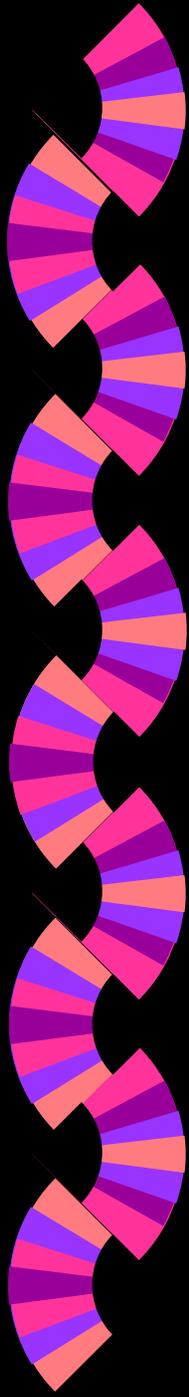


# ENURESE E ENCOPRESE

- **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)**



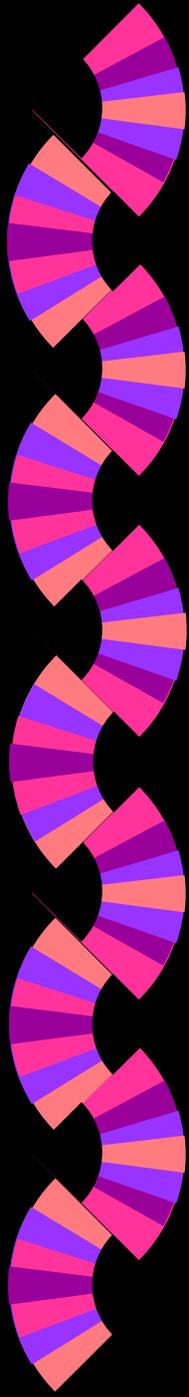
**Classificação quanto ao seu momento de surgimento é:**

- **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.**



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

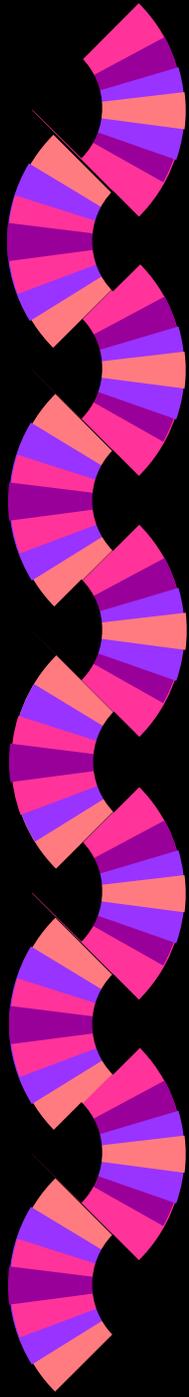
**externa - fibras longitudinais;**

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

**interna - organizada na forma longitudinal.**

**Mecanismo da enurese - coordenação destas estruturas e dos esfínteres 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.**

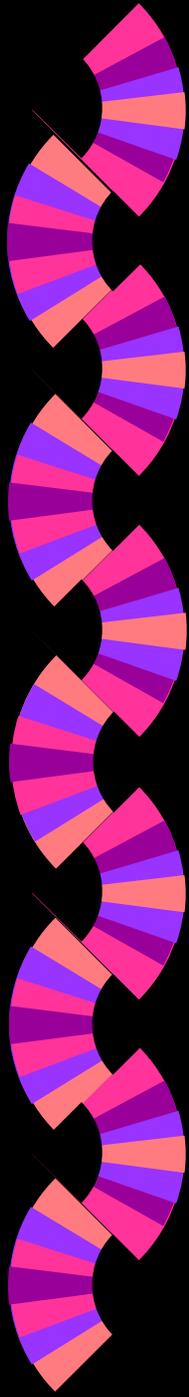
**A contração do esfíncter externo é realizada pelo pudendo, e do interno basicamente pelas vias alfa-adrenérgicas, onde parece atuar a imipramina.**



**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).**

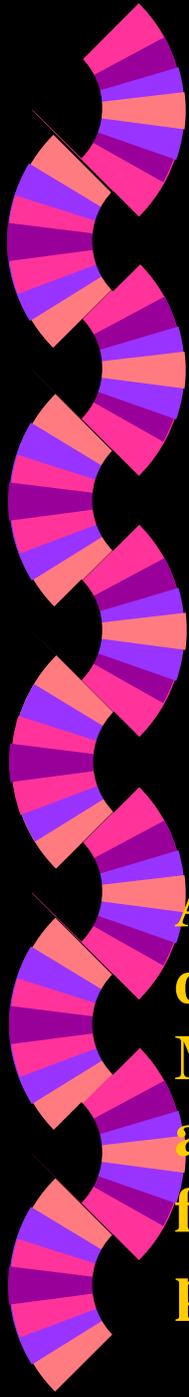


**Retenção: adquirida, primeiro durante o dia (1-2anos) e posteriormente a noite (3-4anos).**

**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.**

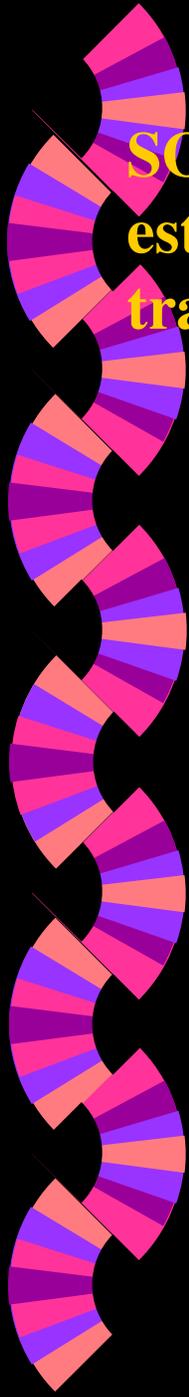
**Melhora da ansiedade, do retraimento, da agressividade é da autoconfiança quando o tratamento enfoca só o sintoma, fortalecendo a hipótese de que ela seria a causa dos distúrbios psíquicos.**



**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**



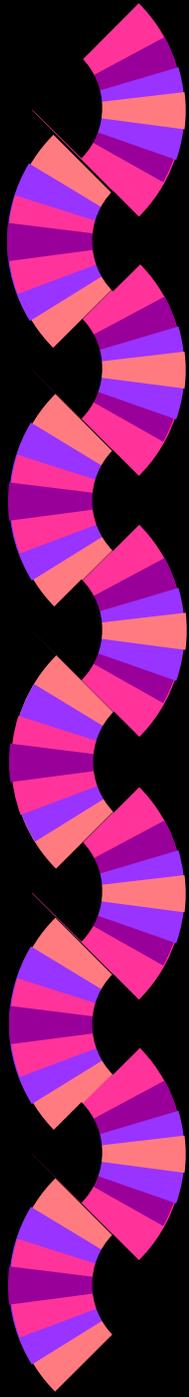
## **PSICOTERAPIA**

**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

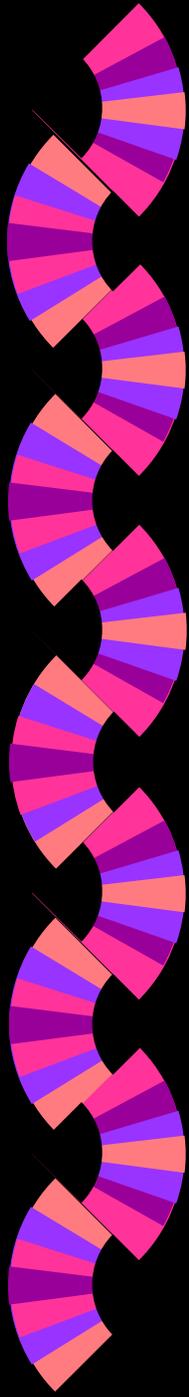
## Conceito

**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.**



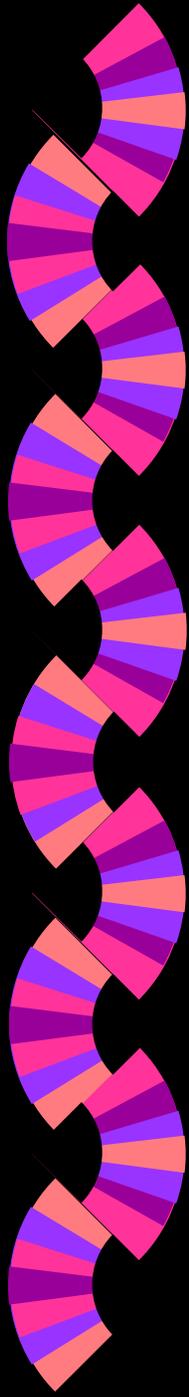
**Constipação intestinal - principal causa de encoprese levando a flacidez das paredes do reto, dilatação da ampola retal com a consequente reabsorção da água e endurecimento fecal que culmina com maior retenção.**

**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

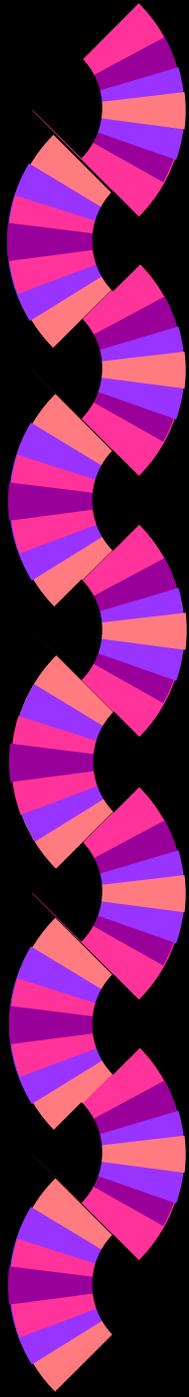
(Anthony; 1957) três tipos, contínuo, descontínuo e retentivo.

**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**

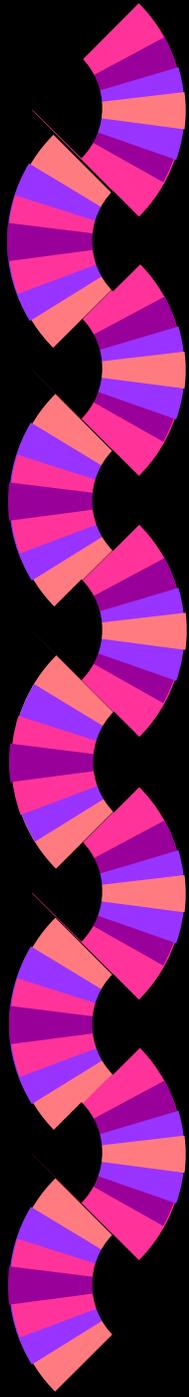
**2º Estágio: entre 2 e 5 anos**

**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**

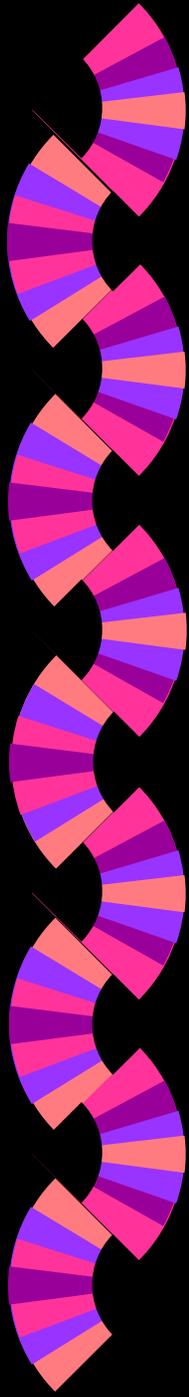
## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Na encoprese secundária noturna:**

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

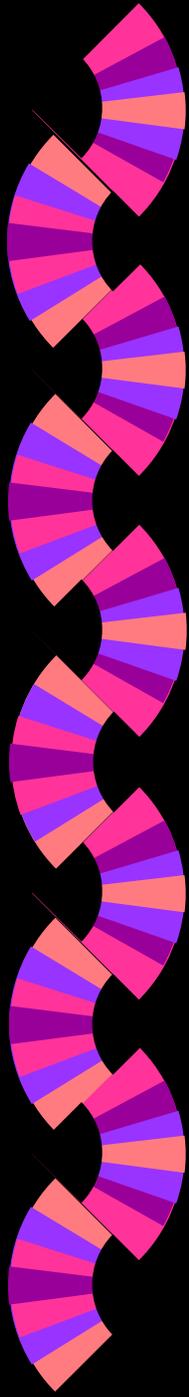
**Em sua maioria, o aspecto geral estará comprometido, o que não ocorre na encoprese funcional. A mais importante é a doença de Hirschsprung, que apresenta sintomatologia quase sempre primária, as fezes são de calibre fino, não há perda do tônus esfinteriano e a criança comumente está depauperada.**

**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).**



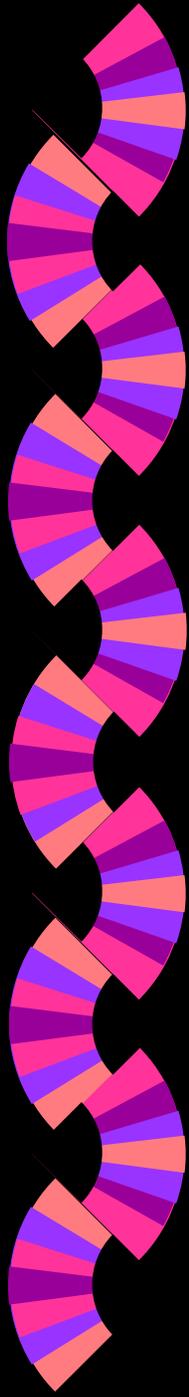
**Família - mudança na visão do problema com o afrouxamento da radicalização ou a diminuição da permissividade, permite a oportunidade da criança ver-se como sadio bem como o engajamento dos familiares no tratamento. Esse objetivo só é alcançado quando o sintoma é egodistônico havendo, dentro de um prazo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