

## **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARENTAL E PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ENURESE**

### ***PARENTAL COPING STRATEGIES AND CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ENURESIS***

*Deisy Ribas Emerich*<sup>1</sup>

*Carolina Ribeiro Bezerra de Sousa*<sup>2</sup>

*Edwiges Ferreira Mattos Silveiras*<sup>3</sup>

Emerich DR; de Sousa CRB e Silveiras EFM. Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese. Rev Bras Cresc e Desenv Hum 2011; 21(2): 240-250.

#### **RESUMO**

Foi realizado levantamento das características sociodemográficas e clínicas da população que procura tratamento para enurese em um centro de atendimento psicológico a esse transtorno e quais as estratégias de enfrentamento familiar mais frequentes diante dos episódios de “molhadas”, em casos de enurese noturna primária. Foram realizadas análises descritivas dos prontuários de 185 crianças (6-11 anos) e 55 adolescentes (12-18 anos), de ambos os sexos, triados entre 2004 e 2009, dos quais foram extraídas informações sobre: variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como sobre estratégias de enfrentamento familiar. O predomínio de uma frequência superior a seis “molhadas” semanais foi identificado em crianças e adolescentes (70,6% e 50%). Observou-se ainda predominância do sexo masculino (67,9%), de população infantil (77,1%) e de famílias de classe média. Quando a família havia buscado tratamento anterior, o tratamento medicamentoso revelou-se prioritário entre crianças (28,7%) e adolescentes (47,1%). Diante dos episódios enuréticos, as estratégias de minimização dos danos e prevenção mais utilizadas, para ambos os grupos, foram: o uso de fralda ou protetor de colchão e acordar a criança para ir ao banheiro. Punição foi declarada por apenas 15,4% dos pais de crianças e 17,3% de adolescentes. Os dados revelaram que o baixo índice de clientes de classes socioeconômicas desfavorecidas constitui um desafio para o serviço que busca atender a todas as faixas econômicas e o fardo trazido pela enurese parece impelir as famílias a procurarem alternativas ou outros tratamentos para sanar o problema quando a primeira intervenção clínica não é satisfatória.

**Palavras-chave:** psicologia, enurese, características da população, diagnóstico, tratamento.

1 Aluna de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

2 Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Beneficiário da bolsa FAPESP

3 Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

**Correspondência para:** Deisy Ribas Emerich. Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco F – Sala 30 - CEP: 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo – SP. Email: deisy.remerich@gmail.com

Agência financiadora: FAPESP (2007/05966-0 – Bolsa de Mestrado/ Processo de Auxílio a pesquisa junto ao CNPq 472258/2007-9 e Bolsa Produtividade de Pesquisa CNPq 300999/2010-0).

## ABSTRACT

This work aimed to identify sociodemographic and clinical characteristics of population who look for enuresis treatment in a university care center for this disorder and to identify the most used familiar coping strategies facing the episodes of “wet” in cases of primary nocturnal enuresis. Descriptive analyses of medical files were performed from 185 children (6-11 years old) and 55 adolescents (12-18 years old), from both sexes, screened between 2004 and 2009, whose extracted information were: sociodemographic and clinical data as well as family coping strategies. High frequency of “wet night” over six weekly was identified in children and adolescents (70.6% and 50%). There was a male (67.9%) prevalence of a child population (77.1%) from middle-class families. When the family looked for previous treatment, medication treatment proved to be the priority among children (28.7%) and adolescents (47.1%). More frequent strategies facing enuretic episodes for minimizing damage and preventing bed wetness in both age groups were: using diapers or protective mattress and waking the child to go to the bathroom. Punishment was declared by only 15.4% of parents of children and 17.3% of adolescents. The data showed that the low incidence of disadvantaged families in the service constitutes a challenge since the philosophy of the service is attending all economic tracks, and the burden brought by enuresis seems to push families into searching for alternatives to solve the problem when the first response to clinical treatment is not satisfactory.

**Key words:** psychology, enuresis, population characteristics, diagnosis, treatment.

## INTRODUÇÃO

Uma das condições elementares para o oferecimento de um atendimento de qualidade àqueles que procuram por um serviço de saúde é conhecer quem é a população e do que ela precisa.

Como apontado por Campezzatto e Nunes<sup>1</sup>, os serviços-escolas de psicologia parecem desconhecer quais as reais demandas da clientela que busca atendimento, o que reforça a importância de estudos de caracterização, pois, conhecendo as demandas da clientela que procura os serviços-escolas de psicologia, é possível direcionar as modalidades de atendimento oferecido para supri-las. Nesse sentido, recentemente tem aumentado a preocupação dos serviços de saúde, principalmente os ligados aos serviços-escolas, em buscar a caracterização de sua clientela.

Reconhecendo tal importância, este estudo aborda a caracterização de um serviço,

intitulado Projeto Enurese, que oferece tratamento gratuito a crianças e adolescentes com enurese em uma clínica-escola da cidade de São Paulo.

A enurese consiste em um transtorno de excreção e, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-IV<sup>2</sup> que norteia o serviço avaliado, seus critérios diagnósticos são: (a) micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa; (b) ocorrência de, no mínimo, duas vezes por semana, em um período mínimo de três meses, ou então causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou outras áreas importantes na vida do indivíduo; (c) idade cronológica ou mental mínima de cinco anos; e (d) incontinência urinária não decorrente exclusivamente de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a uma condição geral.

Estudos epidemiológicos indicam prevalência de 13-19% entre os meninos e de nove a

16% entre as meninas de cinco anos de idade<sup>3</sup>, com 15% de possibilidade de remissão espontânea por ano<sup>4</sup>.

Uma das hipóteses etiológicas para o transtorno é a questão da hereditariedade. Na década de 90, um estudo identificou que a enurese tende a ocorrer em famílias e que histórico familiar positivo de enurese indicaria melhor probabilidade de sucesso no tratamento<sup>5</sup>. Desde então, estudos nessa mesma direção têm avançado, levando a novas descobertas, como a de que diferentes genes podem causar o mesmo tipo de enurese noturna e que um mesmo gene pode implicar diferentes tipos desse transtorno<sup>6</sup>.

Embora a enurese não implique limitações físicas ou cognitivas, ela pode acarretar diversos comprometimentos do ponto de vista social, como baixa autoestima, isolamento, alto nível de estresse relacionado ao medo de ser “descoberto” e ridicularizado por companheiros, culpa, vergonha, prejuízo na autonomia, problemas de comportamento, perda de confiança e retraimento<sup>3,7,8</sup>. As consequências do “molhar a cama” podem ser tão intensas que pesquisa com 8209 crianças inglesas de nove anos de idade revelou que estas veem a enurese como a oitava pior dificuldade da infância<sup>9</sup>.

Além de impactar o portador de enurese, o transtorno repercute negativamente também sobre a família, tendo em vista a elevação de despesa, tempo e esforços associados à limpeza e compra de novas roupas pessoais e roupas de cama, bem como colchões e travesseiros<sup>10</sup>. Assim, visando prevenir o controle dos esfíncteres ou minimizar a consequência dos episódios enuréticos, pais fazem uso de diversas estratégias, tais como: restrição de líquido, acordar a criança para ir ao banheiro, colocação de protetoras plásticas no colchão ou fraldas, recompensa e punição<sup>11</sup>. Esta parecer ser uma reação comum independentemente da cultura. Pesquisas internacionais reportam que de 15-36% dos pais de crianças e adolescentes com enurese já adotaram algum tipo de atitude pu-

nitiva frente ao distúrbio<sup>11,12,13,14</sup>. Essa frequência, contudo, revela-se bastante inferior comparada a dados de uma pesquisa brasileira que demonstrou que 89% das crianças sofreram algum tipo de agressão em função dos episódios de “molhada”<sup>15</sup>.

Apesar de esses recursos serem estratégias utilizadas pelos pais como medida de educação e orientação de seus filhos<sup>10</sup>, são reprováveis tanto do ponto de vista ético como educativo, uma vez que não levam as crianças ou adolescentes a adquirir o controle dos esfíncteres e podem contribuir para o agravamento do problema, expondo-os ao risco de outros problemas de comportamento. Assim, a procura por profissional capacitado para auxílio na solução do problema revela-se não só necessária, mas imperiosa, podendo ser considerada como medida preventiva.

Na literatura são citadas diversas intervenções, sendo as mais reportadas as farmacológicas (hormônio antidiurético sintético, antidepressivo tricíclico e anticolinérgicos) e as comportamentais (dry bed training e uso do alarme de urina). Segundo levantamento empreendido por Butler et al.<sup>16</sup>, que consideraram 97 publicações científicas entre 1991 e 2001, 46,4% dos estudos reportavam pesquisas exclusivamente com hormônio antidiurético sintético, enquanto 10,3% eram referentes ao uso apenas do alarme de urina. Esta tendência também é seguida na área clínica, sendo os fármacos a escolha de primeira linha entre os médicos<sup>17</sup>, a despeito de o tratamento com alarme ter se mostrado mais efetivo no tratamento de enurese noturna, com menor probabilidade de recaída em longo prazo<sup>18,19</sup> e mais econômico.

Em função da alta incidência de enurese na população, prevalência em clínicas psicológicas e pela vulnerabilidade à agressão e ao desenvolvimento de problemas de comportamento a que o portador de enurese é exposto, as investigações acerca do transtorno mostram-se de suma importância.

Em vista disso, os objetivos são: identificar características sociodemográficas e clínicas da população que procura por tratamento em um centro universitário de atendimento a enurese e identificar quais as estratégias de enfrentamento familiar mais frequentes diante dele.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado a partir de revisão retrospectiva de prontuários clínicos. A amostra constituiu-se de 240 prontuários de crianças (6-11 anos de idade) e adolescentes (12-18 anos), de ambos os sexos, triados entre 2004 e 2009 no Projeto Enurese. Este é um centro universitário de atendimento que oferece tratamento para enurese, conjugando sessões de psicoterapia comportamental ao uso do alarme nacional de urina.

Utilizou-se como critério de definição de enurese o proposto pelo DSM-IV<sup>2</sup>.

A fim de alcançar o objetivo proposto, os prontuários foram analisados tendo como foco o Formulário de avaliação de enurese<sup>20</sup> dos quais se extraíram informações referentes a: (a) variáveis sociodemográficas dos clientes (como sexo e idade dos pacientes); (b) variáveis clínicas, como presença de comorbidade com encoprese, severidade da enurese, histórico familiar de enurese e tipo de enurese (enurese primária - criança que nunca esteve seca anteriormente por período igual ou superior a 6 meses; enurese secundária - criança que esteve seca anteriormente por, no mínimo, 6 meses)<sup>21</sup> e (c) estratégias de enfrentamento familiar - comportamentos de prevenção ou minimização de danos causados pelas "molhadas" e procura por atendimento anterior.

Para avaliação do nível socioeconômico utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CB)<sup>22</sup> que avalia o poder aquisitivo das famílias, baseando-se na posse de

bens de consumo duráveis, bem como na quantidade destes, presença de empregados mensalistas e instrução do chefe da família. Os escores variam entre zero e 34 pontos e são estratificados em cinco classes: A, B, C, D e E, sendo as três primeiras subdivididas em A1 e A2; B1 e B2 e C1 e C2, de modo a oferecer oito possibilidades de classificação.

As frequências dos dados relativos a cada variável foram obtidas por meio de análises descritivas e para a comparação entre os grupos realizaram-se testes qui-quadrado de Pearson. As análises sociodemográficas e as relativas ao diagnóstico (tipo de enurese e presença de comorbidade) contaram com 240 participantes, incluindo enurese primária, secundária e em co-ocorrência com encoprese. Porém, dada às especificidades da enurese secundária e da enurese em co-ocorrência com encoprese, as demais variáveis clínicas e estratégias de enfrentamento familiar incluíram apenas participantes com diagnóstico isolado de enurese primária, englobando 164 crianças (entre seis e 11 anos) e 52 adolescentes (entre de 11 e 18 anos).

Este protocolo de pesquisa faz parte de projetos mais amplos de intervenção empreendidos pelo Projeto Enurese, aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

## RESULTADOS

### VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na tabela 1 observa-se o perfil demográfico dos clientes que procuram o serviço. Nota-se predominância de crianças do sexo masculino.

Quanto ao nível socioeconômico, a análise da tabela 2 permite verificar que quase três quartos das famílias de crianças inscritas são de classe média (74,1%), cujos escores no CB são classificados em A2, B1 e B2. No grupo adolescente, contudo, observa-se maior homo-

**Tabela 1:** Distribuição dos clientes triados no período de 2004-2009 de acordo com a faixa etária e sexo (n = 240)

Sexo	Grupo de participantes		Total
	Criança	Adolescente	
Masculino	124	39	163
Feminino	61	16	77
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>55</b>	<b>240</b>

geneidade na distribuição dos escores entre os níveis de classificação, com maior concentração no nível B1. Contudo, essa diferença não é estatisticamente significativa ( $p = 0,495$ ).

Há pouca representatividade de clientes classificados no nível A1 e ausência de clientes que se situam em pontos extremos inferiores da escala de distribuição econômica (D e E).

**Tabela 2:** Distribuição das crianças e adolescentes de acordo com nível socioeconômico (n=114)

Nível Socioeconômico	Criança (n=89)		Adolescente (n=25)		p
	Frequência	Porcentagem válida	Frequência	Porcentagem válida	
	(Freq.)	(%)	(Freq.)	(%)	
A1	3	3,4	1	4	0,495
A2	17	19,1	5	20	
B1	23	25,8	8	32	
B2	26	29,2	4	16	
C1	11	12,4	3	12	
C2	5	5,6	4	16	
D	4	4,5	–	–	
E	–	–	–	–	

## VARIÁVEIS CLÍNICAS

Os resultados relativos às características clínicas estão apresentados na tabela 3. Os dados revelam predominância de enurese primária em detrimento de enurese secundária no grupo infantil (1,6%) e ausência deste diagnóstico no grupo adolescente. Com relação à comorbidade com encoprese, observa-se baixo índice em ambos os grupos. De um total de 185 crianças, 18 (9,7%) preenchem critério diagnóstico também para este outro transtorno de eliminação e de 55 adolescentes, apenas três casos (5,5%) se enquadravam nesta condição. Teste estatístico revelou não haver diferença entre os grupos com relação ao tipo de enurese e diagnóstico de outro transtorno de eliminação associado.

A frequência semanal de episódios de “molhadas” declarada é alta, superando cinco “molhadas” semanais, tanto no grupo infantil (70,6%), como no grupo adolescente (50%).

Contudo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,009$ ), revelando que as crianças encaminhadas para tratamento apresentam frequência superior aos adolescentes nessa mesma condição. Apenas uma pequena porcentagem dos respondentes declara frequência inferior ao critério estabelecido pelo DSM-IV para o diagnóstico de enurese noturna.

Diferença estatisticamente significativa também foi encontrada na comparação entre os grupos referente à variável “procura por tratamento anterior” ( $p = 0,002$ ). Enquanto no grupo infantil mais da metade dos participantes já havia recorrido a algum tipo de tratamento específico para enurese, no grupo adolescente esta proporção cresce consideravelmente. Cerca de 70% das famílias já haviam procurado ajuda especializada para o problema.

Para ambos os grupos, entre as famílias em que a procura pelo serviço não se constituía a primeira tentativa, a ajuda médica foi a mais re-

corrente, sendo a única ou uma das opções de 28,7% das famílias de participantes infantis e 47,1% das famílias de participantes adolescentes. Além da intervenção medicamentosa, homeopatia e psicoterapia foram outras tentativas muito procuradas pelos participantes, independentemente do grupo etário, sendo importante destacar que na categoria “Tipo de tratamento”

os respondentes poderiam assinalar mais de um tratamento que a criança ou adolescente havia realizado. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para todas as intervenções, como está exposto na tabela 3, dado que a procura por tratamento anterior ter se revelado superior entre os adolescentes, independentemente da terapêutica.

**Tabela 3:** Distribuição das crianças e adolescentes de acordo com as características clínicas

Tipo de enurese	Criança (n=89)		Adolescente (n=25)		p
	Frequência (Freq.)	Porcentagem válida (%)	Frequência (Freq.)	Porcentagem válida (%)	
Enurese primária	182	98,4	55	100%	0.456
Enurese secundária	3	1,6	-	-	
<b>Comorbidade</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	
Com encoprese	18	9,7	3	5,5	0.245
	<b>Criança (n = 164)</b>		<b>Adolescente (n = 52)</b>		
<b>Grau de severidade da enurese</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Frequência alta (6-7 “molhadas”)	125	70,6	26	50	0.009
Frequência moderada (4-5 “molhadas”)	25	14,1	16	30,8	
Frequência baixa (2-3 “molhadas”)	18	10,2	8	15,4	
Frequência baixíssima (< 2 “molhadas”)	9	5,1	2	3,8	
<b>Procura por tratamento anterior</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Sim	80	48,8	38	73,1	0.002
Não	84	51,2	14	26,9	
<b>Tipo de tratamento</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
Medicação	47	28,7	24	47,1	0.009
Homeopatia	23	14	7	13,7	0.006
Psicoterapia	16	9,8	8	15,7	0.012
Acupuntura	3	1,8	4	7,8	0.003
Outros	8	4,9	5	9,8	0.010
<b>Histórico familiar positivo para enurese</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Materno	60	37	21	41,2	0.355
Paterno	51	32,7	15	30,6	0.466

Semelhança entre os grupos foi encontrada no histórico familiar positivo de enurese. Para cerca de 2/3 dos clientes foi apontado um familiar de primeiro grau, seja o pai ou a mãe, afetado por esse transtorno na infância, com prevalência um pouco superior para histórico materno de enurese entre adolescentes (41,2%).

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO FAMILIAR

O uso de estratégias de prevenção ou minimização de danos das “molhadas” relatados pelos pais ou cuidadores encontra-se na tabela 4.

Observa-se que as estratégias mais declaradas para a prevenção de “molhadas” são

**Tabela 4:** Frequência de uso de estratégias de prevenção ou minimização de danos causados pelas “molhadas” (n = 216)

Estratégia	Criança (n = 89)		Adolescente (n = 25)		p
	Frequência (n)	Porcentagem válida	Frequência (n)	Porcentagem válida	
Acordar a criança para ir ao banheiro	119	73,5	36	69,2	0.335
Uso de fraldas ou proteção	120	73,6	36	69,2	0.326
Restrição de Líquido	115	70,1	35	67,3	0.412
Uso de recompensa	50	30,7	12	23,1	0.191
Uso de punição	25	15,4	9	17,3	0.449

acordar a criança para ir ao banheiro e restrição de líquido, tanto para o grupo infantil como adolescente. Uso de fraldas ou proteção no colchão como medida de reduzir os danos causados pelo contato da urina sobre lençóis e colchão foi indicado em alta proporção também por ambos os grupos.

Estratégia preterida foi o uso de punição contingente aos episódios de escapes de urina. Declarada por cerca de 15% dos respondentes, independentemente da faixa etária, foi a atitude que assumiu menor proporção de indicações entre as listadas.

## DISCUSSÃO

É importante ressaltar que não há trabalhos nacionais publicados que forneçam parâmetros para comparação destes dados. Entretanto, a descrição da prevalência das variáveis levantadas já foi considerada em estudos internacionais anteriores, os quais servirão de análise para a discussão que se segue.

Quanto às variáveis demográficas investigadas neste estudo, os dados desta amostra corroboram os estudos internacionais: prevalência superior de população do sexo masculino<sup>23</sup> e predominância da população infantil sobre a população adolescente<sup>4</sup>, esperada em função da taxa anual de 15% de “remissão es-

pontânea” – eliminação da queixa sem tratamento prévio<sup>4</sup>.

Dados da avaliação socioeconômica, contudo, revelam a particularidade do serviço e um resultado original na literatura da área. A ausência de clientes situados nos pontos extremos inferiores da escala de distribuição econômica revela que o serviço acaba por privilegiar famílias oriundas das camadas médias da sociedade.

Uma hipótese que pode explicar este dado é a de que a população de menor nível socioeconômico não teria acesso a informações sobre o atendimento gratuito oferecido por serviços-escolas, e/ou não teria condições de aderir a este atendimento em função de fatores limitantes, como gastos com transporte para vir à clínica e comprometimento do trabalho pela ausência do responsável ao acompanhar a criança ou adolescente às sessões. Por outro lado, se de fato essa hipótese se concretiza, esta falha na divulgação do serviço que não alcança a todas as camadas da sociedade deveria ser superada. Além disso, ela aponta para a necessidade urgente de se propor formas alternativas de tratamento da enurese que alcancem de forma precoce as camadas mais baixas da população.

Do lado oposto, também é digno de destaque a baixa proporção de famílias classificadas no nível mais alto da escala. Pode-se su-

por, neste sentido, a possibilidade de acesso às clínicas (médicas ou psicológicas) particulares, evitando a fila de espera que invariavelmente acompanha os serviços-escolas. Ainda, a possibilidade de arcar com um tratamento farmacológico de alto custo e a maior facilidade na implementação do tratamento, como é o caso do hormônio antidiurético sintético, pode fazer com que famílias de alto poder aquisitivo prefira esta modalidade de tratamento em detrimento da oferecida pelo serviço em questão – onde foi realizada a pesquisa.

Com relação às variáveis clínicas, o primeiro dado que se destaca é a baixa proporção de diagnóstico de enurese secundária e ausência dele no grupo adolescente, contrastando com dados da literatura internacional que aponta em torno de 8%<sup>24</sup>. No sentido oposto, nesta amostra, a prevalência da comorbidade com encoprese apresenta-se bastante superior ao que é reportado pela literatura internacional. Enquanto estudo de Landgraf e colaboradores<sup>25</sup> com 208 crianças com enurese encontrou apenas 1% de casos que preenchiam critérios diagnósticos também para encoprese, neste estudo a prevalência infantil deste transtorno foi quase dez vezes maior. Embora inferior ao grupo infantil, a prevalência também foi alta entre os adolescentes.

Como não há estudos epidemiológicos de transtornos de eliminação no Brasil, não é possível averiguar se a prevalência encontrada nesta amostra representa a prevalência da população geral ou se é superior a esta. Deste modo, indicar que a procura por tratamento guarda alguma relação com a maior severidade do caso clínico, dada a co-ocorrência com outro transtorno, é apenas mera especulação; cabe mesmo é promover um estudo dessa natureza no Brasil.

O mesmo acontece com relação à severidade da enurese representada pela frequência semanal de episódios enuréticos. A maioria dos participantes que buscou atendimento

no serviço-escola declarou um número igual ou superior a seis vezes (65,9%), caracterizando frequência alta. Estudos que abordam esta mesma questão são bastante controversos. Enquanto uns reportam que 64% das crianças com enurese possuem frequência acima de seis vezes por semana<sup>26</sup>, outros relatam que apenas 3% das crianças “molham” a cama, pelo menos, três vezes por semana<sup>13</sup>.

Pode-se colocar, entretanto, que nesta amostra é demonstrado que crianças encaminhadas para tratamento apresentam frequência superior à de adolescentes nessa mesma condição. Pode-se especular que no grupo infantil a procura por tratamento é motivada pela maior severidade da queixa e que no grupo adolescente, mesmo frequência moderada ou baixa já é o suficiente para justificar a procura por ajuda especializada.

Cabe ressaltar, contudo, que não há explicações conclusivas na literatura sobre o comportamento de procura por cuidados de saúde e os fatores que o influenciam<sup>27</sup>. Alguns autores ressaltam que a experiência de um sintoma ou a sua severidade não são, necessariamente, variáveis determinantes da procura por esses serviços<sup>28</sup>. Portanto, mais do que observar a severidade da queixa do cliente, também é fundamental compreender de que forma os sintomas são percebidos e de que modo estes influenciam no cotidiano da pessoa<sup>28</sup>. Supõe-se que quando há co-ocorrência de outro transtorno além da enurese e maior severidade desta, dada pelo maior número de “molhadas” semanais, o impacto sentido pela família seja maior, o que levaria a procura por tratamento, de modo que os dados desta amostra diverjam de dados epidemiológicos.

A implicação clínica deste dado é maior tempo de tratamento (considera-se produtor de iniciar o tratamento da encoprese para, somente depois de superada esta queixa, iniciar o tratamento de enurese) e maior dificuldade em obter sucesso<sup>29</sup>.



Seguindo este raciocínio, ao introduzir intervenções reportadas na literatura internacional, é provável que em população brasileira a eficácia seja menor. Contudo, estudos nacionais de tratamento de enurese com alarme de urina têm reportado taxa de sucesso semelhante à reportada por estudos internacionais, em torno de 65%<sup>30,31</sup>.

Divergência com relação à literatura internacional foi encontrada quanto ao histórico familiar de enurese, apontado em frequência bastante superior ao que é reportado por Ng e Wong<sup>13</sup>, cujo estudo aponta que apenas 1/3 das crianças e adolescentes com enurese têm, pelo menos, um dos pais ou irmãos afetados, sendo 11% a mãe, 11% o pai e 21% o irmão. Questiona-se, deste modo, a confiabilidade da lembrança dos pais ao responderem sobre seu próprio comportamento infantil.

Confirmando o que a literatura reporta, por sua vez, mais da metade das famílias dos clientes triados já havia buscado tratamento para enurese anteriormente, sendo que o grupo adolescente apresentou proporção significativamente superior entre todas as terapêuticas listadas. Dentre as intervenções anteriores, em ambos os grupos, a medicamentosa revelou ser a mais recorrente no tratamento do transtorno, confirmado o que já foi reportado pela literatura<sup>16</sup>.

Por um lado, tal dado indica que grande parte das famílias encara a enurese como um problema de saúde que merece cuidado especializado, sendo a procura por ajuda médica a mais recorrente e, por outro lado, que a despeito do tratamento com alarme ser o mais eficaz, a escolha por fármacos ainda é a primeira opção dada por este profissional. Contudo, a busca pelo Projeto Enurese posterior a esta tentativa evidencia que diante da ineficácia da terapia farmacológica, seja pela não cessação completa dos episódios enuréticos, seja por não se mostrar efetivo em longo prazo, a família procura novas alternativas de tratamento.

A procura por tratamento revela, ainda, que a concepção de que as chamadas “estratégias comportamentais simples” não são, de fato, satisfatórias para a aquisição da continência<sup>18</sup>, embora famílias recorram primeiramente a elas<sup>13</sup>. Neste estudo, uso de fraldas, restrição de líquidos ao anoitecer e acordar o portador de enurese durante a madrugada para urinar, foram as estratégias mais relatadas pelos respondentes, revelando que este é comportamento comum compartilhado também por brasileiros, convergindo aos resultados do estudo de Butler, Golding e Heron<sup>9</sup>.

Punição contingente aos episódios enuréticos, por sua vez, foi reportada por apenas 15% dos respondentes, dado que converge a estudo anterior que identificou que cerca de 15% das mães declaram utilizar esta estratégia como tentativa de eliminar o problema<sup>11</sup>, mas contradiz estudo brasileiro que revela que 89% das crianças e adolescentes com enurese já sofreram algum tipo de agressão como consequência de “molhar” a cama.

Este é um dado de suma importância que deve ser investigado pelo clínico, uma vez que punição contingente às “molhadas” evidencia a intolerância parental diante do distúrbio e pode, assim, comprometer a adesão ao tratamento<sup>32</sup>. Entretanto, poucos pais também declaram utilizar recompensas como tentativa de prevenir ou minimizar os danos causados pelas molhadas.

A partir dos dados apresentados e discutidos, pode-se considerar que os objetivos desta pesquisa foram atingidos ao caracterizar a população com enurese da presente amostra, bem como as estratégias de enfrentamento familiar mais frequente diante deste distúrbio. É de fundamental importância conhecer a manifestação clínica da enurese em população que procura tratamento.

Em primeiro lugar, porque tal caracterização poderá revelar se há semelhança entre os perfis da população brasileira infanto-juvenil com enurese brasileira com o daquelas retratadas em estudos internacionais, o que garantirá

replicação das intervenções reportadas na literatura internacional com resultado provavelmente semelhante. Em segundo lugar, conhecer as estratégias de enfrentamento parental diante do transtorno permite com que o clínico fique atento às estratégias usuais que podem comprometer a adesão e o resultado do tratamento em direção ao manejo dos comportamentos inadequados que os pais podem recorrer.

Os resultados obtidos enfatizam a importância de buscar aprimorar e estender o serviço de atendimento oferecido com o alarme de urina, que a despeito de ser o mais eficaz<sup>33</sup> ainda é preferido diante do uso de medicação, que não se

mostra eficaz para muitos casos e exige da família procura por novas terapêuticas. As questões econômicas e sociais revelam-se como importantes desafios a serem transpostos. Contudo, a ampliação na divulgação do serviço deve objetivar não somente atingir camadas da população negligenciadas, mas também a toda a população que dele necessita, potencializando a inscrição precoce do portador de enurese independentemente da frequência de episódios de “molhadas” semanais, e assim levá-lo a alcançar não só a continência, mas também a melhor qualidade de vida, retirando-o da vulnerabilidade à punição e aos problemas de comportamento.

## REFERÊNCIAS

1. Campezatto PV, Nunes, MLT. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2007; 24(3): 363-374.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: APA. Batista, D. (trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.
3. Butler RJ. *Nocturnal enuresis: The child's experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.
4. Jensen N, Kristensen G. Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol*, v. 35, p. 357-363, 2001.
5. Hogg RJ, Husmann D. The role of family history in predicting response to desmopressin in nocturnal enuresis. *J Urol*. 1993 Aug; 150(2 Pt 1): 444-5.
6. Schaumburg HL, Kapilin U, Blåsvaer C, Eiberg H, Von Gontard A, Djurhuus JC et al. Hereditary phenotypes in nocturnal enuresis. *BJU Int*. 2008; 102(7): 816-21.
7. Warzak WJ. Psychological implications of nocturnal enuresis. *Clin Pediatric*. 1993; 32, 38-40. Special edition.
8. Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, Baeyens D, Hoebeke P et al. Problem Behavior, Parental Stress and Enuresis. *J Urol*. 2009 Oct; 182(4 Suppl): 2015-2020.
9. Butler RJ, Golding J, Heron J, ALSPAC Study Team. Nocturnal enuresis: a survey of parental coping strategies at 7½ years. *Child Care, Health & Dev*. 2007 Oct; 31(6): 659-667.
10. Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro LMC, Fonseca, EMG. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005 Set; 5(3): 301-311.
11. Butler RJ, Gasson SL. Enuresis alarm treatment. *Scand J Urol Nephrol*. 2005; 39(5): 349-357.
12. Chao SM, Yap HK, Tan A. Primary monosymptomatic nocturnal enuresis in Singapore – parental perspectives in an Asia community. *Ann Acad Med*. 1997; 26: 179-83.
13. Ng CF, Wong SN. Primary nocturnal enuresis: patient attitudes and parental perceptions. *HK J Pediatr*. 2004; 9: 54-8.
14. Lottman H. Enuresis treatment in France. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 1999; 202: 66-69.

15. Sapi Melina C., Vasconcelos Juliana S. P., Silva Fernando G., Damião Ronaldo, Silva Eloísio A. da. Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos. *J. Pediatr. (Rio J.)* [serial on the Internet]. 2009 Oct; 85(5): 433-437.
16. Butler RJ, Robinson JC, Doherty-Williams D. An exploration of outcome criteria in nocturnal enuresis treatment the way forward. *Scand J Urol Nephrol.* 2004; 38(3): 196-206.
17. Devlin JB. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis. *Ir Med J* 1991; 84: 118-120.
18. Blum NJ. Nocturnal enuresis: Behavioral treatments. *Urol Clin North Am.* 2004 Aug; 31(3): 499-507, ix.
19. Gim C, Lillystone D, Caldwell P. Efficacy of the bell and pad alarm therapy for nocturnal enuresis. *J Paediatr Child Health.* 2009 Jul-Aug; 45(7-8): 405-8.
20. Blackwell C. *A Guide to Enuresis: A guide to a treatment of enuresis for professionals.* Bristol: Enuresis Resource and Information Center; 1989.
21. Nevés T, Von Gontard A, Hoebeke P, Hjalmas K, Bauer S, Bower W, Munch Jorgensen T, Rittig S, Vande Walle J, Yeung C, Djurhuus J. 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. *J Urol.* 2006 Jul; 176(1): 314-24.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. [website] Critério Brasil. <http://www.abep.org>. Acesso: 28/04/2010.
23. Robson W, Lane M. Evaluation and Management of Enuresis. *The New England Journal of Medicine.* 2009 Abr; 360 (14): 1429-36.
24. Fergusson, DM, Horwood, LJ, Shannon, FT. Secondary enuresis in a birth cohort of New Zealand children. *Paediatr Perin Epidemiology.* 1990; 4(1): 53-63.
25. Landgraf JM, Abidari J, Cilento BC, Cooper CS, Schulman SL, Ortenberg J. Coping, commitment, and attitude: quantifying the everyday burden of enuresis on children and their families. *Pediatrics.* 2007; 113(2): 334-44.
26. Egemen A, Akil I, Canda E, Ozyurt BC, Eser E. An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. *Pediatr Nephrol.* 2008 Jan; 23(1): 93-8.
27. Smith BH, Penny KI, Elliot AM, Chambers WA, Smith WC. The Level of Expressed Need – a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community. *Eur J Pain.* 2001;5(3): 257-66.
28. Dias MR, Brito J. No cotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. *Aná. Psicológica.* 2002 Jan; 20(1): 91-105.
29. Jensen N, Kristensen G. Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology.* 2001; 35: 357-63.
30. Costa, NJD. *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme [dissertação].* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.
31. Pereira, RF. *A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção em grupo e individual com uso de aparelho nacional de alarme [dissertação].* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2006.
32. Morgan RTT, Young GC. Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy.* 1975; 13: 197-99.
33. Glazener CMA, Evans JHC, Peto, RE. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2003; 4, Art. No.: CD002238.

*Recebido em: 28/jul./2010*

*Modificado em 20/out./2010*

*Aceito em 18/fev./2011*