

## Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis

*Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos*

Melina C. Sapi<sup>1</sup>, Juliana S. P. Vasconcelos<sup>1</sup>, Fernando G. Silva<sup>2</sup>,  
Ronaldo Damiano<sup>3</sup>, Eloísio A. da Silva<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Descrever a frequência da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes brasileiros devido ao episódio enurético e os fatores de risco associados a ela.

**Métodos:** Foi realizado um estudo transversal envolvendo 149 pacientes com idades de entre 6 e 18 anos, diagnosticados com enurese noturna monossintomática primária. Durante uma entrevista semiestruturada com o paciente e seu responsável legal, foram obtidas informações sobre as características da violência doméstica e o agressor, sendo adicionada uma atividade lúdica para o paciente. A agressão foi classificada em verbal, física sem contato, ou física com contato.

**Resultados:** Dos pacientes entrevistados, 89% (n = 132) sofreram algum tipo de agressão devido ao episódio enurético. Todos os casos apresentaram punição verbal associada ou não a outro tipo de agressão. Punição física sem contato ocorreu em 50,8% dos casos, e com contato, em 48,5%. O principal agressor foi a mãe (87,9%). Em um caso, houve lesão genital grave que necessitou de cirurgia reconstrutora. Houve uma correlação significativa (p = 0,043, r = -0,768) entre os anos de estudo dos responsáveis e a gravidade da punição.

**Conclusões:** Os índices de punição em pacientes com enurese noturna monossintomática primária são alarmantes. Crianças e adolescentes enuréticos que convivem no âmbito doméstico com pessoas com poucos anos de estudo podem ser considerados população de risco em relação à violência doméstica.

*J Pediatr (Rio J). 2009;85(5):433-437: Infância, adolescência, enurese, agressão, punição.*

### Abstract

**Objective:** To describe the frequency of domestic violence against Brazilian children and adolescents due to episodes of enuresis, as well as associated risk factors.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out with 149 patients aged between 6 and 18 years who received the diagnosis of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. A semi-structured interview was done with the patients and their guardians to collect information about the characteristics of domestic violence and abusers. In addition, a playful activity was performed by the patients. Abuse was characterized as verbal aggression, physical aggression without physical contact, and physical aggression with physical contact.

**Results:** Eighty-nine percent (n = 132) of the patients suffered abuse due to episodes of urine leakage. All cases were characterized by verbal punishment associated or not with other types of aggression. Physical punishment without physical contact occurred in 50.8% of the cases, while physical punishment with physical contact accounted for 48.5% of the cases. The main abuser was the mother (87.9%). One patient suffered an intentional severe genital injury, and reconstructive surgery was necessary. There was a significant correlation (p = 0.043, r = -0.768) between the abuser's educational level and punishment severity.

**Conclusions:** Punishment rates due to episodes of urine leakage are alarming. Children and adolescents with enuresis who live with low-educated people can be considered a population at risk of suffering domestic violence.

*J Pediatr (Rio J). 2009;85(5):433-437: Childhood, adolescence, enuresis, aggression, punishment.*

### Introdução

A enurese noturna é uma das doenças mais prevalentes e crônicas da infância e acarreta importantes consequências sociais e psicológicas para a criança e o adolescente<sup>1,2</sup>. Aos

5 anos de idade, aproximadamente 15% das crianças ainda perdem urina durante a noite. A prevalência estimada para 2010 é de mais de um milhão de crianças enuréticas de entre

1. Acadêmica de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

2. Médico, Serviço de Urologia, Faculdade de Ciências Médicas, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

3. Professor titular, Serviço de Urologia, Faculdade de Ciências Médicas, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

4. Professor adjunto, Serviço de Urologia, Faculdade de Ciências Médicas, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

Este trabalho foi realizado na Unidade de Urologia Pediátrica e Adolescente, Serviço de Urologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

Apoio financeiro: este estudo foi parcialmente financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

**Como citar este artigo:** Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damiano R, da Silva EA. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(5):433-437.

Artigo submetido em 09.03.09, aceito em 01.07.09.

doi:10.2223/JPED.1935

5 e 6 anos de idade<sup>3</sup>. Com a progressão etária, as taxas de enurese decaem, e 99% das crianças atinge a continência até os 15 anos<sup>4</sup>.

A denominação enurese noturna monossintomática (ENM) define a perda de urina à noite, durante o sono, na ausência de outro sintoma dos tratos urogenital e gastrointestinal. É classificada como primária (ENMP) quando a continência nunca foi atingida, ou seja, quando a criança sempre apresentou essa disfunção<sup>2,5</sup>.

A idade a partir da qual a enurese é considerada inadequada depende de muitos fatores, como o padrão e a frequência da perda de urina, o sexo da criança e a expectativa dos pais<sup>6</sup>. Esse último fator é crucial, visto que os pais acreditam que seus filhos devem tornar-se continentes em uma idade inferior à da história natural da continência humana<sup>7</sup>. Essa crença torna estressante a fase de treinamento da criança para alcançar a continência e retirar a fralda, tanto para a própria criança, como para os pais e educadores, e pode resultar em punições severas e traumas<sup>8</sup>.

O impacto da enurese não se limita ao paciente; a família também sofre consequências devastadoras<sup>9</sup>. Para os pais e educadores dessas crianças, a enurese é uma das mais frustrantes doenças da infância, podendo levar a um sentimento familiar de ansiedade, culpa, dificuldades de relacionamento, perda da confiança e autoestima<sup>10</sup>. Dentre os fatores de estresse familiar encontram-se a elevação de despesas, tempo e esforços associados com a limpeza e compra de novas roupas pessoais e roupas de cama, bem como de colchões, travesseiros e sofás<sup>11</sup>.

A punição devido à incontinência urinária pode comprometer o tratamento, gerar insegurança e diminuir a autoestima em crianças e adolescentes. Além disso, a punição pode ser considerada uma forma de violência e fere os direitos das crianças e dos adolescentes, que são protegidos pela Convenção dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas/Fundo das Nações Unidas para a Infância (ONU/UNICEF) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990), conforme os seguintes preceitos: "Nenhuma criança deve ser submetida à tortura ou a outra forma cruel, desumana ou degradante de tratamento ou punição; o Estado deve tomar todas as medidas apropriadas para proteger a criança de todas as formas de violência física ou mental, injúria ou abuso, negligência ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo abuso sexual, em vigência da guarda dos pais, responsáveis legais ou qualquer outra pessoa que esteja com a guarda da criança"<sup>12</sup>. "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais"<sup>13</sup>.

A violência contra crianças enuréticas é um assunto de estudo e preocupação internacionais<sup>14</sup>, mas ainda não há estudo que descreva essa frequência no Brasil. Assim, o presente artigo tem como objetivo primário descrever a frequência de violência intradomiciliar devido a episódios enuréticos em uma amostra de crianças e adolescentes

brasileiros e, como objetivo secundário, descrever fatores de risco associados.

## Métodos

O presente estudo, junto com seu respectivo termo de consentimento livre e esclarecido, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Os pacientes procuraram o ambulatório de pediatria ou o Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), para consulta ambulatorial de rotina de urologia pediátrica, e, depois da consulta, os pacientes diagnosticados com ENMP foram convidados a participar do estudo.

A ENMP foi definida, de acordo com a classificação da International Children's Continence Society<sup>5</sup>, como a perda intermitente de urina à noite durante o sono em crianças maiores de 5 anos que nos últimos 6 meses não mantiveram continência noturna, na ausência de concomitante incontinência diurna ou outros sintomas referentes ao trato urinário baixo. O número mínimo de episódios considerado para definir enurese foi o estabelecido pelo Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders (DSM IV)<sup>15</sup>: perda urinária pelo menos 2 vezes na semana por 3 meses consecutivos.

Foi realizado um estudo transversal envolvendo 149 pacientes com idades de entre 6 e 18 anos (média 9,1±3,8), sendo considerados adolescentes os pacientes compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde<sup>16</sup>. Aproximadamente 60% dos pacientes era do sexo masculino.

Uma entrevista semiestruturada foi realizada por alunas de graduação em medicina envolvidas em iniciação científica e por urologistas pediátricos em sala climatizada de consulta médica. Primeiramente, a entrevista foi realizada com a criança ou o adolescente na presença de um ou mais responsáveis; nesta etapa, foram colhidos apenas os dados demográficos (ex.: identificação das pessoas do convívio intradomiciliar, idades, anos de estudo, etc.) com vistas a sua caracterização. Posteriormente, o instrumento foi aplicado em particular com o paciente em ambiente apropriado para o desenvolvimento de atividade lúdica, obtendo-se os dados referentes ao convívio intradomiciliar, às circunstâncias e características da violência doméstica e às pessoas envolvidas na agressão. Os pacientes foram estimulados a fazer um registro livre em folhas brancas usando lápis coloridos.

Durante a entrevista, foram perguntados a idade, o grau de parentesco (ex.: mãe, pai, irmão) e o grau de escolaridade referentes às pessoas do convívio intradomiciliar do paciente, sendo definidas também as pessoas agressoras. O grau de escolaridade foi dividido em cinco categorias de ensino obtido: 1) fundamental incompleto (< 8 anos de estudo); 2) fundamental completo (8 anos de estudo); 3) médio incompleto (> 8 e < 11 anos de estudo); 4) médio completo (11 anos de estudo); e 5) superior completo ou incompleto (> 11 anos de estudo). A punição devido à incontinência foi analisada quanto à frequência e o tipo. O tipo de punição foi

classificado em: 1) verbal (por exemplo, uso de palavras com sentido agressivo, ofensa verbal); 2) física sem contato (por exemplo, tomar banho frio, lavar o próprio lençol molhado, ficar de pé o resto da noite); e 3) física com contato (por exemplo, bater no paciente).

O tamanho amostral foi calculado para fornecer 80% de força no nível de 5%, usando um teste bicaudal para detectar uma diferença de 10% ou menos entre as proporções. Foi antecipada uma diferença de 50% baseada em dados previamente publicados<sup>8,14</sup>. Dessa forma, o tamanho mínimo amostral era de 120 pacientes. No entanto, estimando uma taxa de 20% de informações não fidedignas fornecidas por crianças, seriam necessários 144 pacientes para o estudo. Os dados foram expressos como média mais ou menos um desvio padrão da média. A análise de associação entre variáveis foi realizada pelo teste de correlação de Spearman. Todos os testes estatísticos foram de tipo bicaudal e com valor p considerado significativo se  $< 0,05$ .

## Resultados

Na amostra estudada, a frequência de meninos foi de 59,7% (n = 89), e a de meninas, de 40,3% (n = 60). Não houve relação significativa entre o sexo e a incidência de punição devido a episódios de incontinência noturna (p = 0,544).

Algum tipo de agressão com intenção de punição foi observado em 132 pacientes (88,6%), sendo que em todos esses casos houve pelo menos a punição verbal. A punição física sem contato ocorreu em 50,8% (n = 67) dos casos, e com contato, em 48,5% (n = 64) das ocorrências.

Em uma criança, houve lesão genital grave decorrente de queimadura, e foi necessário um procedimento cirúrgico reconstrutor para restaurar a integridade genital.

Como pode ser observado na Tabela 1, a taxa de violência com contato físico foi significativamente maior em crianças do que em adolescentes (p = 0,001; RR = 1,31; IC95% 1,12-1,52).

O principal agressor foi a mãe dos pacientes (87,9%), e, em 14,4% dos casos, a agressão envolveu mais de uma pessoa do convívio intradomiciliar. Em 88,4% dos casos, a agressão ocorreu diariamente.

Houve uma correlação significativa (p = 0,043, r = -0,768) entre os anos de estudo dos responsáveis e a severidade da punição. Pacientes que convivem com agressores de baixo nível de escolaridade (menos de 8 anos de estudo) sofreram uma maior taxa de punição com contato.

Em todas as entrevistas (100% dos casos), os responsáveis demonstraram insatisfação em relação aos episódios de perda de urina do paciente. Eles mostraram-se impacientes e aparentemente desgastados pelas tarefas que a enurese noturna acrescenta ao dia-a-dia da família, como lavar mais frequentemente as roupas de cama ou acordar de madrugada para dar assistência à criança.

Já os pacientes mostraram-se todos tímidos e introvertidos durante a entrevista e a atividade lúdica. Após a estimulação recreativa, no entanto, eles foram capazes de expressar suas frustrações em relação às punições através de conversas ou desenhos (Figura 1).

## Discussão

Alguns fatores, já descritos, podem predispor a criança a desenvolver a enurese, como idade menor, história familiar positiva para enurese, baixa escolaridade dos pais, baixa renda familiar, pais desempregados e um grande número de pessoas morando com o paciente<sup>4,17</sup>. No presente estudo, foi incluído inicialmente o registro da renda familiar durante a entrevista, mas esse dado não foi coletado de maneira confiável o suficiente para permitir análise estatística e identificar implicações epidemiológicas de uma possível relação entre a punição e a renda familiar. Outros autores mostraram que uma baixa capacidade intelectual ou um baixo QI também apresentam associação com a presença de enurese<sup>18</sup>, mas a etiologia genética desse distúrbio permanece desconhecida<sup>19</sup>. Crianças que sofreram algum tipo de tortura podem desenvolver enurese noturna secundária<sup>20-22</sup>.

A preocupação dos pais em relação à enurese começa entre os 5 e 7 anos, quando a criança vai para a escola, já que a enfermidade interfere na socialização e no desenvolvimento da criança. A enurese tem um impacto importante nas atividades do dia-a-dia do paciente, o que pode prejudicar sua qualidade de vida e a de sua família<sup>14</sup>. Relatos condizentes com esses dados foram observados durante as entrevistas com os pacientes e seus responsáveis.

**Tabela 1** - Tipos de punição em crianças e adolescentes devido a enurese

Tipos de punição	Criança, n (%)	Adolescente, n (%)	p
Verbal (n = 132)	105 (88,2)	27 (90,0)	1,000
Física sem contato (n = 67)	54 (45,4)	13 (43,3)	0,841
Física com contato (n = 64)	59 (49,6)	5 (16,7)	0,001*
Total (n = 132)	105 (88,2)	27 (90,0)	1,000

IC95% = intervalo de confiança de 95%; RR = risco relativo.

\* RR = 1,31; IC95% 1,12-1,52.



**Figura 1** - Desenho feito por uma criança enurética durante a atividade lúdica

Os indivíduos enuréticos são introvertidos, têm baixa autoestima e podem ter dificuldade de estabelecer vínculos de amizade pela vergonha que sentem de falar sobre a sua condição ou de dormir na casa de amigos e pelo fato de não quererem participar de certas brincadeiras por medo de sofrerem alguma agressão física ou moral. Essas características foram observadas durante as entrevistas e na atividade lúdica com as crianças e os adolescentes. O medo e a ansiedade da possibilidade de um episódio de perda urinária durante o sono pode diminuir a qualidade de sono desses pacientes<sup>23</sup>.

Frequentemente, a enurese não é reconhecida pela família como doença, o que pode provocar reações violentas como estratégia corretiva, expondo assim a criança a violência física e emocional e a maus-tratos, principalmente quando a criança é percebida pela família como preguiçosa, relutante ou rebelde<sup>11</sup>. Como mostra um estudo em Singapura, 20% das famílias entrevistadas com casos de enurese lançam mão de punições quando a criança tem episódios de perda urinária na cama<sup>14</sup>. Na Turquia, um estudo revelou que 86,4% das crianças com enurese noturna sofrem algum tipo de abuso, sendo que 42,1% das crianças que participaram do estudo levaram palmadas e 12,8% foram surradas<sup>8</sup>.

A taxa de agressão de quase 90% encontrada no presente estudo é alarmante e sugere que a agressão tanto física quanto verbal à criança e ao adolescente como forma de educá-los e condicioná-los é comum e culturalmente aceita nas famílias brasileiras. Alguns agressores entrevistados relataram que as punições eventualmente são necessárias para o aprendizado do menor; talvez por isso, alguns maus-tratos passem despercebidos. Parentes, educadores e profissionais de saúde que têm contato com a criança agredida não denunciam os autores das punições e podem, dessa forma, incentivá-los. Tudo isso vai de encontro com os direitos da criança e do adolescente, que estão assegurados pela Convenção dos Direitos da Criança da ONU/UNICEF<sup>12</sup> e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069<sup>13</sup>.

No presente estudo, foi observado que as crianças sofreram agressões mais severas que os adolescentes, o que poderia ser explicado pela maior vulnerabilidade da criança e pela capacidade de autodefesa do adolescente. Outro achado interessante deste estudo foi a caracterização da mãe como a agressora principal, o que pode sugerir que as mães brasileiras se encontram numa posição mais ativa na educação da criança do que outros membros da família.

Evidenciou-se que a gravidade da punição tem correlação com o nível de escolaridade do agressor. Esse achado pode ajudar os profissionais de saúde a detectar crianças e adolescentes que estão sob risco de sofrerem punições mais severas devido à enurese.

Por ser um estudo descritivo, que avaliou uma amostra de conveniência, ele sugere dados referentes à violência intradomiciliar devido a episódios enuréticos e possíveis fatores de risco associados a ela. Ainda é necessária a realização de um estudo controlado, com uma amostra representativa de toda a população brasileira de crianças e adolescentes, a fim de obter dados definitivos sobre a prevalência da punição em crianças e adolescentes brasileiros. No momento, o planejamento de um estudo com essas características está em andamento.

Saber a frequência deste tipo de punição em uma amostra brasileira é o primeiro passo para conhecer melhor a doença enurética, sugerir possíveis repercussões sociais e começar a planejar ações médicas e governamentais que garantam o bem-estar das crianças e dos adolescentes brasileiros afetados.

Assim, deveriam fazer parte da rotina do atendimento médico atentar mais para a presença de sinais de violência doméstica contra crianças e adolescentes enuréticos e incluir na conduta terapêutica orientações sobre o distúrbio. Os pais devem ser alertados para os danos que a punição devido à perda de urina causa no tratamento e na qualidade de vida do paciente.

Concluindo, o presente estudo revela índices alarmantes de punição em casos de ENMP em uma amostra de crianças e adolescentes brasileiros. Ainda, crianças e adolescentes enuréticos que vivem junto a pessoas de baixo nível educacional podem ser considerados população de risco, por estarem mais expostos a sofrer agressão doméstica mais severa.

Como a punição está associada à baixa qualidade de vida e fere os direitos da criança e do adolescente, ações

sociais urgentes são necessárias para reduzir a frequência de punição em casos de ENMP. Em curto prazo, a redução da taxa de violência poderia ser atingida com atividades de educação em saúde sobre a doença enurética com foco nos possíveis fatores de risco, como a convivência com uma mãe que possuía baixa escolaridade. No entanto, a melhora do nível de educação da população parece ser a ação de maior importância para garantir em longo prazo a redução das taxas de agressão.

## Referências

1. Joinson C, Heron J, Emond A, Butler R. *Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: a UK population-based study*. J Pediatr Psychol. 2007;32:605-16.
2. Thiedke CC. *Nocturnal enuresis*. Am Fam Physician. 2003;67:1499-506.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [website]. Crianças e adolescentes: indicadores sociais 1997. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas\\_adolescentes/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/default.shtm) Acesso: 06/06/2009.
4. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S, Oguzulgen I, Urgancioglu G, Memis A. *Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children*. Int Braz J Urol. 2007;33:216-22.
5. Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, 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*. J Urol. 2006;176:314-24.
6. Moffatt ME. *Nocturnal enuresis - is there a rationale for treatment?* Scand J Urol Nephrol Suppl. 1994;163:55-66.
7. Shelov SP, Gundy J, Weiss JC, McIntire MS, Olness, K, Staub HP, et al. *Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians*. Pediatrics. 1981;67:707-10.
8. Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M. *Child abuse as a result of enuresis*. Pediatr Int. 2004;46:64-6.
9. Morison MJ. *Living with a young person who wets the bed: the families' experience*. Br J Nurs. 2000;9:572-88.
10. Menezes RP. *Enurese noturna monossintomática*. J Pediatr (Rio J). 2001;77:161-8.
11. Soares AH, Moreira MC, Monteiro LM, Fonseca EM. *A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde*. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005;5:301-11.
12. World Health Organization [website]. *The Convention on the Rights of the Child*, 1990. <http://www.who.int/>. Acesso: 24/11/2007.
13. Brasil. Presidência da República Federativa. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. [website]. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm). Acesso: 06/06/2009.
14. Chao SM, Yap HK, Tan A, Ong EK, Murugasu B, Low EH, et al. *Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in Singapore-parental perspectives in an Asian community*. Ann Acad Med Singapore. 1997;26:179-83.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed rev. Washington DC: American Psychiatry Press; 1995.
16. World Health Organization [website]. *Adolescent health*. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/) Acesso: 06/06/2009.
17. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S, et al. *Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey*. Pediatr Int. 2004;46:58-63.
18. Desta M, Häggglöf B, Kebede D, Alem A. *Socio-demographic and psychopathologic correlates of enuresis in urban Ethiopian children*. Acta Paediatr. 2007;96:556-60.
19. Bayoumi RA, Eapen V, Al-Yahyaee S, Al Barwani HS, Hill RS, Al Gazali L. *The genetic basis of inherited primary nocturnal enuresis: A UAE study*. J Psychosom Res. 2006;61:317-20.
20. Berberich HJ, Neubauer H. *Urological dysfunction after sexual abuse and violence*. Urologe A, 2004;43:273-7.
21. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *The evaluation of sexual abuse in children*. Pediatrics. 2005;116:506-12.
22. Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M, Cheung K. *Evaluating the child for sexual abuse*. Am Fam Physician. 2001;63:883-92.
23. Gozmen S, Keskin S, Akil I. *Enuresis nocturna and sleep quality*. Pediatr Nephrol. 2008;23:1293-6.

Correspondência:  
 Eloísio Alexandro da Silva  
 Serviço de Urologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto  
 Av. 28 de Setembro, 77, 5º andar - Vila Isabel  
 CEP 20551-030 - Rio de Janeiro, RJ  
 Tel.: (21) 2587.6242  
 Fax: (21) 2587.6242  
 E-mail: alex@uerj.br