

1 Critérios diagnósticos para enurese (DSM-5 e ICCS)

Diagnosticar enurese, em um primeiro momento, pode parecer simples, pois o comportamento de urinar na cama é visível, e sua ocorrência, ao longo do tempo, até mensurável. A roupa molhada, a mancha no lençol e o cheiro característico deixam rastros inconfundíveis. Porém, nem todo episódio de xixi na cama é sinal de enurese.

Não usamos o termo para designar o ato de se molhar durante a noite em crianças de 3 ou 4 anos: nessa idade, considera-se que os sistemas envolvidos no processo de controle esfinteriano estão em desenvolvimento, e, ainda que algumas crianças já tenham alcançado com sucesso o desfralde, há diferenças individuais. Também não falamos em enurese quando a ocorrência dos escapes é pontual, não se estendendo por muitas semanas, ou quando ocorre menos de uma vez por mês, situação que pode ser entendida como um sintoma, mas não se configura, necessariamente, um transtorno. Logo após o desfralde, não raro, crianças molham a cama uma vez ou outra em meses espaçados, e isso não merece maior preocupação. Em outras situações, molhar a cama pode ser efeito do uso de alguma substância diurética, e, tão logo ele seja interrompido, o controle esfinteriano é restabelecido.

Assim, molhar a cama como um dado isolado não é suficiente para identificarmos o transtorno, sendo necessário que isso ocorra em condições específicas, em conjunto com outros fatores.

Profissionais da área de saúde estão bastante familiarizados com sistemas classificatórios, que lhes são úteis por descreverem tais condições, construindo parâmetros em que a manifestação de um dado comportamento merece atenção clínica. Quanto à família, conhecê-los permite

ter noção para ponderar se o comportamento de seu filho merece intervenção, manejando ela mesma ou procurando ajuda especializada (nos capítulos 3 e 4, daremos orientações de como a família pode atuar sobre o problema).

Desses sistemas, destacaremos os critérios diagnósticos para enurese apresentados pelo *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2014), pelo seu largo alcance entre clínicos de diferentes áreas e pelo documento produzido pela Sociedade Internacional de Continência em Crianças (em inglês International Children's Continence Society, ICCS) (Nevéus et al., 2006).

1. O DSM-5, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), caracteriza a enurese como: a) eliminação repetida de urina na cama ou na roupa, voluntária ou involuntária; b) frequência mínima de duas vezes por semana por pelo menos três meses consecutivos ou então que cause sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes do indivíduo; c) idade cronológica de, no mínimo, 5 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente); d) não associada a efeitos fisiológicos de substâncias (por exemplo, diuréticos e medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (por exemplo, diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo).
2. A padronização apresentada pela ICCS (Nevéus et al., 2006) caracteriza a enurese como episódios de micção normal em local ou hora inadequados, em idade superior a 5 anos, frequência de pelo menos uma vez ao mês e em grandes quantidades de urina (pequenas quantidades podem indicar outros problemas do trato urinário inferior).

Nos últimos anos, há uma forte inclinação de pesquisadores e clínicos em usar os parâmetros definidos pela ICCS, notadamente por distinguir enurese de incontinência urinária diurna (na seção a seguir, exploraremos essa questão). Ademais, a ICCS é mais abrangente ao considerar frequência mínima de um episódio por mês que, se, por um lado, aumenta a prevalência do transtorno na população infantil, por outro, dá condições de tratar um número maior de pessoas. A frequência mínima de duas molhadas por semana definida pelo DSM-5 para o quadro ser clinicamente significativo pode excluir aqueles que molham a cama esporadicamente, mas que poderiam se beneficiar de tratamento. Afinal, quando se obtém controle esfinteriano, a expectativa é de que as molhadas sejam inexistentes e o fazer consistentemente uma vez por mês, em meses seguidos, pode ser igualmente prejudicial para a autoestima e a autoconfiança da criança.

1.1 O que diferencia a enurese de outras disfunções miccionais (classificação)

Ao longo dos anos, a partir de pesquisas na área, as classificações a respeito da enurese vêm sendo aprimoradas, contribuindo para a compreensão dos sistemas envolvidos na fisiopatologia do quadro e, conseqüentemente, das indicações de tratamento.

O DSM-5 determina três subtipos de enurese: (1) exclusivamente noturna para eliminação de urina apenas durante o sono noturno; (2) exclusivamente diurna para eliminação de urina durante as horas de vigília, podendo ser chamada simplesmente de incontinência urinária; e (3) noturna e diurna para a combinação dos dois subtipos.

A diferenciação entre *enurese diurna* ou *noturna*, a depender se os episódios de escape de urina ocorrem no estado de vigília ou de sono, contudo, é questionável. Uma vez que as características da perda de urina durante a vigília são distintas da perda que ocorre durante o sono, é prática recente utilizar o termo enurese em referência apenas aos episódios que ocorrem durante o sono (noturno ou durante sonecas), sendo os escapes que ocorrem durante a vigília chamados de incontinência urinária diurna. A expressão enurese noturna passa, então, a ser redundante, e o termo enurese diurna, obsoleto.

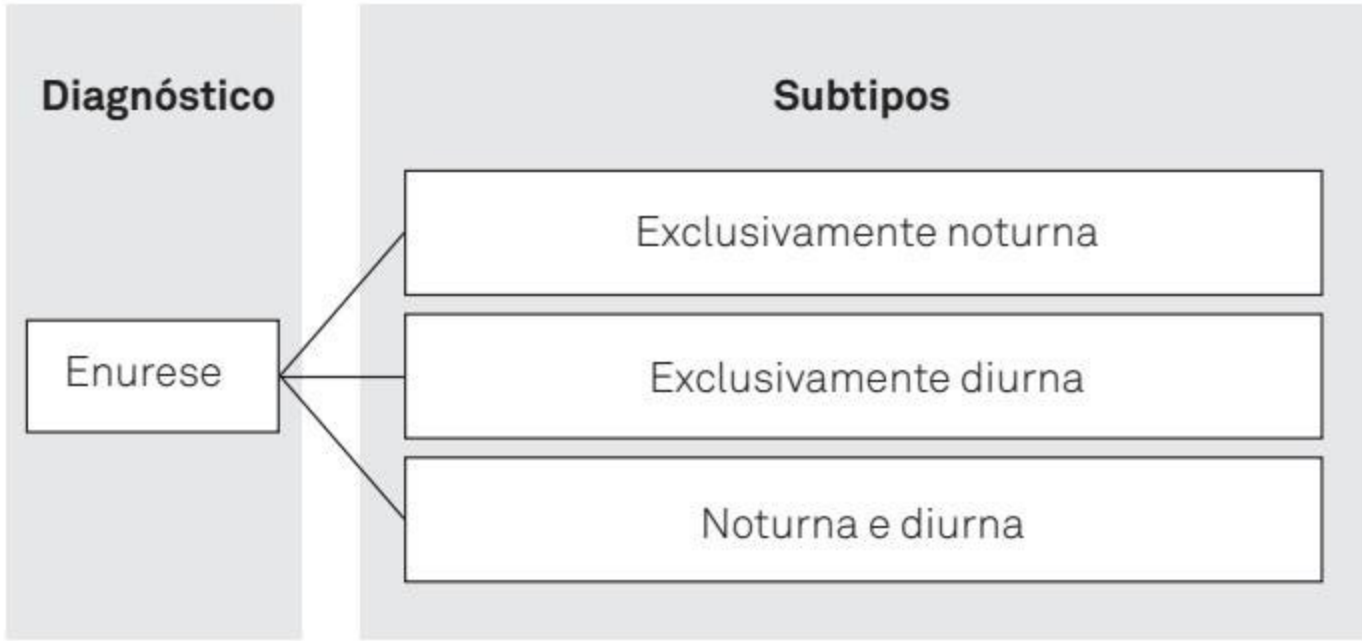


Figura 1. Síntese das terminologias utilizadas pelo DSM-5.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Afinada com essa questão, a ICCS distingue diferentes subtipos de perdas de urina: (1) incontinência contínua, situação em que há causas orgânicas envolvidas, e (2) incontinência intermitente, que engloba (2a) enurese, caracterizada pela perda de urina durante o sono, e (2b) incontinência urinária diurna, quando a perda de urina ocorre durante a vigília.

Desse modo, à criança que apresenta perda de urina durante a noite (sono) e também durante o dia (vigília) a direção é atribuir dois diagnósticos: enurese e incontinência urinária diurna.

Com relação à enurese, especificamente, a classificação que talvez seja a mais bem estabelecida e reconhecida por clínicos de diferentes áreas e abordagens é aquela que parte da clássica e fundamental indagação diante de qualquer queixa: “Quando essa questão começou?” ou “Desde quando a criança apresenta esse comportamento?”. A criança pode nunca ter apresentado um período de controle urinário – casos chamados de enurese primária – ou já tê-lo obtido, porém perdido. Nesse caso, é necessário um período igual ou superior a seis meses para caracterizar o que chamamos de enurese secundária.

Pesquisas na área mostram que a primeira situação é significativamente mais recorrente, cerca de 75% dos casos (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2018), sendo a forma secundária muitas vezes associada à vivência de eventos estressores e com maior risco de associação com outros distúrbios (von Gontard & Kuwertz-Bröking, 2019). Relatos de crianças pequenas que voltaram a molhar a cama por ocasião de nascimento de um irmão, doença ou morte de familiares, mudança de casa ou de escola são relativamente comuns em consultórios, acompanhados ou não de outras questões clínicas. É importante salientar, contudo, que a associação entre enurese e estressores ou entre enurese e outros problemas de comportamento não configura, necessariamente, relação de causalidade.

Paralelamente, nas últimas décadas, tem-se ressaltado a importância de distinguir diferentes tipos de enurese com relação à sua manifestação clínica, podendo classificá-la como *enurese monossintomática*, quando não está associada a outros sintomas do trato urinário inferior, e *enurese não monossintomática*, quando acompanhada por urgência miccional, frequência de micção aumentada ou diminuída, manobras de contenção, esforço miccional, jato urinário fraco ou intermitente, gotejamento pós-miccional e sensação de esvaziamento incompleto. Nesses casos, também pode haver incontinência urinária diurna.

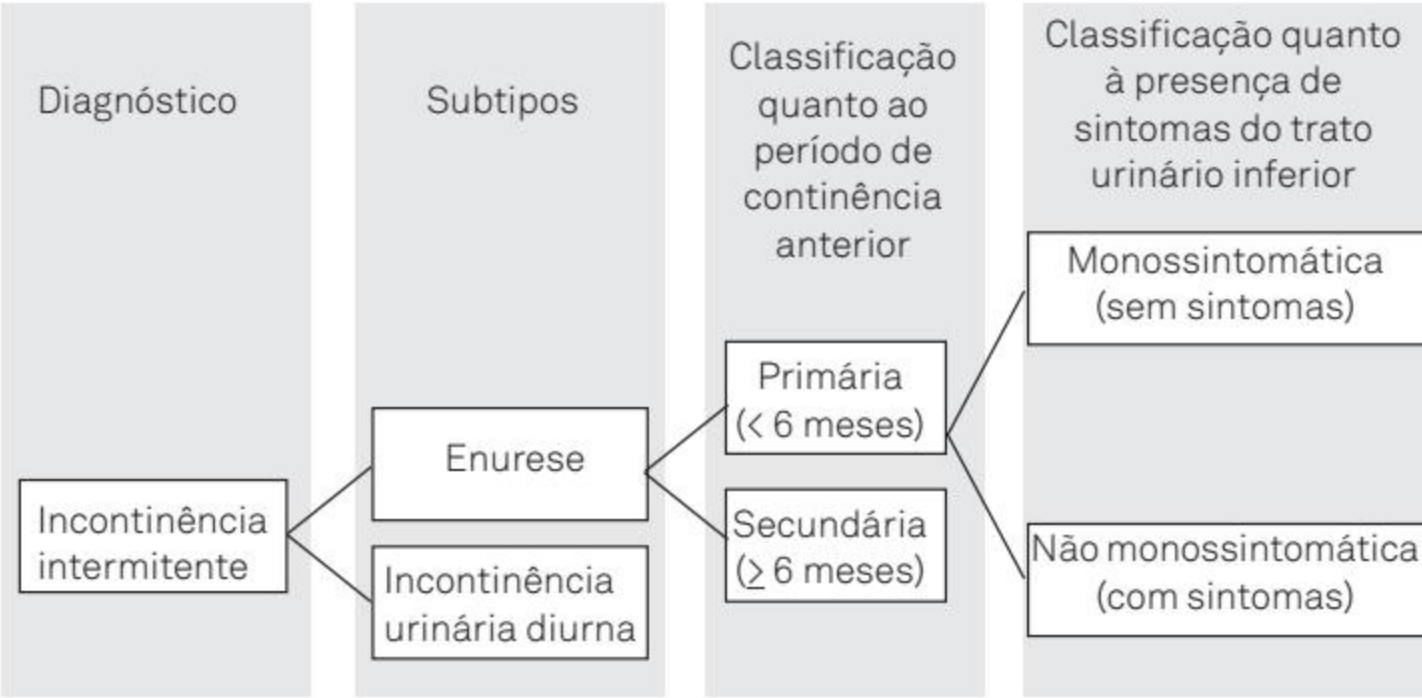


Figura 2. Síntese das terminologias utilizadas pela ICCS.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Ainda que um estudo de prevalência tenha indicado que apenas um quarto das crianças e dos adolescentes com enurese apresenta a forma não monossintomática (Deshpande & Caldwell, 2012), pressupõe-se que essa proporção esteja subestimada, uma vez que esses sintomas são de difícil observação e, por isso, poucas vezes relatados pelos pais ou cuidadores.

Na Tabela 1, apresentamos os sintomas do trato urinário inferior e os sinais de cada um deles. Esperamos que tal descrição auxilie os pais a observar o padrão miccional de seus filhos e a criar estratégias para obter as informações necessárias para caracterizar ou descaracterizar enurese não monossintomática. Por exemplo, um registro simples do número de ocorrência de micções por dia é uma maneira fácil de avaliar se a frequência está aumentada ou diminuída (é esperado que crianças urinem de quatro a sete vezes por dia); pedir para a criança avisar sempre que estiver com vontade de urinar pode ser útil para observar se, nesse momento, ela apresenta urgência e manobras de contenção; e acompanhá-la no momento de esvaziar a bexiga pode ser valioso para avaliar o esforço miccional e o jato urinário.

Adolescentes, com maior capacidade de percepção corporal, podem ser orientados a se observar e relatar a presença de tais sintomas.

No Capítulo 4, seção 4.3, será apresentado o diário miccional, que é um registro detalhado do padrão de ingestão hídrica e de micção, que fornece pistas sobre disfunção do trato urinário inferior. Exames mais específicos e precisos devem ser orientados por profissionais médicos.

Tabela 1. Sintomas do trato urinário inferior e sinais para observação

Sintomas do trato urinário inferior	Indicativos (sinais para observação)
Urgência miccional	Vontade repentina e urgente de urinar, precisando responder rapidamente aos sinais da bexiga cheia.
Frequência de micção aumentada ou diminuída	Frequência diária de micção maior que sete (geralmente volumes pequenos de urina) ou menor que quatro (geralmente volumes grandes de urina). Padrão: de quatro a sete micções por dia.
Manobras de contenção	Posturas de cruzar as pernas, agachar ou sentar-se por cima do calcanhar como formas de tensionar o assoalho pélvico e não deixar escapar urina diante da vontade urgente de urinar.
Esforço miccional	Dificuldade para iniciar ou manter a micção, sendo necessário aumento da pressão abdominal.
Jato urinário fraco ou intermitente	Força diminuída da micção ou de forma não contínua, isto é, com pausas e recomeços, até a bexiga ser completamente esvaziada.
Gotejamento pós-miccional	Gotas de urina no momento final da micção ou após (roupa íntima da criança fica molhada ou com o cheiro característico de urina). Geralmente associado com refluxo de urina para a vagina, em meninas.
Sensação de esvaziamento incompleto	Micção frequente e em pequena quantidade – idas ao banheiro para urinar volume residual. Geralmente, associada à infecção urinária.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Há evidências de que as crianças com enurese associada a sintomas do trato urinário inferior diferem daquelas sem esses sintomas no que diz respeito à manifestação clínica e à origem do problema, o que conduz a terapêuticas distintas. No Capítulo 5, que enfoca tratamento, esse tema será aprofundado.

Por fim, uma classificação menos corrente na literatura científica, mas relevante para o prognóstico dos tratamentos, diz respeito ao número de ocorrência de escapes em um período de uma semana, o que permite caracterizar o distúrbio quanto à sua severidade. Quatro ou mais episódios por semana, caracteriza enurese frequente; menos de quatro episódios, por sua vez, trata-se de enurese não-frequente. Menos de um episódio por mês é entendido como um sintoma, mas não um transtorno (ICCS). Estudo de Fagundes et al. (2016) encontrou quase 80% dos participantes da pesquisa com enurese frequente, com 5,9 molhadas, em média, por semana.

1.2 Possíveis causas

De modo geral, as famílias que procuram tratamento para a enurese variam entre: (1) as que não têm informações sobre as possíveis causas e manifestações da enurese e que não compreendem o porquê de a criança molhar a cama; (2) aquelas que já fizeram uma extensa pesquisa sobre o tema e, embora tenham conhecimento sobre o transtorno, não sabem como ajudar a criança a parar de molhar a cama.

Atualmente, em decorrência do uso cada vez mais constante da internet como fonte de busca de informação em saúde, muitas famílias, notadamente as de maior nível de escolaridade, enquadram-se no segundo grupo. Ainda assim, é muito importante discutir a ques-

tão “Por que meu filho molha a cama?” com os pais ou cuidadores. Em primeiro lugar, para conhecer as teorias que formulam a respeito do caso e, se necessário, desmistificar crenças; esclarecer pontos de dúvidas; desfazer equívocos e corrigir incompreensões. Nem todas as fontes de pesquisa são confiáveis, sem conflito de interesses ou mesmo suficientemente atualizadas de acordo com publicações científicas recentes. Em segundo lugar, porque conhecer as causas da enurese é fundamental para que compreendam as opções de tratamento e possam ter postura ativa na decisão sobre qual caminho seguir.

Ao longo dos anos, já ouvimos diferentes concepções e hipóteses trazidas pelas famílias para responder à questão. De maneira geral, acreditavam que o molhar a cama era explicado por problemas emocionais ou de comportamento subjacente, sono pesado, bexiga pequena e, até mesmo, preguiça e falta de vergonha. O fato de a criança acordar seca algumas vezes pode gerar a impressão equivocada de que o comportamento está sob seu controle. Schlomer, Rodriguez, Weiss e Copp (2013) perguntaram a mais de 200 pais “O que você pensa que é/são a(s) principal(ais) causa(s) de enurese em criança?”. As respostas foram bem parecidas com o que coletamos em nossa experiência clínica: sono profundo foi respondido por 56% deles, seguido por preguiça de acordar e ir ao banheiro (26%), bexiga pequena (21%), histórico na família (12%), criança desafiadora/problemas de comportamento (10%) e a criança querer chamar atenção (6%). Nesse mesmo estudo, uma proporção significativa de 39% reportou desconhecer as causas da enurese.

Para responder à questão, um bom ponto de partida é conhecer o sistema urinário e como ocorre o seu desenvolvimento normal, passando pelo controle miccional diurno e noturno, até chegar às possíveis causas da enurese. Percorreremos esse caminho nas seções a seguir.

1.2.1 Sistema urinário e o desenvolvimento normal do controle urinário

O sistema urinário humano é composto de: **dois rins**, que recebem o sangue através do sistema circulatório e o filtra, produzindo a urina; **dois ureteres**, canais pelos quais a urina flui até a bexiga; **uma bexiga**, reservatório onde a urina é armazenada, e **uma uretra**, canal que conduz a urina do interior da bexiga para fora do corpo. A bexiga é rodeada pelo músculo detrusor e a parte mais baixa dela é rodeada pelo músculo esfínteriano. Ambos os músculos exercem papel fundamental no controle miccional, pois é a atividade coordenada deles, envolvendo complexa interação entre os sistemas nervosos central e periférico, que permite a retenção e o esvaziamento da bexiga. Durante a micção, os músculos da bexiga se contraem para expulsar a urina e os músculos do esfíncter relaxam para que a urina flua pela uretra, ocorrendo o oposto durante a fase de enchimento (retenção).

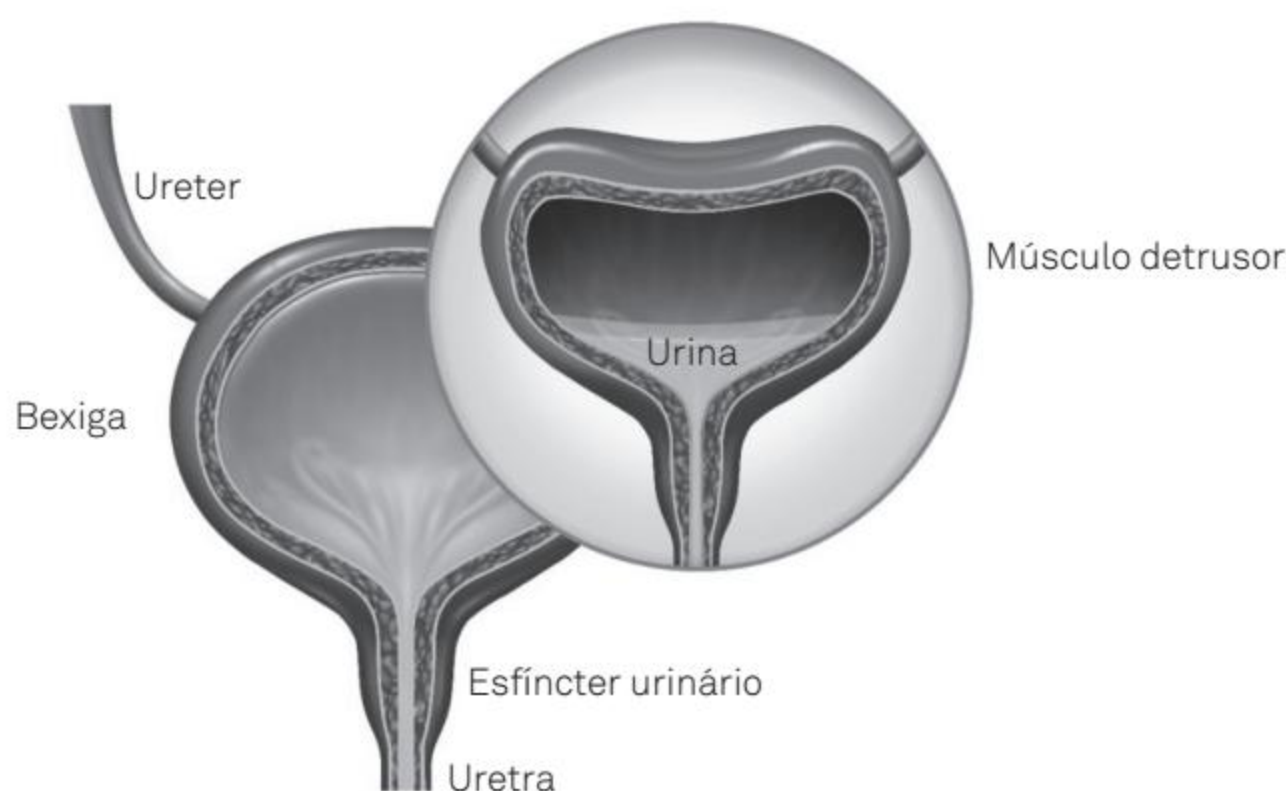


Figura 3. Ilustração da bexiga armazenando urina.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os padrões de armazenamento e eliminação da urina, envolvendo tal coordenação, modificam-se ao longo do desenvolvimento da criança. No lactente, a micção é um ato reflexo: a bexiga se esvazia quando atinge sua capacidade funcional (aproximadamente 30 ml no recém-nascido e 60 ml com 1 ano de idade), situação que provoca contrações musculares involuntárias que levam à eliminação da urina. Conforme a maturação avança, a micção deixa de ser reflexa e passa a ter maior participação cortical, permitindo à criança inibir as contrações do músculo detrusor diante do enchimento da bexiga e coordená-lo com a contração do músculo esfíncteriano. Paralelamente, há o aumento progressivo da capacidade vesical.

Por volta de 2 anos, a criança passa a ter condição de perceber a sensação de bexiga cheia e pode reconhecer que a micção vai ser iniciada, ainda que não seja capaz de controlá-la. Aos poucos, há o aumento da capacidade de continência da criança, pois ela aprende a contrair voluntariamente os esfíncteres. Em decorrência disso, há o desenvolvimento da habilidade de “segurar o xixi”. Aos 4 anos, a capacidade vesical dobra em relação ao que era aos 2 anos e a criança adquire a habilidade de iniciar e parar a micção quando deseja. A continência social resulta da soma dessa habilidade adquirida com a percepção de que existem horas e locais socialmente aceitos para que as eliminações ocorram (Mota & Barros, 2008).

De micções bastante frequentes (um recém-nascido pode ter até 20 escapes de urina por dia) e com baixo volume de urina, evolui-se para poucas micções ao longo do dia e em maior volume.

Durante o sono, o processo de controle miccional segue a mesma regra: a bexiga cheia passa a ser um estímulo discriminativo (um sinalizador) que dispara uma mensagem para o cérebro e, conseqüentemente, há resposta de contração dos esfíncteres ou de despertar, evitando, tanto uma como outra, o molhar a cama, conforme ilustrado na Figura 4.



Figura 4. Reações esperadas ante o sinal de bexiga cheia.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Uma estratégia bastante difundida entre pais é realizar o desfralde noturno quando a criança acorda, seguidamente, com a fralda seca ou quando desperta durante a noite pela vontade de urinar. Ou seja, quando mostra que tem conseguido reter a urina durante todo o período de sono ou ao ser despertada pela sensação de bexiga cheia. Isso acontece, geralmente, entre 2 e 4 anos de idade. É importante ressaltar que variações individuais são esperadas, embora a idade cronológica seja utilizada por boa parte das famílias como sinalizador para o início do desfralde, ela não deve ser tomada como único parâmetro.

1.2.2 Teoria dos três sistemas

Ainda que a enurese seja reconhecida como sendo causada por múltiplos fatores, reconhece-se que os componentes biológicos têm maior influência no surgimento dessa condição clínica (APA, 2014; Nevéus et al., 2006). Pesquisas no campo da etiologia têm indicado consistentemente três mecanismos que explicam a enurese, denominados por Butler e Holland (2000) e largamente referenciados na literatura científica como a teoria dos três sistemas: (1) poliúria

noturna; (2) hiperatividade detrusora; (3) disfunção no mecanismo de despertar.

Vamos nos deter em cada um deles para melhor compreensão:

1. Poliúria noturna: trata-se da produção elevada de urina durante o sono, decorrente do déficit na liberação de vasopressina (AVP, em inglês, ADH, *antidiuretic hormone*), hormônio antidiurético responsável por concentrar e reduzir o volume de urina. Desse modo, a criança produz maior quantidade de urina que a capacidade funcional da bexiga.
2. Hiperatividade dos músculos detrusores: trata-se de contrações não inibidas do músculo detrusor da bexiga, antes mesmo de ela estar completamente cheia. Geralmente, nesses casos, apresentam-se volumes pequenos de perda de urina, o que não se deve ao tamanho reduzido da bexiga (como muitos pais acreditam), mas sim a esse funcionamento atípico.
3. Disfunção no mecanismo de despertar: trata-se de limiares elevados para despertar aos sinais de bexiga cheia, resultando na incapacidade de responder apropriadamente (acordar) às sensações provocadas pelo seu enchimento.

A poliúria noturna e a hiperatividade detrusora, isoladas, não explicam suficientemente a ocorrência de escapes de urina durante a noite. A criança pode produzir mais urina do que é esperado durante o sono e, ainda assim, não molhar a cama, caso consiga discriminar a sensação da bexiga cheia, contrair os esfíncteres e acordar para urinar ou manter essa coordenação entre músculo detrusor e esfíncteriano, adiando a micção até o despertar. Do mesmo modo, se tiver capacidade de despertar com a hiperatividade detrusora (contração da bexiga), também evitará os escapes. Ou seja, uma e outra precisam

estar acompanhadas da disfunção no mecanismo de despertar para resultar na enurese.

1.2.3 Histórico familiar

No atendimento às famílias, é frequente ouvir o relato de que a mãe, ou o pai, ou mesmo ambos também molhavam a cama na infância. Histórico na família é, inclusive, relatado por algumas delas para explicar, acertadamente, a causa da enurese.

A importância da hereditariedade na etiologia da enurese é, hoje, fato mais que conhecido. Artigo sobre a genética da enurese (estudo que revisou diversas publicações sobre o tema) esclareceu que há maior chance de a criança vir a molhar a cama se um de seus genitores o fez, e, se mais de um apresentou o problema, essa chance é ainda maior: 15% de chance para crianças cujos progenitores não apresentaram enurese na infância; 43% de chance para crianças com um progenitor atingido; e 77% de chance para crianças com os dois progenitores (von Gontard, Schaumburg, Hollmann, Eiberg, & Rittig, 2001). Em estudo de Nascimento Fagundes et al. (2016), 91% das crianças apresentavam pelo menos um membro da família com enurese na infância. Com resultado semelhante, Gurocak et al. (2010) indicaram 84% de histórico familiar positivo entre mais de mil crianças com enurese.

1.2.4 Fatores psicossociais e comorbidades

As questões psicológicas em enurese abrangem: (1) sintomas subclínicos, tidos como decorrentes dos episódios de xixi na cama, e (2) distúrbios psiquiátricos comórbidos, cuja associação com enurese não configura propriamente relação de causalidade, com explicações ainda não suficientemente claras.

A perda urinária, por si, é fator de grande impacto emocional na vida da criança, prejudicando o bem-estar e a qualidade de vida dela.

Sentimentos de tristeza, vergonha, humilhação, frustração, culpa, estresse, medo de ser descoberto, além de restrições na vida social, são compreendidos e até esperados para aqueles que molham a cama e não configuram, necessariamente, um transtorno. Informações a respeito das causas da enurese, retirando a culpa e responsabilidade da criança pelas molhadas, e orientação de práticas parentais adequadas para lidar com o problema, substituindo punição por acolhimento e ajuda para resolver o problema, podem ter efeitos muito positivos sobre esses sentimentos.

Entretanto, para uma parcela significativa das crianças com enurese, os problemas emocionais e/ou de comportamento ultrapassam o que pode ser chamado de subclínico, alcançando condição de transtorno psicológico ou psiquiátrico que merece especial atenção da família e dos profissionais de saúde.

Enquanto a prevalência de transtornos mentais na população infantil geral não ultrapassa 15%, estudos epidemiológicos revelam que 20% a 30% das crianças com enurese noturna apresentam comorbidades psiquiátricas, que tendem a aumentar em idade mais elevada, entre o sexo masculino, subtipo enurese secundária e enurese não monossintomática (von Gontard, Baeyens, Van Hoecke, Warzak, & Bachmann, 2011; von Gontard & Kuwertz-Bröking, 2019).

O transtorno comórbido mais frequente é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). A explicação para essa coocorrência baseia-se no fato de o controle e o monitoramento da bexiga, bem como a atenção e o controle do impulso, terem, ambos, participação do sistema nervoso central e fatores neurobiológicos comuns. Baeyens et al. (2004) encontraram uma prevalência de 15% de TDAH do tipo combinado (desatento/hiperativo) em uma população de crianças com enurese e 22,5% do tipo predominantemente desatento, enquanto na população pediátrica geral a prevalência de TDAH é

de 3%-5%. A principal implicação dessa associação diz respeito ao prejuízo no tratamento: crianças com TDAH e enurese apresentam resultados piores quando comparadas àquelas sem a comorbidade (Crimmins, Rathbun, & Husmann, 2003).

Outra associação bastante relatada é com encoprese, que também se configura como um transtorno de eliminação e é caracterizada, pelo DSM-5, por: a) eliminação intestinal repetida de fezes em locais inapropriados, voluntária ou involuntária; b) pelo menos um evento desse tipo deve ocorrer a cada mês, por pelo menos três meses; c) idade cronológica mínima de 4 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente); d) o comportamento não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, laxantes) ou a outra condição médica, exceto por um mecanismo envolvendo constipação (APA, 2014). Von Gontard e Hollmann (2004), ao investigarem a frequência de encoprese entre crianças com enurese, encontraram pouco mais de 5%. No entanto, o diagnóstico de enurese em população com encoprese alcança taxa significativamente expressiva: mais de 55% (Unal & Pehlivanürk, 2004). As fezes ressecadas depositadas no intestino da criança (constipação) podem vir a exercer pressão mecânica sobre a bexiga, diminuindo sua capacidade de armazenamento e aumentando, assim, as chances de perdas de urina.

Quando se constata constipação intestinal (configurando ou não um quadro de encoprese), a recomendação é tratar primeiro esses sintomas e somente depois intervir na enurese.

É necessário considerar que, quando apresentada em estado associado, a enurese merece atenção diferenciada, muitas vezes com manejo não apenas sobre essa queixa, mas também sobre outros comportamentos que podem, direta ou indiretamente, interferir no tratamento. Sendo assim, faz-se necessário que a avaliação inclua não apenas anamnese e características dos episódios de molhadas,

mas que também seja ampliada para a consideração de fatores psicológicos, isto é, o impacto da enurese na vida da criança e de sua família e a possível presença de transtornos comórbidos. Ao clínico, recomenda-se usar instrumento de triagem como primeiro passo para rastreamento e conduzir avaliação aprofundada ou encaminhar para especialista, se for o caso. O tratamento de comorbidade requer conhecimento e experiência.

Em consultório, observamos a dificuldade no tratamento quando a família precisa lidar não apenas com o xixi na cama, mas também com outros problemas de comportamento. No atendimento a crianças com enurese e TDAH, verificamos a necessidade de acompanhamento mais próximo e sistemático para garantir a adesão e a motivação. Considerando que as estratégias comportamentais para lidar com a enurese envolvem procedimentos que requerem disposição e disciplina, é de esperar que prejuízos na atenção e na organização, bem como a dificuldade para o seguimento de regras, sejam barreiras importantes para o sucesso do tratamento. Nesses casos, um tratamento com menor custo de resposta, como medicação, pode ser a melhor opção. Quando em associação com encoprese, um trabalho multidisciplinar que envolva pediatra ou gastropediatra é uma boa recomendação.

1.3 Prevalência

Uma vez que não há consenso sobre os parâmetros de definição da enurese, notadamente com relação à frequência mínima de escapes de urina para alcançar critério diagnóstico, os estudos de prevalência apresentam resultados variados.

Uma pesquisa indicou que 20% dos meninos e 10% das meninas de 7,5 anos de idade molhavam a cama pelo menos uma vez por semana; contudo, apenas 3,6% dos meninos e 1,6% das meninas o faziam pelo

menos duas vezes por semana (Butler, Golding, & Northstone, 2005). Na mais recente publicação do DSM (APA, 2014), indica-se prevalência de 5% a 10%, entre crianças de 5 anos de idade, de 3% a 5%, entre crianças de 10 anos, e em torno de 1%, entre indivíduos com 15 anos ou mais.

No campo nacional, um estudo com 3.602 crianças de 7 anos, nascidas em Pelotas, no Rio Grande do Sul, encontrou 10% de prevalência de enurese, sendo 11% em meninos e 9% em meninas (Mota, Barros, Matijasevich, & Santos, 2015). Um trabalho realizado por Schoen-Ferreira, Marteleto, Medeiros, Fisberg e Aznar-Farias (2007) mostrou que o relato da existência de episódios de escapes de urina ocorreu para 11,3% das crianças em nível escolar, 6,6% dos adolescentes e 1,8% dos jovens.

A despeito dessa variação na prevalência, é consenso que: a enurese é bastante comum em crianças por volta de 7 anos e é usualmente mais frequente no sexo masculino que no feminino (cerca de duas vezes mais comum em meninos até os 11 anos, idade a partir da qual a incidência torna-se semelhante nos dois sexos).

Ademais, os estudos demonstram de maneira consistente que há um declínio na prevalência do transtorno com o avanço da idade, em decorrência de remissão espontânea: a cada ano, 15% dos indivíduos com enurese apresentam remissão espontânea (Jensen & Kristensen, 2001), isto é, deixam de molhar a cama sem qualquer intervenção.

De fato, relatos de que os próprios pais ou outros familiares molhavam a cama quando crianças e o deixaram de fazer quando crescidos são bastante comuns, podendo ser a razão para adiar o tratamento ou mesmo não procurar por ele. Essa crença é confirmada em estudo de Schlomer et al. (2013) diante da questão “Se seu filho sofresse de enurese, o que impediria você de procurar por ajuda?”, quase 50% dos pais assinalaram: “Saber que meu filho poderá superar a enu-

rese”. O discurso de que a enurese é uma condição que se resolve com o passar do tempo, contudo, tem que ser encarado com cautela. Não se pode perder de vista que os escapes de urina podem persistir para uma pequena parcela de adolescentes e mesmo de adultos. A decisão por adiar ou mesmo não buscar ajuda especializada coloca a criança em situação de risco para a permanência do transtorno e, conseqüentemente, para o desencadeamento de problemas emocionais e comportamentais, já que a experiência de molhar a cama, na maioria das vezes, conduz a impactos negativos na vida social da criança. No Capítulo 2, esse tema será discutido.

Conhecer a prevalência do transtorno é tão importante para o profissional de saúde quanto para a própria família e criança. Contar para a criança que enurese é um problema comum na infância e que ela não é a única a molhar a cama produz, certamente, algum conforto. Muitas vezes, as crianças pensam que são as únicas, sentem-se envergonhadas, diferentes das outras de mesma idade e isoladas. Em nossa prática clínica, testemunhamos a surpresa e o alívio quando contamos a elas que, naquele mesmo consultório, já passaram dezenas de outras crianças que também molhavam a cama, mais novas e mais velhas. Com as pequenas, podemos apostar que, na escola ou mesmo na classe em que estudam, há outra criança na mesma condição e esclarecer: “Você conta aos seus amigos da escola que faz xixi na cama?”. A resposta, geralmente, é negativa. “Assim como você não conta, as outras crianças que também molham suas camas guardam segredo.” Para a família, essa noção também é reconfortante, pois confronta o sentimento de culpa e falha por um desfralde que ainda não se realizou.