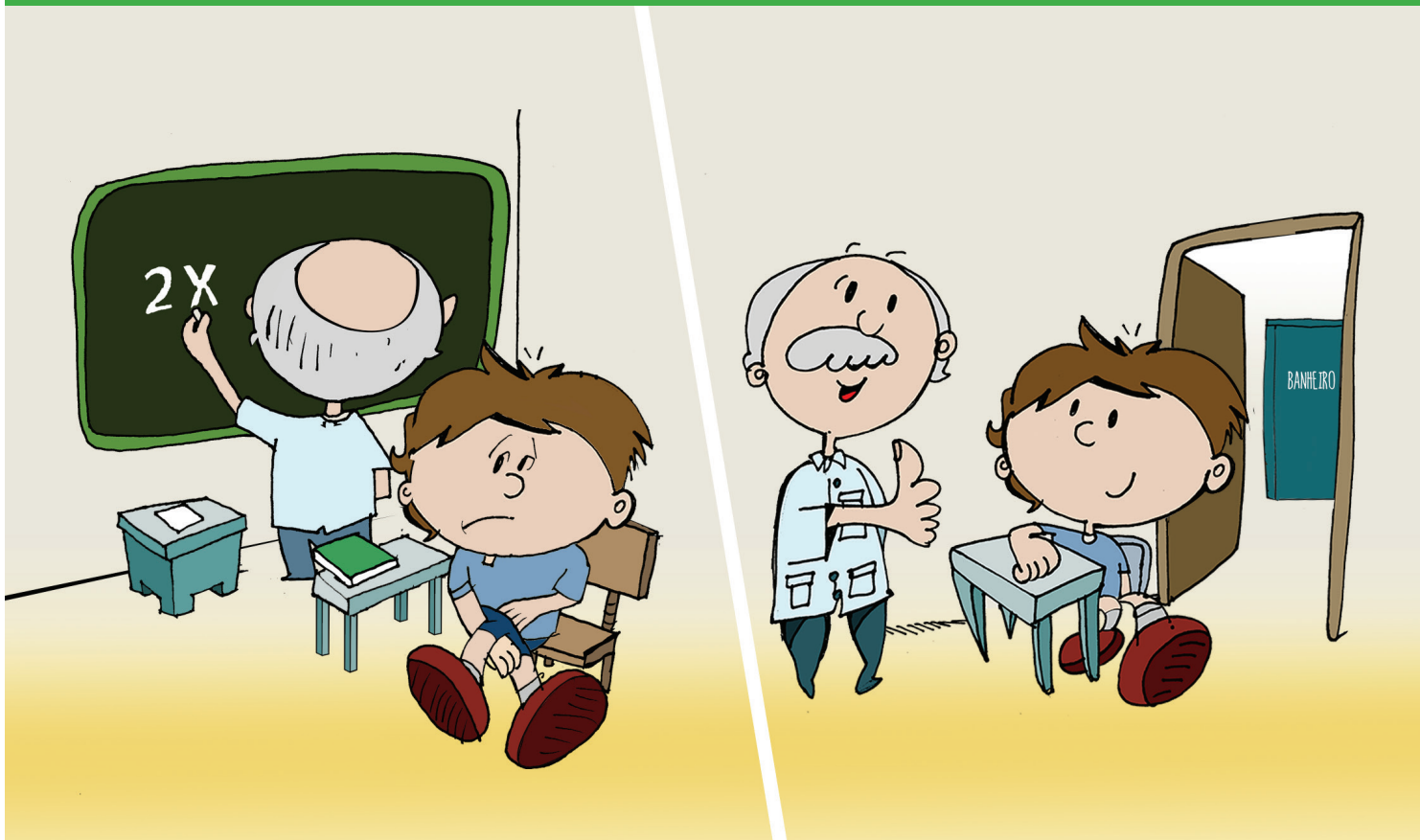


DISTÚRBIOS MICCIONAIS NA ESCOLA. COMO LIDAR?



Autores: Claudia Maria de Castro Silva
Carlos Alberto Sanches Pereira



DISTÚRBIOS MICCIONAIS NA ESCOLA. COMO LIDAR?

Claudia Maria de Castro Silva

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberro Sanches Pereira

Mestrado Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde e do Meio Ambiente





lá, quantas vezes já surgiram, na escola, situações em que o aluno pede repetidamente para ir ao banheiro ou, pior, passa pelo constrangimento de molhar a roupa em sala de aula?

Como lidar com a criança que quer urinar toda hora? É doença? Quer passear? Tem como prevenir tais situações? Como ajudar estes alunos, durante o período que passam na escola? Estas perguntas já devem ter passado pela cabeça de muitos de vocês e as respostas nem sempre estão disponíveis.

Esta cartilha procura responder estas questões de forma agradável e prática, contribuindo para que a escola seja, também neste tema, um espaço para promoção da saúde e de acolhimento e auxílio do aluno com dificuldades.

Nas próximas páginas serão mostrados o processo normal de micção e seus principais transtornos. Estas informações poderão ajudar o professor a identificar a criança com distúrbios miccionais, lidar com estas patologias em sala de aula, além de apontar ações que contribuam na prevenção de tais problemas.

Bem vindo (a) e boa leitura!



MICÇÃO NORMAL

A partir de que idade a criança passa a controlar suas eliminações? Como armazenamos a urina em nossa bexiga? Quais os mecanismos para esvaziá-la? Para que possamos compreender os distúrbios da micção, é necessário lembrar como ela ocorre normalmente.

• Controle Esfincteriano

O controle esfincteriano, necessário para que a criança deixe de usar fraldas, é adquirido gradualmente e se inicia entre 18 e 24 meses. Para que ele ocorra com sucesso é preciso que a criança apresente sinais de que está pronta para este treinamento.

Estou pronto para começar

- Já posso ir sozinho(a) ao banheiro e ficar sentado(a) no peniquinho.
- Consigo tirar a roupa sozinho(a) e de forma descomplicada.
- Consigo avisar que preciso ir ao banheiro.
- Estou realmente interessado(a) no assunto.



Inicialmente a criança percebe que suas fraldas estão molhadas e, então, que sua bexiga está cheia e necessita urinar. Nesta fase é comum ela avisar que quer ir ao banheiro e logo em seguida urinar, pois não consegue adiar a micção por muito tempo.

Com 5 anos a criança pode iniciar voluntariamente a micção e inibir as contrações da bexiga até chegar a um local socialmente adequado - banheiro

• Armazenamento

O armazenamento é a primeira fase do processo normal de micção, com a bexiga permanecendo relaxada enquanto acumula a urina. Para que não ocorram escapes para o meio externo, o esfíncter da uretra se mantém contraído.

A etapa de armazenamento é importante para a vida social do indivíduo, pois permite que ele realize suas atividades cotidianas sem que molhe as roupas e nem precise ir ao banheiro a intervalos pequenos de tempo.

• Micção

Quando a urina acumulada atinge a capacidade vesical a bexiga passa a contrair para permitir seu esvaziamento e o indivíduo começa a sentir desejo de urinar. Inicialmente estas contrações podem ser inibidas pelo nosso cérebro, permitindo o adiamento da micção. A medida que o volume aumenta, tornam-se tão fortes que a ida ao banheiro é imperiosa. Esta situação chama-se urgência miccional e é o que ocorre quando “ficamos apertados”.

Durante a micção precisa haver coordenação entre a contração vesical e o esfíncter da uretra. Este último precisa permanecer relaxado durante todo o esvaziamento vesical, permitindo a livre passagem da urina até que a bexiga fique completamente vazia.

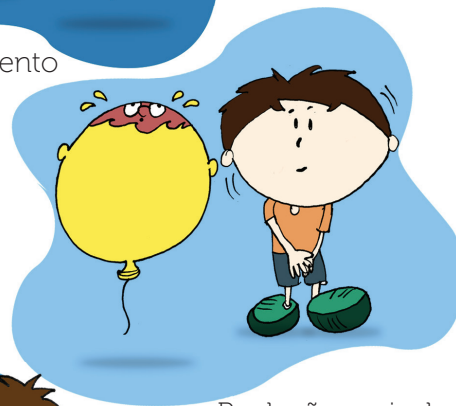
Capacidade Vesical Volume de urina na bexiga que desencadeia a micção.

As crianças urinam, em média, 7 vezes em 24 horas e sua capacidade vesical aumenta com o aumento da idade.

Resumindo



Armazenamento



Repleção vesical



Micção

DISTÚRBIOS MICCIONAIS

Tanto o armazenamento de urina na bexiga quanto sua eliminação estão sujeitos a alterações que, geralmente, passam a ser diagnosticados a partir dos 5 anos, quando o controle esfinteriano está completo. Estes transtornos são responsáveis por diversas formas de comprometimento da saúde física, como infecções urinárias recorrentes, manutenção do quadro na vida adulta e dano permanente aos rins. Eles também comprometem muito a saúde emocional das crianças, que podem apresentar baixa autoestima, dificuldade de aprendizado e são mais vulneráveis ao bullying.

•Distúrbio no Armazenamento

São os mais frequentes, responsáveis pela maior parte dos problemas vividos no ambiente escolar e relacionados aos quadros de incontinência diurna. Nestes casos as contrações da bexiga começam precocemente, antes da capacidade vesical ser alcançada.

Nesta situação a criança precisa urinar mais frequentemente e fica "apertada" bem antes da bexiga estar repleta. Em sala de aula, este aluno necessitará ir ao banheiro mais vezes e não pode adiar, pois não consegue inibir estas contrações. Pode molhar a roupa de urina se não puder ir ao banheiro quando necessário.

Quando acompanhado por profissional de saúde, pode ser tratado com sucesso. Entre as formas de tratamento existe a fisioterapia do aparelho urinário, medicações capazes de diminuir as contrações da bexiga e, muito importante, modificações comportamentais.

Entre elas estão a ida ao banheiro a intervalos regulares; tratamento da constipação, quando associada; postura adequada ao utilizar o vaso sanitário, permitindo o esvaziamento completo da bexiga. Muitas destas medidas podem ser incentivadas na escola, contribuindo de forma significativa no tratamento.

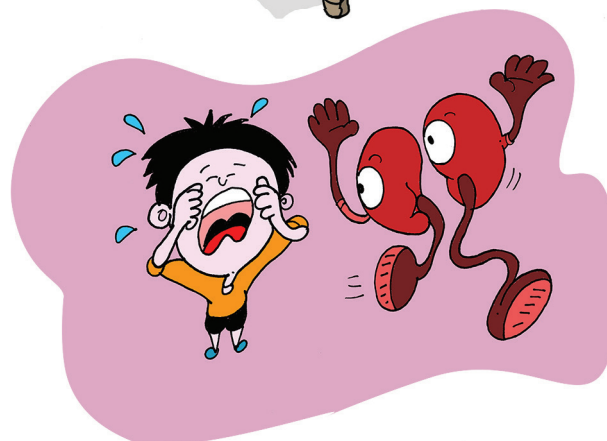


• Distúrbio na Micção

Não são tão frequentes quanto os transtornos de armazenamento, mas são mais graves e com maior potencial de causarem danos permanentes aos rins. Eles se dividem em bexiga hipocontrátil, quando a bexiga não contrai quando cheia e acumula volumes crescentes de urina, e incoordenação vesicoesfincteriana, quando o esfíncter uretral não relaxa durante a contração vesical. Nesta situação, ocorrem aumento progressivo da pressão no interior da bexiga e dificuldade de esvaziamento vesical, pela resistência ao fluxo livre de urina. Tanto a alta pressão intravesical quanto as infecções urinárias, causadas pelo resíduo de urina que permanece no interior da bexiga, podem lesar os rins de forma irreversível.

Uma situação que pode simular este distúrbio é o hábito de adiar a micção, comum entre os estudantes. Grande parte dos alunos evita ir ao banheiro durante o período que permanece na escola e esta prática torna-se mais frequente com o aumento da idade. Muitas são as causas, como o desejo de aproveitar o tempo livre do intervalo e a vergonha, mas o principal motivo é a condição de higiene e conservação do banheiro. Em países em que foi feito este questionamento aos alunos, a higiene foi o principal motivo apontado, com queixas sobre o odor, limpeza do chão e vaso sanitário e falta de insuflados como papel higiênico e sabão.

A prática de adiar a micção pode, com o passar do tempo, criar um padrão de micções poucos frequentes, que mantem a bexiga sempre muito cheia e de dificuldade de relaxar o assoalho pélvico quando a criança precisa urinar.



• Constipação x Bexiga

Embora ainda não seja totalmente compreendida, há íntima relação entre o funcionamento da bexiga e do intestino. A proximidade entre a bexiga e as porções finais do intestino é uma das explicações, sendo o acúmulo de fezes e a compressão da bexiga uma das causas de suas contrações aumentadas.

A maior parte dos casos de constipação é relacionado a maus hábitos alimentares e de eliminação. A ingestão de pouco líquido e a dieta pobre em fibras são as principais causas. Outro fator importante para a instalação da constipação é a prática de adiar a evacuação, bastante comum entre os alunos durante o período em que permanecem na escola. Quanto mais tempo o material fecal demora a ser eliminado, mais água é absorvida pelo intestino e mais endurecidas e volumosas as fezes ficam, dificultando sua eliminação e causando dor. A dor faz com que a criança evite a evacuação, criando um círculo vicioso que agrava o problema.

A reeducação alimentar e modificação nos hábitos de eliminação, como postura adequada ao utilizar o vaso sanitário e ir ao banheiro logo que sentir necessidade, resolvem grande parte dos casos. Muitos casos de incontinência urinária são resolvidos apenas com a resolução da constipação.

Mais importante que o número de vezes que o indivíduo evacua, é o aspecto das fezes que aponta para a constipação. O fato da criança evacuar diariamente não garante que seu ritmo intestinal é normal, assim como sujar as roupas íntimas de fezes também é um sinal de constipação (soiling), embora muitas pessoas interpretem como episódios diarreicos.

Reconhecendo a constipação

- Fezes endurecidas e fragmentadas
- Fezes muito volumosas, podendo entupir o vaso sanitário
- Escape de fezes para as roupas
- Muitos dias sem evacuar
- Dor abdominal frequente

• Enurese

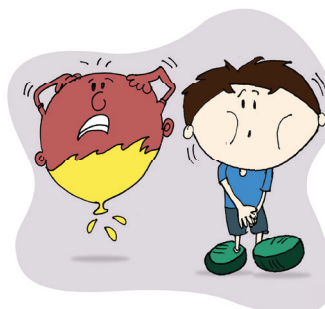
Outro transtorno miccional que, embora não ocorra na escola, pode comprometer bastante o comportamento do aluno na escola é a enurese, ou " xixi na cama ".

Muitas pessoas consideram este transtorno como de origem psicológica mas sua principal causa é a dificuldade de despertar em resposta ao estímulo da bexiga repleta e, também, pode ter associação com a bexiga hiperativa.

Mesmo não sendo a causa, alterações psicológicas são relacionadas à enurese, pela baixa autoestima que ela acarreta.



Resumindo



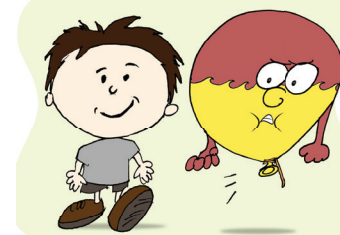
Bexiga Hiperativa



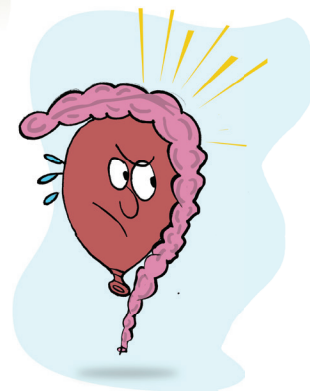
Bexiga Hipotônica



Micção Postergada



Incoordenação Vesicoesfincteriana



Constipação x Bexiga

ABORDANDO A CRIANÇA COM DISTÚRBIOS MICCIONAIS

É importante o papel do educador tanto no reconhecimento da criança com este tipo de problema quanto no auxílio para lidar com eles.

O professor deve estar atento para identificar o aluno que pede seguidamente para ir ao banheiro durante a aula, que fica inquieto e não presta atenção às explicações, tem comportamento retraído e tem, repetidamente, odor de urina em suas roupas. Outro grupo que merece atenção é o de crianças cujos pais relatam episódios frequentes de infecção urinária. Estes podem ser sinais sugestivos de distúrbios miccionais.

É importante que a criança possa sair de sala para urinar sempre que necessário e de forma discreta. É constrangedor pedir ao professor e comunicar suas necessidades fisiológicas diante da turma sempre que precisar ir ao banheiro. Caso ocorra escape de urina, seu professor deve agir com discrição, ajudando o aluno e providenciando roupas limpas. Estas ações diminuem a exposição da criança, que se sente acolhida e contribui para que ela seja menos vulnerável ao bullying.

Grande parte do tratamento dos transtornos miccionais é centrada nas mudanças comportamentais, como a ingestão de quantidades adequadas de líquido, micção a cada 3 horas e sempre que necessário, tratamento da constipação. Mesmo nas crianças que utilizam medicamentos e/ou fisioterapia, a mudança comportamental é fundamental para o sucesso do tratamento. Como estas mudanças devem ser incorporadas ao cotidiano da criança, elas devem ser facilitadas e estimuladas durante o período em que permanecem na escola, com o professor tornando-se aliado no tratamento.



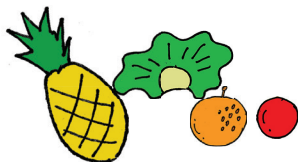
PREVENÇÃO

Escola:

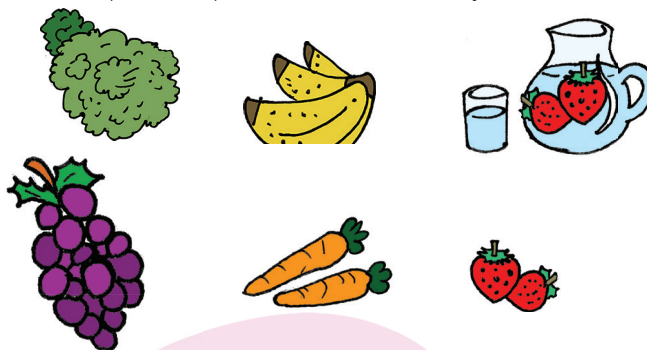
É no cotidiano escolar que os bons hábitos vesicais e intestinais poderão ser incentivados, fazendo com que a escola cumpra, também, o seu papel de promotora da saúde e do bem estar.

Além de orientações, por meio de palestras e atividades pedagógicas diversas ações podem ser estimuladas, durante o período que a criança permanece na escola, para que muitas destas alterações sejam prevenidas.

- As idas ao banheiro devem ser facilitadas, sem que a criança precise se expor perante a turma;
- Ingestão de quantidades adequadas de líquido;
- Alimentação rica em fibras (para prevenir a constipação);
- Idas regulares ao banheiro (não passando mais de 3 horas sem urinar);
- Procure sempre lembrar seus alunos de beberem água e irem ao banheiro no recreio e antes do início das aulas. Este hábito, além dos benefícios à saúde da criança, diminuirá os pedidos de saída durante as atividades em sala, atrapalhando o ritmo da aula.



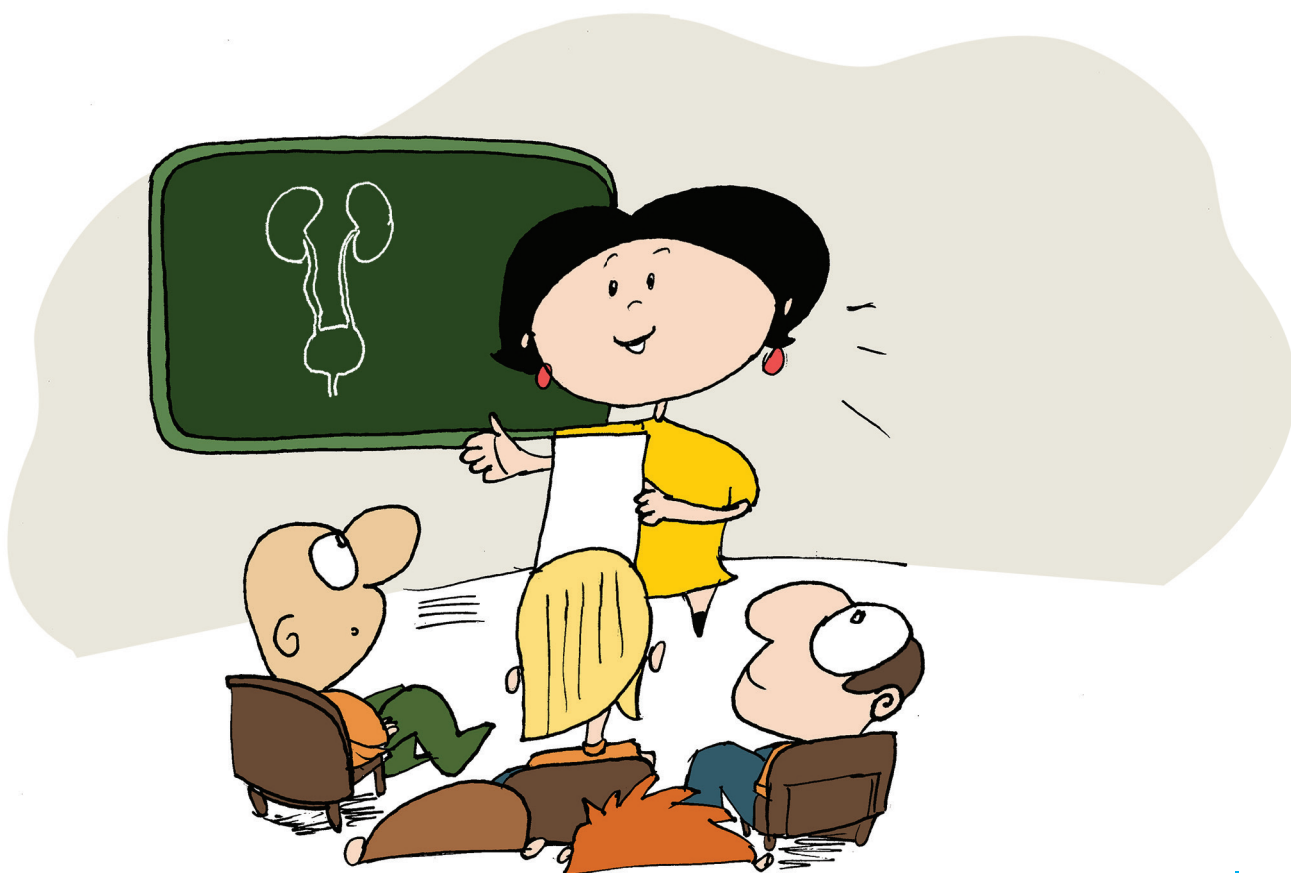
- É importante que os banheiros estejam sempre em boas condições de conservação, incentivando assim o seu uso. É necessário que eles estejam sempre limpos para que as crianças fiquem sentadas de forma relaxada;
- O vaso sanitário deve ter altura adequada para que a criança o utilize de forma confortável e com os pés totalmente apoiados no chão. Quando não houver vaso sanitário próprio para a criança, devem ser usados o redutor para assento sanitário e apoio para os pés, como banquinhos, pilhas de revista ou tijolos.



Família:

A família deve ser incluída neste processo de educação em saúde aproveitando espaços já existentes como as reuniões de pais e demais encontros que ocorram na escola. Transmita a importância das medidas preventivas e informe aos pais quando identificar

alguma alteração, explicando a necessidade de procurar ajuda médica nos casos com distúrbios instalados. Muitas vezes estes quadros são negligenciados pelos pais por completo desconhecimento.



PARA TERMINAR

Esperamos que tenha gostado e que este material contribua na sua prática diária. Não foi nossa intenção esgotar o assunto e, sim, oferecer informações que o(a) ajudem a reconhecer e abordar crianças com distúrbios miccionais e, principalmente, ensinar e estimular hábitos saudáveis que contribuam na prevenção destes problemas.

Sua escola recebeu cartazes com resumo do que foi discutido nesta cartilha. Nossa sugestão é que sejam afixados em áreas comuns, para que todos sejam lembrados continuamente do tema.

Deixamos o convite para que discuta este assunto em sala de aula, promovendo mudanças no comportamento capazes de prevenir alguns destes problemas e ajudar no tratamento dos já instalados. Com base neste debate, sugerimos que, juntos, elaborem uma lista de ações que contribuam para uma bexiga saudável.

Acreditamos que a oferta de informação é fundamental para que o educador se sensibilize e passe a participar ativamente da promoção da saúde na escola.

Grande abraço!

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRANES, P. M.; MADDOCKS, A. Standards in school toilets: a questionnaire survey. **Journal of Public Health Medicine**, v. 24, n. 2, p. 85-87, 2002.

BORCH, L. et al. Bladder and Bowel Dysfunction and the Resolution of Urinary Incontinence with Successful Management of Bowel Symptoms in Children. **Acta Paediatrica**, v. 102, p. 215-220, 2013.

FONSECA, E. M. G. O. **Controle esfinteriano, enurese e disfunção do trato urinário inferior**. PRONAP, c. XVI, n. 2, p. 54-71, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2013.

FRANCO, I. Functional Bladder Problems in Children: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. **Pediatr Clin N Am**, v. 59, p. 783-817, 2012.

JOINSON, C. et al. Psychological Problems in Children with Bedwetting and Combined (day and night) Wetting: A UK Population-Based Study. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 32, n. 5, p.

KAERTS, N. et al. Observing Signs of Toilet Readiness: Results of Two Prospective Studies. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 46, p. 424-430, 2012.

KISTNER, M. Dysfunctional Elimination Behaviors and Associated Complications in School-Age Children. The **Journal of School Nursing**, v. 25, n. 2, p. 108-116, 2009.

LUNDBLAD, B.; HELLSTRON, A. L. Perceptions of School Toilets as a Cause for Irregular Toilet Habits Among Schoolchildren Aged 6 to 16 years. **Journal of School Health**, v. 75, n. 4, p. 125-128, 2005.

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

THEUNIS, M. et al. Self-Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. **European Urology**, v. 41, p. 660-666, 2002.

TOPOROVSKI, J.; GUIDONI, E. B. M. **Infecção do Trato Urinário na Infância**. In: TOPOROVSKI, J. et al. Nefrologia Pediátrica. Rio de Janeiro, 2006, p. 305-352.

Claudia Maria de Castro Silva

Médica graduada pela UERJ (1986). Especialista em Pediatria, Neonatologia, Terapia Intensiva Pediátrica e Nefrologia Pediátrica. Aluna do curso de Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Médica Nefrologista Pediátrica da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, desde 2005. Preceptora da disciplina de Pediatria do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda, desde 2014.

Carlos Albero Sanches Pereira

Graduado em Ciências Biológicas pela UFRJ (2000). Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela UFRJ (2001). Doutor em Biotecnologia Industrial pela EEL-USP (2007). Coordenador do curso de Ciência Biológicas, bacharelado e licenciatura, do Centro Universitário de Volta Redonda- UniFOA. Docente/orientador do Mestrado Profissional no Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente , UniFOA.



