

ENURESE

Alexander von Gontard

Edição em Português

Tradutores: João Victor Martins Pereira e Lucas dos Santos Alcântara

Editoras: Carolina Costa e Antônia Ionésia A. Amaral



Manneken Pis, Bruxelas

Alexander von Gontard

Departamento de Psiquiatria
da Criança e do Adolescente,
Hospital Universitário do Sarre,
Homburg, Alemanha

Conflito de interesse: nenhum
divulgado

Esta publicação destina-se a profissionais com formação ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação visa a descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas em evidências científicas disponíveis no momento da escrita conforme avaliada pelos autores e podem mudar como resultado de nova pesquisa. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento para os pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações específicas sobre drogas uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou linkados para ilustrar questões ou como uma fonte de informação adicional. Isso não significa que os autores, o editor ou a IACAPAP endossam seu conteúdo ou suas recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. Sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). O uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem a autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso seja não comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpond.net.au

Citação sugerida: von Gontard A. Enuresis. In Rey JM (ed), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Enurese constitui um grupo muito comum de distúrbios na infância que apresenta uma taxa de prevalência semelhante em todo mundo. 10% de todas as crianças de 7 anos molham a cama à noite e 2% a 3%, durante o dia. Apesar de uma elevada taxa de remissão, ainda 1% a 2% de todos os adolescentes apresentam enurese noturna e menos de 1% por enurese diurna. A grande maioria dos transtornos de excreção são funcionais, i.e, não devido a causas neurológicas, estruturais ou médicas (von Gontard & Neveus, 2006).

Enurese está associada com estresse emocional em crianças e pais, que é reversível assim que as crianças se deixam de urinar na cama. Atingir a continência é, por conseguinte, o objetivo principal do tratamento e vai levar a uma melhoria da autoestima e da autoconfiança (Longstaffe et al, 2000). Por outro lado, 20%-40% de todas as crianças com enurese têm distúrbios psicológicos adicionais comórbidos, não apenas condições de externalização, como déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno desafiador opositivo (TDO), mas também transtornos de internalização, como depressão. Essas comorbidades requerem avaliação e tratamento em separado - em adição ao tratamento orientado para o sintoma da desordem de excreção da criança.

A maioria dos tipos de enurese pode ser tratada eficazmente com aconselhamento e abordagens cognitivo-comportamentais, mas alguns podem exigir medicação adicional. Essas terapias podem, na maioria dos casos, ser fornecidas em regime ambulatorio de cuidados primários – assumindo que elas sejam baseadas em um diagnóstico correto e a criança e os pais recebem atendimento profissional adequado com tempo suficiente. O objetivo deste capítulo é fornecer uma abordagem prática para a avaliação e tratamento de crianças com enurese que pode ser implementado em diversas configurações, mesmo naqueles com recursos limitados.

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A enurese é definida por ambos CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2008) e DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2000) como micção involuntária (ou mesmo intencional) anormal em crianças de 5 anos de idade ou mais após exclusão de causas orgânicas. A micção deve persistir durante pelo menos três meses para ser considerado um distúrbio. De acordo com a CID-10, a enurese é diagnosticada se a micção ocorre duas vezes por mês em crianças menores de 7 anos de idade e uma vez por mês em crianças de 7 anos e mais velhas. O critério de acordo com o DSM-IV é menos preciso: a micção deve ocorrer pelo menos duas vezes por semana ou então deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas acadêmicas, sociais (ocupacionais) ou em outras áreas de funcionamento importantes. Ambos CID-10 e DSM-IV-TR descrevem enurese noturna, diurna ou combinada - nenhum outro subtipo é incluído. Além disso, a CID-10 exclui o diagnóstico de enurese se outros transtornos psiquiátricos estiverem presentes. Ambos CID-10 e DSM-IV-TR estão desatualizados e não refletem os resultados de pesquisas mais recentes neste campo. Infelizmente, os critérios propostos no DSM-5 não são muito úteis e podem até constituir um retrocesso em relação ao DSM-IV. A Sociedade Internacional de Continência em Crianças (ICCS) (Neveus et al., 2006) propôs novas sugestões mais práticas, que estão sendo revisadas em 2012. O objetivo é fornecer termos clínicos simples e descritivos que podem ser utilizados em todos os contextos em todo o mundo.

De acordo com os critérios da ICCS, enurese denota uma eliminação de urina intermitente (i.e, não contínua) durante o sono em crianças após seu quinto aniversário. O termo noturna pode ser adicionado por razões de clareza (i.e, enurese e enurese noturna são

Tabela C.4.1 Definições de Acordo com a Sociedade Internacional de Continência em Crianças

Sintomas	Transtorno
<ul style="list-style-type: none"> Incontinência intermitente durante o sono 5 anos de idade ou mais 	Enurese ou enurese noturna
<ul style="list-style-type: none"> Incontinência diurna 5 anos de idade ou mais 	Incontinência urinária ou incontinência urinária diurna (não enurese diurna). Na maioria dos casos funcional.

sinônimos). Enurese diurna é denominada incontinência urinária, que pode ser orgânica (estrutural, neurogênica ou devido a outras causas físicas) ou funcional. Como a vasta maioria dos casos é funcional, a maioria das crianças com enurese diurna seria considerada portadora de alguma forma de incontinência urinária funcional. Segundo estes critérios, enurese diurna é um termo obsoleto e deve ser evitado. Se as crianças urinassem durante o sono e durante o dia, elas receberiam dois diagnósticos: enurese e incontinência urinária.

A classificação da enurese é simples. Apenas dois aspectos precisam ser considerados: o período mais longo de continência e se sintomas do trato urinário inferior estão presentes:

- *Enurese primária* significa que a criança tem continência a menos de 6 meses (ou nunca teve período prolongado de continência urinária)
- *Enurese secundária* significa que ocorreu uma recaída depois de um período de pelo menos 6 meses de continência.

O período de continência pode ocorrer em qualquer idade; também não importa se ele veio espontaneamente ou foi conseguido por tratamento. Esta distinção é importante porque crianças com *enurese secundária* sofreram eventos estressantes na vida (como separação dos pais, nascimento de irmãos, etc) com mais frequência e têm maiores taxas de comorbidades psiquiátricas (JAR velin et al, 1990; von Gontard et al, 2011b). Estas questões devem ser levadas em consideração na avaliação e no tratamento, senão o tratamento da enurese primária e secundária é exatamente o mesmo.

A presença de sintomas do trato urinário inferior é mais importante, uma vez que traz implicações para o tratamento. As crianças que urinam durante o sono e não têm sintomas diurnos sugerindo distúrbios na função da bexiga estão sofrendo de *enurese monossintomática*. Em outras palavras, elas urinam durante a noite, mas o armazenamento e o esvaziamento da bexiga é completamente normal (ou seja, as crianças vão ao banheiro 5-7 vezes durante o dia, não adiam a micção com o uso de manobras de contenção, não experienciam sintomas de urgência miccional e podem esvaziar a bexiga sem problemas). Nestes casos, o tratamento pode se concentrar nos episódios de enurese durante o sono, sem procedimentos preliminares adicionais.

As crianças que têm sintomas do trato urinário inferior e que podem ter sintomas gastrointestinais, como constipação e escape, têm enurese não-monossintomática. Na enurese não-monossintomática noturna, sintomas diurnos devem ser tratados primeiro, antes de abordar a incontinência noturna. Os termos monossintomáticos e não monossintomáticos são inteiramente baseados na história clínica e verificados por diários miccionais, i.e, baseiam-se apenas na avaliação clínica (von Gontard & Neveus, 2006).

A classificação da incontinência urinária diurna é mais complexa. A maioria dos tipos é funcional – incontinência urinária orgânica é rara e pode ser devido a causas estruturais,



James Joyce molhava a cama. A primeira página de *Retrato do Artista como um Jovem Homem* contém o seguinte: “quando você molha a cama primeiro é quente e depois fica frio. Sua mãe o coloca no papel óleo. Isso tinha o cheiro esquisito” (Gill, 1995).

Retrato por Robert Amos

Figura C.4.1 Classificação de enurese noturna de acordo com a Children's Continence Society



*Incontinência diurna, frequência de micção diurna aumentada/diminuída, urgência, adiamento miccional, manobras de contenção, fluxo de urina intermitente, fluxo interrompido, constipação, encoprese, etc.

neurogênicas ou outras causas médicas. As três síndromes principais de incontinência urinária funcional são:

- Incontinência de urgência
- Adiamento miccional, e
- Micção disfuncional.

Tipos raros incluem: incontinência urinária de esforço, incontinência ao riso, hipoatividade do detrusor e outros. Cada um destes tipos de incontinência urinária tem sintomas típicos.

Incontinência de urgência ou bexiga hiperativa é caracterizada por sintomas de urgência, aumento da frequência de micção e pequenos volumes de micção. Por outro lado, a baixa frequência de micção e adiamento da micção é típico no adiamento miccional. Em ambos os casos, as crianças empregam manobras de contenção para evitarem se molhar.

Micção disfuncional é um distúrbio da fase de esvaziamento: em vez de relaxar o músculo do esfíncter, ele é paradoxalmente contraído. Esforço miccional e uma interrupção do fluxo de urina são indicativos dessa desordem.

Incontinência de esforço é rara em crianças - em contraste com os adultos. Incontinência durante a tosse, espirro (i.e, qualquer aumento da pressão intra-abdominal) e de pequenos volumes são típicos. *Incontinência ao riso* é caracterizada por incontinência durante o ato de rir, em grandes volumes com esvaziamento aparentemente completo da bexiga. *Hipoatividade do detrusor*, uma descompensação do músculo detrusor, é marcada por um fluxo interrompido; consequentemente, esvaziar a bexiga só é possível pelo esforço.

Como a incontinência urinária diurna (e a enurese não-monossimpática) podem

Urgência Miccional:
Necessidade forte e repentina de urinar.

Tabela C.4.2 Classificação de Incontinência Diurna (incontinência urinária funcional) e sintomas chaves de distinção

Tipo	Sintomas-chave
Incontinência de urgência (bexiga hiperativa)	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência • Frequência superior a 7 vezes por dia • Pequeno volume de micção
Adiamento miccional	<ul style="list-style-type: none"> • Micção infrequente (< 5 vezes por dia) • Adiamento
Micção disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Esforço para iniciar e durante a micção • Fluxo de urina interrompido
Incontinência de esforço	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência durante tosse, espirro • Pequenos volumes
Incontinência ao riso	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência durante o riso • Grandes volumes com esvaziamento da bexiga aparentemente completo
Hipoatividade do detrusor	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxo interrompido • Esvaziamento da bexiga possível apenas pelo esforço

ser identificadas por taxas de frequência e volume de micção alteradas, é útil conhecer os valores normais (estas são apenas uma aproximação), que são mostrados na Tabela C.4.2. Normalmente, as crianças urinam de 5-7 vezes por dia. O volume de urina normal em mililitros pode ser calculado somando-se um à idade da criança e multiplicando o resultado por 30. Por exemplo, uma quantidade normal de urina eliminada por uma criança de 8 anos seria: $8 + 1 = 9$; $9 \times 30 = 270$ ml.

O objetivo do tratamento consiste em alcançar a longo prazo a continência contínua e completa, e não apenas uma redução dos sintomas. Infelizmente, isto não é conseguido em todos os casos; para algumas crianças e famílias, no entanto, uma redução da frequência de episódios de incontinência podem prestar socorro e foi mostrado que melhora a autoestima (Longstaffe et al, 2000).

EPIDEMIOLOGIA

A enurese é de 2-3 vezes mais comum do que a incontinência urinária diurna; ela é de 1,5 a 2 vezes mais comum em meninos do que meninas. A prevalência de incontinência noturna diminui com o aumento da idade: de 20% em crianças de 4 anos, 10% em crianças de 7 anos, 1% -2% em adolescentes, e 0,3% -1,7% entre os adultos (von Gontard & Neveus, 2006). A prevalência depende da forma como é definido enurese, especialmente no número de noites de incontinência necessário. Em um estudo de uma grande população de 8.151 crianças com idade de 7½ anos, 15,5% teve enurese noturna (20,2% meninos, meninas 10,5%). A anurese frequente, definida por duas ou mais noites de incontinência por semana, afetou apenas 2,6% deles (3,6% meninos, meninas 1,6%) (Butler et al, 2005). A primária é mais comum do que a enurese secundária, com taxas comparáveis na idade de 7 anos (Fergusson et al, 1986). A enurese monossintomática é duas vezes (68,5%) mais comum que a enurese não-monossintomáticas (31,5%) (Butler et al, 2006).

A incontinência urinária diurna é 1,5 vezes mais comum em meninas do que em meninos (Bower et al, 1996; Hellström et al, 1990); 2% a 3% das crianças de 7 anos e

Valores normais aproximados na infância

Frequência de micção

- 5-7 vezes por dia

Volume de urina

- (idade + um) multiplicado por 30ml

menos de 1% de adolescentes têm incontinência durante o dia (Hellström et al, 1990; Largo et al, 1978). Em um estudo de uma população do Reino Unido de 13.973 crianças, as taxas de incontinência infrequente (menos de 2 vezes por semana) e frequente (mais de 2 vezes por semana) foram, respectivamente: 13,6% e 1,9%, à idade de 4½ anos; 7,8% e 1,5% à 5½ anos; 9,7% e 1,0% à 6½ anos; 6,9% e 1,0% à idade de 7½ anos; 4,4% e 0,5% em 9½ anos (Swithinbank et al, 2010). Diferentes trajetórias podem ser identificadas:

- Crianças com incontinência crônica, persistente ao longo de muitos anos
- Crianças com recaídas e
- Um grupo com uma taxa de remissão espontânea contínua (Heron et al, 2008).

A incontinência de urgência é a mais comum, afetando 4% das crianças de 7 anos de idade, especialmente as meninas (Hellström et al, 1990). O adiamento miccional é o segundo tipo mais comum com base em estudos clínicos. Taxas de base populacional para os outros tipos estão faltando.

A prevalência de enurese noturna é semelhante em todo o mundo:

- 4,3% das crianças e adolescentes chineses com idades entre 6-16 anos (Liu et al, 2000)
- 8% das crianças de 6-11 anos em Taiwan (Chang et al, 2011)
- 14,9% de crianças de 5-7 anos na Turquia (Erdogan et al, 2007)
- 15% das crianças e adolescentes na Arábia Saudita (Kalo & Bella, 1996)
- 17,4% de 7 anos de idade no Sudão (Rahim & Cederblad, 1986)
- 20,8% das crianças e adolescentes com idades entre 6-15 anos na Etiópia, incluindo incontinência diurna (Desta et al, 2007).

Variações nas taxas são provavelmente devido a diferentes definições, modos de avaliação e possível subnotificação devido à indesejabilidade social, particularmente em os estudos chineses e taiwaneses.

Apenas alguns estudos relataram a incontinência urinária diurna. Por exemplo, 16,6% das crianças coreanas com idades entre 5-13 anos tinham bexiga hiperativa, 4,5% incontinência diurna e 6,4% enurese (Chung et al, 2009).

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas típicos de enurese monossintomática são: sono profundo e difícil excitação (Wolfish et al, 1997), aumento do volume de urina durante a noite (poliúria) e incontinência de grande volume. A apresentação típica é uma criança que é extremamente difícil acordar e que molha a cama com grandes quantidades de urina. Em contraste, a função da bexiga durante o dia é completamente normal.

Crianças com *enurese não-monossintomática* têm os mesmos sintomas mas, adicionalmente, têm sinais semelhantes àqueles com incontinência urinária diurna (exceto incontinência). Isso significa que alguns vão ao banheiro com pouca frequência e adiam a micção com manobras de contenção, outros têm sinais de urgência e frequência, enquanto outros têm que se esforçar e do fluxo de urina é interrompido. Além disso, infecções do trato urinário (ITU), constipação e encoprese podem estar presentes.

Crianças com *enurese secundária* têm maiores taxas de comorbidades comportamentais e distúrbios emocionais (von Gontard et al, 1999). Uma recaída pode ser precipitada por eventos de vida estressantes, como a separação ou divórcio dos pais (Järvelin et al, 1990). De outra forma, eles não diferem daqueles com enurese primária.



Clique na figura para ouvir duas crianças compartilhando suas experiências de enurese.

Crianças com *incontinência de urgência* são caracterizadas por:

- Alta frequência de micção (mais de 7 vezes por dia, com pequenos intervalos entre elas)
- Sintomas de urgência, às vezes com desejo súbito, intenso
- Incontinência com volumes pequenos de micção, aumentando com o cansaço, por exemplo, durante à tarde
- Manobras de contenção, tais como contrair os músculos do assoalho pélvico, pressionar as coxas juntas, prender o abdômen, pular de uma perna para a outra, sentar nos calcanhares, de cócoras com o calcanhar pressionado contra o períneo (sinal de reverência)
- Vulvovaginite, dermatite perigenital
- Infecções do trato urinário

Os sinais típicos de adiamento miccional são:

- Baixa frequência de micção (menos de 5 vezes por dia)
- Adiamento da micção em certas situações (escola, brincar, ler, televisão). Com o aumento do adiamento e com a plenitude da bexiga, manobras de contenção são iniciadas (como na incontinência de urgência) até que a micção não possa ser evitada.
- Constipação e encoprese são comuns.

O adiamento miccional é caracterizado por:

- Esforço repetido no início e durante a micção
- Fluxo de urina intermitente e fracionado
- Esvaziamento incompleto da bexiga com a urina residual e ITU
- Retenção de fezes, constipação e encoprese
- Refluxo vesico-ureteral.

Os sintomas clínicos de incontinência urinária de esforço são incontinência durante situações que resultam em aumento da pressão intra-abdominal (tosse, espirro, brincadeiras e esportes). Incontinência ao riso está associada com cataplexia, i.e, as contrações motoras podem ser visível. A incontinência é iniciada por rir e muitas vezes não pode ser interrompida até que a bexiga esteja vazia. Crianças com bexiga hipoativa têm micções infrequentes (menos de 5 vezes por dia), uma grande bexiga com esvaziamento incompleto e grandes volumes residuais.

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Os fatores genéticos e neurobiológicos interagem com as influências ambientais na patogênese dos distúrbios de excreção. Enquanto alguns têm um marcado componente genético (enurese monossintomática e incontinência de urgência), em outros ambos fatores genéticos e ambientais estão envolvidos (enurese secundária), enquanto alguns são mais ambientalmente determinados (adiamento miccional).

Enurese

A enurese é um distúrbio de maturação geneticamente determinado do sistema nervoso central (von Gontard et al, 2001; 2011a); 70% a 80% de todas as crianças com enurese têm parentes afetados. Os índices de concordância são maiores entre os gêmeos monozigóticos do que entre os dizigóticos (Bakwin, 1973). O risco de recorrência para

A idéia fundamental de que crianças controlam voluntariamente seus processos de pensamento durante o sono e a proposição de que tal controle cognitivo é responsável pela incontinência urinária simplesmente não são plausíveis. Se tais proposições fossem verdadeiras, então porque é que nós temos uma história de 3.500 anos de pais e profissionais falando com as crianças sobre parar de urinar na cama com pouco ou nenhum resultado? O tratamento que sabemos funcionar de modo confiável, o alarme de urina, não requer controle cognitivo e é mais provável que funcione através de um processo de condicionamento de evitação ativa [...] É suficientemente preocupante achar que terapia de conversa para enurese pode fazê-la regredir, mas é ainda mais preocupante considerar [...] que o tratamento mais eficaz conhecido para a enurese infantil é raramente promulgado pelo nosso atual sistema de saúde (Houts, 2000).

uma criança ser afetada por enurese é de 40% se um dos pais e 70% se ambos os pais tivessem sido enuréticos (Bakwin, 1973). A maioria dos casos é consistente com um modo de herança autossômico dominante; apenas um terço dos casos são esporádicos (von Gontard et al, 2001). Diversos loci nos cromossomos 12, 13 e 22 foram identificados em estudos de linkage - Independentemente do tipo de enurese (von Gontard et al, 2001). Genes candidatos não foram ainda identificados. A predisposição genética para a enurese permanece ao longo da vida e pode ser reativada por fatores de risco, mesmo na idade adulta (Hublin et al, 1998).

As crianças com enurese tem mais “sinais neurológicos leves” e precisam de mais tempo para completar tarefas motoras (von Gontard et al, 2006). Em contraste, a arquitetura do sono não é afetada. A Enurese ocorre em fases de sono não-REM, ou seja, não está associada com o sonho (enurese durante o sono REM é a exceção). A enurese ocorre predominantemente no primeiro terço da noite - algumas crianças ainda molham a cama 10 minutos depois de adormecer. A latência média é de 3 horas (Neveus et al, 1999). Isto explica por que algumas crianças com enurese tem incontinência mesmo durante cochilos diurnos.

Os principais mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento da enurese incluem:

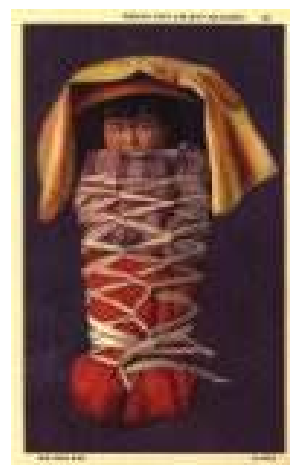
- Volume de urina aumentado (poliúria) afeta algumas, mas não todas as crianças. Isto está associado a uma variação circadiana (mas não ausência) do hormônio antidiurético (Rittig et al, 1989).
- Despertar difícil é outro fator importante (Wolfish et al, 1997). Em horários de despertar padronizados com sons de até 120 decibéis, apenas 9% das crianças com enurese podem ser acordadas - significativamente menor do que os controles. Isto significa que as crianças com enurese não acordam quando sua bexiga está cheia.
- Finalmente, as crianças têm um déficit inibitório do centro pontino da micção do tronco cerebral. Quando a bexiga está cheia durante o sono, eles não são capazes de suprimir suficientemente seu esvaziamento (Koff 1996).

Além da disfunção local da bexiga, os mesmos fatores são responsáveis pelo desenvolvimento da *enurese não-monossintomática*.

Fatores psicossociais modulam riscos genéticos e neurobiológicos em diferentes maneiras. A data de início e a intensidade do treinamento do uso do vaso sanitário, por exemplo, não tem nenhum efeito sobre o desenvolvimento da enurese (Largo et al, 1978; 1996). Fatores psicossociais desempenham um papel menor na enurese primária, uma vez que a taxa de distúrbios psicológicos e fatores de risco não é aumentada (Fergusson et al, 1986; Feehan et al, 1990). As crianças com enurese secundária, no entanto, têm tanto as maiores taxas de distúrbios emocionais e comportamentais, quanto de eventos de vida estressantes antes da recaída (Järvelin et al, 1990; Feehan et al, 1990). A idade de início na escola (5-6 anos) é a mais comum para recaída, enquanto a separação dos pais ou do divórcio é o mais importante evento de vida (Järvelin et al, 1990).

Incontinência Urinária

Os fatores genéticos desempenham um papel na incontinência urinária diurna. Em um estudo de base populacional de 8.230 crianças, o odds ratio para a incontinência diurna aumentou 3,28 se a mãe e 10,1 se o pai foi afetado (von Gontard et al, 2011a). Estudos de ligação demonstram uma ligação positiva ao cromossoma 17 (Eiberg et al, 2001). A incontinência de urgência é causada por contrações espontâneas do detrusor durante a fase de enchimento da bexiga, que não são suficientemente inibidas pelo sistema nervoso



Na África Ocidental, as crianças que molhavam a cama eram “tratadas” pela fixação de um grande sapo à sua cintura, e isso, aparentemente, assustavam-nas para conterem a micção. Entre a tribo Navajo, um tratamento preferível era um ritual que exigia que as crianças enuréticas ficassem nuas sobre um ninho de pássaro em chamas, acreditava-se que isso produziu uma cura para incontinência urinária porque as aves não sujavam seus ninhos (Houts, 2000).

central (Franco, 2007). Fatores genéticos também desempenham um papel principal na incontinência ao riso, mas não nos outros tipos de incontinência.

A continência diurna não é influenciada pelo treinamento precoce e intensivo do uso do vaso sanitário em geral (Largo et al, 1996; 1978). No entanto, fatores psicossociais desempenham um importante papel na incontinência diurna (ver secção sobre comorbidade). O adiamento miccional pode ser devido a um hábito adquirido ou como um dos muitos sintomas de oposição como parte do TDO (Kuhn et al., 2008).

COMORBIDADE

Enurese

No geral, os distúrbios psicológicos são de 2 a 5 vezes mais frequentes em crianças com distúrbios de excreção. Em suma, 20% a 30% das crianças com enurese, 20% -40% daquelas com incontinência urinária, e 30-50% com encoprese têm comorbidades clinicamente relevantes (von Gontard et al, 2011b). As taxas de comorbidade são mais elevadas em crianças com enurese secundária - até 40% em base populacional, e 75% em estudos de base clínica (Feehan et al, 1990; von Gontard et al, 1999). As crianças com enurese não-monossintomática têm mais transtornos comórbidos do que aqueles com enurese monossintomática (Butler et al, 2006).

TDAH é o transtorno comórbido mais comum na enurese. Num estudo populacional de 1379 crianças com idade de 6 anos, 9,4% tinham sintomas de TDAH clinicamente relevantes comparado com 3,4% das crianças sem incontinência (von Gontard et al, 2011c). A taxa de TDAH em crianças enuréticas que compareceram em hospital pediátrico foi de 28,3%, em comparação para 10,3% em uma amostra não selecionada (Baeyens et al, 2006). A enurese persistiu por mais tempo em crianças com TDAH - 2 anos depois, 65% ainda estavam enuréticos em comparação com 37% dos controles (Baeyens et al, 2005). A enurese em combinação com o TDAH é mais difícil de tratar devido a não conformidade. Com o tratamento de alarme, 43% daquelas com TDAH comórbido apresentaram continência (versus 69% daqueles com enurese isolada) aos 6 meses e somente 19% (vs. 66%) aos 12 meses. A taxa de não conformidade foi de 38% se ambos enurese e TDAH coexistissem (Crimmins et al, 2003).

Transtornos de externalização predominam, mas condições de internalização também podem ocorrer. Em um estudo de base populacional britânica de 8242 crianças com a idade de 7½ anos, aqueles com enurese também sofriam de ansiedade de separação (8,0%), ansiedade social (7,0%), fobia específica (14,1%), ansiedade generalizada (10,5%), depressão (14,2%), TDO (8,8%), transtornos de conduta (8,5%) e TDAH (17,6%) (Joinson et al, 2007).

As crianças com enurese não só são atingidas com mais comorbidades, elas também são mais angustiadas e mostram mais sintomas subclínicos, que muitas vezes melhoraram ao atingir a continência. A autoestima pode ser afetada e pode melhorar em tratamento - independentemente do sucesso do tratamento (Longstaffe et al, 2000). Além disso, a qualidade de vida pode ser reduzida pela enurese (Bachmann et al, 2009). Tanto as crianças quanto os pais podem ser angustiados pela enurese.

Incontinência Urinária Diurna

As taxas de comorbidade entre crianças com incontinência urinária diurna (30%-40%) são ligeiramente mais elevadas do que em crianças com enurese (20%-40%) (von Gontard et al, 2011b). Em um estudo de base populacional de 8.242 crianças com idade de 7 ½ anos, os transtornos de externalização foram predominantes com taxas

significativamente aumentadas de TDAH (24,8%), TDO (10,9%) e transtornos de conduta (11,8%) (Joinson et al, 2006). Em outro estudo populacional, 36,7% das crianças com incontinência urinária tinham sintomas de TDAH, em comparação com 3,4% das crianças com continência (von Gontard et al, 2011c). A adesão ao tratamento é menor nos casos de incontinência urinária e TDAH: apenas 68% tornaram-se continentemente, em comparação com 91% dos controles com incontinência urinária sem TDAH (Crimmins et al, 2003).

Crianças com incontinência de urgência têm menores taxas de comorbidades do que aquelas com o adiamento miccional (36% vs 59%), mas mais elevadas do que os controles (9%) (Kuhn et al, 2009). Crianças com incontinência de urgência predominantemente têm distúrbios de internalização, enquanto o distúrbio mais comum no adiamento miccional TDO (Kuhn et al, 2009). Parece que as comorbidades são uma consequência da micção na incontinência de urgência, enquanto ODD parece ser o problema subjacente na anulação adiamento. Muito menos se sabe sobre comorbidade nos outros tipos de incontinência.

DIAGNÓSTICO

Avaliação e um diagnóstico cuidadoso são as bases para o sucesso do tratamento - Cada subtipo de enurese e incontinência urinária responde melhor ao seu tratamento específico. Avaliação significa também a construção de um relacionamento com a criança e com os pais que vai tornar-se a base de todo o curso da terapia. É, por conseguinte, aconselhável dedicar bastante tempo na primeira consulta com a criança e os pais. Mais detalhes sobre o diagnóstico e tratamento de todos os transtornos de excreção podem ser encontrados em von Gontard e Neveus (2006), que ainda é o livro mais abrangente sobre o tema, tanto em informação de base e quanto em procedimentos práticos.

A maior parte do processo de diagnóstico é baseado em simples práticas clínicas boas que podem ser providas em cenários de atenção primária. O passo mais importante é uma história boa e completa. A história irá conduzir o clínico para os possíveis diagnósticos, que devem ser acompanhados e permitir a exclusão de muitas outras condições. Um exemplo de uma história detalhada com perguntas pertinentes podem ser encontrado no Apêndice C.4.1.

Tabela frequência-volume

O segundo passo mais importante é a tabela de frequência-volume de 48 horas. É pedido aos pais para observar, registrar e medir durante de 48 horas, quando e quanto seus filhos urinam e consomem líquidos, bem como sintomas associados, tais como incontinência, manobras de contenção, etc. Pode ser entregue aos pais um copo medidor simples de plástico (que eles trarão de volta na próxima consulta e que pode ser usado muitas outras vezes). Essa tabela dá informações essenciais para o diagnóstico. Na incontinência de urgência, por exemplo, uma frequência de micção superior a 7 vezes e pequenos volumes (de 20-60 ml) são típicos; no adiamento miccional, algumas crianças urinam apenas 2 ou 3 vezes por dia com grandes volumes de 400 ml ou mais. Além disso, os hábitos de consumo de líquidos podem ser avaliados: a maioria das crianças com distúrbios de eliminação não ingere bastante líquidos (alguns apenas 400-600ml), enquanto que a polidipsia é extremamente rara. A maioria dos pais não estão conscientes dos hábitos de micção e ingestão de líquidos de seu filho e não serão capazes de fornecer esta informação quando solicitados. Um exemplo de uma tabela é apresentado no apêndice C.4.2.

Questionários

Avaliação em enurese e incontinência urinária

- História
- Tabela de frequência-volume de 48 horas
- Questionários
- Exame físico pediátrico
- Análise da urina
- Rastreamento ou avaliação psiquiátrica da criança
- A ultrassonografia (se disponível).

Apenas se indicado

- Bacteriologia de urina
- Urofluxometria e
- EMG do assoalho pélvico
- Outros procedimentos diagnósticos: Exames radiológicos, urodinâmica invasivo, cistoscopia, etc.

Questionários de enurese específicos são úteis para confirmar e aumentar as informações que as crianças e os pais fornecem (ver apêndice C.4.3). A tabela de frequência–volume de 48 horas, no entanto, é muito mais importante do que um questionário.

Exame Físico

Cada criança deve ser examinada fisicamente pelo menos uma vez no início de tratamento. É essencial que as causas orgânicas de incontinência sejam excluídas. O exame pediátrico e neurológico completo é recomendado. Crianças com incontinência urinária diurna podem exigir vários exames ao longo do tratamento, especialmente se ITU e outras complicações ocorrerem. Para a maioria das crianças com enurese, especialmente com enurese monossintomática, um exame será suficiente.

Investigações

Pelo menos uma análise de urina (com uma tira reagente de urina) é recomendada para se ter certeza de que nenhum sinal de bacteriúria e evidência de ITU estão presentes. Isto é especialmente importante na incontinência urinária diurna; que geralmente é negativa em crianças com enurese monossintomática.

Se estiver disponível, a ultrassonografia é uma ferramenta muito útil e não-invasiva. Além de detectar anomalias estruturais do trato urinário, a ultrassonografia pode dar valiosas informações sobre três mudanças funcionais:

- Uma parede de bexiga espessada ($> 2,5$ mm) pode ser um indicativo de hipertrofia da parede da bexiga como um sinal de disfunção da bexiga ou pode ser devido a ITU
- Urina residual (> 20 ml) pode ser indicativo de esvaziamento incompleto da bexiga; e, finalmente,
- Um diâmetro retal alargado de mais de 25 milímetros pode ser um sinal de retenção de fezes e constipação.

Contudo, mesmo na Europa, a ultrassonografia não está facilmente disponível em muitos países e, portanto, não rotineiramente realizada em crianças com enurese e incontinência urinária. Em casos complicados com ITU recorrente ela está definitivamente indicada.

Todos os outros procedimentos não são indicados rotineiramente. A urofluxometria isolada ou combinada com EMG de assoalho pélvico é necessária para o diagnóstico de micção disfuncional (Chase et al, 2011). Os assim chamados staccato (alterações nas taxas de fluxo) ou fracionados (interrupção completa de fluxo) são típicos, combinados com as contrações do assoalho pélvico. Se não estiverem disponíveis, a boa prática clínica seria a de ouvir e observar uma criança durante o esvaziamento da bexiga: pode-se ouvir e observar o esforço bem como o aumento e a diminuição do fluxo de urina.

Todos os outros, especialmente os procedimentos invasivos, não devem ser realizados em crianças com enurese ou incontinência urinária funcional, a menos que eles tenham absolutamente indicação médica. Investigações radiológicas e urológicas devem ser evitadas, pois elas são na maioria dos casos desnecessárias e podem prejudicar a criança.

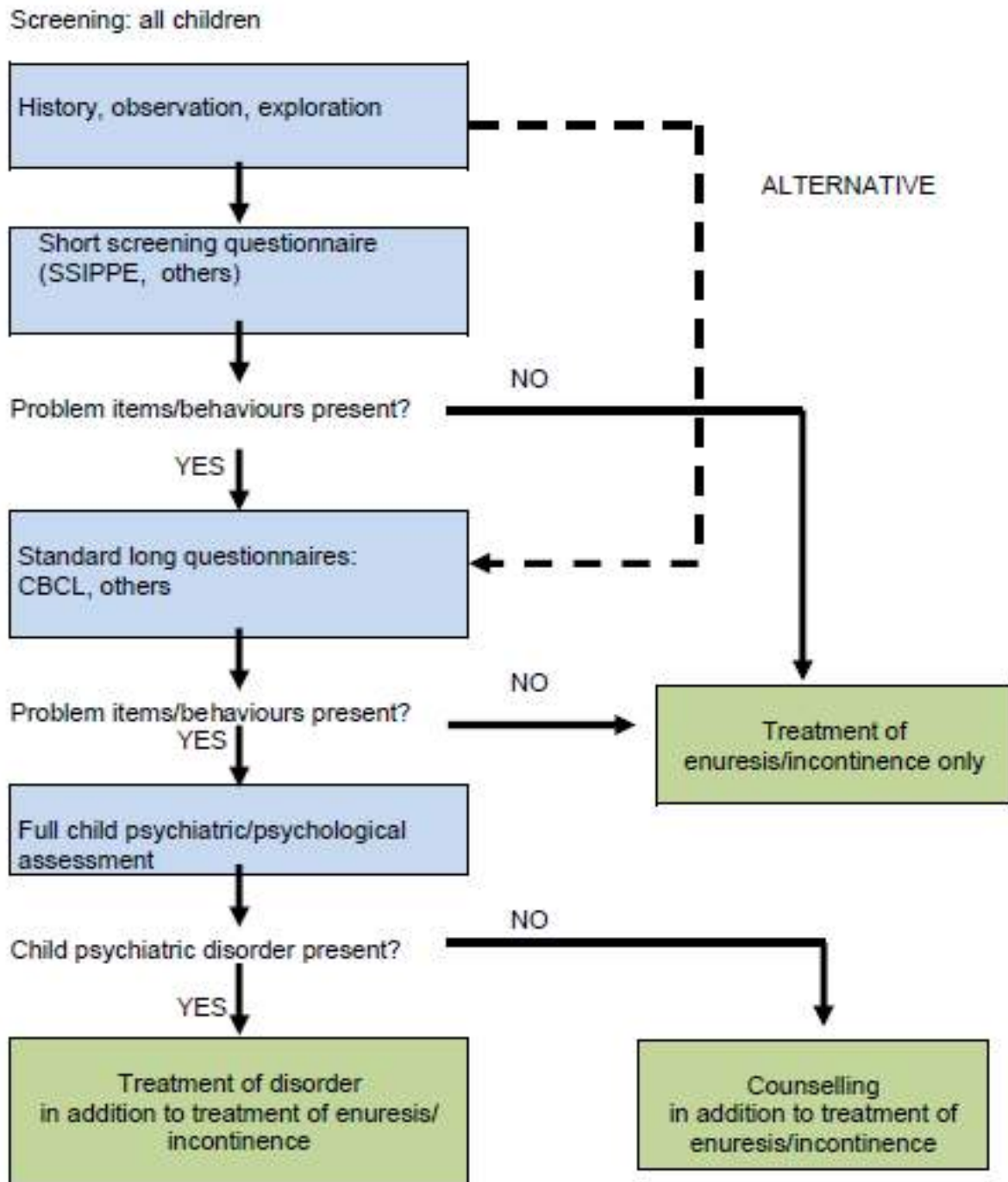
Avaliação psiquiátrica

Em um contexto psiquiátrico infantil, uma avaliação de rotina considerando transtornos emocionais e comportamentais comórbidos é recomendada. Em todas as outras configurações (pediátrica, urológica, etc) pelo menos uma triagem com um questionário parental validado e padronizado é recomendada por causa da alta frequência de transtornos comórbidos (von Gontard et al, 2011b). Isto pode ser feito em uma ou duas etapas, quer através da utilização de um curto questionário de triagem, tais como o



Clique na figura para ouvir duas mães compartilhando suas experiências com enurese.

Figura C.4.1 Fluxograma para avaliação de sintomas psicológicos (subclínicos) ou distúrbios (clínicos): o tratamento específico para a enurese/incontinência é o mesmo para todas as crianças; aqueles com sintomas requerem aconselhamento, aqueles com transtornos necessitam de tratamento (de von Gontard et al, 2011b)



SSIPPE (Van Hoecke et al, 2007), em primeiro lugar e um longo questionário depois, ou por meio de um questionário longo tais como o CBCL (Achenbach, 1991). Se muitos itens problemáticos forem são endossados, um avaliação completa por um psicólogo infantil ou psiquiatra deve ter seguimento. Se distúrbios comórbidos estiverem presentes, eles devem ser tratados (ver Figura C.4.1).

Diagnóstico diferencial

Causas somáticas de incontinência urinária devem ser excluídas. Isso inclui anomalias estruturais (tais como epispádia, hipospádia, válvulas ureterais e outras malformações do trato urinário) condições neurológicas (como a espinha bífida ocluta, amarrado-cabo-síndrome, etc) e outras doenças pediátricas (como diabetes insipidus, diabetes mellitus). Distúrbios emocionais e comportamentais comórbidos devem ser avaliados além do tipo de transtorno de excreção.

TRATAMENTO

Novamente, o tratamento da enurese e da incontinência urinária é baseado em medidas simples e eficazes que podem ser oferecidas em muitos ambientes de atenção primária. No entanto, como a maioria das intervenções, requer cooperação prolongada da criança e dos pais. Informações mais detalhadas são fornecidas no von Gontard e Neveus (2006).

Enurese

Várias meta-análises têm mostrado conclusivamente que, em geral, intervenções não farmacológicas são mais eficazes do que a medicação, que também tem o seu lugar, se for indicada (Houts et al, 1994; Lister-Sharp et al, 1997). A meta-análise clássica de Houts et al (1994) mostra isso claramente (Figura C.4.2).

Princípios gerais

Certos princípios gerais devem ser seguidos para o tratamento:

- A criança deve ter pelo menos 5 anos de idade (a idade necessária para diagnosticar enurese e incontinência urinária), as crianças menores não necessitam de tratamento
- O tratamento deve sempre ser orientado para os sintomas, com vista a atingir continência (ou seja, continência completa). Psicoterapia primária para enurese não é eficaz e não é indicado. Comorbidades devem ser tratadas separadamente de acordo com recomendações baseadas em evidências
- Quando existem várias doenças concomitantes, a encoprese e a constipação deve ser tratadas primeiro porque algumas crianças vão parar de ter incontinência uma vez que estes problemas forem resolvidos
- A incontinência diurna deve ser tratada primeiro, pois muitas crianças vão parar de urinar à noite, uma vez os problemas diurnos forem tratados
- Na enurese não-monossintomática, todos os problemas diurnos de bexiga devem ser abordados primeiro (de acordo com os princípios de incontinência urinária) antes de iniciar o tratamento específico da enurese
- A enurese primária e secundária são tratadas da mesma maneira

Os passos iniciais de tratamento são simples, aspectos não específicos de “boas práticas”:

- Aconselhamento, suporte e fornecimento de informações
- Melhorar a motivação e aliviar sentimentos de culpa

Recomendações para avaliar o resultado do tratamento de acordo com a Children's Continence Society (Neveus et al, 2006):

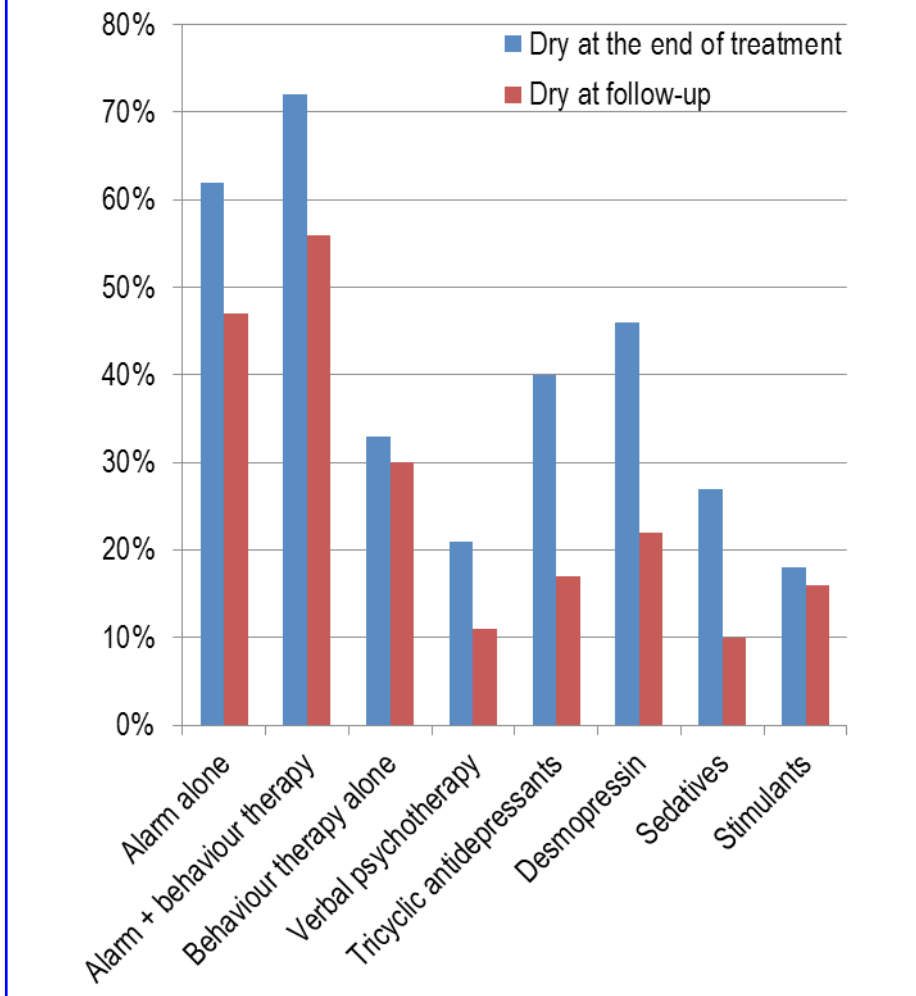
Resultado inicial

- Não-resposta: redução de 0 a 49%
- Resposta parcial: redução de 50 a 89%
- Resposta: redução > 90%
- Resposta completa: 100% ou menos de 1 acidente por mês.

Resultado a longo prazo

- Recaída: mais do que um episódio por mês
- Sucesso continuado: nenhuma recaída em 6 meses após tratamento
- Sucesso completo: nenhuma recidiva em dois anos após tratamento.

Figura C.4.2 Eficácia de diferentes formas de tratamento para enurese noturna (% de continência no final do tratamento e no seguimento) (Houts et al, 1994).



- Educar sobre hábitos de consumo de líquidos e de ir ao banheiro: beber mais líquidos durante o dia, passar tempo no vaso sanitário, sentado de forma relaxada, abstendo-se de manobras, etc.
- A interrupção de todas as medidas ineficazes, como punir a criança, restrição de fluidos, vigília e o levantamento, medicação ineficaz, e outros tratamentos de medicina alternativa
- Um período de base de referência é então recomendado com uma simples observação e registro das noites de incontinência e continência durante um período de 4 semanas. As crianças são solicitadas a desenhar um símbolo para as noites de incontinência e continência (nuvens e sóis, estrelas, etc) em uma tabela e trazê-la na próxima consulta. Um exemplo de tabela é descrita no Apêndice C.4.4.

Estas medidas simples vão alcançar a continência em 15-20% dos casos, sem maiores intervenções e são apoiadas por evidências (revisão de Cochrane de Glazener e Evans, 2004). Se essas intervenções simples não forem suficientes, o tratamento específico é necessário.

Duas intervenções principais estão disponíveis: o tratamento de alarme e a

farmacoterapia. Como o tratamento de alarme é mais eficaz e tem os melhores resultados a longo prazo, este deve ser o tratamento de primeira linha, se a criança e os pais estiverem motivados. Como mostrado na Figura C.4.2, 62% das crianças atingem a continência no final do tratamento e de 47% no seguimento. Houts et al (1994) conclui que “os tratamentos de alarme de urina não deveriam ser apenas considerados os tratamentos de escolha, mas a evidência a partir dessa revisão sugere que a cura, em vez do gerenciamento, é uma meta realista para a maioria das crianças que sofrem de enurese noturna. “Um revisão de Cochrane de 22 RCTs envolvendo 1125 crianças concluiu: “intervenções de alarme são um tratamento eficaz para a enurese noturna. A desmopressina e os tricíclicos mostraram-se eficazes durante o tratamento, mas este efeito não se manteve depois o tratamento foi interrompido e os alarmes podem ser mais eficaz no a longo prazo”(Glazener et al, 2005).

Se o tratamento de alarme não puder ser aplicado de modo adequado, a medicação (desmopressina) é o tratamento de segunda linha. Se ambos os métodos falharem, uma troca para outro tratamento é recomendada (Neveux et al, 2010) e mostrou ser eficaz (Kwak et al, 2010).

Tratamento com alarme

Um alarme é constituído por uma almofada ou por um sensor de metal, o qual está ligado a um sino por um fio. Uma vez que o sensor de se molhar, um circuito eléctrico é fechado e o alarme acionado. Alarmes são dispositivos simples; eles podem ser limpos e utilizado por diferentes crianças muitas vezes. A esterilização não é necessária, tal como a urina é por si só um fluido estéril (a menos que ITU estejam presentes), limpar com um desinfetante superficial é suficiente.

Existem dois tipos diferentes de alarmes, junto ao corpo e de cabeceira. Nos junto ao corpo, a campainha está ligado ao pijama, enquanto o sensor está ligado à cueca. Se desejado, os alarmes junto ao corpo podem ser usados com fraldas. Nos alarmes de cabeceira, uma folha metálica ou um pedaço de tecido (com fios integrados) é colocado por baixo do lençol superior e ligado a um alarme ao lado da cama. Ambos os alarmes são igualmente eficazes. Por isso, as crianças devem decidir qual o alarme de sua preferência.

O alarme não deve apenas ser receitado, mas suas funções devem ser demonstradas e mostradas diretamente durante a consulta. As crianças devem sentir-se responsáveis pelo seu tratamento. Algumas instruções são extremamente importantes e devem ser passadas em detalhe com os pais e a criança:

1. As crianças são solicitadas a ir ao banheiro antes de ir para a cama
2. O alarme é colocado e ligado
3. Nos casos de noite de continência, nada acontece e a criança pode desligar o alarme na manhã seguinte. Em caso de incontinência, o alarme é acionado e a criança deve acordar completamente, por iniciativa própria ou com ajuda dos pais
4. A criança é solicitada ir ao banheiro e urinar
5. O pijama e a roupa de cama são trocados e o alarme é reiniciado.
6. A criança deve participar ativamente neste processo. Se a criança tiver incontinência uma segunda vez durante a noite, a rotina é repetida.
7. Os pais são convidados a registrar todos os dados relevantes em uma tabela (ver Apêndice C.4.5).

Para ser bem sucedido, o alarme deve ser utilizado toda noite por um máximo de 16 semanas. Algumas crianças se tornam continêntes em apenas algumas semanas, a maioria irá requerer de 8 a 10 semanas e alguns um pouco mais. Depois de 14 noites consecutivas de continência, o uso do alarme é interrompido e que a criança é considerada continente.

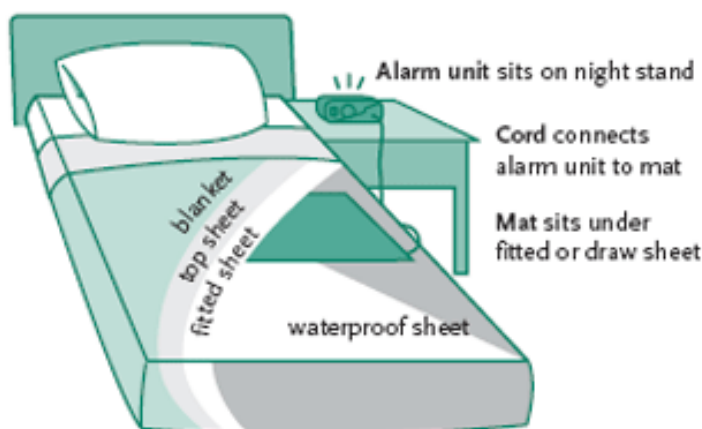
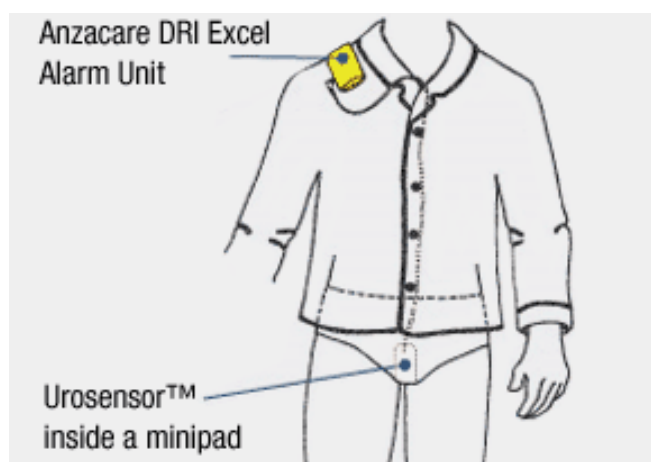


Figura C4.3 Dois modelos de alarme



Os pais são aconselhados a reiniciar o tratamento de alarme se uma recaída (duas noites de incontinência por semana) acontecer, isso ocorre em até a 30% dos casos.

O tratamento de alarme baseia-se em um condicionamento operante e deve ser reforçado com outras medidas, incluindo reforço positivo com elogio e outras recompensas, bem como consequências aversivas, como levantar-se, ir ao banheiro e refazer a cama (Butler, 1994). A continência pode ser conseguida por dois mecanismos básicos: ou as crianças aprendem a acordar e ir ao banheiro (um terço) ou eles dormem durante a noite sem urinar (dois terços).

Normalmente, o tratamento de alarme simples é suficiente. Ele pode, contudo, ser reforçado por meios adicionais. A simples adição ao alarme é o chamado “treinamento de despertar” por van Londen et al (1993). No treinamento de despertar o alarme é configurado antes de dormir, o alarme é disparado, as crianças são instruídas a desligar o alarme dentro de três minutos, ir ao banheiro e reiniciar o alarme. Se isto for conseguido corretamente, as crianças são recompensadas com duas fichas, tais como adesivos. Se isto não for conseguido, uma ficha tem que ser devolvida. Em crianças mais jovens, achamos aconselhável modificar este formação: as crianças recebem uma ficha se forem bem sucedidas, mas não tem que devolvê-la, o que seria muito frustrante para elas. O treinamento de despertar mostrou-se mais bem sucedido do que o alarme isolado. Um programa de treinamento bem conhecido é o “treinamento da cama seca” por Azrin et al (1974). Este é um programa complicado, difícil de realizar que inicia com uma noite intensiva (em que a criança é despertada uma vez a cada uma hora até 01:00) e é seguido por tratamento de manutenção. As meta-análises têm mostrado que “o

treinamento cama saca” não é mais eficaz do que o tratamento de alarme isolado (Lister-Sharp et al, 1977). Portanto, não é recomendado.

A combinação do tratamento de alarme e da desmopressina não pode ser recomendada devido aos resultados conflitantes. No entanto, se uma criança tem sintomas de urgência (ou seja, uma enurese não-monosintomática) uma combinação de medicação anticolinérgica (por exemplo, de 2.5mg a 5mg de Oxibutinina ou Propiverina à noite) é útil, caso contrário, o alarme pode disparar várias vezes por noite e os resultados serão menos favoráveis.

Medicação

As indicações para medicação são:

- Falta de disposição para se submeter ao tratamento de alarme
- Falta de motivação nas crianças
- Famílias sobrecarregadas por demandas, tais como uma situação de trabalho, habitação apertada, crianças para cuidar, i.e., a cooperação com o tratamento de alarme não é possível
- Necessidade de continência a curto prazo, por exemplo, para passeios escolares.

Existem dois grupos de medicamentos com um efeito antidiurético claro: desmopressina e antidepressivos tricíclicos (ADTs). Embora ambos sejam eficazes, a desmopressina tem menos efeitos secundários e, por conseguinte, é a substância preferida.

A desmopressina (vasopressina de 1-desamino-8-D-arginina, abreviado DDAVP) é um análogo sintético do hormônio antidiurético (ADH). Uma redução de noites de incontinência ou mesmo a continência pode ser conseguida em 70% dos casos: 30% das crianças são respondedores completos, 40% respondem parcialmente, e 30% não respondem (Neveus et al, 2010). Após uso descontínuo da medicação a maioria das crianças recaí, de modo que a desmopressina tem um baixo potencial curativo (Neveus et al, 2010). De acordo com van Kerrebroeck (2002), apenas 18%-38% das crianças permanecem continent 6 meses depois que a medicação é retirada. Comparado com o alarme, a desmopressina tem um efeito curativo distintamente inferior a longo prazo.

A desmopressina é tomado em forma de comprimido apenas à noite. A dosagem oral é de 0,2 mg a 0,4 mg. É aconselhável titular a dose exigida ao longo de 4 semanas, como mostrado na tabela no Apêndice C.4.6. Inicia-se com a baixa dosagem de 0,2 mg à noite, durante duas semanas.

40 anos sendo tratado de enurese noturna

No curso de 40 anos, consultei uma ampla gama de especialistas, na esperança de encontrar um solução para a minha enurese noturna [...] A maioria dos clínicos gerais [médicos de família] aconselhou restringir a ingestão de líquidos e métodos de despertar no meio da noite. Os urologistas realizaram vários estudos técnicos que não mostraram alterações. Sistemas de alarme geralmente deram alívio a curto período. Consultas com um naturopata e um homeopata não renderam nenhum benefício, e a consequente decepção resultou em novo estresse mental ... Eu consultei um psicólogo que, apesar de não conseguir encontrar nada de anormal na minha personalidade, aconselhou o método de adaptação de Pavlov: imediatamente depois de acordar com a cama molhada, eu tinha que tomar um banho frio como punição pelo “mau” comportamento. Um urologista prescreveu imipramina, apesar de seus efeitos colaterais graves, incluindo a transpiração excessiva, tontura e boca seca. O psiquiatra usou a terapia caixa de areia para rastrear experiências traumáticas em minha infância: o reconhecimento e a aceitação de experiências precipitantes podem, esperava-se, remover a causa da minha enurese. Dois anos de sessões semanais de 45 minutos tiveram uma grande influência na minha personalidade. A terapia caixa de areia, com seu foco no ego, me mudou de um sociável a um indivíduo auto-centrado. Mais uma vez, a incontinência urinária não foi afetada [...] Finalmente, depois de quase quatro décadas e muitos anos de experiências decepcionantes consultei o Professor Janknegt, que sugeriu a desmopressina (DDAVP), um análogo do hormônio antidiurético. Utilizado como um spray nasal, uma vez por noite esta trouxe alívio imediato. A descontinuação do spray imediatamente resulta em incontinência urinária. Até agora, não houve efeitos colaterais [...] Ao longo dos anos, as dificuldades intrínsecas da enurese noturna foram agravadas pelos efeitos de tratamentos mal sucedidos.

De Graaf M.J. Lancet 1992, 340:957-958.

Se a criança apresentar continência ou se uma redução acentuada das noites de incontinência for documentada, permanece com esta dosagem. Caso contrário, a medicação é aumentada para 0,4 mg à noite. Se as crianças não se tornarem continentas com 0,4 mg, elas são consideradas não-respondedores e desmopressina deve ser interrompida. Caso contrário, pode-se continuar com a dose necessária para um máximo de 12 semanas, após as quais a desmopressina deve ser interrompida para verificar se a criança consegue permanecer continente sem medicação. Se ocorrer uma recaída, a desmopressina pode ser dada por mais 12 semanas e este regime pode ser continuado pelo tempo que for indicado. Os efeitos adversos são raros e não são pronunciados, como dor de cabeça e de estômago, falta de apetite, etc. O efeito colateral mais dramático, embora raro é a hiponatremia e a intoxicação por água, que podem requerer cuidados intensivos. Por isso, é importante não exceder a dose e não consumir grandes quantidades de líquidos após tomar a medicação. Testes laboratoriais de sangue não são necessários.

Os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina tem um comprovado efeito antidiurético e taxas de recaída semelhantes à desmopressina. Devido a arritmias cardíacas mesmo em doses terapêuticas, uma história familiar detalhada, ECG antes e durante tratamento e testes de sangue são recomendados. Uma dose baixa de 10 mg a 25 mg à noite (1 mg por kg de peso corporal por dia ou menos) é muitas vezes suficiente. Se doses maiores forem necessárias, a imipramina deve ser dada 3 vezes por dia e a medicação deve ser aumentada lentamente até um máximo de 3 mg por kg de peso corporal por dia. Devido aos efeitos colaterais (e efeitos tóxicos em caso de superdosagem), a imipramina tornou-se uma terceira linha de tratamento de casos graves resistentes à terapia.

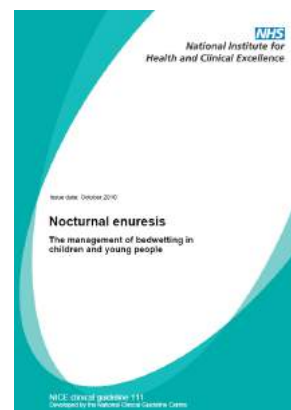
Incontinência Urinária

Os mesmos princípios básicos como no tratamento de enurese devem ser seguidos, por exemplo, fornecer informações, aconselhamento, suporte e motivação tanto para criança quanto para os pais é essencial.

O foco principal no tratamento da incontinência de urgência é uma abordagem cognitivo-comportamental orientada para o sintoma que visa um controle consciente da vontade de urinar, sem o uso dos músculos do assoalho pélvico, ou seja, sem manobras de contenção (Vijverberg et al, 1997). As crianças são instruídas a notar quando eles sentem um desejo de urinar e a ir ao banheiro imediatamente, sem usar manobras de contenção. Elas são solicitadas a documentar em uma tabela se suas calças estavam secas (com o símbolo de uma bandeira, por exemplo) ou se elas estavam molhadas (com o símbolo de uma nuvem, por exemplo). Isto significa que as crianças devem ser permitidas a ir ao banheiro em qualquer situação, especialmente no jardim da infância e na escola. Se a criança aderir, o número de micções é tipicamente reduzido em primeiro lugar, seguido por uma redução do número de episódios de incontinência.

Esta abordagem simples é suficiente para 1/3 das crianças; os outros 2/3 vão requerer medicação adicional. Monitoramento - observar e registrar (i.e., o componente cognitivo-comportamental) - deve continuar durante todo o tratamento. A terapêutica medicamento indicada é um anticolinérgico. Oxybutine é uma preparação bem conhecida disponível como droga genérica na maioria dos países. Deve ser introduzida lentamente para evitar os efeitos secundários até uma dose inicial de 0,3 mg por kg de peso corporal por dia em 3 doses (dose máxima diária: 15 mg). Se não for eficaz, ela pode ser aumentada em até 0,6 mg por kg de peso corporal por dia (no máximo 15mg/dia). Os efeitos colaterais são dose-dependente e reversíveis. Eles incluem os efeitos típicos anticolinérgicos tais como rubor, visão turva, taquicardia, hiperatividade, boca seca, urina residual e constipação.

Uma alternativa é a propiverina, que infelizmente não está disponível em muitos países. A dosagem deve ser calculada até um máximo de 0,8 mg de peso corporal por dia em duas doses (com



Clique na imagem para a acessar o guia NICE para o tratamento da enurese

um total máximo de 15mg/dia). Os efeitos colaterais são semelhantes, mas, possivelmente, menos prevalentes. Se um destes dois medicamentos padrão não for eficaz, ou for acompanhado por muitos efeitos colaterais, a substituição de uma medicação pela outra é recomendada. Outros medicamentos anticolinérgicos, como a tolterodina, solifenacine e outros são utilizados em adultos, mas não são recomendados para o tratamento padrão em crianças.

A abordagem orientada para o sintoma está indicada em todos os casos de adiamento miccional. O primeiro passo é prover informações e psicoeducação. Muitas vezes, a associação de adiamento miccional, retenção de urina e incontinência não são do conhecimento das famílias. As crianças e os pais são instruídos para aumentar a frequência de micção. O objetivo é ir ao banheiro sete vezes por dia em intervalos regulares. As crianças devem sentar no vaso sanitário de uma forma relaxada e levar bastante tempo. Micções no banheiro, bem como episódios de incontinência são anotados em um tabela. Muitas vezes isso requer que os pais mandem seus filhos ao banheiro. Para aumentar a motivação, um simples sistema de símbolos com reforços positivos podem ser adicionados. Em crianças mais velhas, relógios digitais de pulso com alarme (ou celulares) podem auxiliar a monitorização. Intervalos de 1½ a 3 horas são definidos para lembrar a criança de ir ao banheiro. No entanto, estas abordagens são frequentemente insuficientes por causa da alta comorbidade comportamental, especialmente com TDO, que requer um tratamento adicional.

O tratamento das *disfunções miccionais* inclui aumentar a motivação, elementos cognitivo-comportamentais, relaxamento e aconselhamento de ingestão geral de líquidos e de uso do vaso sanitário (Chase et al, 2010). Se necessário, a frequência de micção e de consumo de fluidos por via oral pode ser aumentada. O treino do uso do vaso sanitário pode ser iniciado: recomenda-se que as crianças demorem algum tempo, sentem-se de uma forma relaxada sobre o assento do vaso sanitário, abra as pernas e que tenha contato com o piso, diretamente ou com um pequeno tamborete. As crianças são orientadas a relaxar completamente, iniciar a micção, sem esforço e simplesmente deixar a urina fluir até que elas tenham a sensação de que a bexiga está vazia. O tratamento mais específico e eficaz é o biofeedback - seja com urofluxometria ou EMG do assoalho pélvico (Chase et al, 2010). Os sinais de fluxo de urina ou de contrações do assoalho pélvico são apresentados para a criança, em tempo real visualmente ou acusticamente. Muitos programas e animações disponíveis de forma adaptada para crianças. EMG-feedback pode ser realizado em casa sob instrução; senão, o biofeedback é limitado a ambulatorios especializados e fica além do escopo da maioria dos serviços de atenção primária. O resultado clínico destas medidas terapêuticas é favorável e promove a coordenação e continência pela maioria das crianças. Nestas situações, não há indicação para uso de medicação (Chase et al, 2010).

Incontinência ao riso é tratado com um paradigma de condicionamento clássico (Elzinga-Plomp et al, 1995) ou com metilfenidato de dose elevada (devido à sobreposição com cataplexia e narcolepsia) (Sher & Reinberg, 1996). A incontinência de esforço é tratada com fisioterapia ou imipramina. Crianças com bexiga hipoativa requerem um treinamento intensivo e frequentemente cateterização intermitente. Todas estas doenças raras requerem tratamento especializado (ver von Gontard & Neveus, 2006).

Em casos resistentes a terapia, terapias de grupo estruturadas têm sido bem sucedidas (Equit et al, 2012). Estas combinam aconselhamento, psicoeducação, técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental, jogos e abordagens de terapia de grupo.

CURSO

A enurese tem um excelente resultado a longo prazo com uma taxa de remissão espontânea alta - 13% ao ano - e tratamentos eficazes estão disponíveis; 60% a 80% tornam-se continentemente com o



Clique na imagem para a acessar o site da Sociedade Internacional de Continência em Crianças (SICC). As famílias e os profissionais podem encontrar no site uma variedade de informações e recursos úteis.

tratamento de alarme e 50% permanecem assim a longo prazo (Houts et al, 1994). Ainda assim, um pequeno grupo de crianças têm enurese crônica com 1-2% dos adolescentes afetados. Noctúria (acordar no meio da noite e urinar) pode ser um sintoma residual. A prevalência global de enurese é de 1,7% em adultos, com um risco 8 vezes superior para enurese se tiverem sido incontinentes quando criança (Hublin et al, 1998).

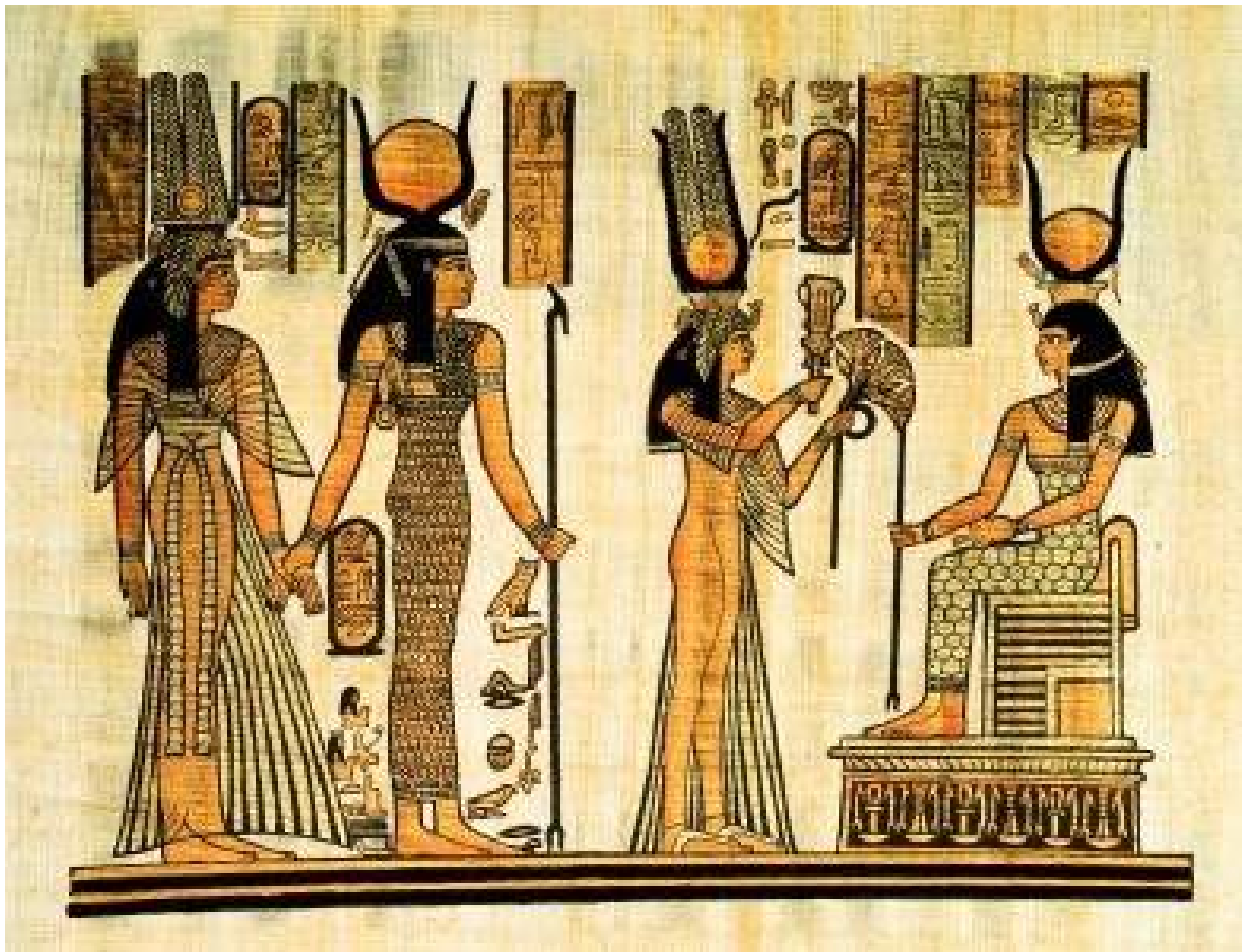
Há uma escassez de estudos sobre o resultado a longo prazo de incontinência diurna. A incontinência de urgência parece ter o melhor prognóstico, enquanto que adiamento miccional, especialmente combinado com TOD tem um prognóstico mais reservado. A incontinência diurna aumenta nos adultos com a idade, especialmente em mulheres, mas esta não é, necessariamente, uma consequência da incontinência na infância.

REFERÊNCIAS

- Achenbach TM (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont,
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azrin NH, Sneed TJ, Foxx RM (1974). Dry-bed training: rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 12:147-156.
- Bachmann C, Lehr D, Janhsen E et al (2009). Health related quality of life of a tertiary referral center population with urinary incontinence using the DCGM-10 questionnaire. *Journal of Urology*, 182:2000-2006.
- Baeyens D, Roeyers H, Demeyere I et al (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a risk factor for difficult to cure nocturnal enuresis in children: A two-year follow-up study. *Acta Paediatrica*, 94:1619.
- Baeyens D, Roeyers H, D'Hase L et al (2006). The prevalence of ADHD in children with enuresis: Comparison between samples of primary care and pediatric clinic. *Acta Paediatrica*, 95: 347-352.
- Bakwin H (1973). *The Genetics of Enuresis*. In Kolvin I, Mac Keith RCI, Meadow SR (eds). *Bladder control an enuresis*. London: William Heinemann, pp73-77.
- Bower WF, Moore KH, Shepherd RB et al (1996). The epidemiology of enuresis in Australia. *British Journal of Urology*, 78:602-606.
- Butler RJ (1994). *Nocturnal Enuresis - the Child's Experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Butler RJ, Golding J, Northstone K et al (2005). Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs. *BJU International*, 96:404-410.
- Butler R, Heron J, Alspac Study Team (2006). Exploring the differences between mono- and polysymptomatic nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 40:313-319.
- Chang P, Chen WY, Tsai WY et al (2001). An epidemiological study of nocturnal enuresis in Taiwanese children. *BJU International*, 87:678-681.
- Chase J, Austin P, Hoebeke P et al (2010). The management of dysfunctional voiding in children: a report from the standardisation committee of the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 183:1296-1302
- Chung JM, Lee SD, Kang DI et al (2009). Prevalence and associated factors of overactive bladder in Korean children 5-13 years old: a nationwide multicentre study. *Urology*, 73:63-69.
- Crimmins CR, Rathburn SR, Husman DA (2003). Mangement of urinary incontinence and nocturnal enuresis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Urology*, 170:1347-1350.
- Desta M, Hägglöf B, Kebede D et al (2007). Socio-demographic and psychopathologic correlates of enuresis in urban Ethiopian children. *Acta Paediatrica*, 96:556-560.
- Eiberg H, Schaumburg HL, von Gontard A et al (2001). Linkage study in a large Danish four generation family with urge incontinence and nocturnal enuresis. *Journal of Urology*, 166:2401-2403.
- Elzinga-Plomp A, Boemers TML, Messer AP et al (1995). Treatment of enuresis risoria in children by self-administered electric and imaginary shock. *British Journal of Urology*, 76:775-778.
- Equit M, Sambach H, Niemczyk J et al (2012). [Blasen- und Darmschulung: Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit komplexen Ausscheidungsstörungen]. Göttingen: Hogrefe.
- Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK et al (2008). Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44:297-301.
- Feehan M, Mc Gee R, Stanton W et al (1990). A 6 year follow-up of childhood enuresis: prevalence in adolescence and consequences for mental health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 26:75-79.

- Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT (1986). Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control. *Pediatrics*, 78:884-890.
- Franco I (2007). Overactive bladder in children. Part 1: pathophysiology. *Journal of Urology*, 178:761-768.
- Gill D (1995). Enuresis through the ages. *Pediatric Nephrology*, 9:120-122, DOI: 10.1007/BF00858991
- Glazener CMA, Evans JHC (2004). Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003637.
- Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE (2005). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; CD002911.
- Glicklich LB (1951). An historical account of enuresis. *Pediatrics*, 8:859-876.
- Hellström AL, Hanson E, Hansson S et al (1990). Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. *European Journal of Pediatrics*, 149:434-437.
- Heron J, Joinson C, von Gontard A (2008). Trajectories of daytime wetting and soiling in a United Kingdom 4-to-9-year-old population birth cohort study. *Journal of Urology*, 179:1970-1975.
- Houts AC (2000). Commentary: Treatments for enuresis: criteria, mechanisms, and health care policy. *Journal of Pediatric Psychology*, 25:219-224. doi: 10.1093/jpepsy/25.4.219.
- Houts AC, Berman JS, Abramson H (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:737-745.
- Hublin C, Kaprio J, Partinen M et al (1998). Nocturnal enuresis in a nationwide twin cohort. *Sleep*, 21:579-585.
- Järvelin MR, Moilanen I, Vikeväinen-Tervonen L et al (1990). Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31:763-774.
- Joinson C, Heron J, von Gontard A et al (2006). Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics*, 118:1985-1993.
- Joinson C, Heron J, Emond A et al (2007). Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *Journal of Pediatric Psychology*, 32:605-616.
- Kalo BB, Bella H (1996). Enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. *Acta Paediatrica*, 85:1217-1222.
- Koff SA (1996). Cure of nocturnal enuresis: why isn't desmopressin very effective? *Pediatric Nephrology*, 10:667-670.
- Kuhn S, Natale N, Siemer S et al (2009). Clinical differences in subtypes of daytime wetting - urge incontinence and voiding postponement. *Journal of Urology*, 182:1967-1972.
- Kwak KW, Lee YS, Park KH et al (2010). Efficacy of Desmopressin and enuresis alarm as first and second line treatment for primary monosymptomatic nocturnal enuresis: prospective randomized crossover study. *Journal of Urology*, 184:2521-2526.
- Largo R, Gianciaruso M, Prader A (1978). [Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr.] *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 108:155-160.
- Largo RH, Molinari L, von Siebenthal K et al (1996). Does a profound change in toilet training affect development of bowel and bladder control? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38:1106-1116.
- Lister-Sharp D, O'Meara S, Bradley M et al (1997). *A Systematic Review of the Effectiveness of Interventions for Managing Childhood Nocturnal Enuresis*. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Liu X, Sun Z, Uchiyama M et al (2000). Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:1557-1564.
- Longstaffe S, Moffat M, Whalen J (2000). Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 105:935-940.
- Nevés T, Stenberg A, Läckgren G et al (1999). Sleep of children with enuresis: A polysomnographic study. *Pediatrics*, 103:1193-1197.
- Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P et al (2006). The standardisation of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Journal of Urology*, 176:314-324.
- Nevés T, Eggert P, Macedo A et al (2010). Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 183:441-447.
- Sher PK, Reinberg Y (1996). Successful treatment of giggle incontinence with methylphenidate. *Journal of Urology*, 156:656-658.
- Rahim SIA, Cederblad M (1986). Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan. I. The extensive study. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75:1017-1020.
- Rittig S, Knudsen UB, Norgaard JP et al (1989). Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *American Journal of Physiology*, 25:664-671.
- Swithbank LV, Heron J, von Gontard A, Abrams P (2010). The natural history of daytime urinary incontinence in children: a large British cohort. *Acta Paediatrica*, 99:1031-1036.
- Van Hoecke E, Baeyens D, Vanden Bossche H et al (2007). 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. *Journal of Urology*, 178:2611-2615.
- van Kerrebroeck PEV (2002). Experience with the long-term use of desmopressin for nocturnal enuresis in children and adolescents. *BJU International*, 89:420-425.

- van Londen A, van Londen-Barensten M, van Son M et al (1993). Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 2½ year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 31:613-615.
- Vijverberg MAW, Elzinga-Plomp A, Messer AP et al (1997). Bladder rehabilitation, the effect of a cognitive training programme on urge incontinence. *European Urology*, 31:68-72.
- von Gontard A, Nevéus T (2006). *Management of Disorders of Bladder and Bowel Control in Childhood*. London: MacKeith Press.
- von Gontard A, Plück J, Berner W et al (1999). Clinical behavioral problems in day and night wetting children. *Pediatric Nephrology*, 13:662-667.
- von Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E et al (2001). The genetics of enuresis – a review. *Journal of Urology*, 166:2438-2443.
- von Gontard A, Freitag CM, Seifen S et al (2006). Neuromotor development in nocturnal enuresis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48:744-750.
- von Gontard A, Heron J, Joinson C (2011a). Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence – results from a large epidemiological study. *Journal of Urology*, 185:2303-2307.
- von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E et al (2011b). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185:1432-1437.
- von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S et al (2011c). Association of attention deficit and elimination disorders at school entry – a population-based study. *Journal of Urology*, 186:2027-2032.
- Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA (1997). Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys: clinical implications. *Acta Paediatrica*, 86:381-384.
- World Health Organisation (2008). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.



Não se sabe quando a enurese tornou-se um problema médico, mas ela tem sido reconhecida como uma perturbação da infância necessitando de tratamento médico desde o tempo do papiro de Ebers “, que é datado de 1550 a.C. Bagas de zimbó era o tratamento recomendado (Glicklich, 1951).

Apêndice C.4.1

HISTÓRIA CLÍNICA DE PROBLEMAS DE ENURESE E POSSÍVEIS COMORBIDADES

(von Gontard, 2001; von Gontard & Neveus, 2006, com permissão)

SINTOMAS APRESENTADOS

- Introdução geral:** Você sabe por que você e seus pais estão aqui hoje?
- Tempo de enurese:** É porque você molha a cama ou porque suas calças ficam molhadas durante o dia?

Comece com o sintoma mais importante, ou seja, problemas diurnos ou noturnos

ENURESE NOTURNA

- Frequência de enurese:** Você faz xixi na cama todas as noites ou existem noites secas? Quantas noites por semana sua cama fica molhada (ou seca)?
- Quantidade de urina:** A cama fica úmida ou encharcada?
- Profundidade do sono:** Quão profundo é o sono do seu filho? É fácil ou difícil acordar ele/ela? O que você tem que fazer para acordar o seu filho? O seu filho, por vezes, acorda durante a noite para ir ao banheiro (noctúria)?
- Intervalos secos:** Qual é o período mais longo de tempo que o seu filho ficou completamente seco (dias, semanas, meses)? Que idade tinha o seu filho, então? Aconteceu alguma coisa em torno da época da recidiva que poderia ter tido um impacto para o seu filho começar a urinar na cama de novo?
- Impacto e angústia:** Como é para você quando sua cama está molhada? Você fica triste? Irritado? Humilhado? Ou você sente que não importa? Você quer ficar seco? Você está disposto a fazer algo sobre isso e colocar um pouco de esforço na terapia?
- Consequências sociais:** Você foi provocado por alguém sobre o xixi na cama? Você já evita dormir de novo com amigos ou participar de passeios com a sua classe de escola por causa disso?

ENURESE DIURNA E PROBLEMAS DE MICÇÃO DURANTE O DIA

- Frequência de enurese:** Suas calças ficam molhadas todos os dias ou você também tem dias secos? Quantos dias por semana suas calças ficam molhadas? Acontece de você ficar molhado durante o dia não uma, mas várias vezes? Quantas vezes é que geralmente acontece?
- Quantidade de urina:** Suas calças ficam úmidas ou encharcadas de verdade? A mancha molhada pode ser vista através da roupa?
- Hora do dia:** Você normalmente fica molhado durante a manhã, à tarde ou à noite?
- Frequência de micção:** Quantas vezes seu filho vai ao banheiro durante o dia (3, 5, 10 ou 20 vezes?) (Faixa normal é de 5 a 7 vezes por dia).
- Postergação miccional:** Você já reparou que o seu filho não vai ao banheiro imediatamente, mas segura a micção por tanto tempo quanto possível? Em que situações isto acontece na maioria

das vezes (por exemplo: na escola, voltando da escola, enquanto está jogando, enquanto assiste TV ou durante outras atividades)?

Manobras de contenção: Como você percebe que seu filho precisa de ir ao banheiro? Será que ele parece estar distraído? O que exatamente seu filho faz para atrasar a micção? Você já reparou que ele/ela cruza as pernas, salta de uma perna para a outra, pressiona a barriga ou genitais, faz agachamentos ou senta-se em seus calcanhares?

Sintomas de urgência: Acontece do seu filho sentir uma vontade súbita e forte para ir ao banheiro (mesmo que vá ao banheiro muitas vezes)? Por exemplo, quanto tempo você pode dirigir o carro ou ir às compras, antes do seu filho ter que ir ao banheiro? Você tem tempo suficiente para esperar para a próxima parada ou tem que parar imediatamente para deixar seu filho urinar?

Intervalos secos durante o dia: Quando seu filho fica seco durante o dia? Seu filho ainda se molha durante o dia? Qual foi o período de tempo mais longo em que seu filho ficou seco (dias, semanas, meses)? Que idade tinha o seu filho, então? Havia coisas importantes acontecendo no momento da recaída que podem ter tido um efeito sobre o seu filho para ele começar a se molhar de novo?

Problemas com micção: Seu filho tem de se esforçar no início da micção ou a urina vêm espontaneamente? O fluxo é contínuo ou a micção é interrompida? Se for interrompido, quantas vezes? Seu filho precisa se esforçar para começá-la novamente?

Infecções do trato urinário: Seu filho se queixa de dor durante a micção? Seu filho tem de ir ao banheiro com mais frequência do que o habitual? Quantas infecções do trato urinário seu filho teve até agora? Quando a primeira infecção ocorreu? Seu filho teve infecções com febre e dor nas áreas dos rins? As infecções já foram tratadas com antibióticos? Seu filho teve profilaxia a longo prazo com antibióticos? Ele toma medicação no momento? Seu filho teve infecções de pele na área genital (dermatite)?

Complicações médicas: Houve outras complicações médicas, como refluxos, operações, etc?

Hábitos alimentares: Por favor, descreva os hábitos alimentares de seu filho. Ele prefere biscoitos, pão branco e outros alimentos de baixa fibra? Quanto e o que o seu filho bebe a cada dia?

Atribuições: O que você acha que é a causa do problema de enurese do seu filho? Você tem alguma ideia sobre como isso aconteceu? Você já se sentiu culpado por isso? Alguma vez você já se culpou por isso? Você já foi responsabilizado por outros? Você acha que seu filho está fazendo isso de propósito? Quem está mais angustiado sobre a enurese: você ou seu filho? O que você acha que deve mudar? Quais são as suas expectativas? Você e seu filho estão dispostos a cooperar ativamente com o tratamento?

TENTATIVAS DE TRATAMENTO

Terapia anterior: O que você tentou fazer para o seu filho ficar seco? (Formas ineficientes de tratamento) Restrição hídrica, acordá-lo, segurá-lo, punição, outras medidas? (Formas eficazes de tratamento) Gráficos e calendários, recompensas, tratamento de alarme, medicação? Quais medicamentos (Minirin, imipramina, outros)? Como foram realizados os treinos terapêuticos: por favor, descreva por quanto tempo, com que efeitos? A quem consultou sobre o problema de enurese do seu filho: pediatra, urologista, psicólogo, psiquiatra, centros de orientação de crianças, etc.? Que investigações foram realizadas até agora?

ENCOPRESE

Sujeira: O seu filho às vezes suja a roupa de baixo? Quantas vezes por semana que isso acontece? São grandes quantidades de fezes ou manchas? Isso acontece apenas durante o dia ou à noite também? Como é que o seu filho reage quando se suja?

Que idade tinha o seu filho quando ele começou a usar o banheiro (fezes no banheiro e não nas fraldas)? Houve alguma recaída no passado?

Hábitos de higiene:

Quantas vezes seu filho evacua por semana? Alguma vez aconteceu dele não ter movimentos intestinais por vários dias seguidos? Seu filho está constipado regularmente? Está defecando com dor? Houve sangue nas fezes? O que você fez para ajudar até agora?

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA DA CRIANÇA

A história psiquiátrica da criança está dividida entre os sintomas, a história pessoal e desenvolvimento e a história da família (ver Capítulo A.5). Na maioria dos casos, os pais e a criança são entrevistados juntos - assim opiniões divergentes podem ser avaliadas facilmente. Em alguns casos, é melhor entrevistar os pais sozinhos (ao falar sobre, por exemplo, conflitos conjugais, abuso, etc.). Em outros, pode ser útil ver e falar com a criança sozinha, particularmente com as crianças mais velhas. Algumas crianças são mais abertas a falar sobre seus problemas quando os pais não estão presentes.

SINTOMAS APRESENTADOS

No final da história da enurese, é útil fazer uma pergunta aberta sobre outras áreas problemáticas.

Outros problemas comportamentais:

Há outras áreas no comportamento do seu filho com as quais você está preocupado? Por favor, descreva em detalhes.

Como na história do problema da enurese, cada sintoma de apresentação deve ser tratado por sua vez. Os pontos seguintes são os que vale a pena considerar.

Sintomas apresentados:

Descreva o problema em suas próprias palavras, tão detalhado quanto possível. Quantas vezes ele ocorre? Em que situações (em casa, na escola, com os amigos)? Como é que o seu filho reage? Como você reage? Quando é que começou? Como tem se desenvolvido até agora? A situação permaneceu a mesma, piorou ou diminuiu em intensidade ou frequência? O que você fez sobre ele até agora? A criança foi visto ou tratada para o problema? Onde, por quem e com que efeito? Quais são as suas principais preocupações? O que você gostaria de mudar? Como você acha que isso pode mudar? O que você espera desta consulta?

Também é útil fazer algumas perguntas gerais sobre possíveis domínios de problemas que ocorrem frequentemente em crianças e que podem ser perdidos por questões abertas. Se os pais responderem positivamente, cada um dos problemas precisa ser explorado em detalhes.

OUTRAS ÁREAS PROBLEMÁTICAS

Problemas externalizantes:

Seu filho é inquieto, constantemente se remexe ou é muito ativo? Facilmente se distrai? Por quanto tempo pode se concentrar? Há certas situações em que para ele é especialmente difícil se concentrar, por exemplo na escola? Seu filho parece agir impulsivamente, sem pensar? Às vezes é agressivo verbalmente, contra objetos ou pessoas? Como seu filho responde a normativas? Ele obedece regras? Ele faz oposição? Como ele reage a seus limites de regulação e ao ouvir “não”? Existem áreas problemáticas particulares: a lição de casa, chegar em casa muito tarde, mentir, roubar ...?

Problemas internalizantes: Seu filho está triste, infeliz ou retraído? Seu filho perdeu o interesse em brincar, vendo outras crianças? Ela acha difícil participar de atividades? Seu filho se preocupa muito? Existem problemas com sono ou alimentação? Ele tem medo de certos objetos, situações ou animais (fobias)? Tem medo de estranhos, grupos de crianças (ansiedade social)? Quando você vai embora (ansiedade de separação)? Sem razão aparente (ansiedade generalizada)? Seu filho desenvolveu quaisquer hábitos peculiares, rituais ou interesses? Ele tende a repetir as coisas da mesma maneira?

HISTÓRIA PESSOAL E DESENVOLVIMENTO

Gravidez: A gravidez foi planejada (desejada) ou inesperada? Quais foram os seus sentimentos durante a gravidez? Houve complicações médicas? Aconteceu alguma coisa que você considerou estressante?

Nascimento: O parto ocorreu na data prevista, muito cedo, muito tarde? Foi um parto espontâneo? Houve complicações durante ou após o nascimento? Qual foi o peso de nascimento de seu filho?

Infância: Seu filho foi amamentado? Por quanto tempo? Se não, quais foram as razões? Seu filho era tranquilo, ou muito bebê ativo (temperamento)? Houve problemas com a alimentação, ganho de peso, sono, choro excessivo?

Desenvolvimento motor: Quando o seu filho sentou pela primeira vez, ficou em pé, e começou a andar?

Fala e linguagem: Quando seu filho disse suas primeiras palavras (e quais foram elas)? Quando seu filho disse suas primeiras frases de duas palavras? Houve problemas com a articulação, a forma como as sentenças eram formadas (linguagem expressiva) ou com a compreensão (linguagem receptiva)?

Jardim de infância: Quando o seu filho entrou no jardim de infância? Ele mostrou problemas para se adaptar, ou seja, por estar longe de você? Houve problemas com outras crianças ou com os professores? Se sim, descreva.

Escola: Quando o seu filho entrou na escola? Que série ele está fazendo agora? Que tipo de escola? Ele teve que repetir um ano? Ele gosta de ir à escola? Por favor, descreva. Quais são suas matérias favoritas? Quais são as notas nas diferentes disciplinas? Seu filho tem problemas específicos com os professores? Com outras crianças? Por favor, descreva.

Tempo de lazer: O que seu filho faz durante o tempo livre? Quais são suas brincadeiras favoritas e tipo de jogos (jogos de papel, jogos de construção, jogos de atividades, jogos de computador, etc.)? Existem atividades planejadas? Quais são seus interesses e hobbies? Ele pratica esportes? Seu filho tem amigos (quantos e quão perto)? Ele gasta seu tempo livre sozinho ou com amigos? Qual o papel que o seu filho joga em grupos com outras crianças da mesma idade?

Doenças: Que doenças, operações, tratamentos hospitalares, acidentes, alergias seu filho teve ou tem até agora?

HISTÓRIA FAMILIAR

Pais: Idade, ocupação (sucesso escolar), doenças. Relação conjugal? Você molhava a cama quando era criança? Como você descreveria seu relacionamento com o seu filho?

Irmãos: Idade. Irmãos biológicos? Série escolar, doenças e problemas de enurese. Como é que os seus filhos se relacionam entre si? Há especialmente vínculos estreitos ou rivalidades?

Outros parentes: Outros parentes apresentavam enurese quando crianças? Outras doenças, especialmente psiquiátricas ou renais?

Em relação aos problemas de enurese e incontinência urinária (bem como problemas com noctúria e micção, tais como urgência) que se tornaram uma rotina, desenhe um mapa completo ao longo de três gerações. Muitas vezes, outros parentes não responderão a menos que se faça uma pergunta direta e explicitamente sobre se apresentavam enurese no passado (ou no momento).

Geralmente é melhor acabar a história fazendo uma pergunta aberta, como “há mais alguma informação que possa ter faltado ou que você acha que pode ser importante?”

Apêndice C.4.2

GRÁFICO DE VOLUME/FREQUÊNCIA

(von Gontard & Neveus, 2006, com permissão)

Instruções:

Queridos pais,

Para avaliar e tratar o problema de enurese do seu filho da melhor maneira possível, ficáramos muito agradecidos por sua ajuda e suas observações.

Por favor, preencha este gráfico em um dia sem escola ou jardim de infância (fim de semana ou feriado). Você deve anotar cada vez que o seu filho vai ao banheiro ou molha suas roupas. Isso deve começar em uma manhã e continuar até a manhã seguinte (24 horas). Se possível, por favor preencha dois gráficos em dois dias consecutivos, isto é ainda mais útil.

Por favor, fale com o seu filho sobre isso de antemão. Você não deve mandar seu filho para o banheiro. Em vez disso, ele/ela deve dizer-lhe quando ele/ela quer ir ao banheiro e deve urinar em um copo de medição. Por favor, meça a quantidade de urina, e grave a hora do dia na tabela. Você pode descartar a urina depois.

Se o seu filho precisa se esforçar para começar a urinar ou se o fluxo de urina é interrompido (por exemplo, pára e começa novamente), por favor, anote esta informação na coluna apropriada na tabela (terceira da esquerda).

Se o seu filho molha as roupas, novamente, por favor, anote a hora e se elas estavam encharcadas (grande quantidade de urina) ou apenas úmidas (pequena quantidade).

Se o seu filho sente uma vontade súbita de ir ao banheiro, por favor, anote isto com o horário na próxima coluna.

Se você observar que sua criança cruza seus/suas pernas, faz agachamentos ou tenta segurar a urina de qualquer outra forma, por favor, anote isto (com o horário), na coluna intitulada “Urgência”.

Finalmente, por favor, meça e anote o valor de todos os líquidos que seu filho ingere durante o dia (com horários).

Muito obrigado pela sua ajuda!

Apêndice C.4.3

QUESTIONÁRIO DOS PAIS

ENURESE / INCONTINÊNCIA URINÁRIA

(Beetz, von Gontard, Lettgen, 1994; traduzido e adaptado por von Gontard, 2003)

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Dados: _____

PERDA DE URINA DIURNA

SIM **NÃO**

Seu filho molha as roupas durante o dia?

Seu filho já esteve seco durante o dia?

Se sim, por quanto tempo? _____ (semanas/meses/anos)

E em que idade? _____ (anos)

Quantos dias por semana seu filho fica molhado durante o dia? _____ (dias por semana)

Quantas vezes por dia seu filho fica molhado? _____ (vezes por dia)

A roupa fica geralmente úmida?

A roupa fica geralmente encharcada?

A urina pinga constantemente?

Seu filho molha as roupas imediatamente após

ter ido ao banheiro?

Seu filho avisa quando ele/ela faz xixi?

PERDA DE URINA NOTURNA

SIM **NÃO**

Seu filho molha a cama (ou fraldas) durante a noite?

Seu filho já esteve seco durante a noite?

Se sim, por quanto tempo? _____ (semanas/meses/anos)

E em que idade? _____ (anos)

Quantas noites por semana que o seu filho fica molhado? _____ (noites por semana)

A cama está geralmente úmida?

A cama está geralmente encharcada?

Seu filho acorda para ir ao banheiro?

Seu filho acorda depois de molhar a cama?

Seu filho tem um sono profundo, ou seja, é difícil de acordar?

Outro membro de sua família tem enurese (dia ou noite)?

Se sim, quem? _____

HÁBITOS DE HIGIENE

SIM **NÃO**

Quantas vezes por dia seu filho urina (em média)? _____ (vezes/dia)

Quanto tempo seu filho pode ficar sem ir

ao banheiro (durante as compras, viagens de carro, etc.)? _____ (horas)

Seu filho vai ao banheiro sozinho quando ele precisa?

Você tem que mandar o seu filho para o banheiro?

Se o seu filho quer urinar, ele tem que se esforçar

no início ou durante o esvaziamento?

Quando seu filho urina, o fluxo é interrompido?

Seu filho se apressa e não tem tempo suficiente para urinar?

REAÇÕES OBSERVÁVEIS

SIM **NÃO**

Seu filho sente uma vontade súbita de ir ao banheiro?

Quando seu filho precisa urinar, ele tem que correr para o banheiro imediatamente?

Seu filho cruza as pernas, faz agachamento, etc. para evitar se molhar?

Seu filho adia ir ao banheiro o tempo que possível?

Se sim, em que situações (na escola, ao brincar, ver TV, etc.), por favor especificar

INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

SIM **NÃO**

Seu filho já teve infecção urinária?

Se sim, quantas vezes? _____ (vezes)

Seu filho teve infecções do trato urinário com febre?

Seu filho já foi tratado por uma doença do trato urinário?

Se sim, por favor especifique _____

HÁBITOS FECALIS

SIM **NÃO**

Seu filho tem evacuações diárias?

Se não, quantas vezes por semana? _____ (vezes/semana)

Seu filho está constipado regularmente?

Seu filho suja a roupa de baixo (durante o dia)?

Seu filho se suja durante o sono?

Se sim, são pequenas quantidades (manchas)?

Ou grandes quantidades (fezes)?

Quantas vezes seu filho se suja? _____ (vezes/semana) _____ (vezes/mês)

Seu filho tinha o controle completo do intestino?

Se sim, em que idade _____ (anos)

E por quanto tempo _____ (meses/anos)

Isso ocorre em situações especiais?

Se sim, por favor especifique _____

COMPORTAMENTO: PERDA DE URINA **SIM** **NÃO**

Seu filho está angustiado com a perda de urina?

Você está angustiado por causa da perda de urina do seu filho?

Seu filho foi provocado devido à perda de urina?

Existem coisas que seu filho não faz (passeios escolares, dormir com os amigos) por causa da perda de urina?

Seu filho se molha mais frequentemente em momentos de estresse?

Seu filho está cooperativo e motivado para o tratamento?

Se o seu filho estava seco antes, você vê algum evento que pode ser associado com a recidiva?

Se sim, por favor especifique _____

O que em sua opinião é a razão para a enurese?

Por favor especifique _____

COMPORTAMENTO: GERAL **YES** **NO**

Seu filho tem dificuldades em obedecer regras?

Seu filho é inquieto, agitado, facilmente distraído?

Seu filho tem dificuldade de concentração?

Seu filho às vezes é ansioso?

Seu filho às vezes é triste, infeliz, retraído?

Seu filho tem problemas na escola?

Se sim, por favor especifique _____

Seu filho tem problemas em outras áreas?








Se sim, por favor especifique _____

Apêndice C.4.4

EXEMPLO DE GRÁFICO DE REFERÊNCIA PARA ENURESE NOTURNA

(Noite seca registrada como 'sol', noite molhada como 'nuvem'- ou qualquer outro símbolo escolhido pela criança.)

Este gráfico pertence a: _____

Semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
1.							
2.							
3.							
4.							

Apêndice C.4.5

EXEMPLO DE GRÁFICO PARA MONITORAR O ALARME DE TRATAMENTO

(modificado de Butler 1988)

SE SECO			SE MOLHADO					
Data	Seco	Levantou e foi ao banheiro sem alarme	Hora do alarme	Criança acordou por ela mesma		Quantidade de urina na cama (fralda) G = grande M = média P = pequena	Urinou no vaso sanitário	
				Sim	Não		Sim	Não
<i>Segunda dia 10</i>	✓	✓						
<i>Terça dia 11</i>			<i>11.30</i>	<i>sim</i>		<i>M</i>		✓
<i>Quarta dia 12</i>								

