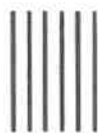
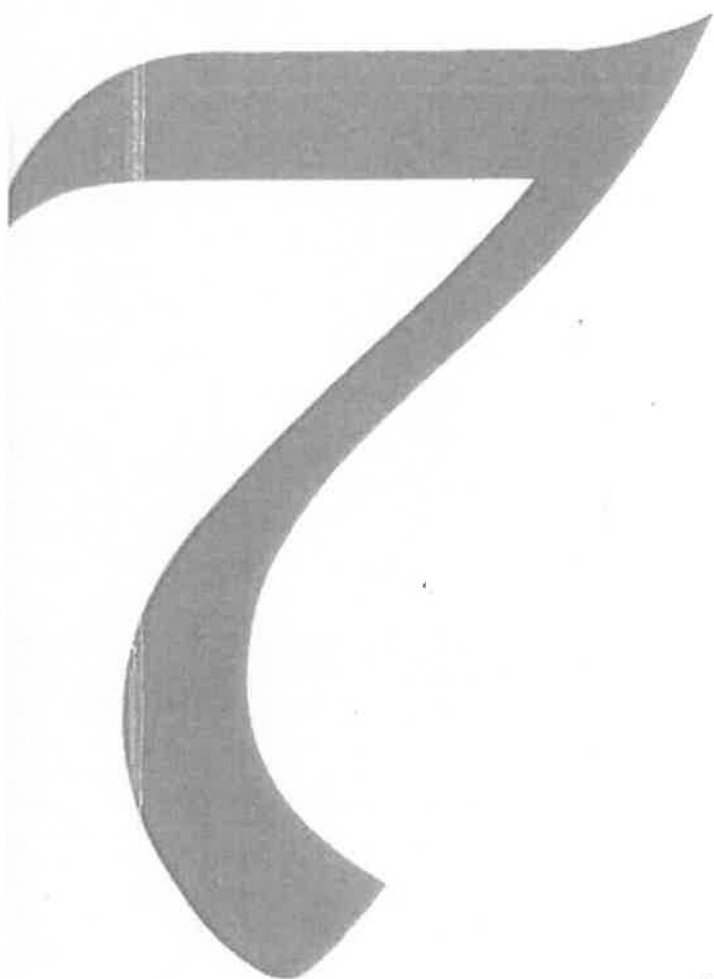


# Egitania

s c i e n c i a



número 7

2 0 1 0

**Título***Egitânia Sciencia***Director:** Fernando A.Sá Neves dos Santos.**Conselho Editorial:** Jorge M. Monteiro Mendes, Fernando A.S. Neves Santos, Helder L. Rebelo Sequeira, Gonçalo Fernandes Poeta, Constantino Mendes Rei (Instituto Politécnico da Guarda - IPG).**Comissão Científica do IPG:** Ana Cristina Marques Daniel, Adérito Neto Alcaso, Alberto Trindade Martinho, Amândio Pereira Baía, Ana M. M. Caldas Antão, Ana Maria Jorge, Ana Margarida G. Fonseca, Ascensão M. Martins Braga, Carla H. H. C. T. Ravasco Nobre, Carlos A. Correia Carreto, Carlos F. Sousa Reis, Carlos M. Gonçalves Rodrigues, César Rafael Gonçalves, Eurico J. Gomes Dias, Ezequiel Martins Carrondo, Fernanda M. Trindade Lopes, Fernando C. Silva Marques, Fernando Pires Valente, Filomena S.J. Bolota Velho, Gonçalo J. Poeta Fernandes, Joaquim J. Quadrado Gil, Joaquim M. Fernandes Brigas, Jorge A.P. Fonseca Trindade, José G. Peres Monteiro, José M. Mayor Gonzalez, José R. Santos André, Luísa M.L. Queiroz de Campos, Manuel A. Brites Salgado, Maria C.S. Pinto Silveira, Maria Eduarda Ferreira, Maria F. Santos David, Maria M. Santos Natário, Maria R. Gomes Gouveia, Maria R. da Silva Santana, Paula Isabel T.G. C. Borges, Paulo A. Moutinho Barroso, Pedro M.S. Melo Rodrigues, Rosa B. C. Tracana Pereira, Rui A.P.S. Cunha Ferreira, Rute M.G.A. Teixeira Matos, Teresa J. Trindade M. C. Fonseca, Teresa M. Dias de Paiva, Tiago M.C. Santos Barbosa, Samuel Walter Best.**Revisão Técnica:** Ana M Morais Antão (ESTG-IPG); António Rosa (ISCTE-IUL); Daniel Silva (ESS-IPV); Dulce Galvão (ESEC); João M. Ferreira (FCSH-UBI); Joaquim Delgado (EST-ISPV); Joaquim Gonçalves Antunes (EST-ISPV); José Pires Manso (FCSH-UBI); Juan Igartua Perosanz (FCS-US); Manuel Salgado (ESTH-IPG); Manuela Ferreira (ESS-IPV); Paula Coutinho Borges (ESS-IPG); Rogério Simões (FC-UBI); Sérgio Araujo (ESTM-IPL);**Revisão de provas:** José Reinas Caldeira, Guadalupe Arias Mendez, Sílvia Alexandra Lopes dos Reis.**Propriedade:** Instituto Politécnico da Guarda, Av. Dr. Francisco Sá Carneiro nº 50 \* 6300-559 Guarda  
**Contactos:** Telf. 271 220 111 \* Fax 271 222 690, Email: [gic@ipg.pt](mailto:gic@ipg.pt)**Endereço Web:** <http://www.ipg.pt/revistaipg/>**Composição gráfica**

M Comunicação

**Impressão e Acabamentos:** Daniel Ferreira e Francisco Leite**Depósito Legal:** nº 260795/07**ISSN:** 1646-8848**Vol. VII, Novembro de 2010****Periodicidade:** Semestral**Tiragem:** 1 000 exemplares**Assinatura:** Portugal 20€, Europa 30€, Resto do Mundo 50€**Preço Capa:** 20€

Proibida a reprodução total ou parcial desta Revista sem autorização expressa da Direcção de "Egitania Sciencia". Todos os direitos reservados. Forbidden the total or partial reproduction of this Magazine without express authorization of the Direction Board of "Egitania Sciencia". All rights reserved.

**Apoio a este número:***Fundação para a Ciência e a Tecnologia**Banco Santander Totta**Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior (UDI/IPG)*

Nota: Os artigos são da responsabilidade dos autores, não reflectindo necessariamente os pontos de vista da direcção ou dos revisores.

# ENURESE NOCTURNA: EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, FACTORES PSICOLÓGICOS E SEUS EFEITOS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

NIGHT ENURESIS: EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY,  
PSYCHOLOGICAL FACTORS AND ITS EFFECTS ON DEVELOPMENT OF  
CHILD/TEENAGER

ENURESIS NOCTURNA: EPIDEMIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA, LOS  
FACTORES PSICOLÓGICOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL  
DESARROLLO DEL NIÑO

Ana Lemos \*

Ana, F. Vinha ([ana.vinha@ipsn.cespu.pt](mailto:ana.vinha@ipsn.cespu.pt)) \*\*

Marisa Machado ([marisa.machado@ipsn.cespu.pt](mailto:marisa.machado@ipsn.cespu.pt)) \*\*\*

Maria Emília Santos ([emilia.santos@ipsn.cespu.pt](mailto:emilia.santos@ipsn.cespu.pt)) \*\*\*\*

Maria Teresa Herdeiro ([maria.herdeiro@ipsn.cespu.pt](mailto:maria.herdeiro@ipsn.cespu.pt)) \*\*\*\*\*

## RESUMO

A enurese nocturna é um problema comum que afecta cerca de 80.000 crianças em Portugal e cerca de 55 Milhões em todo o mundo. A enurese define-se como sendo a emissão involuntária de urina durante o sono em crianças com idades superiores a 5 anos. Foram distribuídos 125 inquéritos a pais/encarregados de educação de crianças/adolescentes que frequentam a escola desde o 1º ao 9º ano de escolaridade, de forma a avaliar o impacto que este problema tem na vida das crianças/adolescentes e das suas famílias. 105 pais/encarregados de educação (n=105) colaboraram no estudo dos quais 19% (n=20) afirmam que as suas crianças têm ou tiveram enurese nocturna. Destes, 55% (n=11) tiveram acompanhamento médico e a maioria afirma que a criança reage mal à enurese nocturna. O aproveitamento escolar mostrou-se inferior em crianças enuréticas (p=0,003). O tratamento da enurese nocturna em crianças/adolescentes é de elevada importância para o incremento da estabilidade emocional das crianças portuguesas e merece especialmente atenção considerando um problema presente e actual na sociedade portuguesa.

Palavras-Chave: Enurese Nocturna; Factores sociais e emocionais; Métodos farmacológicos; Vasopressina; Desmopressina.

## ABSTRACT

Bed wetting is a common problem that affects about 80,000 children in Portugal and about 55 million around the world. It is defined as the involuntary emission of urine during sleep in children aged over 5 years old. 125 surveys were distributed to parents / guardians of children attending the school from the 1st to 9th grade, to assess the impact that this problem has on the lives of children/teenagers and their families. 105 parents/guardians (n=105) responded and 19% (n=20) of them state that their children/teenagers have or have had nocturnal enuresis. Of these, 55% (n=11) were clinically monitored in the majority states that the child/teenager deals poorly with the situation. School failure was shown to be lower in enuretic children ( $p=0.003$ ). We conclude that treatment for nocturnal enuresis in childhood is a great importance for the increase of the emotional stability of Portuguese children/teenagers, especially considering it a looming problem in Portuguese society.

Key-Words: Night Enuresis; Social and Emotional Factors; Pharmacological methods; Vasopressin; Desmopressin.

## RESUMEN

La enuresis nocturna es un problema común que afecta a cerca de 80.000 niños en Portugal y cerca de 55 millones en todo el mundo. Se define como la emisión involuntaria de orina durante el sueño en niños de más de 5 años de edad. 125 encuestas fueron distribuidas a los padres/tutores de los niños que asisten a la escuela desde el grado 1 a 9, para evaluar el impacto que este problema tiene en la vida de los niños/adolescentes y sus familias. 105 padres/tutores (n=105) respondieron y de estos, 19% (n=20) afirman que sus hijos tienen o han tenido la enuresis nocturna. De estos, 55% (n=11) tuvieron asistencia médica y la mayoría afirma que el niño reacciona mal ante la enuresis nocturna. El éxito escolar se mostró inferior en niños que sufren enuresis nocturna ( $p=0,003$ ). Su tratamiento en niños/adolescentes es de gran importancia para el aumento de la estabilidad emocional de los niños/adolescentes portugueses y merece especial atención considerando que es un problema presente y actual en la sociedad portuguesa.

Palabras-Clave: Enuresis Nocturna; Factores sociales y emocionales; Métodos farmacológicos; Vasopresina; Desmopresina.

\* Aluna de Licenciatura em Farmácia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN-CESPU).

\*\* Prof. Adjunta da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN-CESPU)/ Investigadora do Centro de Investigação e Tecnologia da Saúde (CITS).

\*\*\* Prof. Adjunta da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN-CESPU). Investigadora do Centro de Investigação e Tecnologia da Saúde (CITS). Investigadora Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FF-UC).

\*\*\*\* Prof. Titular da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN-CESPU). Investigadora do Centro de Investigação e Tecnologia da Saúde (CITS).

\*\*\*\*\* Prof. Titular da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e Directora do Departamento de Farmácia e Marketing Farmacêutico do IPSN-CESPU. Investigadora do Centro de Investigação e Tecnologia da Saúde (CITS).

Submetido: 3 Fevereiro 2010  
Aceite: 10 Outubro 2010

## 1. INTRODUÇÃO

A palavra Enurese vem do grego *enourein* (Soares *et al*, 2005) que significa "molhar-se ou urinar sobre si" (Meneses, 2001). Assim, a enurese nocturna é definida como a perda involuntária de urina durante a noite, após os cinco anos de idade. Esta disfunção afecta cerca de 80 000 crianças em Portugal e 55 milhões em todo o mundo, sendo mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção de 1:3, respectivamente (Pires, 2005). A enurese nocturna pode dividir-se em primária e secundária, monossintomática e polissintomática. Diz-se que a criança tem enurese nocturna primária na ausência total de controlo vesical, tipo mais comum de enurese. Cientificamente, a enurese secundária caracteriza-se da mesma forma, com ocorrência de um período de controlo vesical igual ou superior a seis meses (Reis & Coelho, 2007) e este tipo de enurese pode ser provocado por razões emocionais como, por exemplo, a ida para a escola, falecimento de alguém querido, divórcio dos pais, nascimento de um irmão mais novo, entre muitos outros.

A enurese é classificada de monossintomática se é o único sintoma após a idade habitual de aquisição da continência. Pressupõe normalidade do sistema nervoso, urinário ou ausência de outras condições orgânicas bem definidas como factor responsável por esta disfunção. Quando associada a outros sintomas denomina-se de polissintomática (Meneses, 2001).

Pelos dados publicados até à data, 15 a 25% das crianças com idades inferiores a cinco anos sofrem de enurese nocturna. À medida que as crianças vão atingindo a maturidade, esta percentagem vai diminuindo. Assim, 10% das crianças com 10 anos de idade, 8% das crianças com 12 anos e 1% dos adolescentes sofrem desta disfunção (Henriques, 2002).

A enurese nocturna pode ser um problema significativo para a criança ou adolescente e também para a sua família (Aranes & Silveiras, 2007). Para além de um constrangimento para os pais, esta disfunção é, essencialmente, uma humilhação para a criança, podendo vir a afectar fortemente a sua auto-estima e socialização, visto esta ser uma condição socialmente inaceitável (Butler, 2004; Butler, Holland e Robinson, 2001; Meneses, 2001). Muitos progenitores não têm o conhecimento correcto sobre a enurese nocturna e, sem saberem como agir, penalizam os seus filhos. Outros, ainda, tomam-se

intolerantes o que pode resultar num comportamento mais agressivo (Hockenberry, 2006). Existe um alto risco de violência física e emocional, principalmente quando a criança é exposta pela família como preguiçosa, relutante ou rebelde (Soares *et al*, 2005). Afirma-se com frequência que as complicações da enurese podem-se tornar mais graves com o aumento da idade, mas são escassos os estudos que procuram investigar objectivamente os efeitos da idade sobre a repercussão da enurese do ponto de vista do enurético (Arantes & Silveiras, 2007).

A fisiopatologia da enurese nocturna continua mal esclarecida, mas acredita-se que seja uma disfunção multifactorial (Reis & Coelho, 2007). Foram propostas várias teorias, sendo as mais consensuais: poliúria nocturna, capacidade vesical inferior à normal e despertar diminuído. De facto, a enurese nocturna resulta de um desajuste entre a capacidade vesical nocturna e a quantidade de urina produzida durante a noite, associado a uma incapacidade de acordar antes de se iniciar a micção (Reis & Coelho, 2007). A perda urinária involuntária durante o sono tem uma grande componente genética (Correia, 2008), com uma transmissão autossómica dominante (Costa & Silveiras, 2007). Deste modo existe um índice de 44% de ocorrência de enurese nocturna se um dos progenitores tiver registos de episódios enuréticos na infância. A probabilidade de uma criança desenvolver esta disfunção aumenta para 77% se os dois progenitores (pai e mãe) tiverem sido enuréticos.

A produção de urina tem um ritmo circadiano que se desenvolve precocemente na infância e que se traduz numa acentuada diminuição da diurese nocturna. Este ritmo é controlado pelo aumento da libertação nocturna da hormona antidiurética (ADH). Deste modo, em muitas crianças com enurese nocturna, existe uma deficiência na produção ou um atraso na maturação da secreção da hormona antidiurética o que leva a um aumento da produção de urina. No entanto, esta teoria não explica porque é que a criança não acorda para urinar (Reis & Coelho, 2007).

A avaliação clínica deve ser realizada e deve-se incrementar no sistema de saúde nacional o tratamento adequado a todas as crianças que manifestem vontade de ser tratadas. É importante realizar uma avaliação clínica da criança com enurese, no sentido de excluir eventual patologia orgânica de base (Reis & Coelho, 2007). A avaliação baseia-se na história clínica (calendário da enurese, caracterização do padrão miccional, número de vezes que molha a cama, número de horas de sono, episódios enuréticos durante a sesta, idade de início, dieta,

características do sono, obstipação e encoprese; tratamentos anteriores e resultados), no exame objectivo e no exame sumário da urina. Também é necessário despistar antecedentes pessoais (desenvolvimento psicomotor, avaliação psicossocial, alterações comportamentais, antecedentes patológicos relevantes) e antecedentes familiares. O exame objectivo deve incluir a avaliação do crescimento e dos sinais vitais, por exemplo a baixa estatura e a tensão arterial elevada podem sugerir doença renal. O exame sumário da urina serve para excluir infecção do tracto urinário ou a possibilidade de diabetes *mellitus* (Reis & Coelho, 2007).

O tratamento da enurese nocturna inclui métodos farmacológicos e métodos não farmacológicos que devem ser adaptados a cada caso em particular, tendo em consideração a motivação da criança e dos pais e a situação económica da família (Moffat, 1997). As medidas comportamentais são habitualmente utilizadas como uma primeira linha no controlo da enurese nocturna, antes de se recorrer ao alarme ou à farmacoterapia (Reis & Coelho, 2007). Alterações na dieta e na ingestão de líquidos podem ser eficazes em algumas crianças, sem ser necessário recorrer a tratamentos farmacológicos. Evitar a ingestão de determinados alimentos, tais como lacticínios, chocolate, sumo de citrinos ou bebidas diuréticas como café, chá, cacau ou *Coca-Cola* tem sido considerado benéfico apenas numa minoria das crianças afectadas. Mas acima de tudo, recomenda-se o treino vesical durante o dia e a terapia de incentivo, onde a motivação e acompanhamento dos progenitores torna-se relevante para a estabilidade emocional da criança.

Os tratamentos farmacológicos envolvem o uso de desmopressina, polipeptídeo de síntese relacionado, sob o ponto de vista estrutural, com a arginina vasopressina ou hormona antidiurética (Guimarães *et al*, 2006). A desmopressina aumenta a concentração de urina e diminui o volume urinário. Praticamente sem efeitos secundários, e com uma acção prolongada, é o fármaco mais prescrito pelos médicos, nesta disfunção (Van Kampen *et al*, 2002). Em muitos casos, consegue-se eliminar o problema em poucos meses. A imipramina, outro fármaco administrado, é um anti-depressivo tricíclico que diminui a actividade do detrusor e aumenta a capacidade vesical. Pensa-se que pode, ainda, diminuir a produção de urina pela estimulação da ADH. Os anti-depressivos tricíclicos têm efeitos laterais consideráveis, incluindo efeitos cardiotóxicos e hepatotóxicos factos pelos quais são fármacos raramente prescritos nesta disfunção (Reis & Coelho, 2007).

Pela importância deste distúrbio e pelas consequências que podem surgir a nível da qualidade de vida socioeconómica e de saúde pública, este estudo tem como principais objectivos a avaliar a prevalência de enurese nocturna em crianças/adolescentes entre os 6 e os 15 anos de idade, do comportamento das crianças enuréticas e das suas famílias e a forma como este problema afecta a sua vida social.

## 2. POPULAÇÃO E MÉTODOS

### 2.1. POPULAÇÃO

O objectivo geral deste estudo foi determinar a prevalência de Enurese Nocturna por idade e género num grupo de crianças/adolescentes da região do Ave, uma sub-região e da Região Norte do país. O desenvolvimento desta investigação foi orientado considerando-se relevantes determinados objectos de estudo: a) determinar a prevalência de enurese nocturna primária e secundária; b) averiguar se as crianças/adolescentes com enurese têm aproveitamento escolar inferior; c) determinar a frequência de "noites molhadas"; d) avaliar a reacção das crianças quando acordam molhadas e a atitude dos pais quando se deparam com esta situação; e) averiguar se os pais têm consciência de que este é, de facto, um acto involuntário; f) avaliar a influência da história familiar na prevalência da enurese.

A amostra deste estudo foi constituída por pais/encarregados de educação de 105 crianças/adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos de idade, inscritos no primeiro e segundo ciclo de duas escolas do norte do país. Foram distribuídos 125 inquéritos direccionados aos pais/encarregados de educação mas apenas 105 anuíram participar neste estudo. Para melhor protecção dos dados, os inquéritos circularam em envelope fechado.

### 2.2. MÉTODOS

#### 2.2.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para se proceder ao início da recolha de dados nas duas escolas, foi solicitado aos respectivos professores, com a antecedência necessária, um pedido de autorização por escrito a ser entregue aos

pais/encarregados de educação, com uma breve descrição do projecto e os objectivos propostos neste estudo.

### 2.2.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Este projecto tratou-se de um estudo exploratório descritivo, no qual se aplicou uma metodologia qualitativa/quantitativa da investigação e como instrumento de recolha de dados, a realização de inquéritos. O inquérito era constituído por 5 perguntas abertas, 6 semi-abertas e 26 perguntas fechadas. Algumas perguntas eram de carácter eliminatório.

### 2.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a recolha dos dados, estes foram inseridos na base de dados informática e processados pelo programa SPSS versão 16.0. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir de estatística descritiva, análise de distribuições e frequências. Para dar resposta às questões de investigação, foram utilizados vários procedimentos e análises estatísticas, nomeadamente o teste estatístico Quiquadrado de *Pearson* de acordo com o tipo de questão colocada, adoptando-se um nível de 5% de significância.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo colaboraram 105 pais/encarregados de educação de crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos de idade, dos quais 56 eram rapazes e 49 raparigas. Existiu um desequilíbrio na distribuição das idades devido às não respostas, 67 crianças/adolescentes apresentaram idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, e apenas 38 com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos. Houve, portanto, uma maior participação dos pais/encarregados de educação das crianças mais novas. A maioria das crianças coabita com os pais, casados (91,4%) verificando-se apenas 5,7% de crianças com pais divorciados e 2,9% órfãs de um dos progenitores.

Das 105 crianças, 20 têm ou tiveram pelo menos, um episódio de "urinar na cama". Destas 20 crianças, 11 têm idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos ( $n=11$ ) e corresponde a 55% dos casos e 9 crianças entre os 11 e os 15 anos de idade ( $n=9$ ),

pais/encarregados de educação, com uma breve descrição do projecto e os objectivos propostos neste estudo.

### 2.2.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Este projecto tratou-se de um estudo exploratório descritivo, no qual se aplicou uma metodologia qualitativa/quantitativa da investigação e como instrumento de recolha de dados, a realização de inquéritos. O inquérito era constituído por 5 perguntas abertas, 6 semi-abertas e 26 perguntas fechadas. Algumas perguntas eram de carácter eliminatório.

### 2.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

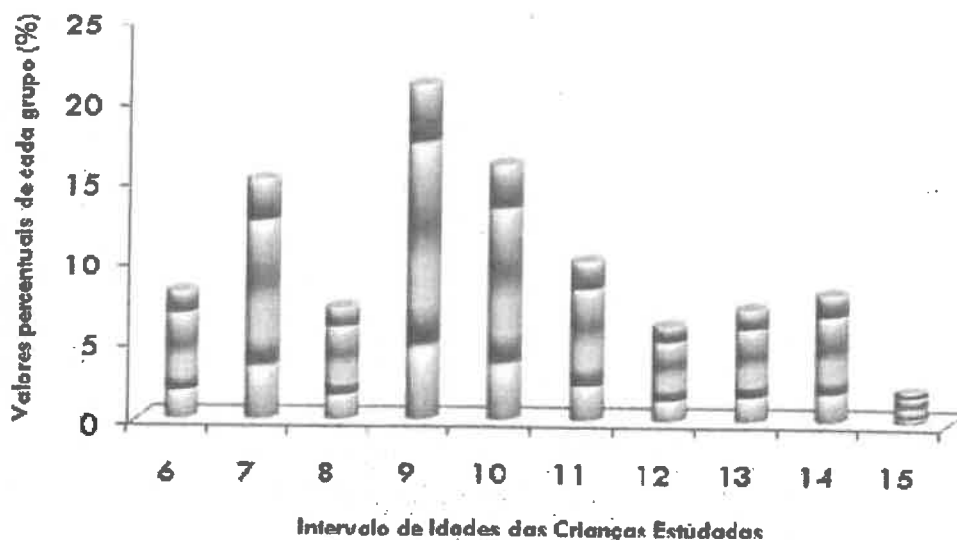
Após a recolha dos dados, estes foram inseridos na base de dados informática e processados pelo programa SPSS versão 16.0. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir de estatística descritiva, análise de distribuições e frequências. Para dar resposta às questões de investigação, foram utilizados vários procedimentos e análises estatísticas, nomeadamente o teste estatístico Quiquadrado de *Pearson* de acordo com o tipo de questão colocada, adoptando-se um nível de 5% de significância.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo colaboraram 105 pais/encarregados de educação de crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos de idade, dos quais 56 eram rapazes e 49 raparigas. Existiu um desequilíbrio na distribuição das idades devido às não respostas, 67 crianças/adolescentes apresentaram idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, e apenas 38 com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos. Houve, portanto, uma maior participação dos pais/encarregados de educação das crianças mais novas. A maioria das crianças coabita com os pais, casados (91,4%) verificando-se apenas 5,7% de crianças com pais divorciados e 2,9% órfãs de um dos progenitores.

Das 105 crianças, 20 têm ou tiveram pelo menos, um episódio de "urinar na cama". Destas 20 crianças, 11 têm idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos ( $n=11$ ) e corresponde a 55% dos casos e 9 crianças entre os 11 e os 15 anos de idade ( $n=9$ ),

equivalendo a 45%. Em ambos os grupos, são mais os rapazes que sofrem desta disfunção relativamente às raparigas, numa proporção de 1:2. Na Figura 1 é possível analisar a distribuição de crianças/adolescentes pela idade.



**Figura 1. Distribuição da população de crianças enuréticas estudadas em função da idade.**

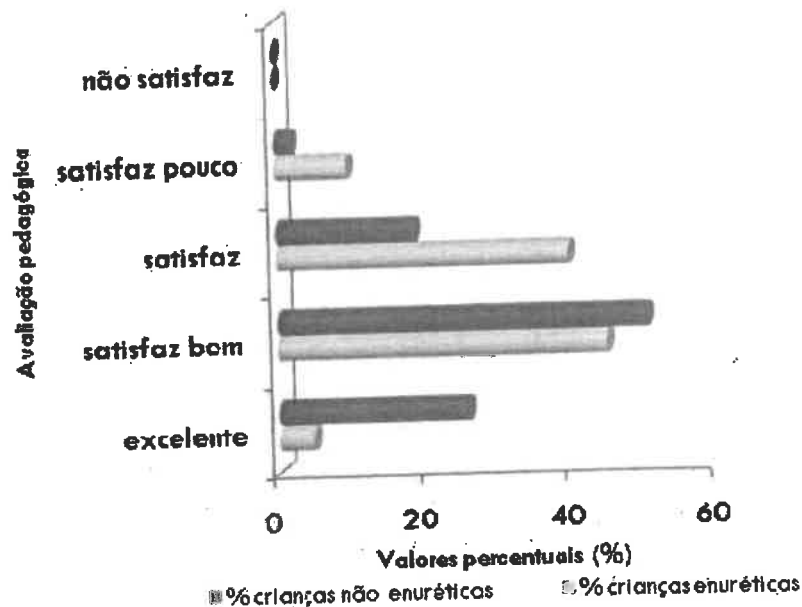
Este estudo reforça, mais uma vez, que os rapazes são mais atingidos por esta disfunção do que as raparigas, em consonância com o publicado por Soares e colaboradores (2005). Das crianças/adolescentes enuréticos do estudo, 55% actualmente ainda molham a cama, pelo menos 2 vezes por ano.

Tentou relacionar-se o estado civil dos pais e o facto de a criança fazer "chichi na cama". Neste estudo, não se encontrou qualquer relação, uma vez que a maioria dos pais são casados. Embora se saiba que a enurese tenha uma componente afectiva bastante forte, neste estudo isso não se verifica ( $p > 0.05$ ).

Relativamente ao aproveitamento escolar, verifica-se que o grupo das crianças/adolescentes com enurese tem notas mais baixas do que o grupo dos não enuréticos ( $p = 0.003$ ). Em ambos os grupos, a maioria das crianças tem aproveitamento "satisfaz bem" (45% das crianças enuréticas e 51,81% das crianças não enuréticas).

No grupo das crianças enuréticas, há mais crianças com aproveitamento "satisfaz pouco" (10%) do que "excelente" (5%). No grupo das crianças não enuréticas a situação é inversa, havendo mais

crianças com "excelente" (26.51%) e menos com "satisfaz pouco" (2.41%) (Figura 2).



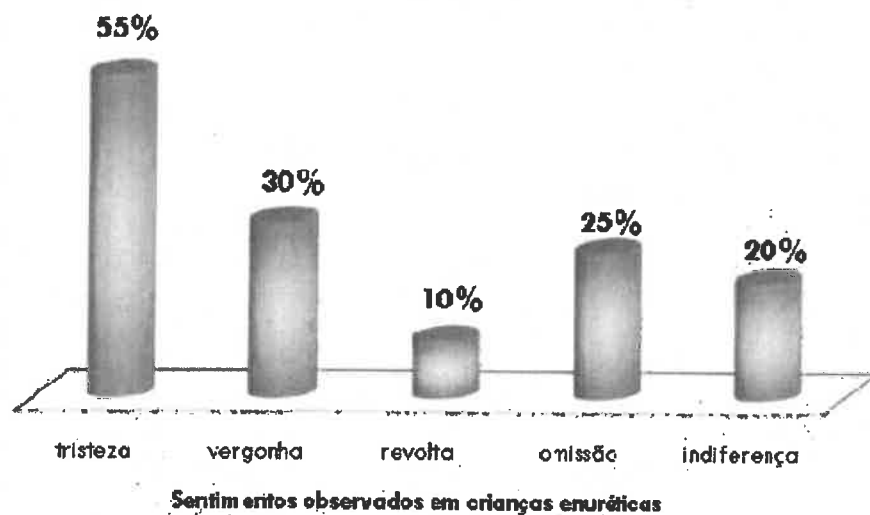
**Figura 2. Distribuição do aproveitamento escolar das crianças estudadas, com e sem enurese**

É possível que as crianças com enurese estejam mais desatentas nas aulas, ao lembrar-se dos acontecimentos da manhã, em casa, sentindo vergonha, e esperando que nem o professor nem os colegas descubram quão atribulado foi o período imediatamente após o acordar. Dados semelhantes foram publicados noutros estudos realizados (HiraSing, *et al.* 2002; Houts, 1991). Fazendo uma relação entre a frequência com que as crianças/adolescentes urinam na cama e as notas na escola, verifica-se que as crianças que urinam mais vezes por semana têm notas inferiores às que o fazem apenas de 6 em 6 meses ou 1 vez por mês.

A frequência com que a criança urina na cama varia muito de criança para criança e mesmo cada criança não molha a cama sempre as mesmas vezes por semana. Uma criança/adolescente que numa semana urine dia sim, dia não, na semana seguinte pode só urinar uma vez. Neste estudo, a maior distribuição encontra-se nos períodos "6 em 6 meses", "1 vez por semana" e "3 vezes por semana" (29.41% cada um), seguido de "1 vez por mês" (11.76%). Relacionando a idade, o género das crianças/adolescentes e a frequência com que estas fazem "chichi na cama", verifica-se que as raparigas mais novas molham a

cama com mais frequência. Curiosamente, os rapazes, sendo os que são mais afectados por esta disfunção, são os que molham a cama menos vezes por semana.

Em estudos publicados, vários investigadores destacam a importância da diurese nocturna com os comportamentos socioculturais que se vão desenvolver na personalidade da criança. Estão descritas as distintas reacções observadas em crianças com enurese. Existem registos das que ficam indiferentes, tristes, envergonhadas e/ou revoltadas (Henriques, 2002; Silva, *et al.*, 2004; De Salvo, *et al.*, 2008). A Figura seguinte (Figura 3) apresenta a distribuição das crianças/adolescentes consoante a reacção ao acordar. O sentimento de tristeza foi aquele que mais acomete as crianças quando acordam molhadas. Muitas crianças, ao acordar, apresentam mais do que uma reacção das apresentadas.



**Figura 3. Distribuição dos sentimentos observados em crianças com enurese nocturna**

Fez-se uma relação entre a idade das crianças/adolescentes, o género e a atitude ao acordar. Verificou-se que as crianças mais novas e as do sexo masculino são as que ficam tristes com mais frequência. A vergonha é característica entre as crianças/adolescentes mais velhos e ocorre tanto em rapazes como em raparigas. O sentimento de revolta é igualmente vivido entre as crianças/adolescentes mais velhas e mais novas, tanto do sexo masculino como do sexo feminino. As raparigas pertencentes ao grupo das crianças mais novas escondem mais do que as pertencentes ao grupo das mais velhas e do que os rapazes.

Pelo contrário, são os rapazes que ficam mais indiferentes à esta situação, tanto os mais novos como os mais velhos. Na maioria dos casos, os pais/encarregados de educação procuraram a ajuda do médico de família ou do pediatra, de forma a descobrir a origem do problema e encontrar a melhor solução para o resolver. Neste estudo, 57.89% das crianças/adolescentes tiveram acompanhamento médico contra 42.11% de crianças/adolescentes que não tiveram qualquer tipo de acompanhamento. Isto significa que 2 em cada 3 crianças com enurese não recebem apoio médico. Foi pedido aos pais/encarregados de educação das crianças/adolescentes enuréticos que receberam apoio, que indicassem qual foi a atitude do médico. As atitudes mais frequentemente adoptadas pelo médico são a prescrição de um medicamento (desmopressina) e reforçar que é um problema que se resolve naturalmente com a idade, que não há tratamento a fazer (44.44% cada uma das atitudes). 11.11% das crianças/adolescentes tratados fizeram condicionamento por alarme, como método terapêutico não farmacológico.

Para distinguir a enurese primária da enurese secundária, foi avaliado o período de frequência de enurese nocturna nas crianças/adolescentes em estudo, verificando-se uma taxa percentual de 65% para frequência relativa (intervalos inferiores a 6 meses) e de 70% para intervalos superiores a 6 meses. Estes resultados sugerem que a maioria das crianças estudadas tem enurese nocturna primária, com valores médios próximos de uma significância estatística ( $p = 0.056$ ).

Independentemente da reacção da criança/adolescente ao acordar molhada, esta pode reagir à mesma situação de formas diferentes. A maioria afirma que a criança/adolescente reage mal a este problema (65%) e apenas 5% lida muito bem com a situação. Os restantes 30% referem que a criança/adolescente não lida nem bem nem mal. Tentou-se relacionar a idade e o género da criança/adolescente com a forma como enfrenta a disfunção. Neste estudo, nenhuma rapariga afirma encarar muito bem o problema, portanto, os 5% que lidam muito bem com esta situação são todos rapazes com 11 anos de idade. Embora sejam as raparigas que se demonstram mais afectadas, verifica-se que os rapazes mais velhos são os que pior enfrentam o problema.

A fim de avaliar a influência da história familiar na enurese nocturna, verificou-se que 5 mães e 4 pais de crianças/adolescentes enuréticos afirmaram ter tido episódios de enurese durante a infância.

10 Mães e 8 pais afirmaram que nunca acordaram molhados na infância e 4 mães e 8 pais referiram não terem recordação desse facto. Os resultados obtidos mostraram-se estatisticamente muito significativos com  $p < 0.01$  ( $p = 0.002$ ), uma vez que a percentagem de pais que responderam ter sido enuréticos (pai=20% e mãe=25%) nas crianças/adolescentes enuréticos foi superior ao dos pais de crianças/adolescentes que não têm este problema (pai=1.2% e mãe=2.3%).

#### 4. CONCLUSÃO

A enurese nocturna é, de facto uma disfunção comum que causa transtorno não apenas às crianças mas também às suas famílias. Os rapazes são mais atingidos do que as raparigas. A história familiar revela-se importante na ocorrência da enurese nocturna sendo que pais que tiveram enurese na infância têm filhos enuréticos. Confirma-se também que ocorre com mais frequência a enurese nocturna primária comparativamente à enurese nocturna secundária. Este estudo demonstra a importância do tratamento deste distúrbio pois existe relação significativa entre o baixo rendimento escolar e a ocorrência de enurese, podendo implicar alterações comportamentais implicadas posteriormente no desenvolvimento psicológico e social da criança. Todas as crianças enuréticas deveriam ter acompanhamento médico, de forma a ajudar a ultrapassar este problema tão embaraçoso e tão comum em crianças/adolescentes até aos 15 anos de idade. Só assim a criança recuperará a sua auto-estima e autoconfiança tão importantes no desenvolvimento.

#### BIBLIOGRAFIA

- Arantes, M.; Silves, E. (2007); "Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese nocturna primária: impacto e problemas de comportamento." *Estudos de Psicologia*. 24, 2: 155-160.
- Butler, R. J. (2004); "Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework." *Clinical Psychological Review*. 24, 909-931.

- Butler, R.J.; Holland, P.; Robinson, J. (2001); "Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis." *Journal of Urology*, 166: 2463-2466.
- Costa, N.; Silveira, E. (2007); "Enurese nocturna na adolescência: Tratamento em grupo e individual". *Interacção em Psicologia*, 11, 2: 263-268.
- Correia, A. (2008); "xixi" na cama tem remédio. In "Diário de Notícias".
- De Salvo, C. G.; De Toni, P.M.; Silveira, E.F.M. (2008); *PSICO* 39, 2: 240-245.
- Guimarães, S.; Moura, D.; Silva, P. (2006); "Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas." 5ª edição. Porto Editora. Porto.
- Henriques, R.; Correia, A.J.; Salgado, M. (2002); "Enurese na criança: Normas de orientação". *Saúde Infantil*, 24, 1: 5-14.
- HiraSing, R. A., *et al.* (2002); "Effect of dry bed training on behavioral problems in enuretic children." *Acta Paediatrica*, 91: 960-964.
- Hockenberry, M. (2006); *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. Elsevier Editora.
- Houts, A. C. (1991); Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22: 33-151.
- Jensen, N.; Kristensen, G. (2001); "Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis." *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35: 357-363.
- Meneses, R. (2001); "Enurese Nocturna Monossintomática." *Jornal de Pediatria*, 77, 3: 161-168.
- Moffat, M. E. K. (1997); "Nocturnal enuresis: A review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians." *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18: 49-56.
- Pires, F. (2005); Lidar sem vergonha com a enurese. *Jornal de Notícias*, 17.
- Reis, A.; Coelho, P. (2007); "Enurese Nocturna: Orientação pelos cuidados de saúde primários." *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23: 279-288.
- Silva, A.; Freitas, A.; Oliveira, P.; Machado E. (2004); Enurese: prevalência e factores associados em crianças em idade escolar (1º ciclo): estudo epidemiológico. *Acta Pediatr Port*, 35: 413-9.
- Soares, A. *et al.* (2005); "A Enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde." *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, 5, 3: 301-311.
- Van Kampen, M. *et al.* (2002); "High initial efficacy of fullspectrum therapy for nocturnal enuresis in children and adolescents." *British Journal of Urology*, 90: 84-87.