

ENURESE E ENCOPRESE

- Disciplina de pós graduação em Psicologia
Clínica –
11a. aula

Francisco B. Assumpção Jr
cassiterides@bol.bom.br





CONCEITO

falta de controle de emissão da urina em idade cronológica, onde é esperado que haja maturidade neurológica para tal, sem evidência de lesão orgânica das estruturas atuantes, além de involuntária e inconsciente.

crianças normais : entre um ano e meio e três anos

enquanto distúrbio: Variam dos quatro aos cinco anos

variação: só deve ser caracterizada como enurética quando a frequência de micções for ao menos uma vez por semana em meninas e de 5 vezes em meninos de 6 a 10 anos.

Outros sugerem a ocorrência de duas ou mais micções semanais (Ortiz, 1986) ou mais de duas ao mês após a idade de cinco anos, independente do sexo (Rushton,1989)



Classificação quanto ao seu momento de surgimento é:

- **primária, quando nunca houve período de controle**
- **secundária, quando há enurese após período de controle esfinteriano, que deve ser de três a seis meses**

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência para a idade de 5 anos: 7% para meninos e 3% para meninas, para 10 anos de 3% e 2%, respectivamente, e após 18 anos haveria 1% de homens, é praticamente inexistente em mulheres.

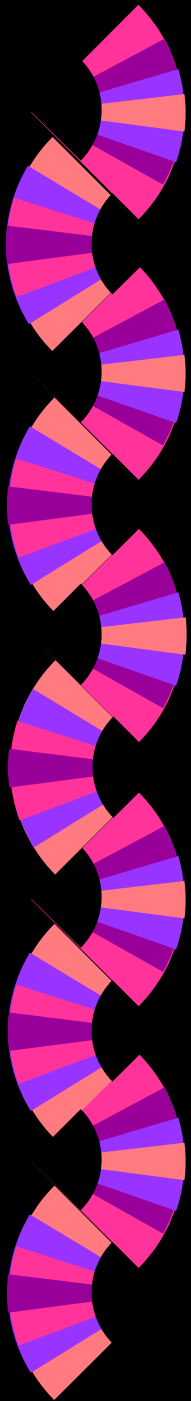
Prevalência na relação idade/frequência das ocorrências: 10 a 15% aos 5 anos e de 7% aos 10 anos ao menos uma vez ao mês (Novello, 1987).




ETIOLOGIA

(Ajuriaguerra, 1980; Levine, 1983) Enurese primária é biológica e a secundária é influenciada por fatores psicossociais

GENÉTICA: maior prevalência do fenômeno em crianças provindas de pais que foram enuréticos quando comparados com as de pais não-enuréticos (Shaffer, 1987). Apesar desta concomitância, não podemos fazer relações de causalidade linear podendo haver influência sistêmica (como no atraso maturacional) ou o transtorno se limitaria a um mecanismo simples (como a baixa capacidade de represagem da bexiga).



MATURACIONAL: Enuréticos apresentam maior incidência de baixo peso ao nascimento, atraso no andar e falar, distúrbios de fala, tendem a ser de estatura mais baixa e apresentam atraso do desenvolvimento sexual, além de atraso na idade óssea. Essa imaturidade dificulta o processo de treinamento inicial da criança, resultando em estresse e ansiedade para si e para os pais, o que levaria a uma "neurotização" da situação, que nada mais é do que a interação de fatores biológicos e psicossociais.



UROLÓGICA: A bexiga é um órgão músculo-membranoso constituída de três camadas, imbrincadas entre si:

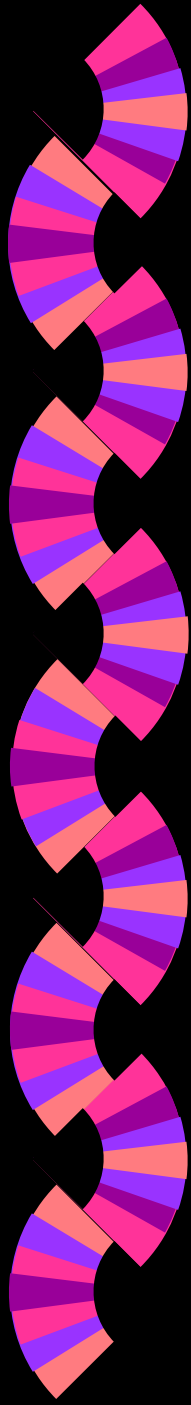
externa - fibras longitudinais;

média - fibras circulares, forma o esfíncter interno/ vesical;

interna - organizada na forma longitudinal.

Mecanismo da enurese - coordenação destas estruturas e dos esfícteres interno e externo .Recebe dupla inervação bilateral, simpática e parassimpática, com predomínio desta última para contração da bexiga. Quando há contração vesical, ocorre um alongamento de seu colo que por consequência "abre" o esfíncter interno.

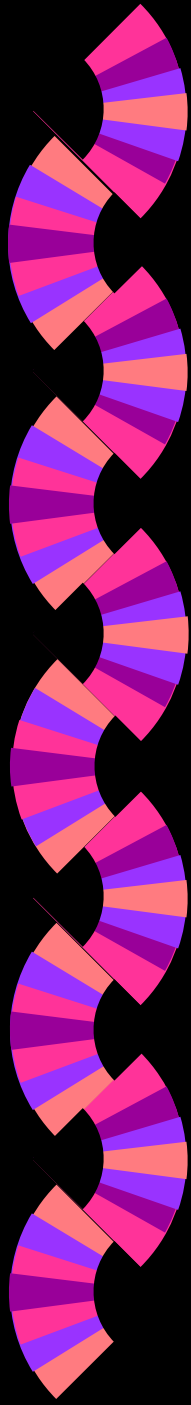
A contração do esfíncter externo é realizada pelo pudendo, e do interno basicamente pelas vias alfa-adrenérgicas, onde parece atuar a imipramina.



Bio-feed-back neuronal do funcionamento vesical não ocorre só em nível medular, mas implica estruturas centrais como córtex, gânglios de base, hipotálamo e núcleo pontino-mesencefálico (Cordovil, 1983).

Capacidade de bexiga do RN: 30 a 60 ml, crescendo de 30 a 40 ml ao ano (10 ml/kg peso), até atingir de 350 a 500 ml no adulto.

Primeira etapa: consciência da repleção entre 1 e 2 anos. Embora haja tal percepção, não há retenção quando a bexiga está cheia, nem eliminação se a bexiga não estiver completamente cheia (Cordovil, 1983).



Retenção: adquirida, primeiro durante o dia (1-2anos) e posteriormente a noite (3-4anos).

Após os 4 anos é possível urinar quando a bexiga está total ou parcialmente cheia, bem como utilizar a musculatura abdominal e diafragmática para este fim.

Urodinâmica comprometida em aproximadamente 80% dos enuréticos diurnos, havendo instabilidade da bexiga ou distúrbio da coordenação de esfínteres (McLorie, 1987).

Há a possibilidade da presença de litíase, corpo estranho na bexiga como oxiúrus, presença de ectopia uretral extravesical divertículo na bexiga, hipertrofia congênita do colo vesical, entre outras causas da enurese.




PSICOSSOCIAL

Levine (1983) apresenta trabalhos em diferentes países que apontam maior frequência nas classes sociais mais baixas, aventando questões referentes desde ao menor tempo de assessoramento para o treinamento da criança, do menor interesse e maior quantidade de atitudes coercitivas por parte dos pais, até ao fato de haver maior número de crianças nascidas com baixo peso e outros indicadores de distúrbios maturacionais neste meio social.

Associação entre enurese e distúrbios psiquiátricos, ainda não determinada se causal, reativa ou simples coincidência.

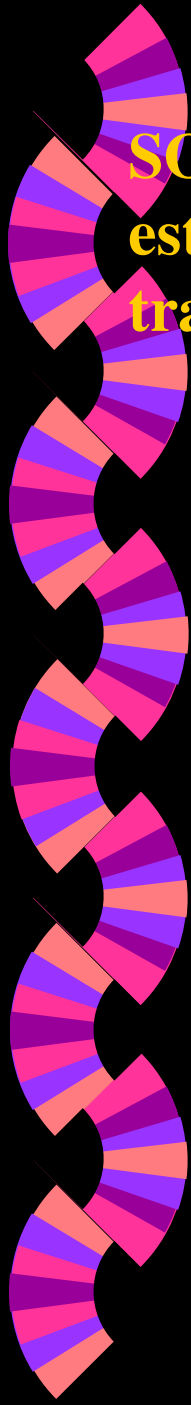
Melhora da ansiedade, do retraimento, da agressividade é da autoconfiança quando o tratamento enfoca só o sintoma, fortalecendo a hipótese de que ela seria a causa dos distúrbios psíquicos.



Verificamos melhora ou cura quando o tratamento-alvo não é o sintoma, mas o “entorno”, tais como investir maior atenção e maior segurança à criança, reforçando assim a hipótese de que a enurese seria efeito.

O tratamento da depressão também melhora os casos de enurese intermitente.

Enuréticos tem mais distúrbios psíquicos parecendo ser resultado de mecanismos independentes e sinérgicos.



SONO E EPILEPSIA: Embora se afirme que a enurese esteja associada a determinados estágios do sono, há inúmeros trabalhos que invalidam tal dito (Norgaard e cols.;1985)

DIVERSOS: Há diversos fatores que estão correlacionados com este tema, tais como: encoprese, nos distúrbios de atenção, uso de neuroléptico (tioridazina, tiotixeno e clorpromazina) (Shaffer, 1987), diabetes mellitus e insipidus, anemia falciforme, doenças renais, doenças neurológicas lombossacrais, alergia a certos alimentos (McLorie, 1987), fissuras e abscessos perianais (Ortiz, 1986).

TRATAMENTO

Shelov e cols. (1981): significativa diferença entre o ponto de vista do médico e o que a família pensa e como age. Afirmam a importância do médico apreender a visão da família e seus valores para propor um plano terapêutico que tenha receptividade.

Só 49% dos enuréticos entre 6 e 8 anos são levados à avaliação médica, 21% dos com mais de 12 anos nunca foram, e enquanto os médicos crêem na validade terapêutica das drogas, tal não ocorre com as famílias que usam com maior frequência a restrição de líquidos e as punições.

ORIENTAÇÃO

- 1. explicar de forma simples, honesta o mecanismo da enurese, o que se pretende fazer e porque, o que se espera dela.**
- 2. orientação à família nos mesmos itens.**
- 3. uso de calendário**



TREINO COMPORTAMENTAL

Êxito=70% treinamento vesical - orientação de ingerir diariamente, num determinado horário, grande quantidade de líquido em breve espaço de tempo e não urinar logo que tenha vontade, mas adiar ao máximo para que amplie a capacidade retentiva vesical.

Processo lento e difícil com referencia de dor.

Acordar noturno: fazer a criança acordar para urinar antes do horário em que usualmente ocorre a enurese. Êxito = 90%

Alarme: mecanismos com conectores colocados no pijama e quando em contato com volumes de urina acionam alarme que acorda a criança que interrompe a micção através da contração do esfíncter externo.

Êxito = 15 a 100% com 4% de recidivas



PSICOTERAPIA

Não é primeira indicação, sendo forma auxiliar ao tratamento clínico. Só quando o sintoma é ego-distônico em relação à criança e à família há chances de aproveitamento desta terapêutica.

HIPNOSE

CIRURGIA

Indicação restrita aos casos de malformações e/ou obstruções ao mecanismo urinário.



PSICOFARMACOTERAPIA

Antidepressivos

Êxito = 2/3 (enurese diurna) e 1/3 (noturna)

Imipramina: ação anticolinérgica e alfa-agonista, devido à capacidade de reutilização de noradrenalina nas terminações neurais (Ortiz, 1986). Riscos da cardiotoxicidade. Doses de 1 a 2,5 mg/kg/dia, atingindo o máximo de 75 mg/dia e até 100 mg/dia em adolescentes, no horário da noite.

Êxito = 60%.

Outros tricíclicos: amitriptilina, nortriptilina, desmetilimipramina, e maproptilina (Shaffer, 1987)
desmopressina: dose = 20 a 40 ug (Harris, 1989; Klauber, 1989). Níveis plasmáticos = 40 e 55 minutos (Evans, 1992).

Êxito = 40%

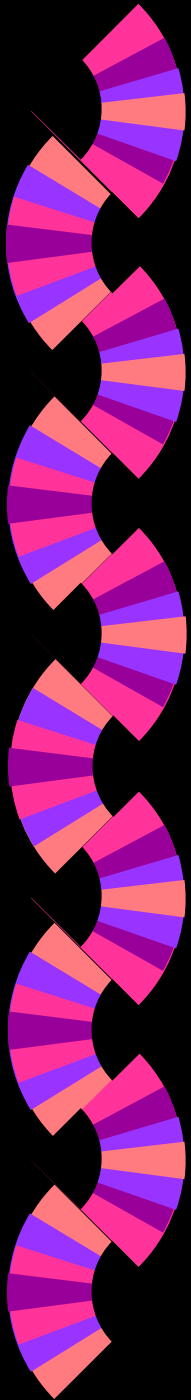
ENCOPRESE

Conceito

Defecação, em momentos e lugares inadequados, de maneira voluntária ou involuntária,(Trallero, 1995) em ausência de patologia orgânica, em indivíduo com idade superior a três anos de idade.

Deve considerar-se (APA, 1994) que a evacuação involuntária é, usualmente associada a obstipação, impactação e retenção de fezes com um hiperfluxo subsequente podendo, a primeira obstipação, ocorrer por razões psicológicas que, posteriormente levam a uma conduta de evitação da evacuação.

A consistência das fezes varia da consistência normal a fezes liquefeitas em indivíduos com hiperfluxo secundário a retenção fecal.





CLASSIFICAÇÃO

Primária: não se observa nenhum período de continência

Secundária: presença temporária de controle esfinteriano anterior (Trallero, 1995).

Caracterização de encoprese secundária como recidiva do evento após prazo mínimo de 1 ano de efetivo controle esfinteriano anal (Ajuriaguerra, 1980).

Pode ser diurna ou noturna, sendo esta última menos freqüente e de pior prognóstico (Levine, 1982).

Pode ser contínua ou descontínua com influência de situações ambiente-sociais tais como viagens, férias, mudanças de escola, nascimento de irmão, etc.

EPIDEMIOLOGIA

Mais comum no sexo masculino

Proporção: 3 a 4 homens para cada mulher

(Walsh;1981) Subnotificação da forma primária e maior frequência na população de baixa renda.

Forma secundária: 50% a 60% de todos os casos, raramente iniciada após os 8 anos de idade.

- **2,8% aos 4 anos**
- **2,2% aos 5 anos**
- **1,9% aos 6 anos**
- **1,5% aos 7-8 anos**
- **Quase zero aos 16 anos (Ajuriaguerra; 1980)**

0,5 % em indivíduos de 10 a 12 anos (Hersov, 1987)

(Trollero;1995) 2,8% aos 4 anos de idade, caindo para ao redor de 1,5% entre 7 e 8 anos. 16% detectada presença nos pais



ETIOPATOGENIA

Hipótese multifatorial - articula aspectos de desenvolvimento e psicoambientais.

Num extremo do espectro do desenvolvimento encontramos indivíduos que nunca conseguiram controle efetivo por doença neurológica, não podendo se caracterizar uma encoprese mas sim uma incontinência.

Ex.: paralisia cerebral e espinha bífida.

Outras vezes não se conseguiu a maturação necessária para o controle do processo de eliminação constituindo-se o que chamamos de encoprese primária.

Ex.: retardo mental, distúrbio global do desenvolvimento, síndrome de Rett, etc.



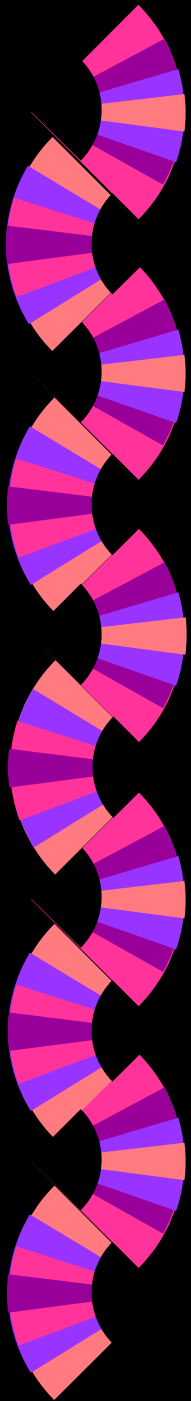
Para se pensar a etiopatogenia - verificar mecanismos normais de defecação:

I - contração reflexa do colo e sigmóide levando o bolo fecal até a junção reto-sigmoideana;

II - contração de diferentes músculos resultando a elevação da tensão intra-abdominal. Bolo fecal chega até a ampola retal entrando em contacto com a mucosa anal ao mesmo tempo que se fecha o esfíncter interno;

III - abertura esfíncteriana com a massa fecal expelida devido pressão lateral da musculatura anal (Ferrari, 1993).


Qualquer uma dessas fases pode ser objeto da atenção infantil revestindo de um significado próprio e de erotização particular.



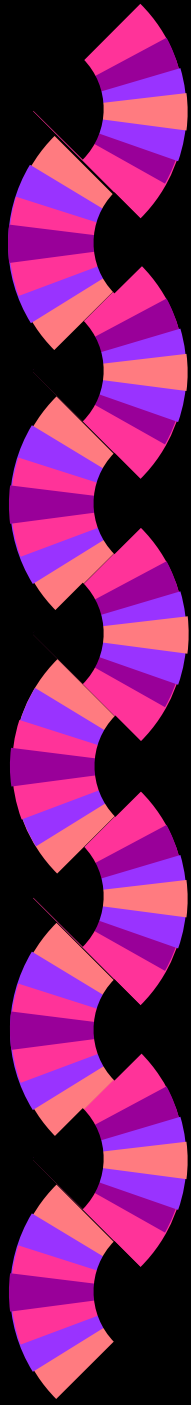
Constipação intestinal - principal causa de encoprese levando a flacidez das paredes do reto, dilatação da ampola retal com a consequente reabsorção da água e endurecimento fecal que culmina com maior retenção.

Deteriora-se o funcionamento dos receptores sensoriais e produzem-se fezes amolecidas com muco sucedendo então o episódio encoprético que, devido a falência dos receptores, chega sem que a criança sinta a necessidade de evacuar (Trolero, 1995)

A dor (por fissura anal, processos hemorroidários, entre outros) ocasiona dificuldades na defecação normal, leva a retenção fecal progressiva com o aparecimento de fezes encopréticas fluidas ou mucosas.



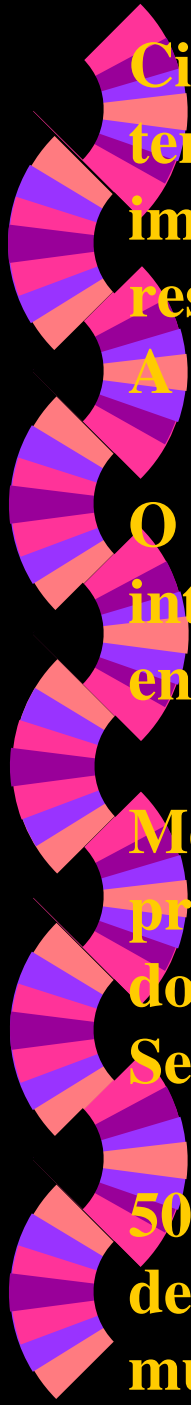
Psicodinâmica (Ferrari): estruturas de tipo psicótico nas quais a evacuação é fonte de angústia, decorrentes das vivências de eliminação das fezes como se fossem partes do próprio corpo; estruturas de tipo neurótica nas quais podemos encontrar mecanismos de tipo conversivo ou obsessivo. Nos primeiros os conflitos inconscientes situam-se a nível fálico e nos segundos a nível anal, adquirindo, em ambas significados auto-eróticos anais e significados de defesa narcísica; estruturas de tipo psicopático enquanto descarga de agressividade estruturas carenciais nas quais o auto erotismo não se encontra presente e as regras educativas não foram interiorizadas, o fenômeno aparecendo como uma forma de investimento do funcionamento corporal enquanto defesa contra a depressão.



Influência parental importante, com a clássica descrição das mães obsessivas pela limpeza (Ferrari, 1993) caracterizando uma relação mãe-filho patológica, com métodos de treinamento precoce (antes dos 8 meses de idade), quer de tipo coercitivo, quer de tipo permissivo, (Anthony, 1957).

Fisiologicamente: mecanismo mais comum - retenção que pode progredir de forma lenta (meses ou anos) ou abrupta (semanas a meses), ocasionando diminuição progressiva da sensação de repleção retal e consequente vontade de evacuar e afinamento das paredes deste segmento intestinal como reflexo na diminuição de sua força contrátil.

Aumento da reabsorção do material líquido com progressivo "empedramento" das fezes (Levine, 1982).



Ciclo vicioso na manutenção da constipação com dor e a tentativa evacuatória, tanto pelo volume do material impactado quanto pelas fissuras e processos hemorroidários resultantes da retenção e das tentativas de evacuação.

A dor inibirá o hábito pelo medo antecipado da dor.

O processo evolui para comprometimento dos esfínteres interno e externo com passagem de muco e fezes líquidas por entre o material impactado.

Mecanismo defecatório normal é devido ao aumento de pressão intra-abdominal pelo fechamento da glote, fixação do diafragma e contração da musculatura abdominal e perineal. Segue-se então o relaxamento dos esfínteres interno e externo.

50% - paradoxal aumento de pressão no canal anal, ao invés de relaxamento, pela contração do esfínter externo e da musculatura pélvica.



QUADRO CLÍNICO

(Anthony; 1957) três tipos, contínuo, descontínuo e retentivo.

I - proveniente de famílias com enorme capacidade de tolerância e distúrbios psicopatológicos bem como história repleta de episódios gastrointestinais.

II - apresenta fezes de aspecto e consistência normais manifestando uma mistura de vergonha e ansiedade.

III - apresenta constipação que vem em seguida a um funcionamento regular, porém com a característica de *resistência* à imposição ao uso do vaso.

A criança encoprética apresenta bom estado geral.



(Levine; 1983) - três estágios para identificar os potenciais fatores de risco para a instalação de quadro retentivo.

1º Estágio: até 2 anos de idade

Constipação simples (constitucional)

Inércia colônica precoce

Problemas anorretais congênitos

Reações familiares inadequadas

2º Estágio: entre 2 e 5 anos

Estresse no período de treinamento

Treinamento muito permissivo ou coercitivo

Dificuldades para defecar e dor

Medo do vaso devido fantasias diversas



3º Estágio: período escolar

Recusa de uso de banheiros escolares

Gastroenterite aguda ou prolongada

Déficits de atenção

Intolerância alimentar

Estresse psicossocial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Na encoprese secundária noturna:

masturbação anal (além das questões psicodinâmicas próprias haverá vestígios de matéria fecal nas unhas (Clarck, 1990)).

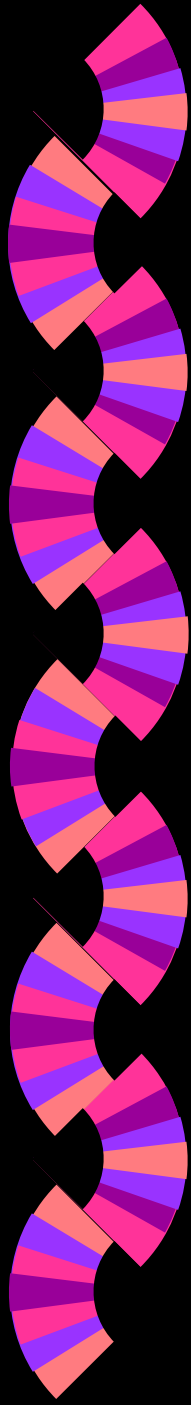
Em sua maioria, o aspecto geral estará comprometido, o que não ocorre na encoprese funcional. A mais importante é a doença de Hirschsprung, que apresenta sintomatologia quase sempre primária, as fezes são de calibre fino, não há perda do tônus esfinteriano e a criança comumente está depauperada.

Devem ser afastadas as doenças como hipotireoidismo, defeitos espinhais, diarreia crônica ou intermitente, como a doença de Crohn, cólon irritável, desnutrição, paralisia cerebral, amiotonia congênita, entre outras.



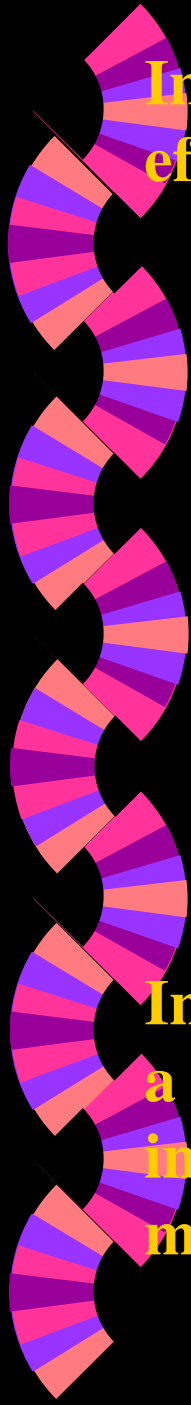
TRATAMENTO

Importante diferenciar os fatores biológicos e psíquicos, no que se refere a etiologia e manutenção, devido o vasto espectro psicopatológico familiar e do próprio paciente. Temos que pensar fatores potenciadores na primeira infância; quando e como foi realizado o treinamento; quais os fatos estressantes nesse período; quais os fatores agravantes; como é o hábito da criança no que se refere ao tempo, regularidade, medo do vaso, dificuldade de uso de outros banheiros, readaptação do horário, gravidade do distúrbio; existência por parte de familiares de apelidos, ironias, castigo e maus-tratos; conflitos parentais; ganhos secundários para pais e familiares; a adaptação à situação; explicação para o fato; outros distúrbios associados como dificuldades escolares, depressão ou dificuldades no relacionamento social; o significado da encoprese para o paciente, como ele a explica, como se adaptou e se há ganho secundário.



Evita-se tratamento sintomático esquecendo-se a estrutura psicopatológica subjacente, da mesma maneira que, devido a essas considerações, passam-se a evitar as manipulações anais através de supositórios e enemas bem como a multiplicação dos exames complementares que devem ser reduzidos para que se evite a fixação da criança sobre o sintoma específico (Ferrari, 1993)

Inicia-se tratamento do complexo criança-família com a desmitificação da problemática, modificação da postura auto e heteroacusatória, explicação detalhada do mecanismo da encoprese (inclusive com desenhos) e a apresentação dos objetivos: regularização do hábito, fim da constipação, otimização da capacidade neuromuscular intestinal, diminuição das tensões psicológicas e aumento dos cuidados que visem atingir as metas já descritas.



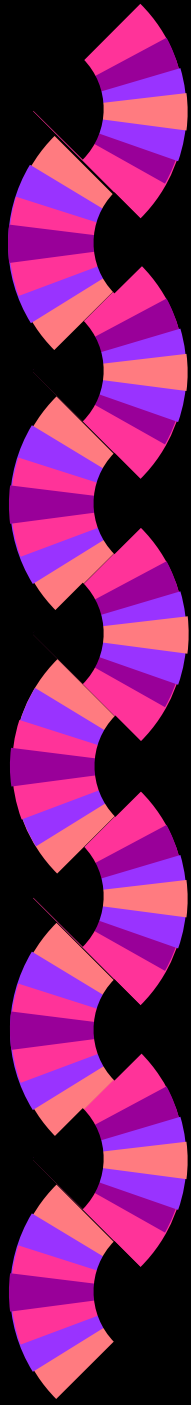
Imprescindível a real aceitação do plano terapêutico para a efetiva participação (Camargo, 1991).

**Proposta de esquema terapêutico de três dias:
dia 1 - dois "fleet-enema", tamanho adulto
simultaneamente.**

Dia 2 - supositório de biscodail

**dia 3 - um comprimido da mesma droga; repetindo-se
esse esquema tantas vezes que se fizerem necessárias
até que se atinja o esvaziamento intestinal seguido de
exame radiológico comprovatório (Levine, 1983).**


**Internação hospitalar indicada nos casos mais severos, quando
a criança, sua família e as relações entre eles são tão
insatisfatórias a ponto de não permitirem o início e mesmo a
manutenção do tratamento em casa (Levine, 1982).**



Manutenção - laxativos orais, sendo o óleo mineral, em dosagens de 30 ml. duas vezes ao dia, o mais indicado em idade escolar. Em casos mais graves faz-se necessária a complementação com outros laxativos.

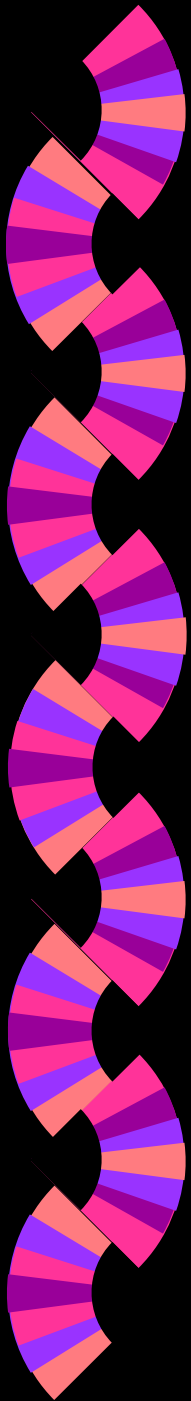
Dieta rica em fibras observando-se se produtos lácteos e gordurosos agravam o quadro.

Psicoterapia - boa indicação nas formas graves com neurotização uma vez que dá margem a elaboração das fantasias que participam do processo, ajudando na elaboração da energia libidinal para um significante que permita diminuir as fobias, os medos e o sentimento de ódio mais arcaico, embora tais procedimentos nos casos com estruturas psicopáticas sejam de mais difícil instauração (Ferrari, 1993).



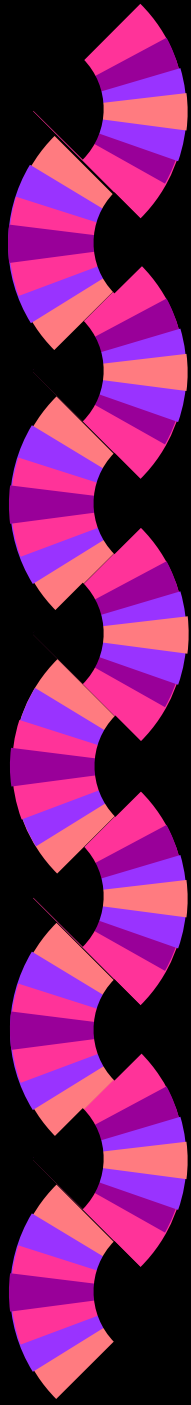
Família - mudança na visão do problema com o afrouxamento da radicalização ou a diminuição da permissividade, permite a oportunidade da criança ver-se como sadio bem como o engajamento dos familiares no tratamento. Esse objetivo só é alcançado quando o sintoma é egodistônico havendo, dentro de um prazo relativamente curto, uma melhoria objetiva.

Plano educativo - orientação à criança visando obter-se postura ativa relacionada ao sintoma com a implantação de novos hábitos que lhe façam aceitar a defecação matutina regular evitando-se os episódios encopréticos durante o decorrer do dia.



Encopreses persistentes por constipação crônica inclui diferentes objetivos tais como o esvaziamento do reto, a diminuição da consistência das fezes, a evacuação sem dor, hábitos evacuatórios regulares e as dificuldades psicológicas associadas.

A existência de fecalomas demanda enemas hipertônicos administrados a cada 12 horas até que o fecaloma ceda. Posteriormente aconselha-se a utilização de azeite mineral em doses a provocar várias evacuações diárias e, para aproveitamento do reflexo gastrocólico, sugere-se que a criança permaneça sentada no vaso sanitário cerca de dez minutos após alimentar-se. O sistema mantém-se por cerca de 3 a 4 meses supondo-se que esse seja o tempo adequado para que desapareça a dilatação intestinal anormal recuperando-se suas dimensões e funcionamento. Retira-se o azeite mineral em 4 a 8 semanas.



Encopreses propriamente ditas são minoritárias observando fezes de tamanho e consistência normais, em crianças sem constipação intestinal. Normalmente essa criança está passando ou passou por situação de estresse constituindo-se assim em uma encoprese secundária.

Não existem para essas, tratamentos sistematizados sendo a reconstrução dos hábitos evacuatórios um objetivo lógico. Sugere-se também a utilização de Imipramina por sua ação anticolinérgica.

Processo terapêutico total dura entre 6 meses a 3 anos e demanda seguimento contínuo com os resultados mostrando uma eficácia de aproximadamente 80% (Levine, 1982), dado esse concordante com o de Trollero (1995) que refere evolução espontânea satisfatória com a abordagem pediátrica de estabelecer hábitos evacuatórios solucionando de 80 a 90% dos casos embora alguns casos muito graves possam permanecer até por voltas dos 16 anos de idade.