

Enurese noturna

Definições da ICCS, sinais de alarme que mudam a conduta, quando pedir exame de urina e como escolher entre alarme e desmopressina

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Enurese é a perda intermitente de urina durante o sono em criança com 5 anos ou mais (ICCS; SBP). É **monossintomática** quando não há sintomas do trato urinário inferior durante o dia e **não monossintomática** quando há urgência, incontinência diurna, polaciúria, jato fraco ou esforço miccional. É **primária** se a criança nunca teve 6 meses seguidos seco e **secundária** se volta a molhar após 6 meses seco. A maioria dos casos é monossintomática primária, benigna, com resolução espontânea de cerca de 15% ao ano; é tratada **em casa** (🟢). O tratamento ativo começa aos 5–6 anos, quando incomoda a criança ou a família. As duas opções de primeira linha são o **alarme** (efeito mais duradouro) e a **desmopressina** (efeito rápido, recaída frequente, exige restrição hídrica noturna pelo risco de hiponatremia). Antes de tratar, investigar e tratar **constipação e ronco/apneia**. Sintomas diurnos, enurese secundária, infecção urinária de repetição e sinais neurológicos pedem investigação e, muitas vezes, encaminhamento (🟡). **Poliúria com polidipsia e perda de peso** (diabetes) e **sinais de hiponatremia** em uso de desmopressina levam ao pronto-socorro (🔴).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição (ICCS 2020; CPS 2023):** incontinência intermitente durante o sono a partir dos 5 anos. A SBP (Departamento de Nefrologia) usa a mesma idade.
- **Monossintomática (EMN):** sem sintomas diurnos do trato urinário inferior.
- **Não monossintomática (ENM):** enurese associada a qualquer sintoma diurno — aumento ou diminuição da frequência miccional, urgência, incontinência diurna, manobras de contenção, jato fraco, esforço, sensação de esvaziamento incompleto, disúria sem infecção.
- **Primária × secundária:** secundária quando houve período seco maior que 6 meses. Na secundária, buscar causa orgânica (diabetes, infecção urinária, constipação) e fatores emocionais (separação dos pais, nascimento de irmão, bullying, maus-tratos).
- **Mecanismos (SBP; ICCS):** poliúria noturna (secreção noturna insuficiente de vasopressina), hiperatividade detrusora/capacidade vesical reduzida e dificuldade de despertar; forte componente genético.
- **Epidemiologia:** cerca de 15% aos 5 anos e 5% aos 10 anos (CPS); 1–3% no fim da adolescência (AAP). Mais comum em meninos.
- **Comorbidades frequentes:** constipação (tratá-la isoladamente resolve parte dos casos), TDAH, atraso do desenvolvimento, apneia obstrutiva do sono.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Enurese monossintomática primária, ≥ 5 anos, sem sintomas diurnos, exame físico normal (coluna, abdome, genitais, PA, crescimento), sem constipação ou já tratada	Orientação, diário miccional, medidas comportamentais; alarme ou desmopressina a partir de 5–6 anos se houver incômodo; retorno em 2–4 semanas após iniciar tratamento
● Moderada	Enurese não monossintomática; enurese secundária; infecção urinária de repetição; constipação importante; ronco com pausas respiratórias; falha de alarme e de desmopressina; sofrimento psicológico relevante	Exame de urina, tratar constipação, avaliar sono; encaminhar à nefrologia/urologia pediátrica, otorrinolaringologia ou saúde mental conforme o caso
● Grave	Poliúria e polidipsia com perda de peso, vômitos, desidratação ou respiração acidótica (suspeita de diabetes/cetoacidose); déficit neurológico novo nos membros inferiores, perda de controle esfinteriano ou dor lombar (lesão medular); cefaleia, vômitos, sonolência, confusão ou convulsão em uso de desmopressina (hiponatremia); hipertensão grave ou sinais de insuficiência renal	Pronto-socorro. Na suspeita de diabetes, glicemia capilar no consultório; não esperar exames ambulatoriais

Fatores que elevam o risco de causa orgânica ou de má resposta

- Início recente (dias a semanas) ou enurese secundária.
- Sintomas diurnos, jato fraco, gotejamento contínuo (em menina, pensar em ureter ectópico).
- Déficit de crescimento, perda de peso, hipertensão (RCH).
- Estigmas lombossacros (fosseta, tufo de pelos, lipoma, assimetria da prega glútea), alteração da marcha ou dos reflexos.
- Ronco, pausas respiratórias, hipertrofia amigdaliana.
- Suspeita de maus-tratos ou abuso sexual, sobretudo na enurese secundária.
- Família desmotivada ou sem condições de usar o alarme; criança que não acorda com o alarme.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**.

- **História dirigida:** primária ou secundária; número de noites molhadas por semana e de episódios por noite; sintomas diurnos; ingestão hídrica (sobretudo à noite); hábito intestinal

(escala de Bristol); ronco; comportamento, escola, desenvolvimento; história familiar; impacto emocional.

- **Diário miccional e de ingestão** (48 h diurnas e 2 semanas de noites, conforme ICCS): frequência, volume máximo urinado (capacidade vesical) e peso da fralda ao acordar (poliúria noturna). Ajuda a separar EMN de ENM e a escolher o tratamento.
- **Exame físico:** peso, estatura e **pressão arterial**; abdome (fecaloma, bexiga palpável); genitais (quando pertinente e com consentimento); coluna lombossacra; marcha, força e reflexos dos membros inferiores; amígdalas.
- **Exame de urina:** a ICCS/CPS dispensa na EMN primária típica. O NICE CG111 indica fita/urina quando a enurese começou nos últimos dias ou semanas, há sintomas diurnos, sinais de doença, suspeita de infecção urinária ou de diabetes. A AAP inclui urinálise na avaliação, especialmente na enurese secundária. Na prática, a **fita urinária (glicose, densidade, nitrito, leucócitos)** é barata e dirime dúvidas sobre diabetes e infecção.
- **Imagem e outros exames:** ultrassonografia de rins e vias urinárias com resíduo pós-miccional e urofluxometria apenas na ENM, na suspeita de uropatia ou antes de anticolinérgico (CPS). Ressonância da coluna se houver sinais neurológicos ou estigmas lombossacros.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Diabetes mellitus tipo 1 (poliúria, polidipsia, perda de peso) e diabetes insípido.
- Infecção urinária; bexiga neurogênica (disrafismo oculto, medula presa).
- Ureter ectópico (menina que "está sempre molhada", dia e noite).
- Válvula de uretra posterior (menino com jato fraco, bexiga palpável).
- Doença renal crônica (poliúria por perda de concentração).
- Apneia obstrutiva do sono; epilepsia noturna.
- Abuso sexual e estresse psicossocial.

4. Tratamento em casa

Medidas gerais (para todos; NICE, ICCS, SBP)

- Explicar que não é culpa da criança; proibir punição.
- Ingestão hídrica adequada distribuída durante o dia; **não restringir líquidos de forma rígida** (NICE), mas evitar grande volume e bebidas cafeinadas ou açucaradas nas 1–2 horas antes de deitar.
- Urinar regularmente durante o dia e antes de dormir; acesso fácil ao banheiro à noite.
- **Tratar a constipação primeiro** (veja também, nesta Biblioteca: Constipação intestinal).

- Sistemas de recompensa por **comportamentos combinados** (beber água de dia, urinar antes de dormir, ajudar a trocar a roupa de cama), e não por noites secas (NICE).
- Não usar fralda de forma permanente em criança maior motivada; acordar a criança para urinar não trata a enurese a longo prazo.

Escolha do tratamento ativo (a partir de 5–6 anos, se houver incômodo)

- **Alarme:** primeira linha no NICE; indicado sobretudo com baixa capacidade vesical, família motivada e ao menos 2 noites molhadas por semana. Resposta inicial de 60–80% e cura permanente em até metade; abandono em cerca de 30% (CPS).
- **Desmopressina:** preferir na **poliúria noturna** com capacidade vesical normal, quando o alarme é inviável, falhou ou a família precisa de resultado rápido (viagem, acampamento). Cerca de 30% de resposta completa e 40% parcial; recaída de até 70% ao suspender (CPS).
- **Combinação alarme + desmopressina:** opção quando um deles isolado falha, especialmente na poliúria noturna que não responde ao alarme.

MEDICAMENTO / MÉTODO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Alarme de enurese	—	Todas as noites	Reavaliar em 2 semanas; suspender se nada mudar em 6 semanas; curso típico de 12–16 semanas	Sucesso = 14 noites secas consecutivas (CPS/ICCS); a AEP mantém 2–3 meses após as 14 noites. Os pais precisam acordar a criança no início
Desmopressina comprimido	0,2 mg; se resposta parcial, 0,4 mg	1x/dia, 30–60 min antes de deitar	4 semanas para avaliar resposta (NICE); se resposta, ciclos de 3 meses com pausa para reavaliar	Dose máxima citada pela CPS/AAFP 0,6 mg. 0,2 mg de comprimido equivale a 120 mcg de liofilizado
Desmopressina liofilizado oral (sublingual), onde disponível	120 mcg; se resposta parcial, 240 mcg	1x/dia, 30–60 min antes de deitar	Igual ao comprimido; a AEP suspende se não houver resposta em 2 semanas	Não depende de água para engolir. Não usar a forma nasal para enurese (risco maior de hiponatremia; RCH)
Retirada da desmopressina	Metade da dose por 2 semanas antes de parar (CPS)	—	—	A retirada gradual pode reduzir recaídas

Regras obrigatórias com desmopressina

- **Restrição hídrica:** no máximo um gole ao escovar os dentes (ou até cerca de 200 mL) desde **1 hora antes da dose até 8 horas depois** (NICE CG111; CPS; AEP).
- **Hiponatremia (intoxicação hídrica):** orientar toda família. Suspende a dose em noites de muita ingestão (festa, esporte noturno) e em doenças com vômitos, diarreia ou febre com necessidade de hidratação. Sinais: cefaleia, náuseas, vômitos, sonolência, confusão, convulsão.
- A CPS sugere eletrólitos a cada 3 meses no uso contínuo.
- Contraindicada se a criança não consegue cumprir a restrição hídrica (polidipsia habitual, psicogênica).

O que não usar no consultório

- **Imipramina (tricíclico):** risco cardíaco e de intoxicação fatal por superdosagem; apenas em casos excepcionais e sob especialista (ICCS/CPS; AAP alerta sobre o risco de overdose). O NICE não a recomenda como primeira linha.
- **Anticolinérgico (oxibutinina) isolado:** ineficaz na EMN; na ENM ou em associação, só após avaliar resíduo pós-miccional e, de preferência, com especialista (CPS).
- Desmopressina intranasal, restrição hídrica isolada como tratamento, punições.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Suspeita de diabetes com descompensação:** poliúria, polidipsia, perda de peso, vômitos, dor abdominal, desidratação, respiração rápida e profunda ou sonolência. Fazer glicemia capilar e fita urinária (glicosúria, cetonúria) no consultório; se hiperglicemia com qualquer sinal de gravidade, encaminhar imediatamente.
- **Hiponatremia em uso de desmopressina:** cefaleia intensa, vômitos, confusão, sonolência, convulsão.
- **Déficit neurológico agudo** (fraqueza ou alteração de sensibilidade em membros inferiores, retenção urinária, perda do controle intestinal, dor lombar) — suspeita de compressão medular.
- **Retenção urinária** ou bexiga palpável dolorosa.
- **Pielonefrite** com toxemia, vômitos ou desidratação.
- **Hipertensão grave ou sinais de insuficiência renal.**

Encaminhamento ambulatorial (não urgente): nefrologia ou urologia pediátrica na ENM com sintomas intensos ou atípicos, infecção urinária de repetição, suspeita de uropatia ou bexiga neurogênica; especialista em enurese quando falham alarme e desmopressina (NICE; CPS); otorrinolaringologia se ronco com apneia; saúde mental/psicologia se TDAH, sofrimento importante ou suspeita de maus-tratos.

Como encaminhar (urgência)

1. Na suspeita de cetoacidose, **não oferecer grande volume de líquido por via oral nem insulina no consultório**; manter a criança em repouso, monitorar consciência e acionar o SAMU (192) se houver rebaixamento.
2. Na convulsão por hiponatremia: posição lateral de segurança, oxigênio se disponível, **suspender a desmopressina e não oferecer água**; transporte com SAMU.
3. Relatório com glicemia capilar, fita urinária, medicamentos e doses (especialmente desmopressina e horário da última dose).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Fazer xixi na cama nessa idade é comum e não é preguiça nem birra. Muitas crianças melhoram sozinhas; o tratamento acelera esse processo."
- "Anote as noites secas e molhadas e o que a criança bebe e urina durante o dia; traga o diário no retorno."
- Alarme: "Nas primeiras semanas vocês vão precisar acordá-la quando o alarme tocar. Voltem em 2 semanas; o resultado costuma aparecer entre 6 e 16 semanas."
- Desmopressina: "Dê 30 a 60 minutos antes de dormir. Depois da dose, só um gole de água até de manhã. Não dê o remédio em dias de vômito, diarreia, febre alta ou se ela tiver bebido muito."
- Retorno em 4 semanas para avaliar resposta à desmopressina e a cada 3 meses no uso prolongado.
- Voltar antes se aparecer: xixi de dia, dor ou ardência para urinar, febre, jato fraco, prisão de ventre, ronco com paradas respiratórias.
- **Ir ao pronto-socorro** se: muita sede e muito xixi com emagrecimento, vômitos ou respiração acelerada; dor de cabeça forte, vômitos, sonolência ou convulsão em uso de desmopressina; fraqueza nas pernas ou perda do controle do xixi e das fezes.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição e idade	Perda de urina no sono > 5 anos; tratar a partir de 6 anos se incomoda (SBP 2023)	Comum até 7 anos; avaliar enurese secundária	Não excluir menores de 7 anos do tratamento; < 5 anos, tranquilizar	Segue o NICE	Tratamento ativo em geral a partir de 6–7 anos
Exame de urina	Não especificado no texto para famílias	Urinálise na avaliação, sobretudo na secundária	Só se início recente, sintomas diurnos, doença, suspeita de ITU ou diabetes	Segue o NICE	Encaminhar se sintomas diurnos ou suspeita de uropatia
Primeira linha	Alarme ou desmopressina	Alarme ou desmopressina	Alarme; desmopressina se alarme inadequado ou efeito rápido	Segue o NICE	Alarme ou desmopressina liofilizada
Desmopressina	Sem dose no texto para famílias	Restrição hídrica após a dose	> 7 anos (considerar 5–7); avaliar em 4 semanas, ciclos de 3 meses; restrição de 1 h antes a 8 h depois	Segue o NICE	120–240 mcg liofilizado; suspender se sem resposta em 2 semanas; 200 mL de 1 h antes a 8 h depois
Imipramina	—	Aprovada, mas com risco de superdosagem	Não como primeira linha; especialista	Segue o NICE	Uso restrito
Encaminhamento	Se persistir ou houver incontinência diurna	Urologia se refratário ou suspeita de anomalia	Se sem resposta a alarme e/ou desmopressina	Segue o NICE	Jato alterado, incontinência contínua, ENM, casos resistentes

Leitura: há convergência na definição (5 anos, primária/secundária, mono/não monossintomática — ICCS), no alarme e na desmopressina como tratamentos de primeira linha, na restrição hídrica noturna com desmopressina e no tratamento prévio da constipação. O NICE é o mais explícito em preferir o alarme e em restringir o exame de urina a situações específicas; a AAP inclui a urinálise de forma mais liberal. A idade para iniciar tratamento ativo

varia (5 anos na ICCS, 6 na SBP, 6–7 na AEP; o NICE insiste que idade isolada não exclui). Todas desaconselham tricíclicos como primeira escolha.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte sempre por sintomas diurnos, hábito intestinal e ronco: eles mudam o diagnóstico (EMN × ENM) e o tratamento.
2. Enurese secundária ou de início recente exige fita urinária com glicose e busca de causa orgânica e emocional.
3. Poliúria e polidipsia com perda de peso é diabetes até prova em contrário: glicemia capilar no consultório.
4. Alarme dá resultado mais duradouro; desmopressina dá resultado rápido, mas recai com frequência ao suspender.
5. Desmopressina só com restrição hídrica de 1 h antes a 8 h depois da dose; suspender em dias de vômitos, diarreia ou febre. Nunca usar a forma nasal para enurese.
6. Não prescrever imipramina no consultório; ENM e casos refratários vão para o especialista.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nefrologia. Enurese (xixi na cama) — Pediatria para Famílias, 2023. sbp.com.br
- International Children's Continence Society. Nevéus T et al. Management and treatment of nocturnal enuresis — an updated standardization document. J Pediatr Urol, 2020 (consultado por meio da CPS 2023).
- Canadian Paediatric Society. Evaluation and management of enuresis in the general paediatric setting, 2023. PMC
- NICE. CG111 — Bedwetting in under 19s, 2010 (versão do NCBI Bookshelf). NCBI
- American Academy of Pediatrics. Bedwetting in children and teens (HealthyChildren.org), 2026. healthychildren.org
- American Academy of Family Physicians. Enuresis in children — common questions and answers, 2022. aafp.org
- Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline — Enuresis. rch.org.au
- AEP. Protocolos de Nefrología — Enuresis nocturna (Fernández Fernández, Cabrera Sevilla), 2014. PDF

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.