

ENURESE NOTURNA: A REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA PODE SER BENÉFICA?

Juliana Carneiro Faria¹, Jackeline Lopes Carvalho², Andréia Kely Rodrigues Cordeiro de Almeida³, Karina Oliveira Martinho⁴

Resumo: *A enurese noturna é a perda de urina durante o sono caracterizada como um sintoma. Atualmente um método de tratamento que está sendo utilizado é a eletroestimulação transcutânea parassacral com o objetivo de melhorar a capacidade de armazenamento da bexiga, associada a medidas comportamentais aliadas à participação dos pais. Nessa pesquisa foi feito um levantamento bibliográfico a respeito dos métodos de tratamento fisioterápicos, onde a eletroestimulação sacral destacou-se por não ser invasiva e apresentar resoluções parciais e até mesmo completas.*

Palavra Chave: *bexiga hiperativa, crianças, eletroestimulação*

Abstract: *Nocturnal enuresis is the loss of urine during sleep characterized as a symptom. A method currently being used is parasacral transcutaneous electrical stimulation in order to improve the storage capacity of the bladder associated with behavioral measures combined with parental involvement. This research was done a literature concerning methods of physiotherapy treatment, where the sacral electrostimulation stood out by not being invasive and with partial and even complete resolutions.*

Keywords: *overactive bladder, children, electrostimulation*

¹Graduanda em Fisioterapia – FACISA/UNIVIÇOSA. e-mail: julianacarfar@hotmail.com;

²Graduanda em Fisioterapia – FACISA/UNIVIÇOSA. e-mail: jackelinelcarvalho@yahoo.com

³Professora do Curso de Fisioterapia – FACISA/UNIVIÇOSA. e-mail: andreia@univicoso.com

⁴Professora do Curso de Fisioterapia – FACISA/UNIVIÇOSA. e-mail: kkmartinho@yahoo.com.br

Introdução

A enurese noturna é definida como uma micção involuntária durante o sono, ocorrendo pelo menos duas vezes por semana, em crianças sem anomalias congênitas ou adquiridas, do trato urinário, ou sistema nervoso, em idade na qual o controle esfíncteriano deveria estar presente. Considera-se que, a partir dos cinco anos de idade, a maioria das crianças saudáveis já adquiriu o controle cognitivo da micção (DÉNES et al., 2006).

Segundo Dénes apesar de variáveis étnicas e culturais, que podem determinar diferenças no significado social da enurese entre as diversas populações, existe uma uniformidade na prevalência mundial, com aproximadamente 15% das crianças de cinco anos de idade apresentando perdas noturnas de urina. A partir desta idade, o índice de resolução espontânea é de 15% ao ano, sendo que, aos 15 anos, cerca de 1% da população apresenta enurese.

Sendo um sintoma único após a idade habitual de aquisição da continência, a enurese é dita monossintomática podendo ser primária na ausência de período sem enurese desde o nascimento, secundária quando inicia após um período normal de pelo menos seis meses, familiar quando pelo menos um dos pais apresenta antecedentes de enurese, e poliúrica quando a produção de urina durante a noite excede a capacidade funcional. Associada a outros sintomas, a enurese noturna é definida como polissintomática (MENESES, 2001), repercutindo com sintomas diurnos como micções infrequentes, polaciúria, urgência, incontinência de urgência e jato miccional fraco. Também podem estar presentes a infecção urinária, a obstipação intestinal e a encoprese. O exame neurológico pode apresentar anormalidades, e o trato urinário baixo também pode evidenciar alterações estruturais. Este grupo de pacientes é mais resistente ao tratamento e mais vulnerável à recidiva (DÉNES et al., 2006).

Tratamentos fisioterápicos em crianças com enurese noturna podem trazer benefícios através da aplicação de técnicas manuais e o uso de correntes elétricas, com a finalidade de melhorar a percepção das crianças de sua musculatura do assoalho pélvico e ensiná-las como contrair e relaxar tal musculatura voluntariamente e por aumentar a capacidade de armazenamento

da bexiga.

Baseado nisso, o objetivo deste trabalho foi investigar os possíveis métodos de tratamento da enurese noturna através de recursos fisioterápicos e verificar seus benefícios.

Metodologia

O respectivo trabalho usou como estratégia de busca artigos científicos disponíveis no google acadêmico. Foram selecionados os artigos de forma independente com base no título, utilizando as palavras chaves enurese noturna, tratamento fisioterápico e eletroestimulação.

Discussão

Segundo Meneses (2001), 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 cinco anos, e um tratamento medicamentoso ou não, após os seis anos. O tratamento químico é baseado na utilização de análogo estrutural do hormônio antidiurético, que reduz a produção de urina durante a noite.

Os tratamentos não químicos incluem o método de “Recompensa” (reforçamento com cartões de estrelas), método do despertar a criança para urinar a noite, treino de bexiga que inclui: “prática de contenção com exercícios de urinar I parar I urinar” e o treino de controle de retenção (gradativamente aumentar o tempo entre urgência para urinar e urinação) (SILVARES e SOUZA, 2001).

Outro método de tratamento são os alarmes noturnos, dispositivos afixados ao pijama da criança, que emitem alarme sonoro quando ocorre a micção. Baseiam-se no princípio de alertar e sensibilizar a criança a responder prontamente à sensação de bexiga cheia durante o sono, transformando o reflexo miccional em reflexo de inibição da micção bem como estimulando o paciente a acordar para urinar no banheiro (DÉNES et al. 2006).

Mais um método utilizado é a eletroestimulação transcutânea parassacral com o objetivo de melhorar a capacidade de armazenamento da

bexiga. Acontece com a técnica da neuromodulação do nível medular S3 ou excitação sacral, mostrando benefícios para o controle da bexiga hiperativa (MONTEIRO et al., 2010).

A técnica consiste na aplicação de eletrodos de superfície os quais são fixados na região para sacral, de forma simétrica. Para a colocação dos eletrodos, palpam-se as fossas ilíacas póstero superiores, traçando-se entre elas uma linha imaginária na qual se localiza a vértebra S1. A partir daí, palpam-se as vértebras sacrais e dispõem-se os eletrodos paralelos entre S2 e S4 (BARACHO, 2012).

Lordêlo et al., (2010) utilizaram em seu experimento com crianças na faixa etária de 5 a 17 anos a frequência de 10Hz com pulso gerado de 700 ms. A intensidade da corrente foi aumentada para o nível máximo tolerado pela criança. A eletroestimulação transcutânea parassacral foi realizada três vezes por semana, com sessões de 20 minutos. O número de sessões variou de acordo com o resultado, até o máximo de 20 sessões, obtendo uma taxa de resolução completa de 43% e parcial de 21% para as os pacientes tratados com essa técnica.

Sabe-se que a eletroestimulação do nervo tibial posterior ativa reflexos inibitórios pelos aferentes dos nervos pudendos, onde ocorre ativação das fibras simpáticas nos gânglios pélvicos e no músculo detrusor. Também gera inibição central de eferentes motores para bexigas e de aferentes pélvicos e pudendos provenientes da bexiga. Com essa eletroestimulação, a atividade vesical fica inibida por meio da despolarização somática das fibras aferente sacral e lombar, via nervo tibial posterior, que é proveniente de uma ramificação do nervo isquiático (MONTEIRO et al., 2010).

Programas de treinamento para reabilitação dos músculos do assoalho pélvico também são utilizados para o tratamento da enurese noturna, pois promovem a contração e o relaxamento desses músculos. Os músculos abdominais inferiores e os músculos do assoalho pélvico agem sinergicamente, sendo importante que ambos estejam relaxados durante a micção (CAMPOS, 2013).

Campos et al., (2013) realizou um experimento com dois grupos de crianças de ambos os sexos e com idade entre 5 a 10 anos. No grupo I com 21 crianças foi realizada modificação comportamental associado ao uso de

cloridrato de oxibutinina. No grupo 2 com 26 crianças foi feito a modificação comportamental associada ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico, músculos adutores e glúteo médio. Os exercícios foram realizados com uma bola entre os joelhos das crianças que a apertavam fazendo a contração e o relaxamento desses músculos, associados a exercícios de respiração diafragmática para relaxamento dos músculos abdominais, foi feito duas vezes por semana em casa e uma vez com o fisioterapeuta, durante três meses. Foi observado que o grupo 2 apresentou melhora significativa no fim do tratamento e também quando comparados a cada mês.

Conjuntamente a essas opções terapêuticas, medidas comportamentais são orientadas tais como urinar em intervalo regulares, a cada três horas; evitar ingestão de cafeína (café, chá, refrigerantes, chocolate) e frutas cítricas durante o tratamento; urinar antes de dormir; ingerir um maior volume de líquidos durante o dia e diminuir tal consumo a noite; não postergar a micção quando houver desejo ou urgência miccional (BARACHO, 2012).

Considerações Finais

O tratamento fisioterápico tem sido uma boa opção para crianças com enurese noturna, por utilizar técnicas e recursos de fácil manipulação, procedimentos não invasivos, e de uma maior aceitação por parte do paciente, sendo esse uma criança. Associado ao tratamento a participação e colaboração dos pais são de extrema importância para o sucesso do tratamento.

Referências Bibliográficas

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 5º ed., p.431-437, 2012.

DÊNES, FT; ZERATI FILHO M, SOUZA NCLB. **Enurese: Diagnóstico e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2006. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/18-EnureseDiagTrat.pdf

LORDÊLO, Patrícia; BENEVIDES, Igor; KERNER, Eric Goodwin;

TELES, Alcina; LORDÊLO, Maurício; BARROSO JR , Ubirajara. Treatment of non-monosymptomaticnocturnal enuresis by transcutaneous parasacralelectricalnerve stimulation. **Journal of Pediatric Urology** v.6, p. 486-489, 2010.

MENESES, Rejane de P. Enurese noturna monossintomática. **Jornal de pediatria**.v. 77, n.3, p.161-168, 2001.

MONTEIRO, Ébe dos Santos; AQUINO, Leticia Moraes; GIMENEZ, Marcia Maria; FUKUJIMA, Marcia Maiumi; PRADO, Gilmar Fernandes. Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior para bexiga hiperativa neurogênica. **Revista de Neurociência**. v.18, n.2, p.238-243, 2010.

SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos; SOUZA Carmen Lucia. **Prevenção e tratamento comportamental dos problemas de eliminação na infância**. Temas em Psicologia da SBP.v 9,n. 2, p.99-111, 2001.

CAMPOS, Renata Martins; GUGLIOTTA, Antonio; IKARI, Osamu; PERISSINOTO, Maria Carolina; LÚCIO, Adélia Correia; MIYAOKA, Ricardo; D'ANCONA, Carlos Arturo Levi. Estudo comparativo, prospectivo e randomizado entre uroterapia e tratamento farmacológico em crianças com incontinência urinária. **Revista Einstein**. V.11, n.2, p.203-208, 2013.

FARIA, J.C; CARVALHO, J.L; ALMEIDA, A.K.R.C; MARTINHO, K.O. **Enurese noturna: a reabilitação fisioterápica pode ser benéfica? .** In: VII SIMPÓSIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, 7, 2015, Viçosa. Anais... Viçosa: FACISA, Outubro, 2015