos, a depender do nível de habilidade desenvolvida, conseguem reproduzir histórias ou até mesmo criá-las com base no seu repertório intelectual. Mostrando que se trata de uma ferramenta lúdica e adequada para intermediar a comunicação com crianças escolares.

A escola se mostrou potencializadora da ocorrência de sintomas, traumas e inseguranças para a criança que vive com problemas urinários e intestinais. Entretanto, o conhecimento dos professores acerca da temática e de como proceder diante de normas e regras institucionais se mostra escasso. Iniciando-se com assuntos como desfralde para os anos iniciais em creches (SOUZA, 2019). Diante disso, e dentro dos pressupostos apontados no PSE (BRASIL, 2007), faz-se necessária uma maior articulação com os serviços de saúde com a finalidade de trazer à tona os pontos críticos e lacunas de conhecimento e levantamento de propostas que minimizem a realidade vivenciada pela criança.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese chega ao seu final após trabalhar os objetivos traçados no início dessa jornada. O protótipo de história digital foi construído dentro do arcabouço teórico da Experiência de Sintomas Desagradáveis descrito por Lenz e da tradução do conhecimento baseado nas artes, a fim de mediar a comunicação da criança com os profissionais de saúde.

O passo inicial para construção da história digital incluiu a compreensão ampliada e multifacetada do público-alvo, ou seja, as crianças em idade escolar com sintomas urinários e intestinais. O primeiro passo foi acessar, analisar e sintetizar os dados previamente publicados pela literatura sobre a experiência de crianças com esses sintomas. Tal resultado trouxe à tona uma escassez de produções sobre a temática investigativa, os pontos mais discutidos entre os artigos incluíram sentimentos negativos como nervosismo e medo, preocupação, vergonha e timidez, ansiedade e sintomas depressivos. A lacuna encontrada mostrou a necessidade de se compreender melhor o fenômeno de experiência de sintomas no grupo estudado.

Ao analisarmos um serviço de enfermagem especializado e de referência, foi possível traçar o perfil de crianças com sintomas urinários e/ ou intestinais, mostrando-se muito comum, nesse contexto, o acompanhamento de crianças que apresentam DVI e mais raramente aquelas que buscam o serviço com sintomas isolados de CIF e/ ou encoprese. Os dados mostram ainda de forma mais detalhada uma prevalência dos sintomas entre meninas de 6 e 7 anos de idade, e dentre os sintomas urinários - os mais prevalentes foram urgência miccional, manobras de contenção e incontinências urinárias nessa ordem. A CIF se mostrou muito frequente, porém normalmente associada a STUI, configurando-se os casos de DVI.

Considerando, portanto, a complexidade da temática, a perspectiva dos responsáveis e profissionais em congruência com a percepção da criança permitiu uma compreensão ampliada desse fenômeno. Houve unanimidade entre os participantes em pontuar que há duas possibilidades de vivenciar os sintomas, uma envolve as crianças que parecem não se incomodar com os sintomas e normalizam a situação, e outra em que os sentimentos de tristeza e vergonha predominam. Ademais, os responsáveis e profissionais presenciam irritação, culpa, medo e ansiedade dentre as crianças estudada nessa pesquisa.

Os participantes descrevem em detalhes os diferentes impactos na vida da criança, e como a dimensão social é afetada ou de forma inversa afeta a experiência de sintomas. Foi unânime que a impossibilidade de dormir fora de casa e de ir a passeios que envolvem pernoite é o principal ponto negativo para a criança. Entretanto, responsáveis e profissionais mencionam ainda a ocorrência de situações de *bullying* advinda de colegas e familiares. Identifica-se,

também, a convivência com a irritação e incômodo dos responsáveis acerca dos sintomas de seus filhos e a proibição do uso do toalete durante o período escolar, sendo esses elementos externos que influenciam na experiência da criança com seus sintomas.

Constata-se inclusive as formas de *coping* que a criança desenvolve, um exemplo mencionado pelos responsáveis e profissionais foi que crianças escondem seus episódios de perda urinária por meio de trocas de roupas ou culpabilizando outros indivíduos pelo episódio, a fim de evitar a descoberta e a vergonha associada. Frente a esse receio de ser exposto a amigos e colegas, as crianças do nosso estudo referem que a ocorrência de perdas urinárias em ambiente como a escola é um evento potencialmente traumático.

Ao final das análises dos três grupos de participantes, foi possível também identificar termos e expressões que são amplamente compreendidas por crianças ao se comunicar sobre seus sintomas. Mostraram-se como universais os termos “xixi” e “cocô”, por conseguinte recomendamos que profissionais de saúde que atendam esse público que se aproprie desse vocabulário comumente utilizada por crianças escolares.

As evidências e direcionamentos obtidos na fase 1 da pesquisa foram sintetizadas no formato de uma ferramenta de tradução de conhecimento (protótipo de história digital). Buscamos transmitir a mensagem às crianças escolares com sintomas urinários e intestinais por intermédio da vida de Malu e Roberto (protagonistas). A narrativa passa nos cenários que identificamos em nossa pesquisa: domicílio, escola e hospital. E a pequena Malu, apesar de sua timidez e vergonha, passa uma mensagem de coragem, superação e resiliência aos espectadores.

Como limitação do estudo, pode-se apontar o tamanho amostral do grupo de responsáveis e crianças no eixo qualitativo. Devido ao contexto pandêmico, o processo de coleta de dados foi prejudicado pela interrupção de atendimentos presenciais no serviço ambulatorial de referência. Optou-se por não migrar a coleta para o formato virtual a fim de evitar vieses, tendo em vista que já tínhamos dados relevantes em mãos advindos das entrevistas presenciais já coletadas. Além disso, a ferramenta no formato de história digital precisa ser validada pelos usuários, com vistas à lapidação e ajustes que forem necessários.

Os próximos passos a serem perseguidos incluem a validação do conteúdo e aparência da história digital e a edição da versão final da história com o apoio de uma equipe de design gráfico. Por fim, pretende-se realizar estudos futuros sobre a efetividade da ferramenta de tradução do conhecimento como mediadora de informações e de comunicação com a criança, bem como avaliar os desfechos em saúde como adesão terapêutica e estratégias de autogerenciamento de sintomas adotadas pelas crianças.

Referências Bibliográficas

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHAR, K.; MIRBAGHERI, A.; SCOTT, H.; MACNEILY, A. E. Development of a symptom score for dysfunctional elimination syndrome. **J Urol**, v. 182, n. 4 Suppl, p. 1939-1943, 2009.

AKYÜZ, M.; KOCA, O.; KARAMAN, B.; ÖZCAN, Z. Y. *et al.* Evaluation of behavioral problems in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis: A prospective controlled trial. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 46, n. 3, p. 807-811, 2016.

AL-ZABEN, F. N.; SEHLO, M. G. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. **Child Abuse and Neglect**, v. 43, p. 22-29, 2015.

ALBUQUERQUE, P. P.; WILLIAMS, L. c. C. d. A.; D’AFFONSECA, S. M. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 91-98, 2013.

ALTAY, N.; KILICARSLAN-TORUNER, E.; SARI, Ç. The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 28, p. 1-6, 2017.

Animaker. 2021. Disponível em: <https://www.animaker.com>).

ARANHA, B. F.; SOUZA, M. A. d.; PEDROSO, G. E. R.; MAIA, E. B. S. *et al.* Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. e20180413, p. 1-7, 2020.

ARCHIBALD, M. M.; CAINE, V.; SCOTT, S. D. The development of a classification schema for arts-based approaches to knowledge translation. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 11, n. 5, p. 316-324, 2014.

ARCHIBALD, M. M.; CAINE, V.; SCOTT, S. D. Intersections of the arts and nursing knowledge. **Nurs Inq**, v. 24, n. 2, 2017.

ARCHIBALD, M. M.; HARTLING, L.; ALI, S.; CAINE, V. *et al.* Developing “My Asthma Diary”: a process exemplar of a patient-driven arts-based knowledge translation tool. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 186, 2018.

ARGIBAY, I. S.; GALLART, R. M.; BELOY, I. C.; GONZÁLEZ, M. G. Urinary incontinence and lower urinary tract dysfunction prevalence in schoolchildren: risk factors. **Cir Pediatr**, v. 32, n. 3, p. 145-149, 2019.

ASSIS, G. M.; SILVA, C. P. C. d.; MARTINS, G. Urotherapy in the treatment of children and adolescents with bladder and bowel dysfunction: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 6, p. 628-641, 2019.

AUSTIN, P. F.; BAUER, S. B.; BOWER, W.; CHASE, J. *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. **Neurourology and Urodynamics**, v. 35, n. 4, p. 471-481, 2016.

AZEVEDO, R. V. M. d.; OLIVEIRA, E. A.; VASCONCELOS, M. M. d. A.; CASTRO, B. A. C. d. *et al.* Impacto de uma abordagem interdisciplinar em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior (DTUI). **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 36, p. 451-459, 2014.

AZIZ, I.; WHITEHEAD, W. E.; PALSSON, O. S.; TÖRNBLOM, H. *et al.* An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. **Expert Review of Gastroenterology & Hepatology**, v. 14, n. 1, p. 39-46, 2020.

BALESTRA, M. M. M. **A Psicopedagogia em Piaget: uma ponte para a educação da liberdade**. Editora Intersaberes, 2012.

BARROS, A. L. B. L. d. **Anamnese e exame físico : avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Artmed, 2016.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A Amostragem Em Snowball (Bola De Neve) Em Uma Pesquisa Qualitativa No Campo Da Administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados.

BRASIL. institui o Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília.

BRASIL. Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRONDANI, J. P.; WEGNER, W. A contação de histórias como tecnologia na promoção da autonomia e participação da criança hospitalizada no cuidado de enfermagem. **J. nurs. health**, v. 9, n. 3, p. e199311, 2019.

CALDAS, A. C. M.; BEZERRA, E. P. Toca que lá vem história: a reconfiguração das experiências de storytelling nos e-picturebooks infantis. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 41, n. 3, p. 157-177, 2018.

CEDERBLAD, M.; NEVEUS, T.; AHMAN, A.; OSTERLUND EFRAIMSSON, E. *et al.* "Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis. **J Pediatr Urol**, v. 10, n. 1, p. 74-79, 2014.

CHING, C. B.; LEE, H.; MASON, M. D.; CLAYTON, D. B. *et al.* Bullying and lower urinary tract symptoms: why the pediatric urologist should care about school bullying. **The Journal of urology**, v. 193, n. 2, p. 650-654, 2015.

CLAUS, M. I. S.; MAIA, E. B. S.; OLIVEIRA, A. I. B. d.; RAMOS, A. L. *et al.* A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200383, 2021.

COFEN. Atualização da norma para utilização técnica do brinquedo/ brinquedo terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Resolução COFEN nº 0546 Brasília.

COLLIS, D.; KENNEDY-BEHR, A.; KEARNEY, L. The impact of bowel and bladder problems on children's quality of life and their parents: A scoping review. **Child: Care, Health and Development**, v. 45, n. 1, p. 1-14, 2019.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAMASCENO, E. F.; NARDI, P. A.; SILVA, A. K. A. c.; LOPES, L. F. B. *et al.* Um serious game como estratégia na promoção da saúde no combate ao uso de drogas. **J Bras Tele.**, v. 4, n. 2, p. 237-245, 2016.

DE AZEVEDO, R. V.; OLIVEIRA, E. A.; VASCONCELOS, M. M.; DE CASTRO, B. A. *et al.* Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 4, p. 451-459, 2014.

DEHGHANI, S. M.; BASIRATNIA, M.; MATIN, M.; HAMIDPOUR, L. *et al.* Urinary tract infection and enuresis in children with chronic functional constipation. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v. 7, n. 5, p. 363-366, 2013.

DEHGHANI, S. M.; KULOUEE, N.; HONAR, N.; IMANIEH, M. H. *et al.* Clinical manifestations among children with chronic functional constipation. **Middle East Journal of Digestive Diseases**, v. 7, n. 1, p. 31-35, 2015.

DESAI, P. P.; PANDYA, S. V. Communicating with children in healthcare settings. **Indian journal of pediatrics**, v. 80, n. 12, p. 1028-1033, 2013.

DOS SANTOS, J.; LOPES, R. I.; KOYLE, M. A. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. **Can Urol Assoc J**, v. 11, n. 1-2 Suppl1, 2017.

DOURADO, E. R.; DE ABREU, G. E.; SANTANA, J. C.; MACEDO, R. R. *et al.* Emotional and behavioral problems in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction: a population-based study. **Journal of Pediatric Urology**, v. 15, n. 4, p. 376.e371-376.e377, 2019.

DRIESSNACK, M.; FURUKAWA, R. Arts-based data collection techniques used in child research. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 17, n. 1, p. 3-9, 2012.

FARHAT, W.; BÄGLI, D. J.; CAPOLICCHIO, G.; O'REILLY, S. *et al.* The dysfunctional voiding scoring system: Quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. **Journal of Urology**, v. 164, n. 3 II, p. 1011-1015, 2000.

FARUK ISLIM, O.; OZUDOGU, G.; SEVIM-CIRAK, N. The use of digital storytelling in elementary Math teachers' education. **Educational Media International**, v. 55, n. 2, p. 107-122, 2018.

FONSECA, E. M. G. O. d. Controle esfinteriano, enurese e disfunção do trato urinário inferior. In: **Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria**, 2013. v. 2, p. 51-73.

FOSTER, E. M.; MARCUS JENKINS, J. V. Does Participation in Music and Performing Arts Influence Child Development? **American Educational Research Journal**, v. 54, n. 3, p. 399-443, 2017.

FRENCH, C. L.; CRAWFORD, S. L.; BOVA, C.; IRWIN, R. S. Change in Psychological, Physiological, and Situational Factors in Adults After Treatment of Chronic Cough. **Chest**, v. 152, n. 3, p. 547-562, 2017.

GAGLIARDI, A. R.; BERTA, W.; KOTHARI, A.; BOYKO, J. *et al.* Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. **Implementation Science**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

GHOLAMI, S.; MOJEN, L. K.; RASSOULI, M.; PAHLAVANZADE, B. *et al.* The Predictors of Postoperative Pain Among Children Based on the Theory of Unpleasant Symptoms: A Descriptive-Correlational Study. **J Pediatr Nurs**, v. 55, p. 141-146, 2020.

GRAHAM, I. D.; LOGAN, J.; HARRISON, M. B.; STRAUS, S. E. *et al.* Lost in knowledge translation: time for a map? **J Contin Educ Health Prof**, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.

GRAHAM, I. D.; TETROE, J. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. **Acad Emerg Med**, v. 14, n. 11, p. 936-941, 2007.

GRZEDA, M.; HERON, J.; GONTARD, A.; JOINSON, C. Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 649-658, 2017.

HARTLING, L.; SCOTT, S.; PANDYA, R.; JOHNSON, D. *et al.* Storytelling as a communication tool for health consumers: development of an intervention for parents of children with croup. Stories to communicate health information. **BMC Pediatrics**, v. 10, n. 64, p. 1-10, 2010.

HESSE-BIBER, S.; JOHNSON, R. B. **The oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry**. New York: Oxford university press, 2015.

HOCKENBERRY, M. J. W., David. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1280 p.,

JENKINS, L.; HEPBURN, A.; MACDOUGALL, C. How and why children instigate talk in pediatric allergy consultations: A conversation analytic account. **Social Science & Medicine**, v. 266, 2020.

JOINSON, C.; SULLIVAN, S.; GONTARD, A.; HERON, J. Early childhood psychological factors and risk for bedwetting at school age in a UK cohort. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 25, n. 5, p. 519-528, 2016.

JÖN SON RING, I.; NEVÉUS, T.; MARKSTRÖM, A.; ARNRUP, K. *et al.* Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 106, n. 5, p. 806-811, 2017.

KAJDER, S.; BULL, G.; ALBAUGH, S. Constructing digital stories. **Learning & Leading with Technology**, v. 32, n. 5, p. 40+, 2005.

KARNIČNIK, K.; KOREN, A.; KOS, N.; MARČUN VARDA, N. Prevalence and quality of life of slovenian children with primary nocturnal enuresis. **International journal of nephrology**, v. 2012, p. 509012, 2012.

KAUGARS, A. S.; SILVERMAN, A.; KINSERVIK, M.; HEINZE, S. *et al.* Families perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 51, n. 6, p. 747-752, 2010.

KHAN, K. S.; GUGIU, M. R.; JUSTICE, L. M.; BOWLES, R. P. *et al.* Age-related progressions in story structure in young children's narratives. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 59, p. 1395-1408, 2016.

KLEMFUSS, J. Z.; WANG, Q. Narrative Skills, Gender, Culture, and Children's Long-Term Memory Accuracy of a Staged Event. **Journal of Cognition and Development**, v. 18, n. 5, p. 577-594, 2017.

KOHLSDORF, M.; COSTA-JUNIOR, Á. L. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, n. 4, p. 539-552, 2013.

KOSTENIUS, C.; HALLBERG, J.; LINDQVIST, A.-K. Gamification of health education: Schoolchildren's participation in the development of a serious game to promote health and learning. **Health Education**, v. 118, n. 4, p. 354-368, 2018.

LENHART, J.; LENHARD, W.; VAAHTORANTA, E.; SUGGATE, S. More than words: Narrator engagement during storytelling increases children's word learning, story comprehension, and on-task behavior. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 51, p. 338-351, 2020.

LENZ, E. R.; GIFT, A.; PUGH, L. C.; MILLIGAN, R. A. Unpleasant symptoms. In: PETERSON, J. e BREDOW, S. (Ed.). **Middle range theories: application to nursing research**. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013. p. 69-81.

LENZ, E. R.; PUGH, L.; MILLIGAN, R.; GIFT, A. *et al.* The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 19, n. 3, p. 14-27, 1997.

LENZ, E. R.; SUPPE, F.; GIFT, A. G.; PUGH, L. C. *et al.* Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. **Advances in Nursing Science**, v. 17, n. 3, 1995.

LEWIS, M. L.; PALSSON, O. S.; WHITEHEAD, W. E.; VAN TILBURG, M. A. L. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents. **The Journal of Pediatrics**, v. 177, p. 39-43.e33, 2016.

LONKHUYZEN, M. L. v. E.-v.; BOLS, E. M. J.; BASTIAENEN, C. H. G.; BENNINGA, M. A. *et al.* Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire: Development, Feasibility, and Aspects of Validity and Reliability. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 64, n. 6, p. 911-917, 2017.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; BOMFIM, E. d. O.; NASCIMENTO, L. C.; PEREIRA-DA-SILVA, G. *et al.* Theory of unpleasant symptoms: support for the management of symptoms in

children and adolescents with cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 109-112, 2015.

MACDONALD, A. Drawing stories: the power of children's drawings to communicate the lived experience of starting school. **Australasian Journal of Early Childhood**, v. 34, n. 3, p. 40-49, 2009.

MACEDO GABARRA, L.; CREPALDI, M. A. A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 65, p. 209-218, 2011.

MACKENZIE, N. E.; TUTELMAN, P. R.; CHAMBERS, C. T.; PARKER, J. A. *et al.* Factors associated with parents' experiences using a knowledge translation tool for vaccination pain management: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 355, 2021.

MARCIANO, R. C.; CARDOSO, M. G. F.; VASCONCELOS, M. A.; PAULA, J. J. *et al.* Behavioral disorders and impairment of quality of life in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction. **Journal of Pediatric Urology**, v. 14, n. 6, p. 568.e561-568.e567, 2018.

MATTHEWS, J. Voices from the heart: the use of digital storytelling in education. **Community Practitioner**, v. 87, n. 1, p. 28-30, 2014.

MILLER, J. M.; GARCIA, C. E.; HORTSCH, S. B.; GUO, Y. *et al.* Does Instruction to Eliminate Coffee, Tea, Alcohol, Carbonated, and Artificially Sweetened Beverages Improve Lower Urinary Tract Symptoms?: A Prospective Trial. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 43, n. 1, p. 69-79, 2016.

MORADI, H.; CHEN, H. Digital Storytelling in Language Education. **Behavioral Sciences** v. 9, n. 12, p. 147, 2019.

MOTA, D. M.; BARROS, A. J. D. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 1, p. 9-17, 2008.

MOURIQUAND, P. D. E.; RINK, R. C.; GEARHART, J. P. **Pediatric urology**. 2 ed. Saunders Elsevier, 2010.

MUGIE, S. M.; BENNINGA, M. A.; DI LORENZO, C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 25, n. 1, p. 3-18, 2011.

MUTAMBO, C.; SHUMBA, K.; HLONGWANA, K. W. Exploring the mechanism through which a child-friendly storybook addresses barriers to child-participation during HIV care in

primary healthcare settings in KwaZulu-Natal, South Africa. **Bmc Public Health**, v. 21, n. 1, p. 15, 2021.

NEVÉUS, T.; SILLÉN, U. Lower urinary tract function in childhood; normal development and common functional disturbances. **Acta Physiologica**, v. 207, n. 1, p. 85-92, 2013.

NEWCOMB, P. Using symptom management theory to explain how nurse practitioners care for children with asthma. **Journal of Theory Construction & Testing**, v. 14, n. 2, p. 40-44, 2010.

NIEUWHOF-LEPPINK, A. J.; HUSSONG, J.; CHASE, J.; LARSSON, J. *et al.* Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: - A standardization document of the International Children's Continence Society (ICCS). **Journal of Pediatric Urology**, v. 17, n. 2, p. 172-181, 2021.

NOEL, M.; PALERMO, T. M.; ESSNER, B.; ZHOU, C. *et al.* A Developmental Analysis of the Factorial Validity of the Parent-Report Version of the Adult Responses to Children's Symptoms in Children Versus Adolescents With Chronic Pain or Pain-Related Chronic Illness. **The journal of pain : official journal of the American Pain Society**, v. 16, n. 1, p. 31-41, 2015.

O'BYRNE, W. I.; HOUSER, K.; STONE, R.; WHITE, M. Digital Storytelling in Early Childhood: Student Illustrations Shaping Social Interactions. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1-14, 2018.

OLARU, C.; DIACONESCU, S.; TRANDAFIR, L.; GIMIGA, N. *et al.* Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment. **Gastroenterology Research & Practice**, v. p. 1-7, 2016.

OLIVEIRA, I. A. M. I. d.; SALVIANO, C. F.; MARTINS, G. Crianças com incontinência urinária: impacto na convivência dos familiares. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 7, p. 13, 2018.

OLIVEIRA, K. A.; AMARAL, M. A.; DE FÁTIMA BARTHOLO, V. Uma experiência para definição de storyboard em metodologia de desenvolvimento colaborativo de objetos de aprendizagem. **Ciências & Cognição**, v. 15, p. 19-32, 2010.

OZDEN, C.; OZDAL, O. L.; ALTINOVA, S.; OGUZULGEN, I. *et al.* Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. **Int Braz J Urol**, v. 33, n. 2, p. 216-222, 2007.

PALACIOS, F.; TERENCEZZO, M. **O Guia Completo do Storytelling**. Rio de Janeiro: Alta books, 2016.

PARANHOS, R.; FIGUEIREDO FILHO, D. B.; ROCHA, E. C. d.; SILVA JÚNIOR, J. A. d. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PEREIRA, T.; LESSA, S. N. Um bestiário pré-histórico? A pré-história através das pinturas rupestres. **RHAA**, v. 21, p. 28-51, 2014.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

PIMENTEL, F. d. O.; CRISTINA, C. P. D. M.; DAPIEVE PATIAS, N. Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 2, p. 205-240, 2020.

PINTO, T. d. R. C.; CASTRO, D. S. d.; BRINGUENTE, M. E. d. O.; SANT'ANNA, H. C. *et al.* Educational animation about home care with premature newborn infants. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1604-1610, 2018.

PLUYE, P.; GAGNON, M.-P.; GRIFFITHS, F.; JOHNSON-LAFLEUR, J. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. **Clinical Research**, v. 46, n. 4, p. 529-546, 2009.

PLUYE, P.; HONG, Q. N. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. **Annual Review of Public Health**, v. 35, n. 1, p. 29-45, 2014.

POPE, N.; TALLON, M.; LESLIE, G.; WILSON, S. Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 23, n. 3, p. e12218, 2018.

QUAYE, A. A.; COYNE, I.; SÖDERBÄCK, M.; HALLSTRÖM, I. K. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 23-24, p. 4525-4537, 2019.

RAHIEM, M. D. H. Storytelling in early childhood education: Time to go digital. **International Journal of Child Care and Education Policy**, v. 15, n. 1, p. 4, 2021.

REID, K.; HARTLING, L.; ALI, S.; LE, A. *et al.* Development and Usability Evaluation of an Art and Narrative-Based Knowledge Translation Tool for Parents With a Child With Pediatric Chronic Pain: Multi-Method Study. **J Med Internet Res**, v. 19, n. 12, p. e412, 2017.

RIBEIRO, R. S.; ABREU, G. E. d.; DOURADO, E. R.; VEIGA, M. L. *et al.* Bladder and bowel dysfunction in mothers and children: a population-based cross-sectional study. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 57, n. 2, p. 126-130, 2020.

RULAND, C. M.; STARREN, J.; VATNE, T. M. Participatory design with children in the development of a support system for patient-centered care in pediatric oncology. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 41, n. 4, p. 624-635, 2008.

SAARIKOSKI, A.; KOPPELI, R.; SALANTERÄ, S.; TASKINEN, S. *et al.* Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention. **Journal of Pediatric Urology**, v. 14, n. 1, p. 56.e51-56.e57, 2018.

SALVIANO, C. F. **Sintomas do Trato Urinário Inferior em escolares de uma região administrativa do Distrito Federal : estudo de prevalência e fatores associados**. 2014. 84 f. (Mestrado) - Departamento de enfermagem, Universidade de Brasília Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17860/1/2014_CristianeFeitosaSalviano.pdf.

SALVIANO, C. F.; GOMES, P. L.; MARTINS, G. Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. e20190137, 2020.

SALVIANO, C. F.; MARTINS, G. Contexto escolar e hábitos miccionais: estudo transversal com escolares do Distrito Federal. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 15, n. 2, p. 235-241, 2016.

SAMANTARATH, P.; PONGTHAVORNKAMOL, K.; OLSON, K.; SRIYUKTASUTH, A. *et al.* Multiple Symptoms and Their Influences on Health-Related Quality of Life in Adolescents with Hematologic Malignancies Undergoing Chemotherapy. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, v. 22, n. 4, p. 319-331, 2018.

SANTOS, J. L. G. d.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. d. M. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

SAPI, M. C.; VASCONCELOS, J. S. P.; SILVA, F. G.; DAMIÃO, R. *et al.* Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 5, p. 433-437, 2009.

SARICI, H.; TELLI, O.; OZGUR, B. C.; DEMIRBAS, A. *et al.* Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. **Journal of Pediatric Urology**, v. 12, n. 3, p. 159.e151-159.e156, 2016.

SCOTT, H. K.; COGBURN, M. **Piaget**. Treasure Island, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448206/>.

SCOTT, S. D.; BRETT-MACLEAN, P.; ARCHIBALD, M.; HARTLING, L. Protocol for a systematic review of the use of narrative storytelling and visual-arts-based approaches as knowledge translation tools in healthcare. **Systematic Reviews**, v. 2, n. 1, p. 19, 2013.

SEMPIK, J.; WARD, H.; DARKER, I. Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. **Clinical Child Psychology & Psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 221-233, 2008.

SERRA DE ALMEIDA, J. Somos Contadores De Histórias - Brincadeira Lúdica E Criativa De Recolher E (Re)Escrever (Estórias) Histórias Para a Criança. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 8, n. 2, p. 169-180, 2017.

SIEDLIKOWSKI, M.; RAUCH, F.; TSIMICALIS, A. Giving Children With Osteogenesis Imperfecta a Voice: Participatory Approach for the Development of the Interactive Assessment and Communication Tool Sisom OI. **J Med Internet Res**, v. 22, n. 9, p. e17947, 2020.

SILAY, M. S.; GOKNAR, N.; KILINCASLAN, H.; TEPELER, A. *et al.* Who should we trust in screening for lower urinary tract dysfunction in children: the parents or the child? **Urology**, v. 82, n. 2, p. 437-441, 2013.

SILVA, M.; GARCIA, M.; SILVA, R. Contação de histórias infantis: promovendo a imaginação e o lúdico. **Revista ELO – Diálogos Em Extensão**, v. 2, n. 1, p. 51-74, 2015.

SILVA-RODRIGUES, F. M.; HINDS, P. S.; NASCIMENTO, L. C. The Theory of Unpleasant Symptoms in Pediatric Oncology Nursing: A Conceptual and Empirical Fit? **J Pediatr Oncol Nurs**, v. 36, n. 6, p. 436-447, 2019.

SOBRADO, C. W.; CORRÊA NETO, I. J. F.; PINTO, R. A.; SOBRADO, L. F. *et al.* Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. **Journal of Coloproctology** v. 38, n. 2, p. 137-144, 2018.

SOUTO, R. Q.; LIMA, K. S. d. A.; PLUYE, P.; HONG, Q. N. *et al.* Translation and cross-cultural adaptation of the mixed methods appraisal tool to the brazilian context. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 510-516, 2021.

SOUZA, B. M. L.; SALVIANO, C. F.; MARTINS, G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: revisão integrativa da literatura. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 198-206, 2015.

SOUZA, B. M. L. d. **Conhecimento e experiência de profissionais da educação infantil acerca do processo de treinamento esfíncteriano em crianças pré-escolares.** 2019. 135 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/36717>.

SOUZA, B. M. L. d.; SALVIANO, C. F.; MARTINS, G. Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria: relato de experiência no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 237-242, 2018.

SOUZA, M. T. C. C. D. As Relações entre Afetividade e Inteligência no Desenvolvimento Psicológico 1. v. 27, n. 2, p. 249-254, 2011.

SOUZA, V. R. d. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

SPARAPANI, V. d. C. **Um jogo feito pra mim: estrutura conceitual para o desenvolvimento de videogames para crianças com diabetes mellitus tipo 1**. 2015. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SPARAPANI, V. d. C.; FELS, S.; KAMAL, N.; NASCIMENTO, L. C. Conceptual framework for designing video games for children with type 1 diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3090, 2019.

SPOSITO, A. M.; DE MONTIGNY, F.; SPARAPANI VDE, C.; LIMA, R. A. *et al.* Puppets as a strategy for communication with Brazilian children with cancer. **Nurs Health Sci**, v. 18, n. 1, p. 30-37, 2016.

SPOSITO, A. M. P.; SPARAPANI, V. d. C.; PFEIFER, L. I.; LIMA, R. A. G. d. *et al.* Estratégias lúdicas de coleta de dados com crianças com câncer: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 187-195, 2013.

STEIN, R.; BOGAERT, G.; DOGAN, H. S.; HOEN, L. *et al.* EAU/ESPU guidelines on the management of neurogenic bladder in children and adolescent part I diagnostics and conservative treatment. **Neurourol Urodyn**, v. 39, n. 1, p. 45-57, 2020.

Storyboard that. 2021. Disponível em: <https://www.storyboardthat.com/>.

TAI, T. T.; TAI, B. T.; CHANG, Y. J.; HUANG, K. H. Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 104, n. 10, p. e466-e472, 2015.

TAYLOR, A. S.; CABO, J. J.; LAUDERDALE, C.; MASKAN, N. *et al.* Pelvic floor biofeedback therapy in children: Assessment of symptom scores in responders and non-responders. **Neurourology and Urodynamics**, v. 38, n. 1, p. 254-260, 2019.

THOMPSON, A. P.; MACDONALD, S. E.; WINE, E.; SCOTT, S. D. An Evaluation of Parents' Experiences of Patient Engagement in Research to Develop a Digital Knowledge Translation Tool: Protocol for a Multi-Method Study. **JMIR research protocols**, v. 9, n. 8, p. e19108-e19108, 2020.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos da Criança

VAZ, G. T. B. **Prevalência de sintomas do trato urinário inferior em 739 crianças de 6 a 12 anos**. 2009. 124 f. (Dissertação (mestrado)) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,.

VELOSO, L. A.; MELLO, M. J. G. d.; RIBEIRO NETO, J. P. M.; BARBOSA, L. N. F. *et al.* Qualidade de vida, nível cognitivo e desempenho escolar em crianças portadoras de distúrbio funcional do trato urinário inferior. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 38, n. 2, p. 234-244, 2016.

VON SADOVSZKY, V.; CHRISTENSEN, E.; JENNINGS, B. M.; MILLER, S. *et al.* A systematic review of pediatric self-report symptom measures: Congruence with the theory of unpleasant symptoms. **J Spec Pediatr Nurs**, v. 23, n. 2, p. e12215, 2018.

WHALE, K.; CRAMER, H.; JOINSON, C. Left behind and left out: The impact of the school environment on young people with continence problems. **British Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 2, p. 253-277, 2018.

XU, P. C.; WANG, Y. H.; MENG, Q. J.; WEN, Y. B. *et al.* Delayed elimination communication on the prevalence of children's bladder and bowel dysfunction. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 12366, 2021.

YENAWINE, P. Art in School: An Essential as Language. United States: PRAKKEN PUBLICATIONS INC: 11 p. 2019.

YÜKSEL, S.; YURDAKUL, A.; ZENCİR, M.; ÇÖRDÜK, N. Evaluation of lower urinary tract dysfunction in Turkish primary schoolchildren: an epidemiological study. **J Pediatr Urol**, v. 10, n. 6, p. 1181-1186, 2014.

ZHUKOVSKY, D. S.; ROZMUS, C. L.; ROBERT, R. S.; BRUERA, E. *et al.* Symptom profiles in children with advanced cancer: Patient, family caregiver, and oncologist ratings. **Cancer**, v. 121, n. 22, p. 4080-4087, 2015.

Apêndices

9 APÊNDICES

9.1 Apêndice 1 – Roteiro para coleta de dados / estudo retrospectivo

Dados de caracterização da criança

1. Idade:
2. Gênero
3. Escolaridade:
4. Renda:

Dados de caracterização da doença

1. Sintomas apresentados pela criança:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ incontinência diurna | ☐ noctúria | ☐ retenção urinária |
| ☐ incontinência noturna
(enurese noturna) | ☐ aumento da frequência
urinária | ☐ disúria |
| ☐ urgência miccional | ☐ diminuição da
frequência urinária | ☐ constipação |
| ☐ manobras de contenção | | ☐ escape fecal |
| | | ☐ incontinência fecal. |

2. Tratamento realizado previamente (ex. Oxibutinina; biofeedback):

3. Exames clínicos alterados (exames imagem, de função renal dinâmica ou estática, etc.)

Dados de caracterização individual

1. Histórico de condições pregressas da criança

- | | |
|---|--|
| ☐ Atraso de desenvolvimento na fala ou de movimentação | ☐ Refluxo urinário |
| ☐ Ansiedade/fobias | ☐ Infecções urinárias repetidas |
| ☐ Déficit de atenção/hiperatividade | ☐ Cálculo renal |
| ☐ Depressão | ☐ Outro(s): |
| ☐ Malformação do sistema urinário e/ou genital | |

2. Mudanças de hábito devido ao DVI (fora de casa, ingestão hídrica, eliminação urinária e intestinal)
3. Impacto em qualidade de vida

9.2 Apêndice 2 – Entrevista direcionada aos responsáveis legais das crianças com sintomas urinários e/ou intestinais

Nome: _____

Idade: _____ anos

Relação de parentesco: ☐ mãe ☐ pai ☐ avó ☐ avô ☐ outros: _____

Sintomas que a criança apresenta:

1. Conte-me um pouco como você descobriu o problema de xixi e de cocô de seu filho(a)?
2. Como seu filho(a) se refere ao problema de xixi e de cocô? Quais palavras ele(a) utiliza?
3. Com que frequência ele(a) queixa/reclama do problema de xixi e de cocô?
4. Você acredita que o problema de xixi e de cocô de seu filho (a) atrapalha ele (a) em suas atividades diárias? (escola, relações como amigos, entre outros)?
5. Como seu filho(a) se sente com os problemas de xixi e de cocô? (feliz, triste, bravo, entre outros)
6. Seu filho(a) se incomoda com a roupa suja de xixi ou de cocô?
7. Dentre os problemas de xixi e de cocô que seu filho(a) tem, qual mais o(a) incomoda e por que?

9.3 Apêndice 3 – Entrevista direcionada aos profissionais especialistas/experts atendem crianças

Nome:

Categoria profissional:

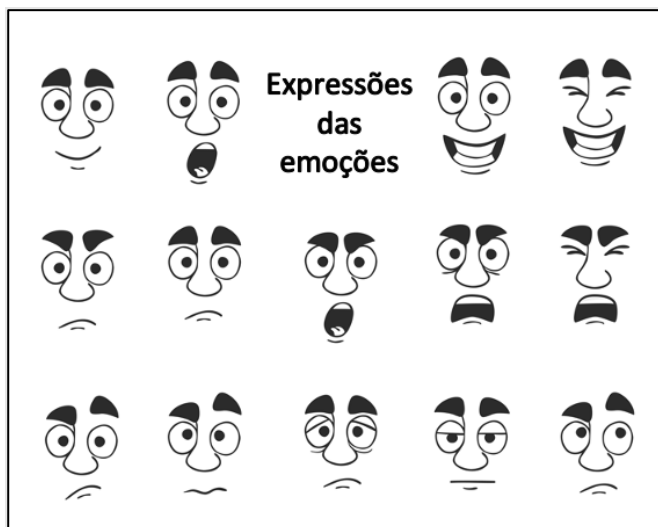
Tempo de trabalho:

1. Você atende/cuida de crianças com queixas urinárias e intestinais? Por exemplo, incontinências, constipação, enurese, urgência miccional, etc.
2. Quando você investiga estes sintomas, é comum que você entreviste/converse com a criança, o responsável ou os dois? Como você faz essa investigação?
3. Como seu paciente se refere aos problemas urinários e intestinais? Quais palavras/ termos ele(a) utiliza?
4. Como você normalmente questiona a frequência dos sintomas quando conversa com crianças/ família? Exemplifique com uma pergunta que você normalmente utiliza.
5. Como você normalmente questiona às crianças/ família a intensidade de seus sintomas? Exemplifique com uma pergunta que você normalmente utiliza.
6. Quais palavras, termos ou expressões as crianças e suas famílias utilizam para relatar desconfortos/ incômodos associados à DVI?
7. Quais palavras ou termos (associado ao DVI) você percebe que a criança de 6 a 12 anos tem dificuldade de compreender?
8. Quais estratégias você utiliza para facilitar sua comunicação com a criança para que esta consiga reportar seus sintomas?
9. Você costuma perguntar à criança como ela se sente a respeito dos seus sintomas? Se sim, exemplifique com uma pergunta que você utiliza para compreender esse aspecto.

9.4 Apêndice 4 – Entrevista direcionada as crianças

Fazer uma dinâmica de “quebra-gelo” com a criança apresentando os bonecos e pedindo que a criança sugira um nome e perguntar o que eles parecem.

1. Me diz como que você chegou aqui no ambulatório, qual é o motivo de você estar aqui acompanhando com a gente?
2. Você acha que você tem algum problema de xixi e de cocô? Qual?
3. Este seu problema de xixi e de cocô acontece todos os dias?
4. Acontece de você molhar a roupa de xixi? Molha muito? Molha mais ou menos? Molha pouco?
5. Você acha que seu cocô é difícil de sair?
6. Como que você se sente com relação ao seu problema de xixi e de cocô? Eu vou te mostrar algumas imagens e gostaria que você escolhesse a que mais representa como você está se sentindo hoje com relação ao seu problema de xixi ou de cocô. Vou colocar aqui algumas carinhas e você pode escolher as que melhor representar você.



7. Seu problema de xixi e de cocô atrapalha você? Atrapalha na escola? E no hospital?

Mostrar as imagens dos ambientes para as crianças:



Maria Luiza responde:

- Eu bebi água, mas não tive vontade de usar o banheiro.

Momentos depois, Malu levanta a mão e diz para a professora que quer usar o banheiro:

- Professora, posso usar o banheiro, por favor? Estou apertada!

Porém, a professora diz que não é o momento adequado, pois ela deveria ter ido no recreio:

- Agora estou no momento de explicação da aula Malu, aguarde um momento!

Impedida de ir ao banheiro quando solicitou à professora, pois era o momento da explicação, Malu não conseguiu se conter e sem querer o xixi escapou em sua roupa. Quando percebeu o que havia acontecido, Malu, que sempre foi muito participativa nas aulas, foi tomada por um silêncio e um desespero de ser descoberta. Ela tinha medo de que o cheiro começasse a trazer à tona o que havia acontecido.

Roberto, que havia sentado ao lado dela, percebeu o ocorrido, pois ele guardava semelhante segredo. Ele escreveu um bilhete e colocou na mesa de Malu:

“Malu eu sei que o seu xixi escapou, mas fique tranquila, eu tenho uma ideia. Vou levantar para tirar uma dúvida com a professora e você pega suas coisas e sai correndo.”

Malu entendeu o recado, e assim foi feito. Roberto se levantou, foi conversar com a professora e distraiu os colegas de turma:

- Prof, a senhora pode me explicar de novo essa parte, eu não entendi direito.
- Claro Roberto, qual é a sua dúvida?

...

Malu pegou a mochila e saiu correndo para o banheiro, onde conseguiu trocar a roupa e não ser descoberta.

A aula terminou às 12:15h, assim como ocorre diariamente, de segunda a sexta.

Em casa, Dona Júlia, mãe de Malu, percebe que sua filha perdeu xixi na escola já que encontrou uma calcinha molhada escondida no banheiro:

- Malu, você fez xixi na roupa de novo? Encontrei sua calcinha molhada no banheiro.
- Sim mamãe! hoje eu acabei molhando a roupa de “xixi” na escola, foi horrível!

Dona Júlia, mãe de Malu, diz:

- Mas como é que você fez “xixi” na roupa na escola Malu, devia ter obedecido a professora e ter usado o banheiro no recreio. Você precisa fazer uma pausa nas brincadeiras e ir ao banheiro, Maria Luiza, eu já te avisei!

Malu responde:

- Eu só queria ser normal mamãe, igual as outras crianças. Eu tentei segurar o “xixi” mas não consegui. Agora eu também estou com muita dor na minha “barriguinha” e toda vez que tento usar o banheiro, o “cocô” dói e não sai.

Dona Júlia diz:

- Eu já te falei Malu, para não comer besteiras, você comeu muito pouco hoje no almoço e nunca come as verduras que eu coloco. Não vou mais deixar você levar besteiras para a escola.

1 semana depois

Na escola...

Os dias se passaram e a frequência dos sintomas de Malu aumentaram, trazendo ainda mais medo e angústia para ela. Até que um dia Roberto chega na escola com uma novidade e uma esperança: um tratamento. Ele conta que também tem problema de xixi, e mesmo não ligando muito seus pais o levaram pra um hospital e tem visto melhoras já:

- Nossa Malu, você precisa ir lá no hospital, foi incrível, eu conheci uma enfermeira muito legal, a Juliana, talvez ela possa te atender também e te ajudar. Eu não ligava muito pra esse problema, mas meus pais me levaram e acabei gostando.

- Ah sim, Roberto. Muito legal. Eu vou pedir pra mamãe me levar nesse hospital.

...

A mãe de Malu conseguiu marcar uma consulta no mesmo Ambulatório que Roberto estava sendo atendido, o “Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria” e o dia da consulta finalmente chegou. Malu também foi atendida pela enfermeira Juliana, assim como Roberto:

- Bom dia, Malu! Fale comigo sobre seu problema. O que te trouxe aqui?

Malu sentiu-se envergonhada e triste, porém disse:

- Não consigo falar, eu tenho vergonha.

O atendimento de Malu prosseguiu, sem muito entusiasmo por parte da criança. O atendimento de Malu foi finalizado e ela permaneceu triste e envergonhada, além de não ter gostado muito de falar com a enfermeira. Ela se sentia desencorajada e não acreditava no tratamento.

Roberto, ao ver sua amiga desolada fez mais um discurso de encorajamento e mostrou que agora dependia dela o futuro e o sucesso do tratamento:

- Malu, acredite em você, você consegue, assim como eu também estou conseguindo.

Então Roberto deu uma brilhante ideia:

- A enfermeira lá do ambulatório falou para eu desenhar e contar sobre meu problema. Faça isso também, Malu, você desenha tão bem! Conte sua história como você melhor sabe fazer, com certeza isso vai te ajudar a dizer tudo que precisa.
- Será Roberto?
- Sim, não tenha medo. A enfermeira quer te ajudar e quer o seu bem, mas pra isso você precisa dizer tudo o que sente pra ela.

...

Nas consultas subsequentes de Malu, ela passou a levar alguns desenhos que ela fazia em casa e pediu para que a enfermeira a deixasse desenhar durante a consulta, para facilitar a comunicação dos sintomas:

- Oi enfermeira, hoje eu trouxe esses desenhos!
- Que legal Malu, você pode me falar o que eles querem dizer?
- Aqui sou eu em casa. Perdi xixi e molhei a cama quando estava dormindo.

E assim se desenvolveu a consulta de Malu, ela conseguiu se soltar e confiou na enfermeira Juliana para contar tudo o que sentia. Ela passou a se sentir mais confiante e a acreditar no tratamento e em si mesma. Ela se sentia empolgada.

- Malu e Dona Júlia, estou entregando aqui para vocês essa carta para a professora e coordenadora da escola, nela explico sobre o problema da Malu e que ela precisa ser liberada sempre que precisar para ir ao banheiro. Também, faço um trabalho de orientações na escola e provavelmente a professora já conhece a nossa atuação.

1 mês após início do tratamento

Certo dia, Roberto encontra Malu na escola, com um olhar triste e desanimado e ela lhe confidencia um episódio que se sentiu envergonhada:

- Bom dia, Malu. Você está com uma cara péssima. Quer me dizer o que aconteceu?

Malu não se contém e começa a chorar, prosseguindo soluçando:

- Ontem foi muito triste sabe. Sempre quis dormir fora, mas meus pais nunca deixavam e logo ontem quando eles finalmente deixaram, meu xixi escapou quando eu tava dormindo na casa da Karol.
- Não se sinta assim Malu, você está indo muito bem no tratamento e é muito bom saber que temos amigos que nos apoiam e estão do nosso lado. Estou aqui se precisar.

Malu e Roberto entram na sala de aula e percebem uma gritaria e um tumulto. Malu percebe que estão rindo dela:

- O que tá acontecendo gente? Tem alguma coisa errada comigo?
- Você faz xixi na cama, diz uma colega de classe rindo.

A professora tenta conter todos os alunos e defende Malu:

- Meninos, por favor, parem. Respeitem a colega de vocês! Esse tipo de situação é comum entre as crianças. Lembram do que a enfermeira nos explicou aqui na escola?

Malu se sente triste e chateada por ter tido o seu problema descoberto e pede para ir embora pra casa naquele dia.

Mesmo tendo seu segredo descoberto, e apesar de ter passado por dias difíceis e desafiadores, Malu resolveu que não iria desistir do tratamento e continuou firme.

7 meses depois

Chegando ao ambulatório, Roberto encontra Malu que também tinha uma consulta marcada para o mesmo dia. A enfermeira chama Malu para a consulta. Ao entrarem no consultório, Malu e sua mãe são recepcionadas pela enfermeira:

- Conta pra mim, Malu, como estão as coisas? Como está o “xixi” e o “cocô”?
- Nunca mais tive problemas com o cocô, mas tive um problema com o “xixi” naquela época na casa da minha amiguinha. Acho que já tem alguns meses. Agora não tenho mais problemas, nem com xixi e nem com cocô.
- Parabéns, Malu! Sabia que estou muito orgulhosa de você?!

A mãe de Malu também aproveitou o momento para parabenizar a filha:

- Você está mesmo de parabéns, filha! Desculpa a mamãe não ter levado o seu problema a sério no início.

Juliana tira de um saco um urso de pelúcia:

- Toma, o urso é todo seu. E lembre-se, acredite em você.

Roberto percebe que a consulta de Malu foi finalizada e entre na sala de atendimento, onde os 3 se abraçam e choram emocionados com a despedida.

9.6 Apêndice 6 – Storyboard

Storyboard

Malu conta a sua história

Cena:

1 - episódio de perda urinária na escola

Frame: recreio



Descrição:

Maria Luíza, mais conhecida por Malu, é uma menina de 7 anos, de cabelos loiros, magra, baixa, muito alegre e tímida. Ela vive com sintomas urinários e intestinais, porém, teme muito que seus amigos e colegas da escola descubram seu problema. Na Escola “Aprender com Alegria” Malu e Roberto se preparam para sair da sala de aula, pois os dois são melhores amigos e adoram brincar juntos. Roberto é uma criança de 7 anos, baixo, extrovertido e que também possui problemas urinários. Durante o intervalo, os dois brincam e Malu diz que levou um lanche para a escola.

Horário: São 10 horas da manhã

Trilha sonora: sinal do recreio: “Piiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii...”

Diálogo:

- Olha Roberto, hoje eu trouxe salgadinho e refrigerante. A mamãe não gosta muito que eu coma “besteira”, porque ela diz que faz mal, mas eu adoro.

Roberto responde entusiasmado:

- Obaaaa!!! Vamos dividir o nosso lanchinho.

Frame: Recreio



Descrição:

O recreio durou 15 minutos e os 2 brincaram muito e comeram os lanches. Malu bebe água antes de retornar à sala de aula, mas não lembra de usar o banheiro.

Horário do dia: São 10 horas da manhã

Trilha sonora:

Risadas e sons de brincadeiras

Diálogo:

- Nossa Rô, eu acho que corri muito, tô com muita sede.

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: corredor da escola



Diálogo:

Sem diálogo

Cena:

1 - episódio de perda urinária na escola

Descrição:

O recreio teve fim, e a professora Lúcia chamou todos os alunos de volta para a classe

Horário do dia: São 10 horas da manhã

Trilha sonora:

Conversas de crianças

Frame: sala de aula



Diálogo:

- Pessoal, fim do recreio, todos conseguiram usar o banheiro e beber água? Não se esqueçam, pois é muito importante. Lembrem o que a enfermeira falou sobre a saúde da bexiga urinária quando veio aqui na escola?! Temos de ir ao banheiro sempre, inclusive na escola!

Maria Luiza responde:

- Eu bebi água, mas não tive vontade de usar o banheiro.

Descrição:

Professora pergunta se todos os alunos foram ao banheiro e beberam água.

Horário do dia: São 10 horas da manhã

Trilha sonora:

Conversas de crianças

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: sala de aula



Diálogo:

Malu:

- Professora, posso usar o banheiro, por favor? Estou apertada!
- Agora estou no momento de explicação da aula Malu, aguarde um momento!

Frame: sala de aula



Diálogo:

Sem falas

Cena:

1 - episódio de perda urinária na escola

Descrição:

Luiza levanta a mão e diz para a professora que quer usar o banheiro. Porém, a professora diz que não é o momento adequado, pois ela deveria ter ido no recreio.

Horário do dia: São 11 horas da manhã

Trilha sonora:

Som de medo após a recusa da professora

Descrição:

Impedida de ir ao banheiro quando solicitou à professora, pois era o momento da explicação, Malu não conseguiu se conter e sem querer o xixi escapou em sua roupa.

Horário do dia: 11 horas da manhã

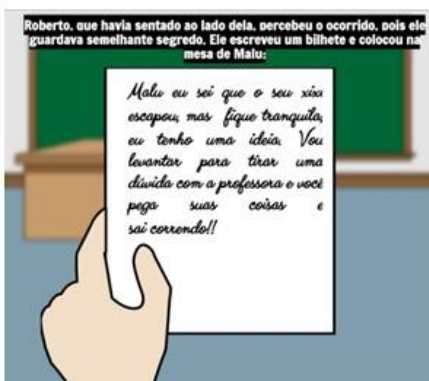
Trilha sonora:

Música de suspense

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: sala de aula



Diálogo:

Sem diálogo.

Cena:

1 - episódio de perda urinária na escola

Descrição:

Roberto, que havia sentado ao lado dela, percebeu o ocorrido, pois ele guardava semelhante segredo. Ele escreveu um bilhete e colocou na mesa de Malu.

Horário do dia: São 11 horas da manhã

Trilha sonora:

Voz de Roberto ao ler a carta.

Frame: sala de aula



Diálogo:

- Prof, a senhora pode me explicar de novo essa parte, eu não entendi direito.
- Claro Roberto, qual é a sua dúvida?

Descrição:

Roberto se levantou, foi conversar com a professora e distraiu os colegas de turma.

Horário do dia: 11 horas da manhã

Trilha sonora:

Conversas de crianças da sala de aula.

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: sala de aula



Diálogo:

Professora e Roberto conversando.

Cena:

1 - episódio de perda urinária na escola

Descrição:

Malu pegou a mochila e saiu correndo para o banheiro, onde conseguiu trocar a roupa e não ser descoberta.

Horário do dia: São 11 horas da manhã

Trilha sonora:

Malu correndo.

Frame: casa da Malu



Diálogo:

Descrição:

Em casa, Dona Júlia, mãe de Malu, percebe que sua filha perdeu xixi na escola já que encontrou uma calcinha molhada escondida no banheiro.

Horário do dia: 12:30 horas

Trilha sonora:

Som ambiente.

- Malu, você fez xixi na roupa de novo? Encontrei uma calcinha molhada no banheiro.

- Sim mamãe! hoje eu acabei molhando a roupa de "xixi" na escola, foi horrível!

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: casa da Malu



Descrição:

Dona Júlia, mãe de Malu, diz:

Horário do dia: São 12:30 horas.

Trilha sonora:

Suspense.

Diálogo:

- Mas como é que você fez “xixi” na roupa na escola Malu, devia ter obedecido a professora e ter usado o banheiro no recreio. Você precisa fazer uma pausa nas brincadeiras e ir ao banheiro, Maria Luiza, eu já te avisei!



Malu responde:

- Eu só queria ser normal mamãe, igual as outras crianças. Eu tentei segurar o “xixi” mas não consegui. Agora eu também estou com muita dor na minha “barriguinha” e toda vez que tento usar o banheiro, o “cocô” dói e não sai.

Dona Júlia diz:

Eu já te falei Malu, para não comer besteiras, você comeu muito pouco hoje no almoço e nunca come as verduras que eu coloco. Não vou mais deixar você levar besteiras para a escola.

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: Escola



Diálogo:

- Nossa Malu, você precisa ir lá no hospital, foi incrível, eu conheci uma enfermeira muito legal, a Juliana, talvez ela possa te atender também e te ajudar. Eu não ligava muito pra esse problema, mas meus pais me levaram e acabei gostando.

- Ah sim, Roberto. Muito legal. Eu vou pedir pra mamãe me levar nesse hospital.

Cena:

2 - Início do tratamento da Malu

Descrição:

Os dias se passaram e a frequência dos sintomas de Malu aumentaram, trazendo ainda mais medo e angústia para ela. Até que um dia Roberto chega na escola com uma novidade e uma esperança: um tratamento.

Horário do dia: 10 horas

Trilha sonora: Malu e Rodrigo caminhando

Frame: Ambulatório



Diálogo:

- Bom dia, Manu! Fale comigo sobre seu problema.

Malu sentiu-se envergonhada e triste, porém disse:

- Não consigo falar, eu tenho vergonha.

Descrição:

A mãe de Malu conseguiu marcar uma consulta no mesmo Ambulatório que Rodrigo estava sendo atendido, a "Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria" e o dia da consulta finalmente chegou. Malu também foi atendida pela enfermeira Juliana, assim como Roberto.

Horário do dia: 9:00 horas

Trilha sonora: Enfermeira digita informações no computador/ escreve no prontuário.

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: Escola



Diálogo:

Roberto, ao ver sua amiga desolada fez mais um discurso de encorajamento e mostrou que agora dependia dela o futuro e o sucesso do tratamento:

- Malu, acredite em você, você consegue, assim como eu também estou conseguindo.

Então Roberto deu uma brilhante ideia:

- A enfermeira lá do ambulatório falou para eu desenhar e contar sobre meu problema. Faça isso também, Malu... você desenha tão bem! Conte sua história como você melhor sabe fazer, com certeza isso vai te ajudar a dizer tudo que precisa.

Cena:

3 – Dificuldades no tratamento

Descrição:

Roberto, ao ver sua amiga triste, mostrou que agora a participação dela era importante para o futuro e o sucesso do tratamento.

Horário do dia: 10 horas

Trilha sonora:

Música calma no fim da cena



- Será Roberto?
- Sim, não tenha medo. A enfermeira quer te ajudar e quer o seu bem, mas pra isso você precisa dizer tudo o que sente pra ela.

Frame: Ambulatório



Diálogo:

- Oi enfermeira, hoje eu trouxe esses desenhos!
- Que legal Malu, você pode me falar o que eles querem dizer?

Descrição:

Nas consultas seguintes de Malu, ela passou a levar alguns desenhos que ela fazia em casa e também pediu para que a enfermeira a deixasse desenhar durante a consulta.

Horário do dia: 9:30 hrs

Trilha sonora:

Som da Malu desenhando e da enfermeira anotando as informações da consulta.

Storyboard

Malu conta a sua história



Frame: Escola



Diálogo:

_ Ontem foi muito triste sabe. Sempre quis dormir fora, mas meus pais nunca deixavam e logo ontem quando eles finalmente deixaram meu xixi escapou quando eu tava dormindo na casa da Karol.

_ Não se sinta assim Malu, você está indo muito bem no tratamento e é muito bom saber que temos amigos que nos apoiam e estão do nosso lado. Estou aqui se precisar.

Cena:

4 – episódio de bullying na escola

Descrição:

Certo dia, Roberto encontra Malu na escola, com um olhar triste e desanimado.

Horário do dia: 8:00 horas

Trilha sonora:

Sons de Malu e Rodrigo caminhando em direção à sala de aula.

Frame: sala de aula



Diálogo:

- O que tá acontecendo gente? Tem alguma coisa errada comigo?
- Você faz xixi na cama, diz uma colega de classe rindo.

Descrição:

Malu e Rodrigo entram na sala de aula e percebem uma gritaria e um tumulto. Malu percebe que estão rindo dela.

Horário do dia: 8:00h

Trilha sonora:

Gritaria dos alunos e a professora tentando acalmá-los. Malu chorando.

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame:



Diálogo:

A professora tenta conter todos os alunos e defende Malu:

- Meninos, por favor, parem. Respeitem a colega de vocês! Esse tipo de situação é comum entre as crianças. Lembram do que a enfermeira nos explicou aqui na escola?

Cena:

4 – episódio de bullying na escola

Descrição:

A professora tenta ajudar Malu e pedir respeito aos demais alunos

Horário do dia: 8:00h

Trilha sonora:

Choro da Malu

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame:



Diálogo:

- Conta pra mim, como estão as coisas? Como está o "xixi" e o "cocô"?
- Enfermeira, nunca mais tive problemas com o cocô, mas tive um problema com o "xixi" naquela época na casa da minha amiguinha. Acho que uns 3 meses. A gente tava na festa do pijama e eu acabei fazendo xixi na cama. Mas depois disso eu nunca mais tive problemas com o xixi.
- Parabéns Malu. Sabia que a tia está muito orgulhosa de você?! E sabia que agora você não vai mais precisar vir para as consultas? Porque você venceu todos os seus medos e desafios. Você é uma vencedora.
- Sério ? Mas eu quero continuar vindo. Eu gosto daqui. Vou sentir sua falta.
- Mas agora você consegue resolver os seus problemas de "xixi" e "cocô", porque você é uma criança muito corajosa e inteligente. Você é demais. Parabéns.

A mãe de Malu entra no diálogo:

- Sim, Malu. Você está de parabéns mesmo filha. Desculpe por não ter levado o seu problema a sério no início

Juliana tira de um saco um urso de pelúcia:

- Toma, o urso é todo seu. E lembre-se, acredite em você.

Roberto estava do lado de fora do consultório, também esperando atendimento. Quando percebe que a consulta de Malu foi finalizada, ele entra na sala de atendimentos, onde os 3 se abraçam e choram emocionados com a despedida de Malu do Ambulatório.

Cena:

5 – 7 meses depois - Finalização do tratamento

Descrição:

Ao entrarem no consultório, Malu e sua mãe são recepcionadas pela enfermeira

Horário do dia: 14 horas

Trilha sonora:

Barulho de pegadas; música ambiente.



Storyboard

Malu conta a sua história

Frame: hospital



Diálogo:

- Conta pra mim, como estão as coisas? Como está o "xixi" e o "cocô"?
- Nunca mais tive problemas com o cocô, mas tive um problema com o "xixi" naquela época na casa da minha amiguinha. Acho que já tem alguns meses. Agora não tenho mais problemas nem com xixi e nem com cocô.
- Parabéns, Malu! Sabia que estou muito orgulhosa de você?!

Cena:

5 - término de tratamento e melhora dos sintomas

Descrição:

Chegando ao ambulatório, Roberto encontra Malu que também tinha uma consulta marcada para o mesmo dia. A enfermeira chama Malu para a consulta. Ao entrarem no consultório, Malu e sua mãe são ecepcionadas pela enfermeira

Horário do dia: 14:00

Trilha sonora:

Barulho de pegadas; música ambiente.

Frame: hospital



Diálogo:

- Você está mesmo de parabéns, filha! Desculpa não ter levado o seu problema a sério no início.

Descrição:

A mãe de Malu também aproveitou o momento para parabenizar a filha

Horário do dia: 14:00

Trilha sonora:

Não se aplica

Storyboard

Malu conta a sua história

Frame:



Diálogo:

- Toma, o urso é todo seu. E lembre-se, acredite em você.

Cena:

5 - término de tratamento e melhora dos sintomas

Descrição:

Juliana tira de um saco um urso de pelúcia.

Horário do dia: 14:00

Trilha sonora:

Choro e alegria

FIM...

9.7 Apêndice 7 – Diretrizes para a utilização do protótipo de história digital sobre a experiência de sintomas urinários e intestinais em crianças escolares¹

Apresentamos aqui o protótipo de uma história digital desenvolvida com base em evidências científicas provenientes de revisão sistemática da literatura e de estudo de método misto ambos realizados como parte de tese de doutoramento em enfermagem da Universidade de Brasília, intitulada “*Experiência de crianças com sintomas urinários e intestinais: contando essa história*”. A transformação das informações técnico-científicas em uma linguagem simples e acessível seguiu os preceitos da tradução do conhecimento.

A história digital busca representar de forma lúdica a experiência de crianças com sintomas urinários e intestinais por meio dos personagens Malu e Roberto que vivem os desafios inerentes aos sintomas em contextos como a escola e assistência em saúde. Compreendemos que as histórias são formas de comunicação que aproxima o ouvinte da mensagem mobilizando estruturas neurais, como os neurônios-espelho, e afetivas.

Descrevemos a seguir algumas situações e público-alvo, nos quais a ferramenta construída pode ser utilizada.

CRIANÇA

O vídeo pode ser apresentado para crianças em assistência ambulatorial tanto em momentos de avaliação/ anamnese para identificação de sintomas e problemas relacionados, quanto em intervenções estimuladoras de adesão terapêutica, por exemplo, em protocolos de uroterapia padrão. No primeiro caso, entendemos que o vídeo pode mobilizar a criança a contar sua própria história, ou até mesmo referir que algum episódio relatado na história digital ela também vivenciou.

Algumas perguntas podem ser aplicadas pelo profissional logo após o momento da história:

- O que você achou da história?
- Você já viveu algo parecido com o que a Malu e Roberto passaram?

¹ Trata-se de uma versão ainda não validada, porém pode ser uma possível ferramenta para reconhecimento e potencialização da narrativa da criança.

RESPONSÁVEIS

Para os responsáveis o vídeo pode assumir um caráter educativo e evocativo de memória sobre eventos que a criança possa ter vivenciado. É mais uma ferramenta de desmistificação a respeito da ocorrência de sintomas urinários e intestinais, sendo, portanto, uma forma de disseminar que os sintomas são reais e que não dependem necessariamente da vontade ou disposição da criança. Essa conscientização pode levar às famílias a buscarem o serviço de saúde para o tratamento precocemente e minimizar conflitos e situações de violência que frequentemente são reportadas na esfera familiar.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Com esse público-alvo, a história digital também assume um formato de ferramenta de tradução do conhecimento para o profissional, atingindo em especial profissionais de atenção primária a saúde e de educação que podem ocupar a posição de atores-chaves na identificação inicial dos casos. Adicionalmente, com esses profissionais é possível implementar ações de promoção da saúde, incluindo-se hábitos miccionais saudáveis, ingestão de líquidos e alimentação saudável.

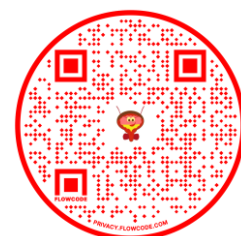
Para acessar o vídeo: “Malu conta a sua história”, visite o Canal no YouTube da linha de pesquisa denominada de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria:

<https://www.youtube.com/channel/UCfR81DfVkZ2MhhEWmMtY0ZQ>

Clique ou copie o link abaixo em um browser de internet:

<https://www.youtube.com/watch?v=Uyxfj8H9PiU>

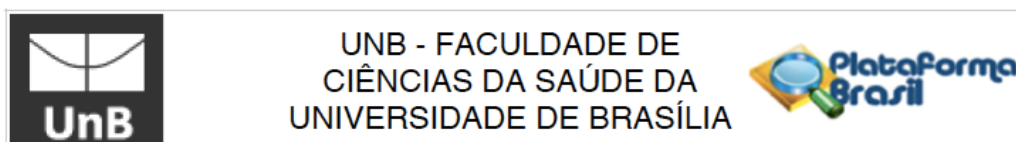
Ou utilize o QR code para acesso direto



Anexos 

10 ANEXOS

10.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE SINTOMAS DE DISFUNÇÃO VESICAL E INTESTINAL NA INFÂNCIA

Pesquisador: Cristiane Feitosa Salviano Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 99052718.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.133.554

Apresentação do Projeto:

Resumo:

"Introdução: A comunicação é um desafio no atendimento ao paciente pediátrico, em especial, nas situações em que o autorretrato de sintomas é imprescindível, como nas avaliações da urologia pediátrica que exigem informações que provenientes da criança em diversos casos. Para tanto, o uso de estratégias adequadas ao nível desenvolvimental da criança é fundamental para uma comunicação efetiva. Objetivo: Desenvolver e validar uma escala que mensure a experiência de sintomas de Disfunção Vesical e Intestinal (DVI) em crianças de 6 a 12 anos atendidas em contexto ambulatorial, com vistas a auxiliar no processo de comunicação efetiva com os profissionais que atuam na área de urologia pediátrica. Método: Trata-se de um estudo multi-método. Será realizado um estudo misto onde dados quantitativos serão colhidos retrospectivamente e os qualitativos serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com crianças, pais e profissionais de saúde (Fase 1). Com os dados obtidos pela primeira etapa uma escala será elaborada e validada por meio de um estudo metodológico (Fase 2). Resultados esperados: Acredita-se que esta pesquisa produzirá uma escala que permitirá mensuração da experiência de sintomas de DVI na infância para ser utilizada no contexto ambulatorial de urologia pediátrica, assim, auxiliará profissionais que atuam em urologia pediátrica a captar os sintomas e experiências vividas pela criança a partir do autorrelato."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.133.554

Outros	lattes_cristiane.pdf	07:33:38	Salviano	Aceito
Outros	termo_concordancia.pdf	17/09/2018 07:24:11	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento.pdf	17/09/2018 07:22:46	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	17/09/2018 07:22:21	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_CRIS_submissao_C EP.docx	17/09/2018 07:17:30	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_dout.pdf	17/09/2018 07:08:48	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Instrumento para a comunicação da experiência de sintomas urinários e intestinais na infância

Pesquisador: Cristiane Feitosa Salviano Oliveira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 99052718.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.003.557

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

Introdução: A comunicação é um desafio no atendimento ao paciente pediátrico, em especial, nas situações em que o autorretrato de sintomas é imprescindível, como nas avaliações da urologia pediátrica que exigem informações que provenientes da criança em diversos casos. Para tanto, o uso de estratégias adequadas ao nível desenvolvimental da criança é fundamental para uma comunicação efetiva. **Objetivo:** Desenvolver e validar uma escala que mensure a experiência de sintomas de Disfunção Vesical e Intestinal (DVI) em crianças de 6 a 12 anos atendidas em contexto ambulatorial, com vistas a auxiliar no processo de comunicação efetiva com os profissionais que atuam na área de urologia pediátrica. **Método:** Trata-se de um estudo multi-método. Será realizado um estudo misto onde dados quantitativos serão colhidos retrospectivamente e os qualitativos serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com crianças, pais e profissionais de saúde (Fase 1). Com os dados obtidos pela primeira etapa uma escala será elaborada e validada por meio de um estudo metodológico (Fase 2). **Resultados esperados:** Acredita-se que esta pesquisa produzirá uma escala que permitirá mensuração da experiência de sintomas de DVI na infância para ser utilizada no contexto ambulatorial de urologia pediátrica, assim, auxiliará profissionais que atuam em urologia pediátrica a captar os sintomas e experiências vividas pela criança a partir do autorrelato."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.003.557

Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.doc	18/09/2018 14:25:21	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	termo_coparticipacao.docx	18/09/2018 14:24:54	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	termo_concordancia.doc	18/09/2018 14:23:53	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.docx	18/09/2018 14:21:42	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	termo_coparticipacao.pdf	17/09/2018 07:36:58	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	lattes_gisele.pdf	17/09/2018 07:36:10	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	lattes_cristiane.pdf	17/09/2018 07:33:38	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Outros	termo_concordancia.pdf	17/09/2018 07:24:11	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento.pdf	17/09/2018 07:22:46	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	17/09/2018 07:22:21	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_CRIS_submissao_CEP.docx	17/09/2018 07:17:30	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_dout.pdf	17/09/2018 07:08:48	Cristiane Feitosa Salviano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 02 de Maio de 2020

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

10.2 Anexo 2 – Artigo publicado com dados da fase 1.

Fonte: Escrever a ref.

Esc Anna Nery 2020;24(3):e20190137



REVISÃO | REVIEW

www.scielo.br/EAN

Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos

Lived experiences by families and children with urinary and intestinal symptoms: systematic review of mixed methods

Experiencias vividas por familias y niños con síntomas urinarios e intestinales: revisión sistemática de métodos mixtos

Cristiane Feitosa Salviano¹

Priscilla Lemos Gomes¹

Gisele Martins¹

1. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

RESUMO

Objetivo: Mapear e descrever a ocorrência de sintomas urinários e intestinais durante a infância e investigar o impacto de tais sintomas nas experiências vividas por crianças e suas famílias. **Método:** Revisão sistemática de métodos mistos realizada nas bases eletrônicas MEDLINE/PUBMED, CINAHL, LILACS, PSYCINFO e EMBASE em julho de 2019, as quais geraram 3.020 referências. Após remoção das duplicatas, 2.521 títulos e resumos foram triados com filtro de tempo, e aplicado critérios de inclusão. Desse, 31 artigos foram lidos na íntegra e avaliados quanto à qualidade metodológica pelo *Mixed Methods Appraisal Tool*, resultando em 15 artigos como amostra final. **Resultados:** Foram encontrados: sentimento de inferioridade, agressividade, culpa e vergonha. A revisão evidenciou, ainda, o impacto negativo dos sintomas urinários e/ou intestinais no contexto social da criança e de sua família, em especial, no ambiente escolar. **Conclusão e implicações para a prática:** Essa revisão sistemática de métodos mistos evidencia a importância de trabalhar os impactos emocionais e sociais da criança, em especial os eventos no ambiente escolar. Se faz necessário subsidiar o profissional de saúde na assistência às famílias e crianças com sintomas urinários e/ou intestinais, no sentido de prover um cuidado ampliado, valorizando as necessidades biopsicoemocionais da diade criança-família.

Palavras-chave: Revisão sistemática; Sintomas do Trato Urinário Inferior; Constipação; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Objective: To map and describe the occurrence of urinary and intestinal symptoms during childhood and to investigate the impact of such symptoms on the experiences of children and their families. **Method:** Systematic review of mixed methods, performed in the electronic databases MEDLINE/PUBMED, CINAHL, LILACS, PSYCINFO and EMBASE in July 2019, which generated 3,020 references. After removal of duplicates, 2,521 titles and abstracts were screened with time filter, and application of inclusion criteria. Among these, 31 articles were read in full and evaluated as for methodological quality by the Mixed Methods Appraisal Tool, resulting in 15 articles as the final sample. **Results:** The following results were found: feeling of inferiority, aggressiveness, guilt and shame. The review also showed the negative impact of urinary and/or intestinal symptoms in the social context of children and their families, especially in the school environment. **Conclusion and Implications for practice:** This systematic review of mixed methods highlights the importance of addressing children's emotional and social impacts, especially events in the school environment. It is necessary to subsidize the health professional in assisting families and children with urinary and/or intestinal symptoms, in order to provide expanded care, valuing the biopsychosocial needs of the child-family dyad.

Keywords: Systematic review; Lower Urinary Tract Symptoms; Constipation; Child Health.

RESUMEN

Objetivo: Mapear y describir la ocurrencia de síntomas urinarios e intestinales durante la infancia e investigar su impacto en las experiencias de los niños y sus familias. **Método:** Revisión sistemática de métodos mixtos, realizada en las bases de datos electrónicas MEDLINE/PUBMED, CINAHL, LILACS, PSYCINFO, EMBASE en julio de 2019, las cuales generaron 3,020 referencias. Después de eliminar los duplicados, se seleccionaron 2.521 títulos y resúmenes con filtro de tiempo, y se aplicaron criterios de inclusión. De esos, 31 artículos fueron totalmente leídos y evaluados en cuanto a la calidad metodológica por *Mixed Methods Appraisal Tool*, resultando en 15 artículos como muestra final. **Resultados:** Fueron encontrados: sentimiento de inferioridad, agresividad, culpa y vergüenza. También se notó el impacto negativo de los síntomas urinarios y/o intestinales en el contexto social de los niños y sus familias, especialmente en el escolar. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Esta revisión sistemática resalta la importancia de abordar los impactos emocionales y sociales de los niños, especialmente en la escuela. Se necesita subsidiar el profesional de salud en la atención a las familias y niños con síntomas urinarios y/o intestinales, a fin de proporcionar un cuidado ampliado, valorando las necesidades biopsicosociales de la diada niño-familia.

Palabras clave: Revisión sistemática; Síntomas del Tracto Urinario Inferior; estreñimiento; Salud del Niño.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cristiane Feitosa Salviano
E-mail: crisenf.salviano@gmail.com

Recebido em 05/05/2019.
Aprovado em 06/01/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0137

INTRODUÇÃO

O diagnóstico clínico de sintomas de trato urinário inferior e intestinal é realizado por meio de anamnese, exame físico e exames complementares (urofluxometrias, ultrassom de rins e vias urinárias, exame de urina tipo 1).^{1,2} Adicionalmente, recomenda-se a aplicação de diários de eliminações, bem como escalas validadas para detecção e mensuração de sintomas urinários (ex. *Dysfunctional Voiding Score System*³), além de escalas visuais como a escala fecal de Bristol para identificação do aspecto e consistência fecal.^{1,4} A coleta dessa história clínica baseada na avaliação física e relato da criança e de sua família se vale, dessa forma, de dados objetivos e subjetivos.

A combinação de dados (objetivos e subjetivos) permite uma percepção ampliada da condição clínica do paciente. A experiência de sintomas é, portanto, compreendida quando o profissional consegue captar outros aspectos que não apenas os sintomas e condições descritos em normatizações diagnósticas. Assim, os antecedentes pessoais, as emoções desencadeadas, os desconfortos, as consequências no cotidiano são exemplos de elementos que constituem o referencial teórico descrito por Lenz et al.⁵ sobre experiência de sintomas desagradáveis.

Ante o exposto, justifica-se a necessidade de realizar uma busca mais ampliada desses demais elementos objetivos e subjetivos para uma compreensão mais multifacetada sobre a ocorrência e experiência de sintomas urinários e intestinais na infância, a fim subsidiar o profissional de saúde no atendimento às crianças acometida por esses sintomas. O conhecimento ampliado desses outros fatores associados a ocorrência de sintomas urinários e intestinais durante a infância pode expandir a percepção do profissional de saúde, potencializando sua avaliação, a fim de captar a experiência da criança e da família, aproximando-se de dimensões não apenas biológicas.⁶ Desse modo, o profissional é capaz de prover um cuidado individualizado e focado nos sintomas e problemas que causam maior incômodo à criança. Consequentemente, a aceitação e adesão ao plano terapêutico embasado em metas traçadas em conjunto com a criança e família poderão ser mais facilmente implementadas e alcançadas, tais como as intervenções de uroterapia.^{1,7}

Desta forma, este estudo visou mapear e descrever a ocorrência de sintomas urinários e intestinais durante a infância e investigar o impacto de tais sintomas nas experiências vividas por crianças e suas famílias.

MÉTODO

O presente estudo se trata de uma Revisão Sistemática de Métodos Mistos, a qual é definida como um tipo de revisão da literatura cujo objetivo é identificar, selecionar, avaliar e sintetizar estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. Desse modo, tal revisão oferece uma síntese do conhecimento produzido, facilitando o processo de tomada de decisão dos profissionais, baseada em evidências.⁸

Esse tipo de revisão segue sete etapas:⁹ 1) delimitar da pergunta norteadora da revisão (ou perguntas qualitativas e

quantitativas); 2) definir dos critérios de inclusão e exclusão; 3) realizar busca extensiva da literatura; 4) identificar potenciais estudos por meio de avaliação de título e resumo; 5) Selecionar artigos com base no texto completo; 6) avaliar a qualidade dos estudos incluídos; 7) Sintetizar os estudos incluídos.

Tendo em vista a primeira etapa desta revisão, tem-se a seguinte pergunta norteadora: Quais são os sinais, sintomas e problemas relacionados à disfunção vesical e intestinal na infância, relatados ou experienciados/vividos por crianças e pais/ responsáveis?

A busca foi realizada em julho de 2019, nas bases eletrônicas *Medical Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *American Psychological Association* (PsycINFO) e *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE). A estratégia de busca utilizou descritores obtidos no Medical Subject Headings (MeSH), cuja combinação foi mediada pelos booleanos OR e AND, conforme representado na Figura 1.

Teve-se como critérios de inclusão para a amostra: crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 18 anos (faixa etária delimitada com base no conceito de DVI que aponta a ocorrência de sintomas em crianças acima de 5 anos);¹ abordar a percepção e/ou experiências vividas pelas famílias bem como pelas crianças sobre os sintomas de DVI; estudos com delineamento qualitativos, quantitativos e de métodos mistos; artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados nos últimos 10 anos (2009 a 2019). Enquanto que como critérios de exclusão foram adotados: estudos realizados com crianças e/ou pais e famílias de crianças com problemas neurológicos ou com alterações cognitivas/desenvolvimentais.

A busca nas bases de dados gerou 3020 referências. A seleção dos estudos foi conduzida por meio de exportação dos resultados das buscas nas bases eletrônicas para o gerenciador de referências *EndNote* versão X8. Com o programa, foram removidas 499 duplicatas e 1.205 no quesito de temporalidade (últimos 10 anos) resultando em 1.316 para avaliação dos demais critérios de inclusão por meio da leitura de títulos e resumos, esta foi realizada com a participação de dois revisores independentes. Após avaliação de elegibilidade, 31 artigos apresentaram potencial de inclusão na amostra final e, dentre esses, 15 foram escolhidos para a amostra final após a leitura na íntegra (Figura 2).

A Avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos foi realizada com o instrumento MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool* – Versão 2011). Tal instrumento foi proposto por Pluye & Hong,³ sendo que o MMAT tem como objetivo permitir a avaliação simultânea de estudos que empregam diferentes metodologias tais como qualitativa, quantitativa e método misto.⁹ A ferramenta é composta de um conjunto de 20 critérios de qualidade distribuídos em cinco tipos metodológicos (estudos qualitativos, quantitativos – clínicos randomizados, quantitativos não randomizados, quantitativo descritivo, estudos mistos). A depender do tipo de estudo foram avaliados os respectivos

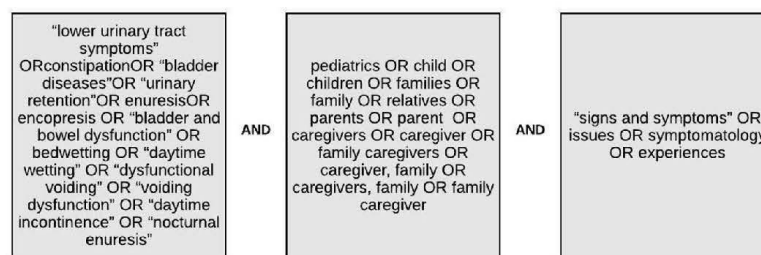


Figura 1. Estratégia de busca por meio da combinação de descritores. Brasília/DF, Brasil, 2019.

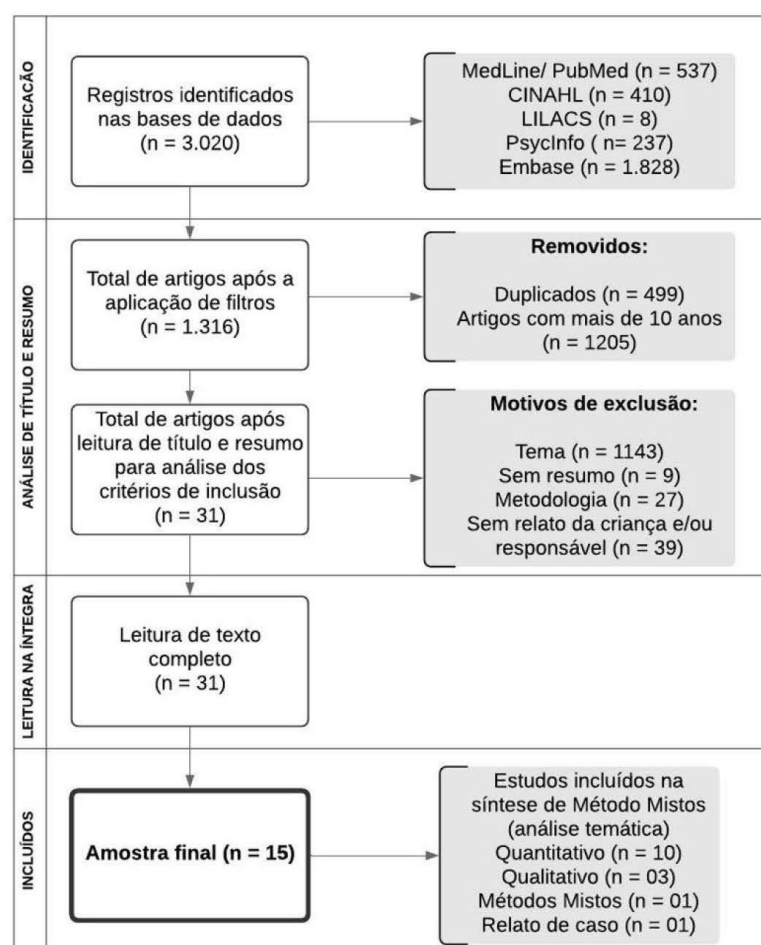


Figura 2. Fluxograma da busca nas bases de dados, adaptação segundo as recomendações PRISMA³ & ENTREQ.¹⁰ Brasília/DF, Brasil, 2019.

Experiências vividas pelos sintomas urinários e intestinais

Salviano CF, Gomes PL, Martins G

critérios, sendo distribuídos quatro critérios para cada tipo metodológico. A pontuação final da avaliação foi obtida a partir do percentual de conformidade de cada estudo nos critérios determinados pela ferramenta, estudos que obtivessem um percentual de 0% seriam excluídos da amostra.

A Extração e síntese dos dados foi realizada por meio de uma matriz de síntese, descrita em uma planilha de *Excel*. Foram colhidos dados como: ano de publicação, título do artigo, autores, desenho do estudo, características da amostra, método de coleta de dados, principais resultados, sinais, sintomas e problemas relatados/ reportados no estudo. Parte desses dados estão representados no Quadro 1¹¹⁻²⁵.

Tal matriz de síntese permitiu que tanto os dados quantitativos quanto qualitativos fossem analisados independentemente (braços quantitativo e qualitativo) e, após, foram integrados e sintetizados

de forma combinada.²⁶ Para isso, o PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*)⁹ e o ENTREQ¹⁰ (*Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations*) foram adotados de forma combinada e adaptada no sentido de garantir que todos os aspectos da revisão de métodos mistos fossem avaliados.

Os dados compilados foram então analisados por meio de análise temática descrito por Braun & Clarke,²⁷ sendo organizados e apresentados em categorias temáticas obtidas a partir das seguintes etapas de análise: 1) familiarização dos dados (resultados dos estudos que compuseram a amostra e se relacionavam com a pergunta de pesquisa); 2) geração de códigos iniciais; 3) busca por temas; 4) revisão dos temas; 5) definição e titulação dos temas; 6) produção do relatório.

Quadro 1. Amostra final de artigos. Brasília/DF, Brasil, 2019.

Estudo	Autores	Ano	Título	Desenho do estudo	Avaliação MMAT
E1	Kaugars et al. ¹¹	2010	Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life	Método Misto	92%
E2	Stein et al. ¹²	2010	An 8-year-old boy with treatment-resistant encopresis	Relato de caso	25%
E3	Rajindrajith et al. ¹³	2013	Quality of life and somatic symptoms in children with constipation: a school-based study	Caso controle	100%
E4	Dehghani et al. ¹⁴	2013	Urinary tract infection and enuresis in children with chronic functional constipation	Estudo transversal	75%
E5	Cederblad et al. ¹⁵	2014	"Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis	Qualitativo	100%
E6	Dehghani et al. ¹⁶	2015	Clinical manifestations among children with chronic functional constipation	Estudo transversal	75%
E7	Al-Zaben & Sehlo ¹⁷	2015	Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life	Caso controle	100%
E8	Tai et al. ¹⁸	2015	Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age	Caso controle	75%
E9	Akyüz et al. ¹⁹	2016	Evaluation of behavioral problems in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis: a prospective controlled trial	Caso controle	75%
E10	Joinson et al. ²⁰	2016	Early childhood psychological factors and risk for bedwetting at school age in a UK cohort	Coorte prospectiva	100%
E11	Olaru et al. ²¹	2016	Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment	Coorte prospectiva	75%
E12	Sarici et al. ²²	2016	Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children	Estudo transversal	100%
E13	Grzeda et al. ²³	2017	Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence	Coorte prospectiva	100%
E14	Jönson Ring et al. ²⁴	2017	Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships	Estudo transversal	75%
E15	Saarikoski et al. ²⁵	2018	Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention	Qualitativo	100%

RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi composta de 15 artigos descritos a seguir no Quadro 1. A análise temática de seus resultados principais permitiu a organização em três categorias temáticas principais: "Sinais e sintomas associados às condições urinárias e intestinais", "Impacto psicossocial e emocional dos sintomas urinários e intestinais na infância" e "A relação da criança com sintomas urinários e intestinais e a escola".

Sinais e sintomas associados às condições urinárias e intestinais

De maneira geral, as crianças e adolescentes investigados nesses estudos tinham sintomas urinários ou intestinais de forma isolada. Os estudos também se restringiram na investigação dos seguintes sintomas: incontinência urinária diurna e noturna, constipação intestinal funcional (CIF) e a incontinência fecal (encoprese). Portanto, evidenciou-se uma lacuna no que tange aos demais sintomas urinários (ex.: aumento da frequência urinária, manobras de contenção, retenção urinária, entre outros) e a concomitância de sintomas urinários e intestinais.

Apesar dos principais sinais e sintomas urinários e intestinais estarem bem definidos no documento normativo de nomenclatura da ICCS, alguns estudos dessa revisão apontaram outras manifestações clínicas que tiveram um impacto significativo para a criança.

No estudo E6,¹⁶ crianças com CIF, além dos sintomas descritos nos critérios de Roma para diagnóstico de CIF, também apresentaram anorexia (38,3%), dor abdominal (58,1%), eritema perianal (13,1%), sangue vivo nas fezes (8,1%) e fissura anal (7,2%). Adicionalmente, o estudo E3,¹³ ao avaliar Qualidade de Vida (QV), identificou uma correlação estatisticamente significativa entre dor abdominal e menores escores na escala *Pediatric Quality of Life Inventory*.

Ao investigar sintomas urinários e intestinais na população pediátrica, o profissional deve investigar outras complicações como Infecções do Trato Urinário (ITU), por exemplo. O estudo E4¹⁴ avaliou a frequência de ITU e enurese noturna em crianças com CIF e identificou a ocorrência concomitante de piúria (8,3%), hematúria (4,2%), entre outros sintomas já descritos pela ICCS.

Impacto psicossocial e emocional dos sintomas urinários e intestinais na infância

Os resultados desta revisão sistemática de métodos mistos demonstraram que a dimensão psicossocial e emocional foi significativamente afetada pela ocorrência de sintomas urinários e intestinais. Os sentimentos reportados pelas crianças e suas famílias, em geral, foram negativos, como demonstrado no estudo E11,²¹ onde crianças com CIF apresentaram privação afetiva (52,63%), ansiedade (38,59%), dificuldade de ajuste social (22,81%), timidez (21,05%) e baixa tolerância à frustração (19,29%).

O Quadro 2 permite visualizar um compilado dos principais sentimentos/emoções descritos pelos estudos que compõem a amostra final desta revisão sistemática de métodos mistos.

A enurese noturna e a incontinência urinária diurna foram descritas pelas crianças como um problema constrangedor, o qual precisam esconder a todo custo. Esse achado mostra como os sintomas urinários limitam a vida social e impactam na autoimagem e autoestima das crianças, como constatados nos estudos E8,¹⁸ E13,²³ E14²⁴ e E15.²⁵

Adicionalmente, o estudo E13²³ identifica sintomas depressivos em 6,8% das crianças com incontinência urinária diurna e enurese noturna, sendo mais comum em meninas (8,7%) do que em meninos (4,9%). Foi verificado que as meninas sentem um impacto maior no quesito autoimagem, já os meninos têm uma percepção pior da escola e mais problemas de relacionamento entre os pares. Além disso, segundo o estudo E5,¹⁵ à medida que as crianças crescem, o sintoma urinário começa a ser visto como um fardo e os níveis de intolerância parental aumentam, bem como uma maior incidência de complicações advindas dos sintomas urinários e intestinais não manejados adequadamente, tais como hospitalizações, antibioticoterapias e crises algícas.

Em contrapartida a essas percepções negativas, o E1¹¹ constatou que 75% das crianças com idade entre 7 a 13 anos não enxergaram a CIF como um problema ou se sentiram pouco incomodadas por esse sintoma. As crianças participantes desse estudo E1¹¹ citaram emoções como: calma, felicidade, nervosismo e preocupação, sendo a primeira a mais prevalente. Ainda na percepção da criança, o estudo aponta que 37,5% se incomodaram com o procedimento de enema, 62,5% se preocuparam com o desempenho escolar e 85,5% consideraram que os acidentes fecais possuíam odor desagradável.

O estudo E1¹¹ apontou ainda a percepção da família sobre a CIF na criança, relatando sentimentos/emoções como nervosismo, tristeza e preocupação. Do total das famílias estudadas, 37,5% relataram se incomodar com a ausência de melhora da condição da criança, 85,7% com o odor oriundo das perdas e 50% consideravam o tratamento como algo traumático, uma vez que era recorrente o choro da criança na realização de procedimentos invasivos como o enema. Outro impacto relatado diz respeito à dimensão financeira, as famílias sinalizaram aumento dos custos com roupas extras e lavanderia devido às perdas fecais da criança.

A família também relatou implicações psicossociais negativas causadas pelo sintoma urinário, como demonstrado no estudo E5.¹⁵ Segundo relato de pais de crianças com enurese noturna, ter um filho nesta condição pode ser estressante e vergonhoso. Embora os pais tentavam não culpabilizar seu filho, a intolerância parental aumentava à medida que os sintomas urinários persistiam e na percepção dos pais, a enurese era percebida como algo socialmente estigmatizante e incapacitante.

Outro fator relacionado à manutenção de sintomas urinários e intestinais é a punição parental. O estudo E7¹⁷ avaliou a relação da punição parental frente aos episódios de enurese e sua correlação com a depressão, considerando a percepção dos pais. Foi evidenciado que ao apresentarem episódios de perda urinária durante a noite, as crianças eram punidas e por consequência apresentaram sintomas depressivos significativamente maiores

Experiências vividas pelos sintomas urinários e intestinais
 Salviano CF, Gomes PL, Martins G

Quadro 2. Síntese dos principais sentimentos/emoções descritos pelos estudos incluídos na revisão sistemática de métodos mistos. Brasília/DF, Brasil, 2019.

Representação gráfica	Sentimento/ Emoção	Resultado do Estudo	Perspectiva do Respondente
	Nervosismo ^{E1} Medo ^{E1}	O nervosismo e o medo apareceram em 75% dos relatos de crianças com CIF, quando a questão era relacionada as idas ao médico.	Criança e Família ^{E1}
	Preocupação ^{E2, E1}	No estudo E1, 62,5% das crianças relataram preocupação em relação ao desempenho na escola. Os pais reportaram preocupação com a condição da criança e apresentaram comportamentos mais tolerantes e protetivos frente à criança. No estudo E2, a criança vivenciou uma experiência de separação da mãe durante o processo de desfralde, o que pode ter contribuído para o início da encoprese. Segundo relato dos profissionais que assistiram o caso, a criança demonstrava preocupação com as perdas fecais e comportamento retentivo.	Família ^{E1} Criança ^{E1} Profissionais ^{E2}
	Vergonha ^{E5} / Timidez ^{E11, E15}	No estudo E5, a família percebia a vergonha da criança e também se sentia envergonhada, relatou medo da comunidade saber e focar sobre a condição da criança. No estudo E15, os pais sentiam que deviam proteger a criança das situações constrangedoras. Assim, evitavam falar sobre o sintoma urinário na frente de desconhecidos para preservar a privacidade da criança. Também se preocupavam com o futuro da criança em relação a autoestima.	Família ^{E5} Criança ^{E11, E15}
	Ansiedade ^{E11}	As crianças com encoprese apresentavam ansiedade (38,59%) e os episódios de encoprese influenciaram no número de faltas na escola.	Criança ^{E11}
	Sintomas Depressivos ^{E7, E13}	No estudo E7 foi evidenciado que 33,8% das crianças estudadas sofriam punições dos pais em decorrência da enurese e que quanto maior a frequência dos episódios de enurese, maior era o tempo de punição o que resultou em impacto na qualidade de vida e aumento dos sintomas depressivos. No estudo E13, 6,8% dos adolescentes apresentaram sintomas depressivos e impacto negativo na autoimagem.	Família ^{E7}

Fonte das imagens: <https://pt.dreamstime.com/>

e mais severos se comparadas às crianças que não sofriam punição. Ainda neste estudo, 33,8% das crianças sofriam punições por parte dos pais, sendo mais comum a medida punitiva verbal associada à lesão física (31,8%). Essas crianças, quando comparadas com as que não sofriam punições tiveram pior performance escolar, aumento dos episódios de enurese e impacto negativo na qualidade de vida.

A relação da criança e adolescente com sintomas urinários e intestinais e a escola

A escola foi pontuada como um espaço socialmente hostil e estressante para a criança e o adolescente com sintomas urinários e intestinais. O adolescente tem receio de que seu problema urinário seja descoberto por colegas e se torne alvo de *bullying*. Assim, a criança esconde de seus pares seu problema e teme a ocorrência de perdas urinárias durante o período escolar, como descrito no estudo E15.²⁵

A relação entre os pares na escola foi também permeada por vitimizações. Estudo realizado com pais de adolescentes com incontinência urinária no Reino Unido (E13) mostrou que cerca de 17,8% passaram por essas situações.²³ Dados do estudo E14²⁴ com crianças suecas mostraram também que, ao se comparar os sexos, os meninos reportaram maior impacto do que as meninas e, quanto mais velhos, também essa repercussão foi maior.

Outro aspecto trazido pela revisão foi quanto ao rendimento escolar da criança/adolescente. O estudo E11,²¹ uma coorte prospectiva com 57 pacientes incontinentes fecais de 6 a 15 anos, identificou situações de abandono escolar, reprovação de ano letivo e numerosas faltas escolares. Tais dados que se assemelham aos achados de baixo desempenho escolar em crianças com enurese noturna do estudo E12,²² justificando a preocupação de pais no que diz respeito ao impacto no desempenho escolar das crianças com CIF e encoprese, descritas pelo estudo E11.²¹ Além desses fatores, foi identificado no estudo E7¹⁷ que crianças que sofrem punição por conta dos episódios de perdas urinárias noturnas apresentavam pior performance escolar, quando comparados com crianças que não passam por tais penalidades.

Em suma, a escola tem sido alvo de uma percepção ruim por parte de crianças e adolescentes com sintomas urinários e intestinais e, em certos casos, essa percepção se aplica também aos professores (E13).²³ O estudo E8¹⁸ por meio da escala *Teenage Self-Concept Scale* conseguiu captar que crianças com enurese tinham menor autoconceito escolar, e esse índice era pior nas crianças maiores de 11 anos.

DISCUSSÃO

Esta revisão de métodos mistos trouxe uma síntese quanti-qualitativa sobre como as crianças e suas famílias percebem e lidam com os sintomas urinários e intestinais, bem como as experiências vividas. No entanto, houve uma predominância de estudos quantitativos (11 pesquisas), fato que impossibilitou a captação extensa de dados subjetivos relacionados à temática. Os estudos conseguiram discutir os aspectos psicossociais por meio de instrumentos validados, como os que mensuram QV.^{11,13}

Dessa forma, existe uma lacuna na literatura de estudos que explorem mais o relato do sujeito (criança e sua família) no que diz respeito a experiência de sintomas urinários e intestinais.

Os sintomas descritos com maior frequência nos estudos foram incontinência urinária diurna, enurese noturna, CIF e encoprese isolados e não concomitantes. Apontando assim, uma carência de trabalhos que discutam os demais sintomas do trato urinário inferior como aumento/diminuição da frequência urinária, manobras de contenção, urgência miccional,¹ bem como a associação desses com os sintomas intestinais.

Em contrapartida, outro sintoma pouco discutido nos documentos de sociedades internacionais foi abordado. A dor abdominal nas crianças com CIF foi associada com menor índice QV,¹⁶ sendo este um sintoma que modifica a experiência da criança com CIF. Tal dado foi corroborado por outros estudos descritos na literatura, dentre eles um estudo realizado com crianças escolares sem doença específica²⁸ e outro estudo que investigou crianças com doença de Crohn.²⁹ Em ambos os casos, a dor impactou negativamente nas diversas dimensões que compõem o conceito de QV.

No que tange às repercussões de cunho psicossocial e emocional em crianças com sintomas urinários e/ou intestinais, a literatura tem mostrado que pacientes pediátricos são particularmente propensos a desenvolver distúrbios emocionais.³⁰ Os sintomas urinários e/ou intestinais podem influenciar de forma negativa aspectos da rotina da criança, sobretudo aqueles inerentes ao contexto familiar e escolar. Desse modo se faz necessário monitorar os efeitos psicossociais durante o acompanhamento interdisciplinar da criança.³¹

Frente aos sentimentos vivenciados em decorrência dos sintomas urinários e/ou intestinais, os resultados encontrados nesta revisão sistemática estão de acordo com o demonstrado na literatura que refere que, a autoestima baixa, insegurança, ansiedade e isolamento. Também são os mesmos sintomas e emoções reportados por crianças que vivenciam a DVI e que essa experiência negativa resulta em impacto na qualidade de vida da criança e sua família.^{30,32}

Considerando a ótica dos familiares, foi evidenciado que a experiência com os sintomas urinários e/ou intestinais da criança lhes geravam sentimentos como nervosismo, medo, vergonha, estresse e preocupação. Esse achado corrobora com o referido no estudo de Mota et al.,³³ onde aponta que a família refere sentimento de preocupação frente ao sintoma urinário de seu filho. Nesta revisão, o sentimento de ansiedade foi vivenciado pela criança, mas Tanriverdi et al.³⁴ demonstraram que os pais também apresentam ansiedade diante do sintoma urinário da criança.

O uso da punição pelos responsáveis como recurso para corrigir as crianças com sintomas urinários também foi identificado nesta revisão sistemática. Esse achado de igual forma foi mencionado no estudo de Sapi et al.³⁵ que avaliou a violência em crianças com enurese. Não se tem clareza do impacto a longo prazo desse tipo de violência com a criança, todavia, cabe ao profissional de saúde identificar esses casos,

Experiências vividas pelos sintomas urinários e intestinais

Salviano CF, Gomes PL, Martins G

desmistificar e desencorajar este tipo de conduta por parte dos cuidadores/família.

Em oposição ao apontado em outros estudos, algumas crianças não percebem os sintomas urinários como problema. Tal aspecto poderia explicar os casos em que a criança não se sente motivada para modificações propostas pelo profissional de saúde nos programas de uroterapia,³⁶ considerando que para ela os sintomas urinários não são uma queixa e/ou problema, mas sim de seus responsáveis.

Dentre os fatores contribuintes para o início e a manutenção de problemas de eliminação estão os eventos traumáticos e estressores, como por exemplo a separação da mãe e criança durante o processo de desfralde, como descrito no estudo E2.¹⁴ Esse estudo descreveu o caso de uma criança de 8 anos com uma longa história de encoprese e enurese. Vale destacar que famílias que não acompanham o treinamento esfinteriano e que desconhecem os hábitos de eliminação vesical e intestinal da criança contribuem para o desenvolvimento de problemas de eliminação.¹²

A literatura já tem apontado algumas dificuldades que a criança pode encontrar no ambiente escolar, como a infraestrutura inadequada de banheiros e a não permissão para o uso da toalete durante as aulas.^{37,38} Além disso, a criança pode sofrer com o medo de escapes neste ambiente. Estudo brasileiro com crianças escolares mostrou que 20% dos entrevistados (n=17) afirmaram já ter tido experiência prévia de perda urinária na escola,³⁷ assim, este é um evento relativamente comum no ambiente escolar e pode estar relacionado com as dificuldades citadas anteriormente.

Os estudos da amostra apontaram ainda que as crianças com esses sintomas têm apresentado baixo rendimento escolar, medo relacionado ao *bullying* e de maneira geral uma relação ruim com seus pares.^{21,22} Elementos que tornam ainda mais difícil para a criança a experiência de vida e devem ser pontos de avaliação pelo profissional de saúde.

Dessa forma, a avaliação constante desse ambiente social é essencial, e pode ser realizada com auxílio de instrumentos validados de qualidade de vida que já vislumbra a escola com um espaço fundamental para a compressão do eixo social da criança, como foi realizado, por exemplo, em estudo no Sri Lanka (E3) com crianças que apresentavam CIF.¹³ Cabe, portanto, à equipe de saúde o trabalho em rede com a escola a fim de minimizar tais implicações psicossociais, esclarecer dúvidas da comunidade escolar e promover um ambiente saudável para a criança acometida por sintomas urinários e/ou intestinais.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA

Com esta revisão sistemática de métodos mistos foi possível alcançar parcialmente o objetivo traçado devido ao perfil metodológico dos estudos da amostra e os sintomas investigados. Dessa forma, o mapeamento da ocorrência de sintomas urinários e intestinais ficou limitado aos sintomas de incontinência diurna, enurese noturna, CIF e encoprese.

E as experiências vividas pelas crianças e suas famílias foram igualmente restritas, tendo em vista que fizeram parte da amostra apenas dois estudos qualitativos e um de método misto. Isto posto, se faz necessário a realização de pesquisas futuras que investiguem os demais sintomas urinários e intestinais e em uma perspectiva que favoreça o relato da criança e sua família.

A partir dos dados obtidos na revisão, identifica-se que a criança com esses sintomas apresenta impacto nas dimensões emocional e social. Foram descritos sentimentos de nervosismo, ansiedade, sintomas depressivos, vergonha, baixa tolerância à frustração; bem como problemas com imagem corporal e dificuldade de relacionamento com os colegas e outros. A escola, dentro da dimensão social, foi apontada como o ambiente mais impactado pelos sintomas urinários e/ou intestinais. Nela a criança, em diversos casos, apresenta baixo rendimento escolar, medo relacionado ao *bullying* e de maneira geral uma relação ruim com seus colegas.

Em suma, essa revisão sugere a necessidade de pesquisas futuras no sentido de melhorar a compreensão das experiências psicossociais dos sintomas urinários e intestinais sobre crianças/adolescentes e suas famílias durante toda a vida. Além de despertar os profissionais de saúde e da educação para a atenção especial da experiência destes sintomas em crianças e suas famílias. Dessa forma, uma estratégia possível é a viabilização de momentos de diálogo e verbalização desses problemas pela criança e seus familiares, a fim de amenizar os impactos por eles trazidos.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo. Extração de dados, análise e interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Cristiane Feitosa Salviano. Extração de dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Priscilla Lemos Gomes. Concepção e desenho do estudo. Interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Gisele Martins.

EDITOR ASSOCIADO

Aline Cristiane Okido

REFERÊNCIAS

1. 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;35(4):471-81. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22751>. PMID:25772695.
2. Van Summeren J, Holtman GA, van Ommeren SC, Kollen BJ, Dekker JH, Berger MY. Bladder symptoms in children with functional constipation: a

- systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;67(5):552-60. <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002138>. PMID:30212423.
3. Farhat W, Bağlı 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;164(3):1011-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)67239-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67239-4). PMID:10958730.
 4. Santos JD, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: an update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(1-2):S64-72. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.44111>. PMID:28265323.
 5. Lenz E, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci*. 1997;19(3):14-27. <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>. PMID:9055027.
 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;12(2):109.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2015.09.006>. PMID:26586295.
 7. Assis GM, Silva CPC, Martins G. Urotherapy in the treatment of children and adolescents with bladder and bowel dysfunction: a systematic review. *J Pediatr*. 2019;95(6):628-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2019.02.007>.
 8. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health*. 2014;35(1):29-45. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>. PMID:24188053.
 9. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):e1-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>. PMID:19631507.
 10. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12(1):181. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>. PMID:23185978.
 11. Kaugars AS, Silverman A, Kinservik M, Heinze S, Reinemann L, Sander M et al. Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(6):747-52. <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181de0651>. PMID:20706148.
 12. Stein MT, Benninga MA, Felt BT. An 8-year-old boy with treatment-resistant encopresis. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(6):513-5. <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181e5a464>. PMID:20611039.
 13. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Weerasooriya L, Hathagoda W, Benninga MA. Quality of life and somatic symptoms in children with constipation: a school-based study. *J Pediatr*. 2013;163(4):1069-72.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.05.012>. PMID:23800401.
 14. Dehghani SM, Basirathia M, Matin M, Hamidpour L, Haghighat M, Imanieh MH. Urinary tract infection and enuresis in children with chronic functional constipation. *Iran J Kidney Dis*. 2013;7(5):363-6. PMID:24072148.
 15. Cederblad M, Neveus T, Ahman A, Österlund Efraimsson E, Sarkadi A. "Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis. *J Pediatr Urol*. 2014;10(1):74-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2013.06.006>. PMID:23849996.
 16. Dehghani SM, Kulouee N, Honar N, Imanieh MH, Haghighat M, Javaherizadeh H. Clinical manifestations among children with chronic functional constipation. *Middle East J Dig Dis*. 2015;7(1):31-5. <http://dx.doi.org/10.1517/1/mejdd.2017.87>. PMID:25628851.
 17. Al-Zaben FN, Sehlo MG. Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life. *Child Abuse Negl*. 2015;43:22-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.007>. PMID:25435105.
 18. Tai TT, Tai BT, Chang YJ, Huang KH. Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age. *Acta Paediatr*. 2015;104(10):e466-72. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13101>. PMID:26119996.
 19. Akyüz M, Koca O, Karaman B, Özcan ZY, Öztürk M, Kutluhan MA et al. Evaluation of behavioral problems in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis: a prospective controlled trial. *Türk J Med Sci*. 2016;46(3):807-11. <http://dx.doi.org/10.3906/sag-1502-90>. PMID:27513260.
 20. Joinson C, Sullivan S, von Gontard A, Heron J. Early childhood psychological factors and risk for bedwetting at school age in a UK cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(5):519-28. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0756-7>. PMID:26294078.
 21. Olaru C, Diaconescu S, Trandafir L, Gimiga N, Olaru RA, Stefanescu G et al. Chronic functional constipation and encopresis in children in relationship with the psychosocial environment. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:7828576. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7828576>. PMID:27990158.
 22. Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *J Pediatr Urol*. 2016;12(3):159.e1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2015.11.011>. PMID:26778419.
 23. Grzeda M, Heron J, von Gontard A, Joinson C. Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(6):649-58. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0928-0>. PMID:27943057.
 24. Jönson Ring I, Nevéus T, Markström A, Amrup K, Bazargani F. Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. *Acta Paediatr*. 2017;106(5):806-11. PMID:28199734.
 25. Saarikoski A, Koppeli R, Salanterä S, Taskinen S, Axelin A. Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: children's experiences of the intervention. *J Pediatr Urol*. 2018;14(1):56.e1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.09.009>. PMID:29037865.
 26. Heyvaert M, Maes B, Onghena P. Mixed methods research synthesis: definition, framework, and potential. *Qual Quant*. 2013;47(2):659-76. <http://dx.doi.org/10.1007/s11335-011-9538-6>.
 27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
 28. Haraldstad K, Christophersen KA, Helseth S. Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):174. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-017-0927-4>. PMID:28738818.
 29. Claar RL, van Tilburg MAL, Abdullah B, Langer S, Sherif D, Whitehead WE et al. Psychological distress and quality of life in pediatric crohn disease: impact of pain and disease state. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;65(4):420-4. <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000001549>. PMID:28945206.
 30. Azevedo RVM, Oliveira EA, Vasconcelos MMA, Castro BAC, Pereira FR, Duarte NFV et al. Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). *J Bras Nefrol*. 2014;36(4):451-9. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140065>. PMID:25517273.
 31. Veloso LA, Mello MJ, Ribeiro NO JP, Barbosa LN, Silva EJ. Quality of life, cognitive level and school performance in children with functional lower urinary tract dysfunction. *J Bras Nefrol*. 2016;38(2):234-44. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160033>. PMID:27438979.
 32. Vasconcelos TB, Cavalcante LIC. Avaliação das atividades de vida diária em crianças: uma revisão da literatura. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2013;24(3):267-72. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p267-272>.
 33. Mota DM, Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS. Prevalence of enuresis and urinary symptoms at age 7 years in the 2004 birth cohort from Pelotas, Brazil. *J Pediatr*. 2015 Jan/Feb;91(1):52-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.04.011>. PMID:25193596.
 34. Tanrıverdi MH, Palancı Y, Yılmaz A, Penbegül N, Bez Y, Dağgüllü M. Effects of enuresis nocturna on parents of affected children: casecontrol study. *Pediatr Int*. 2014;56(2):254-7. <http://dx.doi.org/10.1111/ped.12242>. PMID:24467519.
 35. Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damiano R, Silva EA. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr*. 2009;85(5):433-7. PMID:19830354.
 36. Souza BML, Salviano CF, Martins G. Prática avançada de enfermagem em uropediatria: relato de experiência no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm*. 2018 Feb;71(1):223-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0654>. PMID:29324966.
 37. Salviano CF, Martins G. Contexto escolar e hábitos miccionais: estudo transversal com escolares do Distrito Federal. *Cienc Cuid Saude*. 2016 Apr/Jun;15(2):235-41. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.28173>.
 38. Souza BML, Salviano CF, Martins G. Contexto escolar e sintomas de trato urinário inferior: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. 2015 Jan/Mar;20(1):198-206. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37477>.

10.3 Anexo 3 – Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versão traduzida para o português

Tipos de Componentes para Estudos de Método Mistos ou Estudos Primários	Critério para Qualidade Metodológica (veja tutorial para definição e exemplos)	Respostas			
		Sim	Não	Indefinido/Indeterminado	Comentários
Perguntas de Triagem (para todos os tipos)	- Há perguntas de pesquisa (ou objetivos*) claras de tipo qualitativo e quantitativo, ou uma pergunta (ou objetivo*) clara de métodos mistos? - É possível que os dados coletados possam responder as questões de pesquisa (objetivo)? Por exemplo, considere se o período de acompanhamento foi tempo suficiente para o resultado ocorrer (para estudos longitudinais ou componentes de estudo)				
	As próximas perguntas não são apropriadas de responder quando as respostas forem "Não" ou "Indefinido/Indeterminado" a uma das perguntas de triagem, ou às duas.				
1. Qualitativo	1.1. As fontes de dados qualitativos (arquivos, documentos, informantes, observações) são relevantes para responder à questão de pesquisa (objetivo)? 1.2. É relevante o processo de analisar os dados qualitativos para responder à pergunta de pesquisa (objetivo)? 1.3. É dada consideração apropriada à relação entre os resultados e o contexto, e.x., o ambiente ou o contexto em que os dados foram recolhidos?				
1. Qualitativo	1.4. É dada consideração apropriada à relação entre os resultados e a influência dos pesquisadores, e.x., por suas interações com os participantes?				
2. Quantitativo clínico randomizado controlado (ensaios)	2.1. Existe uma clara descrição da randomização (ou uma seleção aleatória apropriada)? 2.2. Existe uma descrição clara do sigilo da alocação (ou "mascaramento" quando é aplicável)? 2.3. Há dados dos resultados completos (80% ou mais)? 2.4. Há uma taxa de retirada/desistência baixa (menos de 20%)?				
3. Quantitativo Não randomizado	3.1. Os participantes (organizações) são selecionados de uma maneira que evita viés de seleção? 3.2. Quanto à exposição/intervenção e resultados, as medições são apropriadas (origem clara, ou validade conhecida, ou padrão de instrumento; e ausência de contaminação entre grupos quando apropriado)? 3.3. Em grupos sendo comparados (expostos vs. não expostos; com intervenções vs. sem intervenções; casos vs. controles), são comparáveis os participantes? Ou os pesquisadores também levam em consideração (controle pela) diferença entre estes grupos? 3.4. Os dados dos resultados são completos (80% ou mais), e, quando aplicável, existe uma taxa de resposta aceitável (60% ou mais), ou uma taxa de acompanhamento aceitável para estudos de coortes (dependendo da duração do acompanhamento)?				
4. Quantitativo Descritivo	4.1. A estratégia de amostragem é relevante para responder à questão de pesquisa quantitativa (aspecto quantitativo da pergunta de pesquisa método misto)? 4.2. É representativa a amostra da população em estudo? 4.3. As medidas escolhidas são apropriadas (origem clara, validade conhecida, ou padrão de instrumento)? 4.4. Há uma taxa de resposta aceitável (60% ou mais)?				
5. Métodos Mistos	5.1. O design da pesquisa de métodos mistos é relevante para responder às perguntas de pesquisa (ou objetivos) qualitativas e quantitativas, ou aos aspectos qualitativos e quantitativos da pergunta (objetivo) de métodos mistos? 5.2. A integração dos dados qualitativos e quantitativos (ou resultados*) para responder à pergunta de pesquisa (objetivo) é relevante? 5.3. A consideração apropriada é dada para as limitações associadas com esta integração? Por exemplo, a divergência dos dados qualitativos e quantitativos (ou resultados) em uma estratégia de triangulação.				
	Adicionalmente aos itens 5.1 ao 5.3, deve ser respondido um componente qualitativo (1.1 a 1.4), e o componente qualitativo apropriado (2.1 a 2.4, ou 3.1 a 3.4, ou 4.1 a 4.4)				

Fonte: Souto *et al.* (2021)

10.4 Anexo 4 – Artigo aprovado pela Revista Cogitare enfermagem com dados da fase 1 – eixo quantitativo.



CRIANÇAS COM DISFUNÇÃO VESICAL E INTESTINAL ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Karine Suellen Prado Miranda¹, Cristiane Feitosa Salviano², Andreia Guedes Oliva Fernandes¹, Gisele Martins³

¹Centro Universitário Euro Americano. Brasília, DF, Brasil.

²Hospital da Criança de Brasília José Alencar. Brasília, DF, Brasil.

³Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

*Artigo extraído da tese de doutorado “Experiência de crianças com sintomas urinários e intestinais: contando essa história”. Universidade de Brasília, 2021.

Autor Correspondente:
Cristiane Feitosa Salviano
Hospital da Criança de Brasília José Alencar - Brasília, DF, Brasil
E-mail: crisenf.salviano@gmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as características clínico-epidemiológicas de crianças em idade escolar com disfunção vesical e intestinal atendidas em um ambulatório de enfermagem especializado.

Método: estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, descritivo e documental, realizado em prontuários de crianças atendidas em serviço de prática avançada de enfermagem em uropediatria, localizado em hospital universitário do Distrito Federal - Brasil, no período de abril a maio de 2019. Os dados foram analisados descritivamente e com teste qui-quadrado de Pearson para associações.

Resultados: Todas as crianças apresentaram constipação intestinal funcional associada a sintomas urinários, sendo que os prevalentes foram urgência miccional (80%) e manobras de contenção (70%). Foi identificada significância estatística entre sexo e sintomas de urgência



miccional, aumento e diminuição da frequência urinária. A Infecção do Trato Urinário foi a principal comorbidade (33%).

Conclusão: esse estudo contribui para o planejamento e implementação de intervenções mais sensíveis e específicas do processo de cuidar em Uropediatria.

DESCRITORES: Sintomas do Trato Urinário Inferior; Constipação Intestinal; Criança; Enfermagem Pediátrica; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O termo disfunção vesical e intestinal (DVI) refere-se à ocorrência concomitante de sintomas urinários e intestinais. A DVI engloba sintomas do trato urinário inferior (STUI), juntamente com pelo menos um sintoma intestinal, geralmente constipação intestinal funcional (CIF) e/ou encoprese. Tal disfunção é diagnosticada em crianças com, pelo menos, cinco anos de idade e que já são treinadas para uso do banheiro, com ausência de comorbidades neurológicas e/ou malformação congênita do trato geniturinário e/ou intestinal⁽¹⁻²⁾. Até o presente momento, a etiologia da DVI não está completamente compreendida, no entanto, ambos sistemas compartilham a mesma origem embriológica⁽²⁾.

Os STUI englobam as queixas associadas ao ato miccional; exemplos desses sintomas são incontinência urinária (IU), manobra de contenção, urgência miccional, baixa frequência urinária, entre outros⁽³⁾. Em termos epidemiológicos, um estudo com 441 crianças brasileiras de 9,1±2,7 anos identificou 11,6% das crianças com DVI, ao passo que 7,9% tinha apenas CIF e 31,5% apresentavam STUI⁽⁴⁾. Estudo conduzido na China com crianças de quatro a 10 anos identificou uma prevalência de 4,02% de DVI e que os casos diminuem com o aumento da



idade (de 6,19% aos quatro anos para 1,96% aos 10)⁽⁴⁾, o que aponta para uma maior tendência em crianças escolares mais jovens.

Portanto, esse grupo etário precisa ser considerado como uma população-alvo para identificar precocemente a DVI na infância e realizar o manejo terapêutico de maneira oportuna, haja visto que, do subgrupo de crianças acometidas com refluxo vesicoureteral e infecções urinárias de repetição, 54% tinham diagnóstico de DVI⁽⁶⁾. Adicionalmente, os fatores comportamentais, ambientais e de treinamento esfinteriano mal sucedido têm sido apontados como possíveis fatores de risco para DVI⁽⁷⁾. Por exemplo, crianças em idade escolar se queixam da falta de privacidade em banheiros públicos, fazendo com que retenham as fezes, tornando-as mais endurecidas, o que predispõe à CIF⁽⁸⁾.

A compreensão do perfil das crianças afetadas por tais sintomas é de suma importância para uma abordagem e manejo terapêutico efetivo, especialmente na atuação do enfermeiro de uropediatria, que ocupa uma posição estratégica na orientação e implementação das medidas de uroterapia padrão (UP). A UP é o tratamento de primeira linha para manejo de DVI, consistindo em uma modalidade de tratamento conservador e não farmacológico. Dentre os principais componentes da UP estão: ingestão hídrica adequada, idas regulares ao banheiro e conscientização dos músculos do assoalho pélvico, com objetivo de auxiliar na contração e relaxamento desses músculos para controle e eliminação urinárias⁽⁹⁾. Quanto ao manejo da CIF, recomenda-se o aumento da ingestão de líquidos associado ao consumo de alimentos ricos em fibras e atividade física sistemática⁽⁸⁾. Uma vez que não ocorram melhora com a abordagem conservadora (UP), pode-se optar pela uroterapia específica (biofeedback, neuromodulação) e/ou terapia farmacológica e posteriormente, se houver necessidade, nos casos refratários pela intervenção cirúrgica⁽⁹⁾.



Outro aspecto relevante no cuidado dessas crianças com DVI refere-se ao impacto negativo na qualidade de vida, tanto na dimensão física quanto na psicossocial. No que diz respeito aos sintomas urinários, sobretudo a presença de IU ou fecal leva a sentimento de insegurança, diminuição do convívio social, angústia e baixa autoestima^(1,10), enquanto que nas famílias geram sentimento de culpa e impotência frente à dificuldade enfrentada no manejo e resolutividade de tais sintomas⁽¹¹⁾. Portanto, é necessário um suporte profissional especializado, a fim de minimizar a ocorrência de desfechos desfavoráveis ao paciente e familiares⁽¹¹⁻¹²⁾.

Diante desse contexto, teve-se como objetivo de pesquisa descrever as características clínico-epidemiológicas de crianças em idade escolar com disfunção vesical e intestinal atendidas em um ambulatório de enfermagem especializado.

MÉTODO

Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, descritiva e documental, baseado nos prontuários de crianças atendidas no serviço especializado denominado de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, localizado em um hospital público e de ensino de Brasília-DF.

Trata-se de um projeto de extensão de ação contínua (PEAC) pioneiro no Brasil⁽¹³⁾, criado no ano 2013 com objetivo de aproximar o estudante de enfermagem da área de Urologia Pediátrica. Essa especialidade está intimamente relacionada a um papel e uma prática expandida da enfermagem. Segundo o *International Council of Nurses*⁽¹⁴⁾, as características descritas estão intimamente ligadas ao conceito de Enfermagem de Prática Avançada, especificamente ao papel do *clinical nurse specialist* (CNS). Os CNS são enfermeiros especialistas, geralmente com foco em uma subespecialidade, condição ou nível/tipo de cuidado⁽¹⁵⁾.



Desse modo, o PEAC tornou-se um espaço privilegiado para troca de saberes e práticas no contexto do cuidado em Uropediatria, sendo um serviço de enfermagem especializado e ancorado nos eixos ensino-pesquisa-extensão⁽¹³⁾. Os pacientes pediátricos acompanhados no serviço são encaminhados pelas equipes médicas de Pediatria, Nefrologia e Cirurgia Pediátrica, vinculadas ao hospital de ensino, bem como pela rede de saúde pública e privada do Distrito Federal e Entorno.

Os dados foram coletados nos meses de abril a maio de 2019, por meio da análise de 238 prontuários de todos os pacientes que foram atendidos de março de 2015 a maio de 2019. Foram incluídas as crianças de 6 a 12 anos de ambos os sexos, diagnosticadas com DVI. Foram excluídas crianças com comprometimentos e/ou malformações congênitas de origem neurológica, bem como fora da faixa etária investigada.

A sistematização da assistência de enfermagem em uropediatria no referido serviço está pautada na utilização de diversas ferramentas clínicas⁽¹³⁾, com vistas a melhor avaliação, diagnóstico, manejo e monitoramento dos sintomas urinários e intestinais ao longo do acompanhamento da criança/família no serviço. Dentre tais ferramentas, estão o calendário sol e chuva e o *Dysfunctional Voiding Symptom Score* (DVSS).

O calendário sol e chuva está direcionado para acompanhamento da criança com enurese, permitindo monitorar o número de noites secas. Já o DVSS consiste em um questionário composto por 10 perguntas referentes a hábitos urinários, intestinais e fatores ambientais, com respostas em escala likert, baseando-se nos escores: 0 (nunca ou quase nunca), 1 (menos que a metade do tempo), 2 (metade do tempo) e 3 (quase todo o tempo), investigados nos últimos 30 dias. Quando somados, o escore total ≥ 6 pontos em meninas e ≥ 9 pontos para meninos⁽¹⁶⁾ confirma a presença de disfunção miccional. Outra ferramenta utilizada foi o diário



de eliminações para avaliar as eliminações ao longo do dia, além de conter informações sobre a ingestão de líquidos, idas ao banheiro, episódios de urgência, perda urinária e eliminação intestinal⁽¹⁷⁾, com registro de pelo menos dois dias.

Para a avaliação e diagnóstico da CIF, utiliza-se os Critérios de Roma IV, sendo o diagnóstico clínico de CIF confirmado pela presença de dois critérios positivos ou mais⁽⁸⁾ de um total de seis perguntas. Associado a esse instrumento, a equipe de enfermagem também utilizava a escala fecal de Bristol, com objetivo de mensurar dois itens chave sobre a eliminação das fezes: consistência e forma. Nessa escala são listados sete tipos de fezes, exemplificados de forma ilustrativa e com a descrição escrita da imagem, fato que auxilia as famílias, bem como as próprias crianças no reconhecimento do aspecto e consistência fecal⁽¹⁸⁾.

As ferramentas e instrumentos clínicos encontrados nos prontuários pesquisados apoiaram o preenchimento do instrumento para coleta de dados, uma vez que as variáveis investigadas para a caracterização e confirmação dos casos de DVI foram captadas a partir das ferramentas de investigação clínicas utilizadas no serviço. As seguintes variáveis foram compiladas em planilha Excel e analisadas: idade, sexo, sintomas urinários, sintomas intestinais, doenças preexistentes ou comorbidades e fatores psicossociais (mudanças de hábitos de vida devido à DVI e impacto na qualidade de vida). A coleta de dados foi conduzida por duas autoras da pesquisa, objetivando-se a dupla-verificação; os dados de identificação dos pacientes foram codificados numericamente, de modo a assegurar o sigilo e anonimato da amostra, conforme os preceitos éticos recomendados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial (teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%), a depender da normalidade de



distribuição das variáveis, e analisadas com o Statistical Package for the Social Sciences versão 26.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 3.133.554, de 06 de fevereiro de 2019.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 238 pacientes atendidos no serviço, no período de março de 2015 a maio de 2019, e com base nos critérios de inclusão, foram identificadas 40 crianças com diagnóstico de DVI (16,8%).

Houve predomínio do sexo feminino ($n=24$; 60%) na amostra, com média de idade de 7,9 anos. Observou-se também uma tendência de sintomas de DVI em crianças entre seis ($n=11$; 27,5%) e sete anos ($n=11$; 27,5%), o que representou mais da metade dos casos de DVI ($n=22$; 55%). Observou-se ainda uma tendência de diminuição da prevalência de DVI com o aumento da idade da criança (Figura 1).

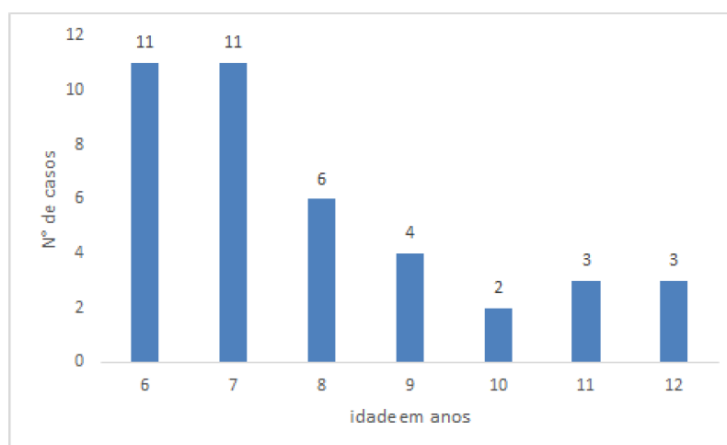




Figura 1 – Frequência de casos de sintomas de DVI por idade. Brasília, DF, Brasil, 2020

Fonte: Autores (2020)

Com relação aos sinais e sintomas encontrados, todas as crianças (n=40) apresentaram a CIF como sintoma intestinal. Apenas 1 criança (2,5%) reportou noctúria (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de sinais e sintomas em crianças com DVI. Brasília, DF, Brasil, 2020

Sinais e sintomas	n	%
Constipação Intestinal Funcional	40	100
Urgência miccional	32	80
Manobras de contenção	28	70
Incontinência diurna	24	60
Incontinência noturna	19	47,5
Aumento da frequência urinária	15	37,5
Diminuição da frequência urinária	7	17,5
Disúria	4	10
Escape fecal	4	10
Retenção urinária	3	7,5
Noctúria	1	2,5

Fonte: Autores (2020)

A Tabela 2 traz os dados sobre a associação entre os STUI mais prevalentes e o sexo da criança. Observou-se que a urgência miccional apresentou uma relação estatisticamente significativa ($p=0,026$) com sexo feminino (n=19; 79,1%), assim como os sintomas de aumento e diminuição da frequência urinária ($p=0,029$ e $p=0,000$ respectivamente).

Tabela 2 – Distribuição dos STUI mais prevalentes segundo sexo, de crianças com DVI. Brasília, DF, Brasil, 2020

Sintomas de STUI	Feminino		Masculino		n	%	Valor p*
	n	%	n	%			
IU diurnal							0,069

 Cogitare Enfermagem 							
ISSNe 2176-9133							
Sim	14	58,33	10	62,5	24	60	
Não	10	41,67	6	37,5	16	40	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	
IU noturna							
Sim	15	62,5	4	25	19	47,5	5,414
Não	9	37,5	12	75	21	52,5	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	
Urgência miccional							
Sim	19	79,1	13	81,25	32	80	0,026*
Não	5	20,9	3	18,75	8	20	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	
Manobras de contenção							
Sim	16	66,7	12	75	28	70	0,317
Não	8	33,3	4	25	12	30	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	
Diminuição da frequência urinária							
Sim	9	37,5	6	37,5	15	37,5	0,000*
Não	15	62,5	10	62,5	25	62,5	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	
Aumento da frequência urinária							
Sim	4	16,7	3	18,75	7	17,5	0,029*
Não	20	83,3	13	81,25	33	82,5	
Subtotal	24	100	16	100	40	100	

*Teste Qui-quadrado (Pearson); Significância ao nível de $p \leq 0,05$

Fonte: Autores (2020)



Outra análise de associação realizada foi entre sexo da criança e o quantitativo de STUI que a criança apresentava. Para tal, fez-se a categorização em dois grupos: mais de três sintomas e menos de três sintomas, todavia, não foi identificada significância estatística.

Tabela 3 - Correlação entre número de sintomas de STUI e sexo das crianças com DVI. Brasília, DF, Brasil, 2020

Sexo	Nº de sintomas de STUI apresentados pela criança				Total	Valor de p*
	< 3 Sintomas		> 3 Sintomas			
	n	%	n	%	n	%
Masculino	11	68,7	5	31,3	16	40
Feminino	10	41,7	14	58,3	24	60
						2,824

* Teste Qui-quadrado (Pearson); Significância ao nível de p-valores $\leq 0,05$

Fonte: Autores (2020)

Com relação às comorbidades associadas à DVI na infância, verificou-se que metade da amostra (n=20; 50%) tinham como comorbidades ITU de repetição e malformação do trato geniturinário, além de condições de cunho neuro-comportamental (n=6; 15%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de comorbidades associadas à DVI registradas em prontuários. Brasília, DF, Brasil, 2020

Comorbidades associadas à DVI	n	%
ITU de repetição	12	33
Malformação do trato geniturinário	7	17,5
Ansiedade/fobias	3	7,5
Déficit de atenção/hiperatividade	2	5
Atraso no desenvolvimento	1	2,5

Fonte: Autores (2020)



Quanto à realização de tratamento prévio antes da assistência de enfermagem especializada, o uso de oxibutinina foi verificado em oito (20%) pacientes, antibioticoterapia em três (7,5%) e o uso de laxativos em apenas um (2,5%) paciente.

Sobre o impacto dos sintomas de DVI nos hábitos de vida do paciente e/ou família, os achados a seguir foram registradas em prontuário: necessidade de ir repetidas vezes ao banheiro; restrição hídrica como estratégia para diminuir as idas ao toalete; acordar várias vezes na noite e ir ao toalete antes de dormir a fim de evitar episódios de IU noturna (enurese); perda urinária involuntária quando se tentava segurar a urina, perda urinária quando a criança sorri/ri; medo de ir ao banheiro da escola.

Quanto ao impacto na qualidade de vida e consequências psicossociais, alguns prontuários (n=12, 30%) tiveram os seguintes registros: *bullying* na escola em relação à frequência urinária aumentada, impacto emocional evidenciado por sentimento de medo, vergonha e timidez, incômodo por parte da família relacionado à enurese, dificuldades na escola quanto à autorização para múltiplas idas ao banheiro, não adesão a hábitos saudáveis de alimentação pela família, sentimento de vergonha associada à enurese (IU noturna), nojo das próprias fezes, timidez e vergonha quando questionado sobre os sintomas, preguiça de ir ao banheiro e relato de fraldas que incomodavam e desencadearam o prurido.

DISCUSSÃO

A caracterização do perfil clínico-epidemiológico de crianças com sintomas de DVI traz um perfil com uma maior prevalência de DVI em crianças entre seis e sete anos, com a maior frequência na faixa etária de seis anos. Em estudo realizado na Turquia em crianças com disfunção miccional, foi observada uma frequência mais elevada de DVI em crianças de seis



anos (23,1%), evidenciando também diminuição da disfunção com o aumento da idade⁽⁴⁾. Além da faixa etária, o nosso estudo aponta uma maior prevalência do sexo feminino. Ao comparar com os dados de um estudo canadense em ambulatório especializado de enfermagem, a maioria das crianças com DVI correspondeu ao sexo feminino, e representou 66% da população analisada⁽¹⁹⁾.

Quando se refere aos sintomas urinários identificados pelos instrumentos de avaliação clínica utilizados no serviço de enfermagem investigado, a IU diurna e noturna foi o sintoma predominante. De fato, a IU diurna esteve presente em mais da metade da nossa amostra. Dado semelhante foi encontrado no estudo realizado junto a pacientes com disfunção do trato urinário inferior, em que a maioria apresentou IU, o que confirma a prevalência desses sintomas entre crianças⁽¹⁰⁾. Outro estudo realizado em Recife-PE, em um ambulatório de nefropediatria, também confirma esse dado, visto que 81% das crianças estudadas apresentaram IU diurna e 59,1% noturna⁽²⁰⁾.

Outro achado no nosso estudo foi que a maioria dos pacientes com IU noturna eram meninas. Diferentemente do encontrado em outras pesquisas, como a realizada na Turquia, que encontrou um número maior de casos da enurese em meninos do que em meninas (20,1% *versus* 15%)⁽²¹⁾. Outros autores também reportaram um número maior de casos de enurese em crianças do sexo masculino⁽²²⁻²⁴⁾. Essa divergência pode estar relacionada ao perfil das crianças usuárias do serviço de enfermagem especializado, uma vez que a maior parte era composta por meninas.

Sintomas como urgência miccional e manobras de contenção também mostraram uma maior prevalência nas crianças com DVI. Outros autores publicaram dados similares para ambos sintomas^(6,25), sendo que 85% das crianças apresentavam urgência miccional e 80% referiam as manobras de contenção⁽⁶⁾. Em estudo mineiro realizado com crianças em idade



escolar, os sintomas urinários mais comuns foram os mesmos: manobras de contenção (19,1%) e urgência urinária (13,7%)⁽²⁵⁾.

A infecção do trato urinário (ITU) de repetição é uma morbidade frequente em pacientes com DVI, e o atual estudo constatou também esse achado nos prontuários analisados. Em pesquisa realizada com crianças portadoras da DVI e refluxo vesicoureteral, 35% dos pacientes com DVI e sem refluxo vesicoureteral apresentaram ITU de repetição, o que ratifica o dado encontrado no nosso trabalho. Ademais, mostra a importância de investigar o histórico de ocorrências de ITU de repetição, evidenciando a importância de uma anamnese minuciosa, inclusive com uma descrição detalhada de exames complementares realizados previamente⁽⁶⁾.

Quanto à realização de tratamento prévio, o uso de oxibutinina foi o tratamento farmacológico mais registrado nos prontuários. A oxibutinina é um anticolinérgico muito utilizado em crianças, suas doses inicialmente devem ser baixas e seu uso muito cuidadoso, pois em doses elevadas pode causar efeitos colaterais como boca seca, hipertermia, vermelhidão, cefaleia e visão turva^(2,7). Assim, o enfermeiro que atua em uropediatria deve monitorar o uso, dosagem e os eventos adversos, sempre orientando e dando o suporte necessário aos familiares. A antibioticoterapia profilática também foi prescrita para os pacientes, sendo uma prescrição médica usual em crianças com DVI e com ITU de repetição⁽⁹⁾. No serviço, o papel do enfermeiro está voltado para o preparo e acompanhamento da família na administração da antibioticoterapia em domicílio, tanto em episódios agudos de ITU quanto no seguimento longitudinal de crianças com ITU crônica, principalmente nos casos de refluxo vesicoureteral, bexiga neurogênica e usuários de cateterismo urinário intermitente.

Quanto ao manejo da CIF, o uso de laxativos (por exemplo, muvinlax[®]) foi também descrito nos prontuários, sendo um laxante osmótico muito utilizado no tratamento da CIF e



contraindicado para menores de sete anos. Os laxantes osmóticos são os medicamentos orais de primeira escolha, pois a outra classe de laxantes estimulantes pode causar efeito de constipação rebote⁽⁷⁾. Assim, o enfermeiro atua na orientação e manejo da CIF, não apenas na fase de uso de laxativos, mas sobretudo em intervenções como reflexo gastrocólico após as principais refeições, ingestão hídrica adequada e ajustada ao peso da criança, e hábitos alimentares saudáveis, principalmente ricos em fibras.

No que tange ao impacto da DVI nos hábitos de vida dos pacientes, verificou-se que houve um impacto negativo no cotidiano da criança⁽²⁶⁻²⁷⁾. Os contextos escolar e familiar foram os mais referidos pelas crianças que frequentavam o ambulatório especializado de enfermagem. Outros fatores que afetaram negativamente os hábitos de vida dos pacientes foram as mudanças quanto à restrição da ingestão hídrica, as frequentes idas ao toalete, noites mal dormidas e IU, que geravam problemas comportamentais e psicológicos.

O impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes com DVI mostrou-se considerável, havendo inclusive uma expressividade maior de problemas comportamentais e psicológicos⁽²⁷⁾. A literatura⁽²⁷⁾ aponta que quase metade dos pacientes com DVI apresentaram repercussões emocionais e comportamentais clinicamente detectáveis, ao contrário dos pacientes que apresentavam somente sintomas urinários (32,8%) ou intestinais (33%) isolados. Tais dados corroboraram com o registro nos prontuários de sentimentos negativos associados à ocorrência de sintomas de DVI.

A principal limitação deste estudo refere-se ao fato de a pesquisa ter sido feita em um único serviço especializado. Entretanto, o perfil das crianças atendidas assemelha-se aos dados de outros serviços ambulatoriais, tanto nacionais quanto internacionais, e o estudo traz dados



empíricos sobre o perfil de crianças brasileiras com DVI, acompanhadas por uma equipe de enfermagem especializada.

CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu identificar o perfil de crianças acompanhadas pelo serviço de enfermagem especializado, contribuindo para o planejamento e qualificação da assistência de enfermagem prestada, inclusive no delineamento de intervenções mais sensíveis e específicas do processo de cuidar em Uropediatria. Os sintomas urinários mais prevalentes foram a urgência, manobras de contenção e IU tanto diurna como noturna, e os sintomas intestinais se limitaram à CIF. Foi encontrada um quantitativo maior de sintomas em crianças do sexo feminino, e com relação à idade, observou-se uma maior prevalência na faixa etária de seis e sete anos.

Como contribuição para a prática de enfermagem, recomenda-se que a anamnese inclua a análise de exames complementares (urocultura, urodinâmica, ultrassom), bem como histórico de ITU e uso de medicamentos. Também se sugere estudos futuros que possibilitem a comparação com perfis de crianças de outros serviços e outras regiões do país, bem como serviços com equipes multidisciplinares.

O serviço estudado evidencia o protagonismo do papel ampliado do enfermeiro, refletindo uma prática avançada de enfermagem no processo de cuidar em Uropediatria. Ademais, destaca-se a realização de uma assistência qualificada e baseada em evidências, principalmente no que tange à estruturação dos instrumentos de investigação clínica utilizados pelo serviço.



REFERÊNCIAS

1. 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.* [Internet]. 2016 [acesso em 11 set 2019]; 35(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.22751>.
2. Santos J dos, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: an update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Can Urol Assoc J* [Internet]. 2017 [acesso em 01 abr 2020]; 11(1-2 Suppl). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.4411>.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, *et al.* The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* [Internet]. 2002 [acesso em 01 maio 2020]; 21(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.10052>.
4. Ribeiro RS, Abreu GE de, Dourado ER, Veiga ML, Lobo VA, Barroso Jr U. Bladder and bowel dysfunction in mothers and children: a population-based cross-sectional study. *Arq. Gastroenterol.* [Internet]. 2020 [acesso em 08 jul 2020]; 57(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-23>.
5. Xu PC, Wang YH, Meng QJ, Wen YB, Yang J, Wang XZ, *et al.* Delayed elimination communication on the prevalence of children's bladder and bowel dysfunction. *Scientific reports.* [Internet]. 2021 [acesso em 08 jul 2020]; 11(12366). Disponível em: <http://doi.org/10.1038/s41598-021-91704-3>.
6. Shaikh N, Hoberman A, Keren R, Gotman N, Docimo SG, Mathews R, *et al.* Recurrent urinary tract infections in children with bladder and bowel dysfunction. *Pediatrics.* [Internet]. 2016 [acesso em 07 mar 2020]; 137(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2982>.
7. Machado VQA, Fonseca EMGO da. Disfunção vesical e intestinal em crianças e adolescentes. *Revista HUPE.* [Internet]. 2016 [acesso em 27 jan 2020]; 15(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/28240/23234>.
8. Mugie SM, Di Lorenzo C, Benninga MA. Constipation in childhood. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* [Internet]. 2011 [acesso em 25 abr 2020]; 8(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2011.130>.
9. Santos J dos, Varghese A, Williams K, Koyle MA. Recommendations for the Management of Bladder Bowel Dysfunction in Children. *Pediat Therapeut.* [Internet]. 2014 [acesso em 10 out 2019]; 4(1). Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000191>.
10. Azevedo RVM de, Oliveira EA, Vasconcelos MM de A, Castro BAC de, Pereira FR, Duarte NFV, *et al.* Impacto de uma abordagem interdisciplinar em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior (DTUI). *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2014 [acesso em 29 ago 2019]; 36(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140065>.



11. Oliveira IAMI de, Salviano CF, Martins G. Crianças com incontinência urinária: impacto na convivência dos familiares. UFPE Online. [Internet]. 2018 [acesso em 29 fev 2020]; 12(7). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234837p2061-2073-2018>.
12. Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro LMC, Fonseca EMG de O. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet]. 2005 [acesso em 10 nov 2019]; 5(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a06v5n3.pdf>.
13. Souza BML de, Salviano CF, Martins G. Prática avançada de enfermagem em uropediatria: relato de experiência no Distrito Federal. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 13 mar 2020]; 71(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0654>.
14. International Council of Nurses. ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2009 [acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf.
15. Cooper MA, McDowell J, Raeside L. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. Br J Nurs. [Internet]. 2019 [acesso em 10 jul 2021]; 28(20). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714817/>.
16. Calado A, Araujo E, Barroso Jr U, Netto JMB, Zerati Filho M, Macedo Júnior A, *et al.* Cross-cultural Adaptation of the Dysfunctional Voiding Score Symptom (DVSS) Questionnaire for Brazilian Children. Int. Braz J Urol. [Internet]. 2010 [acesso em 30 abr 2020]; 36(4). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1677-55382010000400009>.
17. Vasconcelos MM de A, Lima EM, Vaz GB, Silva THS. Lower urinary tract dysfunction: a common diagnosis in the pediatrics practice. J Bras Nefrol. [Internet]. 2013 [acesso em 30 abr 2020]; 35(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n1/v35n1a09.pdf>.
18. Pérez MM, Martínez AB. The Bristol scale - a useful system to assess stool form? Rev Esp Enferm Dig. [Internet]. 2009 [acesso em 03 fev 2020]; 101(5). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19527075/>.
19. 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. [Internet]. 2016 [acesso em 10 mar 2020]; 12(2). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2015.09.006>.
20. Veloso LA, Mello MJG de, Ribeiro Neto JPM, Barbosa LNF, Silva EJ da C e. Quality of life, cognitive level and school performance in children with functional lower urinary tract dysfunction. J Bras Nefrol. [Internet]. 2016 [acesso em 08 abr 2020]; 38(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160033>.
21. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S, Oguzulgen I, Urgancioglu G, Memis A. Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. Int. braz j urol. [Internet]. 2007 [acesso em 05 abr 2020]; 33(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-55382007000200013>.



22. Sousa A de, Kapoor H, Jagtap J, Sen M. Prevalence and factors affecting enuresis amongst primary school children. *Indian Journal of Urology*. [Internet]. 2007 [acesso em 05 abr 2020]; 23(4). Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-1591.36703>.
23. Osungbade KO, Oshiname FO. Prevalence and perception of nocturnal enuresis in children of a rural community in southwestern Nigeria. *Tropical Doctor*. [Internet]. 2003 [acesso em 05 abr 2020]; 33(4). Disponível em: <http://doi.org/10.1177/004947550303300416>.
24. Wang QW, Wen JG, Song DK, Su J, Zhu QH, Liu K, *et al.* Bed-wetting in Chinese children: epidemiology and predictive factors. *Neurourol. Urodyn.* [Internet]. 2007 [acesso em 05 abr 2020]; 26(4). Disponível em: <http://doi.org/10.1002/nau.20373>.
25. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhães PG, Silva FM, *et al.* Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. *Pediatric Nephrology*. [Internet]. 2012 [acesso em 29 abr 2020]; 27(4). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-011-2028-1>.
26. Salviano CF, Gomes PL, Martins G. Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2020 [acesso em 17 mar 2020]; 24(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0137>.
27. Dourado ER, Abreu GE de, Santana JC, Macedo RR, Silva CM da, Rapozo PMB, *et al.* Emotional and behavioral problems in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction: a population-based study. *J Pediatr Urol.* [Internet]. 2019 [acesso em 13 mar 2020]; 15(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.12.003>.