

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Raquel do Amaral Rangel

Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Enurese Noturna

Juiz de Fora

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Raquel do Amaral Rangel

Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Enurese Noturna

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Saúde – área de concentração Saúde Brasileira do Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Murillo Bastos Neto

Juiz de Fora

2009

Rangel, Raquel do Amaral.

Avaliação da qualidade de vida em crianças com enurese noturna /
Raquel do Amaral Rangel. – 2009.
31 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de
Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Enurese noturna. 2. Qualidade de vida - crianças. I. Título.

CDU 616.62-008-22

Raquel do Amaral Rangel

Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Enurese Noturna

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Saúde – área de concentração Saúde Brasileira do Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Ubirajara de Oliveira Barroso Jr.
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. João Manuel de Almeida Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por guiar meus passos em todos os momentos e me ajudar a chegar sempre mais longe.

Ao **Prof. Dr. José Murillo**, por sua disponibilidade, apoio e sugestões ao longo deste trabalho.

Aos **pacientes**, pela confiança.

A toda **equipe do ambulatório de Enurese Noturna**, pelas parcerias, que tornaram o caminho mais fácil.

A **Carol**, por ter sido mais que uma estagiária, uma amiga com quem pude contar em muitos momentos.

Ao **Lucas**, por ter estado ao meu lado, em vários momentos, desde o início até o fim deste trabalho, e pela paciência inesgotável.

Aos **meus queridos**, mais que queridos: mãe, irmãos, sobrinha, avós, tias e amigos.

RESUMO

A enurese noturna é uma desordem crônica que gera inúmeros problemas para a criança e seus pais e afeta cerca de 10% das crianças de sete anos de idade. O molhar a cama tem impactos negativos significantes, na auto estima e performance das crianças. O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de crianças enuréticas, bem como sua associação com sexo e idade. Crianças enuréticas e crianças não-enuréticas responderam ao questionário AUQEI. Participaram do estudo 88 crianças, sendo 39 enuréticas (23 meninos) e 49 não-enuréticas (27 meninos), com idade entre 6 e 11 anos de idade. As crianças enuréticas apresentaram prejuízo da qualidade de vida quando comparadas às crianças não enuréticas (35,9% x 16,3%, $p=0,035$). Não foram encontradas diferenças significativas, nas associações entre sexo e qualidade de vida e idade e qualidade de vida. Esses resultados sugerem que, as crianças com enurese noturna, têm 187% a mais de chances de ter prejuízo na qualidade de vida, quando comparadas com crianças não enuréticas.

Palavras-chave: Criança. Enurese noturna. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Nocturnal enuresis is a chronic disorder that generates countless problems to the child and their parents affecting about 10% of seven-year-old children. "Bed-wetting" has significantly negative impacts on the self-esteem and the performance of children. The aim of the current study is to assess the quality of life in enuretic children, as well as its association to sex and age. Enuretic and non-enuretic children answered the "AUQEI" questionnaire. The total number of participants was 88, 39 of which were enuretic (23 boys), and 49 non-enuretic (27 boys), from ages between 6 and 11. Enuretic children displayed loss in quality of life when compared to non-enuretic (35,9% x 16,3%, $p=0,035$). No significant differences were found, in the association of sex, gender and quality of life. These results suggest that, children with nocturnal enuresis have 187% more chances of having loss in quality of life, when compared to non-enuretic ones.

Key-Words: Child. Nocturnal enuresis. Quality of life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
1.1	QUALIDADE DE VIDA E ENURESE	10
2	OBJETIVOS	14
3	PACIENTES E MÉTODO	15
3.1	AMOSTRA	15
3.1.1	Crianças Enuréticas	15
3.1.2	Crianças não Enuréticas	15
3.2	LOCAL DA PESQUISA	15
3.3	INSTRUMENTOS	15
3.3.1	Anamnese Psicológica	15
3.3.2	Auqei (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé)	16
3.4	PROCEDIMENTOS	16
3.4.1	Recrutamento de participantes	16
3.4.1.1	<i>Crianças Enuréticas</i>	16
3.4.1.2	<i>Crianças Não Enuréticas</i>	16
3.5	INTERVENÇÃO	17
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	17
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	17
4	RESULTADOS	18
5	DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÕES	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXOS	

1- Introdução

Enurese Noturna, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência, é a micção normal que ocorre inapropriadamente – ou seja, em um período ou lugar socialmente inaceitável (NORGAARD et al., 1998) – pela criança em idade cujo controle vesical já deveria ter sido alcançado (SHELDON,1996). Segundo a Associação Psiquiátrica Americana, enurético é aquele que “molha a cama” com cinco anos de idade ou mais (MOFFAT et al., 1987).

A enurese noturna, conhecida por “xixi na cama”, é um problema que aflige milhares de crianças no mundo inteiro (LANDGRAF et. al., 2004). Ela afeta o desenvolvimento e a auto-estima do indivíduo assim como o relacionamento dentro e fora da família.

A prevalência desse transtorno é bastante alta e situa-se entre 15 a 20% das crianças com cinco anos (ZAMORANO et al., 2005), diminuindo progressivamente até o valor de 5 a 7,5% aos dez anos de idade (LAWLESS & MC ELDERRY, 2001). Cerca de 50% das crianças aos dois anos de idade e 80% aos três anos já apresenta controle miccional. No entanto, aproximadamente 30% das crianças apresentam enurese noturna aos quatro anos de idade; até os cinco, 20% das crianças molham a cama. Quinze por cento das crianças com enurese noturna conseguem controlá-la anualmente, chegando-se a uma incidência de 3% aos 12 anos de idade 1% aos 18 anos (THIEDKE, 2003).

Um estudo feito em nosso núcleo de pesquisa, observou que crianças brancas tem menos chances de ter enurese noturna e em famílias com baixa instrução, a incidência de enurese noturna é maior quando comparado com famílias instruídas (Dados não publicados).

Autores que estudam a história da medicina encontram relatos de enurese noturna e seu tratamento, desde o antigo Egito e nas mais diversas culturas, evidenciando ser esta doença motivo de preocupação por parte dos pais, educadores e médicos desde a antiguidade (FERREIRA et al., 2007). Certos etnógrafos se interessaram igualmente à enurese noturna e alguns textos que se referem a isto nos provam que a enurese noturna constitui igualmente um problema nas sociedades ditas “primitivas”, confirmando assim a impressão que a enurese noturna não é um “mal” ligado à civilização moderna (GUINARD, 2000).

A forma mais comum dessa desordem é a enurese noturna monossintomática, na qual não existem sintomas diurnos que indiquem disfunção

miccional, isto é, a criança não apresenta infecção urinária, urgência para urinar, micções interrompidas ou incontinência urinária diurna (LETTGEN, 1997). Enurese noturna monossintomática é um problema complexo que parece envolver um desequilíbrio entre capacidade funcional da bexiga e produção noturna de urina, associados a um distúrbio no despertar (NÉVEUS et. al., 1997). Esta condição pode ser ainda complicada por desordens de armazenamento e esvaziamento anormal da bexiga (HJALMAS et al., 2004; NÉVEUS et al., 2006).

Já a enurese noturna não monossintomática é aquela na qual, além da micção noturna, a criança apresenta sintomas como polaciúria, urgência, incontinência, infecção urinária ou lesão neurológica associada. Uma outra forma de classificar a enurese noturna é quanto à época de seu aparecimento, sendo primária aquela na qual a criança sempre urinou na cama e secundária quando a criança já apresentou um período sem perda urinária noturna de pelo menos seis meses (CALDWELL et al., 2005).

Ao longo dos anos, várias teorias foram propostas para investigar a enurese noturna. Diferentes hipóteses têm sido estudadas, desde a hereditariedade (EIBERG, 1995; KOVÁČZ et. al., 1997; SCHMITT, 1997), o sexo (BUTLER, 2004; BUTLER et. al., 2005), o ambiente psicossocial e familiar (MORISON, 1998) e, mais recentemente, apoiados em estudos urodinâmicos, a neurofisiologia e a capacidade vesical (FONSECA, 2002), além de estudos sobre distúrbios do sono e do despertar (FISCHBACK, 1997; NEVÉUS et. al., 1998).

Nas últimas duas décadas as discussões sobre a etiologia da enurese noturna se expandiram. Verificou-se que este é um problema com inúmeras causas que em conjunto, formam a base para um modelo fisiopatológico com importantes implicações clínicas. Dentre elas, podemos citar: a) *Fatores genéticos*: estudos com gêmeos (OOKI, 1999), indicam que há uma ligação genética maior em meninos enuréticos do que meninas. Este risco aumenta quando um dos pais teve o problema quando criança, e é maior ainda quando os dois pais o tiveram (BUTLER, 1994) b) *Dificuldades em despertar*: este ainda é um dos fatores menos compreendidos e tem sido estudado há mais de 30 anos (BARTHE, 1997; HUSMANN, 1996; NEVÉUS et. al., 1997; NORGAARD et. al., 1989). Os pais, geralmente, relatam que essas crianças não acordam com facilidade Wille (1994) afirma que elas são mais difíceis de serem acordadas do que as não enuréticas. Butler (1994) diz que a enurese noturna não é consequência de sono pesado, e

afirma que ela é um resultado da incapacidade de responder aos sinais da bexiga durante o sono. Uma das chaves para o tratamento da enurese noturna, seria então, tornar os sinais da bexiga importantes c) *Poliúria noturna*: este fator está associado à baixa secreção do hormônio antidiurético (alterações do ritmo circadiano da vasopressina) (YEUNG et al., 2002) d) *Capacidade funcional da bexiga*: essa hipótese afirma que as crianças enuréticas têm uma capacidade funcional da bexiga menor que a de outras crianças (HOUTS, 1991). Essa hipótese, pode estar associada à hipertatividade detrusora e) *Atividade detrusora disfuncional*: essa hipótese sustenta que, contrações espontâneas da bexiga produziram o “xixi” na cama (HOUTS, 1991) f) *Fatores psicológicos*: A idéia de que a enurese noturna é um sintoma de stress emocional deixou lugar à evidência de que a maioria das crianças enuréticas apresentam secundariamente distúrbios psicológicos comprometendo sua auto-estima e, portanto, se beneficiam de orientação e tratamento (MOFFAT et. al., 1987; MOILANEN et. al., 1998). Crianças enuréticas não apresentam nenhum perfil psicológico definido, mas tem sido observada correlação com distúrbios da atenção ou imaturidade do sistema nervoso (disfunção cerebral mínima), sobretudo em crianças acima de 10 anos (HUSMAN, 1996).

A persistência de enurese noturna pode levar a um sentimento familiar de ansiedade, culpa, dificuldades de relacionamento, perda de confiança e auto-estima. A atitude dos pais pode ser classificada como aceitação e tolerância, ambivalência ou rejeição e intolerância, influenciando de forma direta o comportamento e desenvolvimento da criança (MORISON, 1998). Daí a importância de um tratamento adequado e efetivo. O tratamento da enurese noturna pode ser através do uso de medicamentos, reeducação comportamental ou por condicionamento.

O tratamento medicamentoso pode ser realizado com o uso de desmopressina (análogo do hormônio antidiurético), imipramina (antidepressivo tricíclico) ou oxibutinina (anticolinérgico) (STENBERG, et al., 1994). De um modo geral, a terapia medicamentosa se mostra efetiva enquanto as drogas estão sendo utilizadas, pois apresentam altos índices de recidiva após sua retirada (MÜLLER, et al., 2004).

Outra forma terapêutica, que não recorre ao uso de medicamentos e pode ser utilizada com segurança e resultados razoáveis é a técnica comportamental (MONDA, 1995). Este método consiste na utilização de terapias de reforço positivo (marcação em calendário e premiação das noites secas); de treinamento

esfincteriano (orientação da micção de horário durante o dia, da micção antes de dormir e de exercícios esfincterianos); de redução de líquidos no período noturno, bem como supressão dietética de alimentos que contenham cafeína (MONDA, 1995). Além disso, pode-se também lançar mão do treinamento de condicionamento, que é feito pela utilização do alarme de enurese, que consiste em um dispositivo colocado na roupa íntima da criança e que é acionado por um sensor de umidade, disparando um alarme sonoro e/ou vibratório. O princípio desse tratamento baseia-se no fato da criança, com o tempo, acordar cada vez mais rapidamente, até que não seja mais acordada pelo alarme, e sim pela sensação de distensão vesical. Os índices de recidiva nesse tipo de terapêutica são bem mais baixos do que no tratamento medicamentoso, além de não determinar efeitos colaterais (MORGAN, 1978).

1.1- Qualidade de Vida e Enurese

Cuidados com a saúde têm sido considerados, tradicionalmente, medidas clínicas objetivas para a interpretação de resultados, tais como a resposta biológica ao tratamento, as comorbidades e a mortalidade. No entanto, nos últimos anos, em função da evolução de programas preventivos e terapêuticos na área da saúde, pesquisadores e profissionais têm demonstrado que indicadores subjetivos, especialmente os que avaliam, analisam e permitem a interpretação da qualidade de vida, também devem ser considerados (DINIZ, 2006; MORRIS et. al., 1998).

A busca pela qualidade de vida é bastante antiga e o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências quanto às tentativas de se definir a qualidade de vida (AWAD, 2000; GILL et. al., 1994). Os vários significados atribuídos para a qualidade de vida estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública (DINIZ, 2006). O conceito qualidade de vida é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral; e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber (BOWLING, 1995).

Qualidade de vida é um termo que representa uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana (JONSEN et. al., 1982) sendo o fator central a sensação subjetiva de bem estar (BOWLING, 1997; ROSENBAUM et. al., 1990). Na tentativa de uma definição abrangente, alguns autores priorizam ser ela envolvida por todos os aspectos que temporalmente cercam o diagnóstico e tratamento de uma

doença e se estende além da questão médica, incluindo estilo de vida, cultura e vida familiar (REAMAN & HAASE, 1996).

O conceito de qualidade de vida abrange pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde física (LIPP, 1996). É um conceito multifatorial, caracterizando-se pela sensação de bem-estar físico e de satisfação emocional, psíquica e social do indivíduo (REIS & GLASHAN, 2001).

A definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (PREBIANCHI, 2003), como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, favoreceu o surgimento de novos questionamentos sobre o que constitui saúde e como avaliar resultados positivos e negativos dos tratamentos. Inúmeros estudos mostraram que o bem-estar subjetivo do paciente é o maior determinante para a sua decisão de buscar tratamento, sua adesão a ele e avaliação dos resultados obtidos.

Shin & Johnson (1978) sugerem que a qualidade de vida consiste na posse dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal. Da mesma forma, o “Grupo para Qualidade de Vida” da Organização Mundial de Saúde inclui em sua definição a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos (WHOQOL GROUP, 1993).

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área da saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde física (DINIZ, 2006).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito Qualidade de Vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, sociais, culturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da Qualidade de Vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

Toda criança tem o direito de ter padrões de qualidade de vida adequados às suas necessidades físicas, mentais e de desenvolvimento social, o respeito a esse direito é fundamental, pois contribui para o bem-estar do indivíduo na vida adulta. Quando os padrões de vida supracitados são desrespeitados ou desconhecidos devem ser realizadas pesquisas que se interessem pelas medidas de qualidade de vida da população infantil (PREBIANCHI, 2003).

Crianças com enurese noturna enfrentam problemas que podem ser significativos (ARANTES & SILVARES, 2007). Enurese noturna é uma desordem crônica que gera inúmeros problemas para a criança e seus pais (BUTLER, 1994). O molhar a cama tem impactos negativos importantes, na auto estima e performance das crianças (THEUNIS, 2002). A maioria dos pais tolera a enurese noturna bem, entretanto quando a criança fica mais velha, a expectativa dos pais sobre o auto controle e nível de responsabilidade das crianças aumenta (BUTLER, 1997).

Existem relatos de aumento dos problemas emocionais e sociais nos pacientes com enurese noturna (VAN HOECKE, 2006). Hipoteticamente problemas psicossociais, podem levar a criança ao stress e afetar negativamente o tratamento para enurese noturna (VAN HOECKE, 2007).

A relação entre enurese noturna e psicopatologia tem sido estudada intensamente, fatores psicológicos não são considerados a causa primária da enurese noturna, mas acredita-se que possa contribuir para a persistência do problema (VAN HOECKE, 2007). A permanência da enurese noturna pode causar um alto nível de estresse na criança, gerando um efeito negativo na auto estima (HAGGLOF, 1998). Vários estudos mostram que crianças enuréticas apresentam problemas de comportamento, baixa auto-estima e isolamento (LANDGRAF, 2007; VAN HOECKE, 2006).

A alta prevalência da enurese noturna primária e seus impactos sobre a vida do enurético, justificam a importância da ampliação de conhecimentos na área.

O questionário AUQEI – AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGÉ (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997) utilizado nesse estudo, é o único instrumento validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em crianças. O AUQEI, baseia-se no ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de 4 figuras que são associadas a diversos domínios da vida, através de 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997).

Estudos demonstraram que, após a melhora da enurese noturna, as crianças readquirem a auto-estima e apresentam melhora no desempenho escolar (HINDE et. al., 1995; MOFFAT et. al., 1987; MOILANEN et. al., 1998). O tratamento e acompanhamento sistemáticos dessas crianças aceleram o tempo de cura, proporcionando uma melhora na adequação psicossocial dessas crianças.

2 - Objetivos:

2.1 - Geral

- Avaliar a qualidade de vida de crianças portadoras de enurese noturna, comparando-as com crianças não-enuréticas.

2.2 - Específicos

- Investigar se a qualidade de vida de crianças enuréticas altera-se com a idade;

- Verificar se há influencia do gênero na qualidade de vida das crianças enuréticas.

3- Pacientes e Método:

3.1 - Amostra:

Participaram desta pesquisa 39 crianças enuréticas e 49 crianças não enuréticas, totalizando 88 crianças.

A seleção da amostra foi feita de acordo com os seguintes critérios:

3.1.1 - Crianças Enuréticas:

- Não apresentar indícios de distúrbios de ordem orgânica;
- Não apresentar incontinência diurna;
- Não apresentar enurese não monossintomática;
- Ter idade entre 6 e 12 anos de idade na época do início do tratamento;

- Ter enurese noturna primária;
- Autorização dos pais ou responsáveis para participar do estudo.

3.1.2 - Crianças não Enuréticas:

- Ser aluno de escola pública;
- Não apresentar sintoma algum de enurese noturna;
- Ter idade entre 6 e 12 anos de idade;
- Autorização dos pais ou responsáveis para participar do estudo.

3.2 - Local da Pesquisa:

Os atendimentos às crianças enuréticas foram realizados no Ambulatório de Enurese Noturna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A aplicação dos questionários nas crianças não enuréticas, foi feita nas escolas “Municipal EMEI – Ipiranga” e “Escola Municipal Tancredo Neves” situadas no Município de Juiz de Fora, em sala reservada.

3.3 - Instrumentos:

3.3.1 - Anamnese Psicológica (Anexo 1):

Essa anamnese foi desenvolvida pelo serviço de psicologia do Ambulatório de Enurese Noturna e procura colher informações, tais como antecedentes pessoais (gestação, parto e outras doenças), desenvolvimento infantil, relação com a família,

vida escolar, início dos sintomas, evolução da doença, atitude frente à doença e ao tratamento.

As anamneses foram aplicadas aos pais ou responsáveis pela criança, na primeira entrevista e sempre realizadas pelo mesmo entrevistador.

3.3.2 - AUQEI (AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGÉ) (MAIFICAT & DAZORD, 1997) (Anexo 2):

O AUQEI (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997) é um instrumento de avaliação da qualidade de vida para crianças. Foi validado no Brasil no ano 2000 por Assumpção. Trata-se de um questionário respondido pela própria criança sobre questões referentes a qualidade de vida.

O questionário baseia-se em 26 questões e a cada uma das questões são apresentadas respostas “muito infeliz”, “infeliz”, “feliz” e “muito feliz”, às quais correspondem os valores 0, 1, 2 e 3 respectivamente. A soma de todas as questões gera um escore, a soma de escore abaixo de 48, considera-se prejuízo da qualidade de vida.

3.4 - Procedimentos:

3.4.1 - Recrutamento de participantes:

3.4.1.1 - Crianças Enuréticas:

Crianças que procuraram o ambulatório de enurese noturna, através de busca ativa, nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora.

A primeira consulta era realizada por toda equipe: médico, enfermeiro, assistente social e psicóloga. Durante a entrevista psicológica os pais ou responsáveis, liam e aqueles que concordavam em participar do estudo, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido e respondiam a anamnese psicológica. As crianças foram entrevistadas individualmente e responderam, com auxílio do entrevistador, o questionário AUQEI (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997).

3.4.1.2 - Crianças Não Enuréticas:

Foi solicitado em algumas escolas públicas do Município de Juiz de Fora, a autorização para realização da pesquisa “Avaliação da Qualidade de Vida em crianças com Enurese Noturna”. Obtida a autorização da direção das escolas, durante alguns dias a pesquisadora compareceu as escolas solicitando a

autorização dos pais para aplicação do questionário AUQEI (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997) nas crianças. A aplicação do questionário foi feita pela pesquisadora com cada criança individualmente e em sala reservada.

A escolha da aplicação dos questionários em escolas públicas do município de Juiz de Fora para o grupo controle, se deu, pois a maioria dos pacientes enuréticos avaliados, também eram estudantes de escolas públicas.

3.5 - Intervenção:

A intervenção foi inteiramente realizada pela autora da pesquisa. Depois das entrevistas os pacientes continuaram em atendimento ambulatorial, realizado pela equipe do ambulatório de Enurese Noturna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. O tratamento oferecido não teve qualquer custo para as famílias.

3.6 - Aspectos Éticos (ANEXO 3):

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo o protocolo número: 1283.329.2007 e parecer número: 444/2007 obedecendo à lei 196/96.

Todos participantes tiveram o TCLE lido e assinado pelos pais ou responsáveis, e receberam uma cópia do mesmo.

3.7 – Análise estatística:

Os dados foram processados a partir da criação de um banco de dados, utilizando-se do Programa Excel. Para análise da associação entre os grupos de casos e controle, bem como o cruzamento das demais variáveis por meio da tabela contingência (2X2), na associação entre sexo, qualidade de vida e enurese noturna utilizou-se, o Teste do Qui-Quadrado para verificação dos dados. Para verificar a associação entre idade e qualidade de vida, o teste usado foi o Teste-T. A significância estatística foi considerada quando valores de $p < 0,05$.

4 - Resultados:

Participaram da pesquisa 88 crianças, sendo 39 enuréticas e 49 não enuréticas. No grupo enurético, 23 eram meninos (59%), no grupo controle (não enurético), 27 eram meninos (55,1%). Dos 50 meninos estudados, 23 (46%) eram enuréticos, enquanto das 38 meninas, 16 (42,1%) eram enuréticas ($p=0,716$) (Tabela 1).

A média da idade do grupo de pacientes não enuréticos foi de $8,41 \pm 1,41$ anos (6 a 11 anos), e do grupo de enuréticos a média foi de $8,26 \pm 1,57$ anos (6 a 11 anos) ($p=0,635$).

Os resultados encontrados no presente estudo evidenciam a piora da qualidade de vida de crianças enuréticas, avaliadas pelo questionário AUQEI. A análise dos questionários aplicados nos pacientes enuréticos, apontou que 14 pacientes (35,9%) apresentaram prejuízo na qualidade de vida, enquanto no grupo não-enurético foi de apenas 8 (16,3%) ($p=0,035$). (Figura 1).

Crianças enuréticas têm 187% (OR 2,87) a mais de chance de terem prejuízo na qualidade de vida quando comparadas com um grupo de crianças não enuréticas. O inverso dessa medida, indica que a chance de uma criança que não tem enurese noturna, apresentar déficit de qualidade de vida, é 65% (OR 0,348) menor do que crianças enuréticas.

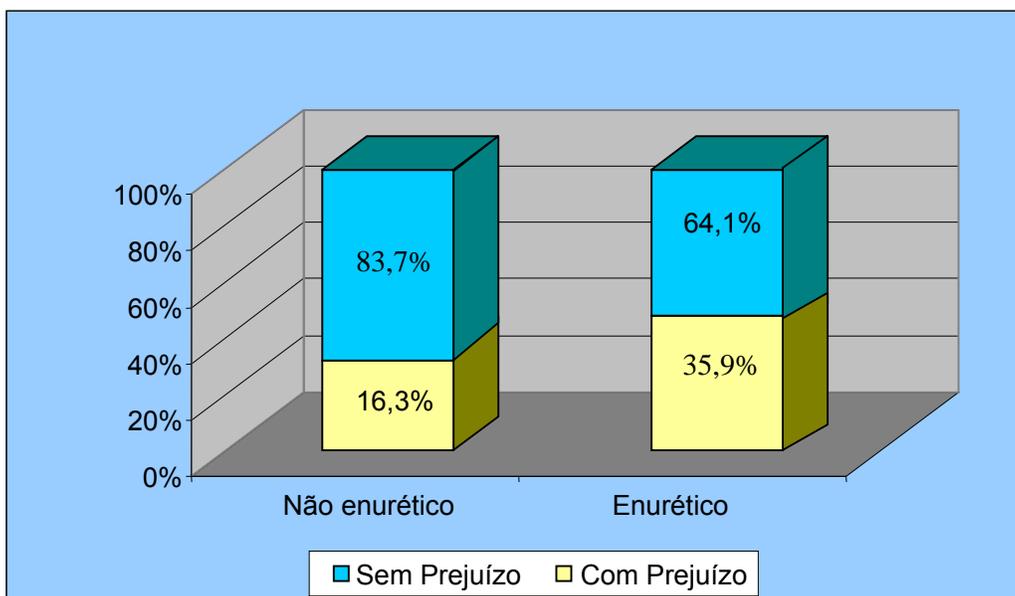


Figura 1 - Resultado da qualidade de vida associada à enurese

No questionário aplicado, o score utilizado para avaliar o *déficit* na qualidade de vida foi o valor menor que 48 pontos. Os resultados decorrentes da análise desses scores, comparando crianças enuréticas e crianças não enuréticas apontou valores menores nos questionários das crianças com enurese noturna. (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva do score nos grupos enuréticos e não enuréticos

Score	Enurético	Não Enurético
Média	50,21	52,24
Mediana	49	51
Desvio Padrão	6,717	5,399
Mínimo	41	43
Máximo	68	65

A análise dos questionários aplicados nas 88 crianças entre 6 e 11 anos de idade mostrou que, não há associação entre idade e qualidade de vida ($p=0,563$). (Figura 2).

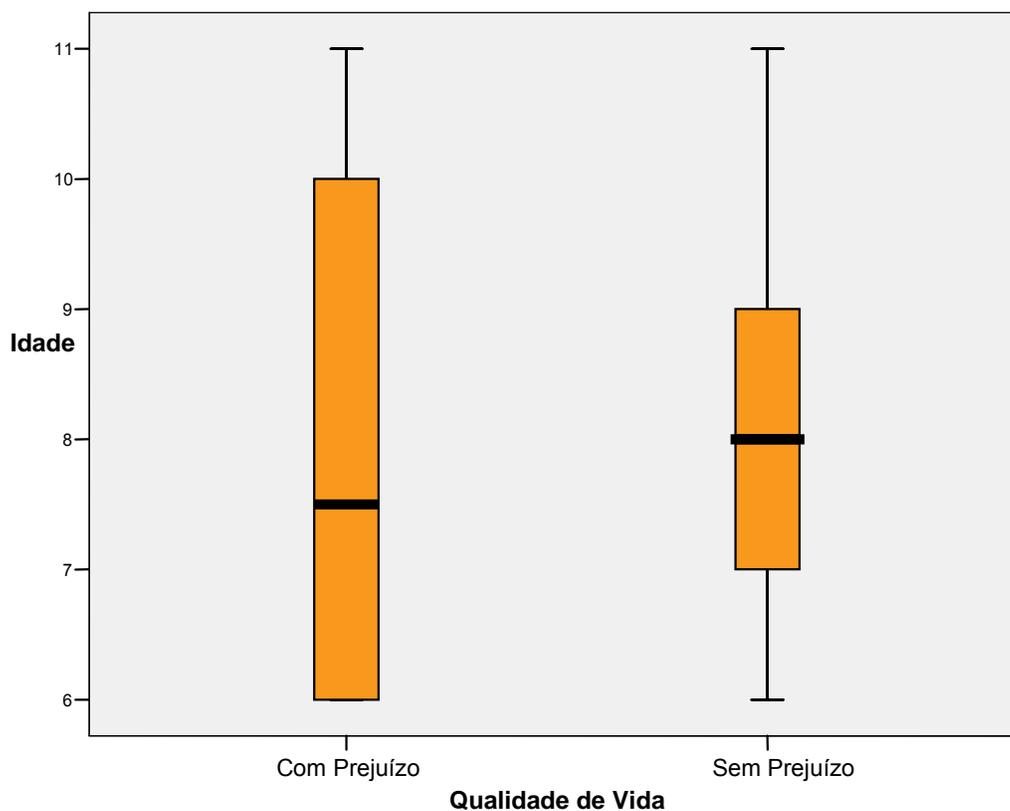


Figura 2 – Resultado da associação entre idade e qualidade de vida

A figura 3 demonstra a distribuição das idades nos dois grupos apresentados: grupos enuréticos e não enuréticos.

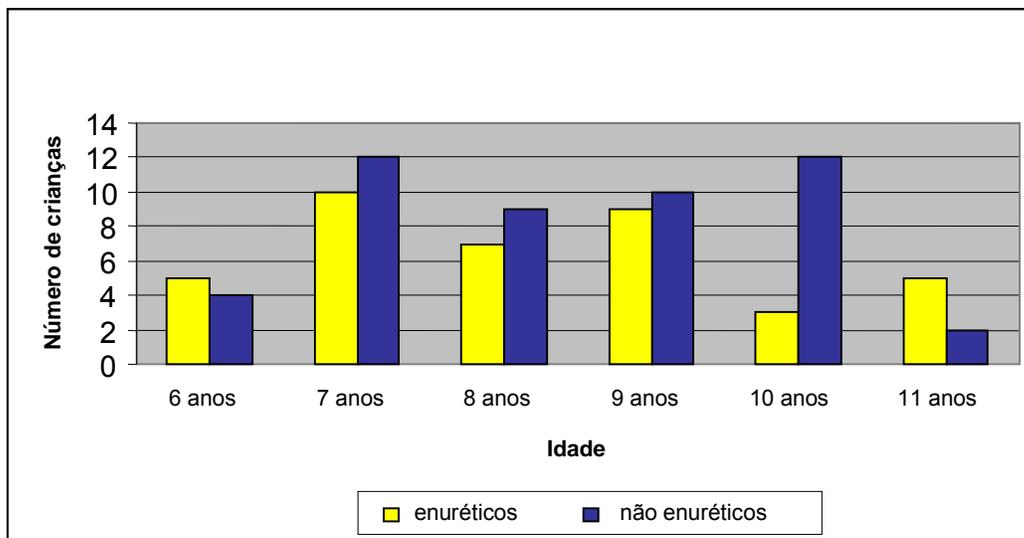


Figura 3 – Distribuição das idades nos grupos enuréticos e não enuréticos

Quando comparados os estratos das idades (≤ 8 anos X ≥ 9 anos), associando-os à qualidade de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultado da associação entre qualidade de vida e idade estratificada

idade	N	Média das idades	Desvio Padrão	p-valor
≤ 8	47	7,15	,722	,543
≥ 9	41	9,71	,750	,541

Comparando os grupos de acordo com o gênero e enurese noturna (Tabela 3) ($p=0,716$) e gênero e qualidade de vida (Tabela 4) ($p=0,456$), não encontrou-se diferenças estatisticamente significante.

Tabela 3 - Resultados da associação entre sexo e enurese

		sexo		Total
		Masculino	Feminino	
enurese	Não	27 55,1%	22 44,9%	49 100,0%
	Sim	23 59,0%	16 41,0%	39 100,0%
Total		50 56,8%	38 43,2%	88 100,0%

Tabela 4 - Resultados da associação entre sexo e qualidade de vida

		Qualidade de Vida		Total
		Com prejuízo	Sem prejuízo	
sexo	Masculino	11 22,0%	39 78,0%	50 100,0%
	Feminino	11 28,9%	27 71,1%	38 100,0%
Total		22 25,0%	66 75,0%	88 100,0%

5 - Discussão:

Pesquisas sobre qualidade de vida em adultos têm progredido substancialmente, contudo, com crianças e adolescentes os estudos ainda não têm sido sistemáticos. Numa revisão da literatura Schmitt & Koot (2001), identificaram que dos 20.000 artigos sobre qualidade de vida publicados entre 1980 e 1994, apenas 3.050 (16%) referiam-se às crianças, e a faixa etária menos estudada dizia respeito àquela com idade entre 6 e 12 anos. O presente estudo procura contribuir no preenchimento dessa lacuna avaliando a qualidade de vida de crianças portadoras de alguma doença e que sabidamente interfere na auto-estima e no desenvolvimento emocional da criança.

A escolha do questionário para avaliação da qualidade de vida das crianças – AUQEI (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997), se deu, pois é um instrumento genérico que torna possível a comparação entre pacientes atingidos por alguma doença e indivíduos com boa saúde. O AUQEI (ASSUMPÇÃO, 2000; MAIFICAT & DAZORD, 1997) não é um instrumento específico para enurese noturna, se trata de um questionário para avaliação da qualidade de vida em crianças com alguma doença.

O instrumento específico para avaliar qualidade de vida em crianças enuréticas – PEMQOL (LANDGRAF, 2007), não está validado para o português e sua validação não nos foi permitida (há interesse dos autores em fazer esta validação), o que impediu sua utilização neste estudo.

A seleção dos grupos obedeceu critérios semelhantes, sendo ambos com amostras comparáveis em termos de idade ($p=0,635$) e sexo ($p=0,716$).

Um trabalho recente sobre qualidade de vida em crianças enuréticas diz que, enquanto a enurese noturna e ou diurna pode não ser um risco significativo para a saúde física das 5-7 milhões de crianças afligidas, existem conseqüências emocionais e sociais consideráveis para as crianças e seus familiares (LANDGRAF, 2007).

Butler (2004) aponta que além de problemas psicossociais, experiências disruptivas na infância aparentemente aumentam a vulnerabilidade à enurese noturna. Além disso, o mesmo autor (BUTLER, 1994) coloca que as crianças enuréticas passam por perplexidade, humilhação, isolamento social, medo de serem descobertas e têm uma sensação de imaturidade. Os pais de crianças enuréticas

também sofrem impacto com o problema, geralmente atribuindo a causa da enurese noturna ao sono profundo (BUTLER, 1994).

Observou-se nos resultados, que mais de 1/3 (35,9%) das crianças com enurese noturna apresentaram prejuízo na qualidade de vida, mostrando que crianças enuréticas têm 187% (OR 2,87) a mais de chance de terem prejuízo na qualidade de vida quando comparadas com um grupo de crianças não enuréticas. Esses dados podem indicar que seria adequado um acompanhamento psicológico, pois quanto maior o contato terapêutico, maiores os ganhos (HOUTS, 2003). Em nosso ambulatório de enurese noturna, podemos observar que as crianças acompanhadas pela equipe de psicologia aderem melhor e respondem mais rápido ao tratamento.

Um estudo apresentado por Meneghello et. al., (2006), realizou o seguimento dos casos atendidos nesse modelo e constatou que, quando foi possível contato psicoterápico, a taxa de recaída era de 9%, menor do que a apontada na literatura (HOUTS, 2003). Uma das hipóteses para explicar esse dado seria justamente o fato do acompanhamento psicoterápico estar incluído. O estudo de seguimento é importante não só para se verificar as conduções da enurese noturna após o tratamento, mas para verificar se houve ganhos em outras áreas.

Avaliação do bem estar emocional das crianças tem sido recomendado (LANDGRAF, 2007). Estudos mostram que a enurese noturna pode gerar um impacto significativo no estado emocional, desenvolvimento social e auto - estima das crianças (HINDE et. al., 1995). A maioria das crianças enuréticas mais velhas não participam de atividades escolares externas (THEUNIS, et al., 2002).

Não se tornar continente na idade definida, aumenta o sentimento de falha do corpo, se a baixa auto estima persiste ao longo dos anos nas crianças enuréticas, pode-se esperar disfunções psicológicas posteriores (THEUNIS, et al., 2002). Esses distúrbios psicológicos podem terminar por piorar a qualidade de vida dessas crianças

Foi verificado nesse estudo, uma ausência de associação entre sexo e qualidade de vida. Muitos artigos referem-se à enurese noturna como um dos problemas da infância com mais alta taxa de prevalência. Uma pesquisa recente realizada na Inglaterra, indicou que 20,2% dos meninos e 10,5% das meninas de 7,5 anos molham a cama (BUTLER et al., 2005). Em Hong Kong, numa amostra, com a mesma faixa etária, foi encontrada a taxa de 5% dos meninos e 0,5% das meninas.

No Sudão, a taxa foi de 16,2% dos meninos e 18,7% das meninas (BUTLER et al., 2005). As pesquisas geralmente sugerem uma maior prevalência da enurese noturna em meninos, com taxas igualando-se na adolescência (BUTLER, 2004). Entretanto, num estudo com amostra brasileira, foi reportada uma taxa de prevalência da enurese noturna de 21,2% para crianças aos sete anos de idade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas (MOTTA et. al., 2005), o que também foi demonstrado em um outro estudo do nosso núcleo de pesquisa com 550 crianças de escolas públicas de Juiz de Fora (dados não publicados). Isso sugere que em crianças brasileiras, não há diferenças entre os sexos quando se trata de enurese noturna, como confirmado nesse estudo. Encontramos também que, em nosso meio, o sexo não interfere nas conseqüências sobre a qualidade de vida dessas crianças.

A enurese noturna é mais comum em grupos de nível sócio-econômico mais baixo e em crianças institucionalizadas (FRITZ et al., 2004). Essas diferenças de prevalência foram reportadas por dois estudos no Brasil. Em uma amostra com crianças de cinco a nove anos, foi encontrada uma associação significativa entre prevalência da enurese noturna e nível econômico, com freqüência igual a zero para a Classe A, 8,5% para Classe B, e 31,1% para Classe E (MOTA et al., 2005). Um estudo do nosso núcleo de pesquisa também encontrou uma relação entre o grau de escolaridade dos pais e a incidência de enurese noturna (Dados não publicados). Em outro estudo que comparou um grupo de crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas, com idades entre 4 e 11 anos, a diferença na prevalência da enurese noturna foi significativa (47% versus 27%) (BARROSO et al., 2006). É possível pensar, portanto, que em crianças brasileiras, não há diferenças entre os sexos quando se trata de enurese noturna.

A maior parte dos trabalhos encontrados na literatura médica avaliando o tratamento da enurese noturna nos fornece dados de pacientes com uma realidade sócio-econômica-cultural diferente da encontrada em nosso país. Isso se deve ao fato de que publicações sobre esse tema são escassas na literatura nacional. Os resultados encontrados neste estudo demonstram o impacto que a enurese noturna pode causar na vida das crianças portadoras da doença e a importância que existe em se instituir um tratamento adequado e interdisciplinar, além de campanhas de conscientização das famílias, visto que em outro estudo de prevalência que fizemos

em escolas públicas de Juiz de Fora, apenas 4,87% dos pais de crianças enuréticas buscaram tratamento médico para o problema (dados não publicados).

Espera-se que crianças mais velhas, tenham maiores problemas de auto-estima, desde que tenham uma vida social e se preocupem com os aspectos relacionados ao seu bem estar físico. Opondo-se a esse pensamento, o presente estudo não encontrou diferenças entre crianças maiores de 9 anos, quando comparadas com as mais jovens.

O estudo da Qualidade de Vida relacionado a uma doença específica, pode se tornar difícil devido a conceitos como: cultura, nível sócio-econômico, relações familiares, que podem interferir (LINDSTRÖM, 1994).

Os dados apresentados neste trabalho, sugerem que as crianças com enurese noturna apresentam uma piora na qualidade de vida, o que provavelmente está relacionado a baixa auto-estima.

6 – Conclusões:

Os resultados obtidos mostraram que crianças com enurese noturna apresentaram prejuízo na qualidade de vida quando comparadas com o grupo de crianças não enuréticas.

Não foram encontradas associações entre sexo e qualidade de vida.

Quando comparados idade e qualidade de vida, não encontrou-se associação.

7 - Referência Bibliográfica:

ARANTES MC & SILVARES EFM. Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(2), 155-160, 2007.

ASSUMPÇÃO FB, KUCZYNSKI E, SPROVIERO MH, ARANHA EMG. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida. *Revista de Neuropsiquiatria*, 58, 119-127, 2000.

AWAD G, VORUGANTI LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, 26, 557-564, 2000.

BARROSO U, DULTRA A, DE BESSA J, BARROS DG, MARON F, BARROSO DV & MOREIRA ED. Comparative analysis of the frequency of lower urinary tract dysfunction among institutionalized and non-institutionalized children. *BJU*, 97 (4), 813-815, 2006.

BARTHE P, BARRET F. Aspects cliniques. In: Cochat P. *Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant*. Paris: Elsevier, 83-88, 1997.

BOWLING A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open Univ Press, 1997.

BOWLING A, BRAZIER J. Quality of life in social science and medicine – Introduction. *Soc Sci Med*, 41, 1337-8, 1995.

BUTLER RJ. *Nocturnal enuresis: The child's experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.

BUTLER RJ. Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 24, 909-931, 2004.

BUTLER RJ, ROBINSON JC, HOLLAND P & DOHERTY-WILLIAMS D. An exploration of outcome criteria in nocturnal enuresis treatment: The way forward. *Scand J of Urol and Nephrol*, 38, 196-206, 2004.

BUTLER RJ, REDFEM EJ, HOLLAND P. Children's notions about enuresis and the implications for treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 163, 39-47, 1994.

BUTLER RJ, GOLDING J & NORTHSTONE K. Nocturnal enuresis at 7.5 years old: Prevalence and analysis of clinical signs. *BJU*, 96(3), 404-10, 2005.

CALDWELL PHY, EDGAR D, HODSON E, GRAIG JC. Bedwetting and toileting problems in children. *MJA*, 182(4), 190-5, 2005.

DINIZ DP. *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri: Editora Manole, 2006.

EIBERG H, BERENDT MOHR J. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to chromosome 13q. *Nature Genet*, 10, 354-6, 1995.

FERREIRA T, MARTELETO MRF, MEDEIROS E, FISBERG M, FARIAS MA. Levantamento de Enurese Noturna no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 31-36, 2007.

FISCHBACK M. Hypothèses pathogéniques. In: Cochat P. *Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant*. Paris: Elsevier, 89-96, 1997.

FONSECA CB. Enurese nocturna - prevalência na comunidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Portugal, 18, 155-161, 2002.

FRITZ et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1540–1550, 2004.

GILL TM, ALVAN MD, FEINSTEIN MD. A critical appraisal of the quality of life measurements, *JAMA*, 272, 619-626, 1994.

GUINARD JP. História da Enurese. *Revista Virtual de Medicina*, 2000. Disponível em: http://www.medonline.com.br/med_ed/hp_1.htm

HAGGLOF B, ANDREN O, BERGSTROM E, MARKLUND, WENDELIUS M. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *Eur Urol*, 33, 16-19, 1998.

HINDE M, HJERTONSSON M, BROBERG A. Low self esteem of children with enuresis. Mental and social health compared in different groups. *Lakartidningen*, 92(36), 3225-3229, 1995.

HJALMAS K. Nocturnal Enuresis: Basic Facts and New Horizons. *Eur Urol*, 33, 53-57, 1998.

HJALMAS K, ARNOLD T, BOWER W, CAIONE P, CHIOZZA LM, VON GONTARD A et al: Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol*, 171, 2545, 2004.

HOUTS AC. Behavioral treatment for enuresis. In AE. Kazdin, JR. Weisz, (orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 389-406, 2003.

HOUTS AC. Nocturnal enuresis as biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 33-51, 1991.

HUSMANN DA. Enuresis. *Urology*, 48(2), 184-93, 1996.

JENSEN N & KRISTENSEN G. Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol*, 35, 357-363, 2001.

JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. *Clinical ethics*. New York: MacMillan, 1982.

KOVÁČZ L, FEBER J. Génétique. In: Cochat P. Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant. Paris: Elsevier, 97-101, 1997.

LANDGRAF MJ. Precision and sensitivity of the short-form pediatric enuresis module to assess quality of life (PEMQOL). J Pediatr Urol, 3, 109-117, 2007.

LANDGRAF JM, ABIDARI J, CILENTO B, COOPER CS, SCHULMSN SL, ORTENBERG J. Coping, Commitment, and Attitude: Quantifying the Everyday Burden of Enuresis on Children and Their Families. Pediatrics, 113, 334-344, 2004.

LAWLESS MR & MCELDERRY DH. Nocturnal Enuresis: Current Concepts. Pediatrics in Review, 22, 339-407, 2001.

LETTGEN B. Differential diagnosis for nocturnal enuresis. Scand J Urol Nephrol 31(183), 47-9, 1997.

LINDSTRÖM B. Quality of life for children and disabled children base don health as a resource concept. J Epidemiol Community Health, 48, 529-530, 1994.

LIPP MN. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas: Papyrus, 130, 1996.

MANIFICAT S & DAZORD A. Évaluation de la qualité de vie de l' enfant: validation d' un questionnaire, premier résultats. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 45, 106-114, 1997.

MENEGHELLO MHBG, PEREIRA RF, SILVARES EFM. Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. Psicologia: Teoria e Prática, 8, 102-111, 2006.

MOFFAT MEK, KATO C, PLESS IB. Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: randomized controlled trial. J Pediatr, 110, 647-52, 1987.

MOILANEN I, TIRKKONEN T, JÄRVELIN MR, LINNA SL, ALMQVIST F, PIHA J, RÄSÄNEN E, TAMMIEN T. A follow-up of enuresis from childhood to adolescence. BJU, 81(3), 94-97, 1998.

MONDA JM, HUSMANN DA. Primary nocturnal enuresis: a comparison among observation, imipramine, desmopressine acetate and bed-wetting alarm systems. JU, 154, 745-748, 1995.

MORGAN RTT. Relapse and therapeutic response in the conditioning treatment of enuresis: a review of recent findings on intermittent reinforcement, overlearning and stimulus intensity. Behav Res Ther, 16, 273-279, 1978.

MORISON MJ. Parents' and young people's attitudes towards bedwetting and their influence on behaviour, including readiness to engage in and persist with treatment. BJU, 81(3), 56-66, 1998.

MORRIS J, PEREZ D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*, 7, 85-91, 1998.

MOTA DM, VICTORA CG, HALLAL C. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria*, 81, 197-199, 2005.

MÜLLER D, ROEHR CC, EGGERT P. Comparative tolerability of drug treatment for nocturnal enuresis in children, *27,717-727*, 2004.

NEVÉUS T, STENBEY A, LÄCKGREN G, et. al. Enuretics: masters of sleep? Na epidemiological pilot study. First Congress of the International Children's Continence Society, Paris, 1997.

NEVÉUS T, LÄCKGREN G, STENBERG A, TUVEMO T, HETTA J. Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics. *BJU*, 81(3), 67-71, 1998.

NEVÉUS T, VOM GONTARD A, HOEBEKE P, HJALMAS K, BAUER S, BOWER W et al: The standardization of terminology of lower from the Standardisation Committee of International Children's Continence Society. *JU*, 176, 314-324, 2006.

NORGAARD JP, RITTIG GS, DJURHUUS JC. Nocturnal enuresis: na approach to treatment based on pathogenesis. *J Pediatr*, 114, 705, 1989.

NORGAARD JP, VON GOOL JD, HJÄLMÄS K, DJURHUUS JC, HELLSTRÖM L. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. *BJU*, 80, 1-16, 1998.

OOKI S. The genetic-epidemiologic analysis of nocturnal enuresis in childhood: Estimation of genetic and environmental factors by means of covariance structure analysis. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 65, 297-310, 1999.

PREBIANCHI HB. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicologia*, São Paulo, 5 (1), 57-69, 2003.

REAMAN GH & HAASE GM. Quality of life research in childhood câncer: the time is now. *Câncer*, 78, 1330-1332, 1996

REIS MG & GLASHAN R. Quadros de adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 9 (3), 51-57, 2001.

ROSENBAUM P, CADMAN D, KIRPALANI H. Pediatrics: assessing quality of life. In Sprilker B. *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven Press, 2005, 215, 1990.

SCHMITT BD. Nocturnal enuresis. *Pediatr Rev*, 18(6), 183-90, 1997.

SCHMITT M & KOOT MH. Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 2001.

SCHUTTINGA JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 31-42, 1995.

SHELDON SH. Sleep – related enuresis. Child Adolesc Psychiatr. Clin N Am 5, 661-72, 1996.

SHIN DC & JHONSON DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social indicators Res , 5, 475-492, 1978.

STENBERG A, LACKGREN G. Desmopressin tablets in the treatment of severe nocturnal enuresis in adolescents. Pediatrics, 94, 841-846, 1994.

THEUNIS M, VAN HOECKE, PAESBRUGGE S, HOEBEKE P, VANDE WALLE J. Self- Image and Performance in Children with Nocturnal Enuresis. Eur Urol, 4, 660-667, 2002.

THIEDKE C C. Nocturnal enuresis. American Family Physician, 67, 1499-1506,1509-1510, 2003.

VAN HOECKE E, DE FRUYT F, DE CLERQ B, HOEBEKE P and VANDE WALLE J: Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five factor model perspective. J Pediatr Psychol ,31, 460, 2006.

VAN HOECKE E, BAEYENS D, VANDEN BOSSCHE H, HOEBEKE P and VANDE WALLE J: Early Detection of Psychological Problems in a Population of Children With Enuresis: Construction and Validation of the Short Screening Instrument for Psychological Problems in Enuresis. JU, 178, 2611-2615, 2007.

WHOQOL GROUP. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: World Health Organization, 1993.

WILLE S. Nocturnal enuresis: Sleep disturbance and behavioural patterns. Acta Paediatrica, 83, 772-774, 1994.

YEUNG CK, SIT FK, TO LK, CHIU HN, SIHOE JD, LEE E, WONG C. Reduction in nocturnal functional bladder capacity is a common factor in the pathogenesis of refractory nocturnal enuresis. BJU, 90, 302-307, 2002.

ZAMORANO MM, ABAD MM, NIETO VG. Eficacia del tratamiento conductual en las enuresis nocturnal. An Pediatr, 63(5), 444-447, 2005.

ANEXOS

Anexo 1: Anamnese Psicológica

ANAMNESE PSICOLÓGICA

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Nascimento: ____/____/____

Pais: _____

1-Motivo da consulta:

2-Início dos sintomas e evolução da doença:

3-Antecedentes pessoais:

Gestação e parto:

Desenvolvimento infantil:

Adolescência:

4-Relação com a família:

5-Atitude frente à doença e ao tratamento:

6-Vida escolar:

OBS:

Conduta: _____

Anexo 2: AUQEI - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

INICIAIS: _____ RG-HC: _____ - DATA: ___/___/___

Algumas vezes você está muito infeliz?	Algumas vezes você está infeliz?	Algumas vezes você está feliz?	Algumas vezes você está muito feliz?
Diga por quê:	Diga por quê:	Diga por quê:	Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita.	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir.	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai a uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai.	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho (a).	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você.	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios.	()	()	()	()
21. durante as férias.	()	()	()	()
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	()	()	()	()
23. quando você está longe de sua família.	()	()	()	()
24. quando você recebe as notas da escola.	()	()	()	()
25. quando você está com os seus avós.	()	()	()	()
26. quando você assiste televisão.	()	()	()	()

Anexo 2: AUQEI



muito infeliz



infeliz



feliz



muito feliz

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFJF
PRO-REITORIA DE PESQUISA
CIDADE UNIVERSITÁRIA
36036-900 JUIZ DE FORA-MG-BRSIL

SERVIÇO DE UROLOGIA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. José Murillo Bastos Netto
ENDEREÇO: Av. Rio Branco, 2985/604, Centro, Juiz de Fora, MG
CEP:36010-012
FONE: (32)3232-5087
E-MAIL: jmbnetto@uopedjf.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) e seu filho(a) estão sendo convidados (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida em crianças com enurese noturna”. Neste estudo pretendemos avaliar o nível de qualidade de vida de crianças com enurese noturna, por meio de atendimento e acompanhamento ambulatoriais de crianças assistidas pelo projeto de extensão “Atenção às crianças portadoras de enurese noturna”.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: a pesquisa será realizada com pacientes acompanhados no ambulatório de Uropediatria do Hospital Universitário de Juiz de Fora HU/UFJF, que são atendidos por equipe interdisciplinar (Médico, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo), num modelo circular, ou seja, são acompanhados por todos os profissionais no mesmo dia e alunos de escolas públicas do município de Juiz de Fora. Serão incluídos pacientes cujos responsáveis concordem que o filho(a) participe do estudo, que tenham entre 6 e 12 anos de idade, que estejam freqüentando o ambulatório de enurese noturna e alunos das escolas públicas cujos responsáveis autorizem sua participação na pesquisa e que tenham entre 6 e 12 anos de idade. Serão excluídos pacientes portadores de doenças: neurológicas e ou psiquiátricas, doenças renais, auditivas, visuais, enurese polissintomática e alunos que já apresentaram algum sintoma de enurese noturna em alguma fase da vida. Os riscos da pesquisa são mínimos e não existe nenhum tipo de complicação com a participação de seu filho(a) no estudo, pois estaremos adotando procedimentos já bem estabelecidos e de rotina na prática do ambulatório.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela equipe.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) e seu filho (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação da qualidade de vida em crianças com enurese noturna”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2007.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

Anexo 4: Tabela dos pacientes enuréticos

NOME	IDADE	SEXO	Qualidade de Vida	Escore
A.A.S	10	Feminino	Sem Prejuízo	67
A.N.S	07	Feminino	Sem Prejuízo	49
B.A.A.L	11	Masculino	Com Prejuízo	42
D.S.O	04	Feminino	Sem prejuízo	50
D.V.P	09	Feminino	Sem Prejuízo	57
F.O.C	09	Masculino	Sem Prejuízo	58
G.E.S.M	07	Masculino	Sem Prejuízo	50
G.L.S	09	Feminino	Com Prejuízo	47
G.P.S	08	Feminino	Sem Prejuízo	50
G.S.A	06	Feminino	Com Prejuízo	47
H.D.S.T	11	Masculino	Com Prejuízo	41
H.G.D.N	07	Masculino	Com Prejuízo	43
H.M.O	10	Masculino	Com Prejuízo	47
I.L.P	08	Masculino	Sem Prejuízo	60
J.A.S.B	09	Masculino	Sem Prejuízo	48
J.B.A.R	11	Masculino	Com Prejuízo	45
J.C.B	08	Feminino	Sem Prejuízo	52
K.M.O.S	11	Feminino	Com Prejuízo	43
K.P.H.M	07	Feminino	Sem Prejuízo	53
L.A.S.C	07	Masculino	Sem Prejuízo	51
L.C.S.S	08	Masculino	Sem Prejuízo	60
L.D.P	07	Masculino	Sem Prejuízo	49
L.R.S	10	Feminino	Com Prejuízo	47
L.S.A	06	Masculino	Com Prejuízo	41
L.T.F	09	Masculino	Sem Prejuízo	50
M.C.A	08	Masculino	Sem Prejuízo	50
M.F.N.M	09	Masculino	Sem Prejuízo	49
M.L.A	08	Masculino	Sem Prejuízo	48
M.L.F	06	Feminino	Sem Prejuízo	65
M.N.S	06	Feminino	Com Prejuízo	46
M.S.R.B	08	Feminino	Sem Prejuízo	68
N.S.J	09	Masculino	Sem Prejuízo	49
P.C.S	09	Masculino	Sem Prejuízo	54
P.H.N	06	Masculino	Sem Prejuízo	48
P.O.A	07	Feminino	Com Prejuízo	46
R.V.V	07	Masculino	Sem Prejuízo	52
S.S.A	09	Masculino	Sem Prejuízo	50
T.N.W.M	07	Feminino	Com Prejuízo	43
W.L.F.B	11	Masculino	Com Prejuízo	43

Anexo 5: Tabela dos pacientes não enuréticos

NOME	IDADE	SEXO	Qualidade de Vida	
A.C.H.CC	10	Masculino	Sem Prejuízo	56
A.F.M.S	10	Masculino	Sem Prejuízo	53
A.H.A.G	09	Feminino	Sem Prejuízo	62
A.R.O.P	06	Masculino	Com Prejuízo	43
A.R.S	09	Feminino	Sem Prejuízo	49
B.G.N.A	10	Masculino	Sem Prejuízo	62
C.D.V.F	07	Feminino	Sem Prejuízo	50
C.R.P	10	Feminino	Sem Prejuízo	48
D.R.S.C	10	Feminino	Sem Prejuízo	51
D.S.J.F	06	Feminino	Com Prejuízo	44
E.M.S	08	Masculino	Sem Prejuízo	51
E.S.R	08	Feminino	Sem Prejuízo	58
F.P.R	10	Masculino	Sem Prejuízo	57
F.R.N.M	11	Masculino	Sem Prejuízo	56
G.A.P	11	Masculino	Sem Prejuízo	50
G.D.F.A	06	Masculino	Com Prejuízo	45
G.M.C.F	07	Masculino	Sem Prejuízo	61
G.R.B	09	Masculino	Sem Prejuízo	53
G.R.C	07	Feminino	Sem Prejuízo	51
I.M.G.R	09	Masculino	Sem Prejuízo	60
J.O.C.Y.T	10	Feminino	Sem Prejuízo	49
J.P.M.S	09	Masculino	Sem Prejuízo	57
L.B.V	08	Masculino	Sem Prejuízo	50
L.C.A	07	Feminino	Sem Prejuízo	50
L.O.F	07	Feminino	Sem Prejuízo	48
L.R.V.O	08	Feminino	Sem Prejuízo	58
L.V.O	10	Feminino	Sem Prejuízo	51
M.A.C	09	Masculino	Com Prejuízo	47
M.B.D.S	07	Masculino	Sem Prejuízo	48
M.F.B	07	Masculino	Sem Prejuízo	53
M.G.B	07	Feminino	Com Prejuízo	46
M.L.C.S	06	Feminino	Sem Prejuízo	48
M.L.P	09	Masculino	Sem Prejuízo	52
M.R.O.P	07	Masculino	Sem Prejuízo	50
M.T.F.M	10	Feminino	Sem Prejuízo	65
M.V.M.M	09	Feminino	Sem Prejuízo	51
N.L.D.R	10	Feminino	Sem Prejuízo	59
N.P.D.O	07	Feminino	Sem Prejuízo	48
P.M.G.B	08	Masculino	Sem Prejuízo	57
P.H.S.F	10	Masculino	Sem Prejuízo	63
P.R	08	Feminino	Com Prejuízo	47
R.B.O.S	07	Masculino	Com Prejuízo	46
R.D.F.Q	08	Feminino	Com Prejuízo	44
R.F.M.P	09	Masculino	Sem Prejuízo	50

S.M.P	08	Feminino	Sem Prejuízo	53
S.S.P	10	Masculino	Sem Prejuízo	50
T.G.P	09	Masculino	Sem Prejuízo	50
V.D.M.R	08	Masculino	Sem Prejuízo	54
V.M	07	Masculino	Sem Prejuízo	56