Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com enurese assistidos em centro de referência

Clinical and epidemiological profile of patients with enuresis assisted in a reference center

Juliana Dall'Onder[1], Lionel Leitzke[2], Bruno Oneto Y Viana Pintos[1], Eduardo Hoffmann Miranda[1], José Gomes da Rocha Filho[1], Natália Schilling Ceratti[1], Tatiana Salini Marin[1]

RESUMO

Introdução: Enurese é definida como qualquer perda urinária durante o sono em crianças maiores de 5 anos, podendo ser classificada em primária e secundária, quanto ao seu início, em monossintomática ou não monossintomática, quanto a sua associação com outros sintomas. A falta de padronização na seleção de pacientes e a influência de fatores geográficos, sociais e culturais prejudicam a exatidão dos dados em relação à prevalência da enurese. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional, do tipo transversal, aplicado em 182 pacientes com suspeita diagnóstica de enurese atendidos pela equipe multiprofissional do Centro Interprofissional de Enurese e Distúrbios das Eliminações, do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 37,9% eram do sexo feminino e 62,1% do sexo masculino. Quanto à classificação da enurese, 87,6% apresentavam a forma primária e 12,4% a forma secundária, bem como 15,9% eram monossintomáticos e 84,1% não monossintomáticos. **Conclusão:** As informações obtidas podem auxiliar na elaboração e implementação de políticas públicas, bem como orientar estratégias de proteção e promoção da saúde.

UNITERMOS: Enurese, Incontinência Urinária, Noctúria, Micção.

ABSTRACT

Background: *Enuresis is defined as any urine loss during sleep in children over five years and may be classified into primary and secondary as to its onset, and into monosymptomatic and non-monosymptomatic as to its combination with other symptoms. Lack of standardization in patient selection and influence of geographical, social and cultural factors impair the accuracy of data regarding the prevalence of enuresis.* ***Methods:*** *A descriptive, observational, cross-sectional study of 182 patients with suspected diagnosis of enuresis treated by a multidisciplinary team of the Interprofessional Center for Enuresis and Disorders of Elimination in the Mother-Children Hospital Presidente Vargas in Porto Alegre.* ***Results:*** *Of the patients studied, 37.9% were females and 62.1% males. Concerning the classification of enuresis, 87.6% had the primary form and 12.4% the secondary; 15.9% were monosymptomatic and 84.1% were non-monosymptomatic.* ***Conclusion:*** *The information obtained can help in the preparation and implementation of public policies, as well as suggesting strategies to protect and promote health.*

KEYWORDS: *Enuresis, Urinary Incontinence, Nocturia, Urination.*

INTRODUÇÃO

A palavra enurese tem origem grega e significa "molhar-se ou urinar sobre si" e é um dos três problemas urinários mais comuns em crianças (1, 2). A enurese é descrita com o sintoma de incontinência noturna e definida como qualquer perda urinária durante o sono em maiores de 5 anos, estando presente em aproximadamente 15% das crianças desta idade e apresentando uma taxa de remissão espontânea de 15 % ao ano (3, 4, 5, 6).

Podemos dividir a enurese em subgrupos denominados enurese monossintomática (EM) e não monossintomática (ENM), quanto à sua associação com outros sintomas; ou primária (EP) e secundária (ES) quanto ao seu início (7, 8, 9). EM é quando enurese é um sintoma único, pressupondo-se normalidade no sistema urinário e ausência de outras condições orgânicas; ENM é quando há associação de outros sintomas, tais como incontinência diurna, frequência urinária muito elevada ou baixa, urgência, intermitência,

[1] Estudante de Medicina.
[2] Cirurgião e Urologista Pediátrico. Médico do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

manobras para evitar perdas, sensação de esvaziamento incompleto, constipação ou desordens neurológicas (1, 8, 9). A enurese é chamada de primária (EP) quando a criança não teve um período seco noturno superior a seis meses contínuos; já na secundária (ES), este período seco está presente (7).

O diagnóstico inicial é feito através da queixa de incontinência urinária involuntária em crianças com 5 anos ou mais, através de anamnese cuidadosa e exame físico completo, identificando possíveis fatores associados, tais como espinha bífida, bexiga neurogênica, infecção do trato urinário, válvula uretral posterior em meninos e ureter ectópico em meninas (2, 5, 6, 10).

Embora possua uma frequência elevada, poucas crianças com enurese fazem acompanhamento médico por esse motivo (5). O tratamento envolve desde mudanças de estilo de vida até tratamento medicamentoso e uso de alarmes, devendo ser evitado o início antes dos 6 anos (6).

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes com suspeita diagnóstica de enurese encaminhados para atendimento pela equipe multiprofissional do Centro Interprofissional de Enurese e Distúrbios das Eliminações (CIEDE), do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), no período de 2003 a 2005, segundo idade e sintomas associados, tais como intensidade de sintomas, incontinência, constipação e outras afecções.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo transversal, aplicado em pacientes com suspeita diagnóstica de enurese encaminhados para atendimento pela equipe multiprofissional do Centro Interprofissional de Enurese e Distúrbios das Eliminações (CIEDE), do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) em Porto Alegre, procedentes de diversas cidades do estado do Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2005. Foram incluídos no trabalho todos os pacientes atendidos neste período, com idades entre 5 e 16 anos, totalizando 182 pacientes.

Foi utilizado um questionário de respostas objetivas pré-estabelecidas (Quadro 1), estruturado com variáveis sociodemográficas e questões relativas às características da enurese, dos fatores correlacionados e do perfil psicossocial da família, previamente validado pela equipe de cirurgia pediátrica e entregue aos pais uma única vez, no momento do primeiro atendimento ao pacientes referidos do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Os dados foram compilados por meio de planilhas eletrônicas. Destes dados foram selecionadas variáveis relevantes para o tema a serem citadas no artigo. Após esta etapa, foram analisadas as prevalências de cada resposta dentro da amostra através de análise estatística descritiva com distribuição de frequências relativas. Em seguida, dividiram-se os pacientes por gênero e faixa etária, realizando-se a mesma análise. No cálculo das frações da amostra de cada prevalência, foram desprezados os questionamentos não respondidos.

A revisão de literatura foi realizada utilizando as bases de dados do PubMed e EBSCO, buscando artigos relacionados à enurese utilizando os seguintes unitermos: enurese, incontinência urinária e noctúria. Foram pesquisados *sites* de sociedades internacionais, sendo encontrados em três delas: International Children´s Continence Society (www.i-c-c-s.org), European Association of Urology/European Society of Paediatric Urology (www.uroweb.org) e American Academy of Pediatrics (www.aap.org).

Os artigos foram selecionados através de seus títulos e resumos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e incluídos neste trabalho.

O estudo atendeu as normas éticas, de acordo com a Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa científica desenvolvidas com seres humanos. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), tendo sido aprovado conforme o parecer relativo ao Protocolo de Pesquisa n° 2009-282H.

RESULTADOS

Dos 182 pacientes analisados, 39,1% (n=71) eram do sexo feminino e 60,9% (n=111) do sexo masculino. Os mesmos foram separados em quatro faixas etárias, de 05 a 07 anos, 08 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 16 anos, como demonstrado na Tabela 1.

De acordo com os subgrupos da enurese, 87,6% (n=148) foram classificados como primária e 12,4% (n=21) como secundária, e 15,9% (n=29) monossintomáticos e 84,1% (n=153) não monossintomáticos.

A severidade foi analisada com base na frequência das perdas noturnas semanais e número de perdas por noite (Tabela 2). Também foi analisada a frequência miccional diurna, que mostrou que um total de 76% (n=114) das crianças apresentavam uma frequência miccional diurna normal, entre 3 e 7 vezes ao dia. Do restante, 8,7% (n=13) tinham uma frequência diurna inferior a 3 e 15,3% (n=23) superior a 7 vezes ao dia.

Dentre os fatores associados, foram incluídos história familiar e constipação (Tabela 3). O acometimento psicológico destas crianças foi analisado através da referência de sentimentos de culpa ou diminuição da autoestima (Tabela 4), referidos pelos pais.

TABELA 1 – Pacientes por faixa etária

	Total		Feminino		Masculino	
Idade	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**
5 a 7 anos	74	40,7	33	46,4	41	36,9
8 a 10 anos	58	31,9	24	33,8	34	30,6
11 a 13 anos	41	22,5	11	15,4	30	27
14 a 16 anos	9	4,9	3	4,2	6	5,4

* N= número de pacientes ** % = porcentagem em relação ao número total

TABELA 2 – Frequência de perdas noturnas

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
Frequência semanal de perdas	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
< 1*	3	1,8	1	1,5	2	1,9	0	0	2	3,7	0	0	1	12,5
1 a 2	7	4,2	2	3,1	5	4,9	2	2,8	2	3,7	3	7,8	0	0
3 a 4	47	28	13	20	34	33	12	17,3	20	37,7	13	34,2	2	25
5 a 6	28	16,7	14	21,5	14	13,6	11	15,9	10	18,8	7	18,4	0	0
7 ou mais	83	49,4	35	53,8	48	46,6	44	63,7	19	35,8	15	39,4	5	62,5
Não respondeu	14	-	6	-	8	-	5	-	5	-	3	-	1	-

* vezes por semana

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
Frequência noturna de perdas	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1**	33	20,4	15	23,4	18	18,4	7	10,7	15	28,8	9	23,6	2	33,3
2	39	24,1	12	18,8	27	27,6	18	27,6	12	23	8	21	1	16,6
3 ou mais	44	27,2	17	26,6	27	27,6	24	36,9	12	23	6	15,7	1	16,6
Não sabe	46	28,4	20	31,3	26	26,5	16	24,6	13	25	16	39,4	2	33,3
Não respondeu	20	-	7	-	13	-	9	-	6	-	3	-	2	-

** vezes por noite

TABELA 3 – Fatores associados à enurese

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
Constipação	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	37	23,1	17	26,2	20	21,1	14	21,2	13	26,5	9	23	1	16,6
Não	123	76,9	48	73,8	75	78,9	52	78,7	36	73,4	30	76,9	5	83,3
Não respondeu	22	-	6	-	16	-	8	-	9	-	2	-	3	-

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
História familiar de enurese	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	118	71,5	47	72,3	71	71	46	68,6	40	71,4	28	80	4	57,1
Não	47	28,5	18	27,7	29	29	21	31,3	16	28,5	7	20	3	42,8
Não respondeu	17	-	6	-	11	-	7	-	2	-	6	-	2	-

TABELA 4 – Acometimento psicológico

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
Autoestima diminuída	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	110	71	42	70	68	71,6	37	60,6	41	80,3	27	77,1	5	62,5
Não	47	28,5	18	27,7	29	29	21	31,3	16	28,5	7	20	3	42,8
Não respondeu	17	-	6	-	11	-	7	-	2	-	6	-	2	-

	Total		Feminino		Masculino		5 a 7 anos		8 a 10 anos		11 a 13 anos		14 a 16 anos	
Sentimento de culpa	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%****	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	70	47	30	50,8	40	44,4	25	40,9	24	50	18	54,5	3	42,8
Não	79	53	29	49,2	50	55,6	36	59	24	50	15	45,4	4	57,1
Não respondeu	33	-	12	-	21	-	13	-	10	-	8	-	2	-

DISCUSSÃO

O controle esfincteriano faz parte do aprendizado de uma criança, sendo um marco no desenvolvimento infantil e o caminho para a sua autossuficiência. Uma das áreas de maior preocupação do desenvolvimento da criança, o controle esfincteriano sofre influência de fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais (11). Quando a criança não necessita de ajuda ou supervisão para a realização desta tarefa, tendo consciência de suas próprias necessidades, podemos considerar esta tarefa bem-sucedida (11). Porém, quando não há treinamento vesical adequado, este fato pode predispor sintomas urinários como a enurese (11, 12, 13).

Em um recém-nascido, um reflexo medular torna a micção algo espontâneo. Após um ano de idade, ocorre o aumento da capacidade vesical e a maturação neural dos lobos frontal e parietal, dois acontecimentos importantes, mas somente mais tarde ocorre a maturidade completa na soma do controle voluntário do esfíncter externo com a habilidade do córtex cerebral em inibir e iniciar a contração do detrusor (1). O sucesso da continência exige uma atividade do simpático, parassimpático e nervos somáticos voluntários coordenados pela medula espinal, tronco encefálico, mesencéfalo e córtex cerebral (2).

Aproximadamente 15% das crianças aos 5 anos têm enurese. Este sintoma tende a desaparecer espontaneamente no decorrer do desenvolvimento, com uma taxa de remissão de aproximadamente 15% ao ano (3, 4, 5, 6). Este dado foi confirmado no presente estudo, que demonstrou uma redução no número de pacientes de acordo com o aumento da faixa

etária, tanto no gênero masculino quanto no feminino. Não foram encontrados trabalhos que separem os pacientes em grupos distintos de acordo com o gênero, não sendo possível comparar os dados encontrados com a literatura.

Em uma criança com incontinência diurna chamamos de enurese, mas classificamos como ENM, tornando este subgrupo mais prevalente do que EM, pois, em uma anamnese detalhada, pudemos identificar sintomas diurnos na maioria destas crianças (8, 9, 10). Neste trabalho, 87,6% das crianças possuíam a forma primária frente 12,4% com secundária e apenas 15,9% a forma monossintomática contra 84,1% não monossintomáticos. Outros estudos encontraram que 86,3% das crianças enuréticas apresentam a forma primária (15) e que a forma monossintomática representa menos da metade dos pacientes (6, 14).

Trabalhos anteriores realizados com crianças da Turquia demonstram uma prevalência maior no sexo masculino (5), similar aos nossos achados, onde 62,1% dos pacientes eram meninos. A identificação e o detalhamento dos sintomas são essenciais para o diagnóstico correto bem como escolha do tratamento adequado. (16) Quanto à frequência semanal de enurese, mais de 60% dos pacientes apresentaram este sintoma cinco ou mais vezes por semana. Mais de três quartos das crianças apresentavam uma frequência urinária diurna normal, porém, mais de 50% delas referiram perda urinária duas ou mais vezes por noite.

A enurese possui uma etiologia heterogênica, com diversos possíveis sintomas associados e variável grau de severidade (7). Dentre as causas de enurese, é incontestável a influência genética devendo sempre ser questionada a historia familiar de enurese (1). Existem outros fatores associados, tais como: baixa performance escolar, quarto de dormir compartilhado com outros membros da família, infecções do trato urinário de repetição e sono profundo (4, 5). História de cistite ou constipação podem estar associadas à redução da capacidade funcional da bexiga e podem se apresentar com alteração na frequência urinária e noctúria (4).

Foi encontrada uma história familiar positiva em 71,5% dos pacientes, semelhante a estudos anteriores onde a mesma estava presente em 65 a 85% das crianças enuréticas (4). A prevalência de constipação na infância é variável, podendo chegar a 28% das crianças (11). Um estudo realizado por Kathleen H McGrath, que incluiu 227 crianças enuréticas, não encontrou associação entre enurese e constipação (15). A queixa de constipação foi referida por 23,1% dos pacientes, próximo ao valor de dados encontrados na população geral.

Exames complementares como exame qualitativo de urina, urocultura, ecografia do aparelho urinário podem ser úteis para o diagnóstico diferencial de anormalidades neurológicas, Diabetes Mellitus ou anormalidades do trato urinário (1, 10).

Enurese é uma condição estressante para a criança, podendo causar diminuição de sua autoestima (3). Neste trabalho, 71% dos pacientes reconheceram este problema e 47% sentiam-se culpados por apresentar perda urinária, com prevalências semelhantes em todas as faixas etárias. Não foi possível realizar comparações dos dados obtidos nas diversas faixas etárias pois não encontramos trabalhos fazendo esta separação.

Por não ser uma condição trivial, enurese necessita de avaliação e tratamento, mas a realização de procedimentos caros e invasivos não se faz necessária (6).

CONCLUSÃO

O conhecimento do perfil de pacientes com enurese em centro de referência no Sul do Brasil contribui para otimizar o atendimento local e regional, o tratamento e a qualidade de vida desse grupo. As informações obtidas podem auxiliar na elaboração e implementação de políticas públicas, bem como orientar estratégias de proteção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meneses RP. Enurese noturna monossintomatica. Jornal de Pediatria. 2001; 77(3):161-168.
2. Jalkut MW, Lerman SE, Churchill BM. Enuresis. Pediatric urology. 2001;48(6):1461-1487.
3. Tekgül H, Riedmiller E, Gerharz et al.: Monosymptomatic Enuresis. Guidelines on Paediatric Urology. 2009:29-31.
4. Theiedke CC: Nocturnal enuresis. American Family Phisician. 2003;67(7):1499-1505.
5. Ozden C, Ozdal OL, Altinova S et al. Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. International Braz J Urol. 2007;33(2): 216-222.
6. Neveus T, Eggert P, Evans J et al. evaluation of and treatment of monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. The Journal of Urology. 2010;183:441-447.
7. Hjalmas K, Arnold T, Bower W et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. The Journal Of Urology. 2004;171:2545-2561.
8. Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P et al.: The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. The Journal of Urology. 2006;176:314-324.
9. Graham KM, Levy JB. Enuresis. Pediatrics in Review. 2009; 30(5):165-172.
10. Hay Jr. WW, Groothuis JR, Hayward AR et al.: Current: Pediatric diagnosis e treatment. 13th edition. 195-197.
11. Mota DM, Barros AJD: Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. Jornal de Pediatria. 2008;84(1):9-15.
12. De Paepe H, Hoebeke P, Renson C et al. Pelvic-floor therapy in girls with recurrent urinary tract infections and dysfunctional voiding. Br J Urol. 1998;81 Supp l3:109-13.
13. Schmitt BD. Toilet training: getting it right the first time. Contemp Pediatr. 2004;21:105-22.
14. Robson WL: Evaluation and manageent of enuresis. N. Engl J Med. 2009;(2):429-1436.
15. McGrath KH, Caldwell PHY. Jones MP. The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. Journal of Paediatrics and Child Health. 2008;44:19-27.
16. Hoebeke P, Bower W, Combs A et al. diagnostic evaluation of children with daytime incontinence. The Journal of Urology. 2010;183:699-703.

✉ Endereço para correspondência
Juliana Dall'Onder
Rua Visconde do Herval, 556/1101
90130-150 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (54) 3261-3204
julidallonder@hotmail.com

Recebido: 29/4/2011 – Aprovado: 7/7/2011

QUADRO 1 – Questionário utilizado para coleta de dados.

FAI – Ficha de Avaliação Interprofissional – a ser preenchida na 1ª consulta

1. Tem perdas urinárias durante a noite? ( ) Não ( ) Sim
2. Quantas vezes, em média, houve perda urinária noturna no último mês?
( ) menos de 1 vez ( ) 1 a 2 vezes ( ) 3 a 4 vezes ( ) 5 a 6 vezes ( ) todas as noites
3. Perda urinária noturna molha
( ) Só a roupa intima ( ) Roupa intima + pijama ( ) Tudo molhado
4. Quantas vezes por noite ocorrem perdas urinárias
( ) Uma ( ) Duas ( ) três ou mais ( ) Não sabe
5. Usa proteção à noite para não molhar a cama?
( ) Não ( ) Sim, fralda ( ) Sim, plástico no colchão
6. Levanta-se à noite para beber água? ( ) Não ( ) Sim
7. Houve período noturno "seco" contínuo por + 6 meses?
( ) Não ( ) Sim, por .... meses aos ....anos
8. É fácil despertar o paciente durante a noite?
( ) Sim, é fácil ( ) Mais ou menos ( ) É muito difícil
9. O que foi tentado até o momento para controle da perda de urina noturna?
( ) Psicólogo ( ) Acordar à noite ( ) Calendário ( ) Treinamento vesical
( ) Alarme ( ) Medicamentos (Nomes, doses, idade e tempo de uso).....

10. Tem perdas urinárias durante o dia?
( ) Nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre
Em caso afirmativo responda as próximas 3 perguntas. Se negativo, pule para a pergunta 13
11. Desde quando perde urina durante o dia? ( ) Sempre ( ) Desde .....
12. Quanto perde urina durante o dia, geralmente fica molhada:
( ) Só a roupa íntima ( ) A roupa íntima e parte do resto da roupa ( ) Completamente molhada
13. A frequência de micções durante o dia é
( ) menos 3 vezes ( ) entre 3 e 7 vezes ( ) mais 7 vezes
14. O jato urinário é ( ) normal, contínuo ( ) fraco ( ) entrecortado
15. Realiza esforço para conseguir urinar? ( ) Não ( ) Sim
16. Fica "pingando" urina após parar de urinar? ( ) Não ( ) Sim
17. Apresenta urgência para urinar, perdendo urina antes de chegar ao banheiro? ( ) Não ( ) Sim
18. Às vezes sente dor ao urinar? ( ) Não ( ) Sim
19. Já teve sangramento ao urinar? ( ) Não ( ) Sim
20. Já teve infecção urinária? ( ) Não ( ) Sim, aos ..... anos.
21. Se agacha, pula, cruza as pernas, segura genitais para conseguir segurar a urina? ( ) Não ( ) Sim
22. Com o que se relaciona a perda urinária diurna
( ) Brincadeira intensa ( ) Riso ( ) Outro: .....
23. É constipada, ficando vários dias sem evacuar, ou evacuando endurecido, com dor? ( ) Não ( ) Sim
24. Ao dormir, ronca ou baba no travesseiro? ( ) Não ( ) Sim
25. Com que idade –
Deu os primeiros passos ..... – Falou as primeiras palavras .....
26. Obteve controle diurno da urina ..... – Obteve controle noturno da urina .....
Obteve controle diurno das fezes ..... – Obteve controle noturno das fezes .....
27. Relação de situações ligadas a estresse com os sintomas urinários:
– Nascimento de irmão ( ) Não ( ) Sim – Separação dos pais ( ) Não ( ) Sim
– Mudança de domicílio ( ) Não ( ) Sim – Crise econômica ( ) Não ( ) Sim
– Cirurgia ( ) Não ( ) Sim
28. Dorme – ( ) no quarto dos pais ( ) em quarto com irmãos ( ) em quarto só dele
29. Apresenta problemas de comportamento na escola, em casa ou em outro ambiente social?
( ) Não ( ) Sim, as vezes ( ) Frequentemente
30. Desempenho do(a) paciente na escola este ano : .....
31. Algum parente urinou na cama após os 5 anos de idade?
( ) Não ( ) Sim, o pai ( ), a mãe ( ), irmãos ( ), outros ( ) .....
32. Como o paciente se sente hoje por não conseguir segurar a urina?
Culpa – ( ) Não ( ) Sim, **– Autoestima diminuída** ( ) Não ( ) Sim