

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

PRISCILLA LEMOS GOMES

EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES NO AUTOMANEJO DE SINTOMAS
URINÁRIOS E INTESTINAIS NO CONTEXTO DA UROTERAPIA

BRASÍLIA
2020

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

PRISCILLA LEMOS GOMES

EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES NO AUTOMANEJO DE
SINTOMAS URINÁRIOS E INTESTINAIS NO CONTEXTO DA
UROTERAPIA

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

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

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Gisele Martins

BRASÍLIA

2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

GG633e GOMES, PRISCILLA LEMOS
EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES NO AUTOMANEJO DE SINTOMAS
URINÁRIOS E INTESTINAIS NO CONTEXTO DA UROTHERAPIA /
PRISCILLA LEMOS GOMES; orientador Gisele Martins . --
Brasília, 2020.
115 p.

Dissertação (Mestrado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2020.

1. Automanejo . 2. Saúde do Adolescente. 3. Enfermagem
Pediátrica. 4. Urologia. 5. Autogestão. I. Martins ,
Gisele, orient. II. Título.

PRISCILLA LEMOS GOMES

EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES NO AUTOMANEJO DE
SINTOMAS URINÁRIOS E INTESTINAIS NO CONTEXTO DA
UROTERAPIA

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

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Gisele Martins
Presidente da Branca
Universidade de Brasília - UnB

Professora Dra. Aline Oliveira Silveira
Membro Efetivo
Interno ao Programa
Universidade de Brasília - UnB

Professora Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura
Membro Externo ao Programa
Universidade de Brasília – UnB

Professora Dra. Rita de Cássia Melão de Moraes
Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois, o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e por me abençoar infinitamente, estando comigo em todos os momentos de minha vida, me dando forças para a continuar.

A minha orientadora **Professora Dra Gisele Martins**, pelo seu conhecimento, incentivo e apoio. Aprendi muito com esta grande professora e pesquisadora durante a minha formação na graduação e pós-graduação. Um grande exemplo de professora, mulher e enfermeira. Serei eternamente grata por ter sido sua aluna. Fica aqui minha gratidão.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela oportunidade de aprendizado, pelo acolhimento e apoio.

A todos os adolescentes **participantes desse estudo**, que colaboraram ao participar, contribuindo para a realização deste trabalho, minha eterna gratidão.

Aos membros **do Projeto de Extensão de Ação Contínua Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria**, pelo coleguismo, pela troca, pelo aprendizado e pela oportunidade de termos trabalhado juntos.

A minha mãe, **Silvânia**, pelo seu amor incondicional e pelo seu exemplo como ser humano. Que sempre me manteve na escola, mesmo diante das dificuldades. Só nós sabemos de nossas lutas, mãe! A meu pai, **Pedro**, pelo apoio ao longo da jornada e por acreditar no meu potencial.

Aos meus irmãos **Paulo, Patrícia, Paloma, Paola, Paula e Pedro**, por serem os irmãos que Deus escolheu para estarem ao meu lado, durante toda a minha vida, e que eu quero compartilhar todos os momentos dela com vocês, principalmente as minhas vitórias e desejo do fundo do coração também vê-los crescer e serem felizes. A felicidade que eu desejo para a minha vida, eu desejo para a vida de vocês.

A minha sobrinha **Heloísa**, por ser o meu suspiro de vida. Carinhosa, amável e cheia de luz, tê-la em minha vida, ajudou a tornar o caminho menos árduo.

A minha avó, **Leonete Berrocal**, por ter escolhido me amar como neta. Sem o seu olhar generoso e amor incondicional, eu jamais estaria onde estou hoje.

A meu esposo, **Cláudio Rafael**, por ter tido paciência e por ter percorrido toda essa jornada ao meu lado, me ajudando e apoiando em tudo o que eu precisei. Amo infinitamente. Meu grande amigo e admirador!

A **Dra Valdenize Tiziani**, por ser um espelho para mim. Obrigada pelo apoio, incentivo e palavra amiga.

A todos os colegas do **Hospital da Criança** de Brasília José Alencar que direta ou indiretamente contribuíram para a conquista deste sonho, meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

GOMES, Priscilla Lemos. **Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia.** 2020. p 115. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

Introdução: A presença de sintomas urinários e intestinais na adolescência geram implicações de natureza psicossocial, podendo impactar negativamente na qualidade de vida dos adolescentes. É essencial que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros com expertise na área de Urologia Pediátrica, atendam às necessidades de dimensão psicossocial a fim de garantir um cuidado integral a esses adolescentes. **Objetivos:** Compreender as experiências de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. **Pressuposto Teórico:** A Teoria de Gerenciamento de Sintoma (TGS) foi utilizada para fundamentar esta pesquisa. TGS é constituída por três componentes que estão inter-relacionados: a *experiência do sintoma*, o *gerenciamento do sintoma* e *resultados*, que estão inseridas no contexto da *pessoa*, da *saúde-doença* e do *meio ambiente*. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo realizado com adolescentes atendidos no Ambulatório de Prática Avançada de Uropediatria do Hospital Universitário de Brasília. **Resultados:** Identificou-se que o adolescente com sintomas urinário ou intestinal apresenta impacto negativo na dimensão emocional, pois vivenciam sentimento de tristeza, vergonha e constrangimento, e impacto negativo na dimensão social, pois apresentam dificuldade de compartilhar a experiência do sintoma entre pares, e vivenciam o medo relacionado ao bullying no contexto escolar. A família é tida como rede de apoio. As práticas de automanejo referem-se às mudanças de hábitos de vida associada às orientações fornecidas pelo serviço de PAEU. **Conclusões/Considerações:** Os achados desta pesquisa evidenciam que os adolescentes preferem receber informações de educação em saúde, especialmente as orientações/intervenções de uroterapia, por meio de mídias sociais, a saber: *WhatsApp*, *Instagram*, *Youtube* e jogos virtuais.

Palavras-chaves: Urologia; Automanejo; Autogestão; Saúde do Adolescente; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

GOMES, Priscilla Lemos. Experience of adolescents in self-management of urinary and intestinal symptoms in the context of urotherapy. 2020. p 115. Dissertation (Master's) - Graduate Program in Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2020.

Introduction: The presence of urinary and intestinal symptoms in adolescence has psychosocial implications, which can negatively impact the quality of life of adolescents. It is essential that health professionals, especially nurses with expertise in the area of Pediatric Urology, meet the needs of a psychosocial dimension in order to ensure comprehensive care for these adolescents. **Aim:** Understand the experiences of adolescents in self-management of urinary and intestinal symptoms in the context of urotherapy treated at the Advanced Nursing Practice in Uropediatrics clinic. **Theoretical assumption:** The Symptom Management Theory (TGS) was used to support this research. TGS consists of three components that are interrelated: the experience of the symptom, the management of the symptom and results, which are inserted in the context of the person, health-disease and the environment. **Method:** This is a qualitative, exploratory-descriptive study carried out with adolescents attended at the Advanced Practice Clinic of Uropediatrics of Hospital Universitário de Brasília. **Results:** It was identified that the adolescent with urinary or intestinal symptoms has a negative impact on the emotional dimension, as they experience feelings of sadness, shame and embarrassment, and a negative impact on the social dimension, as they have difficulty sharing the experience of the symptom among peers, and experience the fear related to bullying in the school context. The family is seen as a support network. Self-management practices refer to changes in lifestyle associated with the guidelines provided by the PAEU service. The teenagers in this study prefer to receive health education information through social media, such as WhatsApp, Instagram, Youtube and virtual games. **Conclusion:** The findings of this research show that adolescents prefer to receive health education information, especially as urotherapy guidelines / procedures, through social media, a saber: WhatsApp, Instagram, Youtube and virtual games

Keywords: Urology; Self-management; Self-management; Adolescent Health; Pediatric Nursing.

RESUMEN

GOMES, Priscilla Lemos. Experiencia de adolescentes en el autocuidado de los síntomas urinarios e intestinales en el contexto de la uroterapia. 2020. p 115. Disertación (Maestría) - Programa de Posgrado en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2020.

Introducción: La presencia de síntomas urinarios e intestinales en la adolescencia tiene implicaciones psicosociales, que pueden impactar negativamente en la calidad de vida de los adolescentes. Es fundamental que los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros con experiencia en el área de Urología Pediátrica, atiendan las necesidades de una dimensión psicosocial para garantizar una atención integral a estos adolescentes. **Objetivo:** Conocer las experiencias de los adolescentes en el autocuidado de los síntomas urinarios e intestinales en el contexto de la uroterapia atendidos en la Clínica de Práctica Avanzada de Enfermería en Uropediatria. **Supuesto Teórico:** Se utilizó la Teoría de Manejo de Síntomas (TGS) para respaldar esta investigación. TGS consta de tres componentes que se interrelacionan: la experiencia del síntoma, el manejo del síntoma y los resultados, que se insertan en el contexto de la persona, salud-enfermedad y medio ambiente. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo realizado con adolescentes atendidos en la Clínica de Práctica Avanzada de Uropediatria del Hospital Universitario de Brasilia. **Resultados:** Se identificó que el adolescente con síntomas urinarios o intestinales tiene un impacto negativo en la dimensión emocional, ya que experimenta sentimientos de tristeza, vergüenza y vergüenza, y un impacto negativo en la dimensión social, ya que tiene dificultad para compartir la experiencia del síntoma entre sus pares, y experimenta la miedo relacionado con el acoso escolar en el contexto escolar. La familia se ve como una red de apoyo. Las prácticas de autocuidado se refieren a cambios en el estilo de vida asociados a las pautas que brinda el servicio PAEU. Los adolescentes de este estudio prefieren recibir información sobre educación en salud a través de las redes sociales, como WhatsApp, Instagram, Youtube y juegos virtuales. **Conclusión:** Los hallazgos de esta investigación muestran que los adolescentes prefieren recibir información de educación en salud, especialmente como pautas / procedimientos de uroterapia, a través de las redes sociales, un sable: WhatsApp, Instagram, Youtube y juegos virtuales.

Descriptores: Urología. Autogestión. Salud del adolescente. Enfermería pediátrica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sistema Urinário	19
Figura 2. Anatomia Interna dos Rins	20
Figura 3. Ureteres, bexiga urinária e uretra na mulher	21
Figura 4. Comparação entre a uretra masculina e feminina	23
Figura 5. Órgãos do sistema digestório	25
Figura 6. Anatomia externa e interna do estômago	27
Figura 7. Regiões do intestino delgado	28
Figura 8. Anatomia do intestino grosso	31
Figura 9. Escala de Bristol de Consistência de Fezes	40
Figura 10. Diagrama da <i>Symptom Management Theory</i>	48
Figura 11. Representação esquemática da Teoria de Gerenciamento de Sintomas.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Versão adaptada para o português do <i>Dysfunctional Voiding Scoring System</i>	39
Tabela 2. Caracterização dos adolescentes com sintomas urinários ou intestinais	61
Tabela 3. Estratégias de automanejo referidas pelos adolescentes	62

LISTA DE SIGLAS

BBD	<i>Bladder Bowel Dysfunction</i>
BSFS	<i>Bristol Stool Form Scale</i>
CF	Constipação funcional
DF	Distrito Federal
DTUI	Disfunção do trato urinário inferior
DVI	Disfunção Vesical e Intestinal
DVSS	<i>Dysfunctional Voiding Scoring System</i>
EFB	Escala fecal de Bristol
HUB	Hospital Universitário de Brasília
ICCS	<i>International Children's Continence Society</i>
PEAC	Projeto de extensão de ação contínua
PAE	Prática Avançada de Enfermagem
PIBIC	Programa de Iniciação Científica
SES-DF	Secretária de Saúde do Distrito Federal
SN	Sistema nervoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Treinamento esfinteriano
TGI	Trato gastrointestinal
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	Introdução	18
1.1	Justificativa	18
1.2	Anatomia e fisiologia do sistema urinário	18
1.3	Anatomia e fisiologia do sistema digestório	24
1.4	Adolescência: Uma fase de transição e transformações	32
1.5	Sintomas Urinários e Intestinais na infância e adolescência	33
1.6	Uroterapia como estratégia terapêutica para o manejo de DTUI	37
1.7	O automanejo em saúde	41
2	Objetivos	44
2.1	Objetivo geral	44
2.2	Objetivos específicos	44
3	Referencial Teórico	46
3.1	Teoria do Gerenciamento de Sintomas (TGS)	46
4	Referencial metodológico	54
4.1	Questão de pesquisa	54
4.2	Delineamento metodológico	54
4.3	Local do estudo	55
4.4	Participantes do estudo	55
4.4.1	Critérios de inclusão	55
4.4.2	Critérios de exclusão	56
4.5	Recrutamento dos participantes	56
4.6	Procedimentos para coleta de dados	56
4.7	Descrição dos instrumentos da coleta de dados	57
4.8	Processamento e análise dos dados	57
4.9	Aspectos éticos	57
5	Resultados	61
5.1	Resultados da caracterização sociodemográfica e clínica	62
5.2	Resultados relacionados às análises temáticas	62

6	Discussão	72
6.1	Limitações do estudo	76
6.2	Contribuições para a enfermagem.....	76
7.	Considerações finais	78
8.	Referências	80
9	Apêndices	91
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A)	
	Termo de Assentimento (apêndice B)	
	Termo de Autorização para Utilização do Som de Voz (apêndice C)	
	Questionário semiestruturado (anexo 4)	
10	Anexos	98
	Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa (anexo A)	

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Esta apresentação, tem como objetivo, compartilhar com o leitor minha trajetória acadêmica dentro do contexto da graduação, pós-graduação e experiência no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria. Depois de tanto sonhar e tentar, no ano de 2013, ingressei no curso de enfermagem na Universidade de Brasília (UnB), logo no início do curso pude perceber o quão importante era o contato com os projetos de extensão e projetos de pesquisa. Concomitante ao curso das disciplinas da grade curricular, tive a oportunidade de participar do Projeto de Extensão de Ação Contínua Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria.

Tal experiência me fez apaixonar pela temática Urologia Pediátrica e dentro desse universo pude desenvolver um projeto de iniciação científica que gerou uma publicação, intitulada como “Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos” com a orientação da professora Dr^a Gisele Martins e Prof^a Cristiane Feitosa Salviano. A experiência com o PIBIC reafirmou minha afinidade pela pesquisa e meu desejo de explorar a temática.

Diante da minha vontade em seguir carreira acadêmica e com o desejo de continuar estudando o contexto da urologia pediátrica, me candidatei ao processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf), na linha de pesquisa Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. Tive a felicidade de ser aprovada e daí em diante pude vivenciar uma experiência única de preceptoria no projeto de extensão de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria.

Certa vez a professora Gisele disse que o aluno que passa pelo ambulatório, sai de lá um profissional diferenciado e isso pude visualizar na prática, pois hoje me sinto uma profissional mais segura e confiante, pois muitas habilidades foram desenvolvidas em razão da mentoria recebida tanto pela professora Gisele, quanto pelas colegas que já atuavam no ambulatório. Tudo o que aprendi neste serviço contribuíram fortemente para minha formação e crescimento pessoal.

Fomento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

INTRODUÇÃO



1. Introdução

1.1 Justificativa

A escolha desse tema justifica-se porque seus resultados darão subsídios para que as enfermeiras que atuam no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria (PAEU), local onde o estudo foi realizado, identifiquem as necessidades, em especial, dos adolescentes em programa de uroterapia, auxiliando na abordagem e facilitando a comunicação com esse público.

A Teoria de Gerenciamento de Sintoma (TGS) foi utilizada para fundamentar esta pesquisa. A TGS é constituída por três componentes que estão inter-relacionados: a *experiência do sintoma*, o *gerenciamento do sintoma* e *resultados*, que estão inseridas no contexto da *pessoa*, da *saúde-doença* e do *meio ambiente* (DODD et al., 2001).

Os resultados deste estudo irão apoiar a prestação de cuidados de enfermagem especializados aos adolescentes acometidos por sintomas urinários e intestinais, quanto à adesão às intervenções de enfermagem. É de suma importância compreender sobre o conhecimento e o enfrentamento do adolescente com relação a sua condição de saúde, adesão ao tratamento e ao manejo dos sintomas, pois esses pilares fortalecem o automanejo e contribui para o fortalecimento da saúde do indivíduo (BATTERSBY et al., 2003; PETKOV; HARVEY; BATTERSBY, 2010; BATTERSBY et al., 2015;).

Em virtude da aplicabilidade na prática clínica, a TGS tem o potencial de influenciar o cuidado de enfermagem no contexto da uroterapia, pois a TGS fornece uma estrutura conceitual para a compreensão das relações entre os fatores que influenciam a experiência de um sintoma urinário e/ou intestinal, bem como os possíveis fatores que podem influenciar o gerenciamento de tais sintomas. A TGS pode guiar intervenções de enfermagem, no nosso contexto, intervenções de enfermagem em uropediatria, com vistas ao adequado manejo de sintomas por parte dos adolescentes.

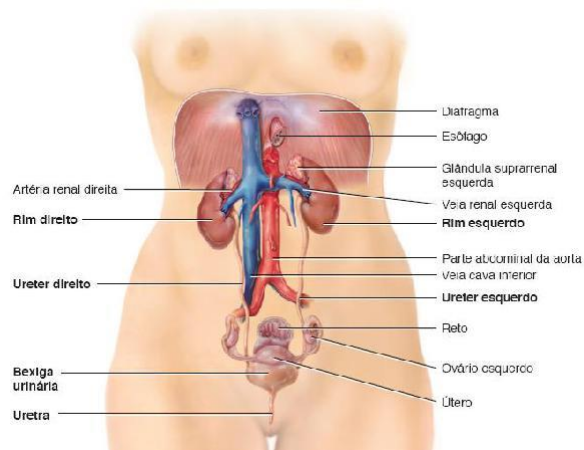
1.2 Anatomia e fisiologia do sistema urinário

O sistema urinário é constituído de dois rins, dois ureteres, uma bexiga urinária e uma uretra (Figura 1). Os rins são os órgãos responsáveis por regular o volume e a composição do sangue. Auxilia na regulação da pressão arterial, bem como na regulação do pH e dos níveis de

glicose, além disso, produzem dois hormônios chamados calcitriol e eritropoetina, e excretam resíduos na urina (TORTORA, 2016). A estrutura do sistema urinário pode ser subdividida em trato urinário superior e inferior, sendo que para o sexo masculino o sistema urinário se relaciona ao sistema genital em seu funcionamento estrutural (SAUNDERS, 2017).

A formação da urina ocorre ainda no trato urinário superior dentro da estrutura renal, nos nefrons, fruto dos processos de filtração glomerular, reabsorção e secreção tubular (SAUNDERS, 2017). Mas é no trato urinário inferior que ocorre os aspectos relacionados ao ato de micção, que se caracteriza pela eliminação da urina utilizando neste processo a bexiga, uretra, esfínteres e musculatura pélvica (SAUNDERS, 2017).

Figura 1- Sistema Urinário.



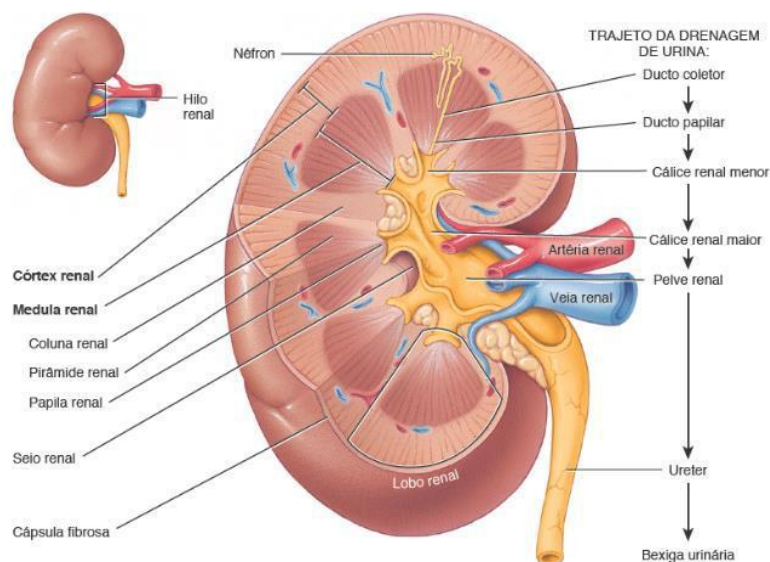
Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

Rins

Um rim típico tem entre 10 e 12 cm de comprimento, 5 a 7 cm de largura e 3 cm de espessura e possui massa de 125 a 170 g. A margem medial côncava de cada rim está voltada para a coluna vertebral (Figura 1). Próximo ao centro da margem côncava existe um encaixe chamado hilo renal (Figura 2), através do qual surge o ureter, juntamente com vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos (TORTORA, 2016).

Cada rim é envolvido por três camadas de tecido. A cápsula fibrosa, camada mais profunda, é uma lâmina transparente e lisa de tecido conjuntivo denso não modelado, que é contínua com a camada externa do ureter. Sua função é atuar como barreira contra traumatismos e ajudar a manter o formato anatômico do rim. A cápsula adiposa, camada média, é a massa de tecido adiposo que envolve a cápsula fibrosa. Ela também atua protegendo o rim contra traumatismos e o mantendo firmemente em posição dentro da cavidade abdominal. A fásia renal, camada superficial, é outra camada delgada de tecido conjuntivo denso não modelado, que apoia o rim às estruturas adjacentes e à parede abdominal (TORTORA, 2016).

Figura 2- Anatomia Interna dos Rins.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

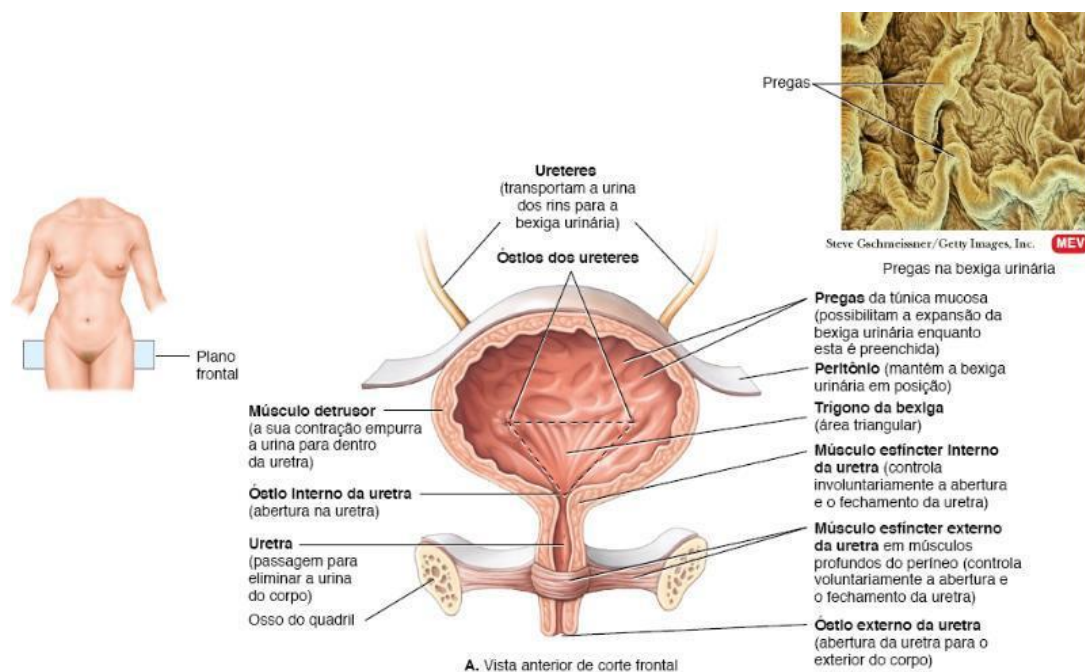
Ureteres

Cada um dos dois ureteres transportam a urina da pelve renal de um rim para a bexiga urinária. As contrações peristálticas das paredes musculares dos ureteres movimentam a urina em direção à bexiga urinária, porém a pressão hidrostática e a gravidade também contribuem.

Os ureteres, com 25 a 30 cm de comprimento, são tubos estreitos de paredes espessas, cujo diâmetro varia de 1 mm a 10 mm ao longo de seu trajeto entre a pelve renal e a bexiga urinária. Na base da bexiga urinária, os ureteres fazem uma curva medial e seguem um trajeto oblíquo através da parede do fundo da bexiga urinária (Figura 3) (TORTORA, 2016).

Embora não haja uma válvula anatômica na abertura de cada ureter para dentro da bexiga urinária, existe uma válvula fisiológica muito efetiva. À medida que a bexiga se enche de urina, a pressão em seu interior comprime os óstios oblíquos dos ureteres e impede o refluxo da urina (TORTORA, 2016).

Figura 3- Ureteres, bexiga urinária e uretra na mulher.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

Bexiga Urinária

A bexiga é um órgão oco destinado ao armazenamento da urina produzida pelo sistema renal (Figura 4). Caracteriza-se pela sua capacidade elástica, também denominada de complacência. Esta distensibilidade se deve à musculatura lisa detrusora e ao urotélio que envolve sua parede. Na criança, sua capacidade de armazenamento tem um aumento progressivo com o crescimento/amadurecimento (YEUNG, BARKER e LÄCKGREN, 2010).

A bexiga urinária é mantida em posição por pregas de peritônio e condensações de tecido conjuntivo na pelve. O formato da bexiga urinária depende da quantidade de urina contida. Quando vazia, apresenta-se colapsada; quando ligeiramente distendida, torna-se esférica; conforme aumenta o volume de urina, torna-se piriforme e ascende para a cavidade abdominal (TORTORA, 2016).

A capacidade média da bexiga urinária é de 700 a 800 mL; é menor nas mulheres, devido ao útero que ocupa o espaço imediatamente superior à bexiga urinária (TORTORA, 2016). Em crianças, a bexiga situa-se em porção mais alta do que em adultos, visto que se localiza na sínfise púbica, sendo que com o crescimento e desenvolvimento da criança sua capacidade de armazenamento aumenta. Para calcular a capacidade vesical esperada (CVE) em crianças entre de 1 a 12 anos, a fórmula a ser

utilizada é: [idade (anos) x 30] + 30 (VASCONCELOS et al, 2013; NEVÉUS *et al.*, 2006). Já na adolescência, a CVE se assemelha a do adulto, em torno de 400 a 450 ml (VASCONCELOS et al, 2013)

No assoalho da bexiga urinária existe uma pequena área triangular, denominada trígono da bexiga. Os dois ângulos posteriores do trígono contêm os dois óstios dos ureteres; a abertura da uretra, o óstio interno da uretra, situa-se no ângulo anterior (Figura 3). Como a sua túnica mucosa está firmemente ligada à túnica muscular, o trígono tem aparência lisa.

A parede da bexiga urinária é constituída de três túnicas (Figura 3). A mais profunda é a túnica mucosa, uma membrana mucosa composta de epitélio de transição e de uma lâmina própria subjacente, semelhante àquela dos ureteres. O epitélio de transição permite o estiramento. Verifica-se também a presença de pregas (na túnica mucosa). Circundando a túnica mucosa, encontra-se a túnica muscular intermediária, também denominada músculo detrusor, que consiste em três camadas de fibras musculares lisas: as camadas longitudinais interna, circular média e longitudinal externa (TORTORA, 2016).

Ao redor do óstio da uretra, as fibras circulares formam o músculo esfíncter interno da uretra (Figura 3), cujas fibras são de diâmetro menor e morfológicamente distintas daquelas do músculo detrusor da parede da bexiga urinária. Inferiormente ao músculo esfíncter interno da uretra, encontra-se o músculo esfíncter externo da uretra (músculo esquelético). A túnica mais superficial da bexiga urinária nas faces posterior e inferior é a túnica adventícia, uma camada de tecido conjuntivo frouxo que é contínua com a dos ureteres. Sobre a face superior da bexiga urinária está a túnica serosa, uma camada de peritônio (TORTORA, 2016).

Uretra

O óstio uretral é implantado próximo aos dois ureteres compondo o trígono vesical. Este forma um canal que serve de conduto para saída da urina durante a micção. O canal uretral quando comparado entre os sexos há diferenças de tamanho, curvatura e função. Nas meninas, a uretra é menor, sem curvaturas e tem passagem apenas de urina; enquanto que em meninos, o tamanho é maior, dispõe de uma curvatura formada pelo pênis e por ele há tanto condução de urina quanto de esperma (MOORE, 2007).

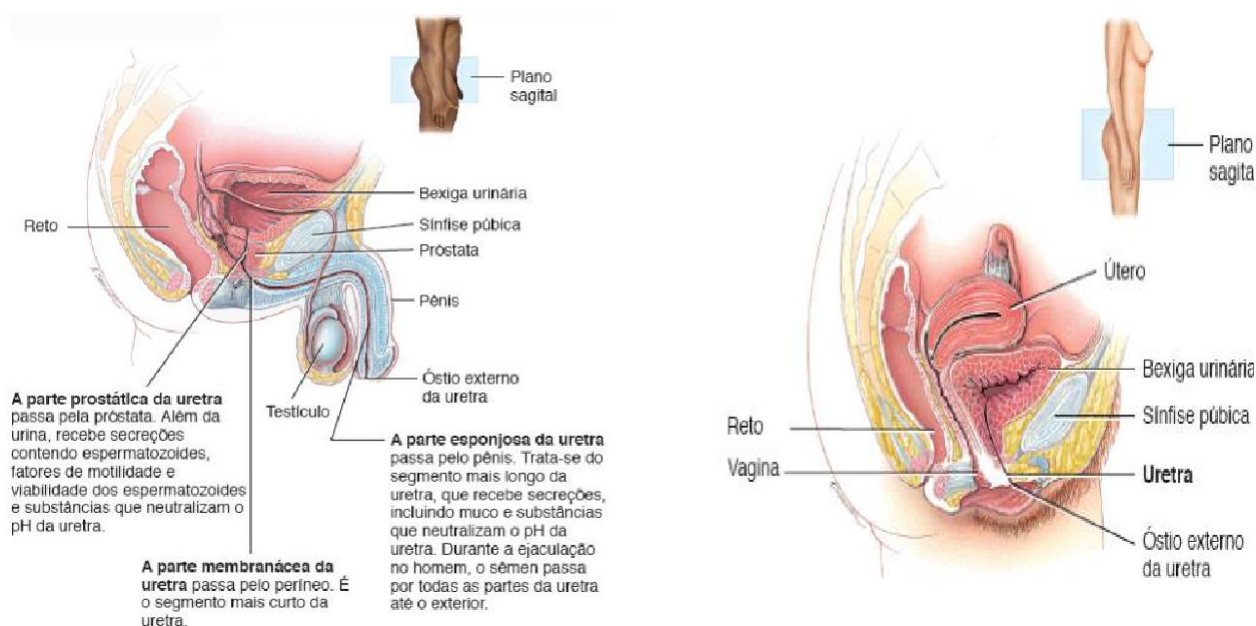
A uretra é um pequeno tubo que se estende do óstio interno da uretra, no assoalho da bexiga urinária, até o exterior do corpo (Figura 4). Tanto nos homens quanto nas mulheres, a uretra é a parte terminal do sistema urinário e a via de passagem para a eliminação da urina do corpo; nos homens, atua também como via de saída do sêmen (TORTORA, 2016).

Nos homens, a uretra também se estende do óstio interno da uretra até o exterior, porém o seu comprimento e trajeto são consideravelmente diferentes daqueles nas mulheres (Figura 4). A uretra masculina passa inicialmente pela próstata, em seguida pelos músculos profundos do períneo e, por fim, pelo pênis, percorrendo uma distância de cerca de 20 cm (TORTORA, 2016).

A uretra masculina, que também é constituída de uma túnica mucosa profunda e de uma túnica muscular superficial, é subdividida em três partes anatômicas: (1) a parte prostática da uretra atravessa a próstata; (2) a parte membranácea da uretra, que é a parte mais curta, passa através dos músculos profundos do períneo; e (3) a parte esponjosa da uretra, que é a parte mais longa, passa pelo pênis (TORTORA, 2016).

A túnica mucosa da parte prostática da uretra é contínua com a da bexiga urinária e consiste em epitélio de transição, que se transforma em epitélio estratificado colunar ou pseudoestratificado colunar na parte mais distal. A túnica mucosa da parte membranácea da uretra contém epitélio estratificado colunar ou pseudoestratificado colunar. O epitélio da parte esponjosa da uretra também é um epitélio estratificado colunar ou pseudoestratificado colunar, exceto próximo ao óstio externo da uretra, que consiste em epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado. A lâmina própria da uretra masculina consiste em tecido conjuntivo frouxo, com fibras elásticas e um plexo venoso (TORTORA, 2016).

Figura 4- Comparação entre a uretra masculina e feminina.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

Micção

A eliminação de urina da bexiga urinária é denominada micção. A micção ocorre por uma combinação de contrações musculares involuntárias e voluntárias. Quando o volume de urina na bexiga urinária ultrapassa 200 a 400 ml, a pressão no interior da bexiga aumenta de modo considerável, e os receptores de estiramento em sua parede transmitem impulsos nervosos para a medula espinal (TORTORA, 2016).

Esses impulsos propagam-se até o centro de micção nos segmentos sacrais S2 e S3 da medula espinal e desencadeiam um reflexo espinal, denominado reflexo de micção. Nesse arco reflexo, impulsos parassimpáticos do centro de micção propagam-se até a parede da bexiga urinária e o músculo esfíncter interno da uretra. Os impulsos nervosos provocam *contração* do músculo detrusor e *relaxamento* do músculo esfíncter interno da uretra. Simultaneamente, o centro da micção inibe os neurônios motores somáticos que inervam o músculo esquelético no esfíncter externo da uretra (TORTORA, 2016).

A micção ocorre com a contração da bexiga urinária e o relaxamento dos músculos esfíncteres. O enchimento da bexiga causa sensação de plenitude, que inicia o desejo consciente de urinar antes que ocorra efetivamente o reflexo da micção. Embora o esvaziamento da bexiga urinária seja um reflexo, no início da infância aprendemos a iniciá-lo e a interrompê-lo voluntariamente. Por meio do controle aprendido do músculo esfíncter externo da uretra e de determinados músculos do assoalho pélvico, o córtex cerebral pode iniciar a micção ou retardá-la por um período limitado de tempo (TORTORA, 2016).

O ato de urinar é controlado por interações complexas de diferentes áreas do encéfalo, enquanto o mesencéfalo atua na inibição, o hipotálamo posterior facilita a micção (WIDMAIER, 2017). Nas crianças, esse controle voluntário sobre a micção é alcançado com o treinamento esfíncteriano de modo que o ato miccional se torna condicionado ao momento socialmente aceito e oportuno por ação inibitória ao córtex cerebral (WIDMAIER, 2017).

1.3 Anatomia e fisiologia do sistema digestório

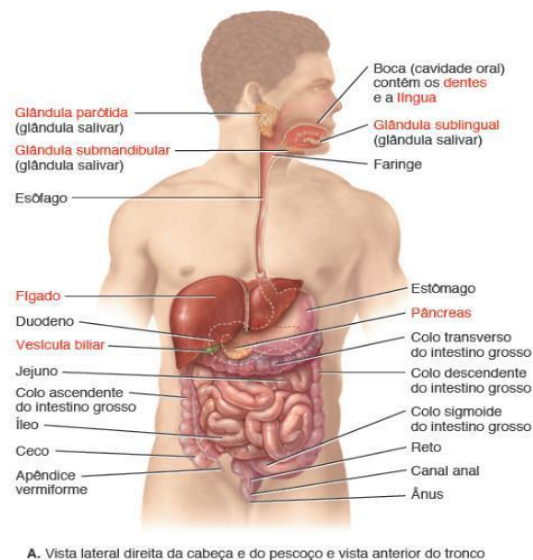
O sistema digestório (Figura 5) é constituído de dois grupos de órgãos: o tubo gastrintestinal e os órgãos acessórios da digestão. O tubo gastrintestinal (GI) ou *canal alimentar* é um tubo contínuo que se estende da boca até o ânus através das cavidades torácica e abdomino-pélvica (TORTORA, 2016).

Os órgãos do tubo GI compreendem a boca, a faringe, o esôfago, o estômago, o intestino delgado e o intestino grosso. O comprimento do tubo GI é variável. Mede cerca de 5 a 7 metros no indivíduo vivo, quando os músculos ao longo da parede dos órgãos do tubo GI encontram-se em um estado de *tônus* - contração sustentada (TORTORA, 2016).

Os órgãos acessórios da digestão incluem os dentes, a língua, as glândulas salivares, o fígado, a vesícula biliar e o pâncreas. Os dentes ajudam na decomposição mecânica do alimento, enquanto a língua auxilia na mastigação e na deglutição. Os outros órgãos acessórios da digestão nunca entram em contato direto com o alimento. Esses órgãos produzem ou armazenam secreções que fluem para o tubo GI por meio de ductos e que auxiliam na decomposição química do alimento (TORTORA, 2016).

O tubo GI contém o alimento e seus subprodutos desde o momento em que é ingerido até ser digerido e absorvido ou eliminado. As contrações musculares na parede do tubo GI decompõem fisicamente o alimento por meio de agitação e o propõem ao longo do tubo, desde o esôfago até o ânus. As contrações também ajudam a dissolver os alimentos, misturando-os com líquidos secretados no tubo. As enzimas secretadas pelos órgãos acessórios da digestão e células que revestem o tubo GI são responsáveis pela decomposição química do alimento (TORTORA, 2016).

Figura 5 - Órgãos do sistema digestório.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016)

Boca

A boca, também designada como *cavidade oral*, é formada pelas bochechas, pelos palatos duro e mole e pela língua. As bochechas formam as paredes laterais da cavidade oral. São recobertas externamente por pele e, internamente, por uma túnica mucosa, que consiste em epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado. Os músculos bucinadores e o tecido conjuntivo estão situados entre a pele e a túnica mucosa das bochechas. As partes anteriores das bochechas terminam nos lábios (TORTORA, 2016).

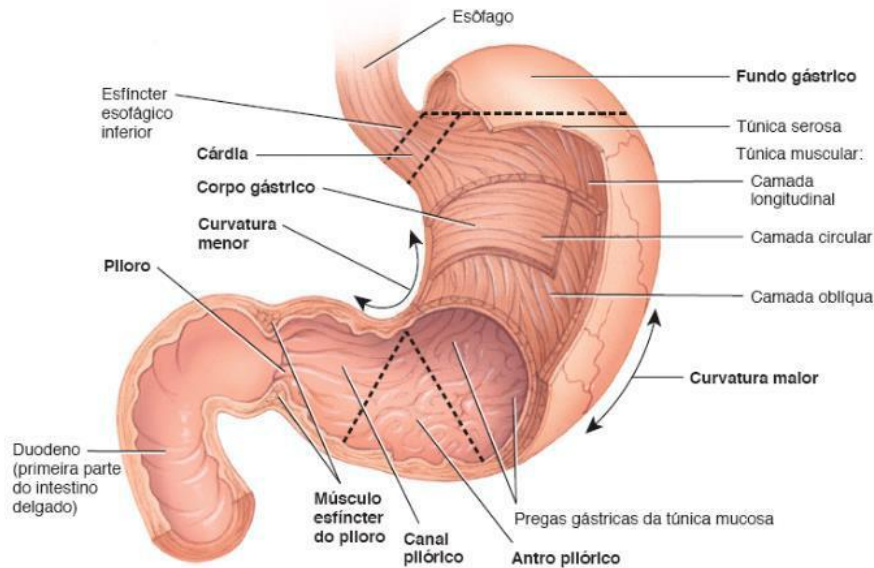
Estômago

O estômago é normalmente uma expansão do tubo GI em forma de J, situado inferiormente ao diafragma, nas regiões epigástrica, umbilical, no hipogástrio, no hipocôndrio esquerdo da região abdominal. O estômago une o esôfago ao duodeno, a primeira parte do intestino delgado (Figura 6). Como a ingestão de uma refeição pode ser muito mais rápida do que o tempo necessário para a sua digestão e absorção pelo intestino, o estômago atua como uma área de mistura e reservatório (TORTORA, 2016).

A intervalos apropriados depois da ingestão de alimento, o estômago transfere uma pequena quantidade de material para a primeira parte do intestino delgado. A posição e o tamanho do estômago variam continuamente; o diafragma o empurra inferiormente a cada inspiração e o traciona superiormente com cada expiração. O estômago é a parte mais distensível do tubo GI e pode acomodar um grande volume de alimento, de até 6,4 litros. No estômago, a digestão do amido e dos triglicerídios que começou na boca continua, a digestão das proteínas começa, o bolo alimentar semissólido é convertido em líquido e algumas substâncias sofrem absorção (TORTORA, 2016).

O estômago possui quatro regiões principais: a cárdia, o fundo gástrico, o corpo gástrico e a parte pilórica (Figura 6). A cárdia circunda a abertura do esôfago para dentro do estômago. A parte superior arredondada e à esquerda da cárdia é o fundo gástrico. Inferiormente ao fundo gástrico, existe uma grande parte central do estômago, denominada corpo gástrico. A parte pilórica pode ser dividida em três regiões. A primeira região, o antro pilórico, une-se com o corpo gástrico (TORTORA, 2016). A região seguinte, o canal pilórico, leva à terceira região, o piloro, que, por sua vez, liga-se ao duodeno. Quando o estômago está vazio, a túnica mucosa forma grandes pregas, denominadas pregas gástricas, que podem ser vistas a olho nu. O piloro comunica-se com o duodeno do intestino delgado por meio de um esfíncter de músculo liso, denominado músculo esfíncter do piloro (*válvula*). A margem medial côncava do estômago é denominada curvatura menor, enquanto a margem lateral convexa é denominada curvatura maior (TORTORA, 2016).

Figura 6 - Anatomia externa e interna do estômago.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

Intestino Delgado

A maior parte da digestão e da absorção de nutrientes ocorre em um tubo longo, denominado intestino delgado. Devido a essa característica, a sua estrutura está particularmente adaptada para essa função. O comprimento por si só proporciona uma grande área de superfície para a digestão e a absorção, e essa área é ainda aumentada por pregas circulares, vilosidades e microvilosidades. O intestino delgado começa no músculo esfíncter do píloro do estômago, forma alças na parte central e inferior da cavidade abdominal e, por fim, abre-se no intestino grosso. O seu diâmetro é, em média, de 2,5 cm, e mede cerca de 3 m de comprimento no indivíduo vivo e cerca de 6,5 m no cadáver, devido à perda do tônus do músculo liso após a morte (TORTORA, 2016).

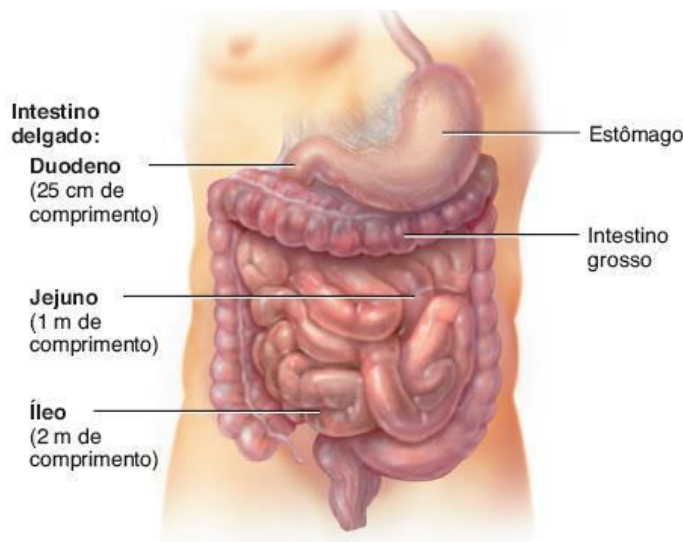
O intestino delgado é dividido em três partes. O duodeno, que é a primeira parte do intestino delgado, é a região mais curta e é retroperitoneal. *Duodeno* significa “12”, é assim denominado porque o seu comprimento corresponde aproximadamente à largura de 12 dedos. Trata-se de um tubo em forma de C, que começa no músculo esfíncter do píloro do estômago e se estende por cerca de 25 cm até se unir com a próxima parte, denominada jejuno. O jejuno, que é a parte seguinte, mede cerca de 1 m de comprimento e estende-se até o íleo. *Jejuno* significa “vazio”, que é o estado em que é encontrado no cadáver. O jejuno ocupa, em sua maior parte, o quadrante superior esquerdo (QSE). A

região final e mais longa do intestino delgado, o íleo, mede cerca de 2 m e une-se ao intestino grosso em um esfíncter de músculo liso, denominado papila ileal. O íleo está localizado principalmente no quadrante inferior direito (QID) (TORTORA, 2016).

O suprimento arterial do intestino delgado provém da artéria mesentérica superior e da artéria gastroduodenal, que se origina da artéria hepática comum do tronco celíaco. O sangue retorna pela veia mesentérica superior, que se anastomosa com a veia esplênica para formar a veia porta do fígado (TORTORA, 2016).

Os nervos do intestino delgado são supridos pelo plexo mesentérico superior. Os ramos do plexo contêm fibras simpáticas pós-ganglionares, fibras parassimpáticas pré-ganglionares e fibras sensitivas. As fibras sensitivas são componentes dos nervos vagos (NC X) e nervos espinais pelas vias simpáticas. Na parede do intestino delgado, existem dois plexos autônomos: o plexo mioentérico entre as camadas musculares e o plexo submucoso na tela submucosa. As fibras nervosas para o músculo liso dos vasos sanguíneos originam-se principalmente da parte simpática do SNA, enquanto as fibras nervosas para o músculo liso da parede intestinal originam-se dos nervos vagos (NC X) (TORTORA, 2016).

Figura 7 - Regiões do intestino delgado.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

O suco intestinal é um líquido amarelo transparente, que é secretado em quantidades de 1 a 2 ℓ por dia. Possui um pH de 7,6, que é levemente alcalino (em virtude da alta concentração de íons bicarbonato), e contém água e muco. Juntos, o suco pancreático e o suco intestinal proporcionam um

veículo para a absorção de substâncias a partir do quimo conforme entram em contato com as vilosidades (TORTORA, 2016).

As células epiteliais absorvivas sintetizam diversas enzimas digestivas, denominadas enzimas da borda em escova, e as inserem na membrana plasmática das microvilosidades. Assim, ocorre alguma digestão enzimática na superfície das células epiteliais que revestem as vilosidades; em outras partes do tubo GI, a digestão enzimática ocorre exclusivamente no lúmen. Entre as enzimas da borda em escova, destacam-se quatro enzimas envolvidas na digestão dos carboidratos, denominadas α -dextrinase, maltase, sacarase e lactase; enzimas que digerem proteínas, denominadas peptidases (aminopeptidase e dipeptidase); e dois tipos de enzimas que digerem nucleotídeos, as nucleotidases e as fosfatases. Além disso, conforme as células descamam no lúmen do intestino delgado, elas se rompem e liberam enzimas que ajudam a digestão dos nutrientes no quimo (TORTORA, 2016).

No intestino delgado ocorrem dois tipos de movimentos: os movimentos segmentares, e o peristaltismo, denominado de complexo motor migratório. Esses movimentos são regulados principalmente pelo plexo mioentérico do SNE. As segmentações são contrações de mistura localizadas, que ocorrem em partes do intestino distendidas por um grande volume de quimo. As contrações de segmentação misturam o quimo com os sucos digestivos e põem as partículas de alimento em contato com a túnica mucosa para absorção; essas contrações não impulsionam o conteúdo intestinal ao longo do intestino. Uma segmentação começa com as contrações das fibras musculares circulares em uma parte do intestino delgado, uma ação que provoca a constrição do intestino em segmentos. Em seguida, as fibras musculares que circundam o meio de cada segmento também se contraem, dividindo novamente cada segmento (TORTORA, 2016).

Por fim, as fibras que inicialmente se contraíram agora relaxam, e cada pequeno segmento une-se com um pequeno segmento adjacente, de modo a formar de novo grandes segmentos. À medida que essa sequência de eventos se repete, o quimo é agitado para trás e para frente. As segmentações ocorrem mais rapidamente no duodeno, cerca de 12 vezes por minuto, e diminuem progressivamente para cerca de 8 vezes por minuto no íleo. Esse movimento é semelhante à compressão alternada do meio e, em seguida, das extremidades de um tubo de pasta de dentes tampado (TORTORA, 2016).

Após a absorção da maior parte de uma refeição, que diminui a distensão da parede do intestino delgado, a segmentação cessa, e a peristalse começa. O tipo de peristalse que ocorre no intestino delgado, denominado complexo motor migratório (CMM), começa na parte inferior do estômago e empurra o quimo para frente, ao longo de um curto segmento do intestino delgado antes de cessar. O CMM migra lentamente ao longo do intestino delgado, alcançando o final do íleo em 90

a 120 min. Em seguida, outro CMM começa no estômago. Ao todo, o quimo permanece no intestino delgado por 3 a 5 h (TORTORA, 2016).

Todas as fases químicas e mecânicas da digestão, desde a boca até o intestino delgado, destinam-se a transformar o alimento em formas que possam atravessar as células epiteliais que revestem a túnica mucosa e alcançar os vasos sanguíneos e linfáticos subjacentes. Essas formas incluem monossacarídeos (glicose, frutose e galactose) a partir dos carboidratos; aminoácidos simples, dipeptídios e tripeptídios a partir das proteínas; ácidos graxos, glicerol e monoglicerídeos a partir dos lipídios; e pentoses e bases nitrogenadas dos ácidos nucleicos. A passagem desses nutrientes digeridos do tubo GI para o sangue ou para a linfa é denominada absorção. A absorção ocorre por difusão, difusão facilitada, osmose e transporte ativo (TORTORA, 2016).

Cerca de 90% de toda a absorção de nutrientes ocorrem no intestino delgado. Os outros 10% são absorvidos no estômago e no intestino grosso. Qualquer material não digerido ou não absorvido que permanece no intestino delgado segue o seu trajeto para o intestino grosso (TORTORA, 2016).

Intestino Grosso

O intestino grosso é a parte terminal do tubo GI, que é dividido em quatro partes principais. Enquanto o quimo se desloca pelo intestino grosso, as bactérias atuam sobre ele, e ocorre absorção de água, íons e vitaminas. Em consequência, ocorre formação das fezes, que são então eliminadas do corpo (TORTORA, 2016).

O intestino grosso, que mede cerca de 1,5 m de comprimento e 6,5 cm de diâmetro nos seres humanos vivos e cadáveres, estende-se do íleo até o ânus (Figura 8). O colo ascendente e o colo descendente são retroperitoneais, enquanto as partes remanescentes do colo e o ceco estão fixados à parede posterior do abdome pelo mesocolon, uma dupla camada de peritônio, que conecta o peritônio parietal ao peritônio visceral, que contém o suprimento vascular e a inervação para os órgãos. Do ponto de vista estrutural, as quatro partes principais do intestino grosso são: o ceco, o colo, o reto e o canal anal (Figura 8) (TORTORA, 2016).

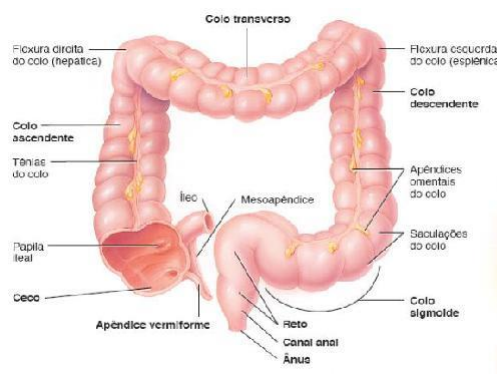
A abertura do íleo no intestino grosso é protegida por uma prega de túnica mucosa, denominada papila ileal, que possibilita a passagem de materiais do intestino delgado para o intestino grosso. O ceco, uma pequena bolsa de cerca de 6 cm de comprimento, pende inferiormente à papila ileal. Fixado ao ceco, existe um tubo espiralado e torcido, que mede cerca de 8 cm de comprimento, denominado apêndice vermiforme. O mesentério do apêndice, denominado mesoapêndice, fixa o

apêndice vermiforme à parte inferior do mesentério do íleo. O apêndice possui uma alta concentração de nódulos linfáticos, que controlam a entrada de bactérias no intestino grosso por meio de respostas imunes (TORTORA, 2016).

A extremidade aberta do ceco funde-se com o colo, um tubo longo que é dividido em partes ascendente, transversa, descendente e sigmoide. Tanto o colo ascendente quanto o colo descendente são retroperitoneais, enquanto o colo transversa e o colo sigmoide não são retroperitoneais. O colo ascendente sobe pelo lado direito do abdome, alcança a face diafragmática do fígado e curva-se abruptamente para a esquerda para formar a flexura direita do colo. O colo continua através do abdome até o lado esquerdo, como colo transversa. Curva-se inferiormente à face cólica do baço, no lado esquerdo, como flexura esquerda do colo e segue o seu trajeto inferiormente até o nível da crista ilíaca, como colo descendente. O colo sigmoide começa próximo à crista ilíaca esquerda, projeta-se medialmente até a linha mediana e termina no reto, aproximadamente no nível da terceira vértebra sacral (TORTORA, 2016).

O reto, com aproximadamente 15 cm de comprimento, situa-se anteriormente ao sacro e ao cóccix. O segmento terminal de 2 a 3 cm do intestino grosso é denominado canal anal (Figura 8). A túnica mucosa do canal anal é disposta em pregas longitudinais, denominadas colunas anais, que contêm uma rede de artérias e veias. O ânus, a abertura do canal anal para o exterior, é protegido por um esfíncter interno do ânus de músculo liso (involuntário) e por um esfíncter externo do ânus de músculo estriado esquelético (voluntário). Normalmente, o ânus permanece fechado, exceto durante a eliminação de fezes (TORTORA, 2016).

Figura 8 - Anatomia do intestino grosso.



Fonte: Adaptada de Tortora (2016).

Considerando o exposto quanto à anatomia e fisiologia dos sistemas urinário e digestório, destaca-se a importância de compreender a anatomia-fisiologia de tais sistemas, pois a consolidação desse conhecimento propiciará subsídios para a identificação precoce de disfunções vesicais e/ou intestinais no adolescente.

1.4 Adolescência: Uma fase de transição e transformações

No que se refere a faixa etária, várias definições são atribuídas à idade cronológica e há contrassenso quanto à determinação etária. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), este período da vida compreende os indivíduos entre 15 a 24 anos. Para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), considera-se como adolescentes os indivíduos entre 12 a 18 anos. A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, considera que a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos, sendo esse último o parâmetro adotado nesse trabalho (BRASIL, 1990).

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano marcada pelo período de transição da infância para a vida adulta, e está marcada por inúmeras transformações e desafios de dimensão física, social, moral, sexual e de identidade, que se tornam ainda mais complexas quando o adolescente vivencia problemas de saúde (SANTROCK, 2013).

É uma fase de oportunidades e novas experiências, à medida que os adolescentes começam a se separar dos pais e passam mais tempo entre pares, exploram relacionamentos românticos e sexuais pela primeira vez e assumem mais responsabilidade por si mesmos e por suas vidas. Muitos dos desafios da adolescência fornecem experimentações que ajudam a preparar os jovens para a transição para a vida adulta (SANTROCK, 2013).

Trata-se de uma fase crucial para o desenvolvimento da autoestima e autoconfiança, fase esta de grandes transformações nos âmbitos físicos, psíquicos e sociais. É neste período da vida que ocorre o processo de construção de identidade. Vários aspectos sofrem mudanças, um deles é a relação de dependência da família, onde a tendência é a busca por aproximação de grupos adolescentes. Devido a todas estas transformações, a adolescência é marcada por um período de conflitos, intensificados no caso de pacientes doentes (CRESPIN, 2007).

Durante a fase de desenvolvimento psicossocial, o adolescente demonstra significativa preocupação com sua autoimagem. Os impactos visíveis de condições de saúde ou sinais perceptíveis de doença, causam sofrimento psíquico ao adolescente, levando-o à insatisfação com sua autoimagem e corpo, baixa autoestima, insegurança, depressão, raiva, ansiedade, dificuldades de relacionamento

entre pares, tendo como consequência o isolamento e muitas vezes tornando-se vítima de *bullying* (AMADO, LEAL, & SAITO, 2014; NOGUEIRA, 2016).

Os problemas enfrentados pelo adolescente com alguma condição de saúde podem ocorrer em restrições, limitações, dependência de terceiros, uso prolongado de medicamentos, dietas restritivas, e são proporcionais a depender da gravidade da doença, todo esse contexto pode ocasionar em dificuldade de adaptação social (AMADO, LEAL, & SAITO, 2014; NOGUEIRA, 2016).

Na ânsia pela busca da identidade própria, o adolescente confronta e questiona os padrões familiares e adultos, isso ocorre numa busca por identificação com outros adolescentes e, pela necessidade de aceitação nos grupos, tornam-se vulneráveis a apresentar comportamentos de risco para a sua saúde. Isto é, se a doença limita a participação nas atividades dos grupos, fazendo com que o torne “diferente” de seus pares, o adolescente com alguma condição de saúde sente-se excluído. Inerente à esta fase, o comportamento de negação da doença promove um sentimento de invulnerabilidade e o induz a não respeitar as recomendações e/ou orientações de saúde (AMADO, LEAL, & SAITO, 2014; NOGUEIRA, 2016).

1.5 Sintomas Urinários e Intestinais na infância e adolescência

No que tange o período de aquisição do controle esfinteriano tanto urinário quanto intestinal, destaca-se que ela ocorra entre 18 a 24 meses de vida da criança, porém são necessárias respostas psicofisiológicas. É fundamental que a criança desenvolva a habilidade de manter-se seca por um período de duas horas, que diminua o número de fraldas usadas por dia, que adquira o hábito intestinal regular, além de apresentar habilidade de reconhecer e sinalizar a vontade de urinar e/ou evacuar (HOCKENBERRY, WILSON e RODGERS, 2018).

O ato de urinar, a micção, que ocorre na chamada fase de esvaziamento, é um fenômeno parassimpático, enquanto que o sistema nervoso simpático facilita o armazenamento de urina durante a fase de enchimento. Na fase de armazenamento, o musculo detrusor se mantém relaxado e o esfíncter uretral externo, contraído. Para que a micção ocorra, esse padrão se inverte, ocorrendo relaxamento do esfíncter uretral externo e contração do detrusor, com eliminação completa da urina, sem interrupção (LOPEZ, 2009).

Quando ocorrem alterações clínicas do sistema urinário e intestinal é importante destacar que tais alterações podem ser caracterizadas segundo sua origem. Quando de origem congênita, caracterizam-se as alterações neurogênicas e malformações e quando de origem não-neurogênicas,

caracterizam-se as disfunções do trato urinário inferior (DTUI) e disfunções intestinais (AUSTIN et al, 2016).

A disfunção do trato urinário inferior (DTUI) em crianças e adolescentes compreende grupos de disfunções urinárias com diferentes apresentações e manifestações, caracterizada por sintomas urinários diversos, tais como enurese noturna, incontinência urinária diurna, urgência miccional, aumento da frequência urinária, diminuição da frequência urinária, dor ao urinar e manobras de contenção (AUSTIN et al, 2016). A prevalência dos sintomas urinários vem aumentando nas últimas décadas, variando de 2 a 25%, segundo a faixa etária e a severidade dos sintomas (VON GONTARD A et al, 2006).

Frente à pluralidade da sintomas, relevância clínica e prevalência, a *International Childrens Continence Society (ICCS)* criou uma terminologia, a fim de padronizar conceitualmente os sintomas urinários e intestinais, com o objetivo de facilitar o entendimento, a comunicação e o plano terapêutico, de forma ampla e internacionalmente padronizada para os profissionais que tratam de crianças e adolescentes com DTUI. Os sintomas urinários são classificados de acordo com a fase de armazenamento ou esvaziamento da bexiga e a relevância e a significância clínica vão depender da frequência, duração, intensidade e severidade dos sintomas (AUSTIN et al, 2016).

Quanto à fase de armazenamento da bexiga, os sintomas relacionados podem variar bastante, a incontinência urinária diurna, enurese, urgência miccional e noctúria, são exemplos de sintomas urinários que ocorrem durante essa fase, e podem ser influenciados principalmente pela faixa etária e quantidade da ingestão hídrica e de líquidos. Segundo a *ICCS* é considerado como parâmetro de frequência dentro da normalidade a presença de 4 a 8 micções por dia. Enquanto que os sintomas relacionados à fase de esvaziamento miccional são: esforço, jato urinário fraco, intermitência, hesitação e disúria. Outros sintomas também relacionados à DTUI são: perda involuntária de urina logo após a micção, dor antes, durante ou após a micção, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, retenção urinária e manobra para contenção de urina (AUSTIN et al, 2016).

A bexiga hiperativa, condição clínica mais comum, caracterizada por alteração da fase de armazenamento vesical, é definida pelo *ICCS* como a presença de urgência miccional, com ou sem incontinência urinária (AUSTIN et al, 2016). Geralmente é acompanhada de aumento da frequência urinária diurna e noctúria, podendo ser consequência de um atraso na aquisição da inibição cortical nas contrações voluntárias do detrusor ou relacionada a um retardo na aquisição da sincronia entre o esfíncter uretral externo e a musculatura detrusora, levando a contrações na fase de enchimento (FRANCO I, 2011).

Quanto aos sintomas urinários na adolescência, sabemos que os adolescentes que têm o hábito de praticar manobras manuais para adiar a micção, são chamados de postergadores da micção, essa

prática ocasiona a redução da frequência urinária, sensação de urgência e possível incontinência, quando a bexiga está cheia (AUSTIN et al, 2016). Na ânsia de evitar os acidentes urinários, a contração do assoalho pélvico e do esfíncter uretral externo podem promover a obstrução durante a fase de esvaziamento da bexiga, em decorrência a isso, a pressão vesical aumenta, podendo resultar em hipertrofia do detrusor, levando a redução da capacidade vesical e, dependendo da persistência e severidade, podem levar a complicações clínicas como refluxo vesico ureteral, infecção do trato urinário de repetição e até a um dano renal (FRANCO, 2011).

Já a bexiga hipoativa é caracterizada pela diminuição do número de micções por dia e elevado resíduo pós-miccional, devido à contratilidade ineficaz do musculo detrusor (AUSTIN et al, 2016). São também identificadas como comorbidades associadas às disfunções miccionais, a presença de constipação intestinal funcional e incontinência fecal (AUSTIN et al, 2016).

Entrando agora no contexto das disfunções intestinais, destaca-se a constipação intestinal funcional (CIF) que compreende um conjunto de sintomas que incluem eliminação inabitual das fezes, fezes de grosso calibre, fezes grumosas, duras ou em pequenos pedaços, dor em região abdominal, presença de fezes à palpação abdominal, retenção e escape fecal. Trata-se de uma queixa frequente na infância, sendo responsável por cerca de 3-5% das consultas ao pediatra e 25% ao gastroenterologista pediátrico (AVERBECK, MADERSBACHER, 2011).

Geralmente a CIF é diagnosticada quando há episódios de escape fecal, dor abdominal de recorrência, enurese ou até mesmo infecção do trato urinário de origem não anatômica (MAROSTICA et al, 2018). Para a confirmação clínica, baseia-se na queixa e histórico da criança, além da avaliação física - podem ser associados exames como a radiografia ou ecografia abdominal (MAROSTICA et al, 2018).

Em mais de 90% dos casos, nenhuma causa orgânica é identificada, determinando o diagnóstico de CIF. Apenas em uma pequena minoria de pacientes, a constipação é secundária a uma desordem orgânica, como malformações intestinais, desordens neurológicas ou metabólicas (AUSTIN et al, 2016; AVERBECK, MADERSBACHER, 2011; 24. CHASE et al, 2004).

O instrumento mais utilizado para o diagnóstico clínico da constipação segue as diretrizes do consenso de Roma e é denominado Critérios de Roma para CIF. É considerado constipado o indivíduo que apresente pelo menos dois critérios de sintomas. A utilização dos critérios de Roma contribuiu para a uniformização dos sintomas que levam ao diagnóstico de CIF (MACHADO e FONSECA, 2016).

A prevalência de CIF em crianças e adolescentes pode variar de 0,7 a 29,6% e as suas causas são múltiplas, podendo haver influência da idade, desde início precoce ou início irregular do controle esfínteriano, posicionamento incorreto, dieta com baixa ingestão de fibras e presença de eventos

estressantes que podem contribuir para a inibição do desejo evacuatório (VAN DEN BERG MM, 2006).

A ausência da vontade de evacuar, independente do fator precipitante, isso pode levar a um ciclo vicioso com recusa de ida ao toailete, aumentando a retenção fecal e resultando em eliminações intestinais dolorosas, devido a consistência das fezes (CHASE et al, 2004; GRIFFITHS, 2002). Estudos vêm demonstrando importante associação entre CIF e sintomas urinários na população infantil, com relatos de sintomas de constipação em cerca de 50% das crianças com DTUI (BURGERS et al, 2013).

Essa associação é denominada Disfunção Vesical e Intestinal (DVI), e compreende uma associação de disfunções intestinais e vesicais, independente de ocorrer na fase de enchimento ou esvaziamento vesical. Veiga e colaboradores demonstraram que crianças com sintomas de bexiga hiperativa apresentam mais CIF que crianças sem sintomas urinários (VEIGA et al, 2013).

Estudos utilizando ressonância magnética funcional em pacientes com CIF ou disfunções urinárias relataram alterações na ativação de certas regiões do cérebro, como o giro cíngulo anterior e o córtex pré-frontal (KETAH et al, 2016). Outra possível explicação para a associação entre CIF e sintomas urinários é o efeito mecânico do reto distendido por fezes, com pressão direta sobre a parede posterior da bexiga e o aumento da pressão vesical, ocasionando sintoma de bexiga hiperativa ou irritação do trígono, com possível obstrução ou distensão da uretra, comprometendo o esvaziamento vesical (PANAYI et al, 2011; MALYKHINA et al 2006).

Outra hipótese a ser considerada é, a contração do esfíncter anal externo devido à presença de fezes grandes no reto. Essa contração esfíncteriana estaria associada à inadequada contração dos músculos do assoalho pélvico e do esfíncter uretral, resultando em uma incoordenação do músculo detrusor e do esfíncter uretral externo na fase de armazenamento vesical, podendo levar também à sintomatologia de bexiga hiperativa e suas complicações clínicas (MUGIE et al, 2018; BURGERS et al, 2010).

SAMPAIO e colaboradores (2016) demonstraram uma importante associação da constipação com sintomas urinários, onde crianças com constipação tiveram 6,8 vezes mais chances de apresentar DTUI, quando comparadas às não constipadas. Foi também possível demonstrar que, ao comparar os escores do *Dysfunctional Voiding Scoring System* (DVSS) e os critérios de ROMA IV, crianças com sintomas de constipação mais severos apresentavam sintomas urinários mais intensos.

Neste aspecto, destaca-se a importância do diagnóstico precoce dos sintomas urinários e intestinais e seu manejo adequado, utilizando-se de programa de uroterapia como estratégia terapêutica (AUSTIN et al, 2016).

1.6. Políticas de atenção à saúde do adolescente

No contexto da saúde, a Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem tem como objetivo a atenção integral desse público, considerando as particularidades dessa população, bem como os aspectos que se referem às dimensões socioeconômicas e culturais do meio social, gênero, religião, raça. (RAPOSO, 2009).

No Brasil e do mundo as políticas públicas para os adolescentes e jovens passaram a ser priorizadas nos anos 90. Foi através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que o direito de cidadania a crianças e adolescentes foi concedido. O ECA passou a atribuir à família e ao Estado o dever e a responsabilização de propiciar condições favoráveis ao desenvolvimento pleno e saudável de crianças e adolescentes (TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Em contexto histórico das políticas de atenção à saúde do adolescente e tendo em vista as demandas dessa população específica, vale destacar que a implementação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) é datado de 1989. O PROSAD foi oficializado pelo Ministério da Saúde que em dado momento apresentou as bases programáticas, através da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, contendo em seu escopo as diretrizes e princípios de ações, bem como a necessidade de uma compreensão mais aprofundada do universo adolescente.

Pode-se afirmar que o PROSAD foi precursor como política pública e social, direcionada a adolescentes entre 10 e 19 anos, sob uma perspectiva preventiva e educativa. Tal programa pautava-se no princípio da integralidade das ações de saúde, trazendo a importância da perspectiva multidisciplinar, além da integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos na operacionalização dessa política (BRASIL, 1996).

No que diz respeito às ações propostas pelo PROSAD, podemos destacar que tais ações estão centradas nos seguintes eixos: numa política de promoção da saúde, na identificação dos grupos de risco, bem como os fatores de risco, na detecção precoce de agravos à saúde, além do tratamento adequado e reabilitação. No contexto da educação à saúde, ponto chave do PROSAD, o planejamento e o desenvolvimento de práticas educativas e participativas devem transpor todas as ações visando assegurar que os adolescentes se apropriem de conhecimentos necessários para a melhoria e manutenção das suas condições de saúde e de vida (BRASIL, 1996).

No entanto, apesar da implantação do PROSAD, a situação atual da saúde do adolescente no Brasil ainda é permeada por grandes desafios e requer mais atenção por parte das políticas públicas de saúde (OLIVEIRA et al, 2009). Ainda nos anos 1990 foi promulgada a Lei 8.069, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, juntamente com a Constituição Federal de 1988, visaram reestruturar o tratamento jurídico, político e social destinado aos adolescentes. Em razão de estarem numa condição específica de desenvolvimento biopsicossocial e em vulnerabilidade em virtude de seus comportamentos de risco, os adolescentes passaram a ser

considerados sujeitos providos de direitos, com prioridade absoluta nas políticas públicas por estarem numa condição (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), iniciada em 2004, objetiva promover a saúde desse grupo populacional, buscando compreender seus comportamentos de risco, uma vez que tais comportamentos repercutem no desenvolvimento integral da pessoa. Na adolescência a saúde está condicionada à promoção da participação do adolescente frente ao exercício da cidadania, principalmente no que tange ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de educação em saúde, de prevenção e controle de agravos à saúde (BRASIL, 2010).

Considerou-se, portanto que as políticas de saúde voltadas para os adolescentes e ainda passam por dificuldades para sua plena implementação e funcionamento, porém o nosso grande desafio enquanto profissionais de saúde é garantir que estas políticas públicas de saúde voltadas para adolescentes sejam de fato operacionalizadas, e tal operacionalização se dá através das intervenções pautadas pelas políticas no nosso contexto de atuação, no caso deste trabalho, no contexto do ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria.

1.6.1 Uroterapia como estratégia terapêutica para o manejo de DTUI

No contexto da urologia pediátrica, a uroterapia é o tratamento conservador para as DTUI, podendo ser dividido em uroterapia padrão e específica. Trata-se de um tratamento de primeira linha que consiste em abordagem não cirúrgica e não farmacológica (SANTOS, 2017). A uroterapia-padrão diz respeito a informação e desmistificação a respeito da função do trato urinário inferior, modificação comportamental em relação a hábito intestinal e urinário regulares, posicionamento adequado no vaso sanitário, bem como orientações quanto a hábitos de vida saudável, como a ingestão hídrica adequada, redução de alimentos irritantes vesicais. Enquanto que a uroterapia específica inclui técnicas de relaxamento de assoalho pélvico, biofeedback, eletroestimulação e cateterismo intermitente limpo. Associadas à uroterapia incluem a psicoterapia e terapia cognitivo-comportamental (AUSTIN et al, 2016; ASSIS, 2019).

O manejo terapêutico dos sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia consiste na educação em saúde e desmistificação. É importante fornecer instrução de como resolver ou amenizar o sintoma através da modificação de hábitos de eliminação urinária e intestinal (AUSTIN et al, 2016; MACHADO e FONSECA, 2016). Além disso, outra ferramenta importante é o empoderamento do indivíduo por meio de informação sobre estilos de vida, registro dos sintomas por intermédio de diários de eliminação e um acompanhamento regular prolongado (AUSTIN et al, 2016; MACHADO e FONSECA, 2016).

Neste aspecto, destaca-se que o correto diagnóstico dos sintomas urinários e intestinais e seu manejo adequado são extremamente relevantes por ser tratar de condições de alta prevalência na população pediátrica, em que a disfunção miccional varia de 22,8% a 24,2% de acordo com o critério diagnóstico adotado, acometendo mais as meninas, e que impacta negativamente na qualidade de vida da criança, adolescente e da família (AUSTIN et al, 2016; AZEVEDO et al, 2014; MOTA, VICTORA e HALLAL, 2005).

O papel do enfermeiro com expertise em uroterapia, bem como serviços liderados por estes profissionais em contextos de problemas de continência, são apontados por alto índice de resolatividade e satisfação dos pacientes e sua família (DUELUND-JAKOBSEN, 2015; FRANKEN et al, 2018; HILLERY, 2018; PARSLOW, KUHNKE e KOZELL, 2012; CROWE, 2014). Vale ressaltar que no contexto da uropediatria o enfermeiro de prática avançada possui papel protagonista tanto para prevenção como para o adequado diagnóstico e manejo dos sintomas urinários e intestinais (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

Com base na experiência clínica, observamos que muitos adolescentes sofrem com o impacto psicossocial causado pelos sintomas urinários e intestinais. Portanto, o intuito desta pesquisa é compreender as experiências de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. O monitoramento dos sintomas, alinhado a mudança comportamental é o pilar que sustenta o sucesso no tratamento/manejo dos sintomas urinários e intestinais.

O acompanhamento e manejo de adolescentes com disfunção do trato urinário inferior deve ser interdisciplinar, com avaliação clínica inicial, que compreende anamnese, exame físico, realização de exames complementares, como urocultura, urofluxometria, eletromiografia e ultrassonografia pélvica e preenchimento de instrumentos que subsidiam o diagnóstico da disfunção miccional ou intestinal, concomitante ou não, são eles:

Dysfunctional Voiding Scoring System (DVSS)

Traduzido para o português e validado em estudo desenvolvido por Calado et al (2010), esse instrumento, elaborado por Farhat et al (2000). A função do DVSS é avaliar a severidade dos sintomas urinários por meio de dez perguntas, sendo que nove são direcionadas aos sintomas urinários e/ou intestinais e uma aborda os fatores externos/ambientais que possam estar relacionados à disfunção vesical, com pontuações de zero a três e a pontuação final variando de zero a trinta pontos, de acordo com a prevalência dos sintomas no período dos últimos trinta dias (FARHAT et al, 2000).

Tabela 1 - Versão adaptada para o português do *Dysfunctional Voiding Scoring System*.

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

Fonte: Calado *et al* (2010).

Critérios de Roma IV

Um dos métodos utilizado para diagnóstico da CIF, é o instrumento nomeado de Critérios de Roma IV, com sua aplicabilidade na prática clínica já consolidada (MACHADO e FONSECA, 2016).

Quadro 1- Critério de Roma IV.








<p>Dois dentre os critérios abaixo, presentes uma vez por semana no mês anterior ao diagnóstico, em crianças que não preenchem os critérios diagnósticos para síndrome do intestino irritável e na ausência de patologia orgânica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duas ou menos evacuações no toalete por semana, em crianças com desenvolvimento igual ou maior ao esperado para quatro anos de idade • Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana • Retenção fecal • Dor ao evacuar ou fezes endurecidas • Presença de massa fecal palpável no reto • Relato de fezes de grosso calibre capazes de entupir vaso sanitário
--

Fonte: Machado e Fonseca (2016).

Escala Fecal de Bristol (EFB)

Traduzida e validada para o português por Martinez e Azevedo (2012), a Escala Fecal de Bristol (EFB) compreende um instrumento que caracteriza de forma descritiva a consistência e formato das fezes. Tal escala é utilizada para ajudar as crianças, adolescentes e seus cuidadores primários a descreverem o tipo de fezes com imagens de tipos de fezes e descrições associadas com a aparência das fezes.

Figura 9 - Escala de Bristol de Consistência de Fezes.

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedacos sólidos.

Fonte: adaptada de Martinez e Azevedo (2012)

Diante das ferramentas de uroterapia descritas, entende-se ainda que para o sucesso do tratamento, o engajamento do paciente é essencialmente importante, uma vez que o automanejo favorece o enfrentamento da condição de saúde (MODI, 2012).

1.7 O automanejo e autocuidado apoiado em saúde

O termo *self-management*, traduzido para a língua portuguesa como autogerenciamento ou automanejo, pode ser entendido como a capacidade do indivíduo de gerenciar problemas e ser o ator principal frente às tomadas de decisão relacionadas a sua condição de saúde (CHIAUZZI; RODARTE; DASMAHAPATRA, 2015; DWARSWAARD et al., 2016; VIEIRA; CECILIO; TORRES, 2017).

A terminologia em inglês, *self-management* é amplamente utilizada e faz referência aos termos apoio social, autoajuda, automonitoramento, autocuidado e autotratamento (McCORKLE et al. 2011; SCHULMAN-GREEN et al., 2012). Porém, diante da gama de conceitos atribuídos a esse termo, o seu real significado ainda é questionado (ESTEVEES et al. 2013; GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Algumas doenças, em especial as com cronicidade, exigem que os pacientes sigam em acompanhamento com os serviços de saúde e com os profissionais que os atendem/assistem. Quando o paciente tem conhecimento acerca da sua condição de saúde e é motivado a seguir o acompanhamento, o resultado é a diminuição ou atenuação de complicações e necessidade de cuidados complexos de saúde (BRASIL, 2014; KUEH et al., 2015; VIEIRA; CECILIO; TORRES, 2017).

Desse modo, envolver o paciente na gestão de sua condição de saúde torna-se cada vez mais importante para melhorar os resultados em saúde. O trabalho conjunto com os profissionais de saúde é um dos pilares de sustentação nesse processo e tem vistas a apoiar a pessoa no envolvimento em seu automanejo (FORT et al., 2015; NICKEL, et al., 2016).

Vale ressaltar que a assistência integral e interdisciplinar é essencial e oportuna para a promoção, recuperação e restabelecimento da saúde, visto que o paciente é um ser complexo, provido de necessidades diversas, onde se fazem necessárias abordagens e cuidados variados, em suas mais variadas nuances, a fim de fortalecer a autonomia e promover qualidade de vida da pessoa assistida (CESTARI et al., 2016).

A importância da relação entre os profissionais de saúde com pacientes e seus familiares, é apontada em vários estudos, o papel do profissional de saúde é dar subsídios para que os pacientes se tornem cada vez mais capazes de tomar decisões e se autogerenciar, essa troca se dá por meio de compartilhamento de conhecimento, habilidades e dúvidas acerca de sua doença ou condição de saúde (BOGER et al., 2015; TADDEO et al., 2011).

O enfermeiro desenvolve um papel fundamental no acolhimento do paciente, principalmente nos momentos em que a doença apresenta difícil controle e necessita de maiores intervenções. Este

profissional, como parte da equipe de saúde, contribui para a promoção da saúde em vários aspectos, em especial no que tange a educação em saúde, fornecendo orientações sobre a doença, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento, sintomas, uso de medicamentos e também colaborando com o incentivo e adesão ao automanejo (CESTARI et al., 2016; SILVA; SANTO; CHIBANTE, 2017).

A relação profissional de saúde versus paciente é extremamente importante, uma vez que, o vínculo positivo ou negativo entre estes dois pode influenciar o automanejo por parte do paciente, gerando consequências ao longo do tratamento (WAKIUCHI; MARCON; SALES, 2016). Assim, a comunicação ineficaz, o vínculo pouco fortalecido, a falta de orientação e informação pode provocar o distanciamento do paciente do serviço de saúde e conseqüente uma perda de seguimento (ALMEIDA et al., 2016).

Existem diversas condições que podem limitar o automanejo, não somente os aspectos causados pela própria condição de saúde e/ou por vínculos fragilizados com profissionais de saúde, como já mencionado. Vale destacar que existem também outros condicionantes que afastam os pacientes dos serviços de saúde, como a condição socioeconômica do paciente, longos trajetos percorridos de sua residência até o serviço de saúde, estrutura física do serviço de saúde, aspectos culturais e sociais do paciente que impactam no automanejo (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

O processo de adoecimento modifica a dinâmica familiar e a rotina da pessoa acometida, entretanto ainda que a família sofra os impactos do processo de adoecimento de seu ente, ela é vista como uma fonte de apoio e auxílio no fortalecimento do automanejo. Quando apoiado, o paciente sente-se ativo e capaz de tomar decisões acerca de seu tratamento (JACOBI, et al., 2017; VAN-HOUTUM; RIJKEN; GROENEWEGEN, 2015). O automanejo da saúde pode resultar em controle da doença, capacidade de gerenciamento dos sintomas, término ou diminuição do tempo de tratamento, adesão de hábitos saudáveis de vida e redução das internações/hospitalizações ocasionadas por complicações da doença (BRITO, 2016; HIBBARD et al., 2007).

De acordo com SPARAPANI et al. (2012) e QUEIROZ et al. (2016), na adolescência as habilidades são desenvolvidas por volta dos 12 anos de idade, é neste momento que a prática de automanejo se torna possível, em razão da maturidade cognitiva e emocional. Gradativamente os adolescentes tomam conhecimento acerca de sua condição de saúde e formas de controle.

Como já mencionado, essa fase da vida envolve abruptas mudanças biológicas, acompanhadas de marcos no desenvolvimento físico, cognitivo e maturidade emocional. Conforme MINANNI et al. (2010), a presença da doença crônica os coloca em posição de maior predisposição para o isolamento social, dificuldades de relacionamento entre pares, baixa autoestima, dificuldade para tomar decisões, tendendo a desenvolver quadro depressivo e ansiedade. Ao lidar com

adolescentes, é necessário que o profissional de saúde possua habilidade e conhecimento para que possa ajudá-los no processo do autocuidado e responsabilização pelo seu estado de saúde (MINANNI et al., 2010).

O autocuidado apoiado é uma modalidade de projeto terapêutico e se baseia em cinco pilares: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento, com o propósito de apoiar o paciente no processo de condução de sua própria saúde (MENDES E.V.,2012; CAVALCANTI A.M, OLIVEIRA A.C.L., 2012).

No contexto de crianças e adolescentes com doença crônica o conceito de autocuidado pode ser aplicado e compreende a capacidade para o desenvolvimento de competências e habilidades para gestão de cuidados, sendo importante que a família, os profissionais de saúde e a escola estejam envolvidos de modo a oferecer o suporte necessário ao estabelecimento de responsabilidades para o manejo da doença (MARGOLIS P.A, PETERSON L.E, SEID M., 2013).

OBJETIVOS



2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Compreender a experiência de adolescentes no auto manejo de sintomas urinários e intestinais, atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria no contexto da uroterapia.

2.2. Objetivos específicos

- Explorar a experiência de adolescentes no manejo de sintomas urinários e intestinais no contexto escolar, familiar e entre pares.
- Identificar as práticas de auto manejo referidas pelos adolescentes para controle dos sintomas urinários e intestinais.
- Investigar se e quais fontes de informação são utilizadas pelos adolescentes para manejo dos sintomas urinários e intestinais.

REFERENCIAL TEÓRICO



3. Referencial Teórico

3.1 Teoria do Gerenciamento de Sintomas (TGS)

A Teoria de Gerenciamento de Sintoma (TGS) (*Symptom Management Theory*) foi o referencial teórico escolhido para fundamentar esta pesquisa, visto ser um modelo teórico de médio alcance que descreve um processo multidimensional de gerenciamento de sintoma, com aplicabilidade no contexto da enfermagem.

A escolha desta teoria foi motivada, principalmente, por sua capacidade de orientar as condutas de enfermagem desde a avaliação até o tratamento dos sintomas por meio de um processo multidimensional, o qual contempla: a “experiência do sintoma” baseada no autorrelato do adolescente; “estratégias de gerenciamento do sintoma” e “resultados” (HUMPHREYS et al., 2014; NUNES, 2014).

O *Symptom Management Faculty Group at the University of California at San Francisco School of Nursing Nursing* (Grupo de Pesquisadores de Gerenciamento de Sintoma da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, São Francisco – UCSF) é o grupo responsável pelo lançamento da primeira versão da TGS, em 1994 (LINDER, 2010).

Uma versão atualizada do *UCSF Symptom Management Model* (Modelo de Gerenciamento de Sintoma da UCSF) foi publicada em 2001 (DODD et al., 2001). O modelo teórico foi posteriormente atualizado em 2008 e foi renomeado como *Symptom Management Theory* -Teoria de Gerenciamento de Sintoma - TGS (HUMPHREYS et al., 2008).

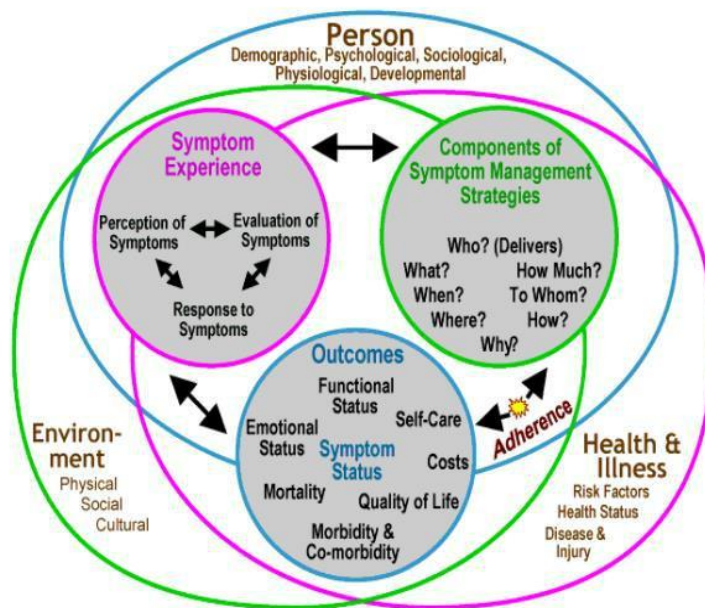


Infográfico: Linha do tempo do desenvolvimento da Teoria de Gerenciamento de Sintomas (HUMPHREYS, 2008)

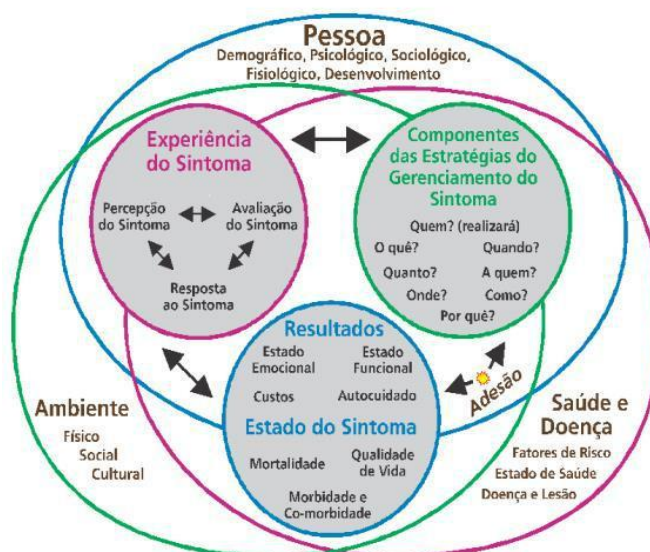
O trabalho desse grupo de pesquisadores da área da enfermagem resultou na criação de um modelo dedutivo para o gerenciamento de sintoma, focado no processo e contemplando a interação de três componentes, a saber: 1) a experiência do sintoma (*symptom experience*); 2) as estratégias para o gerenciamento do sintoma (*symptom management strategies*); e 3) e os resultados (*outcomes*). Tais conceitos estão inseridos em três domínios distintos da enfermagem: 1. pessoa, 2. meio-ambiente e 3. saúde/doença. Portanto, leva-se em conta a premissa de que todo o gerenciamento de sintoma deve considerar o contexto no qual o paciente se encontra (HUMPHREYS et al., 2014).

A Figura 1 ilustra, na versão original e adaptada, a interação e a interdependência entre os três componentes da TGS (experiência do sintoma, estratégias para o gerenciamento do sintoma e os resultados) e os domínios *pessoa, ambiente e saúde-doença*, incluindo a adesão.

Figura 10 - Diagrama da *Symptom Management Theory* (Teoria de Gerenciamento de Sintoma) nas versões original e adaptada para português do Brasil.



Fonte: HUMPHREYS, 2008



Fonte: NUNES, 2014

Experiência do sintoma (*symptom experience*)

O sintoma é "uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, nas sensações ou na cognição de um indivíduo" (DODD et al., 2001, p. 669). A experiência do sintoma é a ocorrência simultânea da percepção, avaliação e resposta às alterações causadas por ele e relatados pelo próprio indivíduo. Por exemplo, aplicando ao contexto do nosso estudo, o adolescente relata a mudança na frequência, gravidade ou intensidade do sintoma urinário e/ou intestinal. Esta experiência pode incluir apenas um sintoma em específico ou dar conta de um grupo diversos de sintomas (HUMPHREYS et al., 2014).

Portanto, aplicando a esta pesquisa, a experiência *do sintoma* refere-se à *percepção* do adolescente frente a um sintoma urinário ou intestinal, a como ele faz a *avaliação* do significado desse sintoma e a *resposta* ao sintoma. Para compreensão da aplicabilidade de tais dimensões, é importante conceituá-los um a um:

Percepção do sintoma: diz respeito a como o adolescente percebe o sintoma, e a como ele reage e se comporta diante dessa mudança/sintoma. O contexto cultural e o nível de desenvolvimento do adolescente também influenciam na percepção do sintoma.

Avaliação do sintoma: É quando a própria pessoa julga a gravidade, o que pode ter causado, o tratamento e o impacto do sintoma em sua vida, ou seja, essa avaliação inclui a intensidade, a localização, a natureza temporal, a frequência e o impacto afetivo gerado por um sintoma. Outro aspecto apresentado nesse componente é a avaliação da ameaça que um sintoma representa, isso quer dizer, o quanto um sintoma é ou não perigoso, ou o quanto este tem efeito incapacitante na vida do indivíduo. Há de se considerar que indivíduos que experimentam o mesmo sintoma por um período longo de tempo é capaz de realizar uma avaliação mais completa do que quem vivencia um mesmo sintoma pela primeira vez (HUMPHREYS et al., 2014).

Respostas aos sintomas: diz respeito aos componentes fisiológicos, psicológicos, socioculturais e comportamentais. Um ou mais componentes podem estar presentes em um único sintoma. As respostas fisiológicas aos sintomas podem desencadear alterações funcionais que podem potencializar os sintomas, que por sua vez, podem desencadear outras respostas fisiológicas negativas (HUMPHREYS et al., 2014).

É de suma importância compreender como estes componentes interagem entre si, pois isso propiciará o gerenciamento efetivo de um sintoma. Vale destacar que a interação dos componentes da dimensão *experiência do sintoma* são bidirecionais, por exemplo, tanto a *avaliação* quanto a *resposta* podem modificar a *percepção* (FACIONE & DODD, 1995; JAYNE, 1996). Isso significa que se um indivíduo acredita que seu sintoma tem significado ameaçador, a percepção da intensidade

pode ser aumentada. No modelo teórico revisado (DOOD et al., 2000), esses processos são concebidos para serem interativos.

De acordo com Humphreys et al. (2014) a experiência do sintoma, bem como todo o processo de gerenciamento é influenciado por três domínios da enfermagem: pessoa, ambiente e saúde-doença. Considerando o “domínio pessoa”, na primeira etapa da coleta de dados foram inclusos os dados demográficos (procedência, sexo, faixa etária, escolaridade, religião, entre outros). O domínio “saúde-doença”, incluiu informações sobre o desenvolvimento do sintoma urinário e/ou intestinal. Em relação ao “domínio ambiente”, na coleta de dados abordou-se os aspectos sociais (contexto familiar e contexto escolar).

Estratégias de gerenciamento do sintoma (*symptom management strategies*)

A estratégia de gerenciamento de sintoma é definida como intervenções prestadas ao paciente com o objetivo de prevenção e minimização da experiência do sintoma. Neste caso, necessita-se determinar: quem, onde, como, quando e qual estratégia deverá ser utilizada (NUNES, 2014).

O gerenciamento de um sintoma é um processo dinâmico e, muitas vezes, exige alterações em estratégias, de acordo com o tempo ou com as respostas de aceitação/ adesão ou falta de aceitação/adesão a elas. O modelo teórico revisado (DOOD et al., 2000) inclui as especificações de natureza da estratégia (o quê, quando, onde, por quê?), número de intervenções (quanto?), destinatário da intervenção (a quem?) e forma como será oferecida a intervenção (como?). Pesquisadores e profissionais de saúde devem considerar essas questões para planejar, desenvolver e prescrever estratégias para o gerenciamento de sintomas, podendo ocorrer simultaneamente (HUMPHREYS et al., 2014).

Resultados (*outcomes*)

Os resultados são provenientes de uma avaliação sistemática das estratégias que foram implementadas para gerenciar o sintoma e sua duração depende do sucesso do gerenciamento do sintoma; uma vez que este desapareça, a aplicação do modelo teórico não se faz mais necessária (NUNES, 2014). Em razão de sua aplicabilidade para a prática clínica da enfermagem, a TGS tem potencial para uso na área da prática avançada de enfermagem em uropediatria no contexto da uroterapia.

Para mensurar os resultados, é importante realizar a avaliação de estratégias implementadas para o gerenciamento do sintoma, bem como da experiência da pessoa em relação a esse sintoma. No modelo revisado (DOOD et al., 2000), o componente *resultados* concentra-se em oito fatores: *estado*

funcional, estado emocional, estado do sintoma, autocuidado, custos, qualidade de vida, mortalidade e morbidade e comorbidade.

Em relação a duração da avaliação do sintoma, isso vai depender da sua persistência, do quanto será necessário uma intervenção continuada e resposta ao tratamento. Quando um sintoma é tratado com sucesso e completamente resolvido, o modelo não é mais relevante. Contudo, se há a necessidade de uma intervenção continuada para controlar sintomas recorrentes, o modelo continua a ser aplicável e o ciclo da implementação da estratégia de intervenção seguida da avaliação do sintoma também permanece.

Na representação gráfica da TGS, as setas bidirecionais ilustradas no diagrama retratam interações entre os três componentes do modelo teórico. Além disso, cada uma das dimensões sobrepostas – *pessoa, ambiente e saúde-doença*, é descrita como influenciando os componentes do gerenciamento de um sintoma (DODD, JANSON, et al., 2001)

Aplicabilidade das hipóteses do modelo teórico ao contexto desta pesquisa

A partir desta definição, apresentaremos as hipóteses deste modelo teórico, a sua relação com os domínios da enfermagem, os componentes desta teoria, alguns de seus limites e a sua aplicabilidade nesta pesquisa. A TGS é baseada em seis hipóteses (DODD et al., 2001), sendo elas:

HIPÓTESES DESTE MODELO TEÓRICO	APLICABILIDADE NESTA PESQUISA
1. Que o padrão-ouro para o estudo dos sintomas é baseado na percepção do indivíduo experimentando o sintoma e no seu autorrelato.	A TGS tem como base a percepção do indivíduo que experimenta o sintoma de acordo com o autorrelato, no contexto do autogerenciamento de adolescente com sintomas urinários e intestinais, o autorrelato pode ser considerado “padrão-ouro” na avaliação da experiência de sintoma.
2. Que o sintoma não tem de ser experimentado por um indivíduo para este modelo de gerenciamento de sintoma ser aplicado.	O adolescente pode estar em risco para o desenvolvimento de um sintoma devido a influência (impacto) de uma variável de contexto como, por exemplo, um risco relacionado a hábitos de eliminações inadequados. Assim, as estratégias de intervenção podem ser iniciadas antes mesmo de um indivíduo experimentar um determinado sintoma, ou seja, não é necessário que o adolescente apresente o sintoma urinário e/ou intestinal, o risco para desenvolvê-lo é suficiente
3. Que os pacientes com habilidades não verbais (bebês, pessoas afásicas pós-acidente vascular cerebral, por exemplo) podem experimentar sintomas e a interpretação dos sintomas dada pelos pais ou cuidador é assumida como sendo precisa para fins de implementação de uma intervenção.	Para efeito de análise, essa hipótese não se aplica ao estudo aqui apresentado, uma vez que a população estudada é composta por adolescentes sem comprometimento cognitivo e de linguagem.
4. Todos os sintomas que representam incômodos precisam ser gerenciados.	Os sintomas urinários e intestinais podem impactar significativamente as dimensões psicossocial, emocional, bem como a performance escolar, por isso, é importante avaliá-los e tratá-los.
5. Que a estratégia de gerenciamento pode ser direcionada ao indivíduo, um grupo, uma família ou ao ambiente de trabalho.	As estratégias devem ser direcionadas a todos os adolescentes através de intervenções de enfermagem específicas no manejo dos sintomas, porém é importante desenvolver o cuidado centrado no adolescente e família, uma vez que a dinâmica familiar influencia o adolescente.
6. Que o gerenciamento do sintoma é um processo dinâmico, isto é, é modificado por avaliações individuais e pelas influências dos domínios da enfermagem, ou seja, da pessoa, do meio ambiente e da saúde-doença.	A percepção dos sintomas urinários e intestinais é individual, assim como sua verbalização e resposta às estratégias de gerenciamento/manejo que são influenciadas por suas características biopsicossociais.

REFERENCIAL METODOLÓGICO



4. Referencial metodológico

4.1 Questões de pesquisa

Ante o exposto, a pesquisa se norteia pela seguinte questão: *Quais são as experiências de automanejo praticadas por adolescentes com sintomas urinários e intestinais atendidos em programa de uroterapia ?*

4.2 Delineamento metodológico

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Esta abordagem de pesquisa possibilita a compreensão, descrição e análise de um fenômeno por meio do processo das relações sociais (MINAYO, 2013). Com a finalidade de atingir a compreensão dos fenômenos a partir das perspectivas dos participantes adolescentes, adotamos a técnica da análise temática proposta por Braun & Clarke (2006).

Tendo em vista o tema da pesquisa e seus objetivos de investigação, optou-se pelo método qualitativo, uma vez que essa abordagem permite adotar uma condução interpretativa dos comportamentos e fenômenos sociais, dando prioridade à significação pessoal dos fenômenos. Braun & Clarke (2006) destacam que a análise temática é um método estruturado para identificar, analisar e relatar fenômenos resultantes dos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em profundidade.

Vale destacar que a análise temática não está associada a nenhum paradigma teórico pré-existente, e pode ser conduzida de acordo com diferentes abordagens teóricas. Contudo, tal metodologia envolve diferentes processos de tomada de decisão, que deverão ser consideradas antes do início da análise dos dados, nomeadamente a posição teórica que se pretende adotar. Neste sentido, no presente estudo optou-se por um posicionamento teórico contextualista, uma vez que se pretende acessar relatos de experiências, significados e realidade dos participantes, assim como de que forma são influenciados pelo contexto onde se inserem (BRAUN & CLARKE, 2006).

4.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria (PAEU). A PAEU é um projeto de extensão de ação contínua desenvolvido no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem especializados às crianças e adolescentes acometidos por sintomas urinários e intestinais (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

A coordenação do ambulatório é exercida pela professora fundadora do ambulatório, Dra Gisele Martins. A equipe do ambulatório é composta por seis enfermeiras preceptoras e pós-graduandas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), além de acadêmicos do curso de enfermagem da UnB e de outras instituições de ensino superior do Distrito Federal.

4.4 Participantes do estudo

4.4.1 Critérios de inclusão

- Ser adolescente com idade entre 10 a 19 anos;
- Possuir diagnóstico de sintoma urinário e/ou intestinal concomitantes ou não;
- Assentir em participar da pesquisa e ter também o consentimento dos responsáveis legais.

4.4.2 Critérios de exclusão

Adolescentes com deficiências cognitivas severas, com diagnóstico confirmado por meio de prontuário do paciente e/ou reportadas pela família.

4.5 Recrutamento dos participantes

Primeiramente foi realizado um levantamento dos pacientes cadastrados no ambulatório que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo por meio da análise da agenda eletrônica do ambulatório (Dropbox) e prontuário do paciente (prontuário eletrônico). Nos dias de atendimento, toda segunda-feira, após a consulta, a pesquisadora convidava os pais ou responsáveis pelos adolescentes para participarem da pesquisa e os que consentiram eram orientados a preencher e assinar o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo para Uso da Voz para fins de pesquisa (APÊNDICE C), e o adolescente orientado a assinar o Termo de Assentimento (APÊNDICE B), todo esse procedimento foi feito após a leitura dos termos e esclarecimentos de dúvidas.

4.6 Procedimentos para coleta de dados

A abordagem qualitativa foi destinada a explorar as experiências de adolescentes no automanejo de problemas de continência, atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria no contexto da uroterapia.

Após estabelecer o vínculo inicial com o entrevistado e considerando os pressupostos da pesquisa, a pesquisadora principal explicou a proposta do estudo aos pais/responsáveis e aos adolescentes. Os que sinalizaram interesse em participar do estudo foram orientados a assinarem o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o adolescente orientado a assinar o Termo de Assentimento. Feito isso, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade.

Atualmente, o quantitativo diário de consultas realizadas no ambulatório varia, mas consiste em uma média de 6 consultas por manhã, uma vez por semana, às segundas-feiras. Entre os anos de 2013 a 2016, uma média de 120 crianças e adolescentes com sintomas urinários e intestinais foram encaminhados e foram/estão sendo acompanhados no serviço (SOUZA; SALVIANO; MARTINS, 2018).

A amostragem consistiu no n 6 obtido, seguindo-se os cinco passos procedimentais, a saber: (1) Registro de dados brutos (fontes primárias por meio de entrevista semiestruturadas); (2) Imersão nos dados; (3) Compilação das análises individuais de cada entrevista e agrupamento temático; (4) Alocação das temáticas e (5)

A entrevista foi desenvolvida a partir de questões norteadoras e gravadas em dispositivo de áudio digital e posteriormente transcrita na íntegra e organizada em planilha Excel. Buscou-se uma compreensão aprofundada das experiências vivenciadas pelos adolescentes participantes, garantindo a riqueza e credibilidade dos dados e resultados da pesquisa. Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise temática descrito por Braun & Clarke (2006; 2014).

Ao longo do período de coleta de dados, de novembro de 2019 a março de 2020, 10 adolescentes foram abordados para participar do estudo, sendo que três recusaram por motivos de falta de tempo devido a compromissos após a consulta e um por motivo de já ter participado de uma outra pesquisa naquele mesmo dia.

O diário de campo não recebeu uma análise sistematizada, mas foi empregado na discussão dos resultados, orientando algumas análises e considerações.

4.7 Descrição dos instrumentos da caracterização sociodemográfica e coleta de dados (apêndice D)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

QUESTIONÁRIO + GUIA PARA ENTREVISTA

**Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no
contexto da uroterapia**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____

Sexo: _____

Frequenta escola? Se sim, qual a série?

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que você sabe sobre o seu problema de xixi e/ou cocô?
- 2) O que o seu problema de xixi e/ou cocô significa para você?
- 3) Como o problema de xixi e/ou cocô afeta sua vida?
- 4) Como você lida com o problema de xixi e/ou cocô na escola, em casa e com seus colegas?
- 5) Você busca informações sobre seu problema de xixi e/ou cocô? Sem sim, onde?

- 6) O que você faz e como faz para diminuir/controlar o seu problema de xixi e/ou cocô?
- 7) Como você segue as orientações de uroterapia dadas pelas enfermeiras do ambulatório de PAEU?
- 8) Para você, como ficaria mais legal ou divertido seguir as orientações de uroterapia?
- 9) Você sugere ou prefere receber informações sobre seu problema de xixi e/ou cocô com o uso de alguma tecnologia? Se sim, qual(is)?

4.8 Processamento e análise dos dados

A análise dos dados seguiu os pressupostos metodológicos da pesquisa interpretativa fenomenológica (DEPRAZ, N., 2008), por meio da análise temática (BRAUN & CLARKE, 2006). Na análise temática, as entrevistas devem ser visitadas diversas vezes pela pesquisadora para conseguir alcançar uma análise ampla e holística. As seis fases da análise temática são as seguintes (BRAUN & CLARKE, 2006; SOUZA, 2019):

Tabela 1. As seis fases da análise temática.

Fase	Descrição
1) Familiarização com dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2) Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
3) Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4) Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5) Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6) Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006; 2013; 2014) e de Clarke e Braun (2013) para o presente texto.

- (1) Familiarização com os dados – transcrição das entrevistas, leitura e releitura dos dados, anotação das ideias iniciais - As primeiras ideias ou interesses analíticos já podem estar presentes. É feita uma imersão nos dados para familiarização, essa imersão significa leituras repetidas dos dados de forma ativa buscando por significados, padrões.
- (2) Criação de Códigos iniciais – geração de códigos, codificação de características pertinentes de todos os dados de uma forma sistemática, confrontando os dados relevantes com cada código:
 - Esta fase é a produção de códigos iniciais a partir dos dados. Os códigos identificam um aspecto dos dados (um conteúdo latente ou um conteúdo semântico) que parece interessante

ao analista de dados. O código é “o segmento, ou elemento, mais básico dos dados brutos que pode ser avaliado de maneira significativa com relação ao fenômeno” sob estudo.

- (3) Busca por temas/categorias – agrupamento dos códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema/categoria potencial: Trata-se de classificar os diferentes códigos em temas em potencial, além de agrupar todos os extratos relevantes nesses temas que estão sendo construídos. Em essência, o pesquisador está começando a analisar os códigos e considerando de que modo códigos diferentes podem combinar para formar um tema abrangente (*overarching theme*). Essa fase se encerra com uma coleção de candidatos a temas, e subtemas, e todos os extratos de dados foram codificados com relação a eles. Nesse ponto da análise, começa-se a ter uma noção da significância de cada um dos temas.
- (4) Revisão dos temas/categorias – verificação dos temas de trabalho em relação aos extratos codificados (fase 1) e ao conjunto dos dados (fase 2), gerando um mapa temático de análise:
- Esta fase é o refinamento dos temas. Fica evidente que alguns candidatos a temas não são, de fato, temas. Ao final dessa fase deve-se ter uma boa ideia de quais são os temas e como eles se encaixam, além de qual é a história que eles contam sobre os dados.
- (5) Definição e nomeação os temas/categorias – análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema e a história geral do que a análise apreendeu, gerando assim definições claras e os nomes de cada tema: Nesta fase é possível criar o mapa temático dos dados e termina com um conjunto pronto de temas plenamente trabalhados.
- (6) Redação analítica: escrever do relatório voltando à(s) questão (ões) do estudo e da literatura, produzindo um relatório de investigação: - O relatório deve fornecer evidência suficiente dos temas nos dados.

Portanto, todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e analisadas individualmente para se alcançar as unidades de significado e em conjunto realizada a etapa de codificação conforme exemplificação de quadro 1. Em seguida, ainda na fase analítica, foi realizada a codificação inicial.

Quadro 2: Exemplificação da transcrição e codificação da entrevista.

Trecho da Entrevista	Códigos
“Eu trabalhei indo ao banheiro, ficava me cobrando bastante a ponto de <u>colocar despertadores no celular</u> pra poder lembrar que... Antes eu nem pensava em banheiro, tava entretida assistindo, brincando, essas coisas... Ai nem pensava em banheiro, ai foi indo ao banheiro, <u>colocando despertador...</u> ” (A2)	Micção programada com apoio de despertadores como estratégia de automanejo reportada pela adolescente

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à aprovação pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB em consonância com a resolução 466/2012 por se tratar de um estudo com seres humanos. Foi aprovada pelo parecer consubstanciado no número 3.817.824, versão 3, CAAE: 17567819.8.0000.0030 (ANEXO A). A participação na pesquisa foi de caráter voluntário. Todas as informações foram mantidas em sigilo, de posse apenas da pesquisadora principal e assegurado o anonimato a todos os participantes.

Os adolescentes e suas famílias foram orientados quanto aos riscos mínimos, inerentes a toda pesquisa com seres humanos, principalmente de cunho psicoemocional que poderiam ser desencadeados durante a entrevista, devido a algumas perguntas que podiam causar constrangimento, vergonha, estresse ou desconforto emocional. Desse modo, para minimizar esses riscos, os adolescentes foram orientados, antes do início da entrevista, que os mesmos poderiam deixar de responder às perguntas que lhe causassem algum tipo de desconforto.

Em termos dos benefícios alcançados com a realização desta pesquisa, esclareceu-se que não houve benefícios diretos aos participantes do estudo, porém, a relevância para a realização deste estudo apoiou-se na necessidade de compreender as experiências de vida de adolescentes com sintomas urinários e intestinais, identificando necessidades e desafios que vivenciam no cotidiano a fim de identificar eixos temáticos para o desenvolvimento de intervenções em saúde mais sensíveis às necessidades de tais adolescentes.

RESULTADOS



5. Resultados

5.1 Resultados da caracterização sócio-demográfica

Participaram do estudo 06 adolescentes diagnosticados com sintomas urinários ou intestinais, com idades entre 12 e 18 anos, acompanhados no programa de uroterapia do ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria. Todos foram convidados a responder um questionário semiestruturado.

Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes com sintomas urinários ou intestinais acompanhados no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria.

Codinome	Sexo	Idade	Nível Escolar	Sintomas urinários ou intestinais
A 1	Masculino	14	Ensino Fundamental	Enurese noturna
A 2	Feminino	18	Ensino Superior	Incontinência urinária
A 3	Feminino	11	Ensino Fundamental	Constipação Intestinal Funcional
A 4	Masculino	13	Ensino Fundamental	Enurese noturna
A 5	Masculino	12	Ensino Fundamental	Frequência urinária diminuída
A 6	Feminino	17	Ensino Médio	Incontinência urinária

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes com sintomas urinários ou intestinais acompanhados no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria, segundo variáveis levantadas.

Variável		<i>n = 06</i>
Sexo	Masculino	03
	Feminino	03
Idade	Adolescente (10 a 15 anos)	04
	Adolescente (16 a 19 anos)	02
Nível Escolar	Ensino Fundamental	04
	Ensino Médio	01
	Ensino Superior	01
Sintoma urinário ou intestinal	Enurese noturna	02
	Incontinência urinária	02
	Constipação Intestinal	01
	Frequência urinária diminuída	01

Na tabela 2 observa-se o perfil demográfico dos adolescentes entrevistados. Nota-se que não houve predominância de um gênero em detrimento ao outro. Em relação à idade, a média encontrada foi de $14,2 \pm$ anos. Quanto à distribuição da faixa etária, temos que dos 06 adolescentes que compuseram a amostra final, 66,66% ($n = 04$) têm entre 10 e 15 anos, enquanto que 33,33% ($n = 02$) têm entre 16 e 19 anos.

No que se refere ao nível escolar, os adolescentes estão distribuídos em ensino fundamental 66,66% ($n = 04$), ensino médio 16,67% ($n = 01$) e ensino superior 16,67% ($n = 01$). Os resultados relativos aos sintomas revelam predominância da enurese noturna com 33,33% ($n = 02$) acompanhada pela incontinência urinária, também com 33,33% ($n = 02$), enquanto que a constipação intestinal funcional e a frequência urinária diminuída aparecem com 16,67% ($n = 01$) cada sintoma.

5.2 Resultados relacionados às análises temáticas

Os pacientes acompanhados no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria e em seguimento no programa de uroterapia, foram entrevistados pela autora, sendo que seus relatos foram baseados de acordo com sua experiência do sintoma, o impacto que esse sintoma exercia na dimensão socioemocional, e quais estratégias eles utilizavam para manejá-los.

No que tange a dimensão socioemocional, os adolescentes referiram sentimento de tristeza, medo e situações de constrangimento em decorrência do sintoma, porém houve os que referiram sentimento de indiferença em relação ao sintoma, o que reflete que a experiência do sintoma é individual e cada um o vivencia de uma forma particular, sendo influenciado pelos aspectos culturais, sociais e experiência de vida ao qual está inserido.

No que se refere ao conhecimento sobre o motivo que os levaram até o serviço de uropediatria, alguns adolescentes referiram conhecimento sobre seu sintoma urinário ou intestinal e apontaram estes como motivo para a consulta no ambulatório. Observa-se, por meio da fala do A2, que há uma compreensão quanto a importância do acompanhamento em razão do agravamento do sintoma, caso este não seja tratado.

“por causa do cocô...” (A3)

“ah, eu acho que é por causa do xixi...” (A6)

“É... Eu sei que se não tratar pode se agravar um pouquinho mais” (A2)

Percebe-se uma tentativa de “esconder” os sintomas dos colegas, por meio do comportamento de não-verbalização do sintoma, talvez por vergonha ou medo de carregar um estigma e tornar-se vítima de *bullyng*.

“Ninguém sabe. Ué, só não contar. O único que sabe lá de casa... Do que vai lá em casa de vez em quando, que vai me buscar lá. É... O Carlos, que minha vó pegou e contou pra ele, que eu falei que não era pra contar, minha vó foi lá e contou. Ai tipo, eu fiquei com raiva da minha vó, por causa que minha vó... Aí vai e ele conta pra todo mundo, ai eu falei que não era pra contar, ai ele pegou e falou que não era pra contar... Que não ia contar”. (A4)

“[...] porque é um negócio assim que só percebe se vê ou contar, agora não contava nem nada...” (A2)

Questionados quanto a forma que utilizam para buscar por informações sobre seu sintoma urinário ou intestinal, os adolescentes ficaram divididos entre aqueles que apresentaram comportamento de busca e aqueles que não apresentaram comportamento de busca por informações acerca de seu problema. Aqueles que buscavam informação, o fazia por meio das mídias sociais ou através do profissional de saúde médico. Nas falas dos adolescentes percebe-se uma tendência ao uso da internet como fonte de informação.

“Normalmente eu espero chegar a consulta que antes eu acho que era de um em um mês, aí eu esperava chegar a consulta e tirava todas as dúvidas”. [...] a única alternativa que tinha era o Google, mas Google... É aquela história né. (A2)

“[...] perguntei pros médicos e pra minha mãe” (A3)

“ah, eu pesquisaria na internet (A3)

“assim, eu tipo, eu vou no instagram, né? Nessas coisas assim, da internet, pesquiso no google” (A6)

Os adolescentes consideraram que as estratégias e experiências de automanejo de seus sintomas no contexto da uroterapia envolviam ações de micção programada, alterações no padrão alimentar, diminuição da ingestão hídrica, uso de dispositivo para ingestão hídrica adequada e lembretes através de lista de orientações/ recomendações fornecidas pelo serviço de PAEU. Uma das intervenções de uroterapia praticada pelos adolescentes, segundo orientação do serviço, foi o gerenciamento da micção programada com aumentos graduais do intervalo entre as micções, utilizando o despertador do celular como dispositivo de lembrete, como estratégia de automanejo.

Eu trabalhei indo ao banheiro, ficava me cobrando bastante a ponto de colocar despertadores no celular pra poder lembrar que... Antes eu nem pensava em banheiro, tava entretida assistindo, brincando, essas coisas... Ai nem pensava em banheiro, ai foi indo ao banheiro, colocando despertador (A2)

No que se refere a rede de apoio do adolescente entrevistados com sintoma urinário e intestinal, foi percebido que o sintoma é compartilhado apenas com os amigos mais próximos, e que no caso da A2 serviu como sistema de apoio para seguimento de suas práticas de automanejo.

Tinha uns (amigos) que eu até comentava né, sobre, tinha uns até que no ensino fundamental eles ficavam toda hora: você já foi no banheiro? Tem que fazer isso, tem que fazer aquilo (A2)

Tendo em vista as dificuldades de se abordar o adolescente, buscamos compreender por meio da percepção deles, quais canais de comunicação eles desejariam receber orientações relacionadas ao tratamento da uroterapia, de modo a tornar o tratamento mais atrativo, e foi referido o uso de tecnologia e/ou aplicativos e/ou redes sociais.

Acho que pelo WhatsApp, que é o trem que eu uso. (A5)

Humm, eu acho que, pelo Instagram, eu passo a maioria lá no instagram, grande parte do tempo no Instagram. (A6)

Em muitos casos, o seguimento no programa de uroterapia pode levar até um ano ou mais, o que torna a ida ao ambulatório uma rotina e consideramos captar qual a percepção dos adolescentes em relação ao serviço de PAEU e observamos sentimento de gratidão e reconhecimento pelo atendimento prestado a eles. Os adolescentes destacaram a estratégia lúdica e explicativa utilizada nas consultas de enfermagem em uropediatria, o que apoia as práticas de automanejo. Um adolescente que estava em processo de alta ambulatorial, visto que adquiriu o controle do seu sintoma declarou:

Com o tratamento do pessoal daqui eu consegui me tratar bem, criar assim um vínculo com as pessoas e consegui me recuperar. Tanto que agora já estou sendo liberada, graças a Deus. E... É só. (A2)

Nos relatos dos adolescentes houve uma diversidade de práticas de automanejo para controle dos sintomas urinários ou intestinais (Tabela 2), evidenciando sua capacidade de enfrentar o sintoma mediante práticas de gerenciamento dos sintomas no contexto da uroterapia, porém as práticas de automanejo referidas estão diretamente relacionadas às intervenções de enfermagem prescritas pelo serviço.

O uso de tecnologias apareceu em diversas falas quando questionados sobre uma estratégia de intervenção que o serviço poderia adotar quanto às orientações de adesão à uroterapia, percebe-se um forte interesse por parte dos adolescentes pelo uso de mídias sociais como estratégia de automanejo de sintomas urinários e ou intestinais.

No geral, os adolescentes demonstraram uma capacidade de automanejo dos sintomas com o uso de diversas práticas e orientações que são passadas durante as consultas realizadas no ambulatório no qual fazem acompanhamento.

Tabela 3 - Estratégias de automanejo referidas pelos adolescentes com sintomas urinários ou intestinais acompanhados no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria.

Estratégias de automanejo referidas pelos adolescentes	Trecho da entrevista
Restrição hídrica e ida à toailete antes de dormir	<p>"eu vou no banheiro antes de dormir" (A1)</p> <p>"Só não beber muito líquido (antes de dormir). É, só isso" (A4)</p> <p>"não bebo água antes de dormir" (A1)</p>
Programação miccional com apoio de despertadores	<p>[...] Ai nem pensava em banheiro, ai foi indo ao banheiro, colocando despertador" (A2)</p> <p>"Ah, eu coloco também meu celular pra despertar" (A6)</p>
Evacuar somente no período noturno e ambiente domiciliar, fazendo uso do banheiro da escola em último caso	<p>"é... Eu só faço cocô a noite". às vezes... eu vou lá (no banheiro da escola) e faço (A3)</p>
Modificação no padrão alimentar com redução de alimentos potencialmente irritantes vesicais e adesão aos hábitos alimentares saudáveis, conforme orientado pelo serviço	<p>"É... Ai a forma é, no começo eu diminui algumas coisas né, que pediram pra eu diminuir, tipo o uso de cafeína, refrigerante, teve um tempo assim, eu não parei de tomar essas coisas, nem ficar sem comer essas coisas, mas diminui, só algumas coisas assim que não conseguia, por exemplo, abacaxi que eu sou muito viciada em abacaxi" (A2)</p> <p>"É... Ai era uma coisa assim (alimentos irritantes vesicais) que pediam pra um diminuir um pouquinho, mas ai eu diminui, só não parei" (A2)</p> <p>"Entendendo, pelos, tipo as verduras que elas falam (orientações das enfermeiras). Beber muita água [...]" (A3)</p> <p>"Não tomar muito refrigerantes, esses trem..." (A5)</p> <p>"ah, tipo... Eu não como doce, eu não bebo muito refrigerante, essas coisas assim, pra não, pra não piorar mais (o sintoma urinário)" (A6)</p>
Uso de "garrafinha" para garantir uma ingestão hídrica adequada	<p>"eu trago a garrafinha. Ai pra ir no banheiro, pra mim quando dá vontade eu falo... Ou quanto tá no recreio, educação física eu vou (A4)</p> <p>"ah eu também fico com a garrafinha" (A5)</p>
Uso da lista de orientações/recomendações fornecida pelo serviço como estratégia de adesão	<p>"ah, elas me dá tipo uma folhinha pra me orientar mais" (A6)</p> <p>"ah, eu chego assim em casa e vou colando na parede pra eu depois ficar vendo assim" (A6)</p> <p>"pela listinha..." (A1)</p>

Tabela 4 - Estratégias de automanejo sugeridas pelos adolescentes com sintomas urinários ou intestinais acompanhados no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria.

Estratégias de automanejo sugeridas pelos adolescentes	Trecho da entrevista
<p>Uso de tecnologia, mídias sociais e aplicativos de mensagens instantâneas como canal de comunicação e fonte de informação sobre como seguir as orientações fornecidas pelo serviço de PAEU para controle dos sintomas</p>	<p><i>"aí eu não sei...acho que pelo whatsApp. Que é o trem que eu uso" (A5)</i></p> <p><i>"hum... Só o whatsApp e o instagram . O instagram eu não uso muito" (A5)</i></p> <p><i>"hum, eu acho que, pelo instagram, eu passo a maioria lá no instagram, grande parte do tempo no instagram (A6)</i></p> <p><i>"Pelo celular. [...] Tipo por mensagem, normal. É, WhatsApp, Insta...(instagram)" (A4)</i></p> <p><i>"assim, eu não sei muito, mas acho que o instagram ia ser muito bom pra mim" (A6)</i></p> <p><i>"ahm eu acho legal né, por causa do instagram, é muita coisa legal, eu acho uma ideia muito legal, na verdade. unhum...eu acho que também é até mais prático, né? " (A6)</i></p> <p><i>"ah, eu pesquisaria na internet (A3)</i></p> <p><i>"assim, eu tipo, eu vou no instagram, né? Nessas coisas assim, da internet, pesquiso no google" (A6)</i></p> <p><i>" Só uso youtube" (A3)</i></p> <p><i>"tipo um jogo" (A1)</i></p> <p><i>"com perguntas. em joguinhos"," celular"(A3)</i></p> <p><i>"Uai... Quer a possibilidade de qual jogo[...] Qualquer coisa, tipo de jogo". (A4)</i></p>

Aplicabilidade da Teoria do Gerenciamento de Sintomas

Com base no exposto, verificou-se que a TGS é aplicável ao cuidado ao adolescente com sintomas urinários e/ou intestinais, pois configurou-se como um guia para a abordagem prática da avaliação dos três domínios da enfermagem (pessoa, saúde-doença e ambiente) e dos três conceitos-chave (experiência do sintoma, estratégias de gerenciamento do sintoma e resultados). Portanto, demonstra-se a seguir como esses conceitos foram abordados e sua relação com os resultados obtidos.

Embora a TGS esteja baseada nos três conceitos-chave supracitados, a pesquisa teve como foco central o conceito da “experiência do sintoma”, definida pela percepção, avaliação e resposta ao sintoma (HUMPHREYS et al., 2014). Nesse sentido, o adolescente com sintoma urinário ou intestinal percebe (sente) o sintoma, avalia (autoavalia a intensidade) e responde ao sintoma (comportamento de não-verbalização).

As considerações acerca dos resultados derivados da avaliação dos sintomas urinários e intestinais e das estratégias de gerenciamento utilizadas pelos adolescentes para controle do sintoma estão correlacionadas a seguir.

Experiência do sintoma: os sintomas urinários ou intestinais podem ser caracterizados por diversos descritores, entretanto, foi comumente reportado como “por causa do xixi”, “por causa do cocô”. Ressalta-se que os adolescentes autorelataram estes descritores quando questionados sobre o que o levava ao serviço de PAEU.

Estratégias de gerenciamento do sintoma: verificou-se o uso de mais de uma estratégia para o controle dos sintomas urinários ou intestinais. As estratégias de automanejo corresponderam

a “1) restrição hídrica e ida toaleta antes de dormir”, “2) programação miccional com apoio de despertadores”, 3) evacuação somente em ambiente familiar”, “3) modificação no padrão alimentar com redução de alimentos potencialmente irritantes vesicais e adesão aos hábitos alimentares saudáveis, conforme orientado pelo serviço”, “4) uso de “garrafinha/ squeeze ” para garantir uma ingestão hídrica adequada” e 5) “uso da lista de orientações/recomendações fornecida pelo serviço como estratégia de adesão”.

Estado do Sintoma: verificou-se que os sintomas urinários e intestinais impactam negativamente a dimensão emocional, podendo incorrer em um comportamento de não-verbalização como forma de minimizar estigmas.

É importante destacar que pela lógica da TGS o sucesso do gerenciamento dos sintomas depende da adesão da pessoa e da sua capacidade de autocuidado. Neste caso, os sintomas urinários e intestinais dependem também da adesão do adolescente às estratégias implementadas, bem como da sua capacidade de autocuidado. No caso do sintoma de incontinência urinária, por exemplo, um adolescente referiu a seguinte frase, quando questionado sobre seguir as orientações/intervenções:

Alguns sim, alguns não. Sigo... Tipo, 90% não e 5% sim. Ah não sei, tipo... Eu esqueço, tem vez que eu esqueço aí eu não faço...” (A4).

Com base no exposto, verificou-se que a TGS é aplicável ao cuidado à ao adolescente com sintoma urinário e intestinal, pois configurou-se como um guia para a abordagem prática da avaliação da “experiência do sintoma”, facilitando a compreensão dos sintomas urinários e intestinais.

DISCUSSÃO



6. Discussão

Os resultados encontrados neste estudo, por intermédio da técnica da análise temática (Braun & Clarke, 2006) e da aplicabilidade da Teoria de Gerenciamento de Sintomas (TGS) (HUMPHREYS et al., 2014), permitiu compreender a experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais, atendidos no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria em programa de uroterapia.

As narrativas dos adolescentes, neste estudo, demonstraram que a dimensão psicossocial e emocional é significativamente afetada pela ocorrência de sintomas urinários e intestinais. Os sentimentos descritos pelos adolescentes foram sentimento de tristeza, medo, constrangimento e vergonha. Esse achado corrobora com os resultados de uma revisão sistemática de métodos mistos que descreveu sentimentos vivenciados/experenciados por adolescentes com sintomas urinários e intestinais e demonstrou que esses pacientes experimentam sentimentos de inferioridade, agressividade, culpa, vergonha (SALVIANO, GOMES P MARTINS, 2020). A literatura tem mostrado que pacientes adolescentes com sintomas urinários e/ou intestinais são particularmente propensos a desenvolver distúrbios emocionais (AZEVEDO R.V.M, et al., 2014).

Outro achado do nosso estudo diz respeito ao comportamento de não-verbalização dos sintomas como forma de “manter o sintoma em segredo”. Esse achado vai de encontro ao apontado nos estudos (OLARU et al., 2016) onde foi demonstrado que as crianças com esses sintomas apresentam medo relacionado ao *bullying* e medo de ter uma relação ruim com seus pares e por essa razão optam por esconder o sintoma. No estudo de SAARIKOSK (2018), também foi identificado que o adolescente tem receio de que seu problema urinário seja descoberto por colegas e se torne alvo de *bullying*. Assim, o adolescente esconde de seus pares seu problema e teme a ocorrência de perdas urinárias durante o período escolar.

O estudo realizado por Cederblad *et al.* (2014) destaca o sintoma urinário como socialmente estigmatizante. Os sintomas urinários e/ou intestinais podem influenciar de forma negativa aspectos da rotina da criança, sobretudo aqueles inerentes ao contexto escolar. Tais sintomas são tidos como sintomas angustiantes, os quais os adolescentes encontram dificuldades de falar sobre e que impactam significativamente sobre o estilo de vida, atividades diárias e qualidade de vida (BROWNE, 2015).

Em contrapartida apesar de alguns adolescentes apresentarem o comportamento de não-verbalização do sintoma com o objetivo de “*manter em segredo*”, outros fizeram referência ao

papel da família e dos amigos mais próximos como um sistema de apoio importante para a prática de automanejo dos sintomas urinários ou intestinais. Esse achado é demonstrado no estudo realizado por STINSON, et al. (2014), que destaca que os adolescentes consideram o apoio de colegas como algo positivo.

Quanto à experiência de automanejo referida pelos adolescentes para controle dos sintomas urinários e intestinais, os adolescentes entrevistados apresentaram práticas de automanejo no contexto da uroterapia consistentes, porém desde que apoiados pelos profissionais enfermeiros do serviço de PAEU. De acordo com SALVIANO et al. (2020), é necessário que o enfermeiro de prática avançada de enfermagem em uropediatria forneça as ferramentas necessárias para garantir essa autonomia ao adolescente para manejar seu sintoma urinário ou intestinal.

O uso de garrafas/squeeze como estratégia de automanejo referida pelo adolescentes para manutenção de ingestão hídrica adequada, corrobora com o demonstrado no estudo realizado na Austrália onde em um programa chamado Fresh Kids criado para promover uma alimentação saudável e reduzir os fatores de risco associados à obesidade infantil, realizou a distribuição de garrafas reutilizáveis para o consumo de água foi como estratégia para promoção da ingestão de água e o resultado foi positivo (LAURENCE, PETERKEN, BURNS, 2007).

A estratégia de automanejo de restrição hídrica antes de dormir, a fim de evitar a ocorrência de perdas urinárias, é tida como uma intervenção comportamental simples no contexto da uroterapia, e é praticada pelos adolescentes do nosso estudo, conforme referido por eles. A literatura aponta que além da restrição hídrica é recomendado que não sejam ingeridos alimentos diuréticos próximo da hora de dormir, tais como sucos de frutas cítricas, café, chá, refrigerantes e chocolate, pois esses alimentos são considerados irritantes vesicais e promovem a perda urinária (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019; MILLER et al., 2016).

Considerando que a modificação no padrão alimentar com redução de alimentos potencialmente irritantes vesicais e adesão aos hábitos alimentares saudáveis, conforme orientado pelo serviço, foi uma estratégia de automanejo referido pelos adolescentes do nosso estudo, destaca-se que a adesão aos hábitos alimentares saudáveis é um componente importante na uroterapia padrão. Tal achado corrobora com o reportado por uma revisão sistemática realizada para identificar e descrever os protocolos e desfechos clínicos das intervenções de uroterapia em crianças e adolescentes com disfunção vesical e intestinal, e apontou resultados positivos em termos de redução de sintomas adolescentes com sintomas urinário e intestinal com a adesão da uroterapia padrão que consistiu em um estilo de vida saudável com a ingestão hídrica adequada, redução de cafeína, dieta rica em fibras (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019).

A postergação do ato miccional é referida pelos próprios adolescentes tendo como o principal fator o esquecimento de procurar o banheiro, por isso a programação miccional foi mencionada pelos adolescentes entrevistados como prática de automanejo do sintoma urinário. Eles relatam ainda que essa programação miccional é feita com apoio da função despertador do celular para programar a ida ao banheiro de duas em duas horas. A micção programada é um componente da uroterapia que atua na redução do sintoma urinário (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2019).

O uso da lista de orientações/recomendações fornecida pelo serviço como estratégia de adesão, fez parte do escopo de estratégias de automanejo praticadas pelos adolescentes do nosso estudo. Cabe destacar que no contexto do serviço estudado, a saber, o ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, esse achado chama atenção, uma vez o serviço utiliza-se de ações educativo-instrucionais voltadas aos pacientes em uroterapia com o objetivo de promover, estimular a participação e adesão terapêutica desses pacientes. Tais materiais são compostos por encartes/manuais ilustrativos, desenvolvidos em linguagem simples e considerando o nível de desenvolvimento em que o paciente se encontra, com vistas a facilitar a compreensão e adesão às intervenções de enfermagem realizadas. (SOUZA, SALVIANO, MARTINS G, 2018). Vale ressaltar que conforme já apresentado nos resultados, os descritores utilizados pelos adolescentes para se referirem aos instrumentos educativo-instrucionais do serviço foram: *“listinha”* e *“papel”*.

A proposta destes manuais fornecidos pelo serviço, é servir como fonte segura de informação e desmistificação de aspectos relacionados aos sintomas urinários e intestinais, concomitantes ou não, além de trazer instruções sobre as intervenções de enfermagem que se traduzem em adesão à hábitos de eliminações saudáveis, ingestão hídrica adequada, hábitos alimentares saudáveis, posicionamento correto no vaso sanitário, entre outros (SOUZA, SALVIANO, MARTINS, 2018; AUSTIN, 2016).

A fala de uma das adolescentes entrevistadas, chamou a atenção, pois sua prática de automanejo do sintoma intestinal, trata-se de um comportamento retentivo frente ao desejo de evacuar, no contexto escolar. A adolescente justifica que adota esse comportamento para evitar a experiência vergonhosa, segundo sua percepção do sintoma. Tal achado é explicado no estudo de prevalência de sintomas do trato urinário inferior realizado em escolares e no estudo que de determinantes não biológicos da disfunção intestinal, onde apontam que o contexto escolar pode influenciar o comportamento miccional e intestinal de maneira positiva, quando reforça hábitos de

eliminações saudáveis; e negativa, ao levar a criança ou adolescente a adiar suas eliminações fisiológicas (MARTINS *et al*, 2016; SOUZA, SALVIANO, MARTINS, 2016).

Em nosso estudo, ficou evidenciado que a busca por informações em saúde no ambiente virtual deu-se como uma estratégia unânime entre os adolescentes. Houve também a preferência por práticas de automanejo utilizando a tecnologia como ferramenta. Esse interesse dos adolescentes pelo uso da internet é demonstrado na literatura, pois há o reconhecimento de que a internet pode ser utilizada por adolescentes para o suporte na gestão e prevenção de doenças (CHISOLM; JOHNSON; MCALEARNEY, 2011).

Todos os adolescentes entrevistados referiram fazer uso da internet. Tal dado é reforçado na pesquisa “TIC Domicílios”, de 2013, apontou que 75% dos adolescentes de 10 a 15 anos e 77% dos jovens entre 16 e 24 anos são usuários da Internet (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014).

As ferramentas de comunicação da internet, sugeridas pelos adolescentes do nosso estudo como estratégia de adesão às intervenções e consequente automanejo, foram o *YouTube*®, que é uma plataforma de compartilhamento de vídeos, o *WhatsApp*® que trata-se de um aplicativo que permite transferência de informações, incluindo texto e imagens, em tempo real, o *Instagram* que permite o compartilhamento de imagem e vídeos, todas estas são redes sociais virtuais criadas nas mídias virtuais que têm-se tornado um forte instrumento adotado para promoção de apoio, incentivo, troca de experiências entre outras atividades, pois para SNYDER *et al.* (2011), tais ferramentas podem ajudar os adolescentes a compartilhar experiências e buscar informações através do apoio mútuo de outros adolescentes com a mesma condição de saúde.

O uso do *WhatsApp*® como potencial estratégia de gerenciamento de sintomas e adesão ao tratamento vem sendo fortemente retratado na literatura. Segundo um estudo, realizado no Equador, com pacientes diabéticos, deste, 82,4% demonstraram interesse em receber informações e 84,7% desejavam esclarecer dúvidas com a equipe de saúde sobre o diabetes por meio do *WhatsApp*®. (GIMENEZ-PEREZ *et al.*, 2016). Outro estudo realizado por programa educativo, denominado MOVEdiabetes, que também utilizou o *WhatsApp*® como estratégia de adesão, apontou como resultado que o *WhatsApp*® é uma ferramenta útil no monitoramento dos pacientes em longo prazo (ALGHAFRI, 2017).

Os adolescentes sugeriram o uso do *Instagram* como estratégia de automanejo dos sintomas urinário e intestinal, com isso, é importante destacar que o *Instagram* conta com 800 milhões de usuários, sendo o 4^a mais baixado no Brasil, portanto é uma ferramenta importante na promoção de saúde (VICTOR CAPUTO, 2016).

Também foi possível perceber nas falas dos adolescentes que o uso das mídias pode ajudá-los a compreender o processo do sintoma urinário e intestinal, bem como auxiliá-los na adesão às intervenções de uroterapia. Segundo ARAUJO (2011) o conhecimento que o adolescente adquire sobre a doença será determinante no desenvolvimento de estratégias positivas para o enfrentamento, as quais poderão diminuir os estressores que são inerentes a um problema de saúde. Destaca-se o papel importante do enfermeiro com a prática educativa através das redes sociais, pois além da manutenção de vínculos afetivos ao promoverem incentivos aos adolescentes que convivem com alguma condição de saúde, esse vínculo promove adesão às intervenções de uroterapia.

6.1 Limitações do estudo

A limitação encontrada no estudo foi durante as entrevistas que eram realizadas presencialmente, e foi necessário suspender os atendimentos no ambulatório devido a pandemia da Covid-19, juntamente com o isolamento social iniciado no Brasil a partir de março de 2020.

6.2 Contribuições para a enfermagem

Este estudo fornece dados empíricos sobre como os adolescentes controlam os problemas urinários e intestinais e oferece uma base para pesquisas futuras para o desenvolvimento de estratégias de automanejo dos sintomas baseados em evidências. Desse modo, é de extrema importância avaliar e reconhecer as práticas de automanejo utilizadas por eles, a fim de aliar uma melhor linguagem/abordagem e intervenção de enfermagem no contexto da uroterapia.

As repercussões desta pesquisa visa contribuir com a prática pediátrica baseada em evidências ao agregar conhecimento aos níveis e às forças de evidência disponíveis na literatura, com vistas a prestar uma assistência sensível às necessidades dos adolescentes com sintomas urinários e/ ou intestinais no contexto de cuidado da Prática Avançada em Enfermagem em Uropediatria, inclusive por meio da identificação de intervenções inovadoras como no formatos de mídias sociais dentre outras tecnologias de informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



7. Considerações finais

Esse estudo foi realizado no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria (PAEU) que é um projeto de extensão de ação contínua desenvolvido no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem especializados às crianças e adolescentes acometidos por sintomas urinários e intestinais.

Ressalta-se que o presente estudo trouxe importante contribuição para a área de pesquisa da qual a pesquisadora faz parte, pois buscou compreender a experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais, atendidos no referido ambulatório. A aplicabilidade da análise temática de Braun e Clarke (2006) e o referencial teórico de gerenciamento de sintoma (TGS) possibilitou captar as práticas de automanejo referidas pelos adolescentes em uroterapia do serviço citado acima.

A partir dos dados obtidos nesse estudo, identifica-se que o adolescente com sintomas urinário ou intestinal apresenta impacto nas dimensões emocional e social. Sentimento de tristeza, vergonha e constrangimento, foram relatados, bem como dificuldade de compartilhar a experiência do sintoma entre pares e outros. No contexto escolar, ficou demonstrado o medo relacionado ao *bullying* e em razão disso o comportamento retentivo, incorrendo em automanejo fragilizado. No contexto familiar, a figura da mãe e avó apareceram como rede de apoio no que tange ao automanejo.

Essa pesquisa mostrou que as práticas de automanejo referidas pelos adolescentes elencam a restrição hídrica e ida ao toalete antes de dormir, programação miccional com apoio de despertadores, evacuação somente em ambiente familiar, modificação no padrão alimentar com redução de alimentos potencialmente irritantes vesicais e adesão aos hábitos alimentares saudáveis, conforme orientado pelo serviço uso de “garrafinha/ squeeze, para garantir uma ingestão hídrica adequada, uso da lista de orientações/recomendações fornecida pelo serviço como estratégia de adesão ao tratamento.

Os achados desta pesquisa evidenciam também que os adolescentes preferem receber informações de educação em saúde, especialmente as orientações/intervenções de uroterapia, por meio de mídias sociais, a saber: *WhatsApp, Instagram, Youtube* e jogos virtuais. Assim, percebe-se o quanto essas ferramentas oportunizam os profissionais da saúde, no caso dessa pesquisa, as enfermeiras de prática avançada de enfermagem em uropediatria a alcançarem o adolescente e promoverem às intervenções de enfermagem em uropediatria. É válido destacar que os profissionais da saúde têm a sua disposição as mídias sociais, como estratégia de adesão ao tratamento, uma vez

que são recursos que fazem parte do cotidiano do adolescente e percebe-se neles maior interesse pelo aprendizado.

Em suma, esse estudo sugere a necessidade de pesquisas futuras no sentido de melhorar a compreensão das experiências de automanejo dos sintomas urinários e intestinais por parte do adolescente.

REFERÊNCIAS



8. Referências

ALGHAFRI, T. S.; ALHARTHI, S. M.; AL-FARSI, Y. M.; CRAIGIE, A. M.; MCLEOD, M.; ANDERSON, A. S. Study protocol for “MOVEDiabetes”: a trial to promote physical activity for adults with type 2 diabetes in primary health care in Oman. *BMC Public Health*, v. 17, n. 28, [07 telas], 2017.

ALMEIDA, R. G. S. et al. Validation for the Portuguese language of the Educational Practices Questionnaire (Student Version). *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 390-396, 2016.

AMADO, C. R., Leal, M. M., & Saito, M. I. (2014). O adolescente portador de doença crônica. Em M. I. Saito, L. E. Silva, & M. M. Leal, *Adolescência Prevenção e Risco* (3ª ed., pp. 327- 337). São Paulo: Atheneu.

AMADO, C. R., Leal, M. M., & Saito, M. I. (2014). O adolescente portador de doença crônica. Em M. I. Saito, L. E. Silva, & M. M. Leal, *Adolescência Prevenção e Risco* (3ª ed., pp. 327- 337). São Paulo: Atheneu.

ARAÚJO, Y. B., COLLET, N., GOMES, I. P., & AMADOR, D. D. (2011a). Saberes e experiências de adolescentes hospitalizados com doença crônica. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 19(2), 274-279. [Links]

ARECO, N.M. et al. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicologia & Sociedade*. Florianópolis: v. 23, n. 1, p. 103-113, 2011.

ASSIS, G. M.; SILVA, C. P.C.; MARTINS, G. Uroterapia no tratamento de crianças e adolescentes com disfunção vesical e intestinal: revisão sistemática. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2019, vol.95, n.6 [cited 2020-11-15], pp.628-641.

AUSTIN P.F, BAUER S.B, BOWER W., CHASE J., FRANCO I., HOEBEKE P., et al. The standardization of terminology of Lower Urinary Tract Function in children and adolescents: update report from the standardization committee of the international children’s continence society. *J Urol*[Internet]. 2014

AUSTIN, P.F. et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children’s Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, v.35, p. 471–481, 2016.

AVERBECK, M. A., MADERSBACHER, H. Constipation and LUTS: how do they affect each other?. *Int. braz.j urol.* [online]. 2011, vol.37, n.1 [cited 2020-11-16], pp.16-28. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382011000100003&lng=en&nr m=iso>. ISSN 1677-5538. <https://doi.org/10.1590/S1677-55382011000100003>

AZEVEDO R.V.M, OLIVEIRA E.A, VASCONCELOS M.M.A, CASTRO B.A.C, PEREIRA F.R, DUARTE N.F.V. et al. Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). *J Bras Nefrol*. 2014;36(4):451-9. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140065>. PMID:25517273. [Links]

AZEVEDO, R.V.M. et al. Impact of an interdisciplinary approach in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction (LUTD). *Journal Bras Nefrol*, v.36, n. 4, p. 451-459, 2014.

BRAUN, V., & CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006. 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BARRA, D. C. C; PAIM, S. M. S.; SASSO, G. T. M. D. C., G. WINTER. MÉTODOS PARA DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVOS MÓVEIS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2017, vol.26, n.4 [citado 2020-11-16], e2260017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400502&lng=pt&nrm=iso>. Epub 08-Jan-2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002260017>.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, Março, 2016.

BATTERSBY, M. et al. A pragmatic randomized controlled trial of the Flinders Program of chronic condition management in community health care services. *Patient Education Counseling*, v. 98, n. 11, p. 1367-1375, 2015.

BATTERSBY, M. et al. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, v. 9, n. 3, p. 41-52, 2003.

BLUMENFELD O, BRAND R. Real time medical learning using the WhatsApp cellular network: a cross sectional study following the experience of a division's medical officers in the Israel Defense Forces. *Disaster Mil Med*. 2016;2(1):12. doi:10.1186/s40696-016-0022-7.

BOGER, E. et al. Self-management and self-management support outcomes: a systematic review and mixed research synthesis of stakeholder views. *PloS one*, v. 10, n. 7, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal n. 8.069/90, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [Internet]. 2014 [cited 2016 May 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente (1990). 7. ed. Série legislação, n. 25. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010

BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRITO, G. M. G. et al. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 298-306, 2016.

BORGERS M.E, VAN DER BERG M.M, REISTSMA J.B., et al. A randomized controlled trial of enemas in combination with oral laxative therapy for children with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:1069-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2009.06.018>.

BURGERS R.E, MUGIE S.M, CHASE J, COOPER C.S, VON GONTARD A, RITTIG C.S, HOMSY Y, BAUER S.B, BENNINGA M.A. Management of functional constipation in children with lower urinary tract symptoms: report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2013;190:29–36.

BURGERS R, LEVIN A.D, DI LORENZO C, DIJKGRAAF M.G, BENNINGA M.A. Functional defecation disorders in children: comparing the Rome II with the Rome III criteria. *J Pediatr*. 2012;161:615–20.e1.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. *São Paulo Perspec*. [online]. 2003, vol.17, n.2, pp. 109-122.

CAVALCANTI A.M, OLIVEIRA A.C.L (Org.). Autocuidado Apoiado: manual do profissional de saúde [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2012[cited 2016 May 25]. Available from: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/autocuidado-apoiado.pdf>

CHASE J.W, HOMSY Y, SIGGAARD C, et al. Functional constipation in children. *J Urol*. 2004; 171:2641-3

CESTARI, V. R. F. et al. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1195-1203, Dec, 2016.

CHIAUZZI, E.; RODARTE, C.; DASMAHAPATRA, P. Patient-centered activity monitoring in the self-management of chronic health conditions. *BMC medicine*, v. 13, n. 1, p. 77, 2015.

CHIAUZZI, E.; RODARTE, C.; DASMAHAPATRA, P. Patient-centered activity monitoring in the self-management of chronic health conditions. *BMC medicine*, v. 13, n. 1, p. 77, 2015.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. Pesquisa TIC Domicílios 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil [Internet]. 2014

CRESPIN J. Puericultura. Ciência, Arte e Amor. São Paulo: Editora Roca; 2007.

CROWE, H. *Nat. Rev. Urol*, v. 11, p. 178–182, 2014. Doi:10.1038/nrurol.2014.16

DEPRAZ, N. Compreender Husserl. Tradução de Fábio dos Santos. 2ª. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2008

DODD et al., 2001 - DODD, M. et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, v. 33, n. 5, p. 668–676, 2001. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.

DODD, JANSON, et al., 2001- DODD, M. J.; MIASKOWSKI, C.; PAUL, S. M. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, New York, v. 28, p. 465-70, 2001.

DODD, M. J.; MIASKOWSKI, C.; PAUL, S. M. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, New York, v. 28, p. 465-70, 2001.

DOODY, O.; BAILEY, M. E. Understanding pain physiology and its application to person with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, v. XX, n. X, p.1-14, 2017. DOI: 10.1177/1744629517708680.

DUELUND-JAKOBSEN, J. et al. Nurse-led clinics can manage faecal incontinence effectively: results from a tertiary referral centre. *Colorectal Disease. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, v. 17, p. 710–717, 2015. Doi:10.1111/codi.12983.

DWARSWAARD, J. et al. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health expectations*, v. 19, n. 2, p. 194, 2016.

ESTEVEZ, M. T. et al. Intervención educativa para el automonitoreo del drenaje continuo en el posoperatorio de mastectomía. Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 4, p. 75-83, 2013.

FARHAT, W. et al. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. *J Urol. Sep*, v.164, n. 3(Pt 2), p. 1011-5, 2000.

FARHAT, W. et al. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. *J Urol. Sep*, v.164, n. 3(Pt 2), p. 1011-5, 2000.

FRANKEN, M. G. et al. The increasing importance of a continence nurse specialist to improve outcomes and save costs of urinary incontinence care: an analysis of future policy scenarios. *BMC Family Practice*, v.19, n. 31, 2018. DOI 10.1186/s12875-018- 0714-9

FORT, M. P. et al. Opportunities for Involving Men and Families in Chronic Disease Management: A Qualitative Study from Chiapas, Mexico. *BMC Public Health*, Oct, 2015.

GALVÃO M. T. R. L. S; JANEIRO J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, p. 225-230, 2013.

GIMÉNEZ-PÉREZ, G.; RECASENS, A.; SIMÓ, O.; AGUAS, T.; SUÁREZ, A.; VILA, M.; CASTELLS, I. Use of communication technologies by people with type 1 diabetes in the social networking era. A chance for improvement. *Primary Care Diabetes*, v. 10, n.2, p. 121-8, 2016.

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

GRIFFITHS D.M. The physiology of continence: idiopathic fecal constipation and soiling. *Semin in Pediatr Surg*. 2002; 11(2):67-74.

GONÇALVES, H.S.; GARCIA, J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. *Psicol Cienc Prof*. 2007;27(3):538-53.

GRILLO, C.F.C, et al. Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

HIBBARD, J. H. et al. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Service Research Journal*, v. 39, n. 4, p. 1005-1026, 2004.

HILLERY, S. Developing a new one-stop urology diagnostics service. *British Journal of Nursing, (Urology Supplement)*, v. 27, n. 18, 2018.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

HORTA N.C, SENA R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem. *Physis*. 2010;20(2):475-94

HUMPHREYS et al., 2008 - HUMPHREYS, J. et al. Theory of symptom management. In: SMITH, M.J.; LIEHR, P.R. (Eds.). *Middle range theory for nursing*. 2nd ed. New York, NY: Springer, 2008. p. 145-158.

HUMPHREYS, J. et al., Theory of Symptom Management. In: SMITH, M. J.; LIHER, P.R. *Middle Range Theory for Nursing*. 3. ed. New York: Spriger publishing Company, 2014. p. 286-833.

JACOBI, C. S. et al. A dinâmica familiar frente ao idoso em tratamento pré-dialítico. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170023, 2017.

JOHNSON K.R, FUCHS E, HORVATH K.J, SCAL P. Distressed and looking for help: internet intervention support for arthritis selfmanagement. J Adolesc Health[Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 31];56(6):666-71. Available from: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00077-4/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00077-4/fulltext)

KETAI LH, KOMESU Y.M, DODD A.B, et al. Urgency urinary incontinence and the interoceptive network: a functional magnetic resonance imaging study. Am J Obstet Gynecol 2016;215:449.e1-17.

KUEH, Y. C. et al. Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. Health and Quality of Life Outcomes, v. 13, n. 1, p. 129, 2015.

LAURENCE S, PETERKEN R, BURNS C. Fresh Kids: the efficacy of a Health Promoting Schools approach to increasing consumption of fruit and water in Australia. Health promotion international. 2007; 22(3):218-26.

LINDER, L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for Pediatric Oncology Nursing. Journal of Pediatric Oncology Nursing, Philadelphia, v. 27, n. 6, p. 316-324, 2010.

MACHADO, V. Q.; FONSECA, E. M. G. O. Disfunção vesical e intestinal em crianças e adolescentes. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 15, n. 2, p. 146–154, 2016.

MACHADO, V. Q.; FONSECA, E. M. G. O. Disfunção vesical e intestinal em crianças e adolescentes. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 15, n. 2, p. 146–154, 2016.

MAROSTICA, P.J.C. et al. Pediatria: consulta rápida. Porto Alegre : Artmed, 2018.

MARTINS, G. School setting and voiding habits: a cross-sectional study among school-aged children from the Federal District. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 2, p. 235- 241, abr./jun., 2016.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 3, 7 telas, maio-jun. 2012.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 3, 7 telas, maio-jun. 2012.

MARTINS G, MINUK J, VARGHESE A, DAVE S, WILLIAMS K, FARHAT W.A. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: a pilot study. J Pediatr Urol [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 4];12(2):109.e1-6.

MALYKHINA A.P. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. Neuroscience, 2007.

MARGOLIS P.A, PETERSON L.E, SEID M. Collaborative Chronic Care Networks (C3Ns) to transform chronic illness care. *Pediatrics*[Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 31];131(Suppl4):S219-23. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/131/supplement_4/s219.long

MENDES E.V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família [Internet]. Brasília: OPAS; 2012 [cited 2016 May 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

McCORKLE, R. et al. Self-management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *A Cancer Journal for Clinicians*, v. 61, n. 1, p. 50-62, 2011.

MILLER J.M., GARCIA C.E, HORTSCH S.B, GUO Y, SCHIMPF M.O. Does instruction to eliminate coffee, tea, alcohol, carbonated, and artificially sweetened beverages improve lower urinary tract symptoms? A prospective trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43:69-79.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

MIRANDA, FERNANDA SANTANA, E DAIS GONÇALVES ROCHA. “O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, vol. 12, no 2, junho de 2018. www.reciis.icict.fiocruz.br, <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1331>

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MODI A.C., PAI A.L., HOMMEL K.A., HOOD K.K., CORTINA S., HILLIARD M.E, et al. Pediatric Self-management: A Framework for Reserarch, Practice, and Policy. *Pediatrics*. 2012

MOORE, K. L. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOORE S.M, HACKWORTH N.J, HAMILTON V.E, NORTHAM E.P, Cameron FJ. Adolescents with type 1 Diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control [Internet]. *Health Qual Life Outcomes*[Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 31];11:50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3614451/>

MOTA, D.M.; VICTORA, C.G.; HALLAL, P.C. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 3, 2005.

MUGIE S.M, BENNINGA M.A, DI LORENZO C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011;25:3–18.

NASCIMENTO, C. C. S.; SILVA, G. A.; NASCIMENTO, M. I. Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em unidades de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro. *Revista de APS*, v. 19, n. 4, 2016.

NEVÉUS, T. et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, v. 176, p. 314-324, Julho 2006.

NOGUEIRA, K. T. (2016). O adolescente com doença crônica. *PRONAP - Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria*, 19, 44-53.

NUNES, 2014 NUNES, M. D. R. Avaliação da fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e sua relação com padrão de sono e qualidade de vida relacionada à saúde. 2014. 168 f. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

OLARU C, DIACONESCU S, TRANDAFIR L, GIMIGA N, OLARU R.A, STEFANESCU G. et al. Chronic functional constipation and encopresis in children in relationship with the psychosocial environment. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:7828576. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7828576>. PMID:27990158. [Links]

PARSLOW, N; KUHNKE, J.; KOZELL, K. Canadian Enterostomal Therapy Nurses Advancing Wound, Ostomy and Continence Nursing. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 39, n. 3, p. 240-242, 2012.

OLIVEIRA, A.P.G; MILNITSKY-SAPIRO, C. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília: v. 27, n. 4, p. 622-635, 2007.

OLIVEIRA, C.B, et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

OLIVEIRA, F.N, et al. A criança e o adolescente como sujeitos de direitos e os desafios para sua inclusão na agenda das políticas públicas municipais. *Revista de Políticas Públicas*. São Luís: v. 15, n. 2, p. 213-223, 2011.

PAIXÃO, A.C.W.; DESLANDES, S.F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 19, v. 1, p. 114-126, 2010.

PESSALACIA, J. D.R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethikos*. São Paulo: v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.

PANAYI D.C, KHULLAR V, DIGESU G.A, SPITERI M, HENDRICKEN C, FERNANDO R. Rectal distension: the effect on bladder function. *Neurourol Urodyn*, 2011.

PARSLOW, N; KUHNKE, J.; KOZELL, K. Canadian Enterostomal Therapy Nurses Advancing Wound, Ostomy and Continence Nursing. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v. 39, n. 3, p. 240-242, 2012.

PETKOV, J.; HARVEY, P.; BATTERSBY, M. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. *Quality of Life Research*, v. 19, n. 7, p. 1079–1085, 2010.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Revista em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p.117-138, jul. 2009.

ROWNE, C.; SALMON, N.; KEHOE, M. Bladder dysfunction and quality of life for people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, v. 37, n. 25, p. 2350-8, 2015.

SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens 143 na promoção, proteção e recuperação da saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SANTROCK, J. *Childhood Development*. 14th Edition, New York: McGraw-Hill Education, 2013

SALVIANO, C.F. Sintomas do trato urinário inferior em escolares de uma região administrativa do Distrito Federal: estudo de prevalência e fatores associados. 2014. f 84. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SARICI H, TELLI O, OZGUR B.C, DEMIRBAS A, OZGUR S, KARAGOZ M.A. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *J Pediatr Urol*. 2016;12(3):159.e1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2015.11.011>. PMID:26778419. [Links]

SAUNDERS, D. K., PhD. Urinary system. Salem Press Encyclopedia of Science, 2017. 5p.

SCHULMAN-GREEN, D. et al. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 44, n. 2, p. 136-144, 2012.

SILVA, J. S.; SANTO, F. H. E.; CHIBANTE, hospitalizado: um olhar cuidadoso da enfermagem. n. 1, e20170010, 2017.

SOUZA B.M.L, SALVIANO C.F, MARTINS G. Advanced Practice Nursing in Pediatric Urology: experience report in the Federal District: relato de experiência no Distrito Federal . *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(1):223-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0654>

SOUSA M.LX.F., SILVA K.L., NÓBREGA M.M.L., COLLET N. Self-care deficits in children and adolescents with chronic kidney disease. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 31];21(1):95-102. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a11v21n1.pdf

SOUZA B.M.L, SALVIANO C.F, MARTINS G. The school context and lower urinary tract symptoms: an integrative literature review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015

SOUZA, B.M.L., SALVIANO, C.F., MARTINS, G. Advanced Practice Nursing in Pediatric Urology: experience report in the Federal. District. Rev Bras Enferm [Internet], v. 71, n. 1, p. 223-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0654>

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.* [online]. 2019, vol.71, n.2 [citado 2020-11-10], pp. 51-67 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1809-5267. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.

STINSON, J. N., LALLOO, C., HARRIS, L., ISAAC, L., CAMPBELL, F., BROWN, S., RUSKIN, D., GORDON, A., GALONSKI, M., PINK, L. R., BUCKLEY, N., HENRY, J. L., WHITE, M., & KARIM, A. (2014). iCanCope with Pain™: User-centred design of a web- and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs. *Pain research & management*, 19(5), 257–265. <https://doi.org/10.1155/2014/935278>

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TEIXEIRA, S.C.R; SILVA, L.W.S; TEIXEIRA, Marizete Argolo. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro: v. 1, n. 1, p. 37-44, 2013.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

TADDEO, P. S. et al. Prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2923-9, 2011.

TAVARES, Ana Paula; CRUZ, Isabel CF da. Construção de videoaula como estratégia de educação em saúde para pacientes hipertensos: relato de experiência. *Boletim NEPAE-NESEN*, [S.l.], v. 11, n. 2, maio 2014. ISSN 1676-4893. Disponível em: <<http://www.jsncare.uff.br/index.php/bnn/article/view/2644/627>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

VAN-HOUTUM, L.; RIJKEN, M.; GROENEWEGEN, P. Do everyday problems of people with chronic illness interfere with their disease management? *BMC Public Health*, v. 15, n. 1, p. 1000, 2015.

VASCONCELOS, M.M.A. et al. Disfunção do trato urinário inferior - um diagnóstico comum na prática pediátrica. *J Bras Nefrol*, v. 35, n.1, p. 57-64, 2013.

VEIGA, M. L. et al. Constipation in children with isolated overactive bladders. *Journal of Pediatric Urology*, v. 9, p. 945-949, 2013.

VIEIRA, G. L. C.; CECILIO, S. G.; TORRES, H. C. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Rio de Janeiro. Escola Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017.

VIEIRA, G. L. C.; CECILIO, S. G.; TORRES, H. C. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. Rio de Janeiro. Escola Anna Nery, v. 21, n. 1, 2017.

VON GONTARD, A. et al. Psychological and Psychiatric Issues in Urinary and Fecal Incontinence. The Journal of Urology, v. 185, p. 1432-37, 2011.

WAKIUCHI, J.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Porto Alegre. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 1, 2016.

WAKIUCHI, J.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Porto Alegre. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 1, 2016.

WIDMAIER, E. P. Vander: fisiologia humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 14, 2017.

YEUNG C., BARKER G., LACKGREN G. Pathophysiology of bladder dysfunction. In: Gearhart J., Rink R., Mouriquand P. (eds), Pediatric Urology, 2 edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 353–365, 2010.

APÊNDICES



9. Apêndice

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - RESPONSÁVEL

Convidamos o(a) Senhor(a) a autorizar a participação voluntária de seu (a) filho (a) no projeto de pesquisa *Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia*, sob a responsabilidade da pesquisadora Enfa. **Priscilla Lemos Gomes**. A presença de sintomas urinários e/ou intestinais na adolescência geram implicações de natureza psicossocial, podendo impactar negativamente na qualidade de vida dos adolescentes. É essencial que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros especialistas em Urologia Pediátrica, conheçam e atendam às necessidades de dimensão emocional e psicossocial para garantir um cuidado integral a esses adolescentes. O objetivo desta pesquisa é entender as experiências de adolescentes no auto manejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia atendidos no ambulatório de prática avançada de enfermagem em uropediatria para que possamos desenvolver ferramentas de intervenção que atraia o adolescente a aderir um comportamento de automanejo.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o nome de seu (a) filho (a) não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A participação de seu (a) filho (a) se dará por meio de entrevistas, onde o adolescente responderá a perguntas norteadoras sobre as experiências de manejo de sintomas urinários e intestinais. As entrevistas serão gravadas, apenas para posterior análise do conteúdo. A entrevista será feita no próprio ambulatório, após a consulta de rotina com um tempo estimado de 20 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes da participação de seu (a) filho (a) na pesquisa são referentes às questões de cunho psicoemocional e o adolescente será orientado, antes do início da entrevista, que o mesmo poderá deixar responder às perguntas que lhe causarem algum tipo de desconforto a qualquer momento. A pesquisadora oferecerá suporte emocional e em caso de houver necessidade, o adolescente será encaminhado ao serviço de psicologia. Se o(a) senhor(a) assim permitir e o adolescente aceitar participar, estarão contribuindo para que o enfermeiro de prática avançada preste uma assistência sensível às necessidades dos adolescentes com sintomas urinários e/ ou intestinais no contexto de cuidado da Prática Avançada em Enfermagem em Uropediatria, inclusive por meio da

identificação de intervenções inovadoras tais como aplicativo móvel, mídias sociais dentre outras tecnologias de informações. O(a) Senhor(a) saiba que o adolescente pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) e o seu (a) filho (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: *Priscilla Lemos Gomes*, no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria no telefone (61) 99583-2544, disponível inclusive para ligação a cobrar ou pelo e-mail priscillalegos@gmail.com. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do responsável legal do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Termo de Assentimento (TA)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Termo de Assentimento – ADOLESCENTE

Convidamos você adolescente, a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia*, sob a responsabilidade da pesquisadora Enfa. **Priscilla Lemos Gomes**. O problema de xixi e/ou cocô na adolescência afeta qualidade de vida dos adolescentes de uma forma ruim. É importante que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros especialistas em Urologia Pediátrica, conheçam e atendam às necessidades de dimensão emocional e psicossocial para garantir um cuidado integral a esses adolescentes. O objetivo desta pesquisa é entender como você faz no seu dia a dia para melhorar os problemas de xixi e/ou coco para que possamos tornar as orientações mais legais ou divertidas de serem realizadas.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de entrevistas, onde você responderá a perguntas sobre como é conviver com problema de xixi e/ou coco. As entrevistas serão gravadas, apenas para posterior análise do conteúdo. A entrevista será feita no próprio ambulatório, após a consulta de rotina com um tempo estimado de 20 minutos para sua realização.

Existe um risco que ao participar dessa pesquisa pode ter alguma pergunta que te deixe triste ou chateado. Caso aconteça de você ficar incomodado com alguma pergunta, a pesquisadora vai pular essa pergunta ou mesmo parar a entrevista com você. E se for necessário você poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia também. Você não precisa responder se não quiser. E pode desistir de participar a qualquer momento. Se você aceitar participar, vai ajudar o serviço a criar formas de tornar as consultas e as orientações mais legais de serem seguidas por vocês, por exemplo, poderemos futuramente criar aplicativo para o celular entre outras coisas, para que te ajude a seguir nossas orientações.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua participação. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, seu responsável deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Enf^a *Priscilla Lemos Gomes*, no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. no telefone (61) 99583-2544 disponível inclusive para ligação a cobrar ou pelo e-mail priscillalegos@gmail.com. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C - Termo de Autorização para Utilização do Som de Voz para fins de pesquisa



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____, autorizo a utilização do som de minha voz, na qualidade de participante de pesquisa do projeto de pesquisa intitulado *Experiência de adolescentes no automanejo de problemas de continência no contexto da uroterapia*, sob responsabilidade de *Priscilla Lemos Gomes* vinculado(a) ao *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília*. O som de minha voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de minha voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação ao som de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do som de minha voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

QUESTIONÁRIO + GUIA PARA ENTREVISTA

Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____

Sexo: _____

Frequenta escola? Se sim, qual a série?

QUESTÕES NORTEADORAS

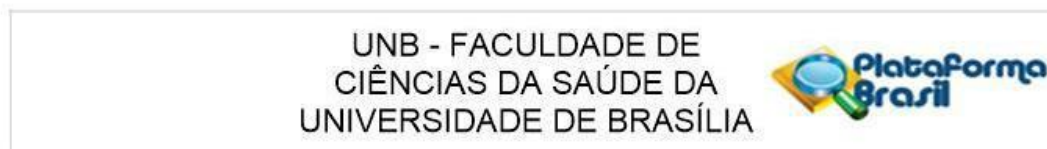
- 10) O que você sabe sobre o seu problema de xixi e/ou cocô?
- 11) O que o seu problema de xixi e/ou cocô significa para você?
- 12) Como o problema de xixi e/ou cocô afeta sua vida?
- 13) Como você lida com o problema de xixi e/ou cocô na escola, em casa e com seus colegas?
- 14) Você busca informações sobre seu problema de xixi e/ou cocô? Sem sim, onde?
- 15) O que você faz e como faz para diminuir/controlar o seu problema de xixi e/ou cocô?
- 16) Como você segue as orientações de uroterapia dadas pelas enfermeiras do ambulatório de PAEU?
- 17) Para você, como ficaria mais legal ou divertido seguir as orientações de uroterapia?
- 18) Você sugere ou prefere receber informações sobre seu problema de xixi e/ou cocô com o uso de alguma tecnologia? Se sim, qual(is)?

ANEXO



10. Anexo

ANEXO A – Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Experiência de adolescentes no automanejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia

Pesquisador: PRISCILLA LEMOS GOMES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 17567819.8.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.201.771

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531623_E1.pdf" postado em 16/07/2020:

"Desenho:

Esta pesquisa consistira de um estudo qualitativo, do tipo exploratorio-descritivo. Esta abordagem de pesquisa possibilita a compreensao, descricao e analise de um fenomeno por meio do processo das relacoes sociais (MINAYO, 2013).O estudo sera composto por uma amostra de conveniencia de 15 adolescentes que estejam em atendimento clinico. Entrevistas semiestruturadas individuais e em profundidade seraorealizadas, a fim de obter uma compreensao sobre as experiencias de adolescentes no manejo desintomas urinarios e intestinais no contexto da uroterapia.O metodo de analise dos dados sera feito por meio da tecnica de Analise Tematica (Braun eClarke, 2006). O procedimento de analise consistira nos seguintes passos: (1) familiarizacao dosdados por meio da transcricao e leitura das entrevistas; (2) Codificacao inicial dos temas; (3)Escolha e definicao dos temas principais; (4) Releitura e revisao dos temas; (5) Definicao enomeacao das categorias tematicas e (6) redacao analitica."

"Resumo:

Introducao: A presenca de sintomas urinarios e intestinais na adolescencia geram implicacoes denatureza psicossocial, podendo impactar negativamente na qualidade de vida dos adolescentes. Eessencial que os profissionais de saude, em especial, os enfermeiros com expertise na area

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

de Urologia Pediátrica, atendam as necessidades de dimensão psicossocial a fim de garantir um cuidado integral a esses adolescentes. Objetivos: Compreender as experiências de adolescentes no manejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria. Método: Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo a ser realizado com adolescentes atendidos no Ambulatório de Prática Avançada de Uropediatria do Hospital Universitário de Brasília. Resultados Esperados: Espera-se compreender com maior profundidade as experiências dos adolescentes no manejo de sintomas urinários e intestinais, com vistas a prestarmos uma assistência sensível às necessidades dos mesmos, gerando evidências que favoreçam o desenvolvimento de ferramentas de intervenção mais efetivas que atraia o adolescente a aderir ao comportamento de manejo. Palavras-chaves: Urologia. Qualidade de vida. Saúde do Adolescente. Enfermagem Pediátrica."

"Metodologia Proposta:

Esta pesquisa consistirá de um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Esta abordagem de pesquisa possibilita a compreensão, descrição e análise de um fenômeno por meio do processo das relações sociais (MINAYO, 2013).

O estudo será composto por uma amostra de conveniência de 15 adolescentes que estejam em atendimento clínico. Entrevistas semiestruturadas individuais e em profundidade serão realizadas, a fim de obter uma compreensão sobre as experiências de adolescentes no manejo de sintomas urinários e intestinais no contexto da uroterapia.

Critério de Inclusão:

Os participantes serão recrutados do ambulatório de PAEU do HUB, hospital de ensino da Universidade de Brasília, sendo elegíveis para o estudo participantes com idade entre 10 a 19 anos, diagnosticados com qualquer sintoma urinário e/ou intestinal concomitantes ou não, que assentirem em participar da pesquisa, e tiverem também consentimento dos responsáveis legais"

"Critério de Exclusão:

Serão excluídos da amostra adolescentes com deficiências cognitivas severas, com diagnóstico confirmado por meio de prontuário do paciente e/ou reportadas pela família."

"Metodologia de Análise de Dados:

O método de análise dos dados será feito por meio da técnica de Análise Temática (Braun e Clarke,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

2006). O procedimento de análise consistira nos seguintes passos: (1) familiarização dos dados por meio da transcrição e leitura das entrevistas; (2) Codificação inicial dos temas; (3) Escolha e definição dos temas principais; (4) Releitura e revisão dos temas; (5) Definição e nomeação das categorias temáticas e (6) redação analítica."

"Desfecho Primario:

As repercussões desta pesquisa visa contribuir com a prática pediátrica baseada em evidências ao agregar conhecimento aos níveis e as forças de evidência disponíveis na literatura, com vistas a prestar uma assistência sensível as necessidades dos adolescentes com sintomas urinários e/ou intestinais no contexto de cuidado da Prática Avançada em Enfermagem em Uropediatria, inclusive por meio da identificação de intervenções inovadoras tais como no formatos de aplicativo móvel, mídias sociais dentre outras tecnologias de informações."

Tamanho da Amostra no Brasil: 15"

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531623_E1.pdf" postado em 16/07/2020:

"Objetivo Primario:

Compreender a experiência de adolescentes no auto manejo de sintomas urinários e intestinais, atendidos no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria no contexto dauroterapia.

Objetivo Secundario:

-Explorar a experiência de adolescentes no manejo de sintomas urinários e intestinais no contexto escolar, familiar e entre pares.- Identificar as práticas de auto manejo referidos pelos adolescentes para controle dos sintomas urinários e intestinais.- Investigar se e quais fontes de informação são utilizadas pelos adolescentes para manejo dos sintomas urinários e intestinais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531623_E1.pdf" postado em 16/07/2020:

"Riscos:

Os adolescentes estarão expostos a riscos, principalmente de cunho psicoemocional que podem ser desencadeados durante a entrevista. Deste modo, o adolescente será orientado, antes do início da entrevista, que o mesmo poderá deixar responder as perguntas que lhe causarem algum tipo de desconforto. A pesquisadora oferecerá suporte emocional.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

Benefícios:

As repercussões desta pesquisa visa contribuir com a prática pediátrica baseada em evidências ao agregar conhecimento aos níveis e as forças de evidência disponíveis na literatura, com vistas a prestar uma assistência sensível às necessidades dos adolescentes com sintomas urinários e/ou intestinais no contexto de cuidado da Prática Avançada em Enfermagem em Uropediatria, inclusive por meio da identificação de intervenções inovadoras tais como no formatos de aplicativo móvel, mídias sociais dentre outras tecnologias de informações."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda E1 ao projeto de pesquisa aprovado em 01/02/2020 pelo CEP/FS – Parecer Consubstanciado No. 3.817.824. O projeto é executado pela Pesquisadora Responsável Priscilla Lemos Gomes, enfermeira e aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB.

A pesquisadora solicita a seguinte alteração no projeto de pesquisa: "Realização da entrevista em profundidade com o potencial participante de pesquisa, tendo-se o consentimento do responsável legal por do TCLE e assentimento do adolescente a ser disponibilizado por meio de link, com as opções de SIM ou NAO. Se sim, um link para uma chamada de vídeo será enviado para uso de plataformas como WhatsApp com chamada de vídeo, Zoom ou Skype."

Apresenta, como justificativa: "Conforme apresentado ao CEP, a coleta de dados vinha acontecendo no ambulatório de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Porém frente a pandemia do novo coronavírus, o Hospital Universitário de Brasília (HUB- UnB) suspendeu, desde sexta-feira (20), os atendimentos ambulatoriais, como uma medida que visa evitar a disseminação do novo coronavírus no HUB e no Distrito Federal. Desse modo, todos os pacientes foram avisados e orientados que aguardem um contato futuro do hospital para remarcação dos atendimentos (Boletim de Serviço no 355, de 20 de março de 2020).

Considerando a continuidade da pesquisa como estratégia de amenizar os impactos negativos do distanciamento e isolamento social tanto para mim como pesquisadora/pós-graduanda e para os potenciais participantes da pesquisa, bem como seus responsáveis legais/famílias. Desse modo, gostaria que o CEP apreciasse a solicitação de continuar com o processo de coleta de dados e realizar a entrevista por meio de plataformas online que permitam chamadas de voz e vídeo, com a áudio-gravação das mesmas."

Neste formato de coleta de dados online, os responsáveis legais e os participantes terão que

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

informar consentimento e assentimento, respectivamente, antes de iniciarem a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531623_E1.pdf" postado em 16/07/2020.
2. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado N. 4.036.300: "cartaPENDENCIASCEPversaoatualizada.pdf" postada em 16/07/2020.
3. TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS: "TERMOUSOIMAGEMEVOZ.pdf" postado em 11/07/2020.
4. Modelo de TCLE ATUALIZADO: "TcleRESPONSAVELcomALTERACAO.pdf" postado em 11/07/2020.
5. Modelo de TALE ATUALIZADO: "AssentimentoAdolescenteCOMalteracao.pdf" postado em 11/07/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.036.300:

1. No TCLE para o responsável legal le-se: "Os riscos decorrentes da participação de se e u (a) filho (a) na pesquisa são referentes às questões de cunho psicoemocional e o adolescente será orientado, antes do início da entrevista, que o mesmo poderá deixar responder as perguntas que lhe causarem algum tipo de desconforto a qualquer momento. A PESQUISADORA OFERECERÁ SUPORTE EMOCIONAL E EM CASO DE HOUVER NECESSIDADE." (DESTAQUE NOSSO).

No TALE le-se: "Existe um risco que ao participar dessa pesquisa pode ter alguma pergunta que te deixe triste ou chateado. Caso aconteça de você ficar incomodado com alguma pergunta, a pesquisadora vai pular essa pergunta ou mesmo parar a entrevista com você. E se for necessário você poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia também."

Considerando-se que não está clara a assistência que será dada, ora por profissional psicólogo ou pela pesquisadora, e nem como será dada, solicitam-se esclarecimentos. A forma com que será dada a assistência deve constar do TCLE e TALE. Se for o caso, deverá haver ainda anuência do "serviço de psicologia".

RESPOSTA: Prezad@s, esclarecemos que a assistência a ser prestada será pela pesquisadora

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

científicos, em substituição do "TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA".

Também informamos que o Cronograma na plataforma está em conformidade com a emenda (se houver): Cronograma em conformidade com a emenda, submetido à plataforma.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531623_E1.pdf	16/07/2020 17:17:30		Aceito
Outros	cartaPENDENCIASCEPversaoatualizada.pdf	16/07/2020 17:16:42	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	TERMOUSOIMAGEMEMVOZ.pdf	11/07/2020 20:29:55	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TcleRESPONSAVELcomALTERAÇÃO.pdf	11/07/2020 20:02:59	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AssentimentoAdolescenteCOMalteração.pdf	11/07/2020 20:02:44	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	alteracoesincorporadas19_05.docx	25/05/2020 20:51:16	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	ProjetoComalteracoesmarcadasemmodo revisortexto.docx	25/05/2020 20:41:45	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_emenda_cep_19_05.docx	25/05/2020 20:33:42	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de	ModeloTCLEeletronicoAssentimentoA	25/05/2020	PRISCILLA LEMOS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

chateado. Caso aconteça de você ficar incomodado com alguma pergunta, a pesquisadora vai pular essa pergunta ou mesmo parar a entrevista com você. Você não precisa responder se não quiser. E pode desistir de participar a qualquer momento. Caso, você queira conversar mais com a pesquisadora sobre essa pergunta, ela também estará disponível para ouvi-lo(a). Embora seu responsável possa ter deixado você participar do estudo, você também pode recusar em participar da pesquisa, se você não quiser. Agora, se você aceitar participar, vai ajudar o serviço a criar formas de tornar as consultas e as orientações mais legais de serem seguidas por vocês, por exemplo, poderemos futuramente criar aplicativo para o celular entre outras coisas, para que te ajude a seguir nossas orientações.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto ao TCLE para o responsável, solicita-se ainda informar de que forma os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos responsáveis.

RESPOSTA: Prezad@s, realizamos a correção dentro do TCLE, incorporando a explicação que os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos responsáveis por meio de um vídeo explicativo, onde a pesquisadora irá compartilhar os principais resultados sobre as experiências de auto manejo dos sintomas pelos adolescentes. Um link de acesso ao vídeo será enviado por e-mail ou WhatsApp dos responsáveis.

NO TCLE:

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Para os responsáveis, os resultados dessa pesquisa também serão disponibilizados no formato de um vídeo explicativo, onde a pesquisadora irá compartilhar os principais resultados sobre as experiências de auto manejo dos sintomas pelos adolescentes. Um link de acesso ao vídeo será enviado por e-mail ou WhatsApp dos responsáveis. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Considerando-se que as entrevistas serão gravadas, solicita-se apresentar Termo de Cessão de uso de voz para fins acadêmicos e científicos. Esse deverá substituir o "TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA". Ver modelo em '<http://fs.unb.br/documentos-modelos>'.

RESPOSTA: Prezad@s, anexamos o Termo de Cessão de uso de voz para fins acadêmicos e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.201.771

Assentimento / Justificativa de Ausência	dolescente.pdf	20:33:06	GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloeletronicoTCLE_RESPONSaVEL_FormulariosGoogle.pdf	25/05/2020 20:31:20	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AssentimentoAdolescente_FormulariosGoogle.pdf	09/04/2020 12:17:13	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSaVEL_FormulariosGoogle.pdf	09/04/2020 12:16:41	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	ProjetoComAlteracoesMarcadasEmModoRevisorTexto_09_04.docx	09/04/2020 12:15:53	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComAlteracoesIncorporadas_09_04.docx	09/04/2020 12:14:02	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_emenda_cep_09_04.docx	09/04/2020 12:12:13	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	EMENDAaoCEP.docx	26/03/2020 13:27:59	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	CartaRespostapendencias2e6.docx	21/01/2020 12:46:19	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2101.docx	21/01/2020 12:33:00	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	TERMOSOMDaVOZ2101.docx	21/01/2020 12:32:02	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOalteradosemANEXOSdetalhado.docx	19/11/2019 19:51:11	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleresponsavelatualizadorubrica.docx	19/11/2019 19:49:11	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleadolescenteatualizadorubrica.docx	19/11/2019 19:46:14	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOMESTRADOalteradosemANEXOS.docx	19/11/2019 19:45:22	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	termoconcordanciacorrigido.jpeg	19/11/2019 12:01:54	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	16/07/2019 13:04:42	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.201.771

Outros	Termoconcordancia.doc	15/07/2019 23:07:00	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	QUESTIONARIOSEMIESTRUTURADO.docx	15/07/2019 23:06:19	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	autorizacaoRealizacaodaPesquisa.pdf	15/07/2019 23:05:36	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	AutorizacaoRealizacaodaPesquisa.doc	15/07/2019 23:05:20	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	CARTACEPDOC.doc	15/07/2019 23:02:18	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_equipe_Karolina.pdf	29/06/2019 11:21:37	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_pesquisadora_PriscillaLemosGomes.pdf	29/06/2019 11:19:04	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Termo_de_coparticipacao.DOCX	29/06/2019 11:17:33	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	TERMOCONCORDANCIA COPARTICIPANTE.pdf	29/06/2019 11:15:55	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	TERMORESponsabilidade_SEMAS SINAR.doc	29/06/2019 11:15:10	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_cep.pdf	29/06/2019 11:13:27	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Lattes_Priscilla_Lemos.pdf	27/06/2019 14:22:18	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Orientadora_Prof_Gisele_Martins.pdf	27/06/2019 14:21:42	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	Termo_Compromisso.pdf	27/06/2019 14:15:40	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Outros	CartaCEP.pdf	27/06/2019 14:14:14	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordancia.pdf	27/06/2019 14:13:17	PRISCILLA LEMOS GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com