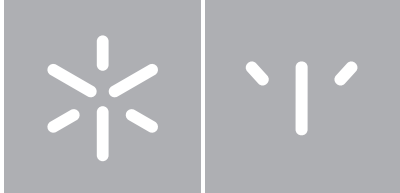


Universidade do Minho

Escola de Psicologia



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Dissertação de Mestrado

Declaração

Nome: Tânia Duarte Pereira

Endereço eletrónico: taniaduartepereira@gmail.com

Telemóvel: +351 965 472 469

Número do cartão de cidadão: 12339658

Título do projeto: Tratar disfunções urinárias com uroterapia num Hospital: Lições aprendidas ao longo dos anos.

Orientação: Professor Doutor Pedro José Sales Luís da Fonseca Rosário, Doutora Armanda Sofia Carvalho Santos Pereira

Ano de conclusão: 2019

Designação do Mestrado: Mestrado em Temas de Psicologia da Educação

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 30/04/2019

Assinatura: Tânia Duarte Pereira

Índice

Agradecimentos.....	iii
Tratar disfunções urinárias com uroterapia em crianças e adolescentes num Hospital: Lições aprendidas.....	iv
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Tratar disfunções urinárias com uroterapia em crianças e adolescentes num Hospital: Lições aprendidas.....	6
Propósito do estudo.....	8
Método.....	9
Participantes.....	9
Intervenção.....	9
Resultados.....	9
Discussão.....	11
Limitações e estudos futuros.....	15
Referências.....	17

Índice de tabelas

Tabela 1 <i>Dados recolhidos no serviço de estatística.....</i>	10
---	----

Índice de figuras

<i>Figura 1. Número de consultas de MFRU de 2014 a 2017.....</i>	10
<i>Figura 2. Número de tratamentos de uroterapia entre 2014 e 2017.....</i>	11
<i>Figura 3. Percentagem de recidivas em quatro anos.....</i>	11

Agradecimentos

Para a realização do trabalho contamos com a ajuda de algumas pessoas às quais, desde já, gostaria de deixar uma palavra de agradecimento; a começar pelos colegas do curso de mestrado com especial atenção à Ivone e ao Agostinho. Manifesto um especial agradecimento ao Hospital de Braga pela cedência dos dados de forma a facilitar muito a pesquisa. Deixo aqui o meu reconhecimento profundo ao Professor Doutor Pedro Rosário e à Doutora Armanda Pereira, tão grata por muitas horas de paciência. Também pretendo deixar uma palavra de agradecimento ao grupo de investigação GUIA, sempre disponíveis e atentos com o nosso envolvimento nos projetos.

Mencionar uma consideração muito especial à minha família, meu marido João Paulo, que tantas vezes me ajudou, aos meus filhotes Sofia e Duarte pelo incentivo e apoio neste projeto que tem sido a aventura. Os meus irmãos em especial o Daniel que esteve sempre disponível para corrigir os meus textos. E por fim, e não menos importante, um obrigado muito especial aos meus pais, pois sem a logística deles eu não conseguira conciliar tudo.

Tratar disfunções urinárias com uroterapia em crianças e adolescentes num Hospital: Lições aprendidas.

Resumo

De acordo com as *guidelines* do International Children's Continence Society, a uroterapia é a primeira linha de tratamento para a maioria das condições do trato urinário inferior em crianças e adolescentes. Apesar desta recomendação ainda não há meta-análises para justificar a efetividade da uroterapia, no entanto estudos retrospectivos têm demonstrado que 75% a 90% das crianças apresentam melhoria com esta abordagem. No entanto, a resistência à uroterapia é uma realidade. O objetivo deste projeto é fazer um levantamento das recidivas após o tratamento com uroterapia num hospital. O projeto foi desenvolvido a partir dos dados do serviço de estatística. Entre 2014 e 2017, 216 crianças e adolescentes foram consultadas por Medicina Física e Reabilitação Uroginecologia, dos quais 41 (19%) foram referenciadas para fazer uroterapia e 15 (36.6%) repetiram o tratamento após um ano de uroterapia. As razões apontadas na literatura são várias, desde a falta de *follows-up* regulares, falta de informação e insistência dos pais ou cuidadores e, principalmente, baixa motivação das crianças e adolescentes para manter o que aprenderam. Apesar desta informação de carácter mais geral, futuros estudos deverão analisar com pormenor a razão das recidivas e, a partir daí, desenvolver estratégias para diminuir o número de recidivas.

Palavras-chave: Uroterapia, disfunções miccionais, crianças, adolescentes

Treating urinary dysfunction in children and adolescents with urotherapy in a Hospital:
Lessons learned.

Abstract

According to the International Children's Continence Society Guidelines, urotherapy is the first line of treatment for most of lower urinary tract conditions in children and adolescents. Despite this recommendation, there are still no meta-analyses available to justify the effectiveness of urotherapy, however, retrospective studies show that 75% to 90% of children improve their symptoms with this approach. Despite this success, resistance to urotherapy is a reality. The purpose of this project is to collect data of relapses following treatment with urotherapy in a hospital. The data was collected from the statistics department of this hospital, where we found that 216 children/adolescents were consulted in the Physical Medicine and Rehabilitation-Urogynecology consultation, of which 41 (19%) were recommended for urotherapy treatment and 15 (36.6%) repeated treatment after one-year post urotherapy. There are several reasons pointed out in the literature, for example, the lack of regular follow-ups, lack of information and insistence of the parents/caregivers and, mainly, the low motivation of the children and adolescents to maintain what they learned during urotherapy. Despite this more general information, future studies should analyze in detail the reason for relapses and, from there, develop strategies to reduce the number of recurrences.

Keywords: urotherapy, urinary disfunctions, children, adolescents

Tratar disfunções urinárias com uroterapia em crianças e adolescentes num Hospital: Lições aprendidas

De acordo com as *guidelines* europeias e com o International Children's Continence Society (ICCS), a terminologia das disfunções do trato urinário inferior (TUI) apresenta quatro temas: condições do TUI diurnas, enurese monossintomática, enurese não-monossintomática e bexiga neurogénica. Na atualização desta terminologia, tem havido uma importância acrescida na relação próxima entre o esvaziamento dos intestinos e a função urinária. O termo “disfunção do intestino e bexiga” tem vindo a ser adotado na literatura recente, e a importância do tema revela-se no maior relato de incidências ocorridas em condições do TUI diurno. A importância deste fenómeno prende-se com o impacto significativo que tem na vida social e ambiental das crianças e adolescentes, afetados devido à pressão social (e.g., pais, professores) que lhes exigem “continência” obrigando-os a ter total controlo do armazenamento e esvaziamento das suas bexiga e intestino, no local e no tempo apropriado (Van den Heijkant & Bogaert, 2017). A ida à casa de banho de forma independente é um complexo processo operacional e social, não se limitando ao ato de relaxar o esfíncter anal e ureteral aquando de um aumento de pressão fisiológica do trato urinário e intestinal. O treino para alcançar esta independência tem sido realizado cada vez mais tarde na vida das crianças, o que acarreta complicações pessoais, custos económicos acrescidos, efeitos negativos no ambiente e um maior risco na propagação de infeções agudas de diarreia e hepatite nas escolas. Por exemplo, muitos infantários não permitem a inscrição sem a criança estar continente de urina e fezes, sendo que há um impacto negativo na qualidade de vida das famílias, limitando a sua vida social e afetando a autoestima destas crianças (Vermandel, Weyler, De Wachter, & Wyndaele, 2008).

Num estudo sueco observacional, verificou-se que a sensação para esvaziar a bexiga ocorria a partir dos 18 meses, sendo a idade média para adquirir *secura* diurna e noturna os 2.5 anos e os quatro anos de idade, respetivamente (Jansson, Hanson, Sillen & Hellstrom, 2005). No entanto, nem todas as crianças adquirem esta *secura* nas idades acima referidas. Dados internacionais indicam que as disfunções urinárias e fecais afetam cerca de 22% de crianças com sete anos e 1.8% de adolescentes. As condições do TUI diurno e noturno têm sido observadas entre 10 a 25% de crianças em idade de frequentarem a pré-escola ou escola primária (Saarikoski, Koppeli, Salanterä, Taskinen, & Axelin, 2018).

O controlo da função da bexiga e do intestino envolve uma integração complexa de vias neurológicas ao nível central e periférico. A relação entre a instabilidade vesical e os

sintomas tem sido bem documentada, mas as causas exatas desta instabilidade são ainda desconhecidas (Hellström, Hanson, Hansson, Hjälms, & Jodal, 1995).

Os sintomas urinários nas crianças podem ser categorizados em sintomas de armazenamento, de esvaziamento ou uma combinação dos dois. A forma como se aborda as condições do TUI depende da informação clínica, da história e dos diários miccionais obtidos pelos profissionais/cuidadores, crianças e adolescentes. Estes diários são um instrumento importante de diagnóstico e tratamento, providenciando informação essencial sobre: (1) perdas de urina; (2) frequências miccionais; (3) urgência miccional; (4) volume urinário; (5) e ingestão de líquidos.

Embora estas condições sejam de baixa motilidade, as disfunções urinárias são consideradas uma doença crônica e têm um impacto negativo na qualidade de vida das crianças e adolescentes, limitando a sua vida social e afetando a sua autoestima. Um estudo epidemiológico realizado com 8,213 crianças concluiu que, nas incontinências diurnas, 11.4% das crianças/adolescentes tinham ansiedade de separação, 24.8% déficit de atenção, e 10.9% problemas de conduta. Nas incontinências fecais verificou-se que 4.3% das crianças apresentavam ansiedade de separação, 4.3% fobias específicas, 3.4% ansiedade generalizada, e 9.2% déficit de hiperatividade e atenção (Jansson et al., 2005). Para além deste impacto psicológico, as crianças com disfunções do TUI apresentam esvaziamentos incompletos o que contribui para Infecções do Trato Urinário (ITU) que, por sua vez, podem evoluir para cistites, pielonefrites, lesões renais e insuficiência renal. Estas condições são graves e devem ser prevenidas (Todd, 1995).

De acordo com as *guidelines* do ICCS, a uroterapia é o tratamento *standard* para crianças/adolescentes que apresentam algumas disfunções TUI. Esta abordagem é baseada em tratamento educacional e funcional. O objetivo da uroterapia é ensinar as crianças e adolescentes a atuarem de forma regular no esvaziamento completo da bexiga e do intestino. Este tratamento é uma combinação de terapia de comportamento, treino vesical, fisioterapia e tratamento médico. A uroterapia, é considerado o tratamento não-cirúrgico e não farmacológico do TUI, podendo ser descrito também como reeducação da bexiga e intestinos ou programa de reabilitação do pavimento pélvico pediátrico.

Desenvolvido na Escandinávia nos anos 80, a uroterapia foi descrita como uma terapia composta por elementos comportamentais, cognitivos, terapias físicas, e de *biofeedback*, que poderiam ser efetuadas em condições clínicas internas ou externas (Bachmann et al., 2008). Esta abordagem engloba explicações sobre a anatomia do TUI e dos intestinos, explicação sobre o correto funcionamento destes órgãos, ensino de hábitos miccionais e intestinais

corretos, prevenção de obstipação, ensino de alterações de estilo de vida relacionados com ingestão hídrica, dieta alimentar e exercício físico (Saarikoski et al., 2018). Este processo pode ser considerado como um processo sistemático de aprendizagem em que as reações físicas são realizadas com um controlo consciente. A meta-análise de Schäfer e colaboradores (2018) refere que a uroterapia é uma intervenção com efeitos positivos quando se comparam as taxas de cura com a remissão espontânea. Isto é, de 100 pacientes observados num ano, aproximadamente 56 pacientes apresentam cura após tratamento com uroterapia, enquanto que apenas 15 dos 100 pacientes apresentam cura espontânea durante o mesmo período. Outros estudos retrospectivos têm demonstrado que 75% a 90% das crianças apresentam melhoria dos sintomas com esta abordagem e 51% a 82% apresentam cura completa (Mulders, Cobussen-Boekhorst, de Gier, Feitz, & Kortmann, 2011).

Em Portugal não há dados sobre o impacto económico das disfunções urinárias. No entanto, dados norte-americanos demonstram um impacto económico profundo neste tipo de condições. Em 2007 calculou-se que o custo funcional de bexigas hiperativas em ambos os sexos foi de \$65.9 mil milhões por ano, e projetava-se um custo anual de \$82.6 mil milhões em 2020 (Coyne et al., 2014). As IUT, por si só, têm um custo de dois mil milhões de dólares anualmente em gastos nas consultas, nos exames de diagnóstico e nas prescrições. É expectável que estes resultados sejam significativamente superiores à medida que a população vá envelhecendo.

Propósito do estudo

O objetivo deste estudo é fazer o levantamento das recidivas das crianças e adolescentes após o tratamento com uroterapia. Concluído o levantamento destes dados será possível verificar se estes números correspondem ao previsto internacionalmente e, a partir daí, levantar questões sobre possíveis alterações metodológicas na forma de abordagem a estas crianças/adolescentes. Embora as taxas de melhoria ou cura sejam elevadas, há uma percentagem evidente de recidivas, e as comorbilidades secundárias poderão ser graves.

Estudos referem que os problemas urinários serão arrastados para a idade adulta. Morin, Akhavizadegan, Kavanagh e Moore (2018) reportam que uma unidade uroginécologia na qual 50% das mulheres com disfunção miccional ou de intestino no presente, referem tido problemas do TUI na infância. Outra razão são as ITU recorrentes. A literatura mostra que a probabilidade de uma infeção se instalar depende, em parte, dos hábitos miccionais das crianças/adolescentes. Estas infeções recorrentes poderão a longo prazo gerar cicatrizes renais e insuficiência renal (Todd, 1995). A taxa de problemas comportamentais e emocionais em crianças com disfunções miccionais é elevada. Em estudos representativos, e segundo a

classificação do ICD-10 ou DSM-IV, entre 20% e 30% de crianças com enurese noturna, 20% a 40% com incontinência urinária diurna e 30% a 50% com incontinência fecal preenchem o critério de perturbação mental (Von Gontard, Baeyens, Van Hoecke, Warzak, & Bachmann, 2011). Pelas razões aqui enunciadas é importante investigar a percentagem de recidivas neste hospital para poder atuar de forma a alterar essas comorbilidades.

Método

Foi realizado o levantamento do número de consultas, número de tratamentos e número de repetições dos tratamentos após um ano num hospital. Estes dados foram recolhidos da base de dados desta instituição, pelo serviço de estatística, não sendo necessário nenhum requerimento à comissão de ética uma vez que só este estudo só revela dados mortos e não dados pessoais nem de saúde.

Participantes

Foi analisado o número de consultas de uroginecologia pediátrica do Serviço de Medicina Física e Reabilitação entre o ano 2014 e 2017. Como os dados são pediátricos considerou-se as idades entre os zero e os 18 anos, de acordo com as indicações da Direção-Geral de Saúde (Despacho nº 9871/2019 do Gabinete da Ministra da Saúde de 1 de junho).

Intervenção

Os pacientes são avaliados na primeira consulta acima referida, na qual é decidido qual a intervenção a ser aplicada. As abordagens possíveis podem passar pela uroterapia, a farmacologia ou a cirurgia. Visto que o estudo é relativo à uroterapia, fez-se o levantamento do número de crianças/adolescentes que foram referidos nessa consulta para a uroterapia ao longo de quatro anos. Por último, com a intenção de saber quantas destas crianças/adolescentes recidivaram, entendeu-se que, se as crianças/adolescentes tiveram necessidade de repetir o tratamento passado um ano, seria porque os sintomas tinham voltado. Estes casos foram considerados como recidivados. Como tal, fez-se o levantamento das crianças que repetiram a uroterapia um ano após a data do tratamento inicial.

Resultados

A Tabela 1 demonstra o número de consultas de Medicina Física e Reabilitação Uroginecologia (MFRU) entre 2014 e 2017. Duzentos e dezasseis crianças/adolescentes foram consultadas dos quais 41 (19%) foram referenciadas para fazer a uroterapia; por sua vez, destas 41 crianças/adolescentes, 15 (36.6%), repetiram uroterapia um ano após o primeiro tratamento.

Tabela 1

Dados recolhidos no serviço de estatística.

	2014	2015	2016	2017	Total
Nº Consultas MFRU	29	49	56	82	216
Nº Crianças/adolescentes uroterapia	6	7	12	16	41
Nº de crianças/adolescentes que repetiram tratamento pós um ano	1	4	5	5	15

Na Figura 1 verifica-se que ao longo dos quatro anos o número de consultas pediátricas aumentou significativamente.

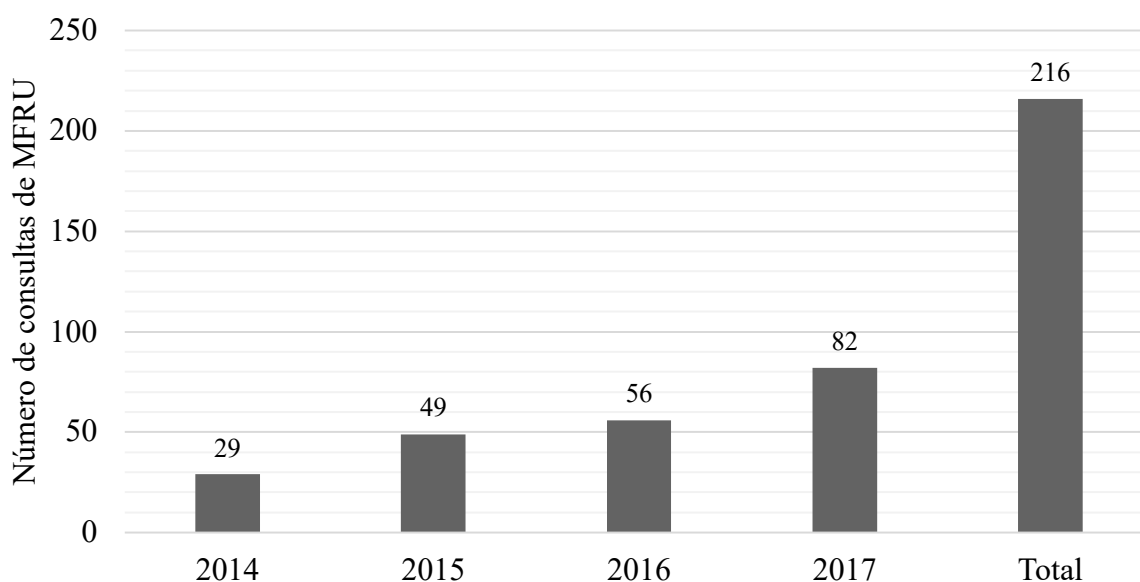


Figura 1. Número de consultas de MFRU de 2014 a 2017.

Na Figura 2 verificou-se que, ao longo dos quatro anos, 19% das crianças/adolescentes apresentaram critérios para a uroterapia. Destes 19% de crianças/adolescentes que fizeram uroterapia, 36.6% repetiram o tratamento após um ano. Tanto o número de casos com critérios para a uroterapia com o número de recidivas, aumentaram ao longo dos quatro anos.

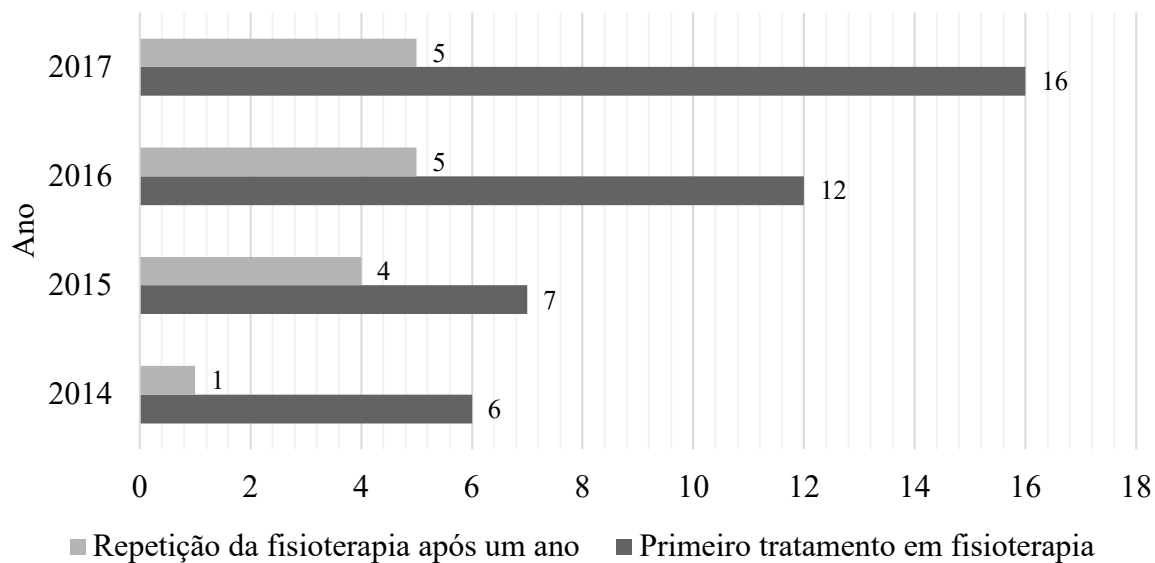


Figura 2. Número de tratamentos de uroterapia entre 2014 e 2017.

Na figura 3 pode verificar-se que as recidivas não aumentam de forma gradual ao longo dos quatro anos.

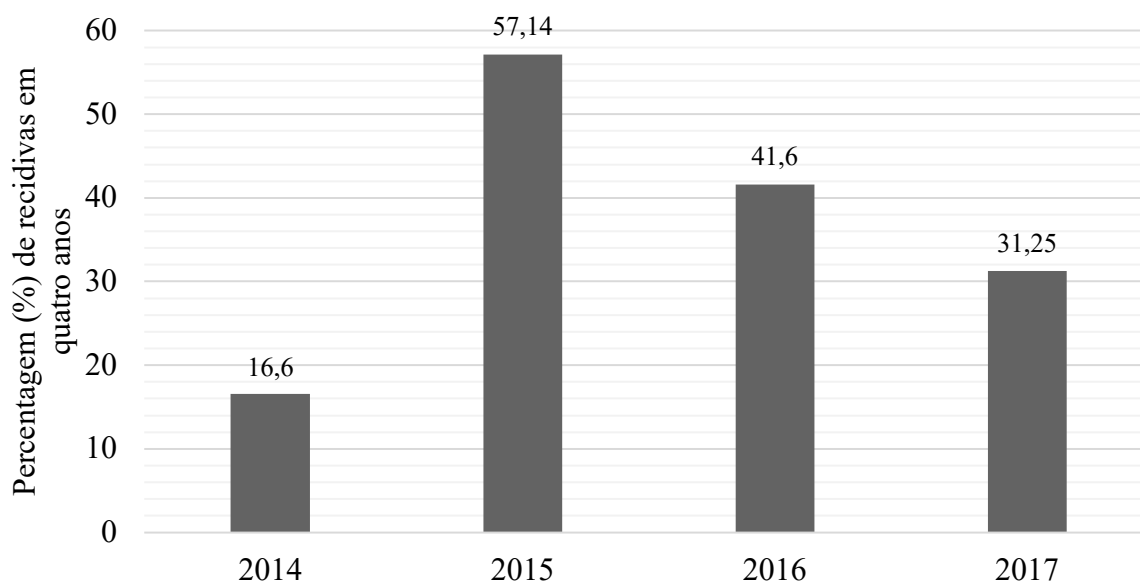


Figura 3. Percentagem de recidivas em quatro anos.

Discussão

As disfunções do TUI são comuns em crianças/adolescentes, sendo o tratamento destas disfunções miccionais e intestinais essencial em idade pediátrica. Há, no entanto, uma percentagem de crianças/adolescentes que é resistente a este tratamento, sendo necessário uma reflexão sobre as causas desta resistência. Os resultados deste estudo indicam que estas

crianças são referenciadas para o tratamento mais indicado pelos *guidelines* uma vez que ao longo dos quatro anos avaliados, o número de consultas aumentou de 29 para 82. O crescente aumento de consultas ao longo dos anos poderá ser devido aos novos *guidelines* do ICCS (Schultz-Lampel et al. 2011), que foram claros em relação aos procedimentos que se devem aplicar nestes tipos de casos clínicos. Isto é, a partir do momento que a fisioterapia uroginecológica (referida neste relatório como uroterapia) passou a ser o tratamento de primeira linha nestes casos, houve mais referência por parte dos vários especialistas (urologia, pediatria, medicina geral e familiar) para enviar para MFRU. Parece razoável considerar a uroterapia como abordagem de primeira linha, uma vez que é uma abordagem funcional e comportamental, de baixo-custo e não apresenta efeitos secundários identificados.

Os *guidelines* do ICCS permitem concluir que, uma vez que todas as anormalidades anatómicas sejam excluídas do diagnóstico e que se verifique, através de técnicas de diagnóstico, que o problema é uma disfunção associada à fase de esvaziamento quer miccional quer fecal, a maioria dos pacientes deverá ter sucesso com um tratamento de uroterapia e treino muscular. A uroterapia é um termo não standardizado que se refere ao tratamento não-farmacológico e não-cirúrgico das disfunções do TUI. A abordagem dentro da uroterapia varia muito de programa para programa, e embora seja a terapia *standard* para crianças/adolescentes com disfunções do TUI, os fundamentos de terapia são pouco claros. Sabe-se que a aprendizagem de qualquer tarefa requer prática e repetição para alcançar uma performance ótima. Nas disfunções pediátricas do TUI, esta abordagem implica ensinar a anatomia da bexiga/intestinos, e saber deixar que este se encha e saber como esvaziar de forma correta. A grande dificuldade da uroterapia está na falta de existência de ensaios clínicos randomizados sobre o efeito de cada tipo de abordagem. A maior parte dos centros que trabalham com este tipo de pacientes combinam tratamentos tais como: diários miccionais, fecais e de ingestão de líquidos, ensino de hábitos miccionais e intestinais, e o *biofeedback* do pavimento pélvico, outros não utilizam diários miccionais e só educação, o que torna a avaliação da eficácia dos tratamentos mais difícil. Contudo, apesar de não haver ensaios controlados randomizados, os dados recolhidos de vários estudos demonstram que a uroterapia tem efeito (Chase, Austin, Hoebeke, & McKenna, 2010). Hoebeke (2006) refere que não parece existirem diferenças entre cada abordagem, o importante é a capacidade que o profissional de saúde tem de ensinar e saber o que ensinar. Aprender, reaprender, reforçar e repetir parecem ser as ferramentas necessárias para um processo consciente de correção de hábitos, independentemente das modalidades utilizadas. Neste sentido, uma abordagem ancorada no quadro teórico de autorregulação da aprendizagem (e.g., Zimmerman, 2002)

poderia incrementar o desenvolvimento de controlo através da instrução e treino de estratégias de autorregulação comportamental, cognitiva e emocional. Esta hipótese de abordagem ao tratamento é suportada pelos dados apresentados por Jansson e colaboradores (2005) que relacionam o quadro de incontinência com, por exemplo, crianças/adolescentes com quadro de défice de atenção. Neste domínio, intervenções baseadas nos processos autorregulatórios têm-se verificado eficazes (e.g., Guderjahn, Gold, Stadler, & Gawrilow, 2013). Em suma, o treino de estratégias cognitivas de autorregulação poderá contribuir para reforçar a componente de agência integrado no processo terapêutico de uroterapia.

Neste hospital, das 216 crianças vistas nas consultas, 41 (19%) tinham critérios para a uroterapia. Destas 41 crianças 15 (36.6%) repetiram a intervenção após um ano de tratamento. Tanto o número de casos, como o número de recidivas, aumentou ao longo dos quatro anos estudados, embora a repetição não seja de crescimento linear e gradual (16.6% em 2014, 57.14% em 2015, 41.6% em 2016, e 31.5% em 2017). Verificou-se, neste levantamento, que houve uma percentagem de 36.6% de recidivas em quatro anos. Vários estudos também verificam estas repetições de tratamento, Rittig e colaboradores (2013), por exemplo, verificaram que de 720 pacientes referidos para o tratamento do seu estudo, 624 (86.9%) tinham tentado um ou mais tratamentos antes, mas sem sucesso. Outro estudo de 2008, verificou que 11 dos 72 (15.27%) pacientes voltaram aos sintomas iniciais após um *follow-up* de dois anos (Bachman et al., 2008). Por fim, o estudo de Van den Broeck e colaboradores (2016) realizou um *follow-up* de seis meses e outro de dois anos e verificou que 42% das crianças se encontravam ainda secas após seis meses e 58% mantinham sintomas de perda. No *follow-up* de dois anos, 37% estavam completamente secas e 45% ainda apresentavam sintomas de perda.

Os estudos acima apresentados, embora apresentando percentagens diferentes e sempre com alguma taxa de recidiva acompanhada, indicam o sucesso da uroterapia. As razões das recidivas apontadas pelos estudos acima referidos são diversas. Acima de tudo, todos referem que os critérios de avaliação dos estudos são diferentes: uns consideram que a diminuição de perdas é um indicador claro, enquanto outros consideram a secura total como o indicador da cura.

Estes critérios de avaliação de cura estão agora bem determinados pelo ICCS que indica que os três principais critérios de pós tratamento são: sem resposta, reposta parcial e reposta total, sendo estes valores determinados pelos dados obtidos no Questionário RAND-36 em que os pais e crianças/adolescentes comparam a sua disfunção miccional antes e após um ano de tratamento numa escala Likert (muito melhor, um pouco melhor, igual, um pouco

pior e muito pior) (Austin et al., 2016). Sendo assim, estudos futuros, deverão usar critérios mais comparáveis uma vez que já estão determinados os critérios internacionais.

Outro fator mencionado nos estudos é a importância do *follow-up*. Van den Broeck e colaboradores (2016) recomendam um *follow-up* anual uma vez que verificaram que componentes como ingestão de líquidos e o fortalecimento dos músculos pélvicos estariam comprometidos por falta de controle e treino. Bachman e colaboradores (2008) verificaram que um *follow-up* seis meses e dois anos depois seria benéfico uma vez que as taxas de cura tinham aumentando durante esse intervalo na mesma população estudada. Por outro lado, Rittig e colaboradores (2013) recomendam um *follow-up* de três meses, mas sempre tendo um plano de salvaguarda no caso de recaídas. No entanto, num estudo com 48 crianças em que se realizou um treino/ensino intensivo de meio dia, verificou-se que os conceitos ensinados ainda se mantinham pós um *follow-up* de três meses, sugerindo que o *follow-up* talvez tenha que ser mais alargado (Bower, Yew, Sit, & Yeung, 2006).

Concluindo, não há indicações internacionais em relação ao tempo de *follow-up* ideal da uroterapia, no entanto o *follow-up* clínico/médico é claro: em crianças o *follow-up* é bianual devido à maturidade e alteração constante do sistema anatômico e físico; em adolescentes e jovens adolescentes o *follow-up* é anual, uma vez que as alterações, se presentes, demoram mais tempo a ser visíveis. No final da idade pediátrica a velocidade de crescimento começa a diminuir, e aí o *follow-up* passará a ser realizado em intervalos de dois anos (Bauer et al., 2012).

Em muitos estudos a motivação, a cooperação e a maturidade são considerados fatores de prognóstico para o sucesso do tratamento. A ideia preexistente de baixa motivação não deveria ser um fator de exclusão uma vez que as crianças/adolescentes poderão incrementar a sua motivação ao longo da uroterapia. Concretamente, a percepção de autoeficácia, i.e., sou capaz/não sou capaz de, contribui para a motivação e envolvimento da criança/adolescente com os seus objetivos/tarefas. Proporcionar de forma intencional oportunidades que permitam criança/adolescente experienciar sucesso, podem ter um papel relevante, sobretudo se o resultado for desconstruído com a criança/adolescente no sentido de esta compreender o papel do seu esforço e das estratégias utilizadas no mesmo (Rosário, 2005). Para além deste fator a cooperação dos pais e educadores também se podem considerar fatores positivos de prognóstico. Os programas de uroterapia necessitam de ser mantidos durante meses até que a criança volte a ter uma correta percepção miccional, uma maior motilidade intestinal, e uma percepção retal íntegra. Este processo requer muito treino, muita consciência e muito trabalho com os pais/cuidadores em casa. Este trabalho motivacional e autorregulatório com as

crianças e suas famílias deveria ser infundido nas intervenções educacionais com esta população.

A observação clínica comum tem indicado que os pais/cuidadores suspendem o treino numa fase muito precoce, devido à falta de compreensão da situação (Chase et al., 2010). Sempre que possível, os recursos educacionais têm que ser partilhados com a família antes de se iniciar qualquer intervenção. Os pais/cuidadores encontram-se geralmente em estado de ansiedade, preocupados e frustrados com a situação miccional/fecal da criança/adolescente. É relevante salientar que o acesso a diversos tipos de informação (e.g., vídeos, panfletos, livros) deveria fazer parte da abordagem inicial ao tratamento, dando, assim, oportunidade à família para se adaptar e colaborar, tornando mais eficaz o cumprimento dos objetivos do tratamento (Dos Santos, Lopes, & Koyle, 2017). A necessidade de tratamento a longo-prazo não é só influenciada pelos parâmetros da uroterapia em si, mas também pelas taxas de cumprimento do treino após a cessão dos tratamentos. Esta falta de cumprimento pode ser explicada pela falta de motivação para cumprir o treino uma vez que a criança se encontra seca, e sente que não tem necessidade de manter as indicações dadas. As crianças/adolescentes e os pais/cuidadores subestimam a importância de observar os precursores de remissão. Infelizmente, estudos sobre o cumprimento da reeducação miccional/fecal são inexistentes (Van den Broeck et al., 2016).

Limitações e estudos futuros

As duas tendências nas intervenções nos profissionais de saúde são: tratar os pacientes com base em medicina baseada em evidência, e envolver o paciente de forma ativa no seu processo de tratamento e decisão (Ronen, Hamama, & Rosenbaum, 2012). Os desafios e as limitações dos estudos em pacientes com micção disfuncional são complexos devido à heterogeneidade dos pacientes, aos diversos componentes sintomáticos que a disfunção miccional acarreta e à falta de ferramentas validadas para medir os resultados. Neste estudo a recolha dos dados foi de natureza documental. Esta análise apresenta muitas limitações, por exemplo, não foram exploradas a patologia e as circunstâncias das recidivas. Estudos futuros deverão ter essa questão em consideração, e cada caso terá de ser analisado na sua especificidade. A literatura internacional tem apresentado diversos conceitos de cura e de nomenclatura clínica, o que resulta em *guidelines* menos concretos e alguma desorientação na prática, o que torna impossível comparar a eficácia das intervenções. O ICCS na sua revisão veio esclarecer muitos conceitos, apresentando a nomenclatura de forma homogénea. Futuros estudos deverão considerar estas linhas orientadoras. (Schultz-Lampel et al 2011)

A uroterapia engloba: explicações sobre a anatomia do TUI e dos intestinos, explicação sobre o correto funcionamento destes órgãos, ensino de hábitos miccionais e intestinais corretos, prevenção de obstipação, ensino de alterações de estilo de vida relacionados com ingestão hídrica, dieta alimentar e exercício físico. O técnico que lida com estas questões é um educador, e um educador habitualmente sem conhecimentos das temáticas de motivação e autorregulação, fundamentais para entender e ajudar os pacientes a melhorar o seu comportamento. Este é processo sistemático de aprendizagem em que as reações físicas são realizadas com um controle consciente e autorregulado. Constatamos, na nossa prática pessoal, que muitos fisioterapeutas apresentam um conhecimento teórico sobre as temáticas motivacionais muito exíguo, fazendo uma transmissão baseada na intuição. Neste sentido, é urgente dotar fisioterapeutas com noções de planeamento e *feedback* apropriados, de modo a que estes profissionais de saúde consigam ajudar as crianças/adolescentes a autorregular os comportamentos adquiridos e treinados nas sessões. Esta noção de agência e controlo sobre o comportamento, é expectável que possa ter efeitos a longo-prazo melhorando a condição clínica dos utentes e o seu bem-estar psicológico.

Referências

- Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, ... Nevéus, T. (2016). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 35(4), 471-481. doi:10.1002/nau.22751.
- Bachmann, C. J., Heilenkötter, K., Janhsen, E., Ackmann, C., Thomä, M., Lax, H., & Bachmann, H. (2008). Long-term effects of a urotherapy training program in children with functional urinary incontinence: A 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 42(4), 337-343. doi:10.1080/00365590801933226
- Bauer, S. B., Austin, P. F., Rawashdeh, Y. F., de Jong, T. P., Franco, I., Siggard, C., & Jorgensen, T. M. (2012). International children's continence society's recommendations for initial diagnostic evaluation and follow-up in congenital neuropathic bladder and bowel dysfunction in children. *Neurourology and Urodynamics*, 31(5), 610-614. doi:10.1002/nau.22247
- Bower, W. F., Yew, S. Y., Sit, K. Y. F., & Yeung, C. K. (2006). Half-Day Urotherapy Improves Voiding Parameters in Children with Dysfunctional Emptying. *European Urology*, 49(3), 570-574. doi:10.1016/j.eururo.2005.12.001.
- Chase, J., Austin, P., Hoebeke, P., & McKenna, P. (2010). The management of dysfunctional voiding in children: a report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 183(4), 1296-1302. doi:10.1016/j.juro.2009.12.059
- Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C. I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(2), 130-140. doi:10.18553/jmcp.2014.20.2.130
- Despacho n.º 9861/2010 do Gabinete da Ministra da Saúde de 1 de junho. Diário da República: II serie, No 112 (2010). Retirado a 24 de janeiro 2019 de www.dre.pt
- Dos Santos, J., Lopes, R. I., & Koyle, M. A. (2017). Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Canadian Urological Association Journal*, 11(1-2S), 64. doi:10.5489/cuaj.4411
- Guderjahn, L., Gold, A., Stadler, G., & Gawrilow, C. (2013). Self-regulation strategies support children with ADHD to overcome symptom-related behavior in the classroom.

- ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(4), 397-407.
doi:10.1007/s12402-013-0117-7
- Hellström, A., Hanson, E., Hansson, S., Hjälmäs, K., & Jodal, U. (1995). Micturition habits and incontinence at age 17-reinvestigation of a cohort studied at age 7. *British Journal of Urology*, 76(2), 231-234. doi:10.1111/j.1464-410x.1995.tb07681.x
- Hoebeke, P. (2006). Twenty years of urotherapy in children: What have we learned? *European Urology*, 49(3), 426-428. doi:10.1016/j.eururo.2005.12.033
- Jansson, U.B., Hanson, Sillen, U. & Hellstrom, A. L. (2005). Voiding pattern and acquisition of bladder control from birth to age 6 years - a longitudinal study. *The Journal of Urology*, 174, 289-293. doi:10.1097/01.ju.0000161216.45653.e3
- Milsom, I., Coyne, K., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C., & Wein A. (2014) Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *European Urology*, 65, 79-95. doi:10.1016/j. Eururo.2013.08.031.
- Morin, F., Akhavizadegan, H., Kavanagh, A., & Moore, K. (2018). Dysfunctional voiding: Challenges of disease transition from childhood to adulthood. *Canadian Urological Association Journal*, 12 (4S1): S42-47. doi:10.5489/cuaj.5230.
- Mulders, M. M., Cobussen-Boekhorst, H., de Gier, R. P. E., Feitz, W. F. J., & Kortmann, B. B. M. (2011). Urotherapy in children: Quantitative measurements of daytime urinary incontinence before and after treatment. *Journal of Pediatric Urology*, 7(2), 213-218. doi:10.1016/j.jpuro.2010.03.010
- Rittig, N., Hagstroem, S., Mahler, B., Kamperis, K., Siggaard, C., Mikkelsen, M. M., ... Rittig, S. (2013). Outcome of a standardized approach to childhood urinary symptoms-long-term follow-up of 720 patients. *Neurourology and Urodynamics*, 33(5), 475-481. doi:10.1002/nau.22447
- Ronen, T., Hamama, L., & Rosenbaum, M. (2012). Enuresis - children's predictions of their treatment's progress and outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 222-232. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04227.x
- Rosário, P. (2005). Motivação e aprendizagem: Uma rota de leitura. In M. C. Taveira (Ed.), *Psicologia escolar: Uma proposta científico-pedagógica* (pp.23-60). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Saarikoski, A., Koppeli, R., Salanterä, S., Taskinen, S., & Axelin, A. (2018). Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention. *Journal of Pediatric Urology*, 14(1), 56-e1. doi:10.1016/j.jpuro.2017.09.009

- Schäfer, S. K., Niemczyk, J., von Gontard, A., Pospeschill, M., Becker, N., & Equit, M. (2018). Standard urotherapy as first-line intervention for daytime incontinence: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 949-964. doi:10.1007/s00787-017-1051-6
- Schultz-Lampel, D., Steuber, C., Hoyer, P. F., Bachmann, C. J., Marschall-Kehrel, D., & Bachmann, H. (2011). Urinary Incontinence in Children. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2011.0613
- Todd, J. K. (1995). Management of urinary tract infections: Children are different. *Pediatrics in Review*, 16(5), 190-196. doi:10.1542/pir.16-5-190
- Van den Broeck, C., Roman de Mettelinge, T., Deschepper, E., Van Laecke, E., Renson, C., Samijn, B., & Hoebeke, P. (2016). Prospective evaluation of the long-term effects of clinical voiding reeducation or voiding school for lower urinary tract conditions in children. *Journal of Pediatric Urology*, 12(1), 37.e1-37.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2015.04.045.
- Van den Heijkant, M., & Bogaert, G. (2017). Lower urinary tract terminology in daytime lower urinary tract symptoms in children: A view of the pediatric urologist. *European Urology Focus*, 3(2-3), 189-197. doi:10.1016/j.euf.2017.09.014
- Vermandel, A., Weyler, J., De Wachter, S., & Wyndaele, J. J. (2008). Toilet training of healthy young toddlers: A randomized trial between a daytime wetting alarm and timed potty training. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(3), 191-196. doi:10.1097/dbp.0b013e31816c433a
- Von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W. J., & Bachmann, C. (2011). psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185(4), 1432-1437. doi:10.1016/j.juro.2010.11.051
- Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, 41(2), 64-70. doi:10.1207/s15430421tip4102_2