

PERFIL COGNITIVO E DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS DE 5 A 14 ANOS PORTADORAS DE DISTURBIO DO TRATO URINARIO INFERIOR – DTUI ATENDIDAS NO AMBULATORIO DE NEFROPEDIATRIA DO IMIP

Autores

Marilia de Lima Freire*
Lorena Andrade Veloso**
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa ***
Maria Júlia Gonçalves de Mello****
José Pacheco Martins Ribeiro Neto*****

* Bolsista do Fundo de Apoio à Pesquisa do IMIP e estudante da graduação de Psicologia da FPS.

** Colaboradora e residente de Nefropediatria no IMIP

*** Doutor em neuropsiquiatria e ciências do comportamento pela UFPE, professor da graduação e pós- graduação da FPS e supervisor do laboratório de avaliação psicológica do IMIP.

**** Doutora em Medicina Tropical pelo Centro de Ciências da Saúde da UPE, membro de Gestão da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do IMIP e tutora da FPS.

***** Coordenador de Tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde e Chefe da Unidade Renal Pediátrica do IMIP

Endereço correspondente:

Rua dos Coelhos, 300- Bairro dos Coelhos- Recife/PE. CEP: 50.070-550

mariliafreire92@gmail.com

Os autores participaram em todas as etapas do estudo e declaram não haver conflito de interesse.

Resumo

OBJETIVO: Avaliar aspectos do desenvolvimento cognitivo e escolar de crianças e adolescentes de 5 a 14 anos portadores de Transtornos urinários de causa funcional.

MÉTODO: Estudo descritivo, tipo corte transversal, em pacientes assistidos na Unidade Renal Pediátrica do IMIP. Foram aplicados o Teste de Desempenho Escolar –TDE, Matrizes Progressivas de Raven e questionário com perguntas complementares.

RESULTADO: Foram entrevistados 20 pacientes. A média de idade foi de 9,3 anos, sendo 90% do sexo feminino. No relato de 80%, os pais já brigaram com eles, em 50% os colegas sabem do distúrbio, 50% recebem reclamações dos professores frequentemente e em 50% as reclamações são devido ao distúrbio. Dos entrevistados, 40% não gostam de colégio, apenas 10% apresenta nível cognitivo inferior ao esperado, porém, em 55% o nível de desempenho escolar não corresponde o idade e escolaridade. **CONCLUSÃO:** Elementos associados as redes de relacionamento familiar e escolar podem prejudicar tanto a auto-estima, como desempenho escolar, causando um impacto ainda mais negativo na qualidade de vida dessas pessoas. Destaca-se a necessidade de se pensar uma proposta de intervenção com foco na saúde mental dessas crianças e adolescentes, bem como de orientação aos pais e aos educadores, objetivando minimizar impactos psicossociais negativos.

Palavras-Chave: Transtornos Urinários, Desenvolvimento cognitivo, Aprendizagem

Abstract:

OBJECTIVE: Evaluate aspects of cognitive and academic development of children and adolescents between 5 and 14 years suffering from urinary functional disorders cause.

METHOD: A descriptive study, cross-sectional, in patients treated in the Pediatric Renal Unit at IMIP. The School Performance Test -TDE, Raven's Progressive Matrices and questionnaire with additional questions were applied. **RESULTS:** The sample consists of 20

patients. The average age was 9.3 years, 90% female. In the account of 80%, parents have sparred with them, 50% colleagues know of the disorder, 50% of teachers often complaints and 50% complaints are due to the disorder. Of the respondents, 40% do not like college,

only 10% have lower than expected cognitive level, but at 55% the level of academic performance does not match the age and education. **CONCLUSION:** Factors associated

networks of family and school relationships can harm both self-esteem, and school performance, causing an even more negative impact on quality of life of these people.

Highlights the need to think a proposal for intervention focusing on the mental health of these children and adolescents, as well as guidance to parents and educators, aiming to minimize negative psychosocial impacts.

Keywords Urination Disorders, Child development, Learning

Introdução

A incidência encontrada na literatura do DTUI pode variar de 3,5% a 20% em crianças e adolescentes e pode ser explicada, pelas diferentes metodologias aplicadas para identificá-la, bem como, as diferentes amostras estudadas. Geralmente a prevalência da incontinência urinária é maior nas meninas do que nos meninos e observa-se redução gradativa desta com o aumento da faixa etária¹. No entanto, Chung e colaboradores demonstraram uma elevada prevalência de bexiga hiperativa entre escolares dos 5 aos 13 anos de idade (16,59%), sem diferença entre os sexos².

O DTUI é uma entidade comum na prática pediátrica e que além de representar um risco para o trato urinário superior, ainda causa um constrangimento emocional aos pais e as crianças, devido à incontinência urinária e a frustração em lidar com o problema. Este distúrbio representa um desafio, por apresentar manifestações durante as fases de crescimento e desenvolvimento psicossocial na criança.³

Um estudo multicêntrico envolvendo 156 crianças de 6 a 17 anos em 10 países, mostrou problemas na auto estima em 57% , na saúde mental em 52%, de independência em 48,5%, familiares 46%,na interação social 43%, e auto-imagem 39,5%. Estes valores foram mais altos quando o DTUI estava associado a desordens como constipação intestinal⁴. Outro estudo aponta que crianças portadoras de incontinência urinária e hábito de postergar a micção tinham, respectivamente, tinham 3 a 4 e 2 vezes , mais problemas de comportamento do que as crianças não portadoras.⁵

Em estudo realizado no Brasil, pôde ser apreendido nas falas das crianças, a representação de suas necessidades como uma interação no micro e macroambientes, que não é justa, é diferenciada e preconceituosa. A percepção das crianças em relação àquilo que a sociedade pensa delas, saindo do ambiente doméstico, recai principalmente no ambiente escolar, referindo que colegas caçoam ou que não brincam com as mesmas⁶.

Nesse contexto, a criança em idade escolar tem necessidade de pertencer a grupos, de sentir-se igual aos seus pares e começa a ter consciência das diferenças físicas e desvios da normalidade, pondo-se a comparar seus atributos e capacidades aos de outras crianças. Aquelas que são “normais” pejorativamente apontam os defeitos naquelas que são vistas como diferentes, suscitando nessas um sentimento de inferioridade. A aprovação dos seus pares é uma conquista importante e, quando são tidos como diferentes, sentem-se inferiorizados e não desejados pelo grupo.⁶

Apesar da importância clínica, muitas vezes os pais desconhecem os sintomas da DTUI, outros conhecem, mas não sabem como lidar com eles. São frequentes os casos de punições verbais, físicas e de submissão da criança a situações constrangedoras com objetivo de resolver os distúrbios. Para agravar a situação, a maioria dos profissionais de saúde e professores não tem treinamento para perceber os sintomas e mudanças comportamentais, ou não sabem como lidar e orientar as crianças e seus pais.

Devido ao longo período que as crianças permanecem nas atividades escolares, os professores tornam-se cada vez mais responsáveis por promover ações de saúde entre os estudantes. Promover saúde implica ou requer ter uma série de subsídios que envolvem aspectos educacionais, enfocando o oferecimento de uma melhora da qualidade de vida da sociedade. Desenvolver ações de promoção da saúde no contexto escolar passa, portanto, pelo respeito às possibilidades e limites do próprio indivíduo observado sob o prisma bio-psico-social-cultural-espiritual.⁷

Considerando essa perspectiva, o Ministério da Saúde compreende que o período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção⁷. Esse estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento cognitivo e desempenho escolar de crianças com DTUI pois, acredita-se que essas informações

possam fornecer a escola o reconhecimento das necessidades, física, mental e social da criança auxiliando na condução de propostas tanto pedagógicas e no reconhecimento de alterações nesses âmbitos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado na Unidade Renal Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

A coleta de dados ocorreu entre Agosto de 2013 e Março de 2014. A população do estudo foi caracterizada por pacientes de 5 a 14 anos portadores do Distúrbio do Trato Urinário Inferior – DTUI, de causa funcional.

Os participantes foram identificados no Ambulatório de Pediatria e Unidade Renal Pediátrica do IMIP, em seguida, foi solicitado aos pacientes e responsáveis a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Após isso, em ambiente tranquilo e reservado à entrevista foram submetidos à aplicação de questionários. Inicialmente, foi feita a coleta de dados sócio – demográficos, em seguida foram aplicados os Teste de Desempenho Escolar – TDE e o teste de avaliação cognitiva Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.

A partir do levantamento das informações, foi construído um banco de dados (com dupla entrada), no software EpiInfo 3.4.3. Ao término da digitação, os bancos de dados foram comparados e corrigidas eventuais diferenças e inconsistências.

Resultados

Foram avaliadas 20 crianças e adolescentes portadores de DTUI de causa funcional em acompanhamento na Unidade Renal Pediátrica do IMIP. Destes, 2 (10%) eram do sexo masculino e 18 (90%) do sexo feminino. A maioria, 16 crianças, encontram-se na faixa etária de 6 a 11 anos e apenas 4 eram adolescentes, com 12 e 13 anos. A escolaridade dos pacientes variou de três anos até 11 anos estudados, sendo a média de 6,8 anos.

Todos os responsáveis que participaram da pesquisa foram do sexo feminino e entre esses, a escolaridade variou de 2 até 15 anos estudados, tendo como média 10,2 anos. A procedência de 45% da amostra é da região metropolitana do Recife e 55% dos pais eram casados.

A variável controle do xixi durante o dia teve resposta negativa em 65% dos casos, e controle do xixi durante a noite teve resposta negativa em 75% dos casos. Em 30% dos pacientes, os sintomas só iniciaram durante a infância, no entanto, nenhum paciente ou responsável relaciona-os a algum evento.

Dentro da categoria da reação dos pais em relação a incontinência urinária e enurese na criança, foi observado que 80% dos cuidadores já brigaram com os menores e 25% já bateram neles. Outro dado percebido é de que 40% das crianças já esconderam suas roupas urinadas de seus responsáveis. Quando a criança acaba molhando a roupa, 80% dos pais já atribuíram à preguiça da criança, 60% chegaram a achar que a criança faz de propósito e apenas 15% em algum momento entenderam ser devido a um problema de saúde. A resposta dos pais em relação a essa problemática podem ser vistas na tabela 1.

Tabela 1: Reações dos pais em relação ao controle do xixi paciente

Reações dos pais	Sim	Não	Não se aplica
Você alguma vez já brigou com seu (a) filho (a) quando ele (a) fez xixi na roupa ou na cama?	16 (80%)	2 (10%)	2 (10%)
Você alguma vez já bateu no seu (a) filho (a) quando ele (a) fez xixi na roupa ou na cama?	5 (25%)	13 (65%)	2 (10%)
Quando seu filho (a) faz xixi na roupa ou na cama você o submete a alguma situação para fazer ele (a) aprender a controlar?	9 (45%)	9 (45%)	2 (10%)
Seu filho (a) já escondeu roupas sujas de xixi para você não vê?	8 (40%)	10 (50%)	2 (10%)
Quando seu filho “vai nas últimas” fazer xixi e acaba molhando a roupa, você acha que é por preguiça dele (a), de propósito?	16 (80%)	3 (15%)	1 (5%)
Quando seu filho “vai nas últimas” fazer xixi e acaba molhando a roupa, você acha que é de propósito?	12 (60%)	7 (35%)	1 (5%)
Quando seu filho “vai nas últimas” fazer xixi e acaba molhando a roupa, você acha que ele tem algum problema de saúde?	3 (15%)	16 (80%)	1 (5%)

Como visto na tabela 1, os pais demonstram ter dificuldade de atribuir a dificuldade de controlar o xixi a um problema de saúde, essa falsa percepção pode contribuir para uma interpretação errada da situação, podendo gerar algum tipo de punição ou castigo para as crianças. Na amostra, 45% dos pacientes já passaram por situações constrangedoras, as mais comuns foram: falar para os outros colegas da criança ou do adolescente e fazer lavar a roupa suja de urina. Ainda, uma criança relata ter sido chamada de bruxa do xixi por um de seus cuidadores e outra relata que um tio esfregou a roupa suja em seu rosto. Isso pode fazer com que as interações positivas entre elas e seus pais sejam prejudicadas.

Analisando a reação das outras crianças em relação ao paciente, foi visto que os colegas de 50% dos participantes sabem que o mesmo faz xixi na roupa, 30% sabem que faz xixi na cama, 45% já esconderam suas roupas urinadas dos outros colegas, 25% já foi ou é alvo de risadas por parte dos colegas, 40% das crianças responderam que possuem apelido, sendo o de mijão/mijona unanimidade. Dos 20 menores, 25% gostam de ir para a

casa de amigos e apenas 5% gosta de dormir na casa deles, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2: Percepção sobre as reações das outras crianças em relação as dificuldades do paciente

Percepção da reação de outras crianças	Sim	Não	Não se aplica
Outras crianças sabem que você faz xixi na roupa ?	10 (50%)	7 (30%)	3 (15%)
Outras crianças sabem que você faz xixi na cama?	6 (30%)	12 (60%)	2 (10%)
Você esconde a roupa de seus colegas quando faz xixi na roupa?	9 (45%)	9 (45%)	2 (10%)
Seus colegas riem de você quando faz xixi na roupa?	5 (25%)	13 (65%)	2 (10%)
Você tem algum apelido por fazer xixi na roupa ou cama?	8 (40%)	11 (55%)	1 (5%)
Você gosta de ir para casa de seus amigos?	5 (25%)	7 (35%)	8 (40%)
Você gosta de dormir na casa de seus amigos?	1 (5%)	8 (40%)	11 (55%)

Ao analisar a variável referente a reação da criança para com a escola foi verificado que quando os pacientes pedem para ir ao banheiro com maior frequência. Em 20% dos casos o professor deixa ir sempre e 20% deixa ir frequentemente. Em 50% da amostra responderam que a professora reclama frequentemente com eles, e 50% falam que as reclamações da educadora são devido ao DTUI. Entre os entrevistados, 40% não gostam de colégio, mas apenas 5% referem isso associado ao distúrbio.

Os resultados do teste Matrizes Progressivas de Raven foram de que 10% da amostra é intelectualmente superior, 20% é acima da média da capacidade intelectual, 60% é intelectualmente médio e 10% é abaixo da média na capacidade intelectual.

Considerando o Teste do Desempenho Escolar, os resultados do subtteste de leitura apontam para o nível inferior em 45% dos participantes (Gráfico 1), 55% inferior em

relação ao teste de escrita (Gráfico 2) e no teste de aritmética (Gráfico 3) os resultados foram inferiores em 60% dos casos. Considerando o Total do desempenho escolar (Gráfico 4), 55% dos participantes estão no nível de desempenho inferior a média do que seria esperado para a idade e escolaridade. Sendo assim, a maioria dos participantes obteve resultado inferior em todos os aspectos, como mostram a tabela 3 abaixo:

Tabela 3: Nível de desempenho escolar

Desempenho Escolar	Inferior	Médio	Superior
Aritmética	12 (60%)	6 (30%)	2 (10%)
Leitura	9 (45%)	5 (25%)	6 (30%)
Escrita	11 (55%)	8 (40%)	1 (5%)
Desempenho Total	11 (55%)	8 (40%)	1 (5%)

Discussão

Este estudo analisou um total de 20 pacientes portadores de DTUI de causa funcional assistidos na Unidade Renal Pediátrica do IMIP. Destes, todos eram crianças e adolescentes, com predominância na faixa etária infantil. A infância e a adolescência são consideradas fases essenciais do desenvolvimento do indivíduo e o DTUI nestas fases pode ser causa de inúmeras desordens físicas e psíquicas.

Observou-se a prevalência do sexo feminino, equiparando-se a um estudo feito no Brasil, onde se observou que a prevalência de sintomas miccionais em crianças de 6 a 12 anos eram compostos de 22,4% de meninos e 77,6 de meninas^{11,12}. Geralmente a prevalência da incontinência urinária é maior nas meninas do que nos meninos e observa-se redução gradativa desta com o aumento da faixa etária¹⁰. No entanto, Chung e colaboradores demonstraram uma elevada prevalência de bexiga hiperativa entre escolares dos 5 aos 13 anos de idade (16,59%), sem diferença entre os sexos².

No que diz respeito a escolaridade dos cuidadores, foi constatou-se que os responsáveis tem uma média de anos de estudo superior a média divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2011, onde o número médio de anos de estudo no Nordeste era de 6,2.¹³ A escolaridade dos pais, e em particular a da mãe, é considerada um importante fator de proteção para a saúde de crianças e adolescentes.

Na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - PENSE 2012, foi analisada tanto a escolaridade materna, quanto a paterna. O percentual de escolares cujas mães não possuíam qualquer grau de ensino ou possuíam somente o ensino fundamental incompleto foi de 34,5% no País. Por outro lado, a proporção de escolares cujas mães tinham o nível superior completo foi de apenas 8,9%. A proporção de escolares cujas mães não possuíam qualquer grau de

ensino ou possuíam somente o ensino fundamental incompleto foi mais elevada na Região Nordeste (45,0%).¹³

No estudo, 65% das crianças não controlam o xixi durante o dia, 75% não controlam durante a noite, e 70% sempre tiveram esses sintomas. Na literatura, estima-se que com aproximadamente 4 anos a criança aprende a controlar o xixi durante o dia e com 5 anos durante a noite. Após esta idade, a incontinência urinária torna-se um problema social¹⁶. Em um estudo com crianças chinesas de seis a 16 anos, verificou-se que, quanto mais tarde uma criança tivesse obtido o controle da urina, mais chances de ter problemas internalizantes, como ansiedade e depressão e de contato social, atenção, pensamento e seguir regras.^{14,15}

A procura da família por cuidados médicos nos casos de DTUI é frequentemente tardia, e mesmo quando a criança já é diagnosticada, os familiares tem dificuldade de não responsabilizar a criança por sua própria doença, o que faz com que geralmente punam a criança. Os resultados apontaram que 25% dos pais já bateram em seus filhos e 45% o submeteram a situações constrangedoras com a intenção de ensiná-los a controlar o xixi. Um estudo brasileiro que analisou 235 prontuários de 185 crianças (6-11 anos) e 55 adolescentes (12-18 anos) mostrou que a punição seria a pior estratégia de enfrentamento familiar ao problema, e, constataram que 15,4% dos pais de crianças e de 17,3% de adolescentes faziam uso dela.²⁶

Com relação a reação das outras crianças em relação ao paciente, no que diz respeito a esconder seus problemas, os dados são compatíveis com de um estudo realizado com 1248 crianças enuréticas na Eslovênia, que mostrou que 40,9% das crianças tentaram esconder os seus problemas, pelo menos uma vez. No entanto, nesse mesmo estudo apenas 11,9% afirmaram que seus amigos sabem sobre sua condição, enquanto em nosso estudo,

80% afirmam que seus colegas sabem. A aprovação dos seus pares é uma conquista importante e, quando são tidos como diferentes, sentem-se inferiorizados e não desejados pelo grupo.⁸

Devido ao longo período que as crianças permanecem nas atividades escolares, os professores tornam-se cada vez mais responsáveis por promover ações de saúde entre os estudantes, no entanto o que se percebe é que a maioria não tem treinamento para lidar com as crianças portadoras de DTUI e com os colegas das mesmas. Isso é percebido quando em nosso estudo, 50% das crianças recebem reclamações frequentemente.

Os distúrbios de aprendizagem são considerados comorbidades para DTUI. O que pode ser percebido quando comparamos os dados de nossa amostra de desempenho escolar com os dados de um estudo¹⁷ que avaliou o desempenho de 120 crianças sem nenhum distúrbio urinário, e apenas 30% da amostra tiveram desempenho inferior.

Apesar de 80% das crianças do nosso estudo terem a capacidade intelectual na média ou acima da média, a maioria apresenta um desempenho inferior no desempenho escolar. Acreditamos que se relacione com o fato de que de modo geral, a partir dos seis anos, o foco principal do desenvolvimento da criança volta-se para o processo de escolarização, e no caso dos portadores de DTUI tem uma série de fatores internos e externos que interferem negativamente, fazendo com que a escolarização não seja o foco principal.

Comparando os resultados a avaliação cognitiva de inteligência não verbal, constatou-se que apesar de 60% apresentarem capacidade intelectual dentro da média esperada para a idade, 55% dos participantes tiveram resultados inferiores na avaliação de desempenho escolar.

Conclusão:

O estudo aponta para a importância de se considerar os impactos negativos do DTUI, pois foi observado que afeta o desenvolvimento biopsicossocial de seus portadores. O levantamento dos dados da população estudada aponta aspectos que chamam atenção para um cuidado mais amplo, principalmente considerando os aspectos ligados às redes de relacionamento no âmbito familiar e no escolar, e que estes elementos podem prejudicar tanto a auto-estima, como desempenho escolar, causando um impacto ainda mais negativo na qualidade de vida dessas pessoas. Torna-se relevante destacar que este estudo contribuirá para que a equipe possa pensar uma proposta de intervenção com foco na saúde mental dessas crianças e adolescentes, bem como orientação aos pais e aos educadores, para que os impactos psicossociais negativos possam ser minimizados.

Tabela 1

Características sociodemográficas de crianças e adolescentes portadoras de DTUI assistidas na Unidade Renal de Pediatria do IMIP - Recife/Pernambuco/Brasil		
Características	n	%
Sexo (n= 20)		
Masculino	2	10
Feminino	18	90
Idade		
6 a 11	16	80
12 e 13	4	20
Procedência		
Recife	5	25
RMR	4	20
Interior de PE	11	55
Escolaridade do Paciente (anos completos)		
0 a 4	4	20
5 a 8	11	55
9 a 12	5	25
>13	0	0
Escolaridade do Cuidador (anos completos)		
0 a 4	3	15
5 a 8	4	20
9 a 12	5	25
13 a 15	8	40
>16	0	0
Estado Civil dos Pais		
Solteiro	2	10
Casado	11	55
Divorciado	0	0
Viúvo	3	15
União estável	4	2
Classe Econômica		
A	0	0
B	0	0
C1	8	40
C2	10	50
D	2	10

Referências bibliográficas

1. Lordêlo P, Teles A, Veiga ML, Correia LC, Barroso UJR. Transcutaneous electrical nerve stimulation in children with overactive bladder: A randomized clinical trial. *The Journal of Urology*. 2010; 184, 683-689
2. Chung JM, Lee, S. D.; Kang, D. I.; Kwon, D. D.; Kim, K. S.; Kim, S. Y.; Kim, H. G.; Moon, D. G.; Park, K. H.; Park, Y. H.; Pai, K. S.; Suh, H. J.; Lee, J. W.; Cho, W. Y.; Ha, T. S. and Han, S. W. Prevalence and Associated Factors of Overactive Bladder in Korean Children 5-13 Years Old: A Nationwide Multicenter Study. *Urology*, v.73, n.1, p.63-67, 2009.
3. VASCONCELOS, M.M.A. Eficácia de um programa de reeducação miccional em crianças e adolescentes com distúrbio funcional do trato urinário inferior: cinesioterapia biofeedback do assoalho pélvico um estudo clínico aleatorizado. 121f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005
4. Bower, WF.; Self-reported effect of childhood incontinence on quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 35(6): 617-21, 2008 Nov-Dec.
5. Gontard A, Lettgen B, Olbing H, Heiken-Löwenau C, Gaebel E, Schmitz I.; Behavioural problems in children with urge incontinence and voiding postponement: a comparison of a paediatric and child psychiatric sample. *Br J Urol*. 1998 May;81 Suppl 3:100-6.
6. Furlan M, Ferriani M, Gomes R. O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003;11:763–70.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. saúde pública*. v.36, n.2, p.30-31, 2002.
8. Stein, LM. TED: Teste de desempenho escolar: manual de aplicação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994
9. Raven, JC. Teste das matrizes progressivas. Escala Geral. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPA, 2008.

10. Lordêlo P, Teles A, Veiga ML, Correia LC, Barroso UJR. Transcutaneous electrical nerve stimulation in children with overactive bladder: A randomized clinical trial. *The Journal of Urology*. 2010; 184, 683-689.)
11. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhães PG, Silva FM, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. *Pediatr Nephrol* 2012;27:597-603.)
12. Vasconcelos MM, Lima EM, Vaz GB, Silva TH. Disfunção do trato urinário inferior - um diagnóstico comum na prática pediátrica. *J Bras Nefrol* 2013;35(1):57-64
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de de Saúde Escolar (PeNSE) 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf acessado em 08 de julho de 2014
14. Santos, E.O.L., & Silves, E.F.M. (2006). Crianças Enuréticas e Crianças Encaminhadas para Clínicas-Escola: Um Estudo Comparativo da Percepção de seus Pais.
15. Liu, X., Sun, X., Ushiyama, M., Li, Y., & Okawa, M. (2000). Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1557-1564.
16. Emerich, D. R., Sousa, C. R. B., & Silves, E. F. M. (2011). Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 240-250.