UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 8
Wilson

Fundamentação Teórica: Dor abdominal crônica na criança e no adolescente

Dor abdominal crônica na criança e no adolescente

Soraia Tahan

É comum nos atendimentos pediátricos a associação da queixa de dor abdominal recorrente somente com parasitose intestinal, porém há outras possibilidades clínicas que devem ser lembradas pelo profissional médico. A dor abdominal crônica recorrente é queixa frequente em pediatria e necessita de uma avaliação clínica minuciosa no sentido de dirigir o médico para o diagnóstico correto. Crianças e adolescentes que apresentam queixas frequentes de dor abdominal podem ser enquadradas na síndrome clínica denominada Dor Abdominal Crônica.

A Dor Abdominal Crônica é definida como dor constante ou intermitente que excede dois meses de duração. A Dor Abdominal Crônica na infância pode decorrer de patologias orgânicas ou de desordem funcional, sendo que, na prática clínica, na maioria dos casos (70 a 90%), a dor abdominal é de origem funcional (MOTTA; SILVA, 2008).

A percepção da dor é um processo ativo e plástico que envolve experiências físicas e sensoriais (componentes discriminativos), emocionais e cognitivas (componentes afetivos). Dessa forma, cada indivíduo reage à dor de uma maneira na expressão do relato de sentir-se doente (*illness*). Esses componentes são fundamentais para o entendimento de que a dor abdominal funcional é resultante de fatores biopsicossociais, nos quais fatores individuais viscerais (como hipersensibilidade) e de motilidade vão contribuir para a ocorrência de dor. Portanto, a dor funcional representa mais do que uma função gastrointestinal anormal, pois envolve a interação complexa entre o Sistema Nervoso Central e o Sistema Nervoso Entérico (eixo cérebro-intestino) (MOTTA; SILVA, 2008).

A abordagem da manifestação de dor abdominal recorrente em crianças e adolescentes deve dirigir o profissional de saúde a discriminar se esse sintoma decorre de desordem gastrointestinal funcional ou se resulta de patologia orgânica. Para essa discriminação, devem ser realizados a anamnese e o exame físico completos, sendo que na anamnese é fundamental a pesquisa de sinais de alarme que, quando presentes, sugerem patologia orgânica e, quando ausentes, sugerem dor abdominal funcional. Os sinais de alarme que sugerem dor abdominal orgânica são: idade de início antes de quatro anos, perda de peso ou desaceleração do crescimento linear, vômitos persistentes, febre recorrente, dor longe do umbigo (especialmente dor no quadrante superior direito ou quadrante inferior direito, dor que se irradia para as costas, escápulas ou membros inferiores), dor que desperta a criança do sono, recusa alimentar em função da dor, sangramento gastrointestinal, diarreia noturna, artrite, doença perirretal, puberdade retardada e história familiar de doença péptica, doença celíaca e doença inflamatória intestinal (MOTTA; SILVA, 2008; MORAIS, 2000). A avaliação do hábito intestinal também é importante, a fim de verificar alterações como diarreia ou constipação.

Características clínicas como frequência e gravidade da dor abdominal nem sempre vão distinguir a dor de origem funcional da dor orgânica, uma vez que a dor funcional pode também ser intensa e alterar as suas atividades diárias (MOTTA; SILVA, 2008). Ressalta-se ainda que a dor funcional pode ser acompanhada de sintomas autonômicos vasomotores, como náuseas, tonteira, palidez cutânea e sudorese (MOTTA; SILVA, 2008). O horário da dor (pré ou pós-prandial) também não discrimina a dor funcional da dor orgânica, com exceção da dor noturna, em que a criança acorda pela dor, pois como já foi dito, esse é um dos sinais de alarme indicativo de dor orgânica. Na criança com dor abdominal crônica funcional, além de não apresentar sinais ou sintomas de alarme, não há evidências clínicas de alterações anatômicas, metabólicas, infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas, sendo o exame físico normal, destacando-se ausência de comprometimento nutricional.

Importante salientar que a avaliação nutricional da criança é um dos pilares da avaliação pediátrica e deve ser realizada em todas as consultas, uma vez que o comprometimento do estado nutricional pode

indicar diversas patologias. Essa avaliação do crescimento deve ser realizada mediante a avaliação do peso e da estatura nas curvas de crescimento do gráfico do cartão da criança. A presença de desvios ou desaceleração do crescimento pode indicar a presença de doenças crônicas.

Outros aspectos importantes a serem avaliados na consulta da criança e do adolescente com dor abdominal crônica são suas condições e estilo de vida, hábitos e temperamento. Considerando esses aspectos, geralmente a consulta de uma criança com dor abdominal é mais demorada que consultas por outras queixas, ressaltando que o exame físico deve ser sempre completo, e não se restringir somente ao abdome. O profissional de saúde deve entrevistar os pais na presença da criança e a sós, pois eles podem apresentar temores como medo de câncer, que não relatariam na presença da criança. A criança ou adolescente também deve receber atenção privada, a fim de avaliar fatores que vão predispor a ocorrência da dor (MOTTA; SILVA, 2008).

Os fatores que influenciam a vida das crianças vão contribuir tanto na ocorrência de dor abdominal crônica de origem funcional quanto podem interferir nas doenças de origem orgânica (PUCCINI; BRESOLIN, 2003). Considerando a interação do eixo cérebro-intestino na gênese da dor abdominal funcional, fatores ambientais, de estilo de vida e hábitos, bem como o temperamento individual, vão influenciar diretamente a ocorrência de dor abdominal em crianças e adolescentes predispostos (MORAIS, 2000). Quanto ao estilo de vida, geralmente crianças com uma rotina sem muitas atividades agradáveis e saudáveis apresentam baixo limiar à sensação dolorosa. Os fatores ambientais estressantes mais comumente associados são problemas financeiros, separação dos pais, doença grave na família ou perda de ente querido e problemas escolares. O temperamento da criança refere-se à habilidade de resposta ao estresse e tensão e ao limiar de percepção dolorosa, incluindo ainda o aprendizado de exemplos de familiares durante situações de dor (MORAIS, 2000). Enfim, a condição da criança de enfrentamento às dificuldades, associada à dinâmica familiar, vai influenciar a ocorrência ou não de dor (PINTO; DUARTE, 2008).

É importante destacar que a dor abdominal crônica funcional não é somente um diagnóstico de exclusão, porém tem base em sintomas clínicos positivos, evitando exames complementares extensos para excluir doença orgânica (MOTTA; SILVA, 2008). Os sintomas clínicos positivos de doença gastrointestinal foram categorizados por um grupo de especialistas do mundo desde o final da década de 1980, sendo que o último consenso desse grupo foi publicado em 2006 e denominado Critério de Roma III (MORAIS; TAHAN, 2009). Nesse consenso (Roma III) (RASQUIN, 2006), a dor abdominal crônica de origem funcional na faixa pediátrica foi dividida, de acordo com sintomas predominantes, em: dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, enxaqueca abdominal, dor abdominal funcional da infância e síndrome da dor funcional na criança, sendo os critérios abaixo descritos:

A dispepsia funcional inclui a presença dos seguintes sintomas em conjunto, no mínimo uma vez por semana, no mínimo dois meses antes do diagnóstico: dor recorrente ou desconforto localizado no abdome superior (acima do umbigo) e dor não aliviada por defecação ou não associada a início de mudança na frequência ou na forma das fezes e não ter evidência clínica de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que explique os sintomas. Sintomas e sinais associados como eructação, distensão abdominal, saciedade precoce e náuseas, ânsia de vômito ou vômitos podem estar associados (MOTTA; SILVA, 2008).

A síndrome do intestino irritável é definida pela presença de no mínimo mais de uma vez na semana durante os últimos dois meses antes do diagnóstico: desconforto ou dor abdominal associada a dois ou mais dos seguintes sintomas, por no mínimo 25% do tempo: melhora com a defecação, início associado a mudança na frequência das fezes, início associado a mudança na forma das fezes. Não deve haver evidências de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifique os sintomas. Sintomas e sinais associados são: frequência anormal das evacuações (menor que ou igual a duas vezes por dia), formato anormal das fezes (endurecidas ou amolecidas), eliminação anormal de fezes (com esforço,

urgência ou sensação de evacuação incompleta), eliminação de muco e distensão abdominal ou sensação de distensão abdominal (MOTTA; SILVA, 2008).

A enxaqueca abdominal pode ser definida quando há ocorrência de duas ou mais vezes nos 12 meses precedentes, todos os seguintes itens: episódios paroxísticos de intensidade súbita de dor periumbilical aguda e intensa que dura aproximadamente 1 hora ou mais, períodos intercalados de retorno ao estado de saúde habitual nas últimas semanas ou meses; a dor interfere nas atividades habituais, sendo incapacitante e é associada a dois ou mais dos sintomas e sinais vasomotores: anorexia, náusea, vômitos, cefaleia, fotofobia e palidez intensa. Não há evidência de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifique os sintomas. A história de sinalização ou "aura" e história familiar de cefaleia do tipo enxaqueca podem auxiliar o diagnóstico, entretanto a presença não é obrigatória. A enxaqueca abdominal na infância é uma síndrome temporária, geralmente não acompanhada de cefaleia, entretanto é precursora da cefaleia do tipo enxaqueca na vida adulta (MOTTA; SILVA, 2008).

A dor abdominal funcional na infância deve ser considerada nos seguintes critérios: ocorrência da dor abdominal no mínimo uma vez por semana e dois meses antecedendo ao diagnóstico: dor abdominal contínua ou esporádica com critérios diagnósticos insuficientes para os outros tipos de dor abdominal funcional, ausência de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifique os sintomas. Não há necessidade de a criança interromper as atividades diárias devido à dor; não se relaciona com a alimentação ou o padrão de defecação e pode ser acompanhada por tonteira, fadiga, cefaleia, náusea e vômito. O exame físico é normal (MOTTA; SILVA, 2008).

A síndrome da dor abdominal funcional na infância inclui os critérios acima descritos, por no mínimo 25% do tempo e um ou mais dos seguintes itens: ocorrência em período maior que uma vez por semana durante dois meses que antecedem o diagnóstico, perda variável da função diária, associação com sintomas como cefaleia, dor nos membros ou dificuldade para dormir. Não há relação com alimentação, menstruação, padrão evacuatório e não desperta a criança do sono noturno, sendo sempre o exame físico normal (MOTTA; SILVA, 2008).

A dor abdominal orgânica, em geral, é acompanhada de alguns sintomas que são denominados de sinais de alarme. Os sinais de alarme que sugerem dor abdominal orgânica são: idade de início antes de 4 anos, perda de peso ou desaceleração do crescimento linear, vômitos persistentes, febre recorrente, dor longe do umbigo (especialmente dor no quadrante superior direito ou quadrante inferior direito, dor que se irradia para as costas, escápulas ou membros inferiores), dor que desperta a criança do sono, recusa alimentar em função da dor, sangramento gastrointestinal, diarreia noturna, artrite, doença perirretal, puberdade retardada e história familiar de doença péptica, doença celíaca e doença inflamatória intestinal (MOTTA; SILVA, 2008; MORAIS, 2000).

Quando a criança ou adolescente com queixa de dor abdominal crônica apresenta um desses sinais de alarme, faz-se necessária a investigação complementar mediante exames diagnósticos dirigidos para as hipóteses diagnósticas mais prováveis, sempre dentro de um plano de investigação explicado à família (MOTTA; SILVA, 2008). A dor abdominal orgânica pode ser secundária a dezenas de entidades clínicas. Alguns exemplos são: esofagite de refluxo, doença péptica (gastrite, duodenite ou úlcera péptica), intolerância à lactose, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, calculose renal ou biliar, pancreatite crônica, obstrução do trato urinário, pielonefrite recorrente, anemia falciforme e defeitos musculofasciais da parede abdominal, entre outras (MORAIS, 2000). Ressalta-se que a constipação intestinal funcional oculta também causa dor abdominal crônica, especialmente nos quadros mais graves de constipação em que há impactação fecal. Estudo prévio realizado em ambulatório especializado em gastroenterologia pediátrica demonstrou que a constipação intestinal foi a principal causa de dor abdominal crônica nas crianças e adolescentes da amostra (LUNARDI; AZEVEDO; AZEVEDO, 1997). Nesse caso, a dor abdominal crônica é secundária à constipação funcional, porém não deve ser categorizada como dor

funcional, sendo discutível a classificação da dor como orgânica, considerando que a etiologia da dor é a constipação funcional. A seguir descreveremos características de algumas doenças orgânicas que podem ocasionar dor abdominal.

A esofagite de refluxo caracteriza-se por dano à mucosa esofágica por retorno do conteúdo ácido do estômago. Geralmente a dor é na parte superior do abdome, podendo apresentar dor à ingestão de alimentos e estar associada a regurgitações ou vômitos, eructações ou soluços excessivos, sintomas otorrinolaringológicos (ex.: rouquidão), anemia por deficiência de ferro e alteração do crescimento secundária à ingestão alimentar insuficiente (MOTTA; SILVA, 2008).

Na gastrite, duodenite e úlcera péptica há dano da mucosa do estômago ou duodeno, que ocasiona dor epigástrica ou no abdome superior, sendo comum a relação temporal entre a alimentação e o aparecimento da dor, podendo despertar o paciente do sono e ser acompanhada ou não de náusea ou vômito, distensão abdominal, perda de peso e raramente sangramento gastrointestinal (hematêmese e melena). Importante lembrar que o uso de anti-inflamatórios não hormonais pode ser fator predisponente para as gastrites, e a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* é a principal causa de úlcera duodenal na infância (MOTTA; SILVA, 2008).

A intolerância à lactose é uma síndrome clínica em que indivíduos suscetíveis apresentam pequena quantidade da enzima lactase na mucosa intestinal e, portanto, não absorvem a totalidade da lactose ingerida. A lactose que permanece na luz intestinal exerce efeito osmótico e aumento do fluxo de líquidos para o interior do intestino, bem como ao chegar no cólon, onde é degradada por bactérias colônicas, produzindo gases. As manifestações clínicas por ordem de frequência são: dor abdominal, distensão abdominal, borborigmos, flatulência excessiva, diarreia, náusea e vômitos (MOTTA; SILVA, 2008; MORAIS, 2000), e o tratamento implica a diminuição de lactose da dieta.

A doença inflamatória intestinal tem apresentação clínica variada, dependendo do local e do comprometimento do processo inflamatório. As formas clínicas são colite indeterminada, colite ulcerativa e doença de Crohn. Os sintomas mais comuns são dor abdominal, sangramento gastrointestinal e perda de peso. Manifestações extraintestinais podem estar presentes.

A doença celíaca é a intolerância permanente ao glúten, que causa lesão da mucosa intestinal (atrofia vilositária) em indivíduos geneticamente predispostos. Embora a manifestação clássica da doença seja diarreia, déficit de crescimento e distensão abdominal, é cada vez mais frequente o aparecimento de pacientes com poucos sintomas, entre eles dor abdominal (MOTTA; SILVA, 2008).

Embora a parasitose intestinal seja sempre lembrada como causadora de dor abdominal, é importante salientar que, na maioria dos casos, a presença de parasita intestinal nas fezes não é suficiente para a definição diagnóstica, sendo apenas um fator coadjuvante, e não o único responsável pelo quadro de dor (MOTTA; SILVA, 2008). Dentre as parasitoses intestinais, alguns parasitas podem ocasionar mais frequentemente dor abdominal recorrente, como a giardíase e a estrongiloidíase. Evidentemente, a presença de parasita intestinal deve ser investigada e tratada (PUCCINI; BRESOLIN, 2003), porém, após o tratamento da parasitose, a criança deve ser mantida sob observação clínica, a fim de assegurar que o quadro de dor foi superado (MOTTA; SILVA, 2008). Ressalta-se ainda que estudo com base populacional de crianças de áreas urbanas demonstrou declínio importante da prevalência de parasitoses intestinais em crianças menores de cinco anos (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000), sendo, portanto, alvo de crítica à conduta usual de se medicar com antiparasitários crianças com dor abdominal recorrente (PUCCINI; BRESOLIN, 2003).

Como já foi dito, o diagnóstico da dor abdominal crônica funcional é clínico com base em critérios previamente estabelecidos, entretanto, nos casos suspeitos de patologia orgânica, quando há presença de sinais de alerta, é necessária a solicitação de exames complementares. Exames como hemograma, velocidade de hemossedimentação, exame do sedimento urinário, urocultura, parasitológico de fezes (três amostras),

radiografia de abdome e ultrassonografia de abdome podem ser úteis e realizados inicialmente nos casos não definidos clinicamente como dor abdominal funcional. No entanto, dependendo de alterações laboratoriais, sinais de alerta, ou má evolução do caso, outros exames subsidiários são necessários: endoscopia digestiva alta, teste de absorção de lactose, colonoscopia e exames específicos do trato urinário, como urografia escretora, entre outros. Em alguns casos, a sintomatologia já direciona para exames específicos, por exemplo: para criança com dor abdominal noturna que acorda por causa disso e tem história familiar positiva de doença péptica, a endoscopia digestiva alta está indicada.

Nos casos de diagnóstico de dor abdominal crônica funcional, é importante que o médico oriente a família de que a dor é uma dor real, e não uma mera simulação da criança (MOTTA; SILVA, 2008). Ainda nesses casos, não se deve rotular a criança como portadora de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, considerando a ausência de anormalidades orgânicas. Ressalta-se ainda que, na grande maioria dos pacientes com dor abdominal funcional, não há necessidade de terapêutica psicológica[1], sendo que em parcela deles o acompanhamento médico rotineiro, com uma boa relação médico-paciente, influencia positivamente para amenizar as crises. As famílias das crianças com dor abdominal crônica funcional também devem ser orientadas a identificar e neutralizar fatores de tensão e estresse, não permitir que a criança falte na escola, bem como evitar atitudes que atuem como reforço para a dor. As atitudes mais comuns de reforço para a dor são o uso de analgésicos e antiespamódicos, massagens no abdome e dispensar a criança de suas obrigações por ocasião dos episódios dolorosos. Os pais e professores devem ser sensibilizados para valorizar mais a criança que sua dor (MOTTA; SILVA, 2008).

Os casos de dor abdominal crônica de origem orgânica devem receber tratamento de acordo com o diagnóstico etiológico.

Enurese na criança e no adolescente

A enurese afeta milhares de crianças em todo o mundo e é considerada a principal queixa nos atendimentos pediátricos. Apesar da alta prevalência que é encontrada na faixa pediátrica, não existe total conhecimento da fisiopatologia dessa condição, o que ocasiona grande estresse familiar e social, bem como a segregação da criança e alterações à autoestima (HALPERN; SUKKIENK, 2008). O termo enurese é de origem grega e significa molhar-se ou urinar sobre si, definindo uma micção socialmente não aceita.

Alguns aspectos do desenvolvimento do controle vesicoesfincteriano são importantes no entendimento da enurese. Após o nascimento, a micção ocorre espontaneamente como um reflexo medular. A partir de um ano de idade, ocorrem o aumento da capacidade vesical e a maturação neural dos lobos frontal e parietal. Mediante o comando vesical, há sensação de repleção vesical, porém não há maturidade neurológica para iniciar ou inibir a micção. Essa maturidade ocorre posteriormente, indicando que a criança pode controlar suas funções, realizando as micções e defecações em condições socialmente aceitas. Aos 5 anos de idade, 85% das crianças têm controle completo, e os 15% restantes tornam-se continentes num ritmo de 15% ao ano. Na puberdade, 2 a 5% continuam enuréticos e, na idade adulta, em torno de 1,5 a 3%10. Dessa forma, a enurese é definida como perda inapropriada de urina após a idade em que a criança é considerada capaz de ter controle esfincteriano (na maioria das vezes, por volta dos 4 ou 5 anos) (HALPERN; SUKKIENK, 2008).

A enurese pode ser classificada como diurna, quando há perda de urina no período de vigília, sendo por vezes identificada como incontinência urinária, e noturna, quando a perda ocorre exclusivamente durante o sono. Pode ainda ser classificada como primária, quando nunca houve controle esfincteriano, ou secundária, quando após um período de pelo menos seis meses de controle noturno adequado, existe retorno da perda noturna, em pelo menos dois episódios mensais continuados. Outra classificação refere-se à associação ou não com outros sintomas urinários. Quando não tem sintomas urinários associados, é considerada monossintomática, porém quando se associa a outros sintomas como poliúria, urgência

miccional ou disúria, é denominada polissintomática. A grande maioria dos casos corresponde a enurese monossintomática, sendo que desordens orgânicas são identificadas em menos de 5% dos casos de enurese (HALPERN; SUKKIENK, 2008).

As causas da enurese permanecem em investigação, entretanto a maioria dos autores concorda em etiologia multifatorial, principalmente nos casos de enurese noturna monossintomática. Na etiologia multifatorial participam fatores genéticos, sociais, psicológicos e anatomofisiológicos (MACEDO, 2010).

Na enurese noturna monossintomática três fatores são evidentes: a necessidade de urinar à noite, a ausência de sinal que permita à criança acordar para realizar a micção e a incidência mais elevada em filhos de pais que foram enuréticos ou são noctúricos. Diante dessas constatações, tem-se tentado identificar a participação dos diversos fatores, analisando-se a capacidade vesical, a ocorrência de contrações não inibidas de detrusor exclusivamente durante o sono, o volume de diurese noturna, a capacidade de despertar e a ocorrência de enurese nas diversas etapas do sono (MENESES, 2001). Em relação aos fatores genéticos, cerca de 70% das crianças com enurese tiveram pelo menos um dos pais afetados na infância. Quanto ao ritmo do sono, alguns estudos têm demonstrado que a enurese ocorre na fase REM do sono e pode estar associada a outras alterações do sono, como terror noturno e sonambulismo. Nesse caso, considera-se que fatores comportamentais que desencadearam a enurese também foram desencadeantes para alterações do sono, por exemplo, o terror noturno.

Quanto às causas urodinâmicas, é comum encontrar capacidade de distensão da bexiga e volume de depósito diminuídos em crianças que apresentam enurese, especialmente naquelas que também se queixam de urgência miccional durante o dia. Quanto aos fatores psicológicos, não há evidências que suportem a hipótese de que a enurese seja um sintoma psiquiátrico, entretanto o estresse pode estar associado favorecendo ou exacerbando os sintomas (HALPERN; SUKKIENK, 2008).

Os problemas orgânicos que podem estar associados à enurese são: anormalidades anatômicas da medula espinal, como espinha bífida, válvula de uretra posterior, presença de sintomas ou evidências de diabetes (*mellitus* e *insipidus*), constipação grave, infecções do trato urinário e história de abuso infantil (HALPERN; SUKKIENK, 2008). Ressalta-se que a enurese, assim como a encoprese, pode ser uma das graves consequências da lesão psicológica de crianças vítimas de abuso sexual (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Na avaliação de crianças com enurese, a história clínica é o instrumento mais importante, devendo ser explorada, de preferência com ambos os genitores. A abordagem sobre o histórico de controle dos esfíncteres juntamente com o desenvolvimento motor e cognitivo é fundamental. Perguntar sobre sintomas associados, bem como estimular os genitores a contarem sua própria história de controle esfincteriano, também é importante. Deve-se também realizar uma análise do ambiente biopsicossocial em que a criança está se desenvolvendo, assim como verificar os hábitos de ingestão hídrica e problemas associados ao sono. Algumas sugestões de perguntas-chave são (HALPERN; SUKKIENK, 2008):

1) A criança apresenta episódios tanto de dia como de noite?
2) A criança apresenta episódios de enurese tanto de dia como à noite?
3) Alguém na família apresentou dificuldade para controlar os esfíncteres?
4) O que já foi dito para tentar resolver o problema?
5) Qual a extensão em que esse problema é importante para você? (perguntar para a criança)

Outro dado importante a ser pesquisado é o antecedente de infecção urinária (MENESES, 2001), e o exame físico deve ser completo. Algumas alterações no exame físico indicam a necessidade de diagnóstico diferencial em relação a outras situações urológicas como: manchas de urina e resíduo fecal nas roupas íntimas: vulvovaginite, dermatite perivulvar, sinéquia labial, epispádia ou hipopádia, bem como alterações

de reflexos em membros inferiores ou outros sinais indicativos de alterações neurológicas espinais como nevus, pigmentação anormal ou fosseta em região lombo-sacra (MENESES, 2001).

Mesmo sem evidências de enurese de origem orgânica, a realização dos exames qualitativos de urina (urina tipo 1) e urocultura é considerada uma investigação mínima recomendada (HALPERN; SUKKIENK, 2008). O exame qualitativo de urina pode demonstrar ou não anormalidades como leucocitúria, proteinúria, glicosúria, bacteriúria, bem como déficit de concentração urinária e alteração de Ph (MENESES, 2001). A presença desses sinais isoladamente ou associados pode indicar desordens orgânicas. Por exemplo, a capacidade de concentrar a urina acima de 1015 descarta a possibilidade de diabetes *insipidus* (HALPERN; SUKKIENK, 2008). Estudos de imagem, a princípio, não são necessários, devendo ser solicitados somente nos casos em que a anamnese, o exame físico e os exames de urina sugiram anormalidades. Eventualmente, indica-se estudo do sono, quando a história for sugestiva, a fim de estabelecer possível associação diagnóstica.

O objetivo do tratamento é melhorar os sintomas e minimizar o impacto do problema na autoestima e nas relações interpessoais da criança (HALPERN; SUKKIENK, 2008), mesmo considerando que a remissão espontânea ocorre em cerca de 15% dos casos ao ano. Considerando ainda que a remissão com o efeito placebo é elevada e que existe possibilidade de recaída após um tratamento bem-sucedido, deve-se dar preferência a um tratamento isento de efeitos colaterais. A idade ideal de se iniciar um tratamento, além de ser condição individual, depende da maturidade da criança e do nível de tolerância familiar. As orientações gerais podem ser iniciadas antes dos 5 anos e um tratamento medicamentoso ou não, após os 6 anos (MENESES, 2001).

O tratamento deve ser individualizado, considerando a idade da criança e peculiaridades do seu ambiente e funcionamento de sua família. Os pais devem ser orientados a sempre apoiarem a criança, evitando reforço negativo, depreciações e punições. Nos pré-escolares com controle de esfíncter tardio, a orientação para observação, sem intervenção formal, pode ser a conduta mais adequada. Em crianças em idade escolar deve ser considerado algum tipo de intervenção. A enurese não deve ser subestimada com expressões do tipo "Isso vai passar" ou "Isso é coisa de criança e com o tempo melhora" (HALPERN; SUKKIENK, 2008). Pacientes mais jovem (menores de 7 anos) tendem a responder melhor à terapia de reeducação de toalete, bem como ao reforço motivacional. Quanto mais velha for a criança, considerar maior urgência nos resultados, considerando a privação social que o sintoma impõe e, nesses casos, o uso de medicamentos está indicado (HALPERN; SUKKIENK, 2008).

A abordagem comportamental da enurese envolve explicar aos pais os aspectos fisiopatológicos envolvidos e orientar sempre reforço positivo, motivando-os a demonstrar sempre para a criança apoio e compreensão. Uma forma terapêutica e ao mesmo tempo de avaliação aconselhável é o incentivo para que a criança realize um diário de monitoramento do processo e reforço positivo toda vez que conseguir uma noite sem enurese ou quando aumentar o intervalo entre os episódios. Outras medidas adjuvantes aconselháveis são: diminuir a ingestão de líquidos duas horas antes de dormir e esvaziamento da bexiga antes de ir para a cama. Na manhã seguinte à noite em que a criança não teve enurese, reforçar a criança positivamente, ressaltando sua capacidade de passar uma noite "seca". Alguns autores também sugerem a rotina de retirada da criança da cama à noite e levá-la em vigília ou não até o banheiro, a fim de esvaziamento da bexiga, e ir aumentando progressivamente os intervalos (HALPERN; SUKKIENK, 2008). Outra técnica pouco usada em nosso meio, porém muito utilizada em outros países, é a utilização de alarmes noturnos que, associada a técnicas motivacionais, parece ter bons resultados (HALPERN; SUKKIENK, 2008).

O tratamento farmacológico deve ser utilizado nos casos de falha inicial na terapia cognitivo-comportamental e sempre associado a essa terapia. Ressalta-se ainda que o tratamento farmacológico deve ser considerado um tratamento coadjuvante. Três drogas são mais utilizadas no tratamento da

enurese noturna: imipramina, desmopressina (DDAVP) e oxibutinina (HALPERN; SUKKIENK, 2008). A imipramina é um antidepressivo tricíclico clássico, e o seu uso está relacionado ao efeito colinérgico que, entre outros efeitos, promove retenção urinária por aumento da capacidade vesical e diminuição da contratilidade do músculo detrusor. A dose semanal é de 10 mg com aumento semanal até 50 a 75 mg, monitorizando-se a sintomatologia urinária e colateral. A medicação deve ser usada pelo menos por 4 semanas e geralmente por 3 a 9 meses; a melhora costuma ocorrer uma semana após o início da imipramina. A arritmia cardíaca é um dos efeitos colaterais da imipramina, portanto é aconselhável a realização de ECG antes de iniciar o tratamento e a monitorização durante o tratamento. Outros efeitos colinérgicos são: boca seca, diminuição do apetite, irritabilidade e alteração no ritmo do sono. A desmopressina é um análogo sintético do hormônio antidiurético e pode ser utilizada na terapia da enurese, uma vez que torna a urina mais concentrada e diminui seu volume. Seu uso foi embasado em trabalhos científicos que demonstraram que, em pacientes com enurese, pode haver uma diminuição de hormônio antidiurético, entretanto a desmopressina pode ser utilizada independente dessa comprovação. Porém, dados sugerem índice elevado de recaída com a interrupção de seu uso. A oxibutinina também é um anticolinérgico que pode ser utilizado tanto para enurese como para urgência miccional, sendo liberada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos somente para crianças acima de 5 anos, e o fator limitante são os efeitos colaterais dos colinérgicos (HALPERN; SUKKIENK, 2008). Uma revisão sistemática recente sobre o tratamento da enurese, realizada em Portugal, demonstrou que a utilização de alarmes associada à desmopressina como tratamento apresenta melhores resultados (MACEDO, 2008).

Finalizando, é importante a reflexão de que a enurese noturna na infância é queixa comum nos atendimentos médicos e, ainda que essa queixa não seja explicitada na consulta médica, ela deve ser pesquisada pelo profissional de saúde, pois em muitos casos ela é um segredo de família (MENESES, 2001). Embora, na grande maioria dos casos, a enurese noturna monossintomática seja reversível com o decorrer dos anos, é uma situação que causa grande desgaste familiar e sofrimento das crianças, afetando sua autoestima (MENESES, 2001), portanto merece tratamento precoce. Ressalta-se ainda que muitas crianças que apresentam enurese noturna são vítimas não somente da incompreensão dos familiares, porém também de violência doméstica. Recente estudo (SAPI, 2009), realizado no ambulatório de urologia pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pesquisou presença de violência doméstica (verbal ou física) em 149 pacientes de 6 a 18 anos com diagnóstico de enurese noturna monossintomática. Nesse estudo, 89% desses pacientes sofreram algum tipo de violência devido ao episódio enurético, sendo que 100% sofreram violência verbal (ex.: uso de palavras com sentido agressivo e ofensa verbal), 50,8% violência física sem contato (ex.: tomar banho frio, lavar o próprio lençol molhado, ficar de pé o resto da noite) e 48,5% violência física com contato (ex.: bater no paciente), sendo que um dos casos sofreu queimadura no genital, ocasionando uma lesão grave que demandou reconstrução cirúrgica. O principal agressor foi a mãe, em 87,9% dos casos. Houve uma correlação fortemente positiva entre baixa escolaridade dos familiares e gravidade da punição. Portanto, a enurese noturna monossintomática é um importante problema de saúde, merecedor de atenção por parte dos profissionais de saúde, bem como dos familiares (MENESES, 2001).

Referências

FERREIRA, U. M.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. **Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)**. Rev Saúde Pública, n. 34, p. 73-82, 2000.

HALPERN, R.; SUKKIENIK, R. Enurese na infância. In: FREIRE, L. M. S. **Diagnóstico diferencial em Pediatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008, p. 1117-1119.

LUNARDI, C. A.; AZEVEDO, L. A.; AZEVEDO, L. C. P. **Dor abdominal crônica recorrente no ambulatório de gastropediatria**. J Pediatr (Rio J), v. 73, n. 3, p. 180-188, 1997.

MACEDO, A. **Enurese nocturna primária**. Acta Urológica, n. 3, p. 53-60, set. 2010.

MENESES, R. P. **Enurese noturna monossintomática**. J Pediatr (Rio J), v. 77, n. 3, p. 161-168, 2001.

MORAIS, M. B. **Dor abdominal recorrente**. In: CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W. B. Terapêutica e prática pediátrica. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, p. 699-702.

MORAIS, M. B.; TAHAN, S. **Constipação Intestinal**. Pediatr Mod, n. 45, p. 79-98, 2009.

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. **Dor abdominal**. In: FREIRE, L. M. S. Diagnóstico diferencial em Pediatria. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008, p. 427-431.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. **Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência**. J Pediatr, n. 81(5 Supl), p. S197-S204, 2005.

PINTO, P. C. G.; DUARTE, M. A. **Associação entre eventos estressantes de vida e dor abdominal recorrente não orgânica-revisão**. Rev Med Minas Gerais, v. 18, n. 4 (Supl 1), p. S83-S89, 2008.

PUCCINI, R, F.; BRESOLIN, A. M. B. **Dores recorrentes na infância e adolescência**. J Pediatr (Rio J), n. 79 (Supl.1), p. S65-S76, 2003.

RASQUIN, A et al.. **Childhood functional gastrointestinal disorders:** child/adolescent. Gastroenterology, n. 130, p. 1527-1537, 2006.

SAPI, M. C. et al. **Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis**. J Pediatr (Rio J), v. 85, n. 5, p. 433-437, 2009.