

MARÍLIA SUSANE BIRCK

**MAUS TRATOS NA INFÂNCIA – UM FATOR CAUSAL DA
SÍNDROME DE DISFUNÇÃO DAS ELIMINAÇÕES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

MARÍLIA SUSANE BIRCK

**MAUS TRATOS NA INFÂNCIA – UM FATOR CAUSAL DA
SÍNDROME DE DISFUNÇÃO DAS ELIMINAÇÕES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do curso: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz

Orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araujo

Co-orientadores: Prof. Dr. José Antonio de Souza

Dra. Eliane Vieira de Araujo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2009

Birck, Marília Susane.

Maus tratos na infância- um fator causal da síndrome de disfunção das eliminações / Marília Susane Birck. Florianópolis, 2009.

38 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Maus tratos 2. Síndrome de disfunção eliminatória 3. Infância
4. Abuso sexual I. Título

*“Se dois indivíduos estão sempre de acordo
em tudo, posso assegurar que um dos dois
pensa por ambos.”*

Sigmund Freud

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, responsável pelo milagre da vida e por me fazer chegar até aqui, oportunizando minha graduação em Medicina.

Aos meus pais, Elaine e Neuri, e aos meus irmãos, Michele e Marcelo, sempre dispostos a me apoiar, com muita paciência e carinho em todos os momentos desta caminhada.

Ao Dr. Edevard José de Araujo, por sua atenção, dedicação e exemplo de profissional, médico e amigo.

À Dra. Eliane Vieira de Araujo, por sua dedicação enquanto co-orientadora deste trabalho. Agradeço pelo carinho, tempo e ajuda dispensados para a realização desta obra.

Ao Dr. José Antonio de Souza, pelas críticas e sugestões que aprimoraram este trabalho.

Ao meu namorado Oscar Cardoso Dimatos, meu companheiro de todas as horas, muito obrigada.

Aos meus colegas de turma, em especial minhas amigas Natacha, Cláudia, Lorena e Karen, sem as quais este trabalho não se concluiria.

Agradeço a todos os funcionários, professores, médicos, em especial à equipe do HIJG, e colegas que, de alguma maneira, influenciaram minha formação como ser humano, aluna, médica.

RESUMO

Introdução: maus tratos contra crianças e adolescentes tem se tornado um problema de saúde. As conseqüências negativas da violência podem ser muitas, nos mais variados aspectos. Uma delas é o aparecimento de sintomas miccionais e intestinais.

Objetivo: analisar os pacientes vítimas de maus tratos e a relação entre as agressões e o desenvolvimento de sintomas que caracterizam a síndrome de disfunção eliminatória, em crianças e adolescentes.

Métodos: estudo descritivo e transversal com aplicação de protocolo de pesquisa nos responsáveis pelas vítimas de maus tratos atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009.

Resultados: analisaram-se os dados de 20 pacientes vítimas de abuso sexual, com idade média de 8 anos e 7 meses, 60% do gênero feminino, 100% provenientes da Grande Florianópolis. Identificou-se o perfil do agressor como do gênero masculino e conhecido da criança. Os critérios diagnósticos da síndrome foram preenchidos em 45% das crianças estudadas e os sintomas e sinais mais prevalentes foram: constipação (30%), necessidade de fazer força para evacuar (25%), incontinência urinária diurna (20%), manobras de contenção (20%), urgência miccional (20%), urge-incontinência (20%), entre outros.

Conclusões: o abuso sexual ocorre predominantemente em meninas em idade escolar, praticado por homens conhecidos da vítima. As crianças vítimas de abuso sexual tendem a desenvolver sintomas característicos da síndrome de disfunção eliminatória. A violência crônica gera sintomas miccionais e intestinais mais intensos e freqüentes.

ABSTRACT

Background: abuse of children and adolescents has become a health problem. The negative consequences of violence can be many, in various aspects. One is the emergence of voiding and bowel symptoms.

Objectives: to examine the patient victims of abuse and the relationship between aggression and the development of symptoms that characterize the dysfunctional elimination syndrome in children and adolescent.

Methods: a descriptive and cross-sectional study with application of the research protocol responsible for the victims of abuse in the outpatient clinic investigation and risk of the Joana de Gusmão Children's Hospital (JGCH) for the period 1 January 2009 to 31 August 2009.

Results: we analyzed data from 20 patients suffering from sexual abuse, with a mean age of 8 years and 7 months, 60% were female, 100% from Florianópolis area. We identified the profile of the assailant as male and known to the child. The diagnostic criteria of syndrome were met in 45% of children and the symptoms and signs were more prevalent: constipation (30%), need to make effort to evacuate (25%), diurnal urinary incontinence (20%), maneuvers (20%), urinary urgency (20%), urge incontinence (20%), among others.

Conclusions: sexual abuse occurs predominantly in school-age girls, played by men known to the victim. Children victims of sexual abuse tend to develop characteristic symptoms of dysfunctional elimination syndrome. Chronic violence generates voiding and bowel symptoms more intense and frequent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CECOVI	Centro de Combate à Violência Infantil
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EN	Enurese noturna
EUA	Estados Unidos da América
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCS	<i>International Children Continence Society</i>
ITU	Infecção do trato urinário
NCCAPR	<i>National Center on Child Abuse Prevention Research</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIPANI	Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância
UNICEF	<i>The United Nations Children's Fund</i>

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o sexo e a faixa etária no momento da consulta, em número (n) e percentual (%)......10
- Tabela 2** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o estado marital dos pais, em número (n) e percentual (%)......10
- Tabela 3** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o tempo decorrido desde o início dos sintomas até a presente consulta, em número (n) e percentual (%)......11
- Tabela 4** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo a faixa etária do agressor, em número (n) e percentual (%)......11
- Tabela 5** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o agressor, em número (n) e percentual (%)......11
- Tabela 6** – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo a presença de sintomas miccionais e intestinais, em número (n) e percentual (%)......12

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Escore de Farhat <i>et al.</i> para disfunção miccional.....	26
ANEXO II – Distribuição dos municípios de Santa Catarina em micro e mesorregiões.....	27
ANEXO III – Mesorregiões do estado de Santa Catarina.....	30

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	31
APÊNDICE II - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	34
APÊNDICE III - Protocolo de pesquisa.....	36
APÊNDICE IV - Ficha de avaliação.....	38

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
LISTA DE APÊNDICES	x
SUMÁRIO.....	xi
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	5
3. MÉTODOS	6
3.1 Casuística	6
3.1.1 Critérios de inclusão	6
3.1.2 Critérios de exclusão.....	6
3.2 Definição das variáveis, categorização e valores de referência	6
3.3 Análise de dados.....	9
4. RESULTADOS	10
5. RELATO DE CASOS.....	13
6. DISCUSSÃO.....	14
7. CONCLUSÕES.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
NORMAS ADOTADAS.....	25
ANEXOS.....	26
APÊNDICES.....	31

1. INTRODUÇÃO

Maus tratos contra crianças e adolescentes foram descritos inicialmente por Ambroise Tardieu há cerca de um século e tornaram-se objeto de estudo nos últimos quarenta anos.¹ A partir de 1946, com o artigo *The Battered-Child Syndrome*, o número de publicações relativas ao tema tem crescido sobremaneira, com enfoque, não só quanto às conseqüências físicas imediatas, mas também pelas repercussões emocionais, nas crianças e adolescentes.¹

Para um melhor entendimento do fenômeno, costuma-se classificar os maus tratos em abusos físico, sexual, psicológico e negligência. Segundo Davoli,² “maus tratos constituem uma exorbitância no sentido de controlar, disciplinar e punir seu filho, enquanto a negligência representa o fracasso no desempenho de suas funções paternas, inclusive a supervisão, alimentação e proteção”.

Segundo a definição do Ministério da Saúde, violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao crescimento da pessoa.³ Inclui ameaças, humilhações, agressões, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, críticas pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando isolamento de amigos e familiares.³ Já, a negligência é definida como a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação ao outro, sobretudo com aqueles que precisam de ajuda por questões de idade.³ É negligência, portanto, deixar vacinas em atraso, não buscar atendimento médico, não fazer os tratamentos necessários por falta de interesse, deixar crianças ou adolescentes fora da escola.³

O abuso sexual é a forma mais perversa de maus tratos e ocorre em todos os níveis sócio-econômicos e culturais.⁴ Envolto em um manto de silêncio, priva crianças e adolescentes do desenvolvimento pleno da sua sexualidade, deturpa e descaracteriza as relações afetivas e os papéis sociais dos membros da família e confunde os limites entre gerações.⁴

Existem vários conceitos para abuso sexual.⁴ Segundo a Associação Americana de Pediatria, ocorre abuso sexual quando uma criança é envolvida em atividades sexuais que ela não possa compreender, para as quais não está preparada ou não deu consentimento, e/ou que violam tabus da sociedade.⁵ Essas atividades sexuais podem incluir todas as formas de contato genital, genital oral ou anal e outras formas, como exibicionismo, *voyeurismo* e uso da criança para produção de pornografia.⁵

As meninas são estatisticamente mais abusadas que os meninos e, em cerca de 80% dos casos, o ato é perpetrado sem uso de violência, no interior dos lares, por pessoa na qual a criança deposita confiança e pela qual é coagida a manter silêncio, consistindo numa verdadeira "traição da inocência".⁴ Por esse motivo, as estatísticas disponíveis não demonstram a real magnitude do problema.⁴

As conseqüências do abuso sexual são múltiplas e seus efeitos podem ser devastadores e perpétuos. Knutson⁶ salientou que entender as conseqüências do abuso sexual é um trabalho árduo e inseguro devido à falta de estudos longitudinais e à ausência de grupos de controle apropriados.

A dimensão da gravidade dos efeitos do abuso sexual varia com:

- idade da criança no início do abuso sexual: não se sabe em qual idade há maior prejuízo;⁷
- duração do abuso: evidências sugerem que maior duração produz conseqüências mais negativas;⁷
- importância da relação entre abusador e vítima: quanto maior a proximidade e intimidade, piores as conseqüências;⁷
- o grau de segredos e de ameaças contra a criança; entre outros.⁷

Uma das conseqüências de maus tratos em crianças e adolescentes é a síndrome de disfunção eliminatória, termo introduzido por Koff & Jayanathi para descrever a associação entre disfunção miccional e intestinal.⁸ A disfunção miccional é definida como um padrão miccional anormal para a idade da criança, não sendo usualmente reconhecida antes da aquisição do controle urinário diurno.⁹ Ela inclui a perda da capacidade coordenada de armazenamento e eliminação de urina.⁹ Os principais sintomas urinários incluem: enurese noturna, incontinência diurna, manobras de contenção, urgência urinária e infecções de repetição.⁹

Segundo Norgaard *et al.*¹⁰, enurese noturna é o ato de urinar na cama durante o sono, após os 5 anos de idade, pelo menos uma vez no mês. Cerca de 50% das crianças aos dois anos de idade e 80% aos três anos apresentam controle miccional. No entanto, aproximadamente 30% das crianças apresentam enurese noturna (EN) aos 4 anos de idade; até os 5 anos, 20% das crianças molham a cama pelo menos uma vez ao mês. Este índice decresce porém, aos seis anos, 10% das crianças ainda o fazem. Quinze por cento das crianças com EN conseguem controlá-la anualmente, chegando-se a uma incidência de 3% aos 12 anos e 1% aos 18 anos.¹¹

A incontinência urinária pode ser conceituada de diversas maneiras. A Sociedade Internacional de Continência em Crianças – *ICCS*- define-a como sendo a perda involuntária de urina, constituindo um problema social e de higiene.¹² Pode ser considerada como um sintoma, um sinal ou uma condição: um sintoma quando o paciente reconhece a perda involuntária de urina, um sinal quando há a demonstração objetiva da perda e uma condição, quando é possível a demonstração urodinâmica da perda de urina.¹⁰ A incontinência urinária incide em 15% das crianças maiores de cinco anos de idade¹³ e acredita-se que a prevalência seja maior nas crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, embora haja poucos estudos relatados na literatura relacionando tais questões.

Além de disfunções miccionais, acredita-se que maus tratos estejam relacionados também a sintomas intestinais como constipação crônica com ou sem perda fecal, encoprese e recusa em ir ao banheiro. A prevalência de constipação na infância varia conforme a idade, com prevalências inversas à faixa etária, podendo variar entre 0,3 a 28%.¹⁴

Encontrou-se, na literatura pesquisada, poucos trabalhos relacionando sintomas que caracterizam uma síndrome de disfunção eliminatória e maus tratos. Um dos primeiros relatos data de 1988, durante o encontro anual da Associação Americana de Urologia. Nesse evento, Bloom¹⁵ apresentou um estudo retrospectivo com 150 crianças (30 meninos, idade média de 6,8 anos e 120 meninas, idade média de 6,1 anos) que eram acompanhadas pelo serviço de proteção às crianças vítimas de abuso sexual. Sintomas de exonerações urinária e intestinal ocorreram em algumas dessas crianças, porém o significado das observações feitas não foi conclusivo, em função da falta de parâmetros para mensurar os resultados. No entanto, pareceu que a prevalência encontrada para encoprese foi de 23% entre os meninos vítimas de abuso sexual.¹⁶ Por esta razão, o autor do estudo determinou parâmetros eliminatórios em um estudo subsequente com 1192 crianças normais e observou que a encoprese ocorreu em somente 2 a 3% dos meninos de 6 a 7 anos de idade. Portanto, embora não tenha significado patognomônico, um padrão tardio de encoprese, sobretudo em meninos, deve levantar a possibilidade de abuso oculto.¹⁵

Assim, a possibilidade de abuso sexual deve ser considerada no acompanhamento de qualquer criança que apresente um novo sintoma de disfunção miccional ou com uma história de disfunção miccional por um longo período.¹⁷

Diante dessa escassa literatura que trata, entretanto, de um problema cada vez mais freqüentemente evidenciado no nosso meio, o presente estudo foi delineado para melhorar conhecimentos a respeito da situação das crianças vítimas de maus tratos atendidas no

Hospital Infantil Joana de Gusmão bem como auxiliar no reconhecimento dessa prática através da investigação dos hábitos urinários e intestinais de crianças suspeitas.

2. OBJETIVO

Analisar os pacientes vítimas de maus tratos e a relação entre as agressões e o desenvolvimento de sintomas que caracterizam a síndrome de disfunção eliminatória, em crianças e adolescentes.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, delineado segundo as diretrizes e normas de regulamentação em pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução MS 196/96 e controladas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CEP-HIJG); analisado e aprovado no dia 2 de dezembro de 2008 (Projeto n.º. 068/2008 – Apêndice I).

3.1 Casuística

Foram identificados os pacientes vítimas de maus tratos atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), de Florianópolis, Santa Catarina, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009. Foi aplicado um protocolo de pesquisa (Apêndice III), na família do paciente, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) pelo responsável pela criança, no momento da consulta. A aplicação do protocolo de pesquisa foi feita durante a anamnese habitual, no decorrer da consulta médica, sempre pelo mesmo profissional médico (E.V.A.) que acompanhava a criança, afim de não expor o paciente a um profissional desconhecido, sem vínculo com a mesma.

3.1.1 Critérios de inclusão

Crianças e adolescentes que freqüentaram o ambulatório de investigação e situação de risco do HIJG no período referido.

3.1.2 Critérios de exclusão

Famílias e/ ou responsáveis que não aceitaram participar do estudo.

3.2 Variáveis estudadas, categorização e valores de referência

As variáveis analisadas foram (Apêndice III – Protocolo de pesquisa): nome, idade no momento da aplicação do protocolo de pesquisa, sexo, precedência, escolaridade, estado marital dos pais, tipo de agressão, tempo de agressão, idade do agressor, idade do início dos sintomas, grau de parentesco e gênero do agressor. Foram analisados também os seguintes sintomas miccionais e intestinais: urgência miccional, incontinência urinária diurna, frequência urinária aumentada, frequência urinária diminuída, constipação, força para evacuar, manobras de contenção, disúria, urge-incontinência e força para urinar, conforme a definição de Norgaard *et al.*¹⁰ (Quadro 1).

Quadro 1. Definições dos sintomas miccionais e intestinais

Sintoma	Definição
Enurese noturna	Urinar na cama durante o sono, após 5 anos de idade, pelo menos uma vez no mês
Urgência miccional	Vontade inadiável de urinar
Incontinência urinária diurna	Perda involuntária de pelo menos pequenas quantidades de urina durante o dia, pelo menos uma vez a cada 2 semanas, em crianças com controle esfinteriano ou após os 3 anos de idade
Frequência urinária aumentada	Urinar mais de oito vezes ao dia e em pouca quantidade
Frequência urinária diminuída	Urinar menos de três vezes ao dia
Noctúria	Levantar à noite para urinar ou ser levado à noite para urinar
Manobras de contenção (abstinência)	Esforços da criança em suprimir a urgência associada à micção (cruzar as pernas, sentar sobre os calcanhares, apertar o pênis)
Urge-incontinência	Urgência miccional associada com perda urinária
Disúria	Dor e/ou dificuldade ao urinar
Constipação	Intervalo entre as evacuações maior que 72 horas
Força para evacuar	Fezes duras, com sangue. Usa remédio ou supositório de glicerina para evacuar

Fonte: Norgaard et al.¹⁰

A avaliação da síndrome de disfunção eliminatória foi realizada utilizando-se o escore de Farhat *et al.*¹⁸ modificado (Anexo I). Esse instrumento foi originalmente desenvolvido e

submetido a um estudo de validação em um ambulatório no Canadá. Os pontos de corte preconizados são de seis pontos para meninas e nove para meninos. As perguntas foram incluídas no protocolo de pesquisa (Apêndice III) com pequenas adaptações, para tornar a linguagem mais adequada à realidade dos entrevistados.

Em busca de um maior rigor metodológico, os sintomas miccionais e intestinais pesquisados de acordo com o protocolo de pesquisa, foram considerados como positivos quando a frequência foi citada pelo entrevistado como presente em, pelo menos, metade do tempo ou quase sempre. Dessa forma, considerou-se como ausência de sintomas miccionais e/ou intestinais quando a frequência citada foi quase nunca e menos da metade do tempo.

Em relação à distribuição dos pacientes quanto à faixa etária, foi utilizada a classificação descrita por Marcondes *et al.*¹⁹ (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação da faixa etária, segundo Marcondes *et al.*¹⁹

Período neonatal	0 – 28 dias
Lactente	28 dias – 2 anos
Pré-escolar	2 – 6 anos
Escolar	6 – 10 anos
Adolescência	10 – 20 anos

No trabalho, o termo crianças abrange todas as faixas etárias acima.

Quanto ao gênero, os pacientes foram distribuídos em feminino e masculino.

Conforme o município de origem (Anexo II), a procedência foi distribuída por mesorregiões do estado de Santa Catarina, de acordo com a divisão preconizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE – Anexo III).²⁰

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se se as crianças freqüentavam a educação infantil, ensino fundamental, ensino médio²¹ ou se não freqüentavam a escola.

Quanto ao estado marital dos pais, distribuiu-se em casados, divorciados ou união estável.

Quanto ao tipo de agressão sofrida pela criança, distribuiu-se em abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e/ou negligência.

Quanto ao tempo de agressão sofrida pela criança, foi classificado em episódio único de agressão, mais de um episódio (considerou-se como violência crônica) ou tempo de agressão desconhecido.

A faixa etária do agressor foi distribuída em menor que 20 anos, maior ou igual a 20 anos e menor que 65 anos, maior ou igual a 65 anos ou idade desconhecida.

Quanto ao grau de parentesco do agressor, observou-se se o agressor era genitor da criança, outro parente, sem grau de parentesco mas conhecido da criança ou se o paciente não conhecia o agressor (utilizou-se o termo desconhecido).

Com o objetivo de ilustrar melhor a situação que envolve as crianças vítimas de violência sexual, foram destacadas duas situações como relato de caso.

3.3 Análise de dados

Todos os dados obtidos a partir dos prontuários foram organizados, colocados em uma base de dados criada com o programa EpiData® 3.1 e analisados com auxílio do programa EpiData Analysis® 2.2.0.165 e apresentados em número e percentual. Os procedimentos estatísticos utilizados foram as medidas descritivas: média e mediana.²²

RESULTADOS

Os dados de 20 pacientes foram analisados durante o período de estudo, de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009. Nenhum responsável se recusou a participar do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o sexo e a faixa etária no momento da consulta, em número (n) e percentual (%).

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Período neonatal	0	0	0	0	0	0
Lactente	0	0	0	0	0	0
Pré-escolar	3	25	1	12,5	4	20
Escolar	4	33,3	6	75	10	50
Adolescência	5	41,6	1	12,5	6	30
Total	12	100	8	100	20	100

A idade dos pacientes no momento da consulta foi em média 8 anos e 7 meses, com mediana de 9 anos, variando de quatro anos a treze anos.

A relação entre o gênero foi de 1,5 feminino para 1 masculino.

No que diz respeito à procedência, todos os pacientes eram procedentes da região da Grande Florianópolis.

Observou-se que 4 crianças (20%) freqüentavam a educação infantil e 16 crianças (80%) freqüentavam o ensino fundamental.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o estado marital dos pais das crianças, em número (n) e percentual (%).

Estado marital dos pais	n	%
Casados	8	40
Divorciados	6	30
União estável	6	30
Total	20	100

No que diz respeito ao tipo de agressão sofrida pela criança, encontrou-se 20 pacientes (100%) vítimas de abuso sexual, sem outra forma referida de maus tratos associada.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o tempo decorrido desde o início dos sintomas até a presente consulta, em número (n) e percentual (%).

Tempo decorrido desde o início dos sintomas	n	%
<1 mês	3	15
≥ 1 mês e ≤ 1 ano	8	40
> 1 ano	6	30
Nega sintomas	3	15
Total	20	100

Nos 20 casos de abuso sexual analisados, o agressor era do gênero masculino.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo a faixa etária do agressor, em número (n) e percentual (%).

Faixa etária do agressor	n	%
< 20 anos	5	25
≥ 20 anos e < 65 anos	12	60
≥ 65 anos	1	5
Desconhecida	2	10
Total	20	100

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo o agressor, em número (n) e percentual (%).

Agressor	n	%
Genitor – pai	4	20
Outro parente	4	20
Sem grau de parentesco – conhecido da criança	12	60
Desconhecido	0	0
Total	20	100

Com relação ao tempo de agressão sofrida pela criança, encontrou-se menção de um episódio único em 15% dos casos (3 crianças), mais de um episódio (considerou-se como

violência crônica) em 65% da amostra (13 pacientes) e tempo de maus tratos desconhecido em 20% (4 crianças).

No que diz respeito à presença da síndrome de disfunção eliminatória, encontrou-se nove pacientes (45%) que atingiram os pontos de corte preconizados, de acordo com o gênero, preenchendo critérios para o seu diagnóstico. Destes pacientes, cinco eram meninas e quatro, meninos.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de investigação e situação de risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de agosto de 2009, segundo a presença de sintomas miccionais e intestinais, em número (n) e percentual (%).

Sintomas miccionais e intestinais	n	%
Incontinência urinária diurna	4	20
Constipação	6	30
Força para evacuar	5	25
Manobras de contenção	4	20
Urgência miccional	4	20
Disúria	3	15
Força para urinar	1	5
Urge-incontinência	4	20
Frequência urinária diminuída	1	5
Frequência urinária aumentada	2	15
Sem sintomas	7	35

5. RELATO DE CASOS

CASO 1

A.N.M.B., sexo feminino, 12 anos de idade, procedente de Florianópolis, cursando o ensino fundamental, pais casados. A adolescente foi vítima de abuso sexual durante cinco meses. O agressor, com idade de 48 anos no período da agressão, não possuía grau de parentesco com a vítima entretanto era conhecido de sua família. A paciente iniciou com sintomas pouco tempo após o primeiro episódio de maus tratos. Os sintomas miccionais e intestinais apontados pela paciente foram: incontinência urinária diurna, urge-incontinência, urgência miccional e frequência urinária aumentada. Estes foram citados como presentes quase sempre, segundo o escore de Farhat *et al.*¹⁸ modificado (Anexo I).

CASO 2

R.B., sexo masculino, 7 anos de idade, procedente de município da Grande Florianópolis, cursando o ensino fundamental, pais em união estável. A criança foi vítima de abuso sexual durante dois anos, agressão praticada pelo próprio pai da vítima, com 35 anos de idade no início dos referidos maus tratos. Iniciou com sintomas juntamente às agressões. A sintomatologia apresentada foi incontinência urinária diurna, manobras de contenção e disúria, presente quase sempre, segundo o responsável pela criança. Além disso, encontraram-se constipação e urgência miccional, presentes em metade do tempo durante o mês que antecedeu a aplicação do protocolo de pesquisa. No decorrer da consulta médica, o irmão (G.B.), que o acompanhava com a mãe, perguntou por que não lhe faziam as mesmas perguntas que estavam sendo feitas para o irmão. Iniciada a anamnese, relatou que também foi submetido à mesma forma de violência, pelo pai das crianças, durante três anos. Os sintomas miccionais e intestinais, de forma semelhante, iniciaram com o início do abuso sexual. O paciente apresentava constipação e precisava fazer força para evacuar, quase sempre. Além disso, em metade do tempo analisado, sofria de urgência miccional. Outros sintomas, como incontinência urinária diurna e urge-incontinência também foram citados, porém em menos da metade do tempo questionado. A frequência dos sintomas relatados na situação descrita baseou-se no escore de Farhat *et al.*¹⁸ modificado (Anexo I). Nos casos dos irmãos acima relatados, observou-se que houve regressão importante dos sintomas após o acompanhamento multiprofissional oferecido à família.

6. DISCUSSÃO

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas, nos diferentes momentos históricos e sociais, em acordo com aspectos culturais.^{23,24}

As agências americanas de proteção a crianças receberam, em 1996, três milhões de denúncias de maus tratos contra crianças e adolescentes, tendo confirmado um milhão de casos, sendo 9% (90.000) destes de abuso sexual.²⁵ Outros estudos têm sugerido que possa ocorrer abuso sexual em 1% das crianças/ano, resultando na exposição de 12 a 25% das meninas e 8 a 10% dos meninos, até os dezoito anos de idade.²⁵

Dados da Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI) indicam que, no Brasil, 12% das crianças menores de 14 anos são agredidas no interior de suas famílias, o que equivale a um contingente de 18 mil crianças agredidas por dia.²⁶ No País, a violência sexual doméstica faz uma vítima em três a quatro meninas e um em cada seis a dez meninos, até os 18 anos, sendo que 1/3 das notificações ocorrem em crianças menores de cinco anos.²⁵

Ellsworth *et al.*,¹⁷ em um estudo com 18 pacientes vítimas de abuso sexual, encontraram uma relação de nove meninas para cada menino. No presente estudo, a relação observada foi de 1,5 feminino para 1 masculino. Talvez essa diferença seja pela subnotificação; ou seja, países mais evoluídos nesse assunto tendem a investigar e notificar mais. No Brasil, como esse tema ainda é incipiente, os profissionais não estão preparados para levantar a hipótese de abuso. No entanto, como ambos os estudos apresentam uma casuística pequena, os resultados descritos podem não ser significantes para o dado em questão.

Com relação à faixa etária da criança no momento da consulta, na literatura pesquisada, é relatado que o número de notificações de violência sexual em adolescentes tende a ser inferior aos números reais. Isso ocorre, segundo Koshima²⁷ porque os adolescentes abusados sexualmente teriam dificuldade em comentar o fato com membros da família por receio de não serem levados a sério, vergonha ou medo dos problemas que tal revelação pudesse causar no meio familiar. Gil²⁸ também observou que as crianças de maior idade são pouco denunciadas em relação à violência física porque o comportamento adolescente é considerado irreverente, justificando atos abusivos. Neste estudo, encontrou-se uma

prevalência de crianças na faixa escolar, com 50% dos pacientes, seguido por 30% de adolescentes e 20% de pré-escolares, em acordo com a literatura pesquisada.

Quanto à procedência, a mesorregião da grande Florianópolis foi responsável por 100% dos casos. Este fato poderia ser explicado pelo manejo na própria região ou referenciamento dos pacientes para outros centros mais próximos.

Em relação ao estado marital dos pais, há poucos estudos na literatura abordando tal característica. Deslandes²⁹, em uma análise sobre violência doméstica com 1.645 famílias, verificou que 40% a 50% das famílias investigadas não contavam com a presença de ambos os pais e, em cerca de 30% a 40% a criança vivia somente com a mãe. Estudo de Gil²⁸ também verificou a ausência do pai em cerca de 50% de sua amostra. Além disso, dados recentes para o Brasil apontam para o aumento de famílias chefiadas por mulheres em populações de baixa renda. Portanto, esse perfil de separações conjugais também indica um processo agravante da situação de pobreza relacionado à falta da figura do pai, podendo o mesmo ainda estar associado à violência doméstica. Essa casuística mostrou divergência em relação à literatura existente, já que 70% dos pais dos pacientes em estudo eram casados ou tinham um relacionamento estável e, somente 30%, eram divorciados (Tabela 2). Essa divergência pode ser explicada pelo número pequeno de famílias analisadas, pouco significativo no que diz respeito ao dado em questão.

Em inquérito realizado nos EUA em 1985, 62% dos pais utilizavam a agressão, materializada em empurrões, tapas e, até uso de armas, no trato com os filhos.³⁰ Segundo o *National Incidence Study*, ao longo de 1986, nos EUA, 311.500 crianças, ou 4,9 em cada 1.000, foram abusadas fisicamente; 188.100 crianças, ou 3 em cada 1.000, foram abusadas emocionalmente; 133.600 crianças, ou 2,1 em 1.000 foram abusadas sexualmente; e 507.700, ou 8,1 em 1.000 foram vítimas de negligência física.³⁰ Costa *et al.*³¹, em um estudo sobre a prevalência das formas de violência contra crianças e adolescentes, registradas nos Conselhos Tutelares, com 1.293 registros de violência, encontraram, por ordem de frequência: negligência (727); violência física (455); violência psicológica (374); violência sexual (68). Nesse trabalho, 100% dos pacientes analisados foram vítimas de abuso sexual, sem referência a outros tipos de maus tratos. Esse dado preocupa já que, nos estudos pesquisados, encontrou-se uma prevalência superior de outros tipos de maus tratos em relação ao abuso sexual. Constata-se, com essa análise, que outras formas de maus tratos, como violência física, negligência e violência psicológica são menos denunciadas, pouco investigadas e as crianças, principais vítimas, ficam sem a proteção, suporte e acompanhamento necessários. Considerando que o encaminhamento das crianças ao ambulatório de investigação e situação

de risco do HIJG é feito por um profissional médico pediatra, podemos concluir que existem pontos importantes a serem repensados e alterados. O principal deles é que o médico tende a não valorizar as formas de violência citadas, provavelmente por ter sua abordagem e investigação voltadas para a procura de abuso sexual, considerada a forma mais grave de maus tratos e, na sua ausência, desconsidera outras possibilidades. Pode também haver falta de preparo dos profissionais médicos, incapazes de reconhecer lesões típicas de violência física, além de falta de conhecimento, ao deixar de encaminhar essas crianças a um serviço especializado simplesmente por desconhecer a sua existência e/ ou a necessidade de encaminhamento.

A literatura especializada aponta que o abuso sexual contra crianças e adolescentes é perpetrado, na maioria dos casos, por cuidadores do sexo masculino. Habigzang *et al.*,³² em uma análise com 90 denúncias de abuso sexual, encontraram, em 98,8% dos casos, um agressor do sexo masculino, com vínculos afetivos e de confiança com a vítima. Em 57,4% dos casos, o agressor era pai da vítima e, em 37,2% este era padrasto ou pai adotivo da mesma. Nessa pesquisa, verificou-se que 100% dos agressores eram conhecidos das crianças, sendo que, em quatro o abuso sexual foi praticado pelo pai da vítima, em outros quatro o ato foi praticado por outro parente da criança, que não o pai e/ou a mãe. Nas 12 ocorrências restantes os autores dos maus tratos eram conhecidos das vítimas, porém sem relação de parentesco com as mesmas (Tabela 5). Além disso, em 100% dos casos estudados, o agressor era do gênero masculino. Este fenômeno de agressores predominantemente masculinos e, muitas vezes pais das vítimas, pode ser compreendido por meio de aspectos sociais e culturais que envolvem a desigualdade, a dominação de gênero e de gerações.

Os sintomas urinários em crianças podem ser avaliados a partir de dois anos de idade, uma vez que, a partir de então se inicia a integração dos centros supramedulares, a expressão do desejo de micção (mielinização), a capacidade de controle urinário e do controle diurno e, posteriormente, noturno.³³ Além disto, a partir dos dois anos a criança já pode ser estudada do ponto de vista cognitivo, através da análise de seu esquema corporal, da noção de partes dentro de um todo, da realização de encaixes simples.³³ Nesse trabalho, portanto, em que todos os pacientes tinham idade superior a dois anos, os sintomas miccionais puderam ser avaliados de forma segura. Segundo Borzyskowskys,³⁴ a grande importância de investigar crianças com sintomas urinários está tanto na parte emocional quanto na preservação da função renal e nas repercussões emocionais destes quadros. Sabe-se que a aquisição do quadro de continência urinária e do trato gastrointestinal é um processo longo e não muito fácil, portanto acentuando a importância do diagnóstico o mais precoce possível.³³

Mota *et al.*⁹, em uma investigação de disfunções miccional e intestinal com 580 crianças de 3 a 9 anos, encontraram uma prevalência geral de síndrome de disfunção eliminatória de 24,2% (11,2% em meninos e 35,8% em meninas), utilizando o escore de Farhat *et al.*¹⁸ modificado. No presente estudo, utilizando-se o mesmo escore a prevalência da síndrome foi de 45%, sendo de 41,7% nas meninas e de 50% nos meninos. Embora o estudo comparativo tenha abordado contextos diferentes, sem levar em conta história de agressão, observa-se uma prevalência consideravelmente maior de disfunções no grupo sabidamente vítima de maus tratos. O reconhecimento e tratamento precoces desses sintomas é fundamental ao diminuir o risco de infecções recorrentes do trato urinário, reduzir a possibilidade de refluxo vésico-ureteral e, conseqüentemente a chance de haver cicatrizes e até danos renais posteriormente.

Os dados encontrados poderiam ser levados em conta em duas situações distintas: ao tratar uma criança vítima de abuso, lembrar que os sintomas de disfunção são comuns e devem ser abordados no sentido de evitar maiores conseqüências; por outro lado, ao lidar com crianças que apresentem sintomas miccionais, não perder de vista a hipótese de que ela seja uma potencial vítima de abuso.

O estudo de Ellsworth *et al.*¹⁷, único na literatura pesquisada que descreveu a associação entre abuso sexual e síndrome de disfunção eliminatória, não mencionou a correlação do tempo de agressão com a presença da síndrome. Porém, segundo Knuston⁶, quanto mais prolongado for o período de agressão, mais negativas serão as conseqüências para a criança, nos mais variados aspectos. No presente estudo, observou-se que, nas crianças que sofreram episódio único de abuso sexual não houve um paciente sequer com síndrome de disfunção eliminatória. Já em pacientes violentados mais de uma vez, houve preenchimento dos critérios diagnósticos, segundo o escore de disfunção miccional, em aproximadamente 46% dos casos. Quando o tempo de agressão foi desconhecido, fez-se o diagnóstico em 75% das crianças analisadas. Dessa forma, observou-se que a violência crônica tende a gerar sintomas miccionais e intestinais mais intensos em relação a um episódio único de agressão.

Com relação aos sintomas miccionais e intestinais mais prevalentes, Ellsworth *et al.*¹⁷, em sua análise com 12 pacientes pediátricos vítimas de abuso sexual, encontraram uma prevalência de 75% de constipação, 42% de história de infecção do trato urinário (ITU), 33% de encoprese e 9% de incontinência urinária diurna. Não há relatos sobre outros sintomas miccionais e/ou intestinais na análise citada. Nesse estudo, a prevalência encontrada dos sintomas foi, por ordem: constipação (30%), necessidade de fazer força para evacuar (25%), incontinência urinária diurna (20%), manobras de contenção (20%), urgência miccional

(20%) e urge-incontinência (20%) (Tabela 6). Os demais sintomas analisados estiveram presentes em porcentagens menores. A prevalência maior dos sintomas citados no estudo comparativo pode ser explicada pela faixa etária diferencial do mesmo, que analisou somente crianças com idade inferior a seis anos. Sabe-se que os sintomas miccionais relacionados à hiperatividade vesical, como incontinência urinária e urgência miccional, tendem a diminuir com a idade, exceto as manobras de contenção que vão sendo aprimoradas com o passar dos anos.⁹ Portanto, quanto menor a faixa etária em análise, maior a prevalência de sintomas miccionais e intestinais esperados, mesmo em crianças anatômica e neurologicamente normais. O presente estudo não questionou história prévia de ITU porém acredita-se, com base na presença dos sintomas miccionais encontrados, que a prevalência seria acima daquela encontrada em crianças normais.

Importante ressaltar que, no estudo de Ellsworth *et al.*¹⁷, não foi utilizado o escore de Farhat *et al.*¹⁸ ou outro questionário com perguntas padronizadas. Portanto, no estudo citado, a avaliação dos sintomas pode ter sido feita de forma mais subjetiva, criando espaço maior para resultados falsamente positivos. Em síntese pode-se afirmar que o sintoma mais prevalente foi comum em ambos os estudos. Borowitz *et al.*¹⁴ estimaram uma prevalência de constipação de 0,3% a 28%, porém em seu estudo, foram incluídas somente crianças de 2 a 6 anos de idade, faixa etária em que, sabidamente, a prevalência é maior. Essa prevalência, portanto, tende a diminuir com o passar dos anos e apresentar taxas menores em crianças com idade maior, como no presente estudo.

Analisando-se a prevalência de sintomas miccionais e intestinais isolados, observa-se, no estudo de Mota *et al.*⁹, os seguintes achados: urgência miccional (30,3%), manobras de contenção (21,2%), constipação (3,1%) e outros sintomas com resultados menores. A prevalência inferior de alguns sintomas encontrados pelo presente estudo pode ser explicada pelo maior rigor metodológico empregado pelo mesmo, ao considerar um sintoma positivo somente quando ele esteve presente em metade do tempo analisado ou quase sempre. Tais parâmetros podem ter auxiliado na diminuição da prevalência encontrada desses sintomas, ao desconsiderar sintomas presentes em menos da metade do tempo analisado. Tentou-se, com isso, diminuir os resultados considerados erroneamente como positivos. Observou-se, porém, uma prevalência aumentada da grande maioria dos sintomas miccionais e intestinais analisados em vítimas de abuso sexual, em comparação aos valores encontrados na literatura em crianças não submetidas a agressões.

Pode-se observar, com essas informações, que na suspeita de disfunção miccional o questionário de Farhat *et al.*¹⁸ pode ser um guia para o pediatra filtrar as crianças que

necessitam de investigação adicional com o especialista e prevenir a realização de exames invasivos, muitas vezes utilizados de maneira desnecessária. Importante ressaltar que a importância do escore é vista tanto em crianças com suspeita de maus tratos, como um instrumento adicional de avaliação, bem como em crianças não submetidas a tais agressões, em que a síndrome de disfunção eliminatória relaciona-se a outras causas. Mota *et al.*⁸ afirmaram que posições incorretas para as eliminações contribuem para o aparecimento da síndrome de disfunção eliminatória. Segundo os pesquisadores, a maioria das crianças que utiliza o vaso sanitário não usa o assento redutor e o apoio para os pés, que são acessórios importantes para a postura adequada nas eliminações. Estas simples medidas facilitarão o relaxamento perineal e, conseqüentemente, o esvaziamento vesical e intestinal.⁸ Dessa forma, o aumento progressivo de disfunção miccional encontrado nos dias de hoje também pode estar relacionado com padrões inadequados de micção e evacuação.⁸

Com o objetivo de ilustrar um pouco mais a dramática situação que envolve esses pacientes, foram realizados dois relatos de caso.

O primeiro de adolescente do sexo feminino, vítima de abuso sexual crônico. Na segunda situação, relatou-se sucintamente o ocorrido com dois irmãos na faixa escolar, também vítimas de abuso sexual crônico praticado pelo pai das crianças. Todas as vítimas sofriam com sintomas miccionais e intestinais intensos, que interferiam nas atividades diárias. Através desses relatos verificou-se a importância da atenção continuada e especializada oferecida a esses pacientes bem como a suas famílias, por uma equipe interdisciplinar. Observou-se melhora importante dos sintomas em dois dos pacientes, após o início do acompanhamento devido. Sem isso, é provável que as vítimas levem a criança ferida dentro de si e todas as suas dores e seqüelas por toda a vida. Além disso, no segundo relato de caso, percebe-se que a subnotificação pode facilmente ocorrer. Mesmo em um ambulatório especializado mais uma vítima de abuso sexual iria passar despercebido caso ele próprio não questionasse seus sintomas ao profissional que acompanhava o irmão.

Este estudo apresenta limitações importantes sobretudo em função dos aspectos sociais do tema abordado. A revelação de um episódio de violência, mais especificamente de abuso sexual, tende a alterar uma estrutura familiar muitas vezes já formada e, com receio das repercussões que esse fato possa trazer, a violência acaba, por vezes, não sendo denunciada. Dessa forma o tamanho da amostra estimado no início de um estudo como este é passível de mudanças para números aquém do esperado. Outra justificativa para a amostra reduzida é que o número de pacientes atendidos no ambulatório depende da suspeita e encaminhamento de um profissional médico para avaliação da criança, fatos que podem não acontecer. Apesar da

casuística pequena, o único estudo encontrado na literatura com tema semelhante, possui uma amostra de 18 pacientes, sendo 12 deles da faixa pediátrica, durante um período de análise de três anos.

Fundamental acrescentar também que, segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), a simples suspeita ou a confirmação de maus tratos a criança ou adolescente deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. A denúncia pode ser feita por qualquer profissional de saúde, e sua ausência é considerada crime.³⁵ Além disso, segundo a Lei nº 9.099/1995 do Código Penal Brasileiro, “*os crimes praticados contra criança e adolescente são de ação penal pública condicionada*”,³⁶ significa que uma denúncia criminal deve ser feita pelo representante legal da criança (pais ou tutor), pois se assim não for, nada acontecerá ao agressor. Entretanto, diante de uma situação suspeita, qualquer profissional tem obrigação de notificar os órgãos competentes, até porque, se o agressor for o pai, a criança estará desprotegida.

Médicos e profissionais da saúde, envolvidos com o cuidado de crianças e adolescentes, devem estar atentos para as situações de violência como um fator desencadeante e agravante de doenças físicas e emocionais. Nesse estudo buscou-se a correlação entre maus tratos e síndrome de disfunção eliminatória, entretanto sabe-se que existem diversos outros distúrbios relacionados à violência. Dessa maneira, é imperativo que novos estudos acerca do tema sejam elaborados e, os que existem com certas limitações, sejam revistos com abordagens diversificadas em busca de melhores resultados. Para que isso ocorra, faz-se necessário atuar ainda na fase de formação dos profissionais que lidam com crianças, orientando os sinais de suspeita para os diversos tipos de maus tratos e, na suspeita, que seja feito o encaminhamento devido. Além disso, verifica-se a necessidade de estudos no País que abordem a amplitude da violência sexual como fenômeno social com múltiplas causas e fatores associados, sobretudo com o intuito de desenvolver programas preventivos e de intervenções.

7. CONCLUSÕES

1. O abuso sexual ocorre predominantemente em meninas em idade escolar, praticado por homens conhecidos da vítima.
2. As crianças vítimas de abuso sexual tendem a desenvolver sintomas característicos da síndrome de disfunção eliminatória.
3. A violência crônica gera sintomas miccionais e intestinais mais intensos e freqüentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti M. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(4):204-13.
2. Davoli A. Prevalência de Violência Física Relatada contra Crianças em uma População de Ambulatório Pediátrico. *Cad Saúde Públ.* 1994 Jan;10(1):92-8.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar: Informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasil; 2001.
4. Coelho GJ. Violência doméstica contra crianças e adolescentes – O papel do médico: da formação à prática profissional. [Dissertação]. Curitiba. Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2001.
5. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review. *Pediatrics.* 1999 Jan;103(1):186-90.
6. Knuston JF. Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences. *Ann rev psychol.* 1995;46:401-31.
7. Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol reflex crit.* 1998;11(3):559-78.
8. Mota DM, Barros AJ. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. *J Pediatr.* 2008;84(1):9-17.
9. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J Pediatr.* 2005;81:225-32.
10. Norgaard JP, Van Gool J, Hjalmas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. *Br J Urol.* 1998;81(3):1-16.
11. Thiedke CC. Nocturnal enuresis. *Am Fam Physician.* 2003;67:1499-506,1509-10.
12. Nijman RJM, Van Gool J, Yeung CK, Hjalmas R. Conservative management of urinary incontinence in childhood. *Plimbridge.* 2002;2:513-39.
13. Hoebeke P, Van Laecke E, Raes A, Renson C, Theunis M, Vandewalle J. Bladder function and non-neurogenic dysfunction in children: classification and terminology. *Acta Urol Bel.* 1995;63(2):93-8.
14. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, Ritterband LM, Sutphen JL, Penberthy JK. Precipitants of constipation during early childhood. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:213-8.
15. Bloom DA. Editorial: Sexual Abuse and Voiding Dysfunction. *J Urol.* 1995 Mar;153:777.

16. Bloom DA, Sanvordenker JK. Genitourinary manifestations of sexual abuse in children. *Adv Urol.* 1993;6:1-25.
17. Ellsworth PI, Merguerian PA, Copening MA. Sexual Abuse: Another causative factor in dysfunctional voiding. *J Urol.* 1995 Mar;153:773-6.
18. Farhat W, Bagli DJ, Capolicchio G, Reilly S, Merguerian PA, Khoury A, et al. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. *J Urol.* 2000;164:1011-35.
19. Marcondes E, Vaz F, Ramos J, Okay Y. *Pediatria geral e neonatal. Pediatria Básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 29-35.
20. Divisão territorial com indicação das mesorregiões e microrregiões geográficas e municípios de Santa Catarina - Divisão de pesquisa do estado de Santa Catarina: IBGE; 2005.
21. Lei nº 9.394. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Publicada no Diário Oficial da União (20 de Dezembro de 1996).
22. Pereira M. Métodos empregados em epidemiologia. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 269-88.
23. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. *Cad Saúde Públ.* 2004 Jul;20(4):23-47.
24. Minayo MCS. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. *Cad Saúde Públ.* 2004;8:13-6.
25. Azevedo MA, Guerra V. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. *Cad pesqui.* 1993; 2:224-34.
26. Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI). Doze por cento das crianças brasileiras são vítimas de violência doméstica. [acesso em 2009 Out 29]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/06/04/296017253.asp>.
27. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA). [homepage na Internet]. Koshima K. Palavra de Criança. 1999. [acesso em 2009 Nov 01]. Disponível em: http://www.cedeca.org.br/PDF/palavra_crianca_karin_koshima.pdf.
28. Gil D. *Violence Against Children: Physical Child Abuse in The United States.* 1ª ed Cambridge: Harvard University Press; 1978.
29. Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cad. Saúde Públ.* 1994;10(1):177-87.
30. Daro D, Downs B, Keeton K, McCurdy K. *World Perspectives on Child Abuse: An International Resource Book.* 1th ed. Chicago: National Center on Child Abuse Prevention Research (NCCAPR); 1992.

31. Costa M, Carvalho R, Bárbara J, Santos C, Gomes W, Souza H. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1129-41.
32. Habigzang L, Koller S, Azevedo G, Machado P. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicol Teor e Pesqui*. 2005 Dez; 21(3):341-8.
33. Amaral CMCA, Carvalhaes JTA. Avaliação das disfunções do trato urinário inferior em crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *Acta Fisiatric*. 2005;12(2):48-53.
34. Borzyskowsky M, Mundy AR. The conservative management of neuropathic vesico-urethral dysfunction. In: *Neuropathic Bladder in Childhood*. London: Mac Keith Press; 1990. p. 27-30.
35. Lei nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Publicada no Diário Oficial da União (13 de Julho de 1990).
36. Lei nº 9.099. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais. Publicada no Diário Oficial da União (26 de Setembro de 1995).

NORMAS ADOTADAS

Esse trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO I – Escore de Farhat *et al.* para disfunção miccional

Durante o último mês	Quase nunca	Menos da metade do tempo	Metade do tempo	Quase sempre
1. Eu molhei as roupas de xixi durante o dia	0	1	2	3
2. Quando eu fico molhado, minha roupa íntima (cueca ou calcinha) está encharcada	0	1	2	3
3. Eu não lembro de evacuar todos os dias	0	1	2	3
4. Teve que fazer força para evacuar	0	1	2	3
5. Eu só vou ao banheiro urinar uma ou duas vezes ao dia *	0 (não)	1 (não)	2 (não)	3 (sim)
6. Eu seguro a urina apertando meu pênis, agachando ou me movimentando, dançando	0	1	2	3
7. Quando eu quero fazer xixi não posso esperar	0	1	2	3
8. Eu tenho que fazer força para fazer xixi	0	1	2	3
9. Quando eu faço xixi sinto dor	0	1	2	3
10. Os pais respondem A sua criança já vivenciou alguma situação de estresse como dos exemplos abaixo? †				

* No escore Farhat *et al.* modificado, a pergunta 5 refere-se ao número de micções < 3 e > 8 (2 pontos) e entre 3-8 (0 pontos). As opções quase nunca, menos da metade do tempo, metade do tempo e quase sempre não se aplicam a esta questão.

† Nascimento irmão, mudança de escola, mudança de residência, aniversário, problemas em casa (divórcio, morte) ou escola, acidente, traumatismo, abuso físico/sexual.

Fonte: Farhat *et al.*¹⁸

ANEXO II – Distribuição dos municípios de Santa Catarina em micro e mesorregiões

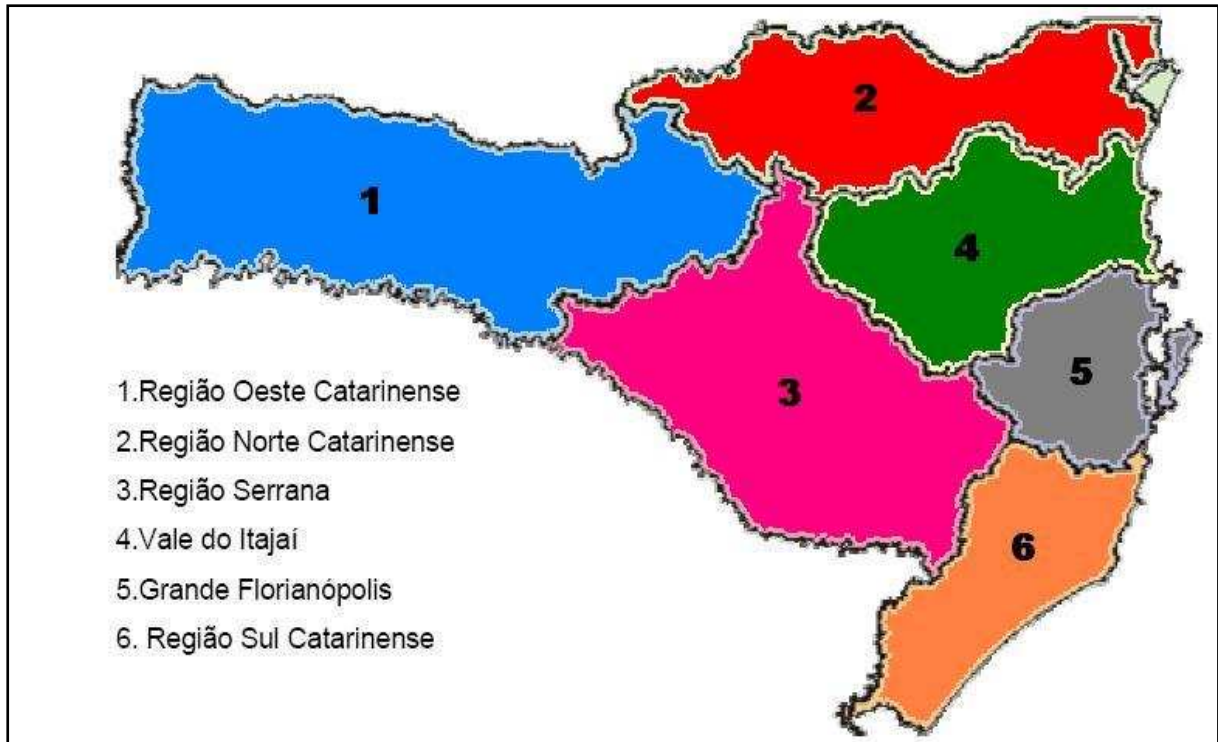
Mesorregião	Microrregião	Municípios	
Mesorregião da Grande Florianópolis	<i>Microrregião de Florianópolis</i>	Antônio Carlos Biguaçu Florianópolis, capital Governador Celso Ramos Palhoça	Paulo Lopes Santo Amaro da Imperatriz São João Batista São José São Pedro de Alcântara
	<i>Microrregião do Tabuleiro</i>	Águas Mornas Alfredo Wagner Anitápolis	Rancho Queimado São Bonifácio
	<i>Microrregião de Tijucas</i>	Angelina Canelinha Leoberto Leal	Major Gercino Nova Trento São João Batista Tijucas
Mesorregião do Norte Catarinense	<i>Microrregião de Canoinhas</i>	Bela Vista do Toldo Canoinhas Irineópolis Itaiópolis Mafra Major Vieira	Monte Castelo Papanduva Porto União Santa Terezinha Timbó Grande Três Barras
	<i>Microrregião de Joinville</i>	Araquari Balneário Barra do Sul Corupá Garuva Guaramirim Itapoá	Jaraguá do Sul Joinville Massaranduba São Francisco do Sul Schroeder
	<i>Microrregião de São Bento do Sul</i>	Campo Alegre Rio Negrinho São Bento do Sul	
Mesorregião do Oeste Catarinense	<i>Microrregião de Chapecó</i>	Águas de Chapecó Águas Frias Bom Jesus do Oeste Caibi Campo Erê Caxambu do Sul Chapecó Cordilheira Alta Coronel Freitas Cunha Porã Cunhataí Flor do Sertão Formosa do Sul Guatambu Iraceminha Irati Jardinópolis Maravilha Modelo Nova Erechim	Nova Itaberaba Novo Horizonte Palmitos Pinhalzinho Planalto Alegre Quilombo Saltinho Santa Terezinha do Progresso Santiago do Sul São Bernardino São Carlos São Lourenço do Oeste São Miguel da Boa Vista Saudades Serra Alta Sul Brasil Tigrinhos União do Oeste
	<i>Microrregião de Concórdia</i>	Alto Bela Vista Arabutã Arvoredo Concórdia Ipira Ipumirim Irani Itá	Lindóia do Sul Paial Peritiba Piratuba Presidente Castelo Branco Seara Xavantina
	<i>Microrregião de Joaçaba</i>	Água Doce Arroio Trinta Caçador Calmon Capinzal Catanduvas Erval Velho Fraiburgo Herval d'Oeste Ibiam Ibicaré Iomerê Jaborá Joaçaba	Lacerdópolis Lebon Régis Luzerna Macieira Matos Costa Ouro Pinheiro Preto Rio das Antas Salto Veloso Tangará Treze Tilias Vargem Bonita Videira

Mesorregião do Oeste Catarinense	<i>Microrregião de São Miguel do Oeste</i>	Anchieta Bandeirante Barra Bonita Belmonte Descanso Dionísio Cerqueira Guaraciaba Guarujá do Sul Iporã do Oeste Itapiranga Mondai	Palma Sola Paraíso Princesa Riqueza Romelândia Santa Helena São João do Oeste São José do Cedro São Miguel do Oeste Tunápolis
	<i>Microrregião de Xanxerê</i>	Abelardo Luz Bom Jesus Coronel Martins Entre Rios Faxinal dos Guedes Galvão Ipuaçú Jupia Lajeado Grande	Marema Ouro Verde Passos Maia Ponte Serrada São Domingos Vargeão Xanxerê Xaxim
Mesorregião de Serrana	<i>Microrregião de Campos de Lages</i>	Anita Garibaldi Bocaina do Sul Bom Jardim da Serra Bom Retiro Campo Belo do Sul Capão Alto Celso Ramos Cerro Negro Correia Pinto	Lages Otacílio Costa Painel Palmeira Rio Rufino São Joaquim São José do Cerrito Urubici Urupema
	<i>Microrregião de Curitibanos</i>	Abdon Batista Brunópolis Campos Novos Curitibanos Frei Rogério Monte Carlo	Ponte Alta Ponte Alta do Norte Santa Cecília São Cristóvão do Sul Vargem Zortéa
Mesorregião do Sul Catarinense	<i>Microrregião de Araranguá</i>	Araranguá Balneário Arroio do Silva Balneário Gaivota Ermo Jacinto Machado Maracajá Meleiro Morro Grande	Passo de Torres Praia Grande Santa Rosa do Sul São João do Sul Sombrio Timbé do Sul Turvo
	<i>Microrregião de Criciúma</i>	Cocal do Sul Criciúma Forquilha Içara Lauro Muller	Morro da Fumaça Nova Veneza Siderópolis Treviso Urussanga
	<i>Microrregião de Tubarão</i>	Armazém Braço do Norte Capivari de Baixo Garopaba Grão Pará Gravatal Imaruí Imbituba Jaguaruna Laguna	Orleans Pedras Grandes Rio Fortuna Sangão Santa Rosa de Lima São Ludgero São Martinho Tubarão Treze de Maio
Mesorregião do Vale do Itajaí	<i>Microrregião de Blumenau</i>	Apiúna Ascurra Benedito Novo Blumenau Botuverá Brusque Doutor Pedrinho Gaspar	Guabiruba Indaial Luiz Alves Pomerode Rio dos Cedros Rodeio Timbó
	<i>Microrregião de Itajaí</i>	Balneário Camboriú Barra Velha Bombinhas Camboriú Ilhota Itajaí	Itapema Navegantes Penha Piçarras Porto Belo São João do Itaperiú

Mesorregião do Vale do Itajaí	<i>Microrregião de Ituporanga</i>	Agrolândia Atalanta Chapadão do Lageado Imbuia	Ituporanga Petrolândia Vidal Ramos
	<i>Microrregião de Rio do Sul</i>	Agronômica Aurora Braço do Trombudo Dona Emma Ibirama José Boiteux Laurentino Lontras Mirim Doce Pouso Redondo	Presidente Getúlio Presidente Nereu Rio do Campo Rio do Oeste Rio do Sul Salette Taió Trombudo Central Vitor Meireles Witmarsum

FONTE: IBGE, 2005.

ANEXO III – Mesorregiões do estado de Santa Catarina



FONTE: IBGE, 2005.

APÊNDICE I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do HIJG



Hospital Infantil Joana de Gusmão

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER N° 092/2008

NOME DO PROJETO: Maus tratos na infância – um fator causal da síndrome de disfunção das eliminações	
PESQUISADORA: Marília Susane Birck	
ORIENTADOR: Dr. Edevard José de Araujo	
CO-ORIENTADOR: Dra. Eliane de Araujo	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 02/12/2008	REGISTRO NO CEP: 068/2008
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III, 4.01	

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	OK
2.PROJETO DE PESQUISA	OK
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	OK
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	OK
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	OK
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	Ver comentário
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	OK
8. SUMÁRIO DO PROJETO	OK
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	ISENTO
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	OK
Comentário: Verificar o responsável pelo ambulatório de investigação e situação de risco do HIJG.	

OBJETIVO

Analisar a relação entre crianças e adolescentes vítimas de maus tratos como um fator causal no desenvolvimento da síndrome de disfunção das eliminações.

SUMÁRIO DO PROJETO

Estudo descritivo, realizado por meio da aplicação de um protocolo de pesquisa na família do paciente, durante a anamnese habitual, pelo próprio médico que está atendendo o paciente. Serão incluídas todas as crianças e adolescentes que freqüentam o ambulatório de investigação e que assinarem o TCLE. Serão excluídas todas as crianças cujos pais ou responsáveis legais não concordarem com a participação no estudo. O protocolo de pesquisa analisará as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, escolaridade e estado marital dos pais, tipo de maus tratos e a existência ou não de sintomas miccionais e/ou evacuatórios.

JUSTIFICATIVA

O estudo permitirá que se analise a relação entre crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e a presença de sintomas miccionais e evacuatórios, assim como a freqüência com que os mesmos aparecem em cada paciente, de acordo com o tipo de agressão, entre outros. Dessa forma, irá auxiliar no diagnóstico de disfunção das eliminações nestas crianças.

METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO – descritivo, transversal
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – pro conveniência, em torno de 80 pacientes
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – menores de 18 anos.
4. RECRUTAMENTO – pacientes atendidos em ambulatório especializado do HIJG
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – adequados
6. PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – não haverá riscos físicos adicionais aos participantes. Há possibilidade de constrangimentos durante a entrevista.
7. USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - não se aplica
8. MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS – ver comentário 1
9. AVALIAÇÃO DOS DADOS – não descrita
10. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE - ver comentário 2
11. PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS – sim
12. CRONOGRAMA – adequado
13. PROTOCOLO DE PESQUISA – adequado
14. ORÇAMENTO – adequado

Comentário:

1. Os instrumentos de coleta de dados e documentos relativos à pesquisa deverão ser armazenados em local seguro, durante cinco anos, e depois incinerados.
2. Visando preservar a confidencialidade dos dados e a privacidade do paciente e de sua família, apelamos para que a pesquisadora utilize somente iniciais ou números de registro e não os nomes próprios dos sujeitos de pesquisa, tanto no protocolo de pesquisas, quanto nas apresentações escrita e verbal.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) – Ver comentário

Comentário: sugere-se apenas trocar a palavra “pais” por “responsáveis”.

PARECER FINAL**APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 02/12/2008.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No site: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para JUNHO DE 2009.

JUCÉLIA MARIA GUEDERT

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Trabalho: **Maus tratos na infância – um fator causal da síndrome de disfunção das eliminações**

Senhores Responsáveis:

Por favor, leiam atentamente as instruções abaixo antes de decidir com seu (sua) filho (a) se ele (a) deseja participar do estudo e se o Senhor (a) concorda com que ele (a) participe do presente estudo. Se possível, discuta esse assunto com seu (sua) filho (a) para que seja uma decisão em conjunto.

Eu, _____ (nome do responsável) confirmo que
 _____ (nome do entrevistador) discuti comigo este estudo. Eu compreendi que:

1. O presente estudo é parte do trabalho de conclusão do curso da pesquisadora *Marília Susane Birck*, sob orientação do *Prof. Dr. Edevard José de Araujo*.
2. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre crianças e adolescentes vítimas de maus tratos como um fator causal no desenvolvimento da síndrome de disfunção das eliminações. Esta síndrome significa a incapacidade ou dificuldade em controlar suas fezes e/ou urina, levando ao aparecimento de sintomas característicos em crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de maus tratos (seja ele abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico ou negligência). Dentre esses sintomas pode-se citar: urinar na cama apesar de ter mais que 5 anos de idade, vontade inadiável de urinar, perda involuntária de pequenas quantidades de urina durante o dia, levantar a noite para urinar ou ser levado a urinar à noite, fezes duras, sendo necessário fazer força para evacuar, constipação (intervalo entre as evacuações maior que 72 horas), entre outros.
3. Minha participação colaborando neste trabalho é muito importante porque irá ajudar no diagnóstico de problemas de descontrole de urina e/ou fezes em crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de maus tratos. A participação do meu filho na pesquisa implica em eu responder algumas perguntas sobre o hábito de urinar e de evacuar do meu filho e o pesquisador irá anotar os dados que interessem para a pesquisa. As perguntas serão feitas pelo próprio médico que faz o acompanhamento do meu filho. Fui esclarecido de que os riscos e desconfortos relacionados à pesquisa são ligados a um possível constrangimento em falar sobre os maus tratos que meu filho enfrentou e também sobre o descontrole de urina e fezes dele.
4. O Hospital Infantil Joana de Gusmão também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada. Porém minha participação, ou não, no estudo não implicará em nenhum benefício ou restrição de qualquer ordem para meu (minha) filho (a) ou para mim.
5. Eu também sou livre para não participar desta pesquisa se não quiser. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais ou no atendimento do (a) meu (minha) filho (a). Além disto, estou ciente de que em qualquer momento, ou por qualquer motivo, eu ou minha família podemos desistir de participar da pesquisa.
6. Estou ciente de que o meu nome não será divulgado e que somente as pessoas diretamente relacionadas à pesquisa terão acesso aos dados e que todas as informações serão mantidas em segredo e somente serão utilizados para este estudo. Poderei ter acesso aos meus dados próprios e se assim o desejar aos resultados finais da pesquisa.
7. Se eu tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, eu posso entrar em contato com Marília Susane Birck pelo telefone (48) 9967-4011.
8. Eu concordo em participar deste estudo.

Nome e assinatura do responsável legal pela criança: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelo telefone (48) 3251-9092.

APÊNDICE III - Protocolo de pesquisa



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Pediatria

“Maus tratos na infância – um fator causal da síndrome de disfunção das eliminações”

1. Identificação

1 a. Nome:

1 d. Procedência:

1 b. Idade:

1 e. Escolaridade:

1 c. Sexo:

1 f. Estado marital dos pais:

2. Em relação aos maus tratos

2 a. Tipo de agressão:

2 b. Tempo de agressão:

2 c. Idade do agressor:

2 d. Idade de início dos sintomas:

2 e. Grau de parentesco do agressor:

3. Escore para síndrome de disfunção das eliminações

Durante o último mês, meu (minha) filho (a)	Quase nunca	Menos da metade do tempo	Metade do tempo	Quase sempre
1. Molhou as roupas de xixi durante o dia	0	1	2	3
2. Quando ele (a) fica molhado (a) sua roupa íntima (cueca ou calcinha) está encharcada	0	1	2	3
3. Não evacuou todos os dia	0	1	2	3
4. Teve que fazer força para evacuar	0	1	2	3

5. Segura a urina apertando seu pênis, agachando ou me movimentando, dançando	0	1	2	3
6. Quando ele quer fazer xixi ele não pode esperar	0	1	2	3
7. Tem que fazer força para fazer xixi	0	1	2	3
8. Quando faz xixi sente dor	0	1	2	3
9. Número de micções ao dia	2 < 3	0 $3 \leq e \leq 8$	2 > 8	

APÊNDICE IV – FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ALUNA: Marília Susane Birck

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____

Assinatura: _____