

Negligência e abuso contra crianças e adolescentes  
com enurese: o que pode ser feito • pág. 9-23  
DOI: [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_56\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_56_1)

# Negligência e abuso contra crianças e adolescentes com enurese: O que pode ser feito<sup>1</sup>

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras<sup>2</sup>

**Neglect and abuse against children and adolescents  
with nocturnal enuresis: what can be done?**

## Abstract

Risk factors associated to the lack of efficient treatment to enuresis in children and adolescent are evidenced, after short synthesis of the problem etiology and its association to two empirically based treatments (EBT- gold standard). The reasons for treatment omission in old international studies are confirmed on recent ones: a) ignorance about the medical nature of the problem, b) parental negligence and c) offering ineffective homemade strategies. Other risk factors are discussed: parental intolerance associated to treatment attrition and parental violence after enuretic episodes. The confirmation of the abuse by one of two Brazilian studies is discussed in terms of their different sampling and methodology. It is suggested to researchers and health professionals facing this negative scenery a coping attitude: being less reactive or more proactive. Some actions from literature and others from the author's research team to prevent ignorance, intolerance, negligence and violence close this paper and illustrate the attitude. FAPESP & CNPq.

**Key-words:** child neglect; enuresis; parental intolerance

---

1 Partes desse trabalho foram apresentados 12<sup>o</sup> IACAPAPP, Paris, 2012, no Simpósio coordenado pelo Dr. Norbert Skoukaskas, intitulado: Abuso e negligência infantil e adolescente.

2 Professora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; coordenadora, orientadora e supervisora do Projeto Enurese (site: [www.Projetoenurese.com.br](http://www.Projetoenurese.com.br)). E-mail: [efdmsilv@usp.br](mailto:efdmsilv@usp.br)

## Resumo

Evidenciam-se riscos associados à falta de tratamento efetivo para enurese infantil e adolescente após breve síntese da etiologia do problema e associação a dois tratamentos empiricamente baseados - padrão ouro. Razões para omissão de tratamento científico, vistas em estudos epidemiológicos antigos, são confirmadas nos recentes: a) desconhecimento da natureza médica do problema, b) negligência parental e c) oferta de estratégias caseiras inefetivas. Apontam-se outros fatores de risco: a intolerância dos pais associada à desistência do tratamento e a violência parental pós-episódios de enurese. A confirmação do abuso por um de dois estudos brasileiros é justificada em termos da diferença na amostragem e metodologia empregada. Aos pesquisadores e profissionais da saúde diante desse quadro negativo sugere-se: ser menos reativo ou mais proativo. Algumas ações da literatura internacional e da equipe de pesquisa da autora para prevenir a ignorância, intolerância, negligência e violência finalizam o artigo e ilustram a atitude proativa.

**Palavras-chave:** negligência infantil; enurese; intolerância parental

## INTRODUÇÃO

Tem sido crescente o número de estudos sobre enurese, muitas vezes, chamada de enurese noturna ou abreviadamente EN. Entende-se, aqui, a condição EN, uma das muito frequentes na infância (Özgür, Özgür, Doğan, & Örün, 2009), em conformidade com um dos documentos de standardização, promovido em 2006, pela Sociedade Internacional de Continência em Crianças - International Children's Continence Society - ICCS (Nevés et al., 2006), ou seja, como incontinência urinária, durante o sono, de uma criança, com pelo menos cinco anos, condição esta não determinada por outros fatores anatômicos ou condições, como a diabetes ou má-formação do sistema nervoso central.

O molhar a cama durante a noite, um problema de alto impacto em crianças e adolescentes (Butler & Heron, 2008), é denominado de enurese monossintomática quando não existem outros sintomas do trato urinário inferior. Esta condição, mais prevalente no sexo masculino durante a infância, mais frequente em certas famílias do que em outras (o que sugere herança genética) é considerada primária quando nunca houve controle da urina durante o sono, ou secundária quando este existiu por pelo menos seis meses consecutivos.

A condição de EN, experimentada por 5-10% das crianças em idade escolar, se não é superada de forma natural até por volta dos cinco anos, pode persistir na

adolescência e vida adulta, ainda que com incidência menor (1-2%) (Butler, Golding, Northstone, & ALSPAC Study Team, 2005a; Yeung, Sreedhar, Sihoe, Sit, & Lau, 2006). Tanto a recuperação espontânea da EN, cuja taxa anual é de apenas 15% (Jensen & Kristensen, 2001) e independe da idade, quanto os estudos brasileiros sobre eficiência do tratamento para adolescentes (e.g. Costa, 2005; Pereira, 2010) e epidemiológicos estrangeiros (Butler et al., 2005a; Yeung et al., 2006) mostram que a incidência do quadro entre adolescentes não é nula. Esses dois pontos derrubam a falsa ideia de que se deixada de forma natural, a EN será superada por si só ou de forma espontânea.

Três mecanismos etiopatogênicos são propostos para a condição de EN, a saber: poliúria noturna (ou baixa produção de vasopressina), hiperatividade detrusora noturna e limiares elevados para despertar aos sinais de bexiga cheia, sendo os três decorrentes de distúrbios da base do cérebro (Nevés, 2011; Nevés et al., 2006). A compreensão do último desses três processos esclarece os motivos pelos quais a terapia com alarme de urina é definida como padrão ouro, dentre todos os tratamentos para EN<sup>3</sup>, de acordo com recente documento do ICCS (Nevés et al., 2010) e em conformidade com as três últimas revisões tipo Cochrane sobre o tema, a saber: 1) Glazener, Evans e Peto (2005); 2) Macedo (2010); 3) Silvaes, Pereira e Sousa (2011).

O tratamento com aparelho de alarme de urina é efetivo na superação da EN pelo fato de o sinal do aparelho conseguir fazer com que a maioria dos portadores de enurese desperte ao sinal dado pelo alarme indicando bexiga cheia e/ou que ela iniciou o processo de urinar, quase no momento mesmo em que ela começa a fazê-lo. Com a continuidade do procedimento o portador acaba por aprender a controlar a urina (o mais frequente) ou a despertar quando sua bexiga está cheia para urinar, dispensando o aparelho. O alarme atua na discriminação dos sinais da bexiga durante o sono, fazendo com que o portador adquira a resposta de controle. É possível que o alarme aja de forma indireta nos outros mecanismos, diminuindo a produção de urina ou aumentando a capacidade da bexiga (Butler et al., 2007).

Pereira, Silvaes e Braga (2010) em um estudo sobre a eficácia do tratamento com o uso de alarme de urina, envolvendo 86 crianças e adolescentes brasileiros, alcançaram uma taxa de sucesso de 71%, a qual foi considerada pelos autores em conformidade com resultados de estudos prévios da literatura internacional de 65% em média (Butler & Gasson, 2005).

O alcance dessa taxa de sucesso no tratamento da EN com aparelho supõe dois fatores essenciais: motivação para o uso e uma dedicação grande dos pais ou

---

3 Ainda de acordo com esse documento o pesquisador ao se referir ao termo enurese quer entender a condição de enurese sem problemas no trato urinário inferior. Assim, toda vez que nos referirmos a enurese o faremos de forma sintética, utilizando apenas as letras EN.

cuidadores dos portadores aos procedimentos do protocolo, em virtude de eles suporem o cumprimento de uma série de instruções. Muitos pais (especialmente os que são intolerantes à enurese) não têm disposição para seguir tais instruções, o que leva a família a desistir da finalização do tratamento antes de alcançar o sucesso. O tratamento com alarme de urina, porém, só será efetivo para superar a dificuldade em despertar associada à poliúria noturna, se os procedimentos forem corretamente seguidos. Pode acontecer, por outro lado, de eles serem seguidos, mas o sucesso não ser alcançado por não se tratar de enurese monossintomática e ter sido erroneamente assim considerada na avaliação.

Nas outras duas situações acima mencionadas (em que a enurese não decorre de poliúria e/ou o despertar não ocorre com a bexiga cheia) o tratamento com alarme não será efetivo, ponto este que destaca a necessidade de uma avaliação cuidadosa e encaminhamento para o tratamento mais adequado para cada caso, ou seja, para outra intervenção empiricamente validada, sem as quais muitos portadores de EN não superarão esta condição. Ao contrário, a falta de tratamento implica riscos para o portador da enurese, tanto orgânicos (transtornos urológicos severos) como psicológicos (transtornos psicopatológicos associados).

A produção elevada de urina à noite, chamada de poliúria (Nevés, 2011) é derivada da falta da produção de vasopressina (um hormônio antidiurético, normalmente produzido pela pituitária, à noite), o que não ocorre com crianças que não molham a cama. Em consequência da produção normal desse hormônio, as crianças não portadoras de EN produzem urina em pouca quantidade à noite (Rittig, Knudesen, Nørgaard, Pedersen, & Djurhuus, 1989). Decorre desses dois pontos, o fato de a desmopressina (DVP) - substância química análoga à vasopressina - ser reconhecida pela ICCS, dentre todas as medicações de base empírica para tratamento da EN, a possibilidade medicamentosa “padrão ouro” de tratamento. O uso da desmopressina é assim considerado, com base na evidência empírica de fazer com que muitas crianças portadoras de EN permaneçam secas durante o sono, em especial aquelas que apresentavam poliúria (Nevés et al., 2010). Contribuem também para esse status o fato de essa medicação ser equivalente ao hormônio antidiurético (vasopressina) e ter como função regular a osmolalidade sérica pela ação nos tubos coletores e túbulos distais, gerando aumento da reabsorção de água pelo rim. Quando ingerida antes de dormir, diminui a produção urinária noturna, além de ter efeito também no sistema nervoso central, desencadeando uma cascata de sinais e inibindo reflexos vesicais (Schulz-Juergensen, Rieger, Schaefer, Neusuess, & Eggert, 2007). Seu uso clínico tem sido crescente, tanto em função dos resultados empíricos, como por ser uma droga segura e apresentar poucos efeitos colaterais e baixo risco, mesmo quando usada por período prolongado (Hjalmas et al., 2004). Uma única precaução deve ser tomada quanto à ingestão excessiva de líquidos num

período próximo à tomada da medicação, pois pode levar à intoxicação hídrica, com hiponatremia e convulsões. No Brasil, ainda não há estudos publicados sobre a utilização desse hormônio como controle da EN, mas existe um estudo em andamento pela equipe da autora.

O exposto até o momento mostra quanto conhecimento científico já foi construído sobre a etiologia da EN associada a dois tratamentos baseados em evidência padrão ouro<sup>4</sup>. Há, no entanto, um contraste entre esse conhecimento científico empiricamente baseado e o popular. Nem sempre pais de crianças com mais de cinco anos, que ainda molham a cama e sabem estar diante de um problema de ordem médica, têm convicções semelhantes aos médicos sobre como tratá-las desse problema; ao contrário, muitas vezes elas são conflitantes, tema que passaremos a discutir.

Shelov et al. (1981), no primeiro estudo sobre as razões parentais para omissão do tratamento baseado em evidência à EN envolveu nove centros médicos do seu país (Turquia) e comparou respostas dadas por médicos e pais a um questionário acerca do conhecimento deles sobre a EN. Apenas 63% dos pais achavam que a intervenção médica era uma maneira satisfatória de levar uma criança com EN a superar o problema, enquanto 87% do grupo dos médicos julgaram importante ter uma avaliação médica para uma definição do melhor tratamento para a condição. Embora muitos médicos prescrevessem medicamentos como solução do problema, apenas 6.6% dos pais julgavam que os medicamentos eram efetivos para tratar a EN. Uma comparação entre os vários métodos utilizados para controlar a EN indicaram que os pais apontaram muito mais que os médicos: acordar, conversar, restringir fluidos e punir.

O estudo de Can, Topbas, Otken, e Kizil (2004) diretamente abordou a questão do abuso infantil como resultado da EN. Esse estudo, sobre fatores de risco da EN, também da Turquia, voltado para a faixa etária 5-17 anos, implicou entrevistas individuais, com 889 mães, sobre a existência, frequência da enurese e as reações dos pais à EN da criança. A prevalência de EN encontrada (17.9% no grupo etário investigado) não diverge de outros estudos (e.g. Verhulst et al., 1985). O que o destaca é ter chamado atenção para as altas taxas de abuso e negligência presente nos lares dos portadores de enurese, no país investigado. De acordo com os autores dentre 154 mães, 86.4% ( $n = 133$ ) estavam envolvidas com diferentes tipos de abuso e negligência aos portadores de EN. Para Can et al. (2004) 40.6% das crianças haviam sido negligenciadas por não terem sido encaminhadas ao médico

---

4 Não é objetivo de esse trabalho aprofundar sobre a etiologia da condição de enurese e sua associação com todos os tratamentos empiricamente baseados para o tratamento mas sim evidenciar os riscos associados a falta de tratamento e o que pode ser feito para prevenção dos riscos. O texto se restringe, então, a apenas associar dois tratamentos padrão ouro a etiologia da condição mas os leitores interessados na relação podem consultar o documento de estandarização da ICCS (2006).

para tratamento da condição, 42.1% haviam sido espancadas e 12.8% punidas em função do seu descontrole enurético.

Aliado aos estudos que investigam diretamente a questão da inadequação do tratamento providenciado aos portadores de EN, os estudos epidemiológicos sobre o tema parecem se constituir num recurso indireto de encontrar possíveis razões para os pais não encaminharem os filhos ao tratamento efetivo da EN. Silveiras (2012), com base nessa ideia, promoveu revisão não exaustiva de estudos epidemiológicos sobre EN (desde a década de 90 até o presente) e encontrou três motivos determinantes principais, a saber: a) ignorar a natureza médica da condição problemática passível de tratamento (e.g. Yeung, 1997) b) não considerar a EN como objeto de intensa preocupação (e.g. Özkan, Garipardic, Toktami, Karabiber, & Sahinkanat, 2004); e c) tentar resolver o problema por estratégias caseiras (e.g. Butler, Golding, Heron, & ALSPAC Study Team, 2005b; Emerich, Sousa, & Silveiras, 2011; Haque et al., 1981; Shelov et al., 1981).

O estudo epidemiológico asiático desenvolvido por Yeung (1997) envolveu respostas de cuidadores a 3.521 questionários para avaliar a incidência da EN em Hong Kong, especificamente em crianças entre 4-12 anos. Análise dos questionários revelou uma prevalência bem baixa de EN nesta população de crianças (3.5%) em comparação com os resultados de estudos realizados em países ocidentais. O estudo mais recente de Yeung et al. (2006), no entanto, com famílias de crianças e jovens de 5-19 anos mostraram resultados bem diferentes dos apresentados por Yeung (1997) e parecem explicar os motivos dessa tão baixa incidência encontrada da China anteriormente. 21.000 pais receberam questionários sobre: presença ou ausência de incontinência urinária, incontinência diurna, frequência de “molhadas”, doenças e histórico familiar. Também foi solicitado aos participantes da pesquisa que indicassem a forma pela qual haviam se tornado conscientes de que o molhar a cama era um problema que merecia atenção médica. Os questionários foram recebidos através de escolas infantis, fundamentais e secundárias, selecionadas ao acaso para abranger diferentes áreas de Hong Kong. 16512 questionários (78.6%) foram preenchidos e devolvidos, os quais demonstraram ser a taxa de prevalência de 16.1% para crianças de 5 anos, com marcada redução na prevalência com o avanço da idade. A maioria dos pais (89%) declarou só ter tomado conhecimento de que a EN era um problema médico merecedor de atenção através de mídia de massa, ao longo dos últimos 3-4 anos. A baixa prevalência de EN, relatada anteriormente, em Hong Kong (Yeung, 1997) foi declarada pelos autores como falsa e provavelmente derivada do desconhecimento dos pais acerca do problema.

Özkan et al. (2004) realizaram um estudo epidemiológico na Turquia envolvendo questionários, respondidos por familiares de crianças de 5-11anos, moradores da região leste do país. De um total de 3527 familiares de crianças dessa faixa etária,

10% apresentavam EN, o que confirma dados de pesquisas anteriores. No entanto, apenas 15% dos pais dessas crianças haviam visitado um médico em função do problema, o que levou os autores a concluir que não era intensa a preocupação dos pais com a EN.

No estudo de Butler et al. (2005b), pais ingleses, cujos filhos tinham sete anos e meio responderam um questionário autoaplicável sobre todas as estratégias já experimentadas pelos pais e/ou que ainda estavam utilizando para ajudar a sua criança parar de “fazer xixi na cama”. Onze opções foram fornecidas a cada um dos 8269 pais que responderam ao questionário, sendo que 40.8% destes indicaram que haviam tentado pelo menos uma das 11 estratégias propostas. Em termos de intervenções terapêuticas mais utilizadas com os filhos que tinham EN foram apontados: o alarme de urina (empregado com 19.2%) e a medicação (com 13.1%). Surpreendentemente apenas 31.9% dos pais do total de crianças com EN haviam buscado ajuda sobre o assunto com um assistente social. Em termos de estratégias caseiras utilizadas pelos pais no presente: a restrição noturna a fluidos e o levantar a criança para ir ao banheiro à noite foram às estratégias predominantes - ambas desaconselhadas pela literatura científica (e.g. Butler, 1994). O mesmo caráter negativo é atribuído às estratégias declaradas como mais utilizadas pelos pais no passado: o levar a criança ao banheiro para urinar durante a noite e o mostrar desagrado (punir).

Butler et al. (2005b) encontraram ainda uma diferença significativa entre as crianças de sete anos e meio de idade, com enurese noturna e as sem o problema no que diz respeito à punição. As primeiras eram mais sujeitas à punição pelos pais diante da situação: 22.1% dos pais de crianças com enurese noturna tinham punido (“mostrado desagrado”) diante do molhar a cama no passado. Segundo Butler et al. (2005b): 20 - 36% dos pais de crianças com enurese noturna tendem a adotar uma atitude punitiva, a qual se constitui em dado empírico de confirmação aos estudos de Haque et al. (1981), Butler, Redfern, e Forsythe (1993) e Chao et al. (1997). Cabe lembrar, entretanto, ser esse número bem inferior ao de outros estudos internacionais já citados (e.g., Can et al., 2004).

Um ponto que chama muito a atenção no estudo de Butler et al. (2005b) além dessa disparidade é relacionado com o número de pais de crianças que não molhavam a cama à noite quando tinham sete anos e meio (68%) e que relataram nunca ter tentado qualquer uma das estratégias caseiras para auxiliar a sua criança a desenvolver o controle da bexiga à noite. Embora tais dados não permitam uma compreensão a respeito de como e quando a criança tornou-se seca, a descoberta sugere que o controle da bexiga à noite pode não ser assistido necessariamente pelo envolvimento intenso dos pais. Reforça esse ponto, o fato da ausência de estratégias negativas somadas às estratégias positivas serem usadas em maior proporção por

pais de crianças que permaneciam secas durante o sono aos sete anos e meio de idade. Ou seja, os pais destas últimas mais do que as que permaneciam molhadas informaram que ou não haviam tomado nenhuma atitude para seus filhos obterem o controle vesical ou informaram terem incentivado mais sua prole a ir ao banheiro com maior regularidade durante o dia do que os pais das que permaneciam molhadas.

No Brasil, há poucos estudos epidemiológicos em geral, fato que se estende para enurese, em particular, bem como para estudos sobre reações negativas dos pais ao problema. Foram encontrados apenas dois estudos envolvidos direta ou indiretamente com essa última questão.

O primeiro deles é o de Sapi, Vasconcelos, Silva, Damião, e Silva (2009), cujo objetivo explicitamente colocado pelos autores era – descrever a frequência da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes brasileiros devido ao episódio enurético” e os fatores de risco associados a ela. No estudo transversal, envolvendo 149 pacientes com idades de entre seis e 18 anos, diagnosticados com EN, os quais, como seus responsáveis legais passaram por entrevista semiestruturada, nas quais foram obtidas informações tanto acerca do agressor (os pais predominantemente) sobre as características da violência doméstica quanto com o agredido, sendo esta entrevista adicionada a uma atividade lúdica para o paciente. A agressão foi classificada em verbal, física sem contato, ou física com contato. Dos pacientes entrevistados, 89% ( $n = 132$ ) afirmaram ter sofrido algum tipo de agressão devido ao episódio enurético. Todos os casos apresentaram punição verbal associada ou não a outro tipo de agressão. Punição física sem contato ocorreu em 50.8% dos casos, e com contato, em 48.5%. O principal agressor foi a mãe (87.9%). Houve uma correlação significativa entre os anos de estudo dos responsáveis e a gravidade da punição. Os autores concluíram serem alarmantes os índices de punição em pacientes com enurese noturna monossintomática primária. Na próprias palavras dos autores – crianças e adolescentes enuréticos que convivem no âmbito doméstico com pessoas com poucos anos de estudo podem ser considerados população de risco em relação à violência doméstica” (p. 433).

O estudo de Emerich et al. (2011) focalizou, entre outros aspectos, as estratégias caseiras utilizadas pelos pais para solucionar a questão da enurese de seus filhos, examinando prontuários de 185 crianças (6-11 anos) e 55 adolescentes (12-18 anos), de ambos os sexos, passados em triagem, entre 2004 e 2009, pelo Projeto Enurese (um serviço-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-SP, destinado ao atendimento de portadores de enurese). A punição encontrada no referido estudo de apenas 15.4% dos pais de crianças e de 17.3% dos adolescentes se aproxima do encontrado por Butler et al. (2005b). O fato de a maioria dos pais do Projeto Enurese, ter declarado recorrer predominantemente ao uso de fraldas ou protetor de colchão e acordar a criança para ir ao banheiro e não à punição -



uma clara discordância entre os estudos brasileiros - é derivada possivelmente da divergência de metodologia e amostragem das populações dos dois estudos. No estudo de Emerich et al. (2011) os dados foram levantados a partir da consulta de prontuários que continham dados da entrevista com os pais, enquanto no de Sapi et al. (2009) as entrevistas foram realizadas com as crianças e adolescentes, que tendem a ocultar menos o fato do que os pais quando questionados diretamente. Cabe lembrar que no estudo de Can et al. (2004) cuja coleta também se deu por entrevistas a taxa de violência foi muito superior à encontrada em estudos nos quais essa foi informada em questionários (e.g., Haque et al., 1981; Shelov et al., 1981).

Um ponto comum nos dois estudos brasileiros e em vários antes citados (e.g., Butler et al., 2005b) é o de que muitos familiares de crianças com EN, ao invés de buscar a ajuda adequada para controlar a EN recorrem a estratégias caseiras para o tratamento do problema. O próprio fato de as famílias brasileiras terem buscado auxílio no centro especializado (Projeto Enurese) depois de terem utilizado tais estratégias de forma ineficaz, demonstram isso.

Para finalizar esta revisão cumpre analisar os resultados do estudo de Hoffmann, Steuber, Gunther, Glaeske, e Bachmann (2012), o mais recente estudo encontrado sobre omissão de tratamento empiricamente baseado para EN. Hoffman et al. (2012) tinham como objetivos: analisar a incidência administrativa de crianças alemãs recém-diagnosticadas com incontinência urinária e avaliar utilização relativa a serviços de saúde ambulatorial pelo grupo delas. Os autores identificaram e analisaram os prontuários de uma empresa de seguro de saúde estatutário restringindo sua análise aos prontuários de pacientes de 1 a 18 anos de idade, com diagnóstico recente de incontinência não orgânica de urina durante um período de um ano (2007). Para esta coorte, levaram em consideração a prescrição recebida de: desmopressina, antiespasmódicos, inibidores de monoamina de recaptção não seletivos, dispositivos de alarme e almofadas de incontinência. 3.188 pacientes (59.4% do sexo masculino, com idade média 6.8 anos) satisfizeram os critérios de inclusão na pesquisa definidos pelos pesquisadores. Dentre todos os clientes focalizados 25.4% eram menores de cinco anos de idade. Para 7.9% foram prescritos desmopressina, já 7.4% receberam antiespasmódicos urinários e 7.0% foram tratados com dispositivos de alarme. Foram ainda prescritos tratamentos não específicos relacionados com a incontinência à 77.9% de pacientes. Ou seja, verifica-se que não apenas as famílias são pouco informadas sobre a enurese, mas também os profissionais. Isso agrava exponencialmente a situação, pois as poucas famílias que reconhecem a enurese como uma questão de saúde frequentemente não recebem informações adequadas nem o encaminhamento para os melhores tratamentos. Embora não existam estudos nacionais sobre o assunto, a nossa experiência clínica no Projeto Enurese evidencia que muitos profissionais de saúde não oferecem tratamento nenhum, argumentando

que é um problema que “vai passar” ou indicam tratamentos obsoletos, ineficazes e contraindicados, como a imipramina, um antidepressivo tricíclico.

Podemos tomar as conclusões dos autores da última referência citada (Hofmann et al., 2012) como nossas e afirmar que diante desses resultados há necessidade de muitos esforços no sentido de educar a população para as opções mais atuais de tratamento da EN, bem como instrumentalizar os profissionais de saúde para adotar as condutas adequadas. Esses pontos se revestem da maior importância, especialmente considerando-se que o presente trabalho chama a atenção para os riscos de intolerância, negligência e violência que correm muitos portadores de enurese. Não é possível aceitar inerte as “evidências de que as modalidades de tratamento só em parte cumpram com as diretrizes atuais para o tratamento de crianças e adolescentes com incontinência urinária não orgânica” (Hoffman et al., 2012, p.31).

Os dados aqui apresentados sobre a omissão de tratamento adequado ou a desistência dele para pacientes com enurese faz com que seja esperado outro dado empírico apresentado por estudos epidemiológicos (Butler et al., 2005a; Liu, Sun, Uchiyama, Li, & Okawa, 2000; Yeung et al., 2006), ou seja, que pacientes com EN apresentam mais problemas psicológicos do que os que não apresentam o quadro. Há, além disso, estudos demonstrando que crianças com EN apresentam menos problemas do que crianças encaminhadas para as clínicas psicológicas por problemas distintos (e.g., Santos & Silveiras, 2006). Esses pontos (associação entre problemas infantis e a condição de EN) permitem ver a enurese como problema primário e os problemas associados como secundários ou decorrentes dela, hipótese esta, fortalecida pelos estudos de avaliação que mostram como as crianças portadoras de EN apresentam menor autoestima do que as que não são portadoras (Coppola, Costantini, Gaita, & Saraulli, 2011). Complementam essas informações as trazidas pelos estudos de intervenção que mostram como as crianças e adolescentes com EN se beneficiaram após o tratamento da EN (Hirasing, van Leerden, Bolk-Bennik, & Koot, 2002; Pereira, Costa, Rocha, Arantes, & Silveiras, 2009) passando a apresentar menos problemas comportamentais e emocionais.

A tese de que a EN é um transtorno primário e que os problemas a ela associados são secundários e, dela derivados, tem ainda a seu favor os estudos sobre as relações entre autoestima e EN. Nessa direção, por exemplo, o estudo de Hägglöf, Andrén, Bergström, Marklund, e Wendelius (1997), além de evidenciar como as crianças portadoras de EN tinham sua autoestima elevada após o tratamento específico para a condição, evidenciavam também que autoestima delas continuava em elevação à medida que o tempo passava após a remissão do problema.

Diante do cenário negativo antes apresentado e das perspectivas ainda mais problemáticas decorrentes de tal quadro, cabe a pergunta natural: o que pode ser

feito em benefício dos portadores de enurese de modo a contribuir para que eles além de não serem vítimas de negligência e abuso de seus responsáveis, recebam o tratamento adequado para superar o descontrole vesical e possam experimentar o positivo impacto do tratamento efetivo da EN?

Sem dúvida, é muito importante que os portadores de EN tratem dessa condição tão logo o diagnóstico se concretize, mas para isso é importante que os profissionais da saúde, cientes da falta de conhecimento parental sobre o problema de enurese noturna e dos riscos de abuso que os episódios de enurese podem gerar, tomem a iniciativa para que o problema seja trazido à luz pelos pais, formulando questões diretas sobre o problema e não esperando que os pais o tragam espontaneamente. De igual forma fica cada vez mais claro que os profissionais da saúde devem se manter atualizados sobre esse tema, pois somente assim, poderão fornecer informações claras sobre o tratamento correto para a condição, bem como, envidar todos os esforços no sentido da superação definitiva do problema e melhoria de autoestima do portador de enurese.

Cientes das esperadas divergências de percepções acerca do problema em questão (enurese: causas e modos de tratamento) entre os principais envolvidos no tratamento de um portador de enurese (médicos e pais ou responsáveis dos portadores de EN) é importante que os clínicos (de diversas áreas) quando planejam um tratamento para o principal interessado e em risco fiquem atentos e investiguem a possibilidade de discrepâncias de opiniões. Somente o esclarecimento das divergências permitirá o encaminhamento correto e benéfico ao cliente.

Não é demais acrescentar que atitude semelhante seja esperada por parte de todos os pesquisadores dessa área. Deve-se reafirmar que a estes cabe, ainda, não só divulgar o saber de todas as formas possíveis, mas principalmente não esmorecer jamais na construção de conhecimento, especialmente voltado para questões de risco dos portadores de enurese. Em outras palavras, a ação dos pesquisadores e profissionais da área deve ser proativa e não reativa.

O estudo de Yeung et al. (2006), aparentemente realizado após ampla divulgação educacional sobre o tema da enurese na mídia chinesa, parece ter sido responsável pelos dados de prevalência do estudo de Yeung (1997) terem sido considerados falsos e pode também ilustrar o que entendemos por atitude proativa de longo alcance.

Pesquisadores e profissionais da saúde, independentes de sua nacionalidade, devem seguir o exemplo dos pesquisadores chineses. Claro que nem todos poderão realizar uma ação de alcance tão amplo quanto o daqueles pesquisadores, mas se tiverem a preocupação com a disseminação do conhecimento, ainda que sua ação seja menor de alcance, poderá também ser proativa.

A atitude proativa, para aqueles que são clínicos mas não pesquisadores, especialmente quando lidam com crianças e adolescentes, é a de investigar a

ocorrência da enurese mesmo quando os pais não a trazem como uma queixa, já que, como foi observado, muitos deles não reconhecem o quadro como um problema médico.

Outro exemplo dessa atitude proativa mas envolvendo pesquisadores e clínicos pode ser vista no estudo de Butler e McKenna (2002) que fizeram um levantamento junto a um grupo de profissionais que trabalham com crianças com enurese noturna, no sentido de sugerirem uma série de intervenções possíveis para reduzir a intolerância parental, a qual, como já vimos, está associada a desistência do tratamento. Incluímos cinco das sugestões propostas por Butler e McKenna (2002) obtidas com os profissionais envolvidos no estudo, a seguir: 1) promover o desenvolvimento da compreensão dos pais sobre enurese; 2) empatizar e apoiar os pais reconhecendo as dificuldades da situação por eles vivida; 3) alterar a concepção de causalidade da enurese dos pais em relação à criança, mostrando que ela não é culpada por apresentar o problema e que não está ao alcance dela sozinha a solução da condição; 4) apoiar a criança e fornecer explicação do “xixi na cama” através do modelo de três sistemas (Butler & Holland, 2000) e 5) empregar uma intervenção farmacológica adequada.

Várias ações, menos práticas, levadas a efeito pela equipe de atendimento / pesquisa do Projeto Enurese ([www.projetoenurese.com](http://www.projetoenurese.com)) podem ser citadas como ilustração dessa mesma atitude: 1) busca incessante de cobertura para várias lacunas de conhecimento - ilustra essa ação, a criação de escalas de reação dos pais ao episódio enurético, destinada ao portador da enurese e não a seus pais, recentemente levada a efeito pela equipe da autora e pesquisas com ela encontram-se em efeito por grupo de pesquisadores brasileiros; 2) provimento de informações (carentes ao grande público e que não estão acessíveis de maneira fácil), de diferentes formas, como: a) produção de livros sobre o tema para crianças e pais; b) produção de livros para profissionais da saúde; c) elaboração de workshops de capacitação de profissionais da saúde; 3) uso de novas tecnologias (como a internet, por exemplo) em benefício da comunidade, seja no atendimento clínico ou educacional aos portadores de enurese, etc.; 4) promoção de intercâmbio de pesquisa entre diferentes centros de pesquisa voltados para a questão da EN de modo a produzir conhecimento culturalmente contextualizado sobre o tema.

Um último ponto de acréscimo para finalizar este trabalho emerge de forma natural: as sugestões idealizadas e aqui transpostas para prevenir a intolerância, negligência e abuso merecem um teste empírico sobre sua eficiência, teste este que pode ser executado por todos os que julgarem serem as mesmas merecedoras de implementação.

## AGRADECIMENTOS / AKNOWLEGMENTS

A autora deseja publicamente agradecer ao Dr. Rodrigo Fernando Pereira pela cuidadosa leitura de revisão do presente texto e pelas adições, nele, feitas de modo a lhe dar maior clareza.

## REFERÊNCIAS

- Butler, R. J. (1994) *Nocturnal enuresis: the child's experience*. Butterworth Heinmann, Ltd., Linacre House, Jordan Hill, Oxford OX2 8DP, England.
- Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39(5), 349-357. doi: 10.1080/00365590500220321
- Butler, R. J., Golding, J., Northstone, K., & ALSPAC Study Team (2005a). Nocturnal enuresis at 7.5 years old: Prevalence and analysis of clinical signs. *International Brazilian Journal of Urology*, 96(3), 404-410. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05640.x
- Butler, R. J., Golding, J., Heron, J., & ALSPAC Study Team (2005b). Nocturnal enuresis: A survey of parental coping strategies at 7 1/2 years. *Child: Care, Health & Development*, 31(6), 659-667.
- Butler, R. J., & Heron, J. (2008). An exploration of children's views of bedwetting at 9 years. *Child: Care, Health & Development* 34(1), 65-70. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00781.x
- Butler, R. J., & Holland, P. (2000). The three systems: A conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34(4), 270-277.
- Butler, R. J., Holland, P., Gasson, S., Norfolk, S., Houghton, L., & Penney, M. (2007). Exploring potential mechanisms in alarm treatment for primary nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 41(5), 407-413. doi: 10.1080/00365590701571506
- Butler, R. J., & McKenna, S. (2002). Overcoming parental intolerance in childhood nocturnal enuresis: a survey of professional opinion. *British Journal of Urology International*, 89, 295-297. doi: 10.1046/j.1464-4096.2001.01774.x
- Butler, R. J., Redfern, E. J., & Forsythe, I. (1993). The maternal tolerance scale and nocturnal enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 31(4), 433-436. doi: 10.1016/0005-7967(93)90103-2
- Can, G., Topbas, M., Otken, A., & Kizil, M. (2004). Child abuse as a result of enuresis. *Pediatrics International*, 46, 64-66. doi: 10.1111/j.1442-200X.2004.01829.x
- Chao, S. M., Yap, H. K., Tan, A., Ong, E. K., Murugasu, B., Low, E. H., & Tan, S. P. (1997). Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in Singapore – parental perspectives in an Asia community. *Annals of Academic Medicine Singapore*. 26(2), 179-183.
- Coppola, G., Costantini, A., Gaita, M., & Saraulli, D. (2011). Psychological correlates of enuresis: A case-control study on an Italian sample. *Pediatric Nephrology*, 26(10), 1829-1836. doi: 10.1007/s00467-011-1880-3
- Costa, N. J. D. (2005). *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Emerich, D., Sousa, C.R.B., & Silveiras, E. F. M. (2011). Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese noturna. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 240-250.
- Glazener, C. M., Evans, J. H., & Peto, R. E. (2005). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD002911.pub2
- Hägglöf, B., Andrén, O., Bergström, E., Marklund, L., & Wendelius, M. (1997). Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 31(Suppl.183), 79-82.
- Haque, M., Ellerstein, N. S., Gundy, J. H., Shelov, S. P., Weiss, J. C., McIntire, M. S., ... Starfield, B. H. (1981). Parental perceptions of enuresis. A collaborative study. *American Journal of Disease in Childhood*, 135(9), 809-811.
- Hirasing, R. A., van Leerdan, F. J. M., Bolk-Bennik, L. F., & Koot, H. M. (2002). Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91(8), 960-964. doi: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb02862.x
- Hjalmas, P., Arnold, T., Bower, W., Caione, P., Chiozza, L. M., von Gotard, A., ... Yeung, C. K. (2004). Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of Urology*, 171(6), 2545-2561.
- Hoffmann, F., Steuber, C., Gunther, J., Glaeske, G., & Bachmann, C. J. (2012). Which treatments do children with newly diagnosed non-organic urinary incontinence receive? An analysis of 3,188 outpatient cases from Germany. *Neurourology and Urodynamics*, 31, 93-98. doi: 10.1002/nau.21177
- Jensen, I. N., & Kristensen, G. (2001). Meta-analyses of results of alarm treatment for nocturnal enuresis--reporting practice, criteria and frequency of bedwetting. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 37, 232-238. doi: 10.1080/00365590310008118
- Liu, X., Sun, Z., Uchiyama, M., Li, Y., & Okawa, M. (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 and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1557-1564. doi: 10.1097/00004583-200012000-00020
- Macedo, A. (2010). Enurese noturna primária - revisão sistemática do tratamento. *Acta Urologica*, 3, 5-60.
- Nevés, T. (2011). Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. *Pediatric Nephrology*, 26(8), 1207-1214. doi: 10.1007/s00467-011-1762-8
- Nevés, T., Eggert, P., Evans, J., Macedo, A., Rittig, S., Tekgül, S., Vande Walle, J., Yeung, C. K., & Robson, L. (2010). Evaluation and treatment of monosymptomatic enuresis: A standardisation document from the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 183(2), 441-447. doi: 10.1016/j.juro.2009.10.043
- Nevés, T., von Gontard, A., Hoebeke, P., Hjälmås, K., Bauer, S., Bower, W., Jørgensen, T. M., Rittig, S., Vande Walle, J., Yeung, C.K., & Djurhuus, J. C. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standardisation committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Journal of Urology* 176(1), 314-324. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00305-3
- Özgür, B. C., Özgür, S., Doğan, V., & Örün, U. A. (2009). The efficacy of an enuresis alarm in monosymptomatic nocturnal enuresis. *Singapore Medicine Journal*, 50(9), 879-880.
- Özkan K. U., Garipardic, M., Toktamis, A., Karabiber, H., & Sahinkanat, T. (2004). Enuresis Prevalence and Accompanying Factors in Schoolchildren: A Questionnaire Study from Southeast Anatolia. *Urologia Internationalis*, 73(2), 149-155. doi: 10.1159/000079696

- Pereira, R. F. (2010). *Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para enurese noturna* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Pereira, R. F., Costa, N. D., Rocha, M. M., Arantes, M. C., & Silveiras, E. F. M. (2009). O efeito da terapia comportamental para enurese sobre outros problemas de comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 419-423.
- Pereira, R. F., Silveiras, E. F. M., & Braga, P. (2010) Behavioral alarm treatment for nocturnal enuresis in a Brazilian sample. *International Brazilian Journal of Urology*, 36, 332-338. doi: 10.1590/S1677-55382010000300010
- Rittig, S., Knudsen, U. B., Nørgaard, J. P., Pedersen, E. B., & Djurhuus, J. C. (1989). Abnormal diurnal rhythm of plasma Vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *American Journal of Physiology – Renal physiology*, 256(4), F664-671.
- Santos, E. O. L., & Silveiras, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: Um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 277-282.
- Sapi, M. C., Vasconcelos, J. S. P., Silva, F. G., Damião, R., & Silva, E. A. (2009). Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos. *Jornal de Pediatria*, 85(5), 433-437. doi: 10.1590/S0021-75572009000500011
- Schulz-Juergensen, S., Rieger, M., Schaefer, J., Neusuess, A., & Eggert, P. (2007) Effect of 1-desamino-8-D-arginine vasopressin on prepulse inhibition of startle supports a central etiology of primary monosymptomatic enuresis. *The Journal of Pediatrics*, 151(6), 571-574. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.05.024
- Shelov, S. P., Gundy, J., Weiss, J. C., McIntire, M. S., Olness, K., Staub, H. P., ... Starfield, B. (1981). Enuresis: A contrast of attitudes of parents and physicians. *Pediatrics*, 67(5), 707-710.
- Silveiras, E. F. M. (2012). A importância do tratamento da enurese noturna. In E.F.M. Silveiras & R. F. Pereira (Orgs.), *Enurese noturna: diagnóstico e intervenção* (cap. 1). São Paulo: Artmed Editora.
- Silveiras, E. F. M., Pereira, F. R., & Sousa, C. R. B. (2011). Evidências no tratamento da Enurese Noturna. In T. Melnik & A.N. Atalah (Orgs.), *Psicologia baseada em evidências: Prova científica da efetividade da psicoterapia* (cap. 5). São Paulo: Santos.
- Verhulst, F. C., van der Lee, J. H., Akkerhuis, G. W., Sanders-Woudstra, J., A., R., Timmer, F., C., & Don Horst, I. D. (1985). The prevalence of nocturnal enuresis: do DSM III criteria need to be changed? A brief research project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 989-993. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb00612.x
- Yeung, C. K. (1997). Nocturnal enuresis in Hong Kong: Different Chinese phenotypes. *Scandinavian Journal of Urology*, 183(Suppl), 17-21.
- Yeung, C. K., Sreedhar, B., Sihoe, J. D., Sit, F. K., & Lau, J. (2006). Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: A critical appraisal from a large epidemiological study. *International Brazilian Journal of Urology*, 97, 1069-1073. doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.06074.x