

LEVANTAMENTO DE ENURESE NOTURNA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO*

A SURVEY OF NOCTURNAL ENURESIS IN THE CITY OF SÃO PAULO

Teresa H. Schoen-Ferreira**

Márcia R. F. Marteleto***

Élide Medeiros+

Mauro Fisberg++

Maria Aznar-Farias+++

Schoen-Ferreira TH, Marteleto MRF, Medeiros E, Fisberg M, Aznar-Farias M. Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum 2007; 17(2):31-36.

Resumo: O presente trabalho faz um breve histórico do estado atual sobre o estudo da enurese, fornecendo critérios diagnósticos. Trata-se de um trabalho de levantamento da presença da enurese noturna em crianças e adolescentes do município de São Paulo, tendo participado 670 pais ou responsáveis por crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, com o objetivo de fornecer subsídios a pediatras e educadores para melhor atenderem à população enurética. O instrumento utilizado foi o “Child Behavior Checklist” – CBCL. Foram encontrados casos de enurese em todas as faixas etárias. Na faixa etária não considerada EN pelo DSM IV, foram encontrados níveis mais elevados do que os encontrados na literatura. Quanto às diferenças entre gêneros foi encontrado que na faixa etária de 4 a 5 anos os índices de EN são mais altos nas meninas, havendo uma inversão nas faixas etárias mais velhas, predominando significativamente o sexo masculino.

Palavras-chave: Enurese. Enurese noturna. Critérios diagnósticos.

A Enurese Noturna aflige milhares pessoas no mundo inteiro¹. Depois das alergias, é o transtorno psiquiátrico mais comum nas crianças². Autores que estudam a história da medicina encontram relatos de enurese e seu tratamento desde o antigo Egito^{1,3,4} e nas mais diversas culturas², evidenciando ser esta patologia motivo de preocupação por parte de pais, educadores, filósofos e médicos.

Segundo o DSM IV^{TR} e a CID 10, a característica essencial da Enurese é a micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa

(Critério A). Isto ocorre com maior frequência de forma involuntária, mas ocasionalmente pode ser intencional. Para corresponder a este diagnóstico, a micção deve ocorrer no mínimo duas vezes por semana por pelo menos 3 meses, ou então deve causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico/ocupacional ou outras áreas importantes na vida do indivíduo (Critério B). Este deve ter alcançado uma idade na qual a continência é esperada (isto é, a idade cronológica da criança deve ser de no mínimo 5 anos, ou, para crianças com atrasos do

* O presente trabalho foi realizado no Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente – CAAA Rua Botucatu, 715 – Vila Clementino CEP: 04023-062 – São Paulo – Brasil Tel: (11) 5576-4360 / 5579-7387 e-mail: adolescenc.dped@epm.br

** Psicóloga, Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria

*** Psicóloga, Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria

+ Médica, professora adjunta da Unifesp

++ Médico, professor adjunto da Unifesp

+++ Psicóloga, Doutora em Psicologia pela USP, docente da Unisantos

desenvolvimento, uma idade mental de no mínimo 5 anos) (Critério C). A incontinência urinária não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., diuréticos) ou a uma condição médica geral (por ex., diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo) (Critério D).

Esta patologia pode ser considerada estabelecida em crianças com cinco para seis anos que apresentam dois ou mais episódios por mês e em crianças com mais de seis anos de idade que apresentam um ou mais episódios de molhadas de cama por mês⁵. Mais do que 80% das crianças enuréticas apresentam o sintoma somente à noite, chamada de Enurese Noturna - EN.

Diz-se enurese primária se a criança nunca adquiriu o controle de urina e secundária se surge após um período de controle vesical normal superior a 6 meses.

Numa coorte de crianças da Nova Zelândia, nascidas em 1977, aos dez anos, 7,9% desenvolveram Enurese Noturna Secundária, sendo 25% do total de pacientes com enurese^{6,7}. A porcentagem dos pacientes com Enurese Noturna Secundária aumenta com a idade. História familiar é encontrada em cerca de 50% destes pacientes⁸.

Cerca de 50% das crianças aos dois anos de idade e 80% aos três anos já apresentam controle miccional. No entanto, aproximadamente 30% das crianças apresentam EN aos 4 anos de idade; até os 5 anos, 20% das crianças molham a cama pelo menos uma vez ao mês. Este índice decresce porém, aos seis anos, 10% das crianças ainda o fazem. Quinze por cento das crianças com EN conseguem controlá-la anualmente⁵, chegando-se a uma incidência de 3% aos 12 anos e 1% aos 18 anos. É importante ressaltar que, embora a enurese noturna não-tratada cure espontaneamente ao ritmo de 10-20% dos casos por ano, 10% das crianças enuréticas vão manter o sintoma na idade adulta se não forem tratadas, com um índice de 0,5% da população adulta reportando enurese noturna². Numa avaliação de escolares de 4 a 6 anos na Austrália, apenas 16% de todas as crianças com incontinência urinária receberam cuidados médicos⁶.

Há maior prevalência no sexo masculino, na proporção de 3:2. Até os 5 anos a incidência da enurese noturna é de 5 a 7% para os meninos

e 1 a 3% para as meninas; aos 10 anos, a prevalência é de 3% para o sexo masculino e 2% para o sexo feminino; aos 18 anos, a prevalência é de 1% para o sexo masculino e menos de 1% para o sexo feminino^{3,5}.

Esta patologia tem uma elevada incidência familiar. Quando um dos pais foi enurético a chance do filho ter enurese fica em torno de 44%⁴. Se o pai era enurético, o risco era de 7:1 e se fosse a mãe, o risco era de 5:2. Se ocorreu com os dois pais, esse índice aumenta para 77%. A incidência de crianças enuréticas sem história familiar é de 15%^{6,9}. Não foi encontrada associação entre fatores familiares, como classe sócio-econômica, eventos estressantes da vida diária, mudança na constelação familiar e mudança de residência, com o sucesso no controle da incontinência urinária⁶. Há também evidências de que a enurese não seja causada por fatores psicológicos – embora em alguns casos isso possa acontecer -, mas, ao contrário, causa problemas psicológicos como diminuição da auto-estima, vergonha, culpa. Esses problemas são resolvidos com o controle da patologia².

É geralmente causada pela lenta maturação, embora, algumas vezes, acompanhe os distúrbios do sono (p.ex., sonambulismo e terrores noturnos). Em 1 a 2% dos casos, a causa pode ser um distúrbio físico (geralmente uma infecção das vias urinárias). Em raras ocasiões, outros distúrbios (p.ex., diabetes) podem fazer com que a criança molhe a cama. Ocasionalmente, é causada por problemas psiquiátricos, tanto na criança como em outro membro da família. Estudos mostram correlação com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade⁹ e apnéia do sono^{3,10}.

Um estudo brasileiro observou que 15% das crianças com mais de cinco anos de idade ainda não conseguem controlar a urina durante o sono¹¹. Em geral, os sintomas desaparecem na pré-adolescência, mas o problema pode persistir na vida adulta, atingindo hoje entre 0,5% e 2,0% da população brasileira.

Em um ambulatório para adolescentes constatou-se em 11% dos pacientes que estavam na sala de espera apresentaram enurese noturna¹². Interessante, que os hebeatas que os atendiam não recebiam esta queixa, nem por parte dos adolescentes, nem por parte dos acompanhantes.

Somente foi identificada esta incidência, graças a um questionário distribuído para preenchimento dos pais ou responsáveis, onde constava explicitamente a pergunta: “Seu filho faz xixi na cama?” Observou-se, como em outros estudos¹³, que na idade em que a pessoa já deveria ter o controle vesical, o tema vira um tabu. Apesar de ser uma entidade comum na prática pediátrica, ainda é considerado como um segredo de família e não relatado espontaneamente pelos pais na consulta pediátrica^{4,6}.

Os distúrbios psiquiátricos de crianças e adolescentes envolvem, em grande parte, a combinação de sintomas e sinais relacionados à área emocional, da conduta, do desenvolvimento e do relacionamento. A presença de EN afeta o desenvolvimento e a auto-estima do indivíduo assim como o relacionamento dentro e fora da família. São comuns os casos de violência contra esta criança¹³.

A nictúria, ou o hábito de acordar à noite para esvaziar a bexiga, é um sintoma relativamente comum em adolescentes e adultos. Assim, de uma maneira bem simplificada, a diferença entre pacientes que apresentam enurese e nictúria seria a capacidade de acordar para efetivar a micção em local apropriado¹¹.

A idade ideal para se iniciar um tratamento depende da maturidade da criança e do nível de tolerância familiar, ou seja, até que ponto o fato da criança molhar a cama à noite incomoda e interfere na rotina familiar. O que se preconiza, atualmente é que as orientações gerais (supressão de fraldas, restrição hídrica à noite, micção freqüente durante o dia) se iniciem por volta dos 5 anos de idade e que o tratamento medicamentoso ou por condicionamento com alarme seja, iniciado após os 7 anos de idade¹⁴.

O objetivo deste trabalho foi verificar a presença de enurese noturna em crianças e adolescentes do município de São Paulo.

MÉTODOS

Participantes

Participaram deste estudo 670 pais ou responsáveis por crianças e adolescentes de 4 a 18

anos; sendo estes subdivididos em faixas etárias: 4 aos 6 anos (pré-escolares); 7 aos 10 (escolares); 11 aos 14 (adolescentes); e de 15 aos 18 anos (jovens), de todas as regiões do município de São Paulo.

Instrumento

O Child Behavior Checklist – CBCL - é um inventário de comportamentos a ser respondido por pais ou responsáveis de crianças ou adolescentes de 04 a 18 anos¹⁵. Por seu rigor metodológico, vem sendo utilizado em diversas culturas, destacando-se entre os inventários de comportamento mais citados na literatura americana. As respostas dos pais devem referir-se somente aos últimos seis meses, contados a partir da data do preenchimento. O CBCL está estruturado para que se gaste em torno de 15 minutos para responder o instrumento¹⁵.

É composto por duas partes: a primeira são sete questões a respeito de comportamentos sociais, formando a escala de competência; e a segunda, itens que avaliam problemas de comportamento, formando as escalas de distúrbio total e síndromes. A palavra *síndrome* refere-se aos problemas que tendem a ocorrer juntos¹⁵. A somatória dos escores obtidos na segunda parte permite ao avaliador traçar um perfil comportamental da criança ou adolescente.

Da lista de 113 problemas de comportamento, foi selecionado, para este estudo, o item 108: “faz xixi na cama” e dados demográficos como sexo e idade.

Procedimento

O Município de São Paulo foi dividido em quatro regiões, e em cada região foram selecionadas três escolas (uma particular e duas públicas) e um local de trabalho, totalizando doze escolas e quatro organizações. Em reunião de pais e mestres, ou individualmente – no caso das empresas -, os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes de 4 a 18 anos foram convidados a responder a um questionário, podendo levar para casa e entregar na escola no prazo de uma semana. Os pais que preferiram foram entrevistados pelos

pesquisadores. Foram distribuídos 1200 questionários. Retornaram para os pesquisadores 832 questionários. Aqueles que descreviam crianças com menos de quatro anos ou adolescentes com mais de 18 anos e aqueles que não estavam totalmente respondidos foram excluídos do estudo.

Após o recolhimento dos questionários, foi montado um banco de dados contendo as variáveis idade, escolaridade, sexo e a resposta dada ao item 108: “Não faz xixi na cama” ou “Faz xixi na cama às vezes/freqüentemente”.

RESULTADOS

Do grupo de 670 entrevistados, 93 (13,8%) assinalaram positivamente a questão 108 (às vezes ou freqüentemente). Destes, 43 tinham 4 ou 5 anos de idade, portanto, não estariam dentro do critério do DSM IV^{TR} para Enurese Noturna. Porém, este grupo apresentou uma porcentagem mais elevada de incontinência noturna (36,75%) que o encontrado na literatura.

Houve diferença estatisticamente significativa entre a faixa etária e presença de enurese noturna. Quanto mais velhos, menos presença de Enurese Noturna, apesar de aparecer em todas as faixas etárias (Ver Tabela 1), e num índice um pouco mais elevado do que o encontrado na literatura.

Ao se analisar o sexo das crianças ou adolescentes onde foi assinalada positivamente a questão 108 por faixa etária, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,007$). Aos 4 e 5 anos, mais meninas (61,36%) que meninos (36,65%) molham a cama; e nas faixas etárias mais velhas, houve mais Enurese Noturna no sexo masculino (67,35%) que no feminino (38,64%).

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo verificar a presença de Enurese Noturna no Município de São Paulo, para fornecer subsídios aos pediatras e educadores a respeito do tema, por serem eles, através do contacto mais constante com a criança e sua família, os que têm melhores condições de ajudá-los a superar esta questão.

Uma história completa realizada pelos profissionais da saúde, em especial o pediatra, com atenção aos hábitos miccionais, orienta quanto à presença de sintomas. Muitas vezes, tais sintomas são escondidos pela criança e por seus pais, que acreditam que os mesmos se resolverão espontaneamente à medida que a criança for ficando mais velha. Uma orientação adequada por parte de profissionais, a fim de conscientizar e, ao mesmo tempo, desculpabilizar é essencial para o sucesso do tratamento. Essa atuação exige boa dose de compreensão, paciência e interesse pelo assunto.

A utilização de questionários, como o Child Behavior Checklist¹⁵, pode ser um guia para o pediatra filtrar as crianças que necessitam investigação adicional com o especialista. Sugerimos atenção ao sintoma enurese por ser um evento importante para os familiares e para a criança.

A literatura mostra aumento na incidência de disfunção miccional em anos recentes. Este trabalho verificou porcentagens mais altas de EN que as encontradas na literatura. No entanto, indagamos se esse aumento é real ou se seria o resultado de um melhor conhecimento dos pais de que existe tratamento para esse problema, ou se é devido ao instrumento utilizado neste levantamento. Algumas das principais publicações sobre enurese noturna⁶ foram realizadas há mais de duas décadas. Na época, não havia o conhecimento atual sobre disfunção miccional e a conseqüente ênfase

Tabela 1: Distribuição das crianças e adolescentes que apresentaram Enurese Noturna, por faixa etária.

	pré-escolar		escolar		adolescente		jovem		N	Total
Sem Enurese	95	64,6%	220	88,7%	154	93,4%	108	98,2%	577	86,2%
Com Enurese	52	35,4%	28	11,3%	11	06,6%	2	01,8%	93	13,8%
Total	147	21,94%	248	37,14%	165	24,63%	110	29,85%	670	100%

em separar a EN daquela associada a outros sintomas urinários, intestinais ou neurológicos.

O instrumento também não tem por objetivo caracterizar a Enurese Noturna, portanto, a alta porcentagem de marcações positivas na questão 108 não necessariamente está relacionada com EN. Não há como afirmar que todos os critérios do DSM IV^{TR} foram cobertos. Entretanto, pode-se afirmar que molhar a cama é um problema que encontramos em todas as faixas etárias pesquisadas e que incomoda, não apenas o indivíduo, mas sua família.

No presente estudo, observou-se que os pais reconheceram a presença de enurese noturna, embora não tenha sido o motivo da procura de serviço de saúde, pois nenhum dos pais entrevistados estavam recebendo ajuda médica para seu filho com relação a este sintoma. A crença de que sintomas urinários em crianças não necessitam de tratamento porque tendem a desaparecer espontaneamente é incorreta, pois se observou a presença de EN em todas as faixas etárias, inclusive em jovens com 18 anos. Aqueles com mais de seis anos foram encaminhados para locais onde há algum trabalho com enurese. Os pais de crianças pré-escolares receberam orientação sobre o assunto, assim como algumas escolas.

Muitas crianças enuréticas transformam esse sintoma em um ato aceitável de levantar à noite para urinar (nictúria), sendo esse padrão cultural frequente e bem aceito pelas famílias, embora seja preferível que o controle urinário possa ser estendido durante a noite toda.

Os dados aqui apresentados não ficaram muito distantes do que a literatura costuma informar. Observa-se que é um problema bastante comum, embora não muito comentado. A enurese representa um pesado fardo para a criança e para a sua família, não só por afetar a auto-estima numa idade em que ela é extremamente importante para o desenvolvimento da personalidade, mas também porque acarreta custos econômicos e sociais consideráveis, que vão aumentando com o crescimento da criança. Além disso, este sintoma pode limitar uma série de atividades comuns e importantes na infância, como dormir na casa de amigos, excursão da escola, campo de férias, torneios desportivos, visitas a familiares e outros. O grau de prejuízo associado à Enurese decorre das limitações impostas às atividades sociais da criança ou seu efeito sobre a auto-estima, o nível de ostracismo social pelos companheiros e a raiva, punição e rejeição por parte dos responsáveis por seus cuidados, que também sofrem, por não saberem como agir diante de tal dificuldade⁸. É necessário haver uma orientação à família quanto a possíveis comportamentos que podem ocasionar complicações como: comportamentos agressivos, de punição, ameaça, ser caçoada e até mesmo violência física. O comportamento contrário também não é recomendável como a superproteção, que pode gerar um ganho secundário persistindo o sintoma na vida da criança.

Consideramos este assunto de extrema importância para o médico pediatra, inclusive aqueles com especialização em hebeatria.

Abstract: The present work briefly presents the history of the current state of the study of enuresis, providing diagnostic criteria. It is a survey of the presence of nocturnal enuresis in children and adolescents of the city of São Paulo. The study involved the participation of 670 parents or guardians of children and adolescents between 4 and 18 years of age, with the objective of offering subsidies to pediatricians and educators so that they can provide better care for the enuretic population. The instrument utilized was the "Child Behavior Checklist" - CBCL. Enuresis cases were found in all age groups. In the age group not considered EN by the DSM IV, higher levels were found in comparison with our literature. Regarding differences between genders, it was found that in the age group of 4 to 5 years, EN levels are higher in girls, and there is an inversion in the older ages, in which the male sex significantly predominates.

Keywords: Enuresis. Nocturnal enuresis. Diagnostic criteria.

REFERÊNCIAS

1. Guinard JP. História da enurese. *Revista Virtual de Medicina* 2000; 1(6). Disponível em: http://www.medonline.com.br/med_ed/hp_1.htm
2. Hjälmås K. Nocturnal Enuresis: Basic Facts and New Horizons *European Urology* 1998; 33: 53-7.
3. Johnson M. Nocturnal Enuresis. *Urologic Nursing* 1998; 18(4): 259-73.
4. Vasconcellos MMA. Enurese. Atualização Científica. Informe Ped. Universidade Federal de Minas Gerais; 2005. <http://www.medicina.ufmg.br/ped/index.htm>
5. Thiedke CC. Nocturnal enuresis. *American Family Physician* 2003; 67:1499-506,1509-10.
6. Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics* 1986; 78(7):884-90.
7. Ferguson DM, Horwood CT, Shanon FT. Secondary enuresis in a birth cohort of New Zealand children. *Paed Perinat Epidemiol* 1990; 4:53-63.
8. Robson WL, Leung AKC. Secondary nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics* 2000; 39: 379-85.
9. Bailey JN, Ornitz EM, Gehricke JG, Gabikian P, Russell AT, Smalley SL. Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 1999; 88(5):1364-8.
10. Di Francesco RC, Passerotii G, Paulucci B, Miniti BA. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004; 70(5): 665-70.
11. D'Ancona CAL, Monteiro LMC. Enurese. In: Bendhack A, Damião R. Guia prático de urologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 1999.
12. Costa NJD, Schoen-Ferreira TH, Silvares EFM. Enurese noturna na adolescência: relevância da investigação em instituição pública de saúde. In: I Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão 2002. S. Paulo (SP): Psicologia: Ciência e Profissão; 2002. (abstract em CD-Room)
13. Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro, LMC et al. Child enuresis and parental meanings: a qualitative perspective for health care professionals. *Rev Bras Saude Mater. Infant* 2005; 5(3): 301-11.
14. Silvares EFM, Souza CL. Enurese noturna: um tratamento. *Pediatria Moderna* 1996; 32(6): 662-7.
15. Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
16. Guinard JP. História da Enurese. *Revista Virtual de Medicina* 2000, 1(6).

Recebido em 16/10/2006
Aprovado em 03/04/2007