Universidade de São Paulo

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Rafaela Almeida Ferrari

Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamento

São Paulo

2014

Rafaela Almeida Ferrari

Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamento

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silvares

São Paulo

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ferrari, Rafaela Almeida.

Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamento / Rafaela Almeida Ferrari; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. -- São Paulo, 2014.

133 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clinica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Enurese 2. Tratamento com alarme 3. Problemas de comportamento 4. Autoconceito 5. Terapia comportamental I. Título.

RC569.5.E5

Título: Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamento

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: ____/____/_____

Banca Examinadora

Prof.ª Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silvares

Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Agradeço imensamente à orientadora desse trabalho, Edwiges F. de M. Silvares (Vivi), pela oportunidade de participar de um grupo de pesquisa tão competente que contribuiu significativamente para meu amadurecimento acadêmico. Por todo conhecimento transmitido, incentivo e fonte de inspiração profissional.

Ao Rodrigo Fernando Pereira, integrante do grupo, pelo auxílio imensurável no desenvolvimento da presente pesquisa, e, ainda, pela amizade que ultrapassou o âmbito acadêmico.

À FAPESP, pela concessão da bolsa de estudos, sem a qual seria quase impossível realizar o presente estudo.

À psicóloga Isabela Carvalho Alcântara, companhia essencial durante o ingresso no grupo.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Marina Monzani, Deisy Emerich, Yasmin Daibs, Paula Porto, Carolina Sousa, Guilherme Raggi, Ester Mendes, Luan Barufi, Arthur Miranda, Renatha Rafihi, Camila Reis, Ruth Becker, Andrielly Darcanchy, Lucas Fukue, Pedro Chagas, e outros que participaram do projeto. Muito mais que colegas, esses foram meus professores durante toda a jornada, transmitindo conhecimento a cada encontro, mesmo em momentos de informalidade, e, ainda, me servindo de modelos profissionais.

À Marina Cruz Pelissari pelo auxílio imprescindível como pesquisadora, realizando avaliações necessárias para completar essa pesquisa.

Ao mestrando deste mesmo programa, Felipe Alckmin Carvalho, amigo e incentivador.

Às famílias que receberam tratamento e contribuíram gentilmente com os dados necessários para realizar o estudo.

Ao Marcelo José Reckelberg Salmi, pelos onze anos de amor e cuidados. E aos seus pais, Sandra e Pedro.

À minha família, Iolanda (mãe), Júnior (irmão), Carol (cunhada) e Pedro (sobrinho), pela compreensão, auxílio e incentivo. Aos primos Ana Paula Lima, Mario

Quino, Enzo e Théo, pelo auxílio indispensável para realização desse sonho.

Aos professores Geraldina Porto Witter e Marcelo de Almeida Buriti, responsáveis pela minha introdução ao mundo da pesquisa.

Aos moradores da república que habitei, Patricia, Marina, Clara, Ana, Neto e Kaique, pela convivência prazerosa ao fim de cada dia exaustivo de trabalho.

Agradeço também à Unidade Básica de Saúde, pela flexibilização do meu horário de trabalho, viabilizando a conciliação entre emprego e estudos.

RESUMO

Ferrari, Rafaela Almeida (2014). Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamentos. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A enurese é uma condição caracterizada pela eliminação de urina durante o sono, em crianças com mais de cinco anos, em função da dificuldade de acordar associada à baixa produção do hormônio vasopressina ou à instabilidade da bexiga, sem outra condição clínica que explique os episódios de molhar a cama. A intervenção comportamental com alarme é a mais recomendada pela literatura para a cura da enurese. O acompanhamento do uso do alarme pode ser realizado através de contatos telefônicos, em que são investigados pontos chave do procedimento a ser realizado em casa pelas famílias. Uma pesquisa verificou que o acompanhamento telefônico é uma alternativa eficaz para a população que faz uso do alarme de urina para enurese, mas sem obter clareza na questão da sua validade para crianças com escores clínicos de problemas de comportamento. O presente estudo teve como objetivo geral comparar a eficácia do tratamento para enurese entre dois grupos de participantes que receberam acompanhamento telefônico, sendo previamente classificados pelos pais de duas maneiras: um com índices clínicos de problemas de comportamento e outro sem tais índices. Como objetivos específicos: (1) classificar as crianças quanto aos problemas de comportamento a partir de observação feita por uma pesquisadora; (2) verificar a eficácia do tratamento para crianças com e sem problemas de comportamento, a partir da avaliação da pesquisadora; (3) Verificar a evolução dos problemas de comportamento comparando escores pré e pós tratamento a partir da avaliação dos pais (4) comparar o nível de autoconceito reportado pela criança antes e após a intervenção (5) verificar possíveis correlações entre nível de autoconceito e o resultado do tratamento. Participaram do estudo 31 crianças com idades entre seis a 11 anos, (média=8,3, DP=1,3), sendo 15 do sexo masculino e 16 do sexo feminino e seus pais. Para a inclusão da criança no tratamento, o diagnóstico de enurese foi obtido através do Formulário de Avaliação de Enurese. Para a avaliação dos problemas de comportamento foram aplicados o Inventário de Comportamento para Crianças e Adolescentes (CBCL), destinado aos pais e o Inventário de Observação Direta (DOF), instrumento que permite ao pesquisador observar e qualificar o comportamento infantil em escalas semelhantes às obtidas pelo preenchimento do CBCL durante atividades recreativas. Este último instrumento foi preenchido por uma pesquisadora vinculada ao Projeto Enurese. Para mensurar o autoconceito foi utilizado a Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil. Setenta e um por cento dos participantes, independente do grupo (clínico ou não clinico) ao qual pertenciam obtiveram sucesso no tratamento, não havendo correlação entre os problemas de comportamento e os resultados do tratamento. A única variável

relacionada com o sucesso foi a menor frequência de episódios de molhadas antes do tratamento. As avaliações feitas pelos pais e pela pesquisadora em relação aos problemas de comportamento apresentaram um ligeiro grau de concordância (57,2%). Conforme esperado, o grupo das crianças que obteve sucesso no tratamento apresentou melhora nos índices de problemas de comportamento totais e autoconceito pessoal e social quando comparado ao daquelas que não obtiveram sucesso.

Palavras-chave: enurese, tratamento com alarme, problemas de comportamento, autoconceito, terapia comportamental.

ABSTRACT

Enuresis is a condition defined by urine loss during sleep due to the incapacity to wake up in response to the full bladder signals associated to a lack of vasopressin hormone or dysfunctional bladder activity, when the child is at least five years-old and has no other condition that explains bedwetting. Behavioral intervention with alarm is one of the most effective ways to cure enuresis. One method to monitor the alarm use by the families is periodic phone calls, in which the researcher checks if the treatment procedure is being correctly done. A past research concluded that monitoring the intervention by phone is a effective alternative for the treatment, but it was unclear if children with clinical levels of behavioral problems would benefit of it. This study aimed to compare the treatment efficacy with two groups receiving alarm treatment with phone follow up, one group with clinical levels of behavioral problems and the other without it, according to the parents' view. Specific objectives were: (1) to use an alternative method to assess behavioral problems, according to a researcher's point of view; (2) to verify treatment efficacy for children with and without clinical levels of behavioral problems according to the researcher's point of view; (3) to compare behavioral problems levels before and after treatment, according to the parents' point of view; (4) to compare children's self-concept levels before and after treatment; and (5) to investigate correlations between self-concept levels and treatment result. Thirty-one children aged 6 to 11 (mean=8,3, SD=1,3) were included in the study. Fifteen were male and 16 were females. To assess enuresis the Enuresis Assessment Form was used; to assess behavioral problems, the Child Behavior Checklist (CBCL) and the Direct Observation Form (DOF) were applied, the first instrument was filled up by the parents at home and the second by a researcher during recreational activities. The Child Self-Concept Scale was used to assess participants' self-concept. Seventy-one percent of the children reached the criterion for treatment success. There was no influence of behavioral problems in the treatment result. A higher bedwetting frequency prior to treatment was the only variable related to a better treatment result. The comparison between the parents’ and the researcher’s evaluation about the behavioral problems showed a moderated level of agreement (57,2%). As expected, children who were successful in the treatment showed a significantly higher improvement in total behavioral problems levels and personal and social self-concept, when compared to those who did not had success.

Keywords: enuresis, alarm treatment, behavior problems, self-concept, behavior therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentagem de participantes que obtiveram sucesso ou insucesso no tratamento 54
Figura 2 - Análise de sobrevida da amostra global 72
Figura 3 - Sobrevida da enurese de acordo com problemas de comportamento 73
Figura 4 - Índice de mudança confiável dos problemas internalizantes de comportamento 74
Figura 5 - Índice de mudança confiável dos problemas externalizantes de comportamento 75
Figura 6 - Índice de mudança confiável dos problemas totais de comportamento..... 75
Figura 7 - Análise da dispersão dos escores de CBCL e DOF 77
Figura 8 - Frequência semanal de episódios de T. V. S. 79
Figura 9 - Freqüência semanal de episódios de I. C. M. 81
Figura 10 - Frequência semanal de episódios de P. N. P. 83
Figura 11 – Frequência semanal de episódios de M. S. J. 85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tratamentos consolidados para a enurese noturna (Hjälmas et al., 2004) 19
Tabela 2- Quantidade de líquido ingerido na superaprendizagem de acordo com a idade 45
Tabela 3 - Descrição dos participantes da pesquisa 50
Tabela 4 - Comparação entre os grupos com e sem problemas de comportamento..... 52
Tabela 5 - Resultado do tratamento de acordo com a idade..... 55
Tabela 6 - Resultado do tratamento de acordo com o sexo..... 55
Tabela 7 – Resultado do tratamento de acordo com o perfil socioeconômico..... 56
Tabela 8 – Resultado do tratamento de acordo com a frequência inicial de episódios de molhada 57
Tabela 9 - Relação entre o resultado do tratamento e os problemas de comportamento 58
Tabela 10 - Relação entre resultado do tratamento e escores médios de problemas de comportamento..... 61
Tabela 11 – Relação entre o resultado do tratamento e a variação dos problemas de comportamento..... 63
Tabela 12 - Relação entre o resultado do tratamento e os problemas de comportamento - DOF 66
Tabela 13 - Resultados do autoconceito de acordo com o resultado do tratamento..... 68
Tabela 14 - Concordância entre CBCL e DOF 76

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 14
2. INTRODUÇÃO 17
2.1. Características da enurese 17
2.2. Tratamentos para enurese 19
2.4. Variáveis moderadores do tratamento 22
2.5. Enurese e problemas de comportamento 23
2.6. Enurese e autoconceito 26
2.7. Projeto Enurese 27
3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS 29
4. MATERIAL E MÉTODO 32
4.1. Amostra 32
4.2. Equipamento 33
4.3. Instrumentos 33
4.3.1. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL) 33
4.3.2. Formulário de Observação Direta (DOF) 34
4.3.3. Escala de Autoconceito Infanto Juvenil 35
4.3.4. Formulário de avaliação da enurese (Anexo 1) 36
4.3.5. Guia de pais para o tratamento da enurese (Anexo 2) 36
4.3.6. Registro de episódios da enurese (Anexo 3) 37
4.3.7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) 37
4.3.8. Termo de Assentimento (Anexo 5) 37
4.3.9. Treino de espectro total 38
4.3.10. Critério Brasil (Anexo 6) 39
4.4. Procedimentos 40
4.4.1. Triagem 40
4.4.2. Divisão dos grupos 40
4.4.3. Chamada para atendimento 41
4.4.4. Sessões iniciais 41
4.4.6. Acompanhamento telefônico 43

4.4.6. Prevenção de recaída 44
4.4.6 Encerramento 45
4.5. Forma de Análise dos resultados 46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 49
5.1. Resultado do tratamento 54
5.2. Resultados e problemas de comportamento 58
5.2.1. Na percepção dos pais 58
5.2.2. Na percepção de observador independente 64
5.2.3. Na auto percepção 68
5.3. Análise da sobrevida 72
5.4. Análise do índice de mudança confiável 74
5.5. Comparação entre CBCL e DOF 76
5.6. Padrões de resultados individuais 78
5.6.1. Sucesso obtido a longo prazo 78
5.6.2. Sucesso obtido a curto prazo 80
5.6.3. Insucesso 82
5.6.4. Desistência 85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 87
7. REFERÊNCIAS 90
8. ANEXOS 97

1. APRESENTAÇÃO

A enurese noturna é uma das doenças mais prevalentes e crônicas da infância e está associada a diversas consequências sociais e psicológicas para crianças e adolescentes nesta condição (Özgür, Özgür e Örün, 2009). Um estudo inglês com uma amostra de mais de 8.000 crianças revelou que estas classificaram a enurese como a oitava pior dificuldade da infância, seguindo outras dificuldades consideradas piores, como ser deixado de fora das brincadeiras e não ter amigos (Butler & Heron, 2007). Outros estudos apontam que o impacto da enurese percebido pela própria criança como problema aumenta conforme a idade (Silvares, 2012; Daibs, Pereira, Silvares & Emerich, 2010).

Atrelado às dificuldades causadas por esse transtorno, a intolerância de muitos pais, marcada pela exaustão aos encargos extras associados ao problema, e a crença de que a enurese pode ser controlada se a criança assim desejar, podem desencadear punições psicológicas e físicas (Butler & McKenna, 2002; Sapi, Vasconcelos, Silva, Damião & Silva, 2009). Destaca-se ainda que a reação parental negativa pode potencializar o impacto sofrido pela criança e colaborar para a existência de problemas de comportamento concomitantes, tais como retraimento e agressividade (Daibs, Pereira, Silvares & Emerich, 2010).

Uma opção de tratamento existente para o transtorno da enurese, considerada de primeira linha, consiste no uso de um aparelho com alarme sonoro que é disparado diante da liberação de urina. É uma opção terapêutica curativa, utilizada em diversos países, com índice de sucesso reportado na literatura em torno de 65% (Butler & Gasson, 2005).

Uma versão nacional do aparelho foi desenvolvida através do Projeto Enurese no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O Projeto é coordenado pela Professora Titular do departamento de Psicologia Clínica, Edwiges Ferreira de Mattos Silvares desde o seu surgimento, vinte anos atrás. O grupo oferece tratamento para famílias ao mesmo tempo em que desenvolve pesquisas para aprofundar o conhecimento e aprimorar o atendimento na área.

A partir dessas experiências, foi elaborado um protocolo de atendimento constituído basicamente por instruções comportamentais e utilização do aparelho de alarme mencionado. Uma das preocupações bastante citada ao longo dos estudos brasileiros é o nível de evasão apresentado pelos clientes. Ao investigar os motivos apontados pelas famílias que desistiam do processo, destacaram-se a dificuldade de locomoção até a universidade e o custo empregado para o trajeto (Sousa, 2007). Em 2012, Silvares e Pereira fizeram um levantamento do índice de desistência dos participantes constatando uma taxa de 19,6% de abandono do tratamento com alarme. Um dos estudos pertencente ao Projeto Enurese verificou que não havia necessidade de comparecimento até a clínica para acompanhar as famílias na utilização do alarme (Pereira, 2010), e a literatura internacional apontava a viabilidade de acompanhar o tratamento por telefone. Com isso, visando verificar a extensão da eficácia do tratamento alcançada até então no projeto, pesquisadores iniciaram a modalidade de acompanhamento do tratamento à distância.

Mesmo com a constatação da possibilidade de tratamento para enurese não presencial, permaneceu a necessidade de verificar a possibilidade de oferecer esta modalidade de tratamento para aquelas crianças que apresentam um alto nível de problemas de comportamento, pois em pesquisa recente havia sido constado crianças

com este perfil demoravam mais tempo para alcançar o sucesso (Arantes, 2007). Além disso, uma pesquisa não brasileira havia apontado que crianças com altos escores de problemas de comportamento externalizantes teriam dificuldades para aderir ao protocolo de tratamento utilizado, uma vez que o sucesso do tratamento depende essencialmente do seguimento de regras (Houts, 2003). Esse dado empírico havia inclusive levado o autor a sugerir que se desse prioridade ao tratamento desses problemas e cuidar da enurese somente depois de eles terem sido solucionados. Uma pesquisa internacional, no entanto, aponta que a presença de problemas de comportamento não tem efeitos significativos sobre os resultados do tratamento com alarme (Hirasing, Van Leerdam, Bolk-Bennink & Koot, 2002).

A pesquisa descrita a seguir tem o propósito de avaliar a eficácia do tratamento com alarme à distância para crianças com escores clínicos de problemas de comportamento, comparativamente às crianças sem tais escores, com o intuito de verificar se o protocolo é viável à população que procura ajuda para lidar com esse transtorno que causa tanto sofrimento aos portadores de enurese e suas famílias.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Características da enurese

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2013) aponta os seguintes critérios para o diagnóstico de enurese: eliminação de urina durante o dia ou à noite, na cama ou nas roupas; episódios que ocorrerem no mínimo duas vezes por semana, por pelo menos três meses consecutivos, ou que produzirem sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico, ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo; idade cronológica (ou mental) de no mínimo cinco anos, e incontinência urinária não atribuída aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral. Além dos critérios estabelecidos pelo DSM-V, há outra proposta bastante difundida entre os clínicos e pesquisadores da área, coordenada pela *International Children's Continence Society* (ICCS). Segundo a ICCS, uma criança com idade superior a cinco anos apresenta enurese quando há micção normal em local ou hora inadequada (Nevéus et al., 2006). Os autores estabelecem uma frequência de pelo menos um episódio ao mês. Além disso, apontam que a quantidade de urina tem de ser grande, uma vez que pequenas quantidades podem indicar outros problemas fisiológicos (Nevéus, 2011).

Ainda sobre os critérios diagnósticos, a décima edição do Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), utilizado por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, define enurese como um transtorno caracterizado por micção involuntária (diurna e/ou noturna) anormal, quando não associado a um transtorno do controle vesical de origem neurológica, crises epilépticas ou anomalia orgânica do aparelho urinário (World Health Organization, 1993).

A enurese pode ser classificada como primária, quando nunca se obteve o controle da micção, ou secundária, na existência desse controle por pelo menos seis meses. Pode ainda ser do monossintomática, quando não é acompanhada de outros sintomas do trato urinário inferior, e não monossintomática, nos casos em que estão presentes sintomas concomitantes, como frequência de micção aumentada ou diminuída, incontinência diurna, urgência, hesitação, esforço miccional, jato urinário fraco ou intermitente, manobras de contenção, sensação de esvaziamento incompleto, gotejamento pós-miccional, dor genital ou do trato urinário inferior (Nevéus et al., 2006).

Várias etiologias têm sido propostas para a enurese, mas o reconhecimento da heterogeneidade de apresentações clínicas sugere influência multifatorial (Ferrari & Fagundes, 2012). As possíveis causas da enurese apontadas pelos estudos são: dificuldades no sono e despertar associadas a: a) poliúria noturna (uma falha na liberação do hormônio vasopressina que concentra a urina) ou b) atividade detrussora disfuncional (contrações não inibidas do músculo detrusor da bexiga). Butler e Holland (2000) chamam esse modelo de compreensão da enurese de “três sistemas”.

Uma revisão de estudos sobre prevalência de enurese encontrou taxas que variam de 13% a 19% entre os meninos e entre 9% e 16% entre as meninas de cinco anos de idade, sendo que essa taxa diminui conforme o amadurecimento da criança (Butler, 1994). Uma pesquisa populacional realizada em Pelotas, que teve como objetivo avaliar a prevalência de enurese noturna em uma amostra de 580 crianças com até nove anos, apontou uma prevalência de 20,1% em meninos e 15,1% em meninas (Mota, Victora,& Hallal, 2005). A variação nas taxas de prevalência está associada a diferenças metodológicas entre os estudos, como o critério utilizado para o diagnóstico da enurese e os instrumentos utilizados para sua avaliação. Contudo, é consenso entre os

pesquisadores da área as altas taxas de prevalência e os prejuízos psicossociais dentre essa população (Butler, 2004).

2.2. Tratamentos para enurese

Um guia estratégico produzido pela ICCS (Hjalmas et al., 2004) aponta seis formas de tratamento consolidadas da enurese noturna, sendo três medicamentosas (antidepressivos tricíclicos, oxibutinina e desmopressina), duas psicológicas (alarme acompanhado de medidas comportamentais para auxílio no tratamento e alarme sem componentes comportamentais) e acupuntura, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Tratamentos consolidados para a enurese noturna (Hjälmas et al., 2004)

Tratamento	Sistema de atuação	Grau de recomendação
Imipramina	Incerto	B
Oxibutinina	Instabilidade detrusora	B
Desmopressina	Poliúria	A
Alarme	Incapacidade em despertar, capacidade funcional	A
Acupuntura	Incerto	B

A literatura aponta três medicamentos tradicionais utilizados para o tratamento da enurese. A imipramina consiste em um antidepressivo que vem sendo empregado com essa finalidade desde os anos 1960. Há uma série de possíveis explicações sobre a atuação desse medicamento nos episódios de enurese: efeito anticolinérgico reduzindo

as contrações da bexiga, aumento da sensibilidade para despertar e redução da produção de urina. No entanto, a sua taxa de sucesso é muito baixa (apenas 17% de sucesso continuado), além de haver relatos de efeitos colaterais severos, como a morte por overdose. Associando-se isso à inadequação de tratar uma criança psicologicamente saudável com um psicofármaco (Hjalmas et. al., 2004).

A oxibutinina, por sua vez, é um anticolinérgico que promove relaxamento muscular e a inibição das contrações involuntárias da bexiga. Embora seja eficaz no tratamento da incontinência e sintomas diurnos como a urgência miccional, é, em tese, pouco eficaz com a enurese primária monossintomática, que é definida pelo funcionamento normal da bexiga. No entanto, como o diagnóstico de enurese monossintomática é difícil, uma vez que os sintomas diurnos podem estar camuflados, é uma droga que pode ser utilizada em combinação com outros tratamentos (Hjalmas et. al., 2004).

A desmopressina é uma versão sintética do hormônio antidiurético, que atua reduzindo a produção de urina durante a noite. O tratamento com esse medicamento é considerado eficaz, atingindo 60% de sucesso durante o seu uso e cerca de 30% de sucesso continuado, após a sua interrupção. Apesar de haver alguns relatos de efeitos colaterais como intoxicação, a desmopressina é uma opção de primeira linha para o tratamento medicamentoso da enurese, sendo altamente recomendada pela ICCS (Hjalmas, 2004).

Entre as modalidades de tratamento apontadas anteriormente, o uso do alarme de urina é recomendado como uma alternativa cuja efetividade situa-se em torno de 60 a 70% dos casos (Butler, 2004). Quando realizado em conjunto com um procedimento de prevenção de recaída ou superaprendizagem, que corresponde a ingestão gradual de

líquido antes de dormir, a taxa de retorno dos sintomas situa-se em torno de 10%. A taxa de recaída aumenta para 40% quando não realizado o procedimento (Houts, 2003), dando a esta modalidade de tratamento uma eficácia significativa também em longo prazo. Estudos atuais indicam a realização do acompanhamento do uso do alarme através de contatos telefônicos, em que são investigados pontos chave do procedimento a ser realizado em casa pelas famílias (Nevéus et al., 2010). Em 2003, Houts cita brevemente uma comparação entre o acompanhamento do alarme com duas visitas e múltiplas visitas ao clínico, alegando não haver diferença nos resultados. Em 2010, Pereira confirma a viabilidade da modalidade não presencial.

Esta modalidade de tratamento está amparada pela compreensão da Psicologia Comportamental, defendida por Skinner (1953-1998), que assume que o comportamento humano deve ser analisado em termos funcionais, com foco na interação do indivíduo com seu ambiente. Butler (1994) sustenta que o alarme provoca uma série de consequências aversivas para a criança, como a sensação de estar molhado, acordar ao ouvir o barulho do alarme e ter de se levantar, trocar de roupa, etc. Neste sentido, acordar para urinar ou inibir as contrações da bexiga, relaxar o detrusor e contrair os músculos pélvicos para continuar dormindo seco seriam respostas para evitar entrar em contato com as consequências aversivas. Houts (2003) denomina esse processo de esquiva ativa, uma vez que as respostas de acordar ao sinal de bexiga cheia ou inibir as contrações são mantidas por reforçamento negativo.

2.4. Variáveis moderadores do tratamento

Compreender o papel dos problemas de comportamento significa determinar se essa variável atua como moderadora do sucesso do tratamento com alarme. Baron e Kenny (1986) opõem dois tipos de variáveis que influenciam no resultado de uma intervenção psicológica: as moderadoras e mediadoras: "Em termos gerais, um moderador é uma variável qualitativa (e.g., sexo, raça, classe) ou quantitativa (e.g., nível de recompensa) que afeta a direção e/ou intensidade da relação entre uma variável independente ou preditora e uma variável dependente ou de critério" (p. 1174). Já a variável mediadora, segundo os mesmos autores, é aquela que se interpõe entre uma variável independente e a variável dependente, devendo necessariamente ser alterada para produzir o resultado. Os mesmos autores relacionam, em psicologia, o conceito de variável mediadora a aspectos fisiológicos do organismo. Eles argumentam que "mediadores explicam como eventos externos assumem significância psicológica interna" (p. 1176). Essa concepção não está presente em definições mais recentes, como a de Kazdin (2007): "um mediador é um constructo que mostra relações estatísticas importantes entre uma intervenção e resultado, mas talvez não expliquem o processo preciso através do qual a mudança ocorre" (p. 3).

Ao avaliar a influência dos problemas de comportamento no tratamento para enurese, Arantes (2007), observou que crianças que apresentavam altos índices de problemas de comportamento levaram mais tempo para obter sucesso no tratamento. Houts (2003), encontrou que crianças com alto índice de problemas comportamentais, sobretudo do tipo externalizantes, devem ter estes problemas tratados antes de serem submetidas ao tratamento da enurese com alarme, uma vez que, sem isso, teriam

dificuldades em atingir o resultado esperado. Considerando que os problemas externalizantes referem-se, entre outros fatores, ao não seguimento de regras, não é difícil imaginar que isso possa afetar o resultado de um tratamento que depende, essencialmente, do seguimento estrito dos procedimentos envolvidos. Pereira (2010) verificou que crianças com problemas de comportamento tinham menor chance de obter sucesso do que as que não tinham problemas de comportamento em nível clínico. Em contrapartida, Sousa (2010) avaliou a eficácia do tratamento com alarme para crianças que apresentavam comorbidade com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade) e não observou diferenças significativas nem quanto a taxa de sucesso adquirida, tampouco quanto ao tempo de aquisição do sucesso quando comparadas as crianças que apresentavam apenas enurese. Neste sentido, compreender o papel dos problemas de comportamento significa determinar se essa variável atua como moderadora do sucesso do tratamento.

2.5. Enurese e problemas de comportamento

Em 2006, ao investigarem problemas de comportamento em uma amostra de 66 crianças com enurese, por meio do Child Behavior Checklist (CBCL), pesquisadores brasileiros encontraram escores de competências maiores e escores de problemas de comportamento menores do que os de crianças encaminhadas para uma clínica-escola de Psicologia por conta de outros problemas (Santos & Silvares, 2006). As autoras sugerem a hipótese de que a enurese configura-se como problema primário, sendo que outros problemas de comportamento surgem como uma consequência das molhadas. Neste sentido, poder-se-ia considerar o tratamento da enurese como uma medida de prevenção de problemas de comportamento futuros (Pereira, 2010).

Apesar do que já tem sido investigado até o momento sobre a relação entre enurese e problemas de comportamento, é difícil estabelecer uma relação lógica entre essas duas variáveis, sobretudo por conta da dificuldade em caracterizar os escapes de urina em sua dimensão psicológica (Pereira, 2010).

Atualmente sugere-se que uma variável que influencia no sucesso do tratamento da enurese por meio do alarme é a presença de problemas de comportamento (Houts, 2003; Arantes, 2007; Pereira, 2010), entendidos como déficits ou excessos comportamentais que prejudicam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento que facilitariam a aquisição de repertórios relevantes para a aprendizagem e desenvolvimento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Os problemas de comportamento podem ser do tipo internalizante ou externalizante, sendo esta categorização descrita pela primeira vez em 1978, por Achenbach & Edelbrock. E ainda, os autores utilizam o termo distúrbios de comportamento totais para se referir ao conjunto dos problemas de comportamento internalizantes e externalizantes.

Os problemas de comportamentos do tipo internalizantes são aqueles direcionados ao próprio indivíduo, vivenciado em nível privado, sendo os problemas a eles relacionados expressos nas formas de déficits no repertório comportamental e de padrões de isolamento social, representando problemas que o indivíduo tem em nível privado, e que dificultam a aquisição de novos repertórios comportamentais. São exemplos de problemas de comportamento do tipo internalizante: retraimento social, depressão, ansiedade, irritabilidade, tristeza, queixas somáticas, respostas de mau humor, timidez, apego excessivo aos adultos, preocupação excessiva, insegurança e medo (Achenbach & Edelbrock, 1978; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Tais comportamentos nem sempre afetam diretamente amigos, familiares e outras pessoas do

convívio diário do indivíduo, sendo assim, mais difíceis de serem identificados e tratados (Gresham & Kern, 2004).

Os comportamentos externalizantes, por sua vez, expressam-se predominantemente em relação ao contexto em que a criança ou adolescente vive. Dentre eles, destacam-se a impulsividade, nervosismo, agressividade, impaciência/irrequietação, destrutividade, desobediência frequente, agitação, provocações, brigas, entre outros (Achenbach & Edelbrock, 1978; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

A categorização de problemas de comportamento apresentada tem sido utilizada em diversos estudos nacionais e internacionais para a descrição do perfil comportamental de crianças com desenvolvimento típico e atípico (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Rocha, Costa & Silvares, 2008; Bolsoni-Silva, Paiva & Barbosa, 2009). Ressalta-se que, embora as categorias de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes tenham utilidade em ambiente clínico e de pesquisa, não se pode deixar de destacar a importância de avaliar a função das respostas, uma vez que os questionários que tem como base esta definição apontam apenas a topografia das respostas. Além disso, é necessário ainda atentar-se para o fato de que os problemas de comportamento, são selecionados e mantidos no repertório comportamental de crianças e adolescentes através da interação destes com seu meio, e por este motivo, devem ser entendidos como consequência de interações inadequadas entre a criança e seu contexto, e não simplesmente respostas inadequadas do indivíduo (Kauffman, 2005).

2.6. Enurese e autoconceito

O autoconceito é descrito como “a qualidade das relações que a pessoa estabelece consigo mesma, ao se avaliar perante a si mesma e a ambientes específicos de seu entorno” (Sisto & Martinelli, 2004, p.7). Valendo-se da interação com o meio, o indivíduo vai construindo seu julgamento sobre si mesmo, o que pouco a pouco vai repercutir em seu desenvolvimento emocional (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

Trata-se de uma variável que tem influência em diversas esferas da vida do indivíduo, como no desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, desempenho acadêmico, na motivação para os estudos e no comportamento em sala de aula. Assim, profissionais que lidam com o desenvolvimento infantil, como professores, psicólogos clínicos e escolares, educadores e pediatras devem se atentar para a avaliação desta variável, por meio de questionários padronizados ou por meio de investigação clínica (Okano, Loureiro, Linhares, & Marturano, 2004).

Estudos sobre o autoconceito de crianças e adolescentes tem sido realizados há algumas décadas, no entanto, especialmente em cenário nacional, a relação entre as variáveis enurese e autoconceito passou a ser estudada apenas nos últimos anos. Estudos sobre o autoconceito de crianças com enurese, até o momento não têm apresentado resultados conclusivos (Collier, Butler, Redsell & Evans 2002). Por um lado, estudos mais antigos apontam que o autoconceito de crianças com enurese é similar ao de crianças sem esta condição (Wagner, Johnson, Walker, Earther & Wittner, 1982; Wagner, Smith & Norris, 1988). Por outro, há ainda pesquisas mais recentes que apontam diferenças significativas no de autoconceito de crianças com e sem enurese (Longstaffe, Moffatt & Whalen, 2000).

Com relação ao sexo das crianças avaliadas, um estudo realizado na Escandinávia, com uma amostra de 114 crianças que buscaram tratamento em uma clínica escola apontou que, entre as crianças com enurese, as do sexo masculino apresentavam maior comprometimento em termos de auto percepção (Collier, Butler, Redsell & Evans 2002).

Com relação ao autoconceito de crianças com enurese, Longstaffe, Moffat e Whalen (2000) verificam que esta percepção melhora quando o tratamento tem resultados positivos. Outro estudo apontou ainda que a melhora da auto percepção dos sujeitos só é observada mais claramente na etapa de seguimento dos casos (Hägglöf, Andrén, Bergström, Marklund & Wendelius, 1998).

2.7. Projeto Enurese

No Brasil, um grupo de pesquisa vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo desenvolveu as primeiras pesquisas sobre enurese com a utilização do alarme como modalidade de tratamento, criando então o Projeto Enurese, no qual a presente pesquisa está inserida. Nestas primeiras pesquisas, o alarme utilizado era importado e foi oferecido, separadamente, a duas crianças portadoras de enurese que obtiveram sucesso, demonstrando a viabilidade do tratamento (Oliveira, 1999). Em parceria com a Escola Politécnica da USP, foi desenvolvido um projeto de alarme nacional, e com a concessão do Auxílio à Pesquisa aprovada pela FAPESP, os alarmes nacionais puderam ser fabricados. O estudo seguinte, realizado por Silva (2004), ofereceu o tratamento na modalidade de atendimentos grupais, também demonstrando eficácia. Costa (2005) verificou que a modalidade de tratamento individual se mostrou um pouco mais efetiva do que aquela realizada em grupo, contudo, não descartando a

utilização das duas formas. E ainda, demonstrou a viabilidade do tratamento para população adolescente. Pereira (2006) não encontrou diferenças significativas ao comparar as duas modalidades de atendimento e os grupos infantis e adolescentes, quando todos os grupos foram atendidos pelo mesmo terapeuta. Em seguida, conforme mencionado anteriormente, ao analisar a influência dos altos índices de problemas de comportamento no resultado do tratamento, Arantes (2007) identificou um atraso na aquisição do sucesso para esse perfil de crianças e adolescentes e Pereira (2010) uma tendência a terem menor chance de obtê-lo. Em contrapartida, Sousa (2010) não relatou impacto no resultado do tratamento ao administrá-lo para crianças com enurese e TDAH.

A tendência atual dos trabalhos do Projeto Enurese é difundir e tornar mais eficientes os tratamentos, ao mesmo tempo em que se busca responder a questões ainda pouco claras na área.

3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O presente estudo foi elaborado com o intuito de superar um viés metodológico ocorrido no trabalho de doutorado de Pereira, 2010, que culminou na sobreposição de variáveis moderadoras no tratamento para enurese com a utilização do alarme de urina. Com o objetivo de verificar a viabilidade do acompanhamento à distância para os clientes do projeto enurese, Pereira (2010) realizou um estudo oferecendo tratamento com alarme nas modalidades de acompanhamento presencial e à distância, para crianças com e sem escores clínicos de problemas de comportamento. Devido a uma distribuição não homogênea entre os dois grupos formados (presencial e à distância), os resultados não foram conclusivos. Entre as crianças atendidas à distância, pouco mais da metade tinha escores clínicos no agrupamento total de problemas de comportamento, enquanto esse índice superava os 80% entre as crianças atendidas presencialmente. A taxa de sucesso no acompanhamento presencial foi de 48% enquanto no grupo acompanhado à distância foi de 71%. Pode-se perceber que acompanhar o tratamento à distância para crianças sem índices de problemas dentro do esperado é viável. Contudo, não foi possível constatar o mesmo claramente para as crianças classificadas como clínicas, decorrente do número limitado dos participantes dentro do grupo acompanhado por telefone.

Desta forma, o presente estudo pretende saber até que ponto o acompanhamento à distância é viável também para crianças com escore clínico. Com isso, verifica-se o alcance dessa modalidade de tratamento que é mais eficiente em termos de custo e tempo para instituições, terapeutas e especialmente para as famílias atendidas, que não precisam se deslocar até a clínica para serem acompanhadas no uso do alarme.

Considerando o exposto, o objetivo geral desta pesquisa foi:

- Comparar a eficácia do tratamento para enurese entre dois grupos de participantes que receberam acompanhamento telefônico, sendo um com índices clínicos de problemas de comportamento e outro sem índices clínicos (avaliado pelos pais).

Configuram objetivos específicos do trabalho:

- Classificar as crianças quanto aos problemas de comportamento de duas formas: (1) a partir de instrumento preenchido pelos pais e (2) a partir de instrumento preenchido por outro pesquisador da equipe
- Comparar a eficácia do tratamento para enurese entre os grupos clínico e não clínico, classificados a partir da observação do pesquisador
- Verificar a evolução dos problemas de comportamento comparando escores pré e pós tratamento a partir da avaliação dos pais.
- Comparar o nível de autoconceito reportado pela criança antes e após a intervenção.
- verificar possíveis correlações entre nível de autoconceito e o resultado do tratamento

Baseando-se tanto na literatura como na experiência clínica do Projeto Enurese, foram formuladas as seguintes hipóteses sobre as questões relacionadas acima:

- Crianças com escores mais elevados de problemas de comportamento terão menores índices de sucesso ou levarão mais tempo para obtê-lo (Arantes, 2007; Pereira, 2010; Houts, 2003)

- Os escores de problemas de comportamento a partir do relato dos pais serão mais altos do que os obtidos pela pesquisadora (Rocha, Ferrari & Silvares, 2011)
- Os escores de problemas de comportamento diminuirão na avaliação pós-tratamento feita pelos pais (Pereira, 2010)
- Os níveis de autoconceito serão mais elevados para aqueles que concluírem o tratamento com sucesso (Longstaffe, Moffatt & Whalen, 2000).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Amostra

Foram selecionados os participantes que procuraram atendimento no projeto enurese entre 2011 e 2013. Os participantes foram distribuídos entre grupos por um juiz independente que não a pesquisadora, que era cega em relação aos problemas de comportamento das crianças. Foram controladas as seguintes variáveis: idade, sexo, nível socioeconômico e linha de base de molhadas semanais pré-tratramento, a fim de que os grupos fossem homogêneos, com exceção dos problemas de comportamento.

Para compor a amostra foram selecionadas 31 crianças, sendo 15 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, segundo os seguintes critérios:

- Idade entre seis e 11 anos

- enurese primária monossintomática de acordo com os critérios da ICCS (ao menos um episódio por mês), sem se classificar nos critérios de alta (14 noites secas consecutivas)

- realização de consulta médica prévia, a fim de excluir outras hipóteses diagnósticas

- comparecimento às três sessões iniciais de atendimento e responder aos dois primeiros contatos telefônicos após entrega do alarme

- formulários de inscrição completos a fim de possibilitar a divisão dos grupos

Optou-se por utilizar como base para a elaboração desse trabalho o critério diagnóstico fornecido pela ICCS, uma vez que esse é o critério mais utilizado na literatura referente à enurese nesse momento.

4.2. Equipamento

Foi utilizado o alarme de cabeceira (*bedside alarm* ou *bell and pad*) semelhante ao modelo inglês, produzido pelo Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O equipamento consiste de duas partes: tapete plástico detector de urina e unidade de controle. O tapete deve ser colocado por baixo do lençol para que a urina alcance-a rapidamente. Quando detectada a urina, o alarme é ativado para acordar a criança. Além do alarme sonoro, ascende-se uma luz para guiar a pessoa a encontrá-lo mesmo em locais escuros. O sistema é alimentado por uma bateria de 9 V.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL)

É um instrumento de avaliação psicológica desenvolvido por Achenbach (2001). Deve ser respondido pelos pais ou cuidadores que fornecerão informações a respeito do comportamento da criança. O instrumento classifica as crianças em duas categorias, encaminhadas e não encaminhadas para atendimento clínico. Este instrumento é composto por 138 itens, dos quais 20 são destinados à avaliação das competências da criança, divididos em três escalas (Competência em Atividades, Competência Social e Competência Escolar) e 118 se referem à avaliação dos problemas de comportamento, divididos em oito escalas síndromes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo). A soma das

escalas de competências fornece um escore na Escala Total de Competências. A soma das três primeiras escalas de problemas de comportamento gera a Escala de Internalização e a soma das duas últimas a Escala de Externalização. A soma de todos os itens de problemas de comportamento gera a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

A soma das escalas de problemas de comportamento classificam-se na faixa não-clínica quando o escore é menor que 60; escores de 60 a 63, na faixa limítrofe; e os maiores que 63, na faixa clínica. Para a escala de competência social a classificação segue da seguinte maneira: maiores que 40, faixa não clínica; de 37 a 40, faixa limítrofe; e para escores menores que 37, faixa clínica.

Uma amostra do questionário pode ser visualizada no endereço eletrônico: www.aseba.org.

4.3.2. Formulário de Observação Direta (DOF)

É um instrumento que faz parte do Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (2001), revisado em 2009. Ele foi desenvolvido para quantificar observações de crianças entre 6 e 11 anos de idade em salas de aula ou em quaisquer outros ambientes, desde que estejam em grupos. O DOF inclui 89 itens de problemas, avaliados a partir de uma escala de 4 pontos a partir da observação de trechos de sessões de 10 minutos cada e ainda uma escala que avalia a realização de uma tarefa. Considerando que o comportamento da criança pode variar consideravelmente em ocasiões diversas, é preciso fazer ao menos duas observações distintas. Recomenda-se de três a seis observações em, no mínimo, dois lugares diferentes. Preferencialmente, observar no período da manhã e da tarde. A cada sessão

de observação, um instrumento deve ser preenchido para posteriormente, o software gerar uma média do que foi observado. Ao classificar o comportamento de uma criança, observa-se o quanto ele difere do comportamento das outras. Com isso, recomenda-se a utilização de uma ou duas crianças controle que estejam no mesmo ambiente que a criança a ser observada. A criança controle deve ser da mesma idade e sexo, mas deve estar localizada o mais distante possível da outra. Para o ambiente escolar, são geradas cinco escalas síndrome empíricas (Tempo Cognitivo Lento, Imaturo/Isolado, Problemas de Atenção, Intrusivo e Opositor), uma escala de Déficit de Atenção/Hiperatividade e uma sub-escala de Desatenção e Hiperatividade-Impulsividade, orientadas pelo DSM, e escores de Problemas Totais. Para o ambiente de recesso, há uma escala síndrome de Comportamento Agressivo e Problemas Totais. As normas para a pontuação das escalas são diferenciadas conforme o gênero.

O instrumento classifica as crianças em duas categorias, encaminhadas e não encaminhadas para atendimento clínico. Com a inserção deste instrumento no estudo, será possível comparar o perfil de comportamento das crianças a partir das avaliações dos pais e pesquisadores.

Uma amostra do questionário pode ser visualizada no endereço eletrônico: www.aseba.org.

4.3.3. Escala de Autoconceito Infanto Juvenil

Esta escala, desenvolvida por Sisto & Martinelli, 2004, devidamente validada no país, permite avaliar diferentes níveis de autoconceito da criança e do jovem, em distintos contextos sociais, com os quais seja a criança, seja o jovem interage constantemente (pessoal, escolar, social, familiar e geral). É destinada para a faixa etária

de 8 a 16 anos. Consiste em um instrumento de auto relato que pode ser aplicada de forma individual ou coletiva. O sujeito indica, no questionário, o grau em que cada afirmativa aplica-se a ele. As escalas são de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

A correção do instrumento é feita para cada um dos tipos de autoconceito, possibilitando a classificação em um determinado quartil (menos de 25%; 25%; menos de 50%; 50%; menos de 75%; 75% e mais de 75%). Os autores evidenciam que pontuações altas indicam um autoconceito positivo, ou seja, quanto mais alta a pontuação, melhor o nível do autoconceito daquele participante. Entretanto, não há nenhuma categorização ou escore de corte para análise dos resultados.

4.3.4. Formulário de avaliação da enurese (Anexo 1)

Esse instrumento foi desenvolvido por Blackwell (1989). Oferece diversos dados relativos à enurese, tais como história e tipo da enurese, tratamentos anteriores, atitudes parentais, condições de moradia, frequência e padrão dos episódios de enurese e histórico médico. É utilizado para diagnóstico e verificação da adequação aos critérios de inclusão.

4.3.5. Guia de pais para o tratamento da enurese (Anexo 2)

Instrumento adaptado pela equipe do projeto enurese de Houts (1990). Trata-se de um contrato firmado com os pais e a criança, contendo instruções detalhadas para tratamento, tais como horário de dormir, ingestão de líquidos, manejo do alarme e superaprendizagem. Comenta erros comuns observados no procedimento dos pais e

indica o que deve ser feito em cada situação. Explicita o treino de autocontrole, treino de limpeza e treino com o alarme. Adicionalmente, alerta sobre possíveis problemas e como resolvê-los.

4.3.6. Registro de episódios da enurese (Anexo 3)

O registro é utilizado para acompanhar o tratamento. Quando ocorrem episódios de enurese durante o tratamento, anota-se no registro os dias e horários em que ocorreram, assim como o tamanho da mancha de urina. Adicionalmente, é registrado se a criança acordou com o alarme sem ajuda dos pais, e ainda a quantidade de líquido ingerido no período de prevenção de recaída.

4.3.7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4)

Trata-se de um documento informando o objetivo e procedimentos da pesquisa e solicitando autorização para utilização dos dados coletados, esclarecendo que a autorização pode ser interrompida a qualquer momento. Consta também neste termo os dados para contato com os responsáveis da pesquisa e o Comitê de Ética responsável. O mesmo deve ser assinado pelos pais e pesquisadores e cada um deles deve manter uma cópia.

4.3.8. Termo de Assentimento (Anexo 5)

O termo de assentimento contém as mesmas informações do termo de consentimento, descritos em uma linguagem mais simples, pois destina-se para autorização das crianças.

4.3.9. Treino de espectro total

O modelo de tratamento utilizado é o Treino de espectro total (Houts, 2003), que tem como característica o uso do alarme acompanhado de uma série de atividades adicionais para maximizar o efeito do tratamento.

O principal elemento do tratamento é o uso do aparelho de alarme. Os alarmes, do tipo de cabeceira, foram fornecidos a título de empréstimo às famílias pelo Projeto Enurese, mediante concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O procedimento ideal recomendado requer que a criança ative o alarme antes de dormir. Quando o dispositivo toca, a criança deve desligá-lo, dirigir-se ao banheiro para finalizar a micção, trocar de roupas e trocar o lençol da cama, ativando novamente o alarme antes de deitar novamente. Todo esse procedimento deve ser auxiliado pelos pais e repetido caso haja outros episódios de enurese durante a noite.

O tratamento é complementado por outros procedimentos. O treino de limpeza consiste na criança auxiliar a troca da cama e de sua roupa de acordo com a possibilidade determinada pela sua idade. No treino de retenção a criança, diariamente, realiza um momento de contenção da urina, por período de tempo incrementado a cada dia. Líquidos que afetam o funcionamento do sistema excretor, como sucos, refrigerantes, café, chá e achocolatados devem ser evitados no período noturno. Os pais também serão orientados a levar a criança ao banheiro sempre antes de dormir e estabelecer um horário para que a criança se deite que garanta ao menos oito horas de sono.

Uma das preocupações do terapeuta em relação ao uso do alarme em si, é que, uma vez que ele é uma nova contingência aversiva por acordar a criança através do som,

não se criem contingências aversivas adicionais. Por exemplo, um pai pode reclamar do som do alarme, punindo o filho pelo episódio que o desencadeou, quando isso não acontecia anteriormente. Obviamente, isso pode atrapalhar o tratamento, já que a criança, não tendo controle sobre a urina, pode simplesmente deixar de ligar o alarme.

Além disso, o tratamento de espectro total, como descrito por Houts (2003) envolve não apenas minimizar as consequências aversivas, mas também fortalecer, através de reforçamento positivo, as respostas que favorecem o sucesso no tratamento. Recomenda-se, por exemplo, que os pais elogiem o seguimento das instruções por parte da criança e até ofereçam gratificações financeiras de acordo com o seguimento dos treinos envolvidos no tratamento.

4.3.10. Critério Brasil (Anexo 6)

A avaliação do nível socioeconômico será realizada segundo o Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2009). Este instrumento mede o poder aquisitivo das famílias baseando-se na posse de bens de consumo duráveis, presença desempregadas mensalistas e instrução do chefe da família. A partir as informações fornecidas pelos pais/cuidadores, são pontuados escores e estes são estratificados nas seguintes classes:A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Este formulário foi utilizado para obter dados demográficos esocioeconômicos, a fim de permitir a identificação de quais destas características podem ser preditoras dos problemas indicados pelos pais/cuidadores com relação a seus filhos.

4.4. Procedimentos

O trabalho foi realizado no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte da linha de pesquisa adotada pela orientadora da pesquisadora e é complementar a outros desenvolvidos pelos alunos inseridos na equipe.

4.4.1. Triagem

Para selecionar a amostra, as famílias passaram por procedimento de avaliação e triagem do Projeto Enurese que consiste em:

- Contato telefônico com a equipe do projeto

- Preenchimento e devolução pelos pais do CBCL pelo correio

- Participação em entrevista de triagem (pais e criança) em que é aplicado o formulário de avaliação de enurese

- Inclusão em listas de chamada caso preencham os critérios de inclusão

4.4.2. Divisão dos grupos

Foram selecionadas 14 crianças que se enquadraram na faixa clínica indicada pelo CBCL (relato dos pais) e 17 na faixa não clínica. Os grupos foram atendidos em conjunto pela pesquisadora sem saber o índice de problemas de comportamento de cada criança durante o processo de intervenção. A seleção dos sujeitos foi feita por pesquisadores auxiliares da equipe. A divisão dos grupos para análise dos dados foi feita ao final do tratamento para efeito de comparação.

Foi feita uma segunda divisão referente aos problemas de comportamento dos participantes, de acordo com os escores obtidos a partir do DOF, que foi preenchido por outro membro da equipe, para garantir o sigilo referente ao perfil clínico dos sujeitos, mantendo a pesquisadora cega durante o tratamento a fim de oferecer tratamento de forma homogênea para todos os participantes. Com isso, os resultados puderam ser analisados a partir dos dois pontos de vista, a fim de propiciar uma visão mais ampla da sua influência sobre a eficácia do uso do alarme.

4.4.3. Chamada para atendimento

As famílias procuram a clínica para tratamento de enurese em fluxo contínuo. Para evitar a formação de uma fila de espera muito extensa, os participantes foram divididos em subgrupos. Dessa forma, ao acúmulo de dez famílias (cinco de cada grupo), elas eram chamadas para o início do tratamento, que consiste no comparecimento às sessões iniciais do programa. As famílias foram contatadas com quinze dias de antecedência ao primeiro encontro, a fim de realizarem um registro das molhadas neste período, que foi utilizado como linha de base.

4.4.4. Sessões iniciais

As três sessões iniciais foram realizadas com uma semana de intervalo, em horário que possibilitava a presença de todos os pais. Cada sessão teve 50 minutos de duração e foi realizada em grupo. Primeiramente, a pesquisadora conversava com as crianças em seguida metade conversava com os pais, enquanto as crianças ficavam em recreação com estagiários que coordenavam as atividades. As sessões foram filmadas com o devido consentimento dos participantes.

A primeira sessão consiste apenas em apresentação da pesquisadora e dos participantes entre si, seguido de atividades infantis no grupo recreativo.

Na segunda sessão, o programa de atendimento é apresentado às crianças e, subsequentemente aos pais, bem como o aparelho de alarme, que tem seu funcionamento explicado abaixo. O Guia dos Pais (vide anexo 4) e os registros a serem preenchidos durante o tratamento eram então entregues. Os pais e as crianças são orientados a discutir o tratamento em casa, fazer as alterações de hábito e de estrutura necessárias para o bom andamento do tratamento e a anotar possíveis dúvidas em relação ao procedimento.

Na terceira sessão, as dúvidas trazidas pelas famílias são abordadas, além de recapitular o funcionamento do alarme e dos outros procedimentos do tratamento. Os alarmes são entregues e os horários do acompanhamento telefônico são combinados.

4.4.5. Grupos recreativos

Os grupos recreativos são realizados em uma sala de atendimento específico para crianças. Ocorre enquanto a pesquisadora reuni-se com os pais para fornecer as instruções necessárias para o tratamento. As crianças são acompanhadas por dois estagiários vinculados ao grupo de pesquisa da mestranda. A fim de estabelecer vínculo com as crianças que participam do grupo, os estagiários são sempre os mesmos durante os três encontros.

As atividades elaborados foram selecionados a partir de um estudo que descreve as sessões recreativas realizadas durante um atendimento psicológico infantil em uma clínica escola (Silvares, 2000). Sendo eles: confecção de crachás, jogo de bola com perguntas em roda, falando as idades, comidas que preferem, quanto irmãos têm etc e

morto-vivo (primeira sessão); confecção de crachás, jogo Imagem e Ação Junior e batata-quente (segunda sessão); e confecção de crachás e futebol de botão (terceira sessão). Importante ressaltar que a atividade de confecção de crachás inserida nos três encontros permitia que os monitores e as próprias crianças lembrarem dos nomes de cada integrante.

Estas sessões lúdicas estruturadas foram inseridas ao programa para viabilizar o preenchimento do instrumento de observação direta (DOF) que indica a classificação dos níveis clínicos de problemas de comportamentos, na percepção de observador independente.

4.4.6. Acompanhamento telefônico

Os contatos telefônicos de acompanhamento seguiram um procedimento padronizado (Silvares, Pereira, & Arantes, 2007):

a) levantamento das informações do registro escrito;

b) verificação do seguimento das instruções gerais;

c) interrogação dos motivos de não-seguimento das instruções, tais como acordar a criança no meio da noite para levá-la ao banheiro, não usar o alarme, não ajudar a criança a levantar quando o alarme é disparado;

d) identificação e assinalamento dos sinais de progressos, tais como acordar mais rápido com o alarme, manchas menores, acionamento do alarme mais próximo da hora de acordar, diminuição do número de “molhadas” por noite, noites sem “molhadas”, número de noites seguidas sem “molhadas”;

e) busca de soluções para as dificuldades e acompanhamento das estratégias propostas nas sessões subsequentes. Exemplos: Se a criança desliga o alarme e volta a dormir, uma solução seria colocar o alarme em uma posição que dificultasse esse tipo de estratégia. Se a criança não consegue acordar com o alarme porque vai dormir muito tarde vendo filmes, uma possível solução seria disponibilizar uma forma de gravá-los;

f) discussão buscando a identificação de fatores que, em cada caso individual, poderiam facilitar o seguimento dos procedimentos do alarme: presença de luz acesa, dormir cedo, dormir tranquilo sem outras preocupações;

g) acompanhamento de procedimentos adicionais, como o treino de autocontrole, treino de limpeza, técnicas de despertar e restrição de líquidos;

h) discussão de dúvidas;

i) avaliação da motivação e as expectativas tanto da criança quanto dos responsáveis e intervir, quando necessário;

j) discussão de resistências ao uso do alarme apresentadas pelas crianças e manifestadas pelos pais;

k) providências caso seja necessário realizar trocas no alarme.

4.4.6. Prevenção de recaída

Quando a criança obtém 14 noites secas consecutivas durante o tratamento, ela é considerada bem sucedida e é realizado o procedimento de prevenção de recaída, que consiste na ingestão de líquido antes de deitar-se a fim de aumentar a capacidade de controle durante a noite. Partindo da quantidade inicial a ser ingerida, 40 ml devem ser

adicionados a cada duas noites secas até atingir o volume final. Em caso de recaída, deve-se voltar ao volume anterior de ingestão, havendo sucesso, prosseguir para a quantidade de líquido seguinte. A quantidade de líquido ingerida varia de acordo com o volume máximo urinado esperado de acordo com a idade do participante, conforme aponta a Tabela 2:

Tabela 2- Quantidade de líquido ingerido na superaprendizagem de acordo com a idade

Idade (em anos)	Quantidade inicial (em ml)	Quantidade final (em ml)
6	113 (pouco menos de meio copo americano)	227
7	142	255 (um copo americano)
8	170	284
9	198	312
10	227	340
11	255 (um copo americano)	369 (um copo americano e meio)
12	284	397

A prevenção de recaída tem como característica ser um procedimento de preocupação clínica, não sendo considerada na análise dos dados deste trabalho.

4.4.6 Encerramento

Ao término do período de tratamento, cada uma das famílias é chamada ao Centro de Atendimento Psicológico para devolver o alarme, preencher novamente o CBCL e entregar os registros para conferência.

4.5. Forma de Análise dos resultados

Neste trabalho, foi utilizado o critério mais comum nos estudos realizados com tratamento com alarme, baseado em Butler (1991):

- Sucesso: criança que obtiver 14 noites secas consecutivas
- Insucesso: criança não conseguiu obter 14 noites secas consecutivas durante as 28 semanas do tratamento
- Desistência: a família abandonou os procedimentos do tratamento e deixou de responder aos contatos telefônicos durante o período de tratamento, tendo respondido ao menos a dois contatos telefônicos após a entrega do alarme. Famílias que não responderem aos contatos imediatamente após a entrega dos alarmes serão excluídas do estudo.

Para classificação dos problemas de comportamento em nível clínico, foram utilizados os escores provenientes dos distúrbios totais, tanto para o CBCL quanto para o DOF.

O autoconceito foi avaliado por meio da comparação entre as pontuações atingidas pelos participantes antes e após a intervenção. A identificação de aumento na pontuação correspondia a uma melhora do autoconceito percebido.

Para atingir os objetivos descritos, foi realizada análise estatística baseada essencialmente em quatro testes: para comparação entre os grupos com variáveis em escala numérica (e.g. resultado do tratamento x escore do CBCL / escore do DOF) foi usado o teste de médias não-pareadas; para comparação de variáveis (como os escores

do CBCL) entre o início e o término do tratamento, foi utilizado o teste de médias pareadas; para comparação entre os grupos relativos a variáveis nominais (e.g. presença de problemas de comportamento x resultado do tratamento) foi usado o teste exato de Fisher; já para as análises relativas à frequência de episódios o teste empregado foi o de Mann Whitney.

O índice de concordância entre os instrumentos foi verificado por meio da medida Kappa, utilizando-se para a interpretação do desfecho a classificação proposta por Landis & Koch (1977), a saber: Kappa < 0 = sem concordância; entre 0 e 0,19 = concordância pobre; entre 0,20 e 0,39 = concordância baixa; entre 0,40 e 0,59 = concordância moderada; entre 0,60 e 0,79 = concordância substancial e entre 0,80 e 1=concordância quase perfeita.

Além da análise estatística supracitada, a avaliação das frequências de episódios também foi realizada a partir de uma perspectiva de significância clínica, através do modelo de Índice de Mudança Confiável (IMC), conforme proposto por Jacobson e Truax (1991). Pereira, Del Prette e Silvares (2008) descrevem o IMC "como uma forma de resolver o problema da inferência estatística na análise de resultados de tratamento quando a alta variabilidade dos resultados dificulta a identificação dos casos em que houve mudança ou quando a baixa variabilidade aponta mudança estatisticamente significativa mas que não apresenta significância clínica".

O cálculo do IMC pode ser realizado através da seguinte fórmula:

$$RC = \frac{x_2 - x_1}{S_{dif}}$$

Em que x_2 é o escore pós-teste, x_1 é o escore pré-teste e S_{dif} é o erro padrão da diferença. O cálculo do IMC permite não apenas saber quantos participantes obtiveram uma mudança confiável, mas também fornece dados para que seja possível construir uma representação gráfica da distribuição da mudança. No caso, o "escore" considerado no cálculo foi a frequência de noites com episódios duas semanas antes da inserção do alarme e nas duas últimas semanas de tratamento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do trabalho serão apresentados da seguinte forma: a) descrição dos participantes da pesquisa; b) dados relativos ao resultado do tratamento com alarme; c) dados relativos ao resultado do tratamento em relação as características dos participantes; d) relação entre resultado do tratamento e problemas de comportamento (CBCL/DOF); e) relação entre resultado do tratamento e autoconceito; f) análise de sobrevida da enurese; g) análise do índice de mudança confiável; h) comparação entre os índices de problemas de comportamento obtidos por dois instrumentos (CBCL e DOF); e i) padrões de resultados individuais.

Foram incluídas no estudo 31 crianças de seis a 11 anos, com média de 8,3 anos, DP(1,3), sendo 15 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A Tabela 4 descreve individualmente os resultados de cada participante da pesquisa, apontando idade, sexo, problemas de comportamento e resultado do tratamento para a enurese. Os problemas de comportamento foram apontados pelos pais previamente e posteriormente à intervenção, independente do resultado obtido pelo participante. Os escores gerados são apresentados em três subescalas (distúrbios internalizantes, distúrbios externalizantes e distúrbios totais). O instrumento classifica escores de 60 a 63 na faixa limítrofe entre normal e clínico, e acima disto, nível clínico de problemas de comportamento, ou seja, segundo apontamento dos pais, o instrumento sugere que aquela criança deve ter um acompanhamento profissional devido ao alto índice de problemas apresentados. O autor do inventário aplicado (Achenbach, 2001), sugere, para fins de pesquisa, considerar os classificados na faixa limítrofe como nível clínico também. A última coluna descreve as três possibilidades de resultado para o tratamento, sendo sucesso considerado para aqueles casos em que foi possível alcançar 14 noites secas consecutivas; insucesso para

aqueles que não atingiram esse quadro; e desistência quando as famílias optavam por interromper o tratamento.

Tabela 3 - Descrição dos participantes da pesquisa

Identificação	Idade	Sexo	Escore	DI	DE	DT	Resultado
A. E. L.	7	F	Inicial	41	44	47	Sucesso
			Final	43	48	48	
A. M. S.	10	M	Inicial	67*	67*	65*	Sucesso
			Final	42	49	41	
B. D. B.	8	F	Inicial	67*	59	66*	Sucesso
			Final	58	57	59	
B. F. B.	7	F	Inicial	64*	49	60*	Sucesso
			Final	57	48	52	
C. R. C.	7	M	Inicial	44	37	39	Desistência
			Final	37	37	36	
F. M. S.	7	M	Inicial	59	55	57	Insucesso
			Final	60*	59	61*	
G. C. F.	9	M	Inicial	48	49	48	Sucesso
			Final	50	45	46	
G. F. O.	8	M	Inicial	54	62*	61*	Sucesso
			Final	45	62*	58	
G. G. S.	11	M	Inicial	47	46	47	Sucesso
			Final	40	45	40	
G. M. G.	7	F	Inicial	61*	56	59	Sucesso
			Final	49	51	49	
G. M. R.	10	F	Inicial	41	46	44	Desistência
			Final	51	59	55	
G. M. S.	7	M	Inicial	45	51	49	Sucesso
			Final	40	45	42	
G. P. S.	10	M	Inicial	58	65*	66*	Sucesso
			Final	81*	63*	78*	
H. P. C.	10	M	Inicial	53	69*	69*	Sucesso
			Final	58	74*	70*	
I. C. M.	7	F	Inicial	66*	64*	64*	Sucesso
			Final	76*	70*	71*	
I. N. C.	7	F	Inicial	29	56	44	Sucesso
			Final	36	32	34	
J. L. D.	11	F	Inicial	50	54	54	Sucesso
			Final	62*	57	59	
J. P. S.	8	M	Inicial	64*	70*	74*	Insucesso
			Final	60*	69*	67*	
L. D. C.	10	F	Inicial	75*	71*	72*	Sucesso
			Final	66*	68*	69*	
L. P. R.	6	M	Inicial	62*	54	57	Insucesso
			Final	54	49	51	
L. S. B.	7	F	Inicial	56	72*	69*	Sucesso
			Final	58	55	61*	
M. S. J.	9	F	Inicial	58	44	55	Desistência

			Final	50	37	51	
M. X. M.	7	F	Inicial	36	37	40	Sucesso
			Final	38	43	40	
P. A. T.	8	M	Inicial	63*	49	56	Sucesso
			Final	47	34	39	
P. N. P.	10	F	Inicial	55	62*	61*	Insucesso
			Final	55	60*	58	
R. F. L.	9	M	Inicial	62*	51	60*	Sucesso
			Final	42	45	41	
S. P. C.	6	F	Inicial	38	49	47	Sucesso
			Final	55	51	53	
S. S. V.	6	M	Inicial	57	65*	64*	Insucesso
			Final	66*	68*	72*	
T. V. S.	9	M	Inicial	62*	49	54	Sucesso
			Final	59	53	52	
V. D. S.	9	F	Inicial	67*	56	66*	Sucesso
			Final	57	54	55	
V. L. S.	11	M	Inicial	50	45	45	Insucesso
			Final	52	42	46	

DI = Distúrbios internalizantes DE = Distúrbios externalizantes
DT = Distúrbios totais * Escores na faixa clínica

A Tabela 4 apresenta a análise estatística de comparação entre os grupos de participantes para verificar a homogeneidade entre eles em relação às variáveis: idade, sexo, perfil socioeconômico e linha de base de molhadas inicial.

Tabela 4 - Comparação entre os grupos com e sem problemas de comportamento

Variável estatística	Problemas de Comportamento		Comparação entre Sucesso X Insucesso / Desistência	
	sem	com		
número de pacientes			valor - p	conclusão a 5%
n	17 (54,8%)	14 (45,2%)		
perfil: sócio-demografico				
Idade(anos)			teste Mann-Whitney**	
media (dp)	8,2 (0,42)	8,5 (0,37)	0,493	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	7,0 : 7,0 : 9,5	7,0 : 8,5 : 10,0		
min ; max	6,0 : 11,0	6,0 : 10,0		
Sexo			teste de independência *	
freqüência			1,000	aceito H0
masculino (n)	47,1% (8)	50% (7)		
feminino (n)	52,9% (9)	50% (7)		
total (n)	100% (17)	100% (14)		
Critério Brasil			teste Mann-Whitney**	
media (dp)	26,8 (1,48)	24,6 (2,13)	0,215	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	21,0 : 27,0 : 31,0	17,0 : 23,5 : 28,0		
min ; max	18,0 : 38,0	16,0 : 42,0		
freqüência			teste de independência *	
A1 (n)	0% (0)	7,1% (1)	**0,100**	**aceito H0**
A2 (n)	11,8% (2)	7,1% (1)		
B1 (n)	23,5% (4)	7,1% (1)		
B2 (n)	29,4% (5)	35,7% (5)		
C1 (n)	35,3% (6)	14,3% (2)		
C2 (n)	**0% (0)**	**28,6% (4)**		
total	100% (17)	100% (14)		
freqüência			teste de independência *	
A (n)	11,8% (2)	14,3% (2)	0,885	aceito H0
B (n)	52,9% (9)	42,9% (6)		
C (n)	35,3% (6)	42,9% (6)		
total	100% (17)	100% (14)		
LB media (molhadas por semana)			teste Mann-Whitney**	
media (dp)	4,60 (0,434)	4,00 (0,649)	0,570	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	3,30 : 4,50 : 6,50	1,50 : 4,50 : 6,30		
min ; max	1,00 : 7,00	1,00 : 7,00		

			teste de independência *	
freqüência			0,700	aceito H0
menos de 5 dias por semana (n)	52,9% (9)	57,1% (8)		
5 ou 6 dias por semana (n)	35,3% (6)	21,4% (3)		
7 dias por semana (n)	11,8% (2)	21,4% (3)		
total	100% (17)	100% (14)		

1ºq med 3ºq - 1ºquartil mediana 3ºquartil ; dp desvio padrão

*** Teste de independência (teste exato de Fisher)**

HIPÓTESES DO TESTE Ho :há independência entre grupo e variável

HA :há associação entre grupo e variável

**** Teste de Mann-Whitney**

HIPÓTESES DO TESTE Ho :as medianas dos grupos são iguais

HA :as medianas dos grupos são diferentes

A distribuição dos grupos está equiparada quanto a idade, sexo, classe socioeconômica e linha de base dos participantes. Nota-se que não houve inclusão de participantes das classes socieconômicas mais baixas neste estudo (D e E). Apesar da divulgação em meios de comunicação como rádio e televisão, a maior fonte de procura para atendimento no Projeto Enurese ocorre por meio da internet, meio este menos acessível às classes menos favorecidas.

Pode-se observar que os grupos de participantes com e sem problemas de comportamento não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si, possibilitando, então, a análise das variáveis de estudo sem viés.

5.1. Resultado do tratamento

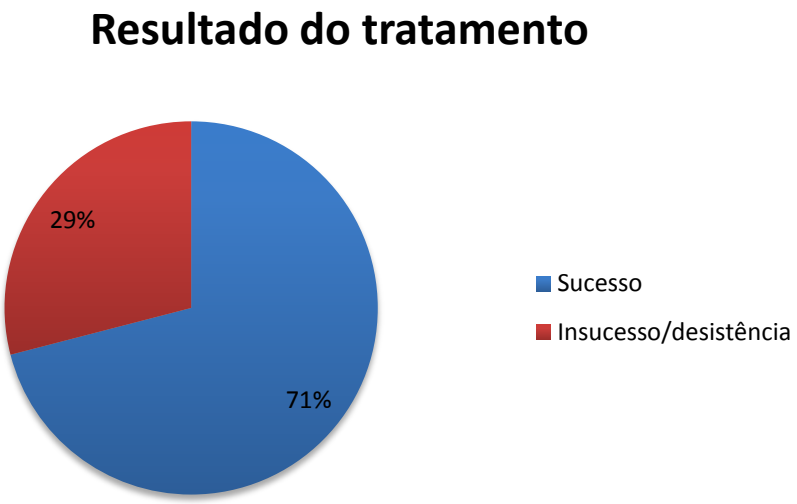

Figura 1 - Porcentagem de participantes que obtiveram sucesso ou insucesso no tratamento

Como previsto na literatura (Butler, 2004), a maior parte das crianças obteve sucesso no tratamento: vinte e duas crianças atingiram o critério de sucesso, enquanto nove ou desistiram ou não atingiram o critério de sucesso mesmo realizando o tratamento adequadamente.

O índice de 71% de sucesso, entretanto, é ligeiramente mais alto do que o encontrado na literatura, especialmente se considerarmos que foram incluídos na análise os participantes que desistiram do tratamento, o que não acontece em todos os trabalhos. Entretanto, consideramos que a família que desiste é uma expressão de falha no tratamento, portanto esses participantes foram incluídos. Além disso, os participantes desistentes e que não obtiveram sucesso foram agrupados para facilitar a análise. De forma geral, podemos considerar, então, que o tratamento com alarme na forma como foi realizado nessa pesquisa teve um bom resultado.

Em seguida, serão analisadas variáveis de características dos participantes de acordo com o resultado do tratamento. Na Tabela 5, a análise refere-se à idade.

Tabela 5 - Resultado do tratamento de acordo com a idade

Idade(anos)	**Geral**	**Insucesso/Desistência**	**Sucesso**	**Comparação entre Sucesso X Ins/ Des.**	
				teste Mann-Whitney*	
media (dp)	8,3 (1,58)	8,2 (1,86)	8,4 (1,50)	0,786	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	7,0 : 8,0 : 10,0	6,5 : 8,0 : 10,0	7,0 : 8,0 : 10,0		
min ; max	6,0 : 11,0	6,0 : 11,0	6,0 : 11,0		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

Pode-se verificar que não houve diferenças significativas entre as idades, em média, dos participantes que obtiveram resultado positivo ou negativo no tratamento, confirmando Pereira (2010), que verificou também que a idade não influencia no resultado do tratamento.

A Tabela 6 mostra a relação entre o resultado e o sexo dos participantes.

Tabela 6 - Resultado do tratamento de acordo com o sexo

Sexo		**Geral**	**Insucesso/Desistência**	**Sucesso**	**Comparação entre Sucesso X Ins/ Des.**	
					teste de independência *	
	freqüência				0,433	aceito H0
masculino	(n)	48,4% (15)	33,3% (3)	54,5% (12)		
feminino	(n)	51,6% (16)	66,7% (6)	45,5% (10)		
total	(n)	100% (31)	100% (9)	100% (22)		

* Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE Ho :há independência entre grupo e variável
HA :há associação entre grupo e variável

A Tabela 6 deixa claro que não há relação estatisticamente significativa entre o resultado do tratamento e o sexo dos participantes, ainda que a proporção seja diferente:

no grupo de insucesso, a predominância é de meninas, ao contrário do grupo de sucesso. A mesma insignificância estatística entre sexo e resultado do tratamento foi encontrada por Pereira (2010).

A Tabela 7 mostra a relação entre o resultado e o perfil socioeconômico.

Tabela 7 – Resultado do tratamento de acordo com o perfil socioeconômico

Critério Brasil		Geral	Insucesso/ desistência	Sucesso	Comparação entre Sucesso X Ins/ Des.	
					teste Mann-Whitney*	
media (dp)		25,8 (6,97)	25,0 (6,73)	26,2 (7,20)	0,708	aceito H0
1ºq;mediana;3º q		20,0 : 26,0 : 31,0	19,5 : 25,0 : 29,0	20,0 : 26,0 : 31,0		
min ; max		16,0 : 42,0	16,0 : 38,0	16,0 : 42,0		
					teste de independência **	
freqüência						
A1	(n)	3,2% (1)	0% (0)	4,5% (1)	1,000	aceito H0
A2	(n)	9,7% (3)	11,1% (1)	9,1% (2)		
B1	(n)	16,1% (5)	11,1% (1)	9,1% (2)		
B2	(n)	32,3% (10)	11,1% (1)	18,2% (4)		
C1	(n)	25,8% (8)	11,1% (1)	18,2% (4)		
C2	(n)	12,9% (4)	33,3% (3)	31,8% (7)		
	total	100% (31)	33,3% (3)	22,7% (5)		
					teste de independência *	
freqüência						
A	(n)	12,9% (4)	11,1% (1)	13,6% (3)	1,000	aceito H0
B	(n)	48,4% (15)	44,4% (4)	50% (11)		
C	(n)	38,7% (12)	44,4% (4)	36,4% (8)		
	total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

** Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :há independência entre grupo e variável
HA :há associação entre grupo e variável

Não houve relação entre o resultado e o nível socioeconômico dos participantes, sendo os grupos bastante semelhantes quanto a isso. Em 2004, Butler listou diversos aspectos psicossocias que podem estar relacionados à enurese, como baixo nível socioeconômico, famílias numerosas e país desempregados, o que não foi confirmado

nesta amostra referente ao nível socioeconômico, tampouco nos estudos desenvolvidos por Pereira (2010) referente ao grau de escolaridade dos pais.No entanto, vale ressaltar que não houve participantes de classe econômica baixa (D ou E) inscritos.

Na Tabela 8, a relação estabelecida é com a frequência de molhadas antes do tratamento.

Tabela 8 – Resultado do tratamento de acordo com a frequência inicial de episódios de molhada

LB media (molhadas por semana)	**Geral**	**Insucesso / Desistência**	**Sucesso**	**Comparação Sucesso X Ins./Des.**	
				teste Mann-Whitney**	
media (dp)	4,31 (2,088)	5,67 (1,173)	3,75 (2,142)	**0,028**	**rejeito H0**
1ºq;mediana;3 q	3,00 : 4,50 : 6,50	4,50 : 6,00 : 6,75	1,88 : 3,50 : 5,50		
min ; max	0,50 : 7,00	4,00 : 7,00	0,50 : 7,00		
				teste de independência *	
freqüência				0,326	aceito H0
menos de 5 dias por semana (n)	54,8% (17)	33,3% (3)	63,6% (14)		
5 ou 6 dias por semana (n)	29% (9)	44,4% (4)	22,7% (5)		
7 dias por semana (n)	16,1% (5)	22,2% (2)	13,6% (3)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

** Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :há independência entre grupo e variável
HA :há associação entre grupo e variável

É possível identificar a relação clara entre a frequência inicial de molhadas e o resultado do tratamento, quando considerada a média. As crianças que tinham menor frequência média de molhadas tiveram mais chance de obter sucesso do tratamento do

que aquelas que molhavam com maior frequência, correlação observada também na pesquisa de Pereira (2010). Esse resultado contradiz Jensen e Kristensen (2001) que afirmam que o alarme é mais efetivo em crianças com maior freqüência inicial de episódios, já que o condicionamento ocorreria mais rapidamente, uma vez que o alarme é acionado mais vezes.

5.2. Resultados e problemas de comportamento

5.2.1. Na percepção dos pais

Uma vez que o objetivo principal desse estudo é verificar a viabilidade do tratamento com alarme para enurese em crianças classificadas na faixa clínica quanto aos problemas de comportamento, a Tabela 9 apresenta a seguir uma análise do resultado da intervenção e os problemas de comportamento avaliados. Para definir a existência ou não de problemas, foi utilizado o escore de Distúrbios Totais pré tratamento apontado pelos pais.

Tabela 9 - Relação entre o resultado do tratamento e os problemas de comportamento

Problemas de Comportamento		**Geral**	**Insucesso/ Desistência**	**Sucesso**	**Comparação entre Sucesso X Ins./Des.**	
					teste de independência *	
	freqüência				0,456	aceito H0
não	(n)	54,8% (17)	66,7% (6)	50% (11)		
sim	(n)	45,2% (14)	33,3% (3)	50% (11)		
total	(n)	100% (31)	100% (9)	100% (22)		

** Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE Ho :há independência entre grupo e variável

HA :há associação entre grupo e variável

Não houve diferença entre os pacientes que conseguiram ou não ficar secos em relação à existência dos problemas de comportamento. Esse resultado foi de encontro

com os dados encontrados por Hirasing et. al. (2002) que apontaram que a presença dos problemas de comportamento não tem efeitos significativos sobre o resultado do tratamento com alarme.

Outros estudos apontam uma possível limitação por parte das crianças apontadas com níveis clínicos de problemas de comportamento para obtenção de um bom desempenho no tratamento com alarme para enurese, especialmente aquelas que apresentam altos índices de problemas externalizantes (Houts, 2003; Pereira, 2010). Segundo os autores, a dificuldade em seguir regras poderia dificultar a adesão às diversas instruções que acompanham o protocolo de intervenção utilizado. Arantes (2007) verificou apenas a necessidade de um tempo maior para essa população alcançar o sucesso no tratamento. Para a autora, a motivação das famílias parece ser mais determinante e até capaz de superar as dificuldades relativas aos problemas de comportamento. E, ainda, Sousa (2010), em seu estudo que avaliou a eficácia do tratamento com alarme para crianças que apresentavam comorbidade com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade), não observou diferenças significativas nem quanto a taxa de sucesso adquirida, tampouco quanto ao tempo de aquisição do sucesso.

O alto índice de sucesso obtido na modalidade de acompanhamento do tratamento à distância para ambos os grupos, corroboram sua viabilidade previamente indicada por outros autores (Houts, 2003; Nevéus et. al.; 2010, Pereira, 2010).

Sendo esse o foco principal do trabalho, ressalta-se mais uma vez que não se confirmou a hipótese de que os problemas de comportamento influenciariam o resultado do tratamento com alarme (Arantes, 2007; Sousa, 2010).

Os dados expostos através dessa amostra, eficácia no tratamento com acompanhamento telefônico para crianças com e sem problemas de comportamento, direcionam um olhar para uma variável pouco investigada que é a motivação da família e da criança para solucionar o problema da enurese. É possível que essa seja variável moderadora crucial para prever o desfecho da intervenção. Considerando que o protocolo em questão é aplicado também por outros profissionais da saúde, tais como enfermeiros, talvez, esse seja o aspecto diferencial proporcionado pelo acompanhamento feito por um psicólogo, que pode intervir tecnicamente na avaliação, aquisição e manutenção da motivação familiar.

Para aprofundar a análise, foram considerados também os escores médios e não apenas a classificação como clínico ou não.

Tabela 10 - Relação entre resultado do tratamento e escores médios de problemas de comportamento

Variável	Geral	Insucesso/ Desistência	Sucesso	Comparação entre Sucesso X Ins. / Des.	
CBCL Internalizante – PRÈ				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	54,8 (10,81)	54,4 (7,89)	54,9 (11,96)	0,730	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	47,0 : 57,0 : 63,0	47,0 : 57,0 : 60,5	46,5 : 56,5 : 64,5		
min ; max	29,0 : 75,0	41,0 : 64,0	29,0 : 75,0		
				teste de independência **	
freqüência				0,215	aceito H0
normal (n)	61,3% (19)	77,8% (7)	54,5% (12)		
clinico (n)	38,7% (12)	22,2% (2)	45,5% (10)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		
CBCL Internalizante – PÒS				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	53,0 (10,91)	53,9 (8,18)	52,7 (12,01)	0,600	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	43,0 : 54,0 : 59,0	50,5 : 54,0 : 60,0	42,0 : 52,5 : 58,3		
min ; max	36,0 : 81,0	37,0 : 66,0	36,0 : 81,0		
				teste de independência **	
freqüência				0,384	aceito H0
normal (n)	77,4% (24)	66,7% (6)	81,8% (18)		
clinico (n)	22,6% (7)	33,3% (3)	18,2% (4)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		
CBCL Externalizante - PRÉ				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	54,4 (9,26)	53,1 (11,01)	54,9 (8,68)	0,541	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	49,0 : 54,0 : 62,0	44,5 : 54,0 : 63,5	49,0 : 54,5 : 62,5		
min ; max	37,0 : 71,0	37,0 : 70,0	37,0 : 71,0		
				teste de independência **	
freqüência				1,000	aceito H0
normal (n)	71% (22)	66,7% (6)	72,7% (16)		
clinico (n)	29% (9)	33,3% (3)	27,3% (6)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		
CBCL Externalizante - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	52,5 (11,03)	53,3 (12,50)	52,2 (10,67)	0,773	aceito H0

1ºq;mediana;3ºq	45,0 : 51,0 : 60,0	39,5 : 59,0 : 64,0	45,0 : 51,0 : 58,3		
min ; max	32,0 : 74,0	37,0 : 69,0	32,0 : 74,0		
				teste de independência **	
freqüência				0,660	aceito H0
normal					
(n)	74,2% (23)	66,7% (6)	77,3% (17)		
clinico (n)	25,8% (8)	33,3% (3)	22,7% (5)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		
CBCL Total - PRÉ				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	56,5 (9,45)	55,1 (10,97)	57,0 (8,98)	0,541	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	47,0 : 57,0 : 64,0	44,5 : 57,0 : 62,5	47,8 : 59,5 : 65,3		
min ; max	39,0 : 74,0	39,0 : 74,0	40,0 : 72,0		
				teste de independência **	
frequência				0,456	aceito H0
normal					
(n)	54,8% (17)	66,7% (6)	50% (11)		
clinico (n)	45,2% (14)	33,3% (3)	50% (11)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		
CBCL Total - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	31	9	22		
media (dp)	53,4 (11,61)	55,2 (10,91)	52,6 (12,05)	0,556	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	42,0 : 52,0 : 61,0	48,5 : 55,0 : 64,0	41,0 : 52,0 : 59,5		
min ; max	34,0 : 78,0	36,0 : 72,0	34,0 : 78,0		
				teste de independência **	
frequência				0,660	aceito H0
normal					
(n)	74,2% (23)	66,7% (6)	77,3% (17)		
clinico (n)	25,8% (8)	33,3% (3)	22,7% (5)		
total	100% (31)	100% (9)	100% (22)		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

** Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :há independência entre grupo e variável
HA :há associação entre grupo e variável

Verifica-se que não houve diferença entre os escores de problemas de comportamento, divididos pelas escalas do CBCL (preenchido pelos pais), em relação ao resultado do tratamento, considerando os valores pré e pós tratamento.

Foi também avaliada a variação dos escores médios de problemas totais, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 – Relação entre o resultado do tratamento e a variação dos problemas de comportamento

Variáveis	Geral	Insucesso / Desistência	Sucesso	Comparação entre sucesso X Ins/Des	
CBCL Externalizante - variação entre pré e pós (%) ↑ significa piora				teste T-student	
media (dp) 1ºq;mediana;3º q min ; max	-3,1 %(13,60) -8,9% : -2,2% : 5,6% -42,9% : 28,3%	0,4 %(12,59) -8,0% : -1,4% : 5,9% -15,9% : 28,3%	-4,5 %(14,02) -9,6% : -2,6% : 6,0% -42,9% : 16,2%	0,709	aceito H0
CBCL Externalizante - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon* valor – p conclusão a 5%	0,148 aceito H0	0,438 aceito H0	0,140 aceito H0		
CBCL Internalizante - variação entre pré e pós (%) ↑ significa piora				teste T-student	
media (dp) 1ºq;mediana;3º q min ; max	-1,3 %(19,49) -14,9% : -4,8% : 9,4% -37,3% : 44,7%	-0,3 %(13,74) -13,3% : 0,0% : 9,9% -15,9% : 24,4%	-1,6 %(21,68) -15,4% : -7,9% : 10,9% -37,3% : 44,7%	0,814	aceito H0
CBCL Internalizante - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon* valor – p conclusão a 5%	0,176 aceito H0	0,512 aceito H0	0,175 aceito H0		
CBCL Total - variação entre pré e pós (%) ↑ significa piora				teste T-student	
media (dp) 1ºq;mediana;3º q min ; max	-5,2 %(14,37) -14,3% : -4,9% : 2,2% -36,9% : 25,0%	0,8 %(12,08) -8,6% : -4,9% : 9,8% -10,5% : 25,0%	-7,7 %(14,75) -16,7% : -4,5% : 1,8% -36,9% : 18,2%	0,207	aceito H0
CBCL Total - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon* valor - p conclusão a 5%	**0,030** **rejeita H0**	0,504 aceito H0	**0,013** **rejeita H0**		

* Teste de Wilcoxon

HIPÓTESES DO TESTE Ho :as medianas pré e pós são iguais

HA :a mediana pós é menor que a mediana pré

A única alteração significativa nos escores médios de problemas de comportamento foi nos distúrbios totais, em que houve redução de forma geral. Mais detalhadamente, a redução foi significativa entre as crianças que obtiveram sucesso no tratamento. As crianças que não obtiveram sucesso não tiveram uma mudança tão relevante nos problemas, levando à conclusão de que o sucesso contribui para a redução dos problemas de comportamento.

Um estudo nacional (Pereira, Costa, Rocha, Arantes & Silvares, 2009) verificou que as crianças que passam pelo tratamento com alarme para enurese com atendimento presencial têm uma redução nos seus escores médios de problemas de comportamento, independente do resultado obtido no tratamento.

Outro estudo brasileiro (Santos & Silvares, 2006) apontou uma prevalência menor de problemas de comportamentos (CBCL) em crianças com enurese do que em crianças encaminhadas para um serviço de psicologia com queixas diversas. As autoras defendem a tese de que a enurese é um problema primário desencadeante dos outros problemas associados. Partindo desta premissa, é esperado que os problemas de comportamento diminuam após a cura da enurese.

5.2.2. Na percepção de observador independente

A Tabela 12 mostra a comparação do grupo de sucesso e insucesso em relação aos escores do DOF.

Antes de se iniciar a análise da tabela valem algumas observações sobre a forma com que os dados são obtidos com o referido instrumento O Formulário de Observação Direta (DOF), como sinalizado na seção de descrição de Instrumentos, antes apresentada, foi aplicado por uma pesquisadora pertencente ao Projeto Enurese e não

pela autora dessa dissertação. Ele foi inserido nesse estudo para se obter uma segunda forma de avaliação de problemas de comportamento. Com isso, a identificação dos problemas de comportamento não dependeria exclusivamente da visão dos pais. A escolha deste se deu primordialmente por ser um instrumento compatível com o já utilizado pelos pais das crianças que apresentam enurese, o CBCL (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes). Ambos fazem parte do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseada desenvolvido por Achenbach e indicam se o individuo possui problemas de comportamento merecedores de atenção clínica. Contudo, faz se necessário salientar que é a primeira vez que este instrumento é aplicado em os participantes do Projeto Enurese. O guia de instruções do DOF recomenda como ideal a observação do comportamento das crianças em seis momentos distintos, alternados entre execução de atividades e tempo livre, preferencialmente em ambientes familiares ao observado, tais como escola. Foi possível a realização apenas de três observações em tempo livre (grupo recreativo).

Tabela 12 - Relação entre o resultado do tratamento e os problemas de comportamento - DOF

DOF	Geral	Insucesso / Desistência	Sucesso	Comparação Entre Sucesso X Ins/Des	
				teste Mann-Whitney*	
n	21	7	14		
media (dp)	46,1 (8,42)	40,6 (5,53)	48,9 (8,36)	**0,029**	**rejeito H0**
1ºq;mediana;3ºq	39,0 : 46,0 : 51,5	38,0 : 39,0 : 43,0	42,8 : 49,5 : 53,8		
min ; max	33,0 : 63,0	33,0 : 51,0	33,0 : 63,0		
				teste de independência **	
freqüência				0,533	aceito H0
normal (n)	90,5% (19)	100% (7)	85,7% (12)		
clinico (n)	9,5% (2)	0% (0)	14,3% (2)		
total	100% (21)	100% (7)	100% (14)		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

** Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE — Ho :há independência entre grupo e variável
HA :há associação entre grupo e variável

Em relação aos escores do DOF, percebe-se que há diferença entre os problemas de comportamento e o resultado do tratamento. Ao contrário do que se poderia intuir, as crianças que obtiveram sucesso , no ver da pesquisadora independente , apresentaram escores mais altos de problemas de comportamento do que as que tiveram insucesso. Em relação ao escore clínico ou não, não houve diferença entre os grupos. Apesar desse resultado ser significativo, verifica-se que os escores são muito baixos e apenas duas crianças entraram na faixa clínica. Portanto, é possível que em termos práticos esse resultado não seja significativo.

O Formulário de Observação Direta (DOF), aplicado por uma pesquisadora pertencente ao Projeto Enurese, foi inserido nesse estudo para obter-se uma segunda forma de avaliação que permitisse identificar a incidência de problemas de comportamento. Com isso, a identificação dos problemas de comportamento não

dependeria exclusivamente da visão dos pais. A escolha deste se deu primordialmente por ser um instrumento compatível com o já utilizado pelos pais das crianças que apresentam enurese, o CBCL (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes). Ambos fazem parte do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseada desenvolvido por Achenbach e indicam se o individuo possui problemas de comportamento merecedores de atenção clínica. Contudo, faz se necessário salientar que é a primeira vez que este instrumento é aplicado em os participantes do Projeto Enurese. O guia de instruções do DOF recomenda como ideal a observação do comportamento das crianças em seis momentos distintos, alternados entre execução de atividades e tempo livre, preferencialmente em ambientes familiares, tais como escola. Foi possível a realização apenas de três observações em tempo livre (grupo recreativo).

É possível inferir que o baixo índice de problemas de comportamento apurado pelo instrumento, em detrimento ao CBCL, deva-se, não apenas à diversidade de percepção entre observadores (pais e observador) mas também ao fato de as crianças não estarem à vontade durante os encontros recreativos por não se conhecerem, e até um pouco tensas devido as instruções do tratamento prescritas previamente. Em muitos casos, não havia naturalidade das mesmas. Elas estavam se conhecendo e também aos monitores recreativos e, consequentemente, interagindo timidamente. Acredita-se que para maior fidedignidade do instrumento, devesse ter ocorrido um maior número de observações e elas deveriam ter sido feitas preferencialmente também em ambientes naturais, tais como a sala de aula.

Considerando o exposto, é de se esperar a divergência significativa entre avaliações (da avaliação fornecida pelos pais e pelo observador), inviabilizando a

fidedignidade das informações geradas sobre os problemas de comportamento das crianças atendidas.

Conclui-se que os problemas de comportamento, especialmente os escores do CBCL indicam que não há relação entre o resultado do tratamento e os problemas de comportamento. Isso indica que o tratamento com alarme pode ser utilizado com sucesso independentemente da existência de problemas de comportamento, ao contrário do que é declarado por Houts (2003).

5.2.3. Na auto percepção

A Tabela 13 apresenta os resultados dos escores de autoconceito divididos de acordo com o desfecho do tratamento.

Tabela 13 - Resultados do autoconceito de acordo com o resultado do tratamento

Variáveis	Geral	Insucesso	Sucesso		
Autoconceito Pessoal - PRÉ				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	4,8 (1,90)	4,4 (1,52)	4,9 (2,06)	0,643	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	3,0 : 5,0 : 6,0	3,0 : 4,0 : 6,0	3,5 : 5,0 : 6,0		
min ; max	1,0 : 8,0	3,0 : 6,0	1,0 : 8,0		
Autoconceito Pessoal - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	6,1 (1,97)	5,6 (2,07)	6,3 (1,97)	0,610	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	4,8 : 6,0 : 7,3	3,5 : 6,0 : 7,5	5,0 : 6,0 : 7,5		
min ; max	3,0 : 10,0	3,0 : 8,0	3,0 : 10,0		
Autoconceito Pessoal - variação entre pré e pós (%) ↑ significa melhora				teste T-student	
media (dp)	54,4 %(91,68)	40,0 %(76,92)	59,9 %(99,08)	0,864	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	0,0% : 16,7% : 79,2%	-16,7% : 16,7% : 108,3%	0,0% : 16,7% : 125,0%		
min ; max	-37,5% : 250,0%	-33,3% : 166,7%	-37,5% : 250,0%		

Autoconceito Pessoal - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon					
valor - p	**0,023**	0,250	**0,041**		
conclusão a 5%	**rejeita H0**	aceito H0	**rejeita H0**		
Autoconceito Escolar - PRÉ				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	4,3 (1,68)	3,6 (2,07)	4,6 (1,50)	0,401	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	3,0 : 4,5 : 5,3	1,5 : 4,0 : 5,5	3,5 : 5,0 : 5,5		
min ; max	1,0 : 7,0	1,0 : 6,0	2,0 : 7,0		
Autoconceito Escolar - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	3,8 (1,70)	3,2 (1,64)	4,0 (1,73)	0,387	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	2,0 : 3,5 : 5,0	2,0 : 3,0 : 4,5	2,5 : 4,0 : 5,0		
min ; max	1,0 : 7,0	2,0 : 6,0	1,0 : 7,0		
Autoconceito Escolar - variação entre pré e pós (%) ↑ significa melhora				teste T-student	
media (dp)	-4,6 %(39,15)	7,0 %(54,73)	-9,0 %(33,10)	1,000	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	-18,8% : 0,0% : 0,0%	-32,5% : 0,0% : 50,0%	-15,5% : 0,0% : 0,0%		
min ; max	-80,0% : 100,0%	-40,0% : 100,0%	-80,0% : 40,0%		
Autoconceito Escolar - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon					
valor - p	0,146	0,375	0,219		
conclusão a 5%	aceito H0	aceito H0	aceito H0		
Autoconceito Social - PRÉ				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	9,7 (1,74)	9,4 (1,14)	9,8 (1,95)	0,441	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	9,0 : 10,0 : 11,0	8,5 : 9,0 : 10,5	9,0 : 10,0 : 11,5		
min ; max	5,0 : 12,0	8,0 : 11,0	5,0 : 12,0		
Autoconceito Social - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	10,0 (1,88)	8,6 (2,07)	10,5 (1,56)	**0,031**	**rejeito H0**
1ºq;mediana;3ºq	9,0 : 10,0 : 11,3	7,0 : 9,0 : 10,0	10,0 : 11,0 : 12,0		
min ; max	5,0 : 12,0	5,0 : 10,0	7,0 : 12,0		
Autoconceito Social - variação entre pré e pós (%) ↑ significa melhora				teste T-student	
media (dp)	6,4 %(29,91)	-6,2 %(27,67)	11,2 %(30,35)	0,791	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	-8,3% : 4,5% : 11,5%	-27,3% : 0,0% : 11,8%	-8,3% : 9,1% : 16,7%		
min ; max	-54,5% : 100,0%	-54,5% : 12,5%	-20,0% : 100,0%		

Autoconceito Social - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon					
valor - p	0,213	0,625	0,152		
conclusão a 5%	aceito H0	aceito H0	aceito H0		
Autoconceito Familiar - PRÉ				teste Mann-Whitney**	
n	18	5	13		
media (dp)	5,6 (1,38)	5,0 (1,22)	5,8 (1,41)	0,241	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	5,0 : 6,0 : 6,0	4,0 : 5,0 : 6,0	5,0 : 6,0 : 6,5		
min ; max	3,0 : 8,0	3,0 : 6,0	3,0 : 8,0		
Autoconceito Familiar - PÓS				teste Mann-Whitney**	
n	18	5	13		
media (dp)	5,5 (2,15)	5,4 (3,51)	5,5 (1,56)	0,581	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	4,0 : 5,5 : 6,3	2,5 : 5,0 : 8,5	4,0 : 6,0 : 6,5		
min ; max	2,0 : 11,0	2,0 : 11,0	3,0 : 8,0		
Autoconceito Familiar - variação entre pre e pos (%) ↑ significa melhora				teste T-student	
media (dp)	-1,3 %(35,61)	7,3 %(66,60)	-4,7 %(16,56)	0,714	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	-21,3% : 0,0% : 3,6%	-41,7% : 0,0% : 60,0%	-18,3% : 0,0% : 7,1%		
min ; max	-50,0% : 120,0%	-50,0% : 120,0%	-33,3% : 20,0%		
Autoconceito Familiar - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon					
valor - p	0,197	0,625	0,172		
conclusão a 5%	aceito H0	aceito H0	aceito H0		
Autoconceito Geral - PRÉ				teste Mann-Whitney**	
n	18	5	13		
media (dp)	24,4 (3,68)	22,4 (2,51)	25,2 (3,83)	**0,069**	**aceito H0**
1ºq;mediana;3ºq	22,0 : 24,5 : 26,3	20,5 : 22,0 : 24,5	23,5 : 26,0 : 27,5		
min ; max	16,0 : 32,0	19,0 : 26,0	16,0 : 32,0		
Autoconceito Geral - PÓS				teste Mann-Whitney*	
n	18	5	13		
media (dp)	25,4 (4,06)	22,8 (3,19)	26,4 (4,01)	**0,094**	**aceito H0**
1ºq;mediana;3ºq	23,5 : 24,5 : 27,0	20,0 : 22,0 : 26,0	24,0 : 26,0 : 27,5		
min ; max	19,0 : 35,0	19,0 : 27,0	21,0 : 35,0		
Autoconceito Geral - variação entre pre e pos (%) ↑ significa melhora				teste T-student	
media (dp)	5,0 %(16,55)	2,3 %(14,34)	6,0 %(17,75)	0,793	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq	-5,1% : 0,0% : 8,8%	-10,0% : 0,0% : 15,7%	-5,4% : 0,0% : 8,7%		
min ; max	-15,4% : 50,0%	-15,4% : 22,7%	-12,5% : 50,0%		

Autoconceito Geral - comparação pré x pós					
teste de Wilcoxon					
valor – p	0,224	0,438	0,278		
conclusão a 5%	aceito H0	aceito H0	aceito H0		

* Teste de Mann-Whitney

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :as medianas dos grupos são iguais
HA :as medianas dos grupos são diferentes

Dentre todos os tipos de autoconceito observados (pessoal, escolar, social, familiar e geral), houve diferenças significativas em dois aspectos: primeiro, na variação do autoconceito pessoal. Crianças que obtiveram sucesso no tratamento tiveram maior aumento no escore de autoconceito pessoal. O segundo ponto é o de que crianças que obtiveram sucesso no tratamento tiveram escores significativamente maiores no escore pós-tratamento de autoconceito social. Longstaffe, Moffat e Whalen (2000) também reportam um autoconceito mais positivo em crianças que alcançam resultados satisfatórios no tratamento para enurese.Percebe-se, com isso, que o sucesso no tratamento pode influenciar essas duas áreas do autoconceito. Uma vez que a enurese causa impacto no autoconceito das crianças, é de se esperar que a sua resolução traga melhoras nesse aspecto.Contudo, para alguns autores (Hägglöf, Andrén, Bergström, Marklund & Wendelius, 1998), a melhora da auto percepção dos sujeitos só é observada mais claramente em um estudo de seguimento.

5.3. Análise da sobrevida

A análise de sobrevida indica a chance da criança de permanecer com enurese ao longo do período de tratamento. Ou seja, a sobrevida aqui refere-se à sobrevida da enurese. A Figura 3 mostra a função da sobrevida para a amostra como um todo.

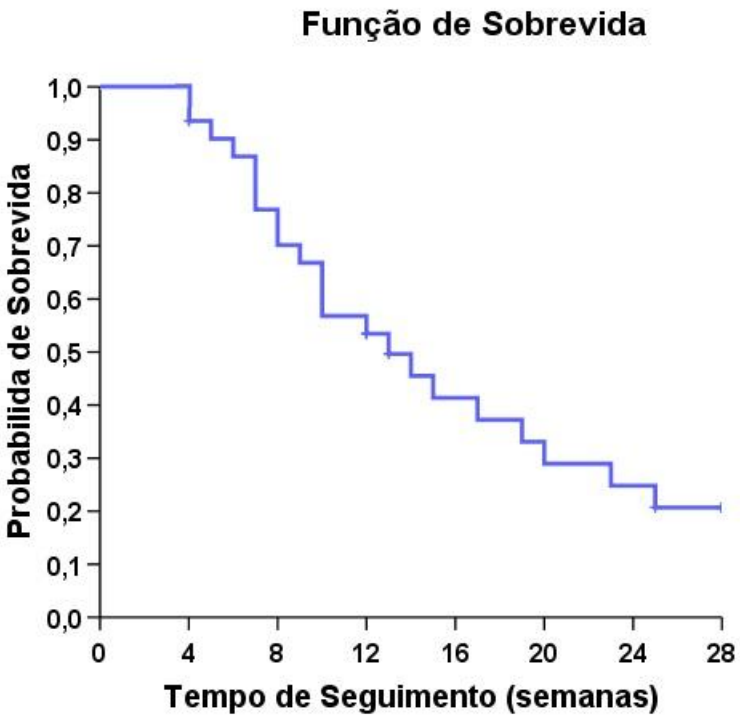

Figura 2 - Análise de sobrevida da amostra global

Pode-se perceber que o sucesso se inicia a partir da quinta semana de tratamento. Há um decréscimo regular e gradual da proporção de participantes que permanece molhando a cama até a vigésima semana, quando os sucessos tendem a ocorrer mais lentamente. Isso indica que o tempo de tratamento está adequado: prolongá-lo por mais tempo não aumentaria significativamente o número de sucessos. Na Figura 4, é analisada a sobrevida de acordo com os problemas de comportamento como medidos pelo CBCL (distúrbios totais pré-tratamento).

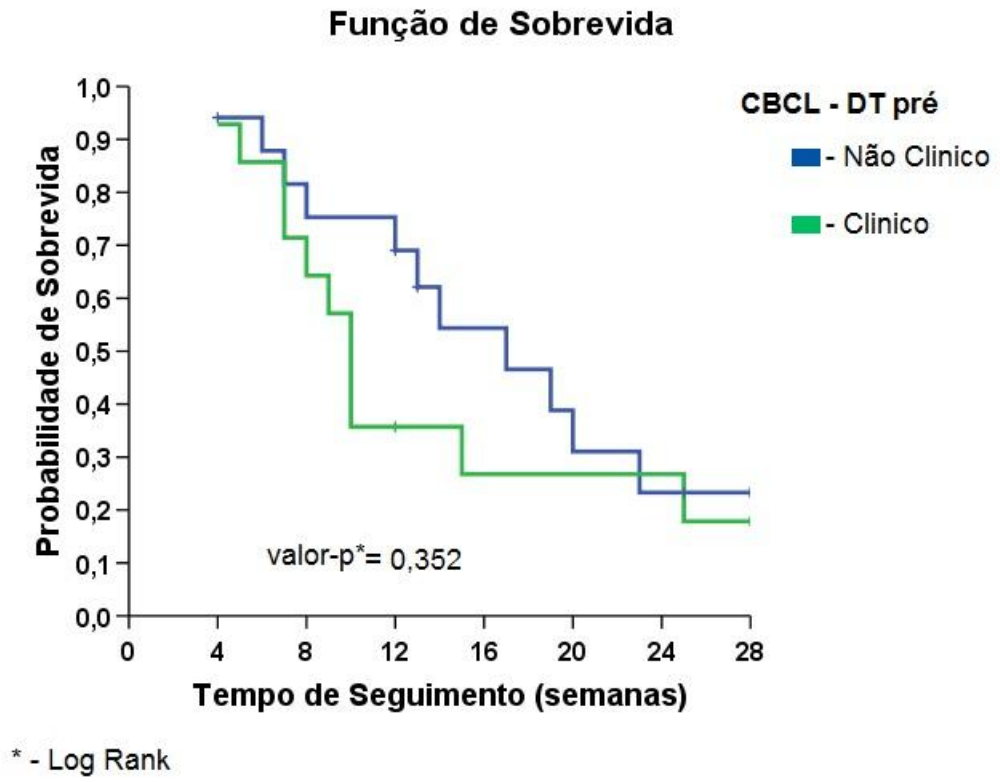

Figura 3 - Sobrevida da enurese de acordo com problemas de comportamento

Verifica-se que não há diferença significativa na sobrevida da enurese entre crianças com e sem problemas de comportamento, uma vez que ao término das 28 semanas, ambos os grupos tiveram taxa semelhante de sucesso. Ainda assim, chama a atenção o fato de na décima semana, apenas 35% das crianças com problemas de comportamento permanecerem molhando a cama, enquanto 75% das crianças sem problemas de comportamento continuavam tendo episódios no mesmo momento. Essa maior rapidez para a obtenção do sucesso em crianças com problemas de comportamento é intrigante, já que autores afirmam justamente o contrário, como Arantes (2007).

5.4. Análise do índice de mudança confiável

As Figuras 4, 5 e 6 apresentam graficamente a análise do índice de mudança confiável dos problemas de comportamento em cada uma das escalas do CBCL, separando os grupos entre os que tiveram ou não sucesso no tratamento. Cada ponto nas Figuras refere-se a uma criança. Pontos acima da linha diagonal do centro indicam piora do escore, e pontos abaixo mostram melhora, sendo que, quando o ponto se localiza fora da faixa cinza, a mudança foi significativa naquele caso.

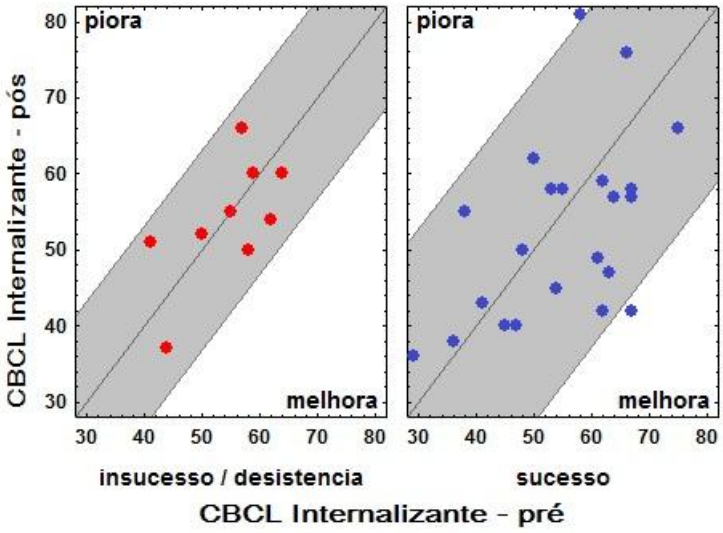

Figura 4 - Índice de mudança confiável dos problemas internalizantes de comportamento

Verifica-se que, no grupo que não obteve sucesso, as mudanças nos problemas de comportamento ficaram dentro da faixa não significativa. Entre os que tiveram sucesso, apenas duas crianças tiveram mudança significativa nos índices de problemas internalizantes: uma melhorou e outra piorou. Conclui-se, então, que para a amostra estudada, os problemas internalizantes não tiveram mudanças dignas de nota.

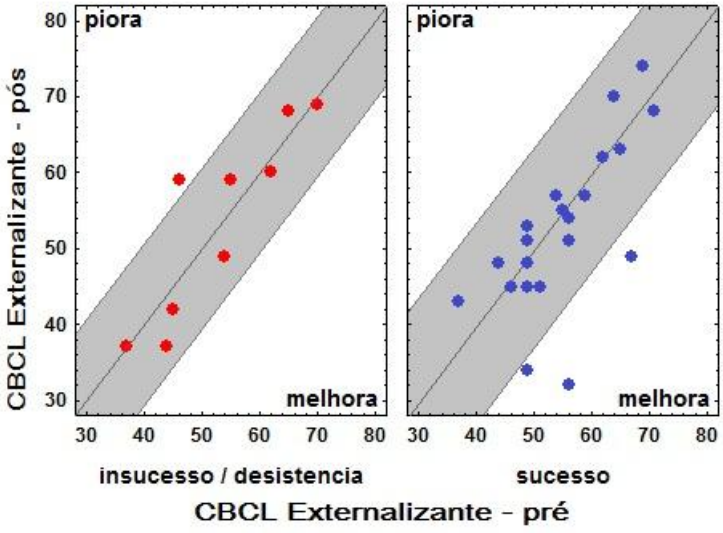

Figura 5 - Índice de mudança confiável dos problemas externalizantes de comportamento

Observando a Figura 5, é possível verificar que, entre as crianças que não tiveram sucesso no tratamento, uma delas teve uma piora significativa no escore de problemas externalizantes. Por outro lado, entre as que tiveram sucesso, três tiveram uma melhora significativa do escore.

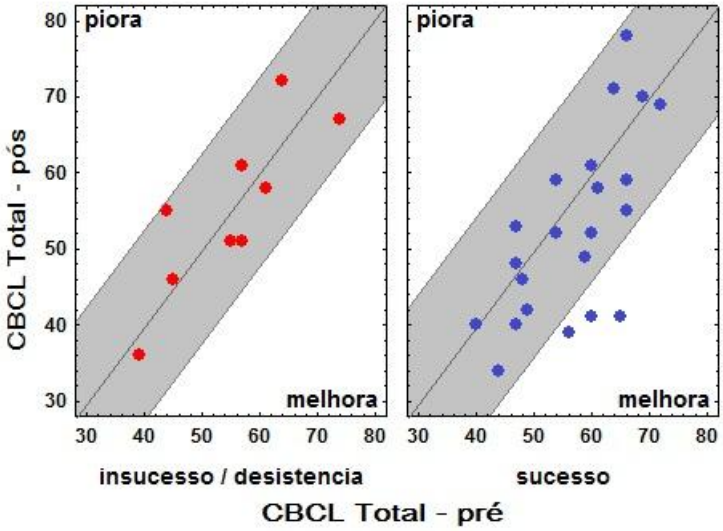

Figura 6 - Índice de mudança confiável dos problemas totais de comportamento

Avaliando-se os problemas totais de comportamento, percebe-se que não há mudança confiável entre os participantes que não tiveram sucesso no tratamento. Entre os que tiveram sucesso, três crianças tiveram uma melhora significativa.

5.5. Comparação entre CBCL e DOF

A fim de verificar a viabilidade de uma forma alternativa de avaliação dos problemas de comportamento além do ponto de vista dos pais. O DOF foi empregado a partir de observações em vídeo do comportamento das crianças, preenchido por observadores independentes. Não foi possível realizar o DOF com os primeiros participantes a serem incluídos no estudo, de modo que essa análise só inclui os participantes que tiveram escores de CBCL e DOF (N=19). A Tabela 14 mostra o grau de concordância entre CBCL e DOF.

Tabela 14 - Concordância entre CBCL e DOF

		DOF		
		não clinico %(n)	**clinico %(n)**	total %(n)
CBCL - DT pré	**não clinico %(n)**	52,4 % (11)	4,8 % (1)	57,1 % (12)
	clinico %(n)	38,1 % (8)	4,8 % (1)	42,9 % (9)
	total %(n)	90,5 % (19)	9,5 % (2)	**100 % (21)**
Porcentagem de concordância		57,2%		
Porcentagem de discordância		42,9%		
Coeficiente de Kappa		**0,031**		classificação**
	Teste	**valor – p**	**conclusão a 5%**	**ligeira**
	H0: Kappa=0	1,000	não significante	

** classificação da concordancia obtida pelo coeficiente de Kappa

Verifica-se que o grau de concordância foi pequeno, com apenas 57,2% na divisão entre crianças clínicas e não clínicas. Chama a atenção o fato de apenas duas crianças terem sido classificadas como clínicas pelo DOF, enquanto oito terem obtido escores clínicos no CBCL. A Figura 7 permite ver as diferenças individuais entre os escores do CBCL e do DOF. Quanto mais os pontos de afastam da linha diagonal, maior a diferença entre os escores.

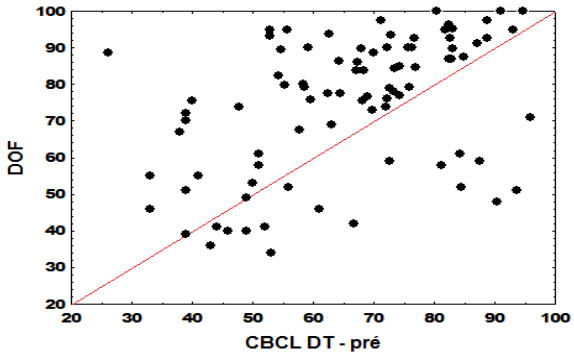

Figura 7 - Análise da dispersão dos escores de CBCL e DOF

Pela análise da dispersão, é possível perceber que os pais tendem a apontar mais problemas de comportamento do que os observadores do DOF. Parece que o observador independente ao preencher o DOF parece pouco sensível aos problemas de comportamento das crianças indicados pelos pais. É possível que essa deficiência esteja relacionada à forma de observação, já que as crianças estavam em uma situação artificial e num local que estavam apenas começando a frequentar, ainda com pouco conhecimento dos pares. Além disso, o instrumento não foi validado no Brasil, configurando-se como um estudo exploratório da sua utilidade. Neste trabalho, o DOF não foi útil para a avaliação dos problemas de comportamento, de modo que as análises tiveram como base os escores do CBCL.

5.6. Padrões de resultados individuais

De acordo com Pereira (2010) os resultados individuais do tratamento de crianças com enurese utilizando o aparelho de alarme podem ser enquadrados em quatro categorias, a saber: 1) sucesso a longo prazo, 2)sucesso a curto prazo, 3)insucesso e 4) desistência. Considerando a exposição anterior dos dados grupais analisados, nesta seção, por uma questão de brevidade e objetividade, serão apresentados os dados descritivos da evolução de um participante dentro de cada uma dessas categorias de resultado para ilustrar os possíveis resultados obtidos. A descrição a seguir seguirá então a mesma ordem apontada por Pereira (2010):

5.6.1. Sucesso obtido a longo prazo

T. V. S. (9 anos, sexo masculino):

Para constituir a linha de base para o tratamento, é solicitado às famílias iniciar o registro das molhadas quinze dias antes da introdução do alarme. Nas figuras de representação amostral que seguem estes dados também foram incluídos.

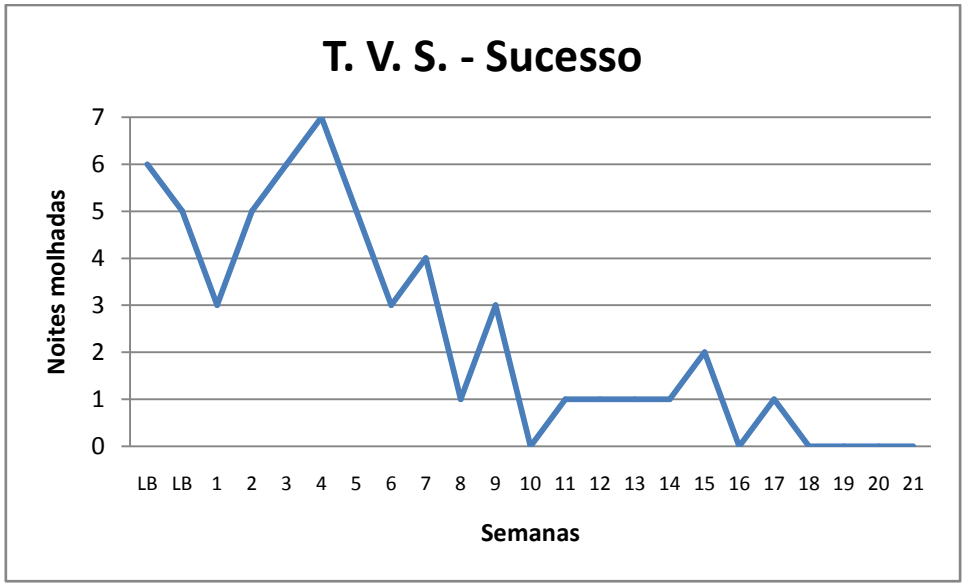

Figura 8 - Frequência semanal de episódios de T. V. S.

T. apresentou uma frequência média de 5,5 molhadas por semana antes do alarme e conseguiu cessar os episódios de urina na décima nona semana. Considerando que o protocolo aplicado estipula um prazo máximo de 28 semanas para conclusão do processo, T. representa a evolução típica da resposta ao tratamento dos participantes que obtêm sucesso a longo prazo. Houve uma elevação na quarta semana seguida de um decréscimo brusco e diminuições oscilantes até atingir o sucesso. Não registrou nenhum episódio durante o processo posterior de prevenção de recaída e obteve alta na vigésima primeira.

A família relatou que T. costumava dormir tarde, o que não é indicado para crianças portadoras de enurese, pois torna a criança mais cansada e com menor probabilidade de acordar. Também não é indicado que a criança ingira líquidos diuréticos no período da noite, tais como refrigerante e sucos cítricos. Após constantes orientações da terapeuta, os hábitos inadequados foram sendo alterados. Ele conseguiu acordar com o som do alarme sem ajuda dos pais na maioria das vezes que o aparelho

foi acionado. No decorrer de algumas noites secas, ele acordava espontaneamente para ir ao banheiro.

No início apresentou problemas de comportamento internalizantes e totais, o que não o impediu de alcançar alta da enurese, com posterior diminuição de todas as queixas de seu comportamento, o excluindo da faixa clínica. Adicional à diminuição das queixas parentais após a intervenção, T. também demonstrou um ligeiro aumento no nível de autoconceito, de acordo com auto-relato.

5.6.2. Sucesso obtido a curto prazo

I. C. M. (7 anos, sexo feminino):

I. demonstrou na linha de base uma média de três episódios de molhada por semana. Reagiu rapidamente ao uso do alarme e já atingiu sucesso na quinta semana. Durante as oito semanas de tratamento ela teve quatro molhadas, em que acordou uma vez sozinha ao som do alarme e as outras com auxílio da mãe. A figura abaixo demonstra o processo percorrido.

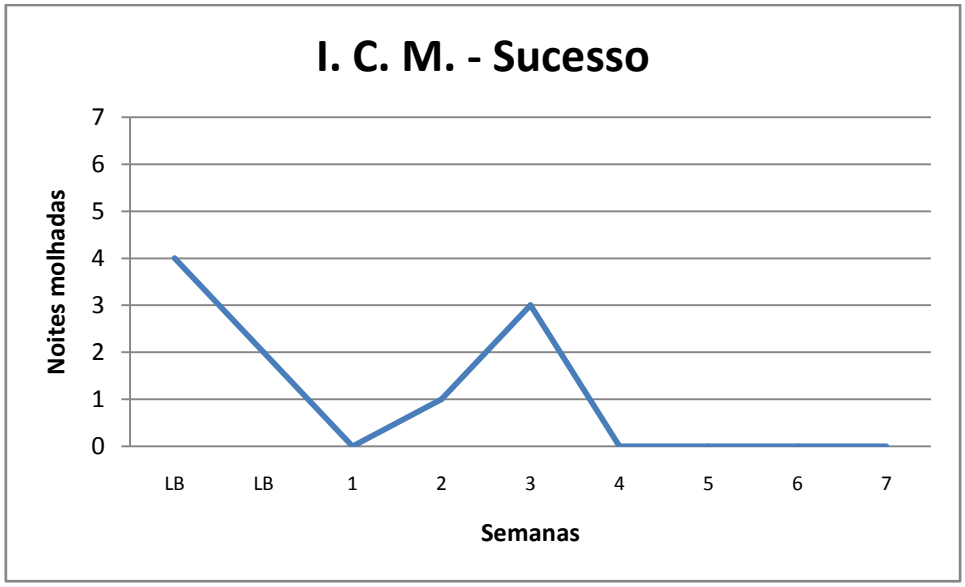

Figura 9 - Freqüência semanal de episódios de I. C. M.

Não houve ocorrências de molhada no período de prevenção de recaída. I. exemplifica uma reação positiva extremamente rápida ao processo. Em média, os participantes costumam atingir sucesso apenas após a décima semana.

A necessidade de atenção clínica para I., segundo visão dos pais, não dificultou o alcance do sucesso no tratamento já na quarta semana de intervenção. No processo de reavaliação do comportamento, houve elevação dos problemas nas três esferas: internalizante, externalizante e total.

O escore de I em termos de autoconceito não foi verificado, pois o instrumento que utilizamos não é indicado para sua faixa etária.

5.6.3. Insucesso

P. N. P. (10 anos, sexo feminino):

P. já havia tentado a utilização de um alarme que sua família comprou em um site da internet. Fez uso por poucas semanas, pois a família considerou o aparelho não seguro, diferente do alarme de cabeceira, ele era colocado na calcinha da criança e o dispositivo sonoro preso por um clipe a roupa. O fio costumava enroscar em volta do corpo, pois ela se revirada durante a noite. E ainda, nesta experiência, o barulho não era capaz de acordá-la.

P. concluiu as 28 semanas de tratamento sem conseguir atingir o critério de sucesso. Durante o período, ela não conseguia acordar com o som do alarme, exceto quando a molhada ocorria próximo ao período da manhã, o que não era a rotina. Adicionalmente, ficou sem o alarme durante uma viagem na décima semana, e o aparelho quebrou e a família teve dificuldade em conseguir ir trocá-lo com a pesquisadora. Com isso, da décima oitava a vigésima quarta semana ficou com ausência do aparelho. Após o ocorrido, o procedimento foi retomado sem eficiência.

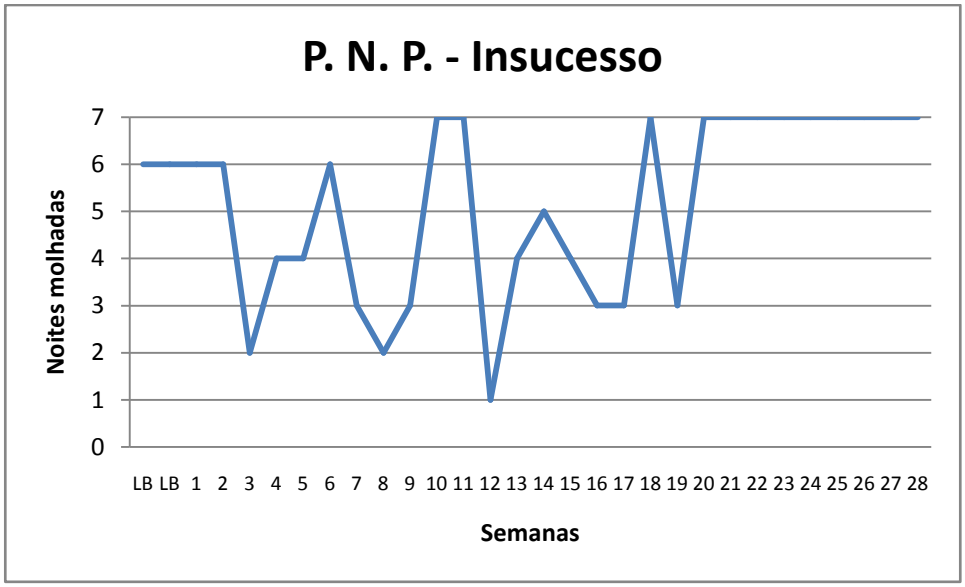

Figura 10 - Frequência semanal de episódios de P. N. P.

A família permaneceu insatisfeita com o quadro clínico e foi instruída a procurar ajuda médica. A pesquisadora continuou o contato com a família que conjugaram o alarme com a medicação e conseguiram uma diminuição significativa nos episódios.

As escalas de problemas externalizantes e totais para P., segundo avaliação materna, se enquadraram na faixa clínica. P. obteve insucesso no tratamento com alarme, é necessário obter uma amostra maior de participantes para considerar o impacto dos problemas de comportamento no tratamento. Ainda não é possível atribuir o insucesso a esta variável nesta única participante.

Na segunda avaliação, o escore para problemas internalizantes se manteve e os externalizantes e totais diminuíram, se abstendo da faixa clínica.

P. apresentou um índice geral de autoconceito que a incluiu no percentil de menos de 25% nas duas avaliações. Ou seja, um índice menor do que crianças do mesmo sexo e idade. .

Os dados de P. demonstram que a mesma não obteve sucesso no tratamento para enurese. A avaliação parental de problemas de comportamento indicou faixa clínica para problemas externalizantes e totais. Após intervenção foi relatado problemas de comportamentos na faixa normal para todas as escalas. O autoconceito inicial e final foi enquadrado no percentil inferior a 25%.

5.6.4. Desistência

M. S. J. (10 anos, sexo feminino):

Desde o início do tratamento, M. não conseguia acordar com a sonoridade do alarme. A enurese era múltipla com ocorrências de até três episódios na mesma noite. Houve um decréscimo no número de molhadas, contudo, a mãe desistiu do tratamento na décima semana. Alegou que tem o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e não estava conseguindo conciliar as atribuições do tratamento com as dificuldades pessoais. Afirmou que iria procurar a equipe posteriormente quando se sentisse preparada para uma nova tentativa.

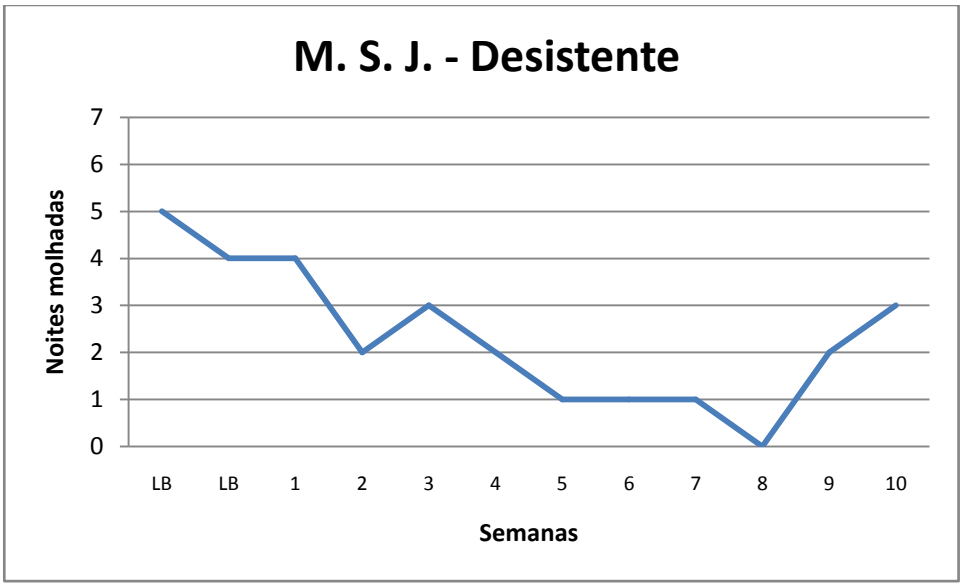

Figura 11 – Frequência semanal de episódios de M. S. J.

A mãe preencheu os questionários no processo de inscrição no projeto e logo após a desistência do mesmo. Os problemas de comportamento apontados no início nas esferas internalizantes e totais, que a classificaram em nível clínico, diminuíram consideravelmente no segundo momento de avaliação, inclusive a dispensando da

necessidade de intervenção. Já na escala de autoconceito, não houve nenhuma alteração, M. permaneceu com menos de 25% do que as crianças da mesma idade e sexo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo deste trabalho foi comparar a eficácia do tratamento para enurese na modalidade de acompanhamento à distância para crianças com índices clínicos de problemas de comportamento e sem índices clínicos, sendo a avaliação do comportamento feita pelos pais.

Os resultados evidenciaram um índice de sucesso do tratamento administrado compatível ao reportado na literatura, independente da existência de altos índices de problemas de comportamento das crianças. Em contraposição aos estudos que indicaram que a existência de problemas de comportamento, não influencia a obtenção do sucesso. Ao contrário, as crianças com problemas de comportamento desta amostra conseguiram sucesso mais rapidamente.A única variável que influenciou o resultado do tratamento foi a frequência de molhadas antes do início do uso do alarme, sendo que as crianças que não tiveram sucesso molhavam mais antes do tratamento.

Em relação à evolução dos problemas de comportamento, observou-se que apenas as crianças que obtiveram sucesso tiveram uma redução significativa no escore de problemas totais. O mesmo aconteceu para o autoconceito pessoal, que teve maior elevação entre crianças que foram bem sucedidas. Isso indica que a resolução da enurese pode trazer benefícios nessas duas áreas.

Quanto à comparação entre os instrumentos de avaliação de problemas de comportamento, verificou-se que o DOF não apresentou resultados satisfatórios para identificação dos problemas dessa amostra, muito provavelmente pelas condições de aplicação. Portanto, foram considerados como parâmetro apenas os níveis de problemas de comportamento indicados pelo CBCL.

Em suma, não se confirmou a hipótese de prejuízo no tratamento de crianças com problemas de comportamento; confirmou-se a hipótese de que o CBCL apontaria mais problemas de comportamento do que o DOF; confirmou-se em parte a hipótese de redução de problemas de comportamento no pós-tratamento, uma vez que isso só foi verdadeiro para crianças que obtiveram sucesso e confirmou-se a hipótese de que os níveis de autoconceito, em partes, tiveram maior elevação entre aqueles tiveram sucesso no tratamento.

6.1. Limitações e direções futuras

Este estudo teve como limitações: a) o tamanho de sua amostra, que permite apenas que as conclusões obtidas não possam ser generalizadas para além das crianças às quais esse estudo se refere; b) a utilização de apenas uma medida de problemas de comportamento, que se refere ao ponto de vista que os pais têm sobre a criança; c) as falhas na aplicação do DOF, que não permitiram uma avaliação de múltiplos informantes dos problemas de comportamento dos participantes.

Uma vez que esse estudo mostrou que é possível, ainda que numa amostra pequena, aplicar o tratamento com alarme com sucesso em crianças que apresentam problemas de comportamento, cai mais uma barreira para que o tratamento com alarme seja utilizado de maneira mais ampla entre serviços de saúde públicos e privados. É possível, no futuro, investigar melhor as causas da desistência e do fato de uma parcela das crianças não atingirem o sucesso. Um caminho de investigação seria verificar até que ponto a motivação para o tratamento pode influenciar o resultado e ser um dos motivos pelos quais nem todos os participantes alcançam o sucesso. É possível, ainda, que os participantes que não conseguem ficar secos apresentam alguma questão orgânica não detectada na avaliação inicial, sendo essa outra hipótese digna de investigação futura.

7. REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, and Families.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text revision (DSM-V). Washington DC.

Arantes, M. C. (2007). *Problemas de comportamento e resultado do tratamento de enurese primária noturna*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Blackwell, C. (1989). *A Guide to enuresis: A guide to a treatment of enuresis for professionals.* Bristol: Enuresis Resource and Information Center.

Bolsoni-Silva, J. W. S., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: Um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.

Bolsoni-Silva, A. T., Paiva, M. M., & Barbosa, C. G. (2009). Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. *Psicologia Clínica*, 21(1), 169-184.

Butler, R. J. (1991). Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Archives of disease in childhood*, 66, 261-267.

Butler, R. J. (1994). *Nocturnal enuresis: The child's experience.* Oxford: Butterworth-Heinemann.

Butler, R. J., & Holland, P. (2000). The three systems: A conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34(4), 270-277.

Butler, R. J., & Mckenna, S. (2002). Overcoming parental intolerance in childhood nocturnal enuresis: a survey of professional opinion. *BJU International*, 89(3), 295-297.

Butler, R. J. (2004). Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 24, 909-931.

Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39(5), 349-357.

Butler, R. J., & Heron, J. (2007). An exploration of children's views of bed-wetting at 9 years. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 65-70.

Carneiro, G. R. S., Martinelli, S. C., & Sisto, F. F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 427-434.

Collier, J., Butler, R. J, Redsell, A., & Evans, J. H. C. (2002). An investigation of the impact nocturnal enuresis on Children's Self-Concept. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 36, 204-208.

Costa, N. J. D. (2005). *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Daibs, Y. S., Pereira, R. F., Silvares, E. F. M., & Emerich, D. R. (2010). Enurese: impacto em crianças e adolescentes e a tolerância dos pais. *Interação em Psicologia*, 14(2), 175-183.

Ferrari, R. A., & Fagundes, S. N. (2012). Etiologia da Enurese e seu impacto no Diagnóstico. In: E. F. M. Silvares & R. F. Pereira (orgs.). *Enurese norturna: diagnóstico e tratamento.* (pp. 39-51) Porto Alegre: Artmed.

Gresham, F. M., & Kern, L. (2004). Internalizing behavior problems in children and adolescents. In: R. B. Rutherford Jr, M. M. Quinn, & S. R. Marthur. *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 262-281). New York: The Guilford Press.

Häagglöf, B., Andrén, O., Bergström, E., Marklund, L., & Wendelius, M. (1998). Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *European Urology*, 33(3), 16-19.

Hirasing, R. A., Van Leerdam, F. J. M., Bolk-Bennink, L. F., & Koot, H. M. (2002). Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91, 960–4.

Hjalmas et al. (2004). Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of Urology, 171*, 2545–2561.

Houts, A. C. (1990). *Guia dos pais para o tratamento da enurese*. Traduzido e adaptado pelo Projeto Enurese, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.

Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In: A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 389-406). New York: The Guilford Press.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.

Jensen, N., & Kristensen, G. (2001). Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35, 357-363.

Kauffman, J. M. (2005). *Caracteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. 8th edition. New Jersey: Pearson Educational.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol. 3*, 1–27.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *International Biometric Society*, 33(1), 159-174.

Longstaffe, S., Moffat, M. E. K., & Whalen, J. C. (2000). Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 105(4), 935-940.

Mota, D. M., Victora, C. G., & Hallal, P. C. (2005). Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J Pediatr (Rio J), 81*, 225-32.

Nevéus, T., von Gontard, A., Hoebke, P., Hjalmas, K., Bauer, S., Bower, W., et al. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 176, 314-324.

Nevéus, T.; Eggert, P.; Evans, J.; Macedo, A.; Rittig, S.; Tekgul, S. et., al. (2010). Evaluation and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 183(2), 441-447.

Nevéus, T. (2011). Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. *Pediatric Nephrology*, 26(8), 1207-1214.

Okano, C. B., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2004). Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. *Psicologia: reflexão e crítica*, 17(1), 121-128.

Oliveira, D. S. (1999). *O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Özgür, B. C., Özgür, S., Dogan, V., & Örün, U. A. (2009). The efficacy of an enuresis alarm in monosymptomatic nocturnal enuresis. *Singapore Medical Journal*, 50(9), 879-880.

Pashapour, N., Golmahammadlou, S., & Mahmoodzadeh, H. (2008). Nocturnal enuresis and its treatment among primary-school children in Oromieh, Islamic Republic of Iran. *La revue de Santé de la Méditerranée orientale, 14,* 376-380.

Pereira, R. F. (2006). *A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção com uso de alarme nacional em grupo e individual*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pereira, R., Del Prette, Z., & Silvares, E. F. M. (2008). Problemas de comportamento em enuréticos: um exemplo de análise utilizando o índice de mudança confiável (IMC). *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (Rio de Janeiro. 1979), 60, 129-140.

Pereira, R., Costa, N. J. D., Rocha, M. M., Arantes, M. C., & Silvares, E. F. M. (2009). O Efeito da Terapia Comportamental para Enurese e os Problemas de Comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 419-423.

Pereira, R. F. (2010). *Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para enurese*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Rocha, M. M., Costa, N. J., & Silvares, E. F. (2008). Changes in parents' and self-reports of behavioral problems in Brazilian adolescents after behavioral treatment with urine alarm for nocturnal enuresis. *International Brazilian Journal of Urology*, 34(6), 749-757.

Rocha, M. M., Ferrari, R. A., & Silvares, E. F. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 948-964.

Santos, E. O. L., & Silvares, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 19, 277-282.

Sapi, M. C., Vasconcelos, J. S. P., Silva, F. G., Damião, R., & Silva, E. A. (2009). Avaliação da violência intradomiciliar na criança e no adolescente enuréticos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 85(5), 433-437.

Seabrook, J. A., Gorodzinsky, F., & Freedman, S. (2005). Treatment of primary nocturnal enuresis: a randomized clinical trial comparing hypnotherapy and alarm therapy. *Pediatric Children Health*, 10, 609-610.

Silva, R. A. P. (2004). *Enurese noturna: grupo de terapia infantil associado a aparelho de alarme e grupo de orientação de pais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Silvares, E. F. M. (2000). Terapia comportamental de crianças agressivas: por que, como e quando. *Paidéia*, 10(19), 24-32.

Silvares, E. F., Pereira, R. F., & Arantes, M. C. (2007). Enurese. In: R. M. Caminha, & M. G. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 254-271). São Paulo: Roca.

Silvares, E. F. M. (2012). Enurese em crianças e adolescentes: a importância do tratamento. In: E. F. M. Silvares; R. F. Pereira (orgs.). *Enurese norturna: diagnóstico e tratamento* (pp. 15-27). Porto Alegre: Artmed.

Silvares, E. F. M., & Pereira, R. F. (2012). Adesão em saúde e psicoterapia: conceituação e aplicação na enurese noturna. *Psicologia USP*, 33(3), 539-557.

Sisto, F. F., & Martinelli, S. C. (2004). *Escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Vetor Editora.

Skinner, B.F. (1953/1998). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Sousa, C. R. B., & Silvares, E. F. M. (2007). Desistência do tratamento de enurese: uma compreensão dos fatores associados ao rompimento do vínculo institucional. *Anais do XXXVII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*.

Sousa, C. R. B. (2010). *Tratamento comportamental de enurese noturna em crianças com comorbidade de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Wagner, W., Johnson, S., Walker, D., Earther R., & Wittner, J. (1982). A controlled comparision of two treatments for nocturnal enuresis. *J Paediatrics*, 101, 302-307.

Wagner, W., Smith, D., & Norris, W. (1988). The psychological adjustment of enuretic children: a comparison of two types . *J Pediatr Psychol*, 13, 33-8.

World Health Organization. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Formulário de Avaliação da Enurese

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENURESE

Nome: _____ Data de nasc.:_____
Endereço:_____ Idade:_____
Sexo:_____Escola:_____
Nome do pai ou responsável _____
Irmão/Idade:_____
Endereço (se diferente)_____

PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?

Se a enurese é ***primária:***

1) Com que idade a criança começou a ficar seca durante o dia (no caso de enurese diurna) ou durante a noite (no caso de enurese noturna)?

2) Há alguma associação dos problemas à determinada hora do dia ou da noite?

3) A criança está consciente da necessidade de urinar?

4) A criança é capaz de, independentemente:
a) vestir-se/despir-se
b) ir ao banheiro e sentar-se no vaso sanitário?

5) A criança tem algum medo associado ao banheiro?

6) A criança passou por algum evento ou situação estressante recentemente?

Para enurese ***primária e secundária:***

1) A criança é capaz de "retenção"(segurar)? Ela tem algum problema de urgência?

2) Há sinais de incontinência devido ao stress? (molhar-se quando ri, tosse ou espirra)

3) A criança é capaz de esvaziar completamente a bexiga?

4) A criança é capaz de reter uma quantidade razoável de urina? Se há sinais de idas muito frequentes ao banheiro, qual é a capacidade máxima da bexiga?

5) Qual a atitude dos pais em relação ao "molhar-se" da criança? (Ver questionário de tolerância dos pais)

6) Qual a atitude da criança em relação ao problema? (Ver entrevista estruturada)

7) Houve algum tratamento prévio? Teve sucesso? Se não, por quê?

INVESTIGAÇÃO MÉDICA

Disuria (dor ao passar a urina)

Exame de urina

Infecção M.S.U. ( ) sim ( ) não

História passada de infecção urinária?

Sinais de dificuldade em evitar
-Hesitação
-Fluxo reduzido
-Esforço/Irritação
-Pingos após urinar

OUTRAS DIFICULDADES?

-Descontrole de fezes?

-Sinais de constipação (controle excessivo de fezes)

HISTÓRIA MÉDICA PRÉVIA

Acontecimentos relevantes:

-Nascimento

-Problema quando recém-nascido?

-Eventos marcantes

-Desfralde

-Operações

-Doenças graves

-Drogas/medicamentos

HISTÓRIA FAMILIAR DE ENURESE

Mãe:

Pai:

Irmãos:

CIRCUNSTÂNCIAS EM CASA

Divide o quarto ou cama com alguém?

Usa parte de cima ou de baixo do beliche?

A criança tem fácil acesso ao banheiro?

Há luz suficiente para ver o banheiro?

Há um urinol (de criança) disponível?

Alguma outra circunstância relevante em casa?

INFORMAÇÃO BÁSICA (história do molhar-se das últimas 4 semanas)

a) Enurese noturna:

Número de noites "molhadas"/"secas" por semana

Número de episódios de "molhadas" por noite

Algum acordar espontâneo para ir ao banheiro

Há algum padrão nas "molhadas"? (por exemplo, tarde da noite, relacionado a stress, etc)

Em quais atividades rotineiras os pais estão engajados:

Levantar ou acordar a criança.

A criança vai para a cama dos pais depois de molhar a cama?

A criança ajuda a refazer a cama?

Há restrição quanto a ingestão de líquidos pela família?

Refrigerantes ao anoitecer?

Há uso de punições ou recompensas?

Há uso de fraldas ou protetor?

Outras rotinas?

ENURESE DIURNA

Número de episódios de “molhadas” por dia/semana?

Hora do dia?

Em que locais: casa, escola, outro?

A criança demonstra urgência? Extrema urgência?

Por que a criança não chega ao toalete a tempo?

Qual a urgência da molhada antes?

Não há respostas a sinais de bexiga cheia a tempo (não reconhecimento, preguiça, preocupação)?

Há medo de usar o toalete?

Outros?

Guia dos pais para o tratamento da enurese (5ª ed.)

Arthur C. Houts (Ph.D.)

Tradução e adaptação: Projeto Enurese – Instituto de Psicologia – USP
2007

Sob autorização.
© 1990 de Arthur C. Houts

Acordo de suporte familiar (a ser mantido no Guia dos Pais)

1. _____ E _____ concordam com o treinamento exatamente como ele é aqui descrito, de modo a conseguir o controle do "xixi" na cama.
2. Todos concordam em seguir o programa por pelo menos 28 semanas. Crianças que molham a cama mais de uma vez por noite vão provavelmente demorar mais do que as outras pra ficar completamente secas.
3. A família toda concorda em não punir, ralhar, ridicularizar ou mesmo dizer qualquer coisa negativa sobre o "molhar a cama" durante o treinamento.
4. Tanto os pais quanto a criança entendem que o treino é mais eficaz quando a criança não está cansada demais ou estressada. Portanto, _____ E _____ concordam que ____ da noite é uma hora de dormir razoável, e _____ concorda em ir para a cama neste horário toda noite.
5. SEM RESTRIÇÕES À ÁGUA. _____ terá permissão para beber quanta água desejar todas as vezes. No entanto, líquidos diuréticos devem ser evitados três horas antes do horário de dormir.
6. Pais e familiares concordam em apoiar, ajudar e compreender _____. Eles irão elogiá-lo(a) quando seco e encorajá-lo(a) a cada progresso feito. Entretanto, eles entendem que o treino por si só inclui pressão suficiente e concordam que não irão pressioná-lo(a) a se esforçar mais ou a fazer melhor.
7. Pais e familiares concordam em não reclamar sobre os efeitos do treino sobre eles ou acerca do aparelho de alarme-urina, e sim apoiar e ajudar. _____ também concorda em não reclamar do treino e cooperar totalmente.
8. Durante o treino, a família oferecerá um ambiente relativamente livre de estresse em casa. Além disso, os pais não solicitarão da criança trabalhos extras em casa nesse período.
9. _____ E _____ concordam em participar do Treino de Autocontrole uma vez ao dia entre _____ e _____ horas como explicado no Guia dos Pais. Os pais comemorarão cada sucesso no Treino de Autocontrole. A cada semana de sucessos consecutivos, a criança realizará uma atividade à sua escolha, desde que não envolva gastos excessivos.

10. _____ concorda em seguir o procedimento do Treino de Limpeza como descrito no guia e em colocar lençóis e roupa de baixo molhados no(a) _____. Os pais concordam em manter lençóis e roupas de baixo limpos no(a) _____ no quarto da criança para que ela use quando refizer a cama.
11. Os pais concordam em acordar _____ imediatamente se o alarme tocar e ele(a) não acordar.

    É ESSENCIAL QUE A PESSOA RESPONSÁVEL POR ACORDAR A CRIANÇA SEJA CAPAZ DE OUVIR E SER ACORDADA PELO ALARME. A CRIANÇA NÃO DEVE SER ACORDADA À NOITE, EXCETO NA SITUAÇÃO EM QUE O ALARME TOCA.
12. Os pais concordam em checar a bateria regularmente e substituí-la ou solicitar uma nova quando necessário. Os pais também testarão o "tapete" (unidade sensora) e solicitarão um novo quando necessário.
13. _____ E _____ concordam que SÓ _____ ENCOSTARÁ NO ALARME, exceto para teste como descrito acima.
14. Os pais concordam em assumir todas as responsabilidades associadas com o treino por uma cama seca como descrito no Guia dos Pais. _____ concorda em seguir as suas responsabilidades no treino para uma cama seca.
15. SUPERAPRENDIZAGEM. Quando _____ estiver seco por 14 noites consecutivas, o procedimento de superaprendizagem será seguido até que a criança esteja seca por mais 14 noites consecutivas. A superaprendizagem será explicada quando ele(a) atingir 14 noites secas consecutivas.
16. Entende-se que toda criança tem uma cama molhada ocasionalmente, em especial quando doente ou sob estresse. NÃO SE PREOCUPE COM ISSO. DIGA À CRIANÇA PARA NÃO SE PREOCUPAR.

_____	_____
(assinatura da criança)	(assinatura do pai)
_____	_____
(assinatura da mãe)	(testemunha ou outro membro da família)

LEIA e SIGA ESTE MANUAL

Este manual foi construído para o uso e acompanhamento dos pais após terem participado de sessão conduzida no Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP com a equipe do Projeto Enurese. Os pais devem ler este manual cuidadosamente e estar amplamente familiarizados com seu conteúdo antes de iniciar o treinamento em casa. Consulte este manual com freqüência durante o treinamento. Qualquer questão sobre o treinamento ou sobre o uso deste manual deve ser trazida à atenção da equipe no momento da segunda sessão.

Sobre o nosso programa de tratamento

Este programa baseia-se em mais de 10 anos de pesquisa sistemática sobre o tratamento para enurese simples. Durante esse período, atendemos mais de 200 crianças e adolescentes e suas famílias para resolver seu problema de xixi na cama. Nossa pesquisa foi publicada na forma de dissertações, artigos e capítulos de livros que estão listados entre as referências na última página deste manual. Nós aprendemos muito sobre o que conta para obter sucesso neste programa. Nós também percebemos alguns erros comuns cometidos pelos pais. Para evitar que você cometa estes mesmos erros com o seu filho ou filha, eles estão descritos abaixo.

Erro número 1
Pular partes do treinamento

Nenhuma parte deste programa deve ser deixada de lado se você quer que seu filho ou filha tenha a melhor chance de sucesso. Nossas pesquisas mostram que todas as partes do programa contribuem para o sucesso. Nada pode deixar de ser feito ou feito pela metade. O treino de controle é a parte que a maioria dos pais deixa de cumprir de forma completa. Deixar de realizar esse treino pode resultar numa demora maior do que a necessária para alcançar o objetivo inicial de 14 noites secas consecutivas. Deixar de

realizar o treino também pode aumentar o risco de que sua criança tenha uma recaída após o sucesso no tratamento.

Erro número 2
Deixar de acordar a criança

Pais e filhos podem achar que o alarme é mágico. Isso não é verdade. O alarme só é efetivo se a criança acorda completamente. Você precisa se certificar de que seu filho ou filha acordou completamente assim que o alarme tocar. Isto é especialmente importante durante as três primeiras semanas de treinamento. Faça com que seu filho ou filha soletre palavras, faça contas de matemática ou responda alguma outra pergunta difícil para ter certeza de que ele ou ela está acordado(a). Não se esqueça de fazer com que ele ou ela lave o rosto para acordar. Certifique-se de que a criança sempre faça toda a troca de cama, não importando quão pequena é a mancha no lençol.

Erro número 3
Deixar de fazer registros precisos

Preste bastante atenção no Registro de Controle dos Pais (a ser entregue na segunda sessão). Preencher estes registros *diariamente* vai lembrá-lo(a) de elogiar seu filho ou filha pelo sucesso e encorajá-lo(a) para maiores ganhos. Estes registros também proverão informações importantes no caso de modificações especiais no treinamento se fazerem necessárias para seu filho ou filha. Além disso, os registros são essenciais para as pesquisas realizadas pelo Projeto Enurese.

Erro número 4
Desanimar

O tempo de treinamento varia para cada criança. Algumas crianças atingirão o primeiro objetivo de 14 noites secas consecutivas muito rapidamente. Outras demorarão mais, e algumas poderão não atingir 14 noites secas consecutivas durante as 28 semanas de

treinamento. Nossas pesquisas mostram que as crianças que molham a cama apenas uma vez por noite levam em média de 12 a 16 semanas para ficar secas. Crianças que molham mais de uma vez por noite podem levar até 28 semanas. Não se aborreça ou desanime com isso. Siga o tratamento durante as 28 semanas. Não se contente com menos lençóis para lavar. Continue com treinamento para que seu filho ou filha tenha a chance de ficar seco completamente. Os pais precisam elogiar seus filhos por molhar menos vezes por noite e por molhar em menor quantidade quando o fazem. Lembre-se, isto é aprendizagem, e aprendizagem leva tempo.

Erro número 5
Desistir muito cedo

Se a sua criança conseguir obter 14 noites secas consecutivas, não deixe de realizar o procedimento de prevenção de recaída que será administrado pessoalmente ou por telefone. Se o seu filho ou filha atingir 14 noites secas consecutivas e você não fizer nada para prevenir a recaída, haverá uma chance de 40% de que ele volte a molhar a cama. Se você realizar o procedimento que chamamos de Superaprendizagem, você reduzirá a chance de uma recaída para menos de 15%.

Treino de Autocontrole

Consulte o Item 9 do Acordo de Suporte Familiar e anote o horário do treino diurno que foi acertado com seu filho ou filha.

NOSSO HORÁRIO DE TREINO DIÁRIO É DAS _____ ÀS _____

Motivo

O treino de controle é realizado para ensinar seu filho ou filha a controlar a sua bexiga na medida em que responde a dicas corporais internas assim que elas ocorrem (bem antes da necessidade de urinar). Ele também ajuda seu filho ou filha a conseguir segurar por períodos normais de tempo. O primeiro objetivo é conseguir segurar por 3 minutos; este objetivo é aumentado de 3 em 3 minutos a cada sucesso até que a criança consiga segurar por 45 minutos. *O treino de controle é interrompido quando a criança atinge com sucesso o objetivo de 45 minutos*.

Os pais e a criança precisam estar juntos em casa para que a criança diga aos pais que precisa urinar.

Providencie para a hora do treino:

1. Um copo de 250ml de água para que a criança beba no início do horário do treino.
2. Um relógio com marcador de segundos para medir o quanto a criança segura.
3. O Registro de Controle para registrar os tempos.

Primeiro dia de treino:

1. A criança avisa os pais assim que sente vontade de urinar.
2. O primeiro objetivo é que a criança segure a urina por 3 minutos após avisar que está com vontade.
3. Os pais marcam o tempo em que a criança começou a segurar na coluna 2 do Registro de Controle.
4. A criança urina após os 3 minutos, ou antes, caso não consiga segurar.
5. Os pais marcam a hora em que a criança urinou na coluna 3 do Registro de Controle.
6. Preencher o número de minutos que a criança segurou na coluna 4 do Registro de Controle.
7. Se o objetivo foi atingido, colocar um X na coluna 5.
8. Se o objetivo for atingido, parabenize a criança e diga que o objetivo para o dia seguinte será segurar *mais 3 minutos*, ou um total de 6 minutos.
9. Se o objetivo não foi atingido, não se desaponte. Diga que a criança terá outra chance no dia seguinte de atingir o objetivo de 3 minutos.

Outros dias de treino:

1. Avise a criança do objetivo do dia. Assim que cada objetivo é atingido, uma nova meta de 3 minutos a mais é estabelecida (6, 9, 12, 15 etc.) até que a criança atinja 45 minutos. Registre o objetivo do dia na Coluna 1 do Registro de Controle. Certifique-se de que o objetivo anterior foi atingido antes de estabelecer uma nova meta.
2. Siga o mesmo procedimento que foi utilizado no primeiro dia.
3. Lembre-se de registrar a meta na Coluna 1, a hora em que a criança avisa que está com vontade na Coluna 2, a hora em que a criança urina na Coluna 3, o tempo que ela conseguiu segurar na Coluna 4 e um X na Coluna 5 se o objetivo é atingido.

4. A cada sete dias consecutivos de sucesso em alcançar a meta, a criança deve ser recompensada, escolhendo uma atividade que queira fazer. De preferência, essa atividade deve ocorrer junto com os pais e não deve implicar em gastos excessivos (ex.: jogos, passeios em parques etc.).

Treino de Limpeza

O treino de limpeza consiste em ensinar seu filho ou filha a ser responsável pela sua própria cama, molhada ou seca.

A criança é responsável por fazer sua própria cama. Se sua criança é muito nova para fazer a cama sozinha, você poderá estar presente e ajudá-la a fazer a cama. Independentemente da idade, a criança é responsável por tirar os lençóis molhados e colocá-los no lugar combinado no Acordo de Suporte Familiar. A criança também é responsável por religar o alarme.

Os pais serão responsáveis por fornecer os lençóis limpos que estarão sempre no lugar especificado no Acordo de Suporte Familiar. Adicionalmente, os pais são responsáveis por fornecer roupas limpas para a criança trocar.

No dia em que o treino em casa começa, a criança e os pais devem ensaiar os procedimentos de desfazer e refazer a cama da criança. Isto deve ser feito pela criança com os pais presentes. Durante o ensaio, os pais devem elogiar a criança por realizar o treino. Com crianças mais novas, é importante ser paciente e elogiar a cada passo.

Líquidos diuréticos e irritantes vesicais

Existem alguns tipos de líquidos e alimentos que estimulam a produção de urina durante a noite. Esses líquidos devem ser evitados a partir de três horas antes do horário de dormir. Nesse período, a criança pode tomar quanta água quiser. Os diuréticos são: chá, café, refrigerantes, sucos de frutas cítricas e leite achocolatado.

Treino com alarme de urina

A cama

O colchão pode ser coberto com um plástico ou protetor de colchão. Cobertores devem ser adequados para manter a criança confortavelmente aquecida. Evite usar muitas cobertas, já que a transpiração pode acionar acidentalmente o alarme.

O equipamento

O alarme deve estar equipado com baterias funcionais. O sensor ("tapete") deve estar limpo e totalmente seco. O aparelho deve estar conectado ao tapete pelos dois plugues. Evite forçar as emendas dos plugues, especialmente ao desconectá-los, uma vez que isso pode provocar rompimento dos fios.

Preparação do equipamento: a criança executa e os pais ajudam:

1. Coloque o "tapete" sobre o plástico ou proteção e sob o lençol. O lençol deve ser colocado totalmente esticado sobre o colchão e o tapete. Os furos nas extremidades do tapete podem ser utilizados para prender o tapete ao colchão com a utilização de barbantes.
2. A unidade despertadora deve ser colocada ao lado da cama, suficientemente perto para que a criança acorde, e, quando possível, a uma distância da cama que a obrigue a levantar para desligá-lo.
3. A criança deve ligar o alarme antes de deitar.
4. Quando o alarme tocar, a criança deve acordar o mais rápido possível e desligá-lo. Caso ela não acorde, os pais podem acordá-la. Mas lembre-se: *é a criança que precisa desligar o alarme, após acordar, e não os pais*.
5. Cada vez que o alarme tocar, os lençóis devem ser trocados, o tapete seco e a roupa da criança trocada. A criança deve ir ao banheiro para terminar de urinar.

Possíveis problemas e como resolvê-los

Dificuldade da criança em acordar com o alarme:

1. Se os pais acordam a criança imediatamente quando o alarme toca e deixam o alarme tocando até a criança se levantar e desligá-lo, essa dificuldade será resolvida após várias noites. Siga a regra de que a criança precisa estar de pé antes que ela possa desligar o alarme.
2. As portas dos quartos dos pais e da criança devem ser mantidas abertas, para que os pais acordem com o alarme. Um dos pais ou um irmão pode precisar dormir no mesmo quarto da criança para acordá-la até que ela consiga acordar sozinha.

CERTIFIQUE-SE DE REGISTRAR QUANDO A CRIANÇA FOI ACORDADA POR PAIS OU IRMÃO NO REGISTRO DOS PAIS

O alarme não dispara quando a criança molha:

1. Certifique-se de que o tapete está posicionado corretamente sob a região dos quadris da criança e que os fios permanecem conectados. Crianças que se mexem muito durante a noite podem fazer com que o tapete saia do lugar ou que os fios se soltem. Utilize barbantes para fixar o tapete e fita isolante para fixar os fios, se necessário.
2. Verifique as baterias. É recomendável que regularmente as baterias sejam testadas para que sejam trocadas sempre que necessário. As baterias podem ser testadas juntando-se os dois fios que saem do alarme com o mesmo ligado.
3. Verifique se o tapete não está desgastado ou com vincos. Faça um teste utilizando água com sal com o alarme ligado e conectado ao tapete. O tapete se desgasta naturalmente e, quando não é mais acionado ou leva muito tempo para fazer o alarme tocar, precisa ser trocado.

Alarmes falsos:

O alarme falso ocorre quando a campainha toca, mas a criança *não* fez “xixi” na cama. Os alarmes falsos ocorrem quando:

1. Os dois plugues do fio se juntam. Mantenha-os separados com uma fita, se necessário.
2. O tapete não foi seco completamente.
3. Transpiração excessiva, que pode atingir o tapete. Retire um pouco das cobertas da criança.
4. O tapete foi dobrado pelo movimento da criança. Utilize barbantes para fixá-lo na cama, se necessário.

Revisão das responsabilidades dos pais

Todos os dias

Realizar o treino de controle uma vez ao dia, no horário estabelecido no Acordo de Suporte Familiar e registrar os resultados no Registro de Controle.

Todos os dias antes de dormir

Verificar se a criança:

a) Montou corretamente a cama com o aparelho

b) Ligou o alarme antes de se deitar.

c) Tem uma luz acessível durante a noite.

d) Tem lençóis e roupas prontas para troca em caso de molhada.

Mantenha as portas abertas no quarto de pais ou irmãos como especificado no Acordo de Suporte Familiar.

Quando o alarme tocar

Os pais (ou um irmão) devem acordar a criança *imediatamente*. Isto é muito importante. O alarme deve continuar tocando até que *a criança* o desligue após levantar.

Certifique-se de que a criança:

a) Vá ao banheiro, lave o rosto para acordar completamente e termine de urinar no vaso.

b) Seque o tapete e retire o lençol molhado.

c) Troque de roupa.

d) Coloque os lençóis e roupas molhadas no local designado.

e) Coloque um lençol limpo na cama.

f) Religue o alarme antes de deitar.

Registre se a criança esteve molhada ou seca, a hora em que a criança molhou e se ela acordou ou não com o alarme no Registro dos Pais. Se a criança molhou mais de uma vez, registrar cada vez em que houve molhada.

Toda manhã:

Certifique-se de que a criança desligou o alarme.

Quando a criança acorda seca:

a) Elogie a criança.

b) Sente com a criança na cama para experimentarem o sucesso de uma cama seca.

Se houve "molhada":

a) Apóie e encoraje a criança, reconhecendo que o treino leva algum tempo para se chegar à meta final.

b) Limpe o tapete com um pano úmido, sem produtos químicos. Providenciar lençóis e roupas limpas no local especificado pelo Acordo de Suporte Familiar no caso de serem necessários na próxima noite.

Quatro pontos para lembrar

1. Elogie seu filho ou filha sempre que ele ou ela completar com sucesso qualquer etapa do treinamento.
2. Não puna ou castigue seu filho ou filha caso algum objetivo do treinamento não seja atingido.
3. Certifique-se de que a criança seja acordada quando o alarme tocar e que só a criança desligue o alarme. É essencial Ter certeza de que a criança acordou.
4. Lembre-se de que toda criança tem molhadas ocasionais, especialmente quando estão doentes ou sob estresse. NÃO SE PREOCUPE COM ISSO. DIGA A SEU FILHO OU FILHA PARA NÃO SE PREOCUPAR.

Bibliografia sugerida aos pais

Arantes, M. C. (2007). *Problemas de comportamento e resultado do tratamento de enurese primária noturna*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Costa, N. J. D. (2005). *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Costa, N. J. D.& Silvares, E. F. M. (2007). Enurese noturna na adolescência: Tratamento em grupo e individual. *Interação*, v. 11, p. 263-268.

Costa, N. J. D. C. (2010). *A supervisão pela internet para o tratamento comportamental da enurese com aparelho nacional de alarme*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Emerich, D. R.; Sousa, C. B. & Silvares, E. F. M. (2011). Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sócio-demográfico de crianças e adolescentes enuréticos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* (no prelo).

Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 33-51.

Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, pp. 389-406. New York: The Guilford Press.

Meneghello, M. H. G.; Pereira, R.& Silvares, E. F. M. (2006). Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. *Psicologia, Teoria e Prática*, v. 8, p. 102-111.

Monzani, M; Silvares, E. F. M. &Costa, N. J. D.(2008) Changes on parents reports and self-reports of behavioral problems in Brazilian adolescentes after urine alarm treatment for nocturnal enuresis. *International Braz J Urol*, v. 34, p. 749-757.

Oliveira, D. S. (1999). *O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pereira, R. F. (2006). *A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção com uso de alarme nacional em grupo e individual*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pereira, R.& Silvares, E. F. M. (2006). Estudo de caso: prevenção de recaída para criança e adolescente enureticos com remissão espontânea. *Interação*, v. 10, p. 169-174.

Pereira, R.; Del Prette, Z. & Silvares, E. F. M. (2008). Problemas de comportamento em enuréticos: um exemplo de análise utilizando o índice de mudança confiável (IMC). *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (Rio de Janeiro. 1979), v. 60, p. 129-140.

Pereira, R.; Costa, N. J. D.; Rocha, M. M.; Arantes, M. C. & Silvares, E. F. M. (2009). O Efeito da Terapia Comportamental para Enurese e os Problemas de Comportamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, p. 419-423.

Pereira, R. F. (2010). *Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para enurese*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pereira, R.; Porto, P. & Silvares, E. F. M. (2010). Behavioral alarm treatment for nocturnal enuresis in a Brazilian sample. *International Braz J Urol*, v. 36, p. 332-338.

Salvo, C. G; Toni, P. M.& Silvares, E. F. M. (2008). Análise fatorial e unidimensionalidade da escala de impacto à enurese. *Psico* (PUCRS), v. 39, p. 240-245.

Santos, E. O. L. & Silvares, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 19, p. 277-282.

Silva, R. A. P. (2004). *Enurese noturna: grupo de terapia infantil associado a aparelho de alarme e grupo de orientação de pais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Silvares, E. F. M.; Oliveira, D. S. & Santos, G. (2000). A enurese infantil e o uso de alarme no seu controle. In: Edwiges F. M. Silvares. (Org.). *Estudos de caso em Psicologia Clínica comportamental: Estudos individuais*. 1 ed. São Paulo: Papirus, v. 2.

Silvares, E. F. M. (2002). Família, Enurese e Intervenção Clínica Comportamental. In: H. J. Guilhardi; M. B. B. P Madi; P. P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs.). *Comportamento e Cognição*. 1 ed. Santo Andre: Esetec Editores Associados, v. 10, p. 79-90.

Silvares, E. F. M. &Sousa, C. L. (2003). Prevenção e tratamento dos distúrbios de eliminação na infância. *Temas em Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 99-112.

Silvares, E. F. M. &Costa, N. J. D. (2003). Enurese na adolescencia: estudo de caso com intervenção comportamental. *Interação*, Paraná, v. 7, n. 1, p. 9-17.

Silvares, E. F. M.; Silva, R. P.&Costa, N. J. D. (2003). Enurese noturna em crianças e adolescentes: similaridades e diferenças. In: Fernanda Silva Brandão; Yara Ingberman; Cynthia Borges de Moura, Vera Menezes da Silva & Simone Martin Oliane. (Org.). *Comportamento e Cognição*. Santo André: Esetec, Editores associados, v. 12, p. 284-295.

Silvares, E. F. M.; Facco, M. A.&Silva, R. P. (2004). Enurese noturna infantil Tratamento comportamental com aparelho de alarme e seguimento como controle de recaída: estudo de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 53, n. 2, p. 113-122.

Silvares, E. F. M.; Arantes, M. C. &Pereira, R. (2006). Transtorno de excreção: enurese. In: Renato Camimha. (Org.). *Psicologia Cognitiva na Infância*. São Paulo: Roca Editora.

Silvares, E. F. M.; Pereira, R.& Arantes, M. C. (2008). Enurese. In: Renato Maiato Caminha; Marina Gusmão Caminha. (Org.). *A Prática Cognitiva na Infância*. 1 ed. São Paulo: Roca, v. 1, p. 254-272.

Sousa, C. R. B. (2010). *Tratamento comportamental de enurese noturna em crianças com comorbidade de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Anexo 3 – Registro de Episódios da Enurese

Projeto Enurese

Kit de Registros

2011

Registro de Controle

Iniciar em

Dia de treino	Meta em minutos	Hora em que criança avisou que precisava urinar	Hora em que criança urinou	Tempo (em minutos) que a criança segurou
1	3			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Registro dos pais – Projeto Enurese – 3 semanas

Preencher diariamente

Dia do treino	Dia da semana	Data	Seco ou molhado	Hora da molhada	Criança acordou? S ou N	Tamanho da mancha (P/M/G)	Quantidade de líquido na Superaprendizagem
1	D						
2	S						
3	T						
4	Q						
5	Q						
6	S						
7	S						
8	D						
9	S						
10	T						
11	Q						
12	Q						
13	S						
14	S						
15	D						
16	S						
17	T						
18	Q						
19	Q						
20	S						
21	S						

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeito dos problemas de comportamento

Vocês estão recebendo informações para sua participação (criança e pais ou responsáveis) voluntária neste estudo, que visa investigar se o atendimento para enurese com aparelho de alarme de fabricação nacional e orientação de pais é eficiente para o tratamento de crianças e adolescentes.

O estudo será desenvolvido em Clínica-escola do Instituto de Psicologia – USP. Será realizada com consentimento das famílias uma intervenção psicológica com auxílio de aparelho de alarme com a finalidade de reduzir os episódios de molhadas apresentados por crianças e adolescentes portadores de enurese. O procedimento adotado já foi tido como eficaz em diversos estudos apontados na literatura científica. Os participantes receberão as mesmas instruções e equipamentos para realizar o treinamento. Os participantes serão divididos em grupos e receberão as instruções de forma presencial no Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP, depois serão acompanhados através de contato telefônico semanal durante 30 semanas. Ao término do período de 30 semanas, as famílias se comprometem a devolver os equipamentos utilizados que permaneçam em seu poder. Os pais ou responsáveis concordam ainda em preencher os questionários solicitados antes e após o tratamento. Todas as sessões serão filmadas, uma vez que haja consentimento dos pais por escrito, mas essas filmagens têm a finalidade específica de estudo e pesquisa apenas, sendo respeitado o rigor do sigilo. Todos os dados obtidos através de questionários e outros instrumentos também estão sujeitos ao sigilo, sendo manipulados apenas pelos membros da equipe de pesquisa.

Faz parte desse projeto a utilização de um aparelho de alarme que soa quando a pessoa não consegue controlar a urina e molha a cama. Isto ocorre porque é colocado um "tapete" sensor debaixo do lençol. Quando ele fica molhado pela urina, faz com que o alarme comece a funcionar. Ele faz com a pessoa acorde e então possa desligá-lo e em seguida se dirija ao banheiro para continuar a urinar. Embora este procedimento não traga riscos diretos à saúde, pode haver um desconforto mínimo pelo fato de ter que acordar com o alarme durante a noite. Adicionalmente, pode ser desconfortável para os outro membros da família devido ao som do alarme durante a noite.

Em qualquer etapa desse estudo, vocês terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profª Drª Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. A responsável pelos atendimentos, acompanhamentos e recebimentos dos participantes é a terapeuta Rafaela Almeida Ferrari. As duas podem ser encontradas no Instituto

de Psicologia – USP, na Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F – Sala 30 - Cidade Universitária – S. Paulo, SP, ou pelo telefone (11) 3091-1961.

Vocês têm a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Vocês têm garantido o Direito de Confidencialidade. As informações de todos os participantes obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum.

Vocês também têm o Direito de serem mantidos atualizados sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Vocês receberão o atendimento e todos os demais procedimentos sem que precisem pagar alguma coisa por isso. Também não há compensação financeira por participarem do estudo. Se houver alguma despesa ao longo desse estudo, ela será quitada com o orçamento da pesquisa.

Em caso de algum dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos expostos neste estudo (desde que comprovado), vocês terão direito a tratamento especializado na instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeito dos problemas de comportamento. Discuti com a psicóloga Rafaela Almeida Ferrari (CRP 06/91497) sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente a participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____

Nome da Criança ou Adolescente

_____ Data____/____/____

Assinatura do responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste cliente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data____/____/____

Assinatura do pesquisador

Anexo 5- Termo de Assentimento Informado

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO

Assentimento Informado para participação na pesquisa "Acompanhamento à distância do tratamento com alarme para enurese: efeitos dos problemas de comportamento"

Este formulário de assentimento informado é para crianças entre as idades de 6 a 11 anos que comparecerão a serviços de saúde mental e que estamos convidando para participar de uma pesquisa de intervenção para o tratamento da enurese.

Nome da criança: _____

Parte I – Informações sobre a pesquisa

Meu nome é Rafaela Almeida Ferrari e o meu trabalho irá ajudar crianças que têm enurese e problemas de comportamento. O tratamento será feito à distância, com acompanhamento pelo telefone, para facilitar o processo. Queremos saber se esse tipo de tratamento é suficiente para ajudar a vocês com o problema da enurese associado ou não a problemas de comportamento. É um pouco sobre isto que vamos conversar, eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. E você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, mesmo que seus pais concordem.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa, e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente, porque você ficou mais interessado ou preocupado. Quando você tiver alguma dúvida, por favor, me fale a qualquer momento e eu explicarei.

Para que o tratamento funcione, eu preciso que você e seus pais sigam as instruções de como usar o aparelho de alarme para o tratamento da enurese e anotem sempre que acontecerem as molhadas na cama. Tudo isso será explicado com detalhes para vocês, iremos nos encontrar pessoalmente para isso. Eu também ligarei semanalmente na sua casa para acompanhar o andamento do tratamento. Para descobrir se as crianças que irão participar desse projeto tem algum tipo de problema de comportamento, nós iremos observar vocês brincando em uma sala de recreação e será tudo gravado em vídeo.

Se você decidir participar desta pesquisa, nós vamos passar algum tempo conversando e fazendo algumas atividades juntos, para que assim eu possa conhecer mais sobre você. Isto que nós conversarmos será uma conversa privada, ou seja, vai ficar entre a gente. Eu não vou contar para os seus pais ou seus professores o que você disser, a menos que você disser que posso contar. A única coisa que eu teria que contar para os seus pais é se você me falar que vai se machucar, machucar alguém ou se alguém machucou você. Os momentos que ficarmos juntos conversando, poderão ser gravados por uma filmadora, e isto vai me ajudar a lembrar do tempo que passamos juntos.

O aparelho de alarme que iremos usar para o seu tratamento consiste em um tapete que você colocará em baixo do seu lençol, e um aparelho que apitará para te acordar todas as vezes que fizer xixi. Ele já foi utilizado por várias crianças e não apresenta risco para sua saúde.

Esta pesquisa irá nos ajudar a entender melhor se esse tratamento funciona bem com o acompanhamento por telefone, e com isso ajudará as famílias que não podem vir pessoalmente ao nosso encontro.

Como eu falei, tudo o que conversamos ficará entre nós. Talvez eu tenha que conversar sobre isto com outros colegas que tenham o mesmo trabalho que o meu. Se isto acontecer, eu não vou mencionar seu nome ou nenhuma informação que permita que eles identifiquem quem você é.

Você não é obrigado a participar desta pesquisa. Ninguém ficará bravo ou desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. E se você disser "sim" agora e depois não quiser mais, também ficará tudo bem.

Você entendeu tudo o que eu falei? Se você ficou com alguma dúvida, pode me perguntar agora ou, se depois aparecer alguma dúvida sobre isso, pode pedir para os pais me ligarem para a gente conversar. Eles têm o meu telefone. Se você quiser falar com outra pessoa tal como os seus professores, pais, avós, tios, não tem problema.

Parte II – Termo de Assentimento

Eu entendi que a pesquisa é sobre o uso do aparelho de alarme para o tratamento da enurese ("xixi na cama") para crianças com e sem problemas de comportamento, e que, após nossos dois encontros para as instruções, o acompanhamento do tratamento será feito à distância, via telefone.

Eu entendi que vou passar um tempo conversando com a psicóloga e que ela vai me explicar como devo usar o aparelho de alarme, e em casa, vou ajudar meus pais a anotarem todas as vezes que fizer xixi na cama.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura da criança:_____

Assinatura dos pais:_____

Ass. Pesquisador:_____

Anexo 6 – Critério Brasil

CRITÉRIO BRASIL 2009 – SISTEMA DE PONTOS

O sistema de pontuação é baseado na posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos.

Responder sobre a quantidade dos itens:

Quantos televisores em cores = ____
Quantos videocassetes e/ou aparelhos de DVD = ___
Quantos rádios = ____
Quantos banheiros = ____
Quantas empregadas mensalistas = ____
Quantas máquinas de lavar = ____
Quantas geladeiras = ____
Quantos freezers (independente ou 2ª porta da geladeira) = ___
Quantos automóveis = ___

Responder sobre o grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA	PONTOS	NOMENCLATURA ATUAL
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto / até 3ª Série Fundamental
Primário completo/Ginasial incompleto	1	4ª Série Fundamental
Ginasial completo/Colegial incompleto	2	Fundamental Completo
Colegial completo/Superior incompleto	4	Médio Completo
Superior completo	8	Superior Completo