

DISFUNÇÕES URINÁRIAS EM CRIANÇAS DE IDADE ESCOLAR EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PRIVADO EM OLINDA/PE

Tatyane Gomes de Oliveira ¹; Serenna Maria Andrade Carmo ²; Valéria Conceição Passos de Carvalho³

¹*Estudante do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco do Centro de Ciências Biológicas e Saúde; E-mail: tatyane.gomes@hotmail.com*

²*Estudante do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco do Centro de Ciências Biológicas e Saúde; E-mail: serenna.andrade@gmail.com*

³*Professor do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco do Centro de Ciências Biológicas e Saúde; E-mail: valeriapassos@gmail.com*

Resumo

A disfunção miccional pode ocorrer devido a uma incoordenação entre os sistemas nervoso autônomo, periférico e central no trato urinário, provocando uma anormalidade na função normal no ato de urinar. Essa disfunção caracteriza-se pela carência ou ausência da capacidade da bexiga de armazenar, conter e eliminar a urina, de forma adequada. A disfunção urinária pode levar a um impacto negativo na vida das crianças afetadas, pode gerar diversos transtornos influenciando o afastamento do meio social, pois atividades comuns como, passeios escolares, estadia na casa de outras crianças, entre outras atividades que poderiam ser realizadas se tornam impraticáveis. O objetivo desse estudo foi verificar a prevalência das disfunções miccionais em crianças com idade escolar em ambiente escolar de ensino privado. Estudo do tipo corte transversal e observacional, com uma amostra de 270 crianças, foram aplicados dois questionários: um sócio-econômico e o segundo questionário contendo perguntas sobre as principais disfunções miccionais frequentes em crianças, ambos sendo devidamente respondidos pelos pais das crianças, foi realizada uma análise descritiva frequências absoluta e relativa. Para análise das variáveis foi aplicado o teste Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todas as conclusões foram baseadas em um intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$. Das 270 crianças pesquisadas, 14% (N= 38) apresentaram sinais e sintomas clínicos de disfunções miccionais, sendo a idade mais predominante de 5 e 8 anos 34% (N= 17), de raça parda e negra 14% (N= 26) e sexo masculino 15% (N=22), ao avaliar a distribuição entre a presença das disfunções urinárias nas crianças com os dados sóciobiodemográficos dos seus responsáveis não houve associação significativa verificada, porém é importante mostrarmos que das crianças que apresentaram disfunções urinárias 15,6% (N=34), recorriam ao serviço público de saúde e 15,5 (N=32) utilizavam o transporte público pra se deslocar até a escola. Os resultados revelam uma prevalência de Incontinência Urinária Diurna (IUD) e Incontinência Urinária Noturna (IUN) de 68,2% (N=185) e 44,3% (N=120) respectivamente, foi observado que 39,1% (N=106) dos avaliados tinham sintoma de Manobras de Contenção, 55,7% (N=151) apresentavam sinal clínico de Incontinência de Urgência. Desta forma a fisioterapia pode atuar de forma preventiva nas disfunções miccionais na infância, prevenindo e minimizando desconfortos gerados pela auto-exclusão social, melhorando a qualidade de vida dessas crianças para que possam se dedicar e usufruir inteiramente ao prazer de ser criança.

Palavras-chave: 1. Disfunções Miccionais, 2. Idade escolar, 3. Perfil Epidemiológico.

Introdução

A disfunção miccional pode ocorrer devido a uma incoordenação entre os sistemas nervoso autônomo, periférico e central no trato urinário, provocando uma anormalidade na função normal no ato de urinar. Essa disfunção caracteriza-se pela carência ou ausência da capacidade da bexiga de armazenar, conter e eliminar a urina, de forma adequada. Caso o funcionamento da bexiga ocorra de forma inadequada, pode ocasionar problemas posteriores, como a infecção urinária, o refluxo vesico-ureteral, dificuldade em conter a urina levando a incontinência urinária (MOTA et al., 2005).

O armazenamento de urina e a micção acontecem a partir da atividade coordenada entre a bexiga, cuja função consiste em armazenar a urina antes de ser eliminada, entre a uretra, responsável por transportar a urina da bexiga e entre o assoalho pélvico. Alterações urodinâmicas importantes como hiperreflexia do detrusor ou baixa complacência, comprometem o funcionamento do sistema urinário (FERNANDES et al., 2013; GOMES 2005).

Os sintomas mais frequentemente associados às disfunções miccionais são: hábitos urinários inadequados, aumento da frequência urinária diurna e noturna, distúrbios da musculatura do assoalho pélvico ou da função do trato urinário, provocando desse modo perda involuntária de urina (SCHAEFFER et al., 2014).

Crianças afetadas pela incontinência urinária, ou quaisquer disfunções miccionais, com grande frequência sofrem barreiras na escola, dificuldades no convívio familiar, isolamento e afastamento do meio social, pois atividades comuns como, passeios escolares, estadia na casa de outras crianças, entre outras atividades que poderiam ser realizadas se tornam impraticáveis. A reclusão e o constrangimento tornam-se suficientes para acarretar distúrbios de comportamento, problemas escolares e auto-exclusão social (JESUS 2012; THIBODEAU et al., 2013). Na maioria das vezes essas disfunções são desprezadas pelos familiares e cuidadores (CUPELLI et al., 2014), estudos realizados anteriormente puderam concluir que entre os avaliados as crianças de nível econômico mais baixo apresentaram maior força para urinar e urgência miccional, por consequência dos pais ou responsável não valorizarem suas queixas ou dar pouca importância a esta disfunção (MOTA 2004 ;VASCONCELOS et al.,2013). Além de possuir seu diagnóstico equivocado por vários profissionais da área de saúde, dificultando assim um tratamento preciso e necessário (WENNERGREN et al., 1995).

A fisioterapia tem uma importância significativa para a prevenção e no tratamento das disfunções miccionais e nos seus principais sintomas, pois através de técnicas

fisioterapêuticas é possível desenvolver o reajuste de hábitos urinários, a conscientização perineal, o treinamento e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, instruir a forma correta de contração e relaxamento, e entre diversos recursos que oferecem reabilitação ao paciente, favorecendo uma mudança não apenas na doença funcional como também na doença social acarretada por transtornos ocorridos durante o desequilíbrio do trato urinário (JESUS 2012).

Dessa forma este presente estudo tem por objetivo avaliar e relacionar as disfunções urinárias em crianças de uma escola privada, para através dele apresentar novas fontes de informações e retratar a importância da fisioterapia em pacientes com disfunções miccionais, demonstrando que a fisioterapia é um modo seguro e competente visando a prevenção e tratamento destas disfunções, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dessas crianças.

Materiais e métodos

O presente estudo está vinculado a Universidade Católica de Pernambuco, ao Centro de Ciências Biológicas e Saúde – CCBS e ao curso de Fisioterapia. É parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Recursos de Avaliação e Intervenção Fisioterapêuticas nas Disfunções do Assoalho Pélvico” sob a coordenação da professora Doutora Valéria Conceição Passos de Carvalho, cadastrado sob o N°442930-FTA-023-2012/1-4 e aprovado pelo comitê de ética de pesquisa com seres humanos, obedecendo às orientações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa, órgão do Ministério da Saúde. Este projeto está vinculado ao grupo de pesquisa Fisioterapia Baseada em Evidência.

O mesmo foi desenvolvido na Escola Conquista do Saber, localizada na Avenida Portuguesa, número 407, Águas Compridas, Olinda- PE.

Estudo de corte transversal, observacional, o tamanho da amostra foi de 270 crianças, seu cálculo considerou o fato de que o estudo visa à estimativa de proporção. Para tal foi analisada a média de alunos matriculados nos locais onde será desenvolvida a pesquisa, com 3% de precisão, com erro alfa de 5% (erro tipo I), considerando o produto p (probabilidade de o evento ocorrer) X (probabilidade do evento não ocorrer) máximo, ou seja, 50% de probabilidade e o de poder do estudo de 80% (1-beta erro tipo II). Para a avaliação de significância estatística para as estimativas realizadas serão utilizados os intervalos de confiança 95% e o valor de 0,005 para a probabilidade associada aos testes (valor de p).

Para compor a amostra os voluntários foram convidados a participar desta pesquisa voluntariamente através de uma explicação prévia junto aos responsáveis, neste momento

foram explicitados todos os objetivos e benefícios da presente pesquisa, e a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) pelos mesmos. Como critérios de inclusão temos: crianças que se encontrem com idade escolar; que estejam regularmente matriculadas na instituição pesquisada e que não apresentem comprometimento cognitivo o que dificultaria a aplicação do questionário. Como critérios de exclusão: A não concordância dos responsáveis na participação do seu filho na presente pesquisa.

Foi aplicado um questionário composto por perguntas para obtenção do perfil socioeconômico das crianças, ou seja: idade, raça, religião, escolaridade, profissão, renda mensal familiar, número de pessoas no domicílio, construído pelas autoras do projeto aplicado com o objetivo de verificar alguma associação com as possíveis disfunções encontradas.

Outro questionário elaborado também pelas autoras do projeto foi aplicado com o objetivo de averiguar as principais disfunções miccionais frequentes em crianças, sendo respondido pelos responsáveis e constará com questões sobre os hábitos miccionais das crianças, o uso de absorventes diários, perda de urina diurna e noturna, esforço para urinar, dor ao urinar, incontinência de urgência.

Todas as informações obtidas foram mantidas de forma confidencial entre os pesquisadores e o comitê de ética onde as avaliações foram catalogadas através de números dos questionários e após o término da pesquisa de campo, todos os dados coletados foram devidamente protocolados e arquivados junto à pesquisadora responsável.

Após a realização da coleta de dados, foi construído um banco de dados. Os resultados finais foram realizados por meio de uma análise descritiva, baseados na composição de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para análise das variáveis foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010 foi aplicado o teste Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todas as conclusões foram baseadas em um intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$.

Resultados

No presente estudo foi identificada a prevalência de crianças com disfunções urinárias em uma escola privada de Olinda/PE. Dentre as 270 crianças que participaram da pesquisa, foi constatado que, 14% apresentaram sinais e sintomas clínicos de disfunções miccionais, tendo uma prevalência de Incontinência Urinária Diurna (IUD) e Incontinência Urinária Noturna (IUN) de 68,2% e 44,3% respectivamente, foi observado que 39,1% dos avaliados tinham sintoma de Manobras de Contenção, 49,4% apresentavam sinal clínico de Incontinência de Urgência. Ao avaliar a distribuição entre a presença das disfunções urinárias nas crianças com os

dados sóciobiodemográficos dos seus responsáveis não houve associação significativa verificada, porém é importante mostrarmos que das crianças que apresentaram disfunções urinárias 15,6% (N=34), recorriam ao serviço público de saúde e 15,5 (N=32) utilizavam o transporte público pra se deslocar até a escola.

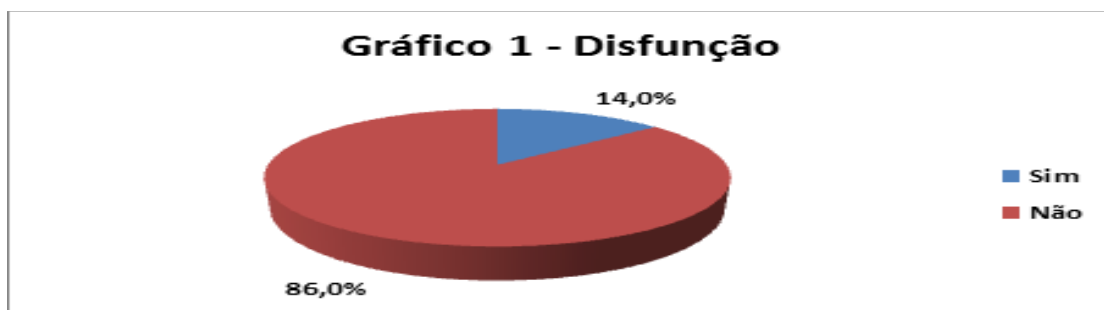


Figura 1: Disfunções urinárias em crianças com idade escolar em um instrução de ensino privado em Olinda/PE

Na tabela 1 são apresentadas à distribuição das crianças com disfunção com seus aspectos sóciobiodemográficos, há predominância de 38% (N = 104) de crianças com faixa etária de 5 e 8 anos de idade, sendo 65,3% (N = 177) de raça parda e negra, 53% (N=145) do sexo feminino e 17% (N=48) da série jardim 2.

Tabela 1 – Distribuição das crianças com disfunção urinária quanto às características sócio-bio-demográficas

Variáveis	N	%
Idade		
4 anos	41	15,1
5 anos	58	21,4
6 anos	27	10,0
7 anos	28	10,3
8 anos	46	17,0
9 anos	28	10,3
10 anos	27	10,0
Não responderam	16	5,9
Cor		
Branca	80	29,5
Não branca	177	65,3
Não responderam	14	5,2
Sexo		
Feminino	145	53,5
Masculino	117	43,2
Não responderam	9	3,3
Série escolar		
1º ano	22	8,1
2º ano	16	5,9

3º ano	22	8,1
4º ano	15	5,5
5º ano	14	5,2
Jardim 2	48	17,7
Jardim 3	6	2,2
Não responderam	128	47,3

Na presente pesquisa, foi analisada a distribuição das crianças em relação aos distúrbios miccionais, constatando-se que 23,2% (N = 63) alegaram ter feito xixi na cama no último mês e que, dentre essas crianças, 3,7% (N=10) urinaram mais de 6 vezes na semana na cama. Foi relatado que 44,3% (N= 120) acordaram a noite para urinar e que, desse grupo, 37,3% (N=101) foram de 1 a 3 vezes numa mesma noite. Foi observado que 18,8% (N=51) molharam sua peça íntima com urina durante o dia e que, o equivalente a 13,7% (N=37), urinaram em suas peças de 1 a 3 vezes ao dia.

Verificou-se que 23,6% (N=64) declararam não evacuar diariamente e que, desse último grupo, 11,8% (N=32) apresentaram uma frequência de apenas 3 a 4 vezes semanais, 63,8% (N=173) mencionaram necessidade de força para evacuar, 50,7% (N= 76) declararam uma frequência miccional de 3 a 8 vezes por dia, 30% (N=45) apresentaram sinal clínico de manobras de contenção.

Foi averiguado que 49,4% (N=151) apresentaram sintoma de incontinência de urgência, 11,5% (N=31) relataram fazer força para urinar e que 11,1% (N=30) sentem dor ao urinar. Constatou-se ainda que 20,7% (N=56) passaram por situações que acarretaram mudanças comportamentais nos indivíduos participantes da pesquisa, 4,8% (N=13) não largaram ainda o uso de fraldas durante o dia e 11,8% (N= 32) o uso durante a noite.

Em relação ao fato de vivenciarem episódio de infecção urinária, 22,1% (N=60) relataram terem sofrido, sendo 5,2% (N= 14) na faixa etária entre inferior a 1 ano de idade aos 7,7% (N=21) 4 ou mais e 18,1% (N=49) com frequência de 1 a 3 vezes. Por fim, temos que 59,0% (N=160) nasceram com peso superior a 3kg.

Quando se avaliou a distribuição das crianças quanto aos dados sóciobiográficos segunda as alterações miccionais não houve associação significativa verificada (tabela 3).

Tabela 3– Distribuição das crianças quanto aos dados sóciobiográficos segundo a disfunção urinária.

Dados sócio-bio-demográficos	Disfunção		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade			
4 anos	3 (7,3)	38 (92,7)	0,396 *
5 anos	6 (10,3)	52 (89,7)	

6 anos	4 (14,8)	23 (85,2)	
7 anos	5 (17,9)	23 (82,1)	
8 anos	11 (23,9)	35 (76,1)	
9 anos	5 (17,9)	23 (82,1)	
10 anos	4 (14,8)	23 (85,2)	
Cor			
Branca	11 (13,8)	69 (86,2)	0,842 **
Não branca	26 (14,7)	151 (85,3)	
Sexo			
Feminino	14 (12,0)	103 (88,0)	0,454 **
Masculino	22 (15,2)	123 (84,8)	
Série escolar			
1º ano	5 (22,7)	17 (77,3)	0,209 *
2º ano	5 (31,3)	11 (68,7)	
3º ano	4 (18,2)	18 (81,8)	
4º ano	1 (6,7)	14 (93,3)	
5º ano	1 (7,1)	13 (92,9)	
Jardim 2	4 (8,3)	44 (91,7)	
Jardim 3	0 (0,0)	6 (100,0)	

.(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste Qui-Quadrado

Ao avaliar a distribuição entre a presença das disfunções urinárias nas crianças com os dados sóciobiodemográficos dos seus responsáveis não houve associação significativa verificada (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pais (dados sócio-bio-demográficos) em relação a disfunção urinária das crianças.

Dados sócio-bio-demográficos (pais)	Disfunção		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	6 (18,8)	26 (81,2)	0,419 *
Masculino	32 (13,4)	206 (86,6)	
Faixa etária			
18-25	5 (11,1)	40 (88,9)	0,811 **
26-35	18 (14,8)	104 (85,2)	
> 35	15 (14,9)	86 (85,1)	
Estado civil			
Solteiro(a)	18 (18,2)	81 (81,8)	0,053 **
Casado(a)	19 (13,3)	124 (86,7)	
Separado(a)/Divorciado(a)	0 (0,0)	23 (100,0)	
Viúvo(a)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Como se declara			
Branco	11 (13,6)	70 (86,4)	0,337 *

Moreno	19 (12,8)	130 (87,2)	
Preto	4 (30,8)	9 (69,2)	
Amarelo	4 (15,4)	22 (84,6)	
Você possui alguma deficiência			
Sim	0 (0,0)	8 (100,0)	0,606 *
Não	38 (14,6)	223 (85,4)	
Se sim, qual tipo			
Deficiência física	0 (0,0)	3 (100,0)	1,000 *
Deficiência visual	0 (0,0)	2 (100,0)	
Não possui	10 (13,0)	67 (87,0)	
Moradia			
Próprio	29 (13,5)	186 (86,5)	0,209 *
Alugada	7 (25,9)	20 (74,1)	
Cedida	0 (0,0)	10 (100,0)	
Familiar	2 (11,1)	16 (88,9)	
Quantas pessoas moram com você			
Sozinho	1 (20,0)	4 (80,0)	0,798 *
1 a 3	21 (14,7)	122 (85,3)	
4 a 7	15 (13,2)	99 (86,8)	
8 a 10	1 (16,7)	5 (83,3)	
> 10	0 (0,0)	1 (100,0)	
Quantos filhos tem			
Um	12 (13,0)	80 (87,0)	0,457 **
Dois (duas)	18 (15,9)	95 (84,1)	
Três	8 (15,4)	44 (84,6)	
Quatro ou mais	0 (0,0)	13 (100,0)	
Religião			
Católica	13 (14,4)	77 (85,6)	0,946 *
Protestante/Evangélica	19 (14,6)	111 (85,4)	
Espírita	0 (0,0)	7 (100,0)	
Sem religião	5 (16,7)	25 (83,3)	
Outra	1 (9,1)	10 (90,9)	
Serviço de saúde que recorre			
Hospital público/SUS	34 (15,6)	184 (84,4)	0,500 *
Plano de saúde particular	4 (8,3)	44 (91,7)	
Serviço médico do sindicato	0 (0,0)	3 (100,0)	
Serviço médico particular	0 (0,0)	1 (100,0)	
Qual transporte você utiliza			
Público (van, ônibus)	32 (15,5)	175 (84,5)	0,266 *
Bicicleta	0 (0,0)	4 (100,0)	
Carro	4 (8,0)	46 (92,0)	
Não utilizo transporte	2 (28,6)	5 (71,4)	
Tem acesso à internet			
Sim	25 (15,5)	136 (84,5)	0,437 **

Não	13 (12,1)	94 (87,9)	
Trabalha ou já trabalhou			
Sim	34 (14,7)	198 (85,3)	0,497 **
Não	4 (10,5)	34 (89,5)	
Idade com a qual começou a trabalhar			
Antes dos 14 anos	4 (14,3)	24 (85,7)	0,889 **
Entre 14 e 16 anos	5 (10,4)	43 (89,6)	
Entre 17 e 18 anos	8 (12,7)	55 (87,3)	
Após os 18 anos	17 (16,5)	86 (83,5)	
Não trabalha	3 (14,3)	18 (85,7)	
Quantas horas trabalham por semana			
Até 10 horas semanais	3 (7,9)	35 (92,1)	0,673 **
De 11 a 20 horas semanais	5 (15,2)	28 (84,8)	
De 21 a 30 horas semanais	3 (11,1)	24 (88,9)	
De 31 a 40 horas semanais	7 (16,3)	36 (83,7)	
Mais de 40 horas semanais	9 (20,0)	36 (80,0)	
Não trabalho	7 (11,9)	52 (88,1)	
Renda familiar mensal			
Até R\$ 260,00	1 (5,6)	17 (94,4)	0,670 **
De R\$ 261,00 a R\$ 780,00	9 (12,0)	66 (88,0)	
De R\$ 781,00 a R\$ 1300,00	15 (16,5)	76 (83,5)	
De R\$ 1301,00 a R\$ 1820,00	4 (10,3)	35 (89,7)	
De R\$ 1.821,00 a 2.600,00	5 (16,1)	26 (83,9)	
Já frequentou a escola			
Sim	37 (14,0)	228 (86,0)	0,458 *
Não	1 (25,0)	3 (75,0)	
Grau de escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	4 (9,3)	39 (90,7)	0,277 *
Ensino fundamental completo	7 (30,4)	16 (69,6)	
1º série do ensino médio	1 (11,1)	8 (88,9)	
2º série do ensino médio	1 (7,7)	12 (92,3)	
3º série do ensino médio	22 (13,2)	145 (86,8)	
Não frequentei	0 (0,0)	2 (100,0)	

Discussão

As disfunções urinárias caracterizam-se por alterações no ato miccional, sendo conceituada pela incapacidade de conter a urina sem que haja alterações neurológicas na criança, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) afirma ser um transtorno comum, que acomete cerca de 40% do público infantil. Os distúrbios da micção na infância podem acometer de maneira insatisfatória as possíveis etapas do ato miccional, alterando dessa forma os centros moduladores gerando uma incoordenação no sistema vesico-esfincteriano,

influenciando tanto o papel de enchimento ou armazenamento vesical, quanto o esvaziamento, além de todo o complexo esfinteriano (TRAPP 2013).

É observado um significativo crescimento dos sinais e sintomas clínicos de disfunções miccionais, causa um constrangimento emocional aos pais e às crianças, devido à incontinência urinária e à frustração em lidar com o problema. Apesar da importância clínica, muitas vezes, os pais desconhecem os sintomas dessa disfunção e acabam sendo negligenciados pelos responsáveis, por serem apenas julgados como hábitos infantis e pela escassa falta de informações acerca do tema (BARROS 2008; VASCONCELOS et al., 2013). No presente estudo pôde-se constatar uma prevalência de disfunções urinárias, dando um enfoque especial a Incontinência urinária de Urgência, e Incontinência Urinária Diurna (IUD), estes que podem levar a sintomas de reclusão e ao constrangimento tornando suficientes para acarretar distúrbios de comportamento e emocional, problemas escolares e, gerando empecilhos na vida social das crianças (JESUS 2012).

Dentre os sintomas clínicos no estudo realizado por Mota 2005, no qual analisou a prevalência das disfunções miccionais também em crianças, pode verificar a existência de sinais clínicos de disúria e força para urinar, bem como pode ser observado na atual pesquisa, onde temos 11,1% das crianças relataram dor ao urinar e 11,5% força para urinar, além de sintomas de constipação e força para evacuar.

No estudo realizado por Fonseca 2011 é relatado os principais sinais e sintomas urinários diurnos associados, tais como: aumento da frequência urinária, incontinência, urge-incontinência, manobras de contenção para evitar a perda urinária, jato urinário interrompido e hesitação ao iniciar a micção. É visto que a partir do 4 ano de vida, a criança já passa a adquirir controle voluntário vesical, de 85% a 88% das crianças nessa faixa etária obtiveram o completo controle desse domínio, e que entre cerca de 6 meses a 1 ano da retirada do uso de fraldas diurnas, é alcançado a continência noturna. As manobras de contenção principalmente predispõem ao surgimento de infecções recorrentes do trato urinário, uma vez que ocorre um aumento da pressão vesical, ocasionando um refluxo urinário, é uma prática comum em crianças vista em publicações anteriores, e podendo ser confirmada nesse estudo visto que 39,1% das crianças pesquisadas relataram realizar as manobras de contenção (GUIDONI 2001 ;CAMPOS 2013).

Em relação a faixa etária, os sintomas miccionais foram mais frequentes no público de crianças em torno de sete anos de idade. Conforme a padronização da International Children's Continence Society (ICCS), o que também pode ser constatado nos

estudos realizados por Mota 2005 e Campos 2013, o que também pode verificar no presente estudo visto que 41,8% tem faixa etária entre 7 e 8 anos (TRAPP et al., 2013).

Em se tratando do aspecto sóciobiodemográfico dos respectivos responsáveis associados às disfunções miccionais, na população estudada não teve destaque significativo, visto que os pais apresentaram interesses prévios pelo tema, o que nos leva a acreditar que a presença de disfunções miccionais independe da condição socioeconômica, porém ter conhecimento dos sinais e sintomas antecipadamente diminui a prevalência desses distúrbios em crianças (MOTA et al., 2005).

Conclusão

Os resultados da presente pesquisa apontam para a implantação de programas educativos na escola, para desta forma prevenir ou minimizar os transtornos miccionais que afetam esta população, melhorando a qualidade de vida dessas crianças para que possam se dedicar e usufruir inteiramente ao prazer de ser criança.

Referências

- CAMPOS, R. M. et al. Estudo comparativo, prospectivo e randomizado entre uroterapia e tratamento farmacológico em crianças com incontinência urinária. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 2, o. 203-208, Apr./June. 2013.
- CUPELLI, E. T. et al. Sensory processing differences and urinary incontinence in school-aged children. **Journal of Pediatric Urology**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 1-6, May-Oct. 2014.
- FONSECA, E. M. G. O.; MONTEIRO, L. M. C. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.2, p. 147-53, 2004.
- HANSON. E. et al. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. **European Journal of Pediatrics**, São Paulo, v. 149, n. 6, p. 434-437, 1990.
- HELLSTROM, A. L.; HJALMAS, K. ; JODAL, U. Rehabilitation of the dysfunctional bladder in children: method and 3-year followup. **The Journal of Urology**, USA, v.138, n. 4, p. 847-849, 1987.
- JESUS, L.E. Disfunções miccional – doença funcional e social. **Revista Col. Bras. Cir**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 089-090, 2012.
- JONG, T. P.V.M.; KLIJN, A. J.; VIJVERBERG, M. A.W. Lower Urinary Tract Dysfunction in Children. **European Urology Supplements**, Rio de Janeiro, v. 114, n. 11, p.10-15, 2012.
- MOTA D. M. Prevalência de sintomas miccionais em crianças de 3 a 9 anos de Pelotas, RS. Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. Pelotas, 153 p. 2004.

MOTA, D. M.; VICTORA, C. G; HALLAL, P. C. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 225-32, 2005.

PAEPE, H. et al. Pelvic-floor therapy and toilet training in young children with dysfunctional voiding and obstipation. **British Journal of Urology International**, Belgium, v. 85, n. 7, p.889-893, July. 2000.

SCHAEFFER, A. J; DIAMOND, A. Pediatric urinary incontinence: Classification, evaluation, and management. **African Journal of Urology**, USA, v. 20, n. 1, p. 1–13, March. 2014.

SURESHKUMAR, P. et al. Daytime urinary incontinence in primary school children: A population-based survey. **The Journal of Pediatrics**.São Paulo, v. 137,n. 6. p. 814-818, December. 2001.

THIBODEAU, B. A. et al. Urinary incontinence and quality of life in children.**Journal of Pediatric Urology**. São Paulo, v .9,n. 1, p.78-83, 2013.

VASCONCELOS, M. M. A. et al. Disfunção do trato urinário inferior - um diagnóstico comum na prática pediátrica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**.Rio de Janeiro, v.35, n.1, p. 57-64,2013.

WENNERGREN, H.; OBERG, B.; Pelvic floor exercises for children: a method of treating dysfunctional voiding. **British Journal of Urology**. Link ping, v.76, n. 1, p. 9-15, 1995.