UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

NOEL JOSÉ DIAS DA COSTA

**A SUPERVISÃO PELA INTERNET PARA O TRATAMENTO
COMPORTAMENTAL DA ENURESE COM APARELHO
NACIONAL DE ALARME**

São Paulo

2010

NOEL JOSÉ DIAS DA COSTA

**A SUPERVISÃO PELA INTERNET PARA O TRATAMENTO
COMPORTAMENTAL DA ENURESE COM APARELHO
NACIONAL DE ALARME**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor em
Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora:
Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

São Paulo

2010

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Costa, Noel José Dias da.

A supervisão pela internet para o tratamento comportamental da enurese com aparelho nacional de alarme / Noel José Dias da Costa; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras. -- São Paulo, 2010.

162 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Enurese 2. Educação à distância 3. Internet (Rede de computador) 4. Terapia cognitivo-comportamental 5. Lista de verificação comportamental para crianças 6. Tratamento com alarme I. Título.

RC569.5.E5

Nome: Costa, N. J. D.

Título: A Supervisão pela internet para o tratamento comportamental da enurese com aparelho nacional de alarme.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto
Universidade de São Paulo – Instituto de Psiquiatria

Assinatura: _____

Prof. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki
Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

Prof. Dra. Teresa Helena Schoen-Ferreira
Universidade Federal de São Paulo - Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente

Assinatura: _____

Prof. Dra. Márcia Helena da Silva Melo
Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

A DEUS, pela vida e a oportunidade de realizar este trabalho.

À Nitinha, minha querida esposa e companheira, por seu amor, compreensão, companheirismo e incondicionável apoio na busca de meus ideais.

Aos meus filhos, Tiago e Ana Cristina, pelo seu amor, estímulo, generosidade e compreensão em minhas ausências.

À minha mãe, Geralda, meu pai Nivaldo (*in memorian*), e meus irmãos, pelo seu amor, profundos ensinamentos e apoio.

AGRADECIMENTOS

À Vivi, que em sua função de orientadora deu-me ensinamentos preciosos e, como pessoa, transmitiu-me lições fundamentais para a vida.

Aos colegas do Projeto Enurese, por seu apoio e companheirismo, especialmente Rodrigo e Marina, por sua amizade e colaboração técnica na conclusão do trabalho.

Aos docentes e secretárias do Departamento de Psicologia Clínica, por seu apoio.

À Banca Examinadora, por aceitar o convite para essa defesa.

Ao CNPq, à FAPESP e à CAPES, pelo fomento ao projeto.

Aos Psicólogos e famílias participantes, por aceitarem a divulgação de seus dados.

Ao Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, pelo apoio em todos os estágios dessa pesquisa.

Ao Pr. Neumoel Stina, pela confiança depositada, mesmo antes do início dessa carreira, e por sua visão e fé, estímulos poderosos para toda a minha carreira.

A todos os que direta ou indiretamente possibilitaram a realização deste estudo.

“Procure essas coisas, como se procurasse prata ou um tesouro escondido.”(Provérbios de Salomão 2:4)

RESUMO

Objetivou-se verificar a viabilidade de uma proposta de aperfeiçoamento a distância para a prática psicológica no atendimento à Enurese (EN) em Serviços-escola, Unidades Básicas de Saúde e consultórios particulares, situados em diferentes regiões do país e se o tempo de experiência dos psicólogos participantes da proposta estava relacionado com algumas variáveis como: o número de contatos de supervisão, o tempo para alta dos clientes, as variações nos escores de problemas de comportamento dos clientes e da intolerância dos pais deles. Foram participantes (N=40) psicólogos de diferentes regiões do país, de ambos os sexos, divididos em dois grupos conforme sua experiência, sendo G1: menos de 10 anos (n=27) e G2: mais de 10 anos (n=13). Os participantes receberam treinamento e supervisão num programa de Educação a Distância (EAD) e atenderam crianças ou adolescentes com queixa de EN. As informações e as questões relativas ao atendimento foram comunicadas ao participante, através da internet, pela qual ele também ofereceu respostas e subsídios para sua prática. Os participantes tiveram total liberdade de consultar o supervisor quantas vezes desejassem para solucionar questões ou buscar orientação. O atendimento que desenvolveram se deu através de intervenção comportamental com uso de aparelho nacional de alarme. A Escala de Intolerância foi utilizada para avaliação dos pais, e para avaliar os filhos utilizou-se o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL e o Registro simples de "molhadas" (descontrole enurético) ao longo do atendimento. Os resultados foram de dois tipos: dos participantes psicólogos e de seus clientes e pais. Foram comparados os números médios de contatos entre os psicólogos e o supervisor, dos dois diferentes grupos de experiência, e os escores obtidos nos instrumentos de avaliação dos clientes aplicados antes e após a intervenção, a fim de verificar a efetividade do tratamento, além do decréscimo do número de molhadas durante este. Do total de participantes, 15 concluíram o tratamento de seus clientes tendo eles atingido os critérios de sucesso e alta, dois tiveram clientes que concluíram sem sucesso, 13 descontinuaram o tratamento, quatro não conseguiram clientes e seis permanecem atendendo seus clientes que não finalizaram o tratamento ao final da coleta dessa pesquisa. O G1 atingiu alta no tratamento com uma média de 20,1 (dp=9,96) contatos para supervisão

em 20,4 semanas($dp=5,27$). O G2 alcançou alta com média de 10,0 contatos ($dp=5,30$) em 20,4 semanas ($dp=7,13$). Observou-se, nos clientes, significativa redução nos escores na escala total de problemas de comportamento dos clientes e de intolerância de seus pais em ambos os grupos de participantes após o tratamento. Os resultados deste estudo são inferiores aos obtidos no atendimento com supervisão presencial realizados no país, mas aproximam-se deles, justificando portanto o seu uso. Esses dados demonstram a viabilidade dessa modalidade de atendimento.

Palavras-chave: Enurese, supervisão a distância, internet, terapia cognitivo-comportamental, CBCL, alarme de urina.

ABSTRACT

The objective was to examine feasibility of a distance improvement program of psychological practice in treating Enuresis (EN) in School-services, Basic Health Units, and private offices, located in different areas of the country and if the amount of experience time of the participating psychologists was in any way related to variables such as: the number of supervision contacts, time for client discharge, and intolerance of their parents. Participants were (N=40) psychologists from different regions of the country, from both genders, divided into two groups according to their experience, where G1: under 10 years (N=27), and G2: over 10 years (N=13). Participants received training and supervision in a Distance Learning program (EAD) and treated children or adolescents complaining about EN. Treatment information and related questions were made known to the participant through the internet, where answers and practice aid were also offered. Participants were totally free to consult with supervisor as many times as desired to solve issues or seek guidance. Developed treatment was performed by behavioral intervention with the use of national alarm device. Throughout treatment, the Intolerance Scale was used for parent evaluation, and the Child Behavior Checklist – CBCL, as well as “bedwetting” Record for evaluating the children. Results were of two kinds: of participating psychologists and their clients and parents. The average number of contacts between participating psychologists and their supervisors, of the two experience groups, and pre and post treatment scores obtained in client evaluation instruments were compared in order to check treatment effectiveness, as well as the decrease in bedwetting throughout it. Of the total number of participants, 15 concluded treatment with client achieving success criteria and discharge, two had clients concluding without success, 13 discontinued treatment, four did not obtain clients, and six remained treating clients who had not finish treatment at the end of data collection for this research. G1 obtained treatment discharge with an average of 20.1 (SD=9.96) contacts for supervision in 20.4 weeks (SD=5.27). G2 obtained treatment discharge with an average of 10.0 contacts (SD=5.30) in 20.4 weeks (SD=7.13). Clients were observed to have a significant decrease in total behavior problems scale scores and parent intolerance in both groups of participants

after treatment. Results of this study are inferior to the ones obtained in treatment with face to face supervision performed in the country, but are close, therefore justifying their use. Such data demonstrates feasibility for this treatment modality.

Key words: Enuresis, distance supervision, internet, cognitive-behavioral therapy, CBCL, urination alarm.

RÉSUMÉ

Ce travail objective vérifier la viabilité d'une proposition de perfectionnement de la pratique psychologique au traitement d'Énurésie à distance (EN) dans Services-école, Unités Basiques de Santé et cabinets particuliers, situés à différentes régions du pays et si le temps d'expérience des psychologues participants de la proposition était lié à des variables telles que: le nombre de contacts de supervision, le temps pour le renvoi, les variations dans les résultats de problèmes du comportement des clients et de l'intolérance de leurs parents. Les participants (N=40) étaient les psychologues de différentes régions, hommes et femmes, divisés en deux groupes selon leur expérience, étant: G1 – moins de dix ans (n=27) et G2 – plus de dix ans (n=13). Les participants reçoivent entraînement et supervision dans un programme d'éducation à distance (EAD) et ont traité des enfants et des adolescents qui se plaignaient de EN. Les informations et questions liées au traitement ont été communiquées au participant, à travers l'internet, et où il a offert des réponses et subventions pour la pratique. Les participants ont eu totale liberté de consulter le superviseur combien de fois ils souhaitaient pour résoudre les questions, ou chercher orientation. Le traitement a été développé à travers l'intervention comportementale avec l'utilisation de l'appareil national d'alarme. L'échelle d'Intolérance a été utilisée pour l'évaluation des parents, et pour évaluer les fils l'Inventaire de Comportements de l'Enfance et Adolescence (CBCL) et l'enregistrement simple de "mouillures" (l'énurésie incontrôlable) ont été utilisés pendant le traitement. Les résultats ont été de deux types: les participants psychologues et les clients avec leurs parents. Les moyennes nombres de contacts entre les psychologues et le superviseur ont été comparés, des deux différents groupes, et les résultats obtenus dans les instruments d'évaluation des clients appliqués avant et après l'intervention pour que se vérifie l'efficacité du traitement au-delà de la diminution du nombre de "mouillures" pendant l'étude. Parmi tous les participants, 15 ont conclu le travail et ont réussi avec leurs patients, deux n'ont pas réussi, 13 ont arrêté le traitement, quatre n'ont pas eu des clients et six sont restés avec leurs patients sans finir le traitement. Les patients du G1 ont réussi le renvoi au foyer avec une moyenne de 20,1 (écart type=9,96) contacts de supervision pendant 20,4 semaines

(écart type=5,27). Les patients du G2 ont réussi le renvoi au foyer avec une moyenne de 10 contacts (écart type=5,30) pendant 20,4 semaines (ecart type=7,13). On a observé chez les clients significative réduction dans l'échelle total de problèmes de comportement et d'intolérance de leurs parents, chez les deux groupes de participants, après le traitement. Les résultats de cet étude sont inférieurs au résultats obtenus dans les traitements avec supervision au Brésil, mais ils s'approche d'eux, donc, justifiant son utilisation. Ces informations montrent la viabilité de cette modalité de traitement.

Mots-clés: Énuresie, supervision à distance, internet, thérapie cognitive-comportementale, CBCL, alarme d'urine.

LISTA DE TABELAS

Tabela nº		página
1	Número de usuários de internet no Brasil por ano, de 2006 a 2009.....	9
2	CrITÉRIOS diagnÓsticos para a Enurese noturna segundo a <i>International Children's Continence Society (ICCS)</i> e segundo o DSM-IV TR (APA).....	12
3	Quantidades iniciais e finais de líquidos administradas na superaprendizagem	41
4	Distribuição dos psicólogos participantes por sexo, idade, localização, experiência em anos e grau de formação.....	48
5	Distribuição dos clientes por psicólogo responsável, sexo, idade, tipo de Enurese (primária ou secundária) e tipo de tratamento anterior.....	53
6	Dados dos psicólogos em relação ao resultado do tratamento.....	56
7	Comparação dos dados dos psicólogos <i>que concluíram com alta</i> de acordo com a experiência.....	60
8	Comparação dos dados dos psicólogos <i>que desistiram ou concluíram sem alta</i> de acordo com a experiência.....	66
9	Distribuição dos fatores de desistência por cliente e grupo de atendimento	70
10	Sucesso e desistência nos estudos do Projeto Enurese de 2004 a 2010.....	72
11	Distribuição da média do sucesso e da desistência no tratamento de acordo com o tipo de atendimento.....	73
12	Variação média da intolerância à EN por tipo de atendimento	74
13	Variação média negativa (%) dos escores das Escalas de Problemas de Comportamento em estudos de 2004 a 2010	75
14	Variação média (%) dos escores das Escalas de Problemas de Comportamento de acordo com o tipo de atendimento.....	75
15	Distribuição dos escores absolutos de Escala de Intolerância (EI) dos clientes de acordo com o seu psicólogo.....	76
16	Comparação dos escores médios iniciais e finais da Escala de Intolerância...	77

17	Escores médios da Escala de Intolerância inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.....	78
18	Escores médios da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (DT) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.....	81
19	Escores médios da Escala de Internalização (DI) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.....	82
20	Escores médios da Escala de externalização (DE) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.....	83
21	Escores médios da Escala Total de Competências (CS) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.....	84
22	Indicadores da necessidade de supervisão entre participantes em função dos resultados (média) e de acordo com a experiência clínica.....	85
23	Distribuição dos conteúdos dos contatos de supervisões de acordo com a experiência.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura nº		página
1	Representação esquemática do aparelho de alarme nacional.....	42
2	Fluxograma de atendimento no projeto.....	44
3	Composição dos grupos de participantes de acordo com o sexo.....	50
4	Composição dos grupos de participantes de acordo com a idade.....	50
5	Distribuição dos grupos de participantes de acordo com a região de origem	51
6	Composição dos grupos de participantes de acordo com a experiência.....	51
7	Composição dos grupos de participantes de acordo com a formação acadêmica.....	52
8	Prevalência de EN de acordo com sexo.....	54
9	Distribuição dos clientes de acordo com o resultado no tratamento.....	55
10	Comparação da sobrevida de alta no tratamento de acordo com a experiência dos Psicólogos.....	64
11	Variação dos escores médios iniciais da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (DT), Escala de Internalização (DI), Escala de Externalização (DE).....	80

SUMÁRIO

1	Introdução.....	3
1.1	A necessidade da inversão do fluxo de atendimento dos SE e a importância de novas modalidades de atendimento.....	3
1.2	A supervisão a distância mediada pela internet como alternativa ao atendimento dos SE.....	7
1.3	O tratamento da Enurese como uma possibilidade de aplicação da supervisão a distância pela internet.....	11
1.4	Os trabalhos realizados pelo Projeto Enurese.....	21
1.5	A experiência do terapeuta e o resultado do tratamento.....	24
1.6	A desistência do cliente em psicoterapia.....	25
1.7	Justificativa	31
1.8	Relevância do projeto frente a outros estudos.....	32
2	Ensaio Clínico.....	34
2.1	Objetivos.....	34
2.2	Hipótese.....	35
2.3	Método.....	35
2.4	Resultado e discussão.....	48
3	Conclusões.....	92
	Referências.....	97

APRESENTAÇÃO

O acesso ao atendimento psicológico constitui-se um desafio para significativa parcela da população brasileira. Gestores de saúde, profissionais e seguimentos representativos da sociedade freqüentemente manifestam sua preocupação com a grande demanda e a falta de assistência existente no cenário da saúde pública nacional. Se de um lado há leis estabelecendo diretrizes para diminuir o agravamento desse quadro, de outro há entraves na disponibilização de recursos públicos para a efetivação de ações concretas para esse fim.

Uma das possibilidades de ampliar o atendimento à população em geral é a capacitação de um maior número de psicólogos que já atuam na rede pública ou em Serviços-escola de Psicologia (SE), que atendem principalmente as camadas sociais desprovidas de recurso. Outra possibilidade seria a de estender essa capacitação a todas as regiões do país que, em sua dimensão continental, possui uma estrutura de saúde regionalizada, capaz de adequar-se às necessidades de sua clientela, se esforços efetivos se produzirem nessa direção.

A constatação dessa necessidade e a possibilidade da utilização da tecnologia de informação para fazer frente a ela motivaram a elaboração desse trabalho. Ele foi concebido visando verificar a viabilidade da supervisão a distância mediada pela internet para psicólogos de todas as regiões do país que atuam em Unidades Básicas de Saúde, ou em SE ou ainda em consultórios particulares.

No presente estudo optou-se pela aplicação dessa modalidade de atendimento ao tratamento da Enurese (EN). O tratamento desse transtorno tem avançado significativamente e possui hoje um protocolo bem desenvolvido e documentado de eficácia, permitindo assim a sua ampliação e difusão de forma confiável. Sua difusão através da internet, na modalidade de EAD é uma forma de facilitar a capacitação àqueles terapeutas que necessitam de ajuda e não podem obtê-la pela presença física, dadas as proporções continentais de nosso país. Ao mesmo tempo, essa modalidade de difusão possibilita à população o acesso a esse tratamento em regiões em que de outra forma seria praticamente impossível obtê-lo.

Este trabalho visa apresentar as etapas de revisão bibliográfica, capacitações e parcerias que foram capazes de gerar em psicólogos que desconheciam o tratamento da Enurese a autonomia para planejar, desenvolver e implantar o atendimento em seus contextos.

Portanto, a partir do capítulo um, começa discorrendo sobre a necessidade de inversão do fluxo de atendimento dos SE de Psicologia, que motivou esse estudo. Depois, discute a importância de novas modalidades de atendimento para efetivar essa mudança. Em seguida, a supervisão mediada pela internet é apresentada como uma forma de implementar esse processo. São apresentados ainda estudos sobre a experiência do terapeuta e o sucesso no tratamento. O capítulo é concluído apresentando o tratamento para Enurese como uma possibilidade da aplicação da supervisão a distância pela internet para a inversão do fluxo de atendimento em SE.

O capítulo dois apresenta um ensaio clínico sobre a supervisão a distância para o tratamento de Enurese noturna em SE de Psicologia, Unidades Básicas de Saúde e Consultórios Particulares. Ele discorre sobre o método, traçando um perfil dos participantes, apresentando os recursos e materiais utilizados, para finalmente desenvolver em detalhes a evolução de todas as etapas desta pesquisa, revelando-se um passo a passo exemplificado de como sair do ambiente acadêmico e tornar um tratamento aplicável ao grande público.

O capítulo três apresenta os resultados e os discute, abordando os sucessos e controvérsias da difusão desse tratamento.

Por fim, no capítulo quatro o trabalho é concluído arrematando o que foi vivenciado, percebido e adquirido ao longo de todo o processo de estudo, para orientar quem deseja partilhar uma experiência na área.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Este capítulo discorre inicialmente sobre a necessidade de mudança do modelo tradicional do fluxo de atendimento nos SE, do cliente ao SE, para um no qual o SE vai até onde está o cliente. Em seguida, apresenta a importância do uso de novas modalidades de atendimento que sejam mais adequadas a esse novo paradigma. Depois, trata da supervisão mediada pela internet como uma forma possível de implementar esse processo. São discutidos os benefícios e as dificuldades de seu uso. Os fatores de desistência e a influência da experiência do terapeuta para o sucesso no tratamento são também considerados. O capítulo é concluído apresentando o tratamento para Enurese como uma possibilidade da aplicação da supervisão a distância pela internet para a inversão do fluxo de atendimento em SE.

1.1 A necessidade da inversão do fluxo de atendimento dos SE e a importância de novas modalidades de atendimento

1.1.1 Definição de SE

A Clínica-escola de Psicologia, também denominada Centro de Psicologia Aplicada, segundo Silveira (no prelo), é mais adequadamente considerada como um tipo de Serviços-escola, um local dentre os vários possíveis para estágio dos alunos de graduação da disciplina psicológica. Esse termo é também usado por outros autores (Ferreira, 2005; Santos, 2007; Villela, 2008). Por ser mais apropriado e abrangente, nesse estudo optou-se por usar o termo Serviço-escola (SE) no lugar de Clínica-escola.

Este conceito difere muito da visão tradicional, na qual os SE das instituições de ensino superior teriam sido criados para satisfazerem as necessidades dos alunos do curso de Psicologia. Ou seja, para fornecer estágios aos alunos. O atendimento aconteceria como uma condição importante porque os estagiários necessitavam de clientes para as suas atividades de estágio (Mello, 1975). O SE, então, era visto como um espaço de treinamento em psicoterapia individual, muitas vezes percebido como distante da produção científica e das necessidades sociais. Dessa forma, as demandas sociais mais amplas não eram atendidas e os serviços se restringiam a uma pequena

parcela da sociedade (Ferreira, 2005). Nesse modelo, os atendimentos se dariam apenas na medida em que os clientes se dirigissem ao SE em sua procura.

1.1.2 A função dos SE

A Lei Federal 4119, de 27 de agosto de 1962 regulamentou a profissão do psicólogo e oficialmente os cursos de psicologia foram instituídos pelo Parecer 403/62, de 19 de dezembro de 1962, que definiu o chamado currículo mínimo, vigente nas graduações brasileiras até 1996. Esta exigência foi entendida pelas instituições formadoras como a necessidade de estruturar uma clínica-escola. Esta, passou a oferecer às comunidades locais serviços psicológicos seguindo modelo clínico individual, comum na prática médica. Os SE tinham então dupla função: 1) Proporcionar aos graduandos concluintes a possibilidade de prática; 2) Atendimento psicológico no modelo individualizado para a comunidade carente (Löhr & Silveiras, 2006).

A escolha desse modelo de atendimento pelos SE ocorreu principalmente pelo fato de a área da Psicologia Clínica ser a que mais propiciou aos Psicólogos o trabalho de forma autônoma (Mello, 1975). Esta preferência pela Clínica particular tornava o trabalho dos psicólogos restrito à população economicamente privilegiada e o fazia ficar preso à ambigüidade do termo “Clínica Psicológica”, que permitia que fossem incluídas, numa mesma nomenclatura, todas as atividades e serviços que faziam parte de diversas áreas da Psicologia.

Os SE enfatizaram como função a aprendizagem do estagiário, estabelecida a partir dos modelos existentes e dos profissionais disponíveis, não considerando as características da população, as demandas existentes e as necessidades sociais. Estas eram consideradas como secundárias, formando estagiários com condutas orientadas pelos seus interesses, pelas técnicas de trabalho a exercitar ou pelas necessidades dos alunos.

Segundo D’Ajello (2002), os SE priorizavam o conveniente para a “formação do aluno” e não para o atendimento de necessidades sociais. Ancona Lopez (1981)

confirma esse dado em seus estudos que avaliaram os trabalhos oferecidos pelos SE existentes em São Paulo, no final da década de 1970 e descobriu que os serviços oferecidos à população não atendiam às suas necessidades. Resultados semelhantes chamaram a atenção de pesquisadores como Carvalho e Terzis (1988); Santos (1990); Barboza (1992) e Santos, Moura, Pasian e Ribeiro (1993) que realizaram pesquisas sobre as características dos serviços-escola e encontraram semelhantes problemas com relação à prioridade desses serviços serem orientados para necessidades puramente acadêmicas. As descobertas de Ancona Lopez (1981) motivaram estudos e pesquisas para descobrir novas práticas de atendimento psicológico, ao longo das duas últimas décadas do século XX. Larrabure (1982); Ancona Lopez (1987); Yehia (1994); Ancona Lopez (1996), com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos SE à população, deixaram uma contribuição importante em relação a isso.

Os estudos de Santos et al. (1993), de caracterização da clientela adolescente e adulta do SE da USP-Ribeirão Preto entre 1987 e 1989 constataram um elevado nível de desistência, também encontrado em outros SE e em serviços públicos de atendimento psicológico à população. Esse dado pode indicar que, nesses contextos, o cliente deve se adequar aos modelos oferecidos em detrimento de receber o atendimento mais indicado às suas necessidades (Löhr & Silveiras, 2006).

A busca de um entendimento de como melhorar a atuação dos SE levou Silveiras a propor para a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), a criação de um grupo de trabalho em Serviços-escola, que se reúne em todos os encontros da ANPEPP e sintetiza as pesquisas e discussões de temas pertinentes às Serviços-escola realizadas pelos membros do grupo, no intervalo entre os encontros que ocorrem a cada dois anos.

Esse tema encontrou espaço nos debates governamentais em 2004, visando redimensionar as atividades propostas pelos Serviços-escola, através da Oficina Aprender SUS, promovida pelo Ministério da saúde em parceria com o Ministério da Educação. Nesse debate tomou espaço a importância de os cursos de formação em profissões da Saúde capacitarem futuros profissionais da saúde na condução de ações de Saúde Pública, muitas delas atreladas ao SUS. Isto requer uma aliança entre os

Ministérios da Saúde e da Educação, pois envolve ações em saúde pública e também a participação das instituições formadoras, ao incluírem na graduação disciplinas e outras atividades que capacitem os futuros profissionais para atuação em saúde comunitária (Ministério da Saúde, 2004).

1.1.3 Por que inverter o fluxo de atendimento nos SE?

A forma de atendimento tradicional utilizada pelos SE tem recebido severas críticas (por exemplo, Macedo, 1984; Sanches, 1985; Carvalho & Terzis, 1988; Silvaes, 2000; Löhr & Silvaes, 2006). Somam-se a esses Witter e cols. (1992), que apontam para a carência de pesquisas sobre a organização, os processos e a eficiência dos atendimentos oferecidos como estágio para os alunos de psicologia. Eles concluem pela importância de investigações sobre as formas mais eficientes de proporcionar aos estagiários a melhor formação e de facilitar-lhes mais a sua inserção na realidade social existente.

Esforços nessa direção foram empreendidos por Silvaes através de seu estudo no SE do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP - (Silvaes, 2000). Como exemplo dessa atuação do SE, Silvaes apresenta alternativa para o atendimento psicológico na modalidade de intervenção comunitária, propondo um programa em que a clínica vai à escola e propicia o atendimento de crianças, inovando o trabalho psicológico. Ela apresenta a ideia de sucursal do SE, que pode ser um espaço situado próximo a um grupo de clientes de risco, alvo de um ou mais programas de intervenção clínica do SE e que permita o acesso do quadro básico do SE para implantação dos programas de intervenção clínica.

Em sua pesquisa, Silvaes utilizou uma escola de educação básica na periferia do município de São Paulo como sucursal do SE do IPUSP. O atendimento se deu com 107 crianças, sendo 30 indicadas e 77 não indicadas pelos professores como portadoras de algum problema comportamental. Também foram atendidos os seus professores. A intervenção se deu de forma grupal em sala destinada ao projeto.

Os resultados demonstraram a eficiência da proposta de inversão do caminho tradicional do SE. O principal benefício dessa inversão de fluxo de atendimento é a

diminuição da desistência, uma vez que a maior parte dos clientes dos SE são de baixa renda e residem distante do SE. Muitos desistem, portanto, pela falta de recursos para o transporte. Além disso, o aluno estagiário também é beneficiado por sua inserção na realidade social em que o cliente encontra-se e pela interação com outros profissionais que o recebem na sucursal. Essa experiência proporciona ao aluno o desenvolvimento de habilidades essenciais para a sua futura prática profissional (Silvares, 1998, 2000).

Harold e Harold (1993) também descrevem clínicas sediadas em escolas públicas nos EUA como a solução para as necessidades na área da saúde mental de adolescentes. Este fato evidencia, já há algum tempo, a existência de iniciativas de pesquisadores isolados na busca de uma ampliação da intervenção psicológica.

1.2 A supervisão a distância mediada pela internet como alternativa ao atendimento dos SE

1.2.1 Definição de supervisão em Psicologia

O termo supervisão, segundo vários dicionários, refere-se a dirigir, orientar, inspecionar. Em sua origem, a palavra supervisor refere-se àquele que revisa, aquele que vê. Esta atividade consolidou-se durante a Idade Média, e se referia ao tipo de relação existente entre o mestre de ofício e os aprendizes.

A supervisão faz parte do processo educativo onde o supervisor terá como tarefa ajudar o supervisionando a encontrar dentro de si, e com a ajuda dos colegas, algo pré-existente que foi sendo acumulado dentro do departamento do conhecimento e que tem que ser drenado para fora de sua cápsula. A supervisão sugere a existência de alguém mais experiente que possa lançar um novo olhar ao trabalho do outro.

A supervisão clínica é uma tarefa que exige, ao mesmo tempo, técnica, arte e sensibilidade. Os múltiplos aspectos envolvidos fazem dela um ato clínico, porque antes de tudo é uma ação de acolhimento, de sustentação à alteridade (Távora, 2002). Sem dúvida, o supervisor em Psicologia necessita de um preparo técnico superior, mas

também de habilidades terapêuticas bem aprimoradas, pois ele tem sobre si a responsabilidade de treinar futuros terapeutas.

1.2.2 A supervisão a distância

O uso da supervisão a distância é bastante difundido em várias áreas do conhecimento, como saúde, educação e informática. Ela surgiu pela urgência com que a sociedade atual impõe aos profissionais uma atualização contínua (Lévy, 2001) e pela necessidade deles em obter treinamento flexível para lidar com possíveis mudanças na execução de suas tarefas. Para tanto, o profissional precisa aprender novas habilidades cognitivas e sociais de alto nível, tais como a resolução de problemas, flexibilidade, agilidade, busca de soluções, o que exige uma contínua e sólida fundamentação científica e tecnológica (Haddad & Draxler, 2002).

1.2.3 A internet e a Educação a Distância (EAD)

A internet, segundo Maia (2002), deu à EAD um novo status, obrigando instituições de nível superior e empresas a encarar a EAD de uma nova forma: a que se chama educação e treinamento *online*. Em 2003, 11% dos lares brasileiros dispunham de Internet, ocupando a décima primeira posição no ranking mundial de usuários. Desde então, o uso dessa tecnologia cresceu vertiginosamente, como apresenta a Tabela 1.

Tabela 1: Número de usuários de internet no Brasil por ano, de 2006 a 2009.

<i>Milhões</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
Usuários de Internet (Fonte Ibope)*	32,5	39	62,3	66,3

* Total de pessoas com mais de 16 anos com acesso à internet em qualquer ambiente (casa, trabalho, escolas, universidades e outros locais)

Esses dados demonstram que de 2006 a 2009 o número de usuários de internet no Brasil dobrou (www.ibope.com.br). A acessibilidade facilitada pela popularização dessa mídia revolucionou o conceito de comunicação, diminuindo as distâncias e tornando possível a educação e o treinamento *online* também na Psicologia.

1.2.4 Os benefícios da EAD e do treinamento *online*

1.2.4.1 Aproximação dos participantes, economia de tempo e recursos

A EAD não mais se relaciona tão fortemente com um conceito de distância, pelo contrário, hoje é responsável por uma maior aproximação entre os seus participantes, tanto no sentido de ter diminuído a hierarquia entre professores e alunos quanto no sentido de ter ampliado as formas de contato entre ambos. Além disto, percebe-se nela mais uma alternativa educacional para atender a demanda de grandes massas de alunos impossibilitados de comparecer pessoalmente à sala de aula, por falta de tempo ou de recursos financeiros.

1.2.4.2 Agilidade, rapidez no ensino e treinamento com qualidade

Cada vez mais instituições educacionais e empresas têm adotado a modalidade de educação a distância como forma de ensino e treinamento de maneira ágil e rápida, sem perder, evidentemente, a qualidade. Igualmente importante, revela-se a ampliação de cursos de capacitação, mestrados e pós-graduações que se utilizam da EAD para promover uma educação permanente e atualizada. O panorama presente, portanto, remete à educação a distância numa ligação intrínseca com o desenvolvimento da comunicação virtual, através da formação de bancos de dados de utilização múltipla, e oferece à modalidade um caráter de excelência na formação profissional e acadêmica em todo o mundo. Lévy (2001) afirma que “o ciberespaço será o principal ponto de apoio de um processo ininterrupto de aprendizagem e ensino da sociedade por si mesma, confirmando as perspectivas dos compromissos assumidos em conferências internacionais da educação do direito de aprender por toda a vida”.

1.2.5 As dificuldades da EAD e do treinamento *online*

1.2.5.1 A desistência do “*trainee*”

Apesar de seus grandes benefícios, a EAD apresenta também dificuldades para muitos que chegam a desistir dessa modalidade de ensino. Os poucos estudos sobre os fatores de desistência apresentam que de modo geral é alta a evasão nessa modalidade de aprendizagem, podendo variar entre 30 a 60% (Lhullier & Nunes, 2004). Os principais fatores de desistência de EAD e do treinamento *online* são as características pessoais do cliente e os problemas relacionados ao planejamento dos cursos ou treinamentos.

1.2.5.2 A desistência e as características pessoais

As características pessoais de maior relevância para a desistência nesse processo, como apresentam Zerbini e Abbad (2005) são as competências complexas de autogestão de aprendizagem, que são fortemente influenciadas por disposições individuais.

Em seu estudo sobre as características da clientela e fatores de evasão de cursos a distância, Brauer, Abbad e Zerbini (2009) encontraram as médias mais elevadas para os aspectos relacionados à falta de tempo. Outros fatores como a disposição dos indivíduos também foram encontrados por Colquit et al. (2000). A conscienciosidade e a ansiedade foram também encontradas como tendo efeito indireto sobre a motivação para aprender. Nesse sentido, percebe-se que alunos mais velhos demonstraram menor motivação, aprendizagem e eficácia pós-treinamento, sendo maior a evasão entre eles (Brauer, Abbad e Zerbini, 2009).

1.2.5.3 A desistência e o planejamento dos cursos ou treinamentos

Roullier e Goldstein (1993) e Abbad et al (2003) apresentam estudos que relatam fatores ligados ao planejamento dos cursos, como o uso indevido de instrução e treinamento para fins de disseminação de informações e conhecimentos simples; análise pouco sistemática da necessidade ou uso de procedimentos inadequados de mapeamento de competências como subsídio para o desenho das situações de aprendizagem; e aplicação indevida de treinamento em situações nas quais a incompetência do indivíduo não se deve à falta de habilidades ou motivação, mas a condições inadequadas de trabalho, como cultura, clima, suporte gerencial e material.

1.3 O tratamento da Enurese como uma possibilidade de aplicação da supervisão a distância pela internet

Nesse trabalho optou-se por aplicar a supervisão a distância pela internet ao tratamento da Enurese (EN). Como já mencionado na apresentação deste, esta opção foi motivada pelo fato de que o tratamento desse transtorno tem alcançado significativos avanços e possui hoje um protocolo bem desenvolvido e documentado de eficácia, permitindo assim a sua ampliação e difusão de forma confiável. A seguir, são apresentados

1.3.1 Definição

A Enurese Noturna (EN) é considerada um dos mais prevalentes e mais crônicos transtornos da infância, podendo se tornar, principalmente para as crianças mais velhas, um problema estressante e limitador (Butler, 2004). Apesar de não haver consenso quanto à definição de EN, os estudos mais recentes apresentam uma maior consistência ao defini-la, através de critérios diagnósticos mais objetivos Pereira (2010).

Na Tabela 2 são comparados os critérios diagnósticos para EN da *International Children's Continence Society* (ICCS, Nevéus et al., 2006) com os critérios do DSM-IV TR (APA).

Tabela 2 - Critérios diagnósticos para a Enurese noturna segundo a *International children's Continence Society* (ICCS) e segundo o DSM-IV TR (APA).

<i>Critério diagnóstico</i>	<i>ICCS</i>	<i>APA (DSM-IV)</i>
Frequência	1 episódio por mês	2 episódios por semana por pelo menos 3 meses
Idade	5 anos	5 anos
Característica da micção	Voluntária ou involuntária, na cama ou na roupa Micção não se deve a uma condição clínica geral como diabetes, espinha bífida etc.	Micção fisiologicamente normal durante o sono
Características dos episódios	Episódios discretos em grande quantidade	Não específica
Outros aspectos	Não específica	Frequência menor pode ser considerada no caso de sofrimento para a criança

Fonte: Pereira, 2010.

Um aspecto que pode gerar dificuldades de compreensão quanto aos critérios de definição de EN é o fato de o DSM-IV apresentar que a micção não deve ocorrer por conta de uma condição geral, ao passo que a ICCS fala em micção normal. Neste estudo será considerada a norma do DSM-IV TR.

1.3.2 Classificação

A Enurese pode ser classificada como primária ou secundária. É primária quando nunca houve o controle urinário. É secundária quando este controle já tenha

ocorrido, por pelo menos seis meses e depois se tenha perdido. Embora o DSM-IV-TR não especifique esse período, ele é referido na literatura para a definição da Enurese secundária. Ela pode também ser classificada como diurna, quando os episódios se dão no período de vigília ou noturna, quando ocorrem durante o sono. Há também casos em que se apresenta nos dois períodos, sendo classificada como diurna e noturna. Nem todos os autores concordam com essa terminologia, havendo aqueles (Nevéus et al., 2006) que defendem o uso do termo incontinência diurna para os casos em que os episódios se dão no período de vigília.

É classificada ainda como monossintomática quando os episódios ocorrem apenas no período de vigília, e não-monossintomática quando eles ocorrem no período diurno ou noturno associados a urgência miccional, escapes urinários, sensação de plenitude vesical, 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.

1.3.3 Prevalência

A Enurese é referida na literatura como um dos problemas da infância com a mais alta taxa de prevalência. Para as crianças de sete anos de idade chega a variar de 5% dos meninos e 0,5% das meninas em Hong Kong a 16,2% dos meninos e 18,7% das meninas no Sudão (Butler, Golding, & Northstone, 2005).

Um estudo realizado na Inglaterra (Butler et al., 2005) investigou a prevalência da Enurese entre crianças de 7,5 anos de idade. Ele evidencia o impacto da definição de Enurese sobre os resultados obtidos. Os resultados indicaram que 20,2% dos meninos e 10,5 % das meninas molhavam suas camas. A maioria dessas crianças apresentava a frequência de uma vez por semana ou menos, e somente 3,6% dos meninos e 1,6% das meninas apresentavam a frequência definida pelo DSM-IV (duas vezes por semana pelo menos) (Butler et al., 2005).

Os estudos indicam uma maior prevalência da Enurese em meninos, com taxas igualando-se na adolescência (Butler, 2004). Estudos longitudinais sobre a história natural da Enurese não são mais possíveis porque seria considerado antiético não tratar crianças enuréticas. Hjalmas et al. (2004) indica uma taxa de remissão

espontânea anual de 14% entre cinco e nove anos; 16%, entre 10 e 19 anos; e uma prevalência de 3% acima de 20 anos (Hjalmas et al., 2004).

A Enurese é mais comum em grupos de nível sócio-econômico mais baixo e em crianças institucionalizadas (Fritz et al., 2004). Essas diferenças de prevalência foram reportadas por dois estudos no Brasil. Em uma amostra com crianças de cinco a nove anos, foi encontrada uma associação significativa entre prevalência da Enurese e nível econômico, com frequência igual a zero para a Classe A, 8,5% para Classe B, e 31,1% para Classe E (Mota et al., 2005). Em outro estudo que comparou um grupo de crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, com idades entre 4 e 11 anos, a diferença na prevalência da Enurese foi significativa (47% versus 27%) (Barroso et al., 2006).

1.3.4 Etiologia

A literatura não vê a etiologia da EN como uma questão fechada (Nevéus, 2009), mas aponta hipóteses causais que podem ser agrupadas em três áreas: atraso no desenvolvimento, fatores genéticos e fatores psicossociais (Butler, 2004). Alguns autores (Hjalmas et al., 2004) afirmam categoricamente que os fatores genéticos são proeminentes e que os fatores ambientais (somáticos e psicossociais) exercem principalmente efeitos modulatórios sobre o fenótipo. Atualmente, parece haver consenso entre os principais pesquisadores da área de que a Enurese é um transtorno heterogêneo (Butler, 2004; Hjalmas et al., 2004). Isso quer dizer que diferentes grupos de crianças enuréticas apresentam diferentes mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao problema. O reconhecimento da heterogeneidade sugere que nenhum fator causal é universalmente válido e que, em cada caso, as influências etiológicas são potencialmente diferentes (Butler, 2004).

Em seu estudo realizado com gêmeos, Ooki (1999) encontrou taxas de concordância maiores em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, sugerindo a existência de determinantes genéticos. A taxa foi mais alta em meninos de três a quatro anos e meninas com idade entre cinco e oito anos. Os estudos de genética molecular, entretanto, não são conclusivos quanto ao estabelecimento de relações entre genótipo e fenótipo de EN ou incontinência (Loeys, Hoebeke, Raes, Messiaen, De Paepe e Walle, 2002).

Em seu estudo de revisão, Von Gontard, Schaumburg, Hollmann, Eiberg e Rittig (2001), apontam que apesar de os fatores genéticos serem importantes, os somáticos, psicossociais e ambientais têm um papel modulatório predominante. Os autores afirmam ainda que o padrão de transmissão é o autossômico dominante de alta penetração. A revisão dos estudos sobre a genética da enurese, que vem sendo investigada desde os anos 1930, mostra que a heterogeneidade dos sintomas e dos loci não permitem afirmações precisas sobre a relação entre os genes e os quadros de EN (Pereira, 2010).

Segundo Butler e Holland (2000), a etiologia da EN pode ser mais bem compreendida através do que denominam de modelo de três sistemas, sendo que cada um destes envolve um possível mecanismo responsável pelas molhadas na cama.

1.3.4.1 Dificuldades no sono e despertar

É comum entre as crianças o controle da urina durante do dia e não durante a noite. Por isso, a hipótese de senso comum é que o problema está na intensidade do sono delas. Crianças com EN são vistas pelos pais como tendo sono profundo, e Wille (1994) afirma que elas são mais difíceis de serem acordadas do que as não portadoras de EN. Butler (1994) concorda que a enurese não é consequência de sono pesado, e afirma que ela é um resultado da incapacidade de responder aos sinais da bexiga durante o sono. “Quando os sinais da bexiga assumem importância, a criança desenvolverá o controle através do segurar (contraindo os músculos pélvicos) ou acordando” (p. 28). Uma das chaves para o tratamento da enurese, então, é tornar os sinais da bexiga importantes.

A maturação parece explicar melhor esse aspecto. Segundo Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke, & Walle (2007), um atraso no desenvolvimento do sistema nervoso estaria afetando os núcleos do tronco cerebral responsáveis pela inibição da contração detrussora durante o sono. Os autores argumentam que esse atraso pode causar a EN, mas a maturação desses núcleos, com a EN uma vez instalada, não é suficiente para que as crianças portadoras dessa queixa deixem de molhar a cama. Portanto, o mecanismo de “cura” seria outro.

A performance motora das crianças com EN é menor do que as que não têm essa queixa, segundo o estudo feito na Alemanha por Von Gontard, Freitag, Seifen,

Pukrop & Röhling (2006). Isto pode indicar que, além do atraso no desenvolvimento do tronco cerebral, partes do córtex podem desempenhar um papel na EN.

Sobre o sono de crianças portadoras de EN, Nevéus (2009) encontrou que ele é mais superficial do que o daquelas que não têm esse problema, mas, paradoxalmente, são mais difíceis de despertar por conta de um limiar elevado, uma vez que o cérebro parece priorizar a integridade do sono frente a reação a estímulos. No entanto, os estudos relativos a essa hipótese ainda são preliminares.

1.3.4.2 Poliúria noturna

A alta produção de urina no período noturno é devido ao fato de os rins deixarem de concentrar a urina à noite, como ocorre normalmente, por uma deficiência na liberação de vasopressina. Estudos mostram que tratamentos com desmopressina, hormônio sintético, diminuem a incidência de noites “molhadas”, e que estas estão relacionadas com a quantidade de urina produzida durante a noite (Hansen & Jorgensen, 1997), o que, em tese, confirmaria a hipótese da poliúria noturna como fator causal da EN.

1.3.4.3 Atividade detrussora disfuncional

É a instabilidade do músculo detrussor durante o sono (Houts, 1991). O escape urinário seria produzido por contrações espontâneas da bexiga. Haveria um relaxamento da musculatura pélvica e contração involuntária do detrussor, o que está associado à micção. As Crianças sem EN respondem ao enchimento da bexiga com contração do esfíncter e inibição das contrações involuntárias do detrussor, o que permite que elas continuem dormindo sem urinar ou que respondam acordando à sensação de bexiga cheia, caracterizando a noctúria. Os pesquisadores belgas Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke & Walle (2007) evidenciaram que de fato as crianças com EN têm um déficit maturacional no núcleo responsável pela inibição das contrações involuntárias da bexiga, impossibilitando a resposta que lhes permitirá continuar dormindo sem que o episódio de EN ocorra. Como a bexiga geralmente não se enche totalmente, também é comum que a atividade detrussora disfuncional esteja associada.

1.3.5 Tratamentos

Vários métodos de tratamento são utilizados, isoladamente ou conjugados, na busca da superação da EN. Apesar da existência de pesquisas que demonstram serem muitos desses métodos apenas parcialmente efetivos a longo prazo, eles são citados pela alta frequência com que são utilizados. Os principais são: medicamentoso, com alarme e com treino.

1.3.5.1 Medicamentoso

Os principais medicamentos no tratamento de EN de acordo com Nevéus (2010) são: a) Imipramina (Tofranil), que apresenta bom resultado apenas a curto prazo, b) Oxibutinina (Ditropan, Retemic), que apresenta resultado inferior ao da Imipramina, mas também não se mantém a longo prazo – como a Imipramina, age sobre a musculatura pélvica; c) Desmopressina (DDAVP), que é o variante sintético do hormônio antidiurético, agindo nos túbulos distais do rim com o fim de concentrar a urina e diminuir o volume produzido durante a noite. Para Hjalmas et al.(2004), a desmopressina alcança níveis de eficácia de recomendação A, sendo superior aos demais. Um estudo de Chiozza, Plebani, Scaccianoce, Biraghi e Zacchello (1998) mostra que os pacientes tiveram aumento na produção de vasopressina a longo prazo, após o tratamento com o hormônio artificial.

1.3.5.2 Alarme de Urina

A utilização do aparelho de alarme de urina para EN tem sido objeto de vários estudos. Apesar de várias pesquisas apresentarem a eficiência dessa modalidade de intervenção (Butler, 2004, Jensen & Kristensen, 2001; Glazener & Evans, 2001; Jensen & Kristensen, 1999; Pretlow, 1999), não há consenso quanto às taxas de sucesso, que se encontram entre 60 a 70%. Essa variação é influenciada pelo tipo de Enurese, duração do tratamento e critério de sucesso adotado. Butler e Gasson (2005) identificaram uma amostra homogênea para a qual a taxa de sucesso foi de 65%. Os parâmetros utilizados por eles foram: a) *Critério de sucesso*: período de 14 noites secas consecutivas; b) *Tempo de uso do alarme*: no mínimo seis semanas; c) *Intervenção apenas com alarme*: sem nenhum outro tipo de intervenção; d) *Exclusão*: Excluiu-se do estudo crianças com incontinência urinária.

Uma revisão da Cochrane (Glazener, Evans & Peto, 2005) apresenta a superioridade da intervenção com alarme sobre os tratamentos farmacológicos. Esses dados vão ao encontro dos estudos de Houts (2003), que evidenciam a incongruência de se utilizar prioritariamente medicamentos para EN. Quando realizado em conjunto com um procedimento de prevenção de recaída, a taxa de retorno dos sintomas situa-se em torno dos 10% (Houts, 2003), dando ao tratamento com alarme uma eficácia significativa também a longo prazo.

Apesar de ainda não se conhecer ainda precisamente os mecanismos de ação do alarme no controle da EN, várias propostas tem sido feitas nesse sentido. Dentre elas, destacam-se: o aumento na expectativa de sucesso; alteração de fatores sociais e motivacionais, uma vez que as conseqüências da Enurese tornam-se mais próximas do evento; condicionamento de esquiva, pelo desconforto ocasionado pelo som do alarme e ter de acordar no meio do sono para os procedimentos seguintes, dos quais a criança aprende a se esquivar pela contração da musculatura pélvica ou do despertar espontâneo para esvaziar a bexiga; condicionamento clássico, com o ruído do alarme produzindo uma resposta condicionada de contração dos músculos pélvicos e/ou acordar na presença da contração dos músculos detrussores; aumento da produção do hormônio antidiurético, vasopressina, em resposta ao estresse de acordar com o alarme; aumento da capacidade funcional da bexiga (Butler, 2004; Butler & Gasson, 2005). Essa última proposta é também favorecida por Houts (2003), que compreende a aquisição do controle pelo alarme como um processo de esquiva ativa, no qual as respostas são mantidas por reforçamento negativo.

A eficiência do tratamento com alarme é comprometida, em casos nos quais há uma alta taxa de intolerância dos pais (Butler, Holland, Devitt, Hiley, Roberts e Redfern, 1998). Essa condição é um preditor de desistência do tratamento e, portanto, o alarme é contraindicado. O mesmo pode-se dizer nos casos em que a criança apresente problemas externalizantes como comportamentos opositores e de não seguimento de regras (Mellon & Houts, 1995), devendo buscar-se outra alternativa de tratamento enquanto esses problemas não se resolvam, ou ao menos diminuam. Há também dificuldades no progresso do tratamento com alarme em crianças com

problemas de comportamento internalizante (Ehrlick, Mellon, Whiteside, Witts & Choma, 2005).

Apesar de ser apontado como a melhor primeira opção de tratamento para EN, o alarme não é eficiente para todos os casos. É necessário que se investigue em cada caso a opção mais adequada e a necessidade de procedimentos adicionais, conforme aponta uma revisão da literatura recente (Silvares, Pereira e Sousa, no prelo). Um estudo de Van Kampen e cols. (2009) separou 63 crianças, sendo que 32 fizeram exercícios para aumentar a capacidade da bexiga antes do tratamento com alarme e 31 apenas realizaram o tratamento sem os exercícios. Chegou-se à conclusão de que, embora de fato o volume máximo urinado possa ser aumentado pelo procedimento experimental, isso não se reverte em ganhos no tratamento com alarme. Essa constatação é confirmada pelo trabalho de Van Hoeck e cols. (2008), que dividiram 159 crianças em 5 grupos, sendo que em quatro deles buscou-se aumentar o volume máximo urinado através de procedimentos comportamentais ou medicamentosos e um grupo controle, em que tais procedimentos não foram empregados. Todas as crianças passaram pelo tratamento com alarme, e verificou-se que o aumento do volume urinado não trazia ganhos para o controle urinário. Por outro lado, os autores constataram que tratamentos anteriores e idade precoce (menos de 8 anos) podem ser preditores da resposta positiva ao alarme.

1.3.5.3 Treino

O Treino para o tratamento da EN é chamado por Houts (2003) de *Full spectrum Home Training (FSHT)*. Ele é estruturado em quatro bases: 1) Tratamento básico com alarme de urina; 2) treino de limpeza; 3) treino de controle de retenção e 4) superaprendizagem. Também fazem parte dele o acordo de suporte familiar relativo ao tratamento, que é uma espécie de contrato firmado por escrito entre crianças e seus cuidadores. Há também o uso de protocolos de visita para o tratamento e acompanhamento posterior por telefone.

Em estudos realizado por Kampen, Bogaert, Feys, Baert, Rayemaeker e Weerdt (2002), encontrou-se que de 60 pacientes tratados com FSHT, 52 (87%) obtiveram sucesso dentro de 98 dias. Verificou-se também um aumento significativo na capacidade funcional da bexiga após o tratamento.

Na busca de práticas que facilitassem o uso do alarme e o aumento da probabilidade de sucesso, Butler (1994) sugere algumas, tais como: rotinas costumeiras, treino de bexiga, técnicas de despertar e ingestão. Algumas delas correspondem com aquelas presentes no FSHT.

1.3.5.4 Intervenção Psicoeducacional para os pais e cuidadores

A família tem um papel muito relevante no tratamento da EN. Uma criança com essa queixa pode ser levada a ter sentimentos de culpa, embaraço e vergonha, esquivas de atividades sociais, um senso de ser diferente dos outros, atitude de vitimização e autoestima baixa. Os pais tipicamente se acomodam ao problema com um senso resignado de impotência. Segundo Butler & McKenna (2002), os pais tendem a acreditar que a Enurese não é passível de controle. Eles tipicamente procuram explicações causais nas áreas de sono pesado, reatividade emocional e na dotação genética. Nos casos em que a intolerância dos pais à EN se apresenta, eles tendem a punir os filhos por acreditar que eles são capazes de controlar a EN.

A intervenção psicoeducacional para os pais é uma estratégia muito utilizada quando se insere a família no processo de tratamento. As pesquisas sobre essa modalidade de intervenção têm evidenciado sua importância (Herman e Miyazaki, 2007; Baraldi, 2002; Yacubian, J. & Neto, F. L., 2001; Marinho e Silveiras, 2000; Silveiras, 1995). Para Mueser & Glynn (1995), os principais objetivos dessa modalidade de intervenção são os seguintes: 1) Legitimar o problema (queixa, doença); 2) Promover a aceitação familiar do problema; 3) Reconhecer os limites que o problema impõe ao paciente; 4) Desenvolver expectativas realistas em relação ao problema; 5) Reduzir a responsabilidade (culpa) da criança; 6) Reduzir as emoções negativas dos membros da família; 7) Diminuir culpa, ansiedade, depressão, raiva e isolamento; 8) Mostrar para parentes e pacientes que eles não estão sozinhos; 9) Fornecer (fomentar) um espírito colaborador na luta contra o problema; 10) Recrutar a cooperação dos membros da família com o plano de tratamento; 11) Explicar intervenções psicológicas e demais procedimentos; 12) Ajudar os familiares a reforçar a participação do paciente no tratamento; 13) Melhorar as habilidades familiares para monitorar o problema; 14) Reconhecer sinais precoces de recaída; 15) Saber como se comportar para impedir

recaídas procurando a equipe responsável pelo tratamento; 16) Monitorar a adesão ao tratamento e os efeitos colaterais se existirem.

A modificação dos padrões de interação é fundamental para o sucesso do tratamento e a manutenção dos ganhos terapêuticos (Costa, 2005; Pereira, 2006).

1.4 Os trabalhos realizados pelo Projeto Enurese

Além das investigações do Projeto Enurese, há poucas pesquisas sobre EN no Brasil. Os estudos encontrados tratam do diagnóstico diferencial entre EN e disfunção miccional (Mota, Victoria & Hallal, 2005), revisões de literatura (Menezes, 2001). Há apenas um que se denomina tratamento comportamental (Féra, Lelis, Glasham, Nogueira e Bruschin, 2002), mas que na verdade se limita à implementação de algumas mudanças de hábito, realizadas sem o auxílio do alarme. O índice geral de sucesso no tratamento dessa queixa situa-se dentro da faixa apontada como normal pela literatura, entre 60 e 75% (Butler & Gasson, 2005).

A seguir são apresentados os trabalhos realizados pelo Projeto Enurese, cujos resultados vão ao encontro de outros estudos que visam reduzir a frequência de episódios enuréticos durante o sono (HiraSing, van Leerdam, Bolk-Bennink & Koot, 2002, Kampen et al., 2002, Butler & Gasson, 2005).

1.4.1 O atendimento infantil em grupo e o grupo de orientação de pais

O estudo de Silva (2004), realizado com 24 crianças de ambos os sexos, atendidas em quatro grupos, investigou o atendimento em grupo de terapia infantil associado ao aparelho de alarme e grupo de orientação de pais. Do total dos participantes, 15 (62,5%) obtiveram alta no tratamento, superando a queixa. Verificou-se também que, ao final do tratamento, em 15 (80,9%) dos participantes houve uma redução significativa dos escores de problemas de comportamento. Houve também redução significativa nos escores de intolerância materna. Esses dados evidenciam que

o tratamento comportamental para EN também é eficiente para alteração dos problemas de comportamento e intolerância à EN.

1.4.2 O atendimento individual e em grupo para adolescentes

Costa (2005) comparou o atendimento em grupo com o individual. Para isso, atendeu 22 adolescentes, de ambos os sexos, sendo 14 em dois grupos e oito de forma individual. Do total, 15 (68,1%) atingiram o critério de alta no tratamento. Ao final da intervenção também verificou-se a redução nos escores para problemas de comportamento em 12 (63,1%) participantes. A redução da intolerância materna à EN também foi verificada em 14 (73,6%) dos participantes. O estudo apresentou que o tratamento individual foi ligeiramente mais efetivo, tanto na quantidade de sucessos como no tempo despendido até o seu alcance.

1.4.3 O atendimento para crianças e adolescentes em grupo e individual

Pereira (2006) realizou estudo com 32 crianças e adolescentes, divididos em quatro grupos, objetivando comparar a eficácia de protocolos de atendimento individual e grupal e a eficácia quando se separa os participantes por faixa etária. Obteve eficácia em 66% dos casos, quanto à superação da queixa de EN. Não foram verificadas diferenças significativas nos resultados das modalidades de atendimento grupal e individual, nem nos resultados entre crianças e adolescentes.

O estudo também evidenciou não haver relação clara entre os problemas de comportamento e o resultado do tratamento. Para os adolescentes, o atendimento individual reduziu, na maioria dos casos, os escores de problemas de comportamento, mas o atendimento em grupo, além de não produzir os mesmos resultados, produziu aumento nos escores em dois casos num nível mais elevado do que o observado em outros grupos. Para as crianças, o atendimento em grupo propiciou uma redução nos escores, mas o atendimento individual infantil não produziu o mesmo. Esses dados evidenciam não haver, portanto, uma relação entre os tipos de atendimento e a variação nos escores de problemas de comportamento.

1.4.4 Os problemas de comportamento e os resultados do tratamento para EN primária

O estudo de Arantes (2007) investigou a relação entre os problemas de comportamento e os resultados no tratamento de EN. Foram atendidas 20 crianças, sendo que a metade apresentava escores clínicos para problemas de comportamento. Essas últimas demonstraram-se como as que levaram mais tempo para obter sucesso no tratamento. Do total, sete (35%) obtiveram alta no tratamento e seis (30%) desistiram. Verificou-se também que, além da redução da taxa de molhadas noturnas, houve também a redução nos escores de problemas de comportamento em 11 (55%) dos casos ao final do tratamento.

1.4.5 O efeito da terapia comportamental para EN sobre outros problemas de comportamento

O estudo de Pereira, Costa, Rocha, Arantes e Silveiras (2009) coletou as informações de 97 prontuários de crianças e adolescentes atendidos no período de 2002 a 2006 pelo Projeto Enurese. Verificou-se redução significativa nos escores médios de problemas de comportamento das crianças atendidos com alarme na intervenção presencial, independentemente do resultado obtido.

1.4.6 As variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para EN

Pereira (2010) investigou se um conjunto de variáveis atuaria como moderador do resultado do tratamento com alarme influenciando positiva ou negativamente o desempenho dos participantes atendidos. O estudo incluiu 61 crianças e adolescentes de 6 a 17 anos que receberam tratamento com alarme, sendo que 34 foram acompanhados à distância e 27 presencialmente. No total, 37 (60,6%) participantes obtiveram sucesso, caracterizado por 14 noites consecutivas sem episódios, num período de 28 semanas. Doze participantes não obtiveram sucesso e outros 12 desistiram.

O estudo encontrou as seguintes variáveis como moderadoras do resultado do tratamento: tipo de acompanhamento (grupo acompanhado à distância obteve mais casos bem sucedidos), frequência inicial de episódios (participantes que obtiveram sucesso tinham menos episódios, em média, no início do tratamento) e nível de problemas de comportamento (participantes que não obtiveram sucesso tinham

escores maiores de problemas de comportamento externalizantes). Os resultados demonstraram a efetividade do alarme e indicam os aspectos que devem receber atenção do clínico ao administrar esse tipo de tratamento.

1.5 A experiência do terapeuta e o resultado do tratamento

O resultado da intervenção psicoterápica dependerá da interação de variáveis relacionadas ao paciente, ao terapeuta e à relação estabelecida entre eles (Peuker et al., 2009). Esses autores apresentam ainda que as variáveis relacionadas ao terapeuta, que podem repercutir tanto no processo como na resposta à intervenção, são: a sua competência técnica, a sua experiência clínica e seu estilo pessoal.

Embora exista consenso na literatura quanto aos benefícios gerados pela psicoterapia (Roth & Fonagy, 2005), ainda se faz necessário conhecer em profundidade quais aspectos desta prática favorecem resultados positivos. Neste estudo buscou-se verificar se, entre outras variáveis, a experiência do terapeuta é importante para o resultado do tratamento supervisionado pela internet.

Vários estudos (Garfield, 1995; Dunkle e Friedlander 1996; Prado, 2002; Novaki, 2003; Donadone & Meyer, 2005) confirmam que o comportamento dos terapeutas mais experientes ao longo das sessões difere dos terapeutas menos experientes, favorecendo, assim, os resultados do tratamento. A experiência do terapeuta, juntamente com o número de sessões, também é indicada por alguns estudos (Lhullier, 2002; Renk & Dinger, 2002) como motivo de sucesso ou de abandono do tratamento.

Banaco (1996) identificou diferenças significativas entre as intervenções durante as sessões de atendimento, de terapeuta experientes e terapeutas inexperientes. Os terapeutas experientes apresentaram mais intervenções durante a sessão e sabiam explicá-las claramente. Por outro lado, terapeutas inexperientes ficavam sob o controle de regras envolvidas no aprendizado de atender e apresentaram ausência total de verbalizações sobre autopercepção. Portanto, a literatura sugere diferenças no comportamento de terapeutas experientes e terapeutas iniciantes.

O estudo de Jung et al. (2007) também apresenta a tendência de melhores resultados em psicoterapia conduzida por terapeutas mais experientes, obtendo uma correlação positiva entre o tempo de experiência e o resultado do tratamento.

1.6 A desistência do cliente em psicoterapia

A desistência do tratamento por parte do cliente é um problema recorrente no atendimento psicoterápico e que necessita de maiores estudos (Melo & Guimarães, 2005; Alvarez & Silveira, 2002; Bueno et al. 2001).

1.6.1 Definição

A desistência, ou abandono, em psicoterapia refere-se àquelas situações de interrupção do tratamento sem que haja indicação para tal encaminhamento por parte do terapeuta (Lhullier; Nunes, 2004). Outros autores a definem como as situações daqueles que nem iniciam o atendimento como as dos sujeitos que o interrompem após comparecimento em determinado número de sessões (Renk & Dinger, 2002; Bueno et al., 2001).

Para Silveiras (2006) os termos abandono ou evasão são definidos como ruptura ou interrupção (declarada ou não) do vínculo existente entre o cliente e a instituição de atendimento psicológico sem que haja acordo entre ambas as partes sobre a ruptura. Dessa forma, abandono inclui os casos de desistência, mas não os casos em que há interrupção do tratamento porque o motivo da busca já não existe mais.

1.6.2 Preditores de abandono de psicoterapia

1.6.2.1 Aspectos sociodemográficos

Uma meta-análise realizada na última década (Bueno et al., 2001) encontrou como mais freqüentes os seguintes aspectos ligados à desistência: os jovens, a distância do local de atendimento, os indivíduos solteiros e de nível socioeconômico baixo. Foram também identificados como aspectos de menor frequência: as características familiares (número de filhos, dificuldades familiares), a ocupação do paciente e a presença de apoio social (seguro saúde e rede de integração social).

Em uma análise de trabalhos sobre abandono terapêutico compreendendo pesquisas realizadas nas décadas de 1970 a 1990, Walitzer, Dermen e Connors (1999) apresentam que o nível socioeconômico, o nível educacional e o pertencimento a grupos minoritários são fatores que permanecem constantemente associados ao abandono. Entretanto, apontam que mesmo sob a influência de características sociodemográficas como idade, sexo e local de residência, a interação com outros aspectos clínicos do caso, do terapeuta e do sistema interagem e determinam a maior ou menor intensidade desta influência para a aderência. Como exemplo disso, em uma investigação sobre abandono em 731 pacientes encaminhados para terapia, Issakidis e Andrews (2004) identificaram que fatores demográficos atuavam na permanência do tratamento, porém em menor intensidade quando comparados com as características clínicas dos pacientes.

1.6.2.2 Características pessoais e clínicas do cliente

As características clínicas mais relevantes para a desistência do tratamento encontradas por Walitzer et al. (1999) foram: isolamento social, agressividade, traços psicopáticos e baixa motivação. Bueno et al. (2001) apontam que, em termos clínicos, os transtornos de personalidade em geral, os estados psicóticos e a ocorrência de ideação paranóide são os quadros com maior dificuldade de engajamento no processo terapêutico e os que apresentam mais risco de abandono.

Os portadores de transtorno de personalidade borderline foram apontados como os de maior frequência de abandono de tratamento, principalmente pela dificuldade de vinculação (Romaro, 2002). Estudando mulheres com esse transtorno, Hummelen, Wilberg e Karterud (2007) identificaram que, em situação de psicoterapia grupal, mulheres com diagnóstico de transtorno borderline não permanecem em atendimento, necessitando de um ambiente de maior contingência afetiva, visto a intensidade das emoções vividas no setting terapêutico. Os casos de depressão são também apontados como freqüentes por Arnow e colaboradores (2007) (citado por Benetti & Cunha, 2008).

Há também um índice elevado de pacientes que não mencionam razões da desistência e outros que apontaram a dificuldade financeira como um fator responsável. Em um estudo sobre desistência do tratamento, Chilelli e Enéas (2000) encontraram vários indivíduos que relataram um sentimento de melhora, mas não

expressaram desejo de retornar ao tratamento, apontando, com isso, a necessidade de investigar mais detidamente outras variáveis relevantes ao desfecho do abandono psicoterápico. Neste sentido, o paciente considera que os objetivos foram alcançados, interrompendo a psicoterapia.

1.6.2.3 Aspectos do tratamento

Ao se considerar os aspectos do tratamento, a desistência tem sido associada à falta de informação aos clientes quanto ao processo terapêutico no início do atendimento (Figueiredo; Schvinger, 1981). Bueno et al. (2001) apontam que algumas características do processoterapêutico, como a implicação da família, lista de espera, a modalidade terapêutica, o intervalo entre as sessões são características mencionadas em estudos como causas de interrupção. Outros aspectos importantes são a não obtenção dos benefícios esperados e o desgaste na relação terapeuta/paciente (Valle; Viegas; Castro; Toledo Jr., 2000). Samstag e colaboradores (1998) verificaram que tanto os pacientes que abandonaram o tratamento psicoterápico como aqueles que tiveram resultados pobres ao final do tratamento apresentavam uma aliança terapêutica problemática. O mesmo foi encontrado por Lhullier (citado por Pinheiro, 2002).

1.6.2.4 Aspectos da instituição

As instituições formadoras que oferecem atendimento através de alunos em treinamento apresentam maior complexidade ainda quando as questões já mencionadas são consideradas quanto à desistência. Lhullier, Nunes e Horta (2006) citam que além das variáveis mencionadas, é acrescida a questão pedagógica, que incide sobre a autoimagem e a autoestima do profissional em formação (Goldberg, 1995).

Lopez (1983) aponta para uma taxa de desistência de quase 62% entre 2826 clientes atendidos em SE da cidade de São Paulo. Carvalho e Térzis (1988) encontraram em seu estudo realizado em SE de Campinas uma taxa de 31% de desistência informada e 28,3% sem qualquer informação, de uma total de 2102 clientes. Kazdin (1995) afirma que crianças e adolescentes apresentam alto risco para abandono, sendo que 50 a 75% deles não iniciam a terapia ou a interrompem.

Em estudo realizado no SE da UCPEL através dos protocolos de pacientes que receberam psicoterapia individual entre janeiro de 1995 a dezembro de 2000, Lhullier,

Nunes e Horta (2006) encontraram que não há uma variável isolada para explicar a desistência. Na maioria dos casos o que parece existir são variáveis atuando em conjunto no sentido de uma desintegração da aliança. Isto faria com que a aliança não fosse mais percebida pelo cliente, mas somente pelo terapeuta. O estudo conclui pelo fortalecimento da aliança, qualquer que seja o tipo de tratamento ou a orientação teórica.

Os preditores para o risco de abandono encontrados por aqueles autores foram o número de sessões e o número de faltas. Eles sinalizariam para a necessidade de se dimensionar os estágios a fim de que a relação terapêutica não tenha de ser interrompida precocemente, com a troca de terapeuta, e que os clientes que apresentem uma maior frequência de faltas recebam especial atenção quanto à integridade dos elementos da aliança (objetivos, tarefas e laço), buscando corrigir as rupturas, quando ocorrem.

Os serviços públicos de saúde também apresentam dificuldades semelhantes às aquelas descritas para os SE. A redução de abandono terapêutico nessas instituições tem sido investigada, como é o caso de Hirdes e Kantorski (2005) que sugerem a inclusão da família no processo de reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ação que estabelece estratégias de intervenção abrangentes as quais, dentre outros aspectos, reduzem o abandono terapêutico.

1.6.3 A desistência no tratamento de EN

1.6.3.1 A desistência no tratamento de crianças e adolescentes

O estudo de Marturano e Panaia (2006) feito em SE brasileiro indica 14% a 51% de desistência. Os fatores encontrados foram: criança mais jovem, menos tempo de escolaridade, menor potencial intelectual, menos problemas de comportamento, eventos adversos recentes na vida pessoal da criança, pai e mãe mais jovens, pai com menor escolaridade, família mais exposta a adversidades no início do atendimento, família mais exposta a adversidades por ocasião do abandono, famílias com percepção menos favorável da criança, famílias com práticas educativas coercitivas ou inconsistentes, tendência prévia ao absenteísmo.

Cabe uma consideração adicional acerca da inclusão deste estudo nesta seção, uma vez que nele não se referia a crianças e adolescentes com a queixa de EN, mas por

ser um problema prevalente para essa população, em certo sentido, os resultados podem ser generalizados para várias queixas, dentre elas, a EN.

As mesmas considerações cabem para a pesquisa retrospectiva de Gastaud e Nunes (2009) realizada em instituição de atendimento terapêutico em Porto Alegre, RS, com prontuários de 2106 crianças apontou alta em 200 e desistência em 793. O risco de abandono foi maior entre os meninos e o menor esteve entre crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos. Verificou-se ainda que após o sexto mês de atendimento o risco de abandono decaiu consideravelmente.

1.6.3.2 A desistência no Projeto Enurese

A desistência do tratamento de EN por parte das famílias cujas crianças foram inscritas no Projeto Enurese do Laboratório de Terapia Comportamental (LTC), do IPUSP foi estudada por Silveiras (2006) citada por Nunes et cols. (2009). A investigação se deu sobre o período de julho de 2004 a julho de 2006. Foram consideradas desistentes as famílias que abandonaram o tratamento ou não se interessaram mais por ele devido a outras causas que não fossem a remissão espontânea do problema.

Foram identificados dois grandes grupos temporais de desistência: *desistência pré-tratamento (DPT)* e *desistência no tratamento (DT)*. Para a desistência pré-tratamento, a autora propôs dois estágios: (1) desistência depois da inscrição (DPTi); (2) desistência depois da triagem (DPTt). Também para a desistência no tratamento foram propostos dois estágios: (1) desistência no início do tratamento (DTi) e a (2) desistência ao final do tratamento, antes da alta – desistência tardia (DTt). O abandono seria a junção do DPT com o DT. Assim, foi analisada uma estratégia de inscrição e triagem com fins preventivos à evasão da clientela.

Dos 228 clientes, após a inscrição, desistiram (DPTi) 67 (29,4%) e 7 (3,1%) apresentaram remissão espontânea, isto é, reduziram a frequência dos episódios de molhadas ou eles não mais se apresentaram, sem que houvesse alguma intervenção prévia. Eles deixaram de se encaixar nos critérios diagnósticos para EN pelo DSM-IV(APA, 2002). Deste modo, apenas 154 clientes (67,5% da amostra total) dos inscritos foram encaminhados à triagem. Dentre esses, houve 52 perdas – 30 (19,5%) desistências após a triagem (DPTt) e 22 (14,3%) casos de remissão espontânea. Assim, somente 102 (44,7%) dos clientes inscritos chegaram ao tratamento, sendo que apenas 74 (32%) o finalizaram e 28 (13%) desistiram antes das 30 semanas (DT).

A taxa de abandono (DPT+DT) foi superior a 50% dos clientes inscritos (uma taxa de desistência de .599) e uma taxa de desistência prévia (.38) superior a do tratamento (.32). Ficou evidenciado que as poucas famílias que vão para o tratamento desistem dele logo no seu início (4/28). Esse fato levou à implantação de um novo procedimento que parece estar associado à permanência das famílias no tratamento. Sousa, Silveiras e Marturano (prelo) deram continuidade à investigação e encontraram que os motivos que levaram as famílias desistentes pré-tratamento a não irem para triagem não são absolutamente idênticos aos motivos que as levam a desistir do tratamento.

1.7 Justificativa

As inovações tecnológicas na área das comunicações provocaram uma revolução na sociedade, em todos os níveis. Uma nova era, a Era Digital surgiu e inaugurou uma difusão ampla de conhecimentos, com um forte impacto sobre as relações pessoais e institucionais, rompendo barreiras culturais e geográficas. A internet tornou-se mais presente no cotidiano das pessoas e instituições, beneficiando a produção e difusão do conhecimento.

A psicologia enquanto ciência e profissão do campo da saúde também se empenha para assimilar as contribuições positivas dessas tecnologias, a fim de melhorar sua prestação de serviços. Para tanto, a busca pelo conhecimento tecnológico, bem como o desenvolvimento de pesquisas envolvendo tecnologia da informação e psicologia tornaram-se fundamentais.

Uma busca inicial em bases de dados internacionais revelou extenso número de publicações sobre o tema. No entanto, as publicações nacionais em psicologia restringiam as aplicações da informática à área de educação. Foi encontrado apenas um único estudo sobre psicoterapia e internet (Prado, 2006).

No CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) havia em 2002 apenas um grupo de pesquisa cadastrado com o tema “informática e

psicologia” e em 2005 já havia registrados dois *sites* de psicologia cadastrados no CFP (Conselho Federal de Psicologia) conforme exigência do órgão.

Compreender como oferecer de forma eficiente a supervisão a um maior número de profissionais utilizando a tecnologia de informação é fundamental para que os possíveis benefícios da Psicologia sejam disponíveis a uma maior parcela da população.

A crescente procura pelo tratamento comportamental da EN com aparelho nacional de alarme por Psicólogos de outras regiões do país evidenciam a necessidade de se estender essa modalidade de atendimento, estendendo à população mais distante os benefícios do mesmo.

1.8 Relevância do projeto frente a outros estudos

A principal relação do presente estudo com outros projetos da equipe do Projeto Enurese se dá pela possibilidade da difusão dessa modalidade de atendimento em outros contextos, o que envolve a todos os demais trabalhos já realizados. A questão para a qual se busca resposta é a viabilidade desse tratamento nesses contextos, através da supervisão mediada pela internet, o que ainda não foi investigado.

A relevância deste para os demais estudos do Projeto Enurese se dá também pela verificação do uso da tecnologia de informação na supervisão a distância. Neste sentido, ele cumpre seu papel dentro do contexto atual no qual a Psicologia busca alternativas para beneficiar o maior contingente possível através de recursos tecnológicos adequados. É também uma forma de investigar a eficiência dessa alternativa para a difusão do conhecimento e formação de multiplicadores.

Ao mesmo tempo em que beneficia os terapeutas, pelo acesso ao conhecimento científico e a novas formas de intervenção, baseadas em evidências, o uso da internet como veículo da comunicação entre supervisor e terapeuta possibilita uma rápida difusão do conhecimento e treinamento, oferecendo à população a oportunidade de receber atendimento qualificado e com maior rapidez.

A EAD é fundamental nesse processo pela fluidez com que opera, proporcionando um ambiente de retroalimentação, onde o acesso à informação que já é reforçador, soma-se à aplicação da mesma nas intervenções, o que torna o aprendizado mais reforçador ainda.

CAPÍTULO 2 – ENSAIO CLÍNICO

O objetivo deste capítulo é apresentar um estudo realizado com a finalidade de difusão do tratamento comportamental da EN com o uso de aparelho nacional de alarme de urina, através de um programa de supervisão a distância mediado pela internet.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi verificar a viabilidade de uma proposta de utilização da supervisão a distância mediada pela internet na orientação do tratamento da Enurese (EN) em Serviços-escola de Psicologia (SE), Unidades básicas de Saúde (UBS) e consultórios psicológicos do setor privado. Buscou-se também verificar o papel da experiência dos supervisionandos nos resultados da proposta.

2.1.2 Objetivos específicos

- a) Verificar se o resultado no atendimento para EN tendo como adjunto o aparelho nacional de alarme e a supervisão a distância é similar ao encontrado em outros estudos realizados em São Paulo, quando a supervisão foi presencial;
- b) Comparar o padrão de intolerância materna à EN antes e após o atendimento supervisionado a distância como uma das formas de avaliação dessa modalidade de atendimento;
- c) Avaliar os escores de problemas de comportamento antes e após o atendimento supervisionado a distância como uma das formas de avaliação desta modalidade de atendimento;
- d) Comparar a necessidade da supervisão a distância entre participantes, de dois níveis de experiência, em função do número de contatos estabelecidos pelos psicólogos supervisionados;

- e) Analisar a alta e a desistência dos clientes atendidos por psicólogos supervisionados a distância em relação à experiência do terapeuta;
- f) Analisar as principais dificuldades apresentadas pelos psicólogos em seus contatos em relação à sua experiência.

2.2 Hipótese

A hipótese deste trabalho foi a de que a supervisão a distância é uma alternativa viável como forma de atuação do SE, sendo que essa viabilidade se verifica através da obtenção de resultados semelhantes aos da literatura no tratamento com alarme para a EN, e que a experiência do terapeuta determinará o número de contatos e a efetividade do tratamento.

2.3 Método

2.3.1 Participantes

Participaram desse estudo psicólogos (N=40), de ambos os sexos, de diferentes regiões do país, divididos em dois grupo: G1 – psicólogos com experiência inferior a 10 anos (N=27) e G2 – psicólogos com experiência superior a 10 anos (N=13). Também foram participantes os clientes atendidos por eles no projeto. A distribuição e a caracterização dos participantes encontram-se na seção de Resultados (2.4.1).

2.3.2 Procedimentos

2.3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

2.3.2.1.1 Dos psicólogos

Foram critérios de inclusão dos psicólogos participantes:

1. Atuar em Serviço-escola, ou em Unidade Básica de Saúde ou em consultório particular;

2. Estar inscrito regularmente no Conselho Regional de Psicologia, ou ser estagiário cursando regularmente o quinto ano do Curso de Psicologia, tendo o assentimento de seu supervisor para participar da pesquisa;
3. Indicar disponibilidade para prestar atendimento, em grupo ou individual, a crianças ou adolescentes com Enurese Noturna (por um período médio de seis meses);
4. Ter acesso à internet e conhecimento no uso de ferramentas de comunicação e navegação;
5. Ter disponibilidade para receber treinamento sobre o atendimento;
6. Ter disponibilidade para enviar os dados coletados e as questões relativas ao atendimento;
7. Assinar termo de adesão ao projeto comprometendo-se a cumprir os prazos e procedimentos e a devolver os aparelhos utilizados ao final dos atendimentos, ou adquiri-los.

2.3.2.1.2 Dos clientes participantes – crianças ou adolescentes e seus pais

Foram critérios de inclusão dos clientes:

1. Ter participado de entrevista para cadastramento com o psicólogo participante;
2. Ter como queixa principal a Enurese;
3. Ter disponibilidade para comparecer semanalmente em sessão terapêutica.
4. Atender aos critérios da ICCS para EN.

Foram critérios de exclusão dos clientes:

1. Ter idade menor do que seis anos ou maior do que 18 anos;
2. Estar, no momento da procura por nosso atendimento, em outro atendimento para a Enurese;

2.3.2.2 Compromisso dos Serviços-escola e das UBSs

Os Serviços-escola e UBSs participantes da pesquisa facilitaram o atendimento através da infra-estrutura necessária, dependências e, principalmente, acesso à internet. Os supervisores dos SE se comprometeram a acompanhar os estagiários participantes e informar qualquer dificuldade existente.

2.3.2.3 Da Avaliação

A avaliação se deu primeiro pelos psicólogos, depois pelos clientes atendidos por eles. Segue abaixo a descrição dos instrumentos utilizados.

2.3.2.3.1 Dos Psicólogos

- 1) Formulário de Inscrição:** Apresenta dados demográficos e informações gerais dos psicólogos participantes, como formação, vinculação profissional, ano de formação e tempo de experiência clínica, adaptado de Prado (2003).

2.3.2.3.2 Dos Clientes – Crianças e adolescentes

Os clientes participantes foram avaliados nas instituições através dos seguintes instrumentos:

- 1) Inventário de Comportamentos da infância e Adolescência - CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991):** Criado nos Estados Unidos, nos anos 70, este instrumento de avaliação psicológica, possui uma versão brasileira validado de maneira preliminar (Bordin, Mari & Caieiro, 1995). A partir das informações derivadas da percepção dos pais de crianças e adolescentes busca, efetivamente, medir a competência social (CS) e problemas comportamentais das crianças e adolescentes de 4 a 18 anos (Melo, 2003). Este instrumento foi aplicado antes e depois do tratamento orientando tanto encaminhamentos e condutas terapêuticas iniciais, como mostrando as evoluções que ocorreram durante o mesmo. Sua importância deve-se principalmente por sua utilidade na sondagem prévia de possíveis ameaças ao sucesso no tratamento, como problemas de externalização. Houts (2003) e Arantes (2007) encontraram em seus estudos que um índice elevado de problemas de comportamento diminui as chances de obtenção de sucesso.

2) Escala de Intolerância – EI (Morgan & Young, 1975): Questionário que os responsáveis pelo adolescente responderam informando o grau de tolerância deles, pais, diante de situações cotidianas relacionadas ao problema da Enurese de seus filhos. A escala permite a obtenção de um escore que, segundo estudos americanos realizados, tem mediana de 1,45. Pais com escores abaixo deste valor demonstraram ter maior grau de tolerância a Enurese, assim como também parecem estar mais motivados a colaborar com os procedimentos propostos para solucionar o problema (Morgan & Young, 1975). Este instrumento também foi aplicado antes e pós-intervenção com a finalidade de orientar a intervenção psicoeducacional com os pais, auxiliando-os na redução da intolerância à EN, quando instalada, possibilitando assim maior chance de sucesso no tratamento.

3) Registro simples de descontrole enurético ao longo do atendimento: Folha de registro semanal, na qual os pais e o adolescente anotam quantos episódios enuréticos ocorreram por noite. Permite visualizar qual a frequência em que as "molhadas" acontecem, assim como as melhoras ou pioras.

2.3.2.4 Da Intervenção

2.3.2.4.1 Do Pesquisador com os psicólogos

Recrutamento e treinamento: O recrutamento se deu através dos contatos pela internet ou telefone por parte dos interessados. Para facilitar o processo, foi construído um *web site* (www.projetoenurese.com.br) com informações sobre Enurese e o Projeto Enurese, possibilitando as inscrições no atendimento. O treinamento foi oferecido pela internet, de forma interativa, com troca de mensagens e arquivos com informações teóricas e sobre os procedimentos de tratamento. Todos os participantes interagiram com o supervisor de acordo com a sua necessidade. Para todos os casos seguiu-se basicamente o seguinte procedimento:

- Inicialmente, após o contato, foram enviadas ao psicólogo as informações gerais sobre a Enurese como: etiologia, prevalência e formas de tratamento e as pesquisas mais recentes sobre o tema.

- Uma vez satisfeitas as respostas às indagações iniciais, foram enviados aos psicólogos participantes o formulário de inscrição e a ficha de informações do cliente.
- Ainda nessa fase inicial os psicólogos participantes foram orientados sobre os aspectos éticos da pesquisa e então solicitados a ler atentamente os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que eles e seus clientes deveriam assinar.
- Somente após a leitura e compreensão das informações e devolvidos os TCLE assinados, deu-se início o atendimento ao cliente participante.

Supervisões: As supervisões se deram na frequência em que os psicólogos participantes necessitavam. Pelo menos uma vez a cada quinze dias, os participantes forneciam informações sobre a evolução dos atendimentos, independente de necessitarem ou não de orientação sobre o tratamento.

Introdução do aparelho de alarme: A introdução do aparelho de alarme no tratamento deu-se em momentos diferentes para os diversos casos atendidos nesse estudo. O envio do mesmo dava-se através de correio, após ser disponibilizado um cheque-caução para garantia de devolução do equipamento. A entrega do aparelho era precedida por uma orientação detalhada sobre seu uso utilizando-se documento impresso com instruções gerais (anexo 10), e a realização de um ensaio comportamental visando facilitar a compreensão do processo.

Conclusão do atendimento: Para os casos bem-sucedidos, a conclusão se deu após ser atingido o critério de alta. O cliente e seus pais eram, então, reforçados quanto às práticas mantenedoras do controle e informados sobre os procedimentos de seguimento, que se dariam em um, três e seis meses. Também eram orientados a buscar novamente o tratamento no caso de recidiva ou recorrência. Uma vez devolvido o aparelho de alarme, era enviado o cheque-caução e finalizado o atendimento.

2.3.2.4.2 Dos Psicólogos com os clientes

Sessões terapêuticas: Os atendimentos se deram através de uma sessão semanal. Os responsáveis também foram atendidos, uma vez por semana. As sessões eram estruturadas de forma que se discutiam inicialmente questões relativas ao tratamento e depois eram tratadas outras demandas do cliente. Após atender o cliente, eram atendidos seus responsáveis, na maioria dos casos só a mãe. Nesse atendimento realizava-se uma orientação psicoeducacional visando a instalação ou promoção de práticas parentais positivas que possibilitam uma melhor interação familiar e outras contingências. Buscava-se também abordar as demandas próprias dos pais que estivessem relacionadas com o tratamento de seu filho.

Estrutura do atendimento: O atendimento seguiu três fases distintas:

- **Fase I:** Nessa fase foi realizada a avaliação do quadro da Enurese, buscando confirmar o diagnóstico, e a possibilidade da presença de outros fatores que pudessem estar mantendo a queixa. Também avaliou-se o seguimento de regras por parte da criança e as condições do ambiente familiar para a introdução do aparelho. Durante essa fase o cliente foi atendido uma vez por semana, como também seus pais, e não se utilizou ainda o aparelho de alarme. A duração média dessa fase foi de três semanas.
- **Fase II:** Nessa fase foi introduzido o uso do aparelho de alarme, como relatado na sessão anterior, com a leitura das instruções gerais e a realização de um ensaio comportamental. Em cada sessão subsequente foi apresentado ao psicólogo o registro de molhadas semanais para ser analisado junto com o cliente. Essa fase prosseguiu até que se atingiu a alta no tratamento. O período previsto para esta fase foi de no máximo 37 semanas. As fases I e II teriam, portanto, duração média de 40 semanas.
- **Fase III:** Nessa fase ocorreu o seguimento, *follow up*, que se deu através de contatos telefônicos no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta. Em caso de recaída, reiniciou-se o uso do aparelho.

Treinamento em resolução de conflitos familiares: Para muitos pais, as questões emergentes diziam respeito às dúvidas quanto ao estabelecimento de limites e a tolerância, e os conflitos relacionados com aspectos educativos. O psicólogo muitas vezes deveria intervir com um treinamento em resolução de conflitos, oferecendo aos pais possibilidades de aumento de seu repertório, evitando práticas educativas negativas e formas equivocadas de tratar os conflitos familiares.

Prevenção de recaída: A fim de possibilitar a generalização dos ganhos terapêuticos e evitar recaídas, a intervenção com uso de aparelho de alarme utiliza o método da superaprendizagem. Segundo Houts (2003), ele diminui de 40% para 10% as chances de recaída. Para Butler (2004), a superaprendizagem proporciona o aumento da capacidade funcional da bexiga e atua no problema na instabilidade detrusora, quando ela estiver presente.

Esse método é realizado através da ingestão de líquido antes de dormir, por parte da criança, aumentando-se gradualmente a quantidade, conforme a Tabela 3 (Butler, 2004). Os valores encontrados nela são estabelecidos de acordo com a capacidade funcional da bexiga esperada para a idade. A variação entre a quantidade inicial e a final é de aproximadamente meio copo americano (125 ml).

Tabela 3: Quantidades iniciais e finais de líquidos administradas na superaprendizagem.

<i>Idade (em anos)</i>	<i>Quantidade inicial (em ml)</i>	<i>Quantidade final (em</i>
6	113	227
7	142	255
8	170	284
9	198	312
10	227	340
11	255	369
12	284	397
13	312	426
14	340	454
15	369	483
16	397	511
17	426	539
18	454*	568*

*Valores máximos para idades maiores de 18 anos.

Houts (2003) afirma que a superaprendizagem deve ser iniciada depois de a criança permanecer 14 noites consecutivas sem episódios. Deve-se, então, aumentar gradualmente o volume de água a ser ingerida, até o valor máximo para a idade, que deve ser mantido até que se completem 14 noites secas novamente. O mesmo autor (2003) orienta a suspensão da superaprendizagem quando a criança não consegue completá-la em oito semanas. 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 7:

2.3.2.5 Do uso do Aparelho de Alarme de Urina

Como já mencionado, utilizou-se nesse estudo um aparelho de alarme de urina de fabricação nacional como adjunto auxiliar no tratamento da EN. O modelo utilizado é similar ao de fabricação inglesa e consiste em um tapete-sensor (circuito flexível de alumínio, em poliéster), que é ligado por um cabo a uma pequena caixa sonora (alarme sonoro, semelhante a um despertador eletrônico). O tapete-sensor é colocado sobre o colchão e debaixo do lençol e a caixa sonora é colocada ao lado da cama, conforme representado esquematicamente pela Figura 1.

Figura 1: Representação esquemática do aparelho de alarme nacional.

2.3.2.6 Fluxograma (Algoritmo de tratamento)

A Figura 2 apresenta o Fluxograma do procedimento utilizado neste estudo.

Figura 2: Fluxograma de atendimento no projeto.

2.3.2.7 Da verificação da autenticidade das informações

As informações fornecidas na inscrição foram verificadas quanto a sua autenticidade através de consulta ao site do Conselho Regional de Psicologia de cada Estado e, no caso dos SE, ao Coordenador do mesmo ou ainda ao supervisor de estágios.

2.3.2.7 De Análise e interpretação de dados

2.3.2.7.1 Critérios de resultado

Os resultados foram de dois tipos: dos participantes psicólogos e de seus clientes. Foram analisados a partir da comparação entre participantes e teste estatístico dos escores obtidos nos instrumentos de avaliação que foram aplicados antes e após a intervenção, a fim de verificar a efetividade desta. O desempenho do terapeuta foi inferido a partir do resultado de seu cliente.

Falta consenso sobre quais critérios utilizar para verificar a eficácia do tratamento para a EN (Butler, Robinson, Holland e Doherty-Williams, 2004b). Neste trabalho, foi utilizado o critério mais comum nos estudos realizados com tratamento com alarme, baseado em Butler (1991):

- **Alta:** Criança obteve 14 noites secas consecutivas e realizou com sucesso o procedimento de prevenção e recaída durante o tratamento;
- **Sucesso:** criança obteve 14 noites secas consecutivas, mas não realizou o procedimento de prevenção e recaída durante o tratamento;
- **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 comparecer às sessões durante o período de tratamento ou não foi mais possível encontrá-la.

Devido à grande dificuldade em obter maiores informações dos clientes que não mais compareceram ao tratamento, as categorias *insucesso* e *desistência* foram englobadas na análise como *Desistentes ou sem sucesso no tratamento*, ou simplesmente, *desistentes*.

2.3.2.7.2 Análise estatística

Foi realizada análise estatística baseada em quatro testes: para comparação entre os grupos com variáveis em escala numérica foi usado o teste de médias não pareadas; para comparação de variáveis (como os escores do CBCL e da Escala de Intolerância) entre o início e o término do tratamento, foi utilizado o teste de médias pareadas; para comparação entre os grupos relativos a variáveis nominais foi usado o teste exato de Fisher; já para as análises relativas à frequência de episódios e número de contatos o teste empregado foi o de Mann Whitey.

2.3.2.7.3 Análise qualitativa

Realizou-se também uma análise qualitativa do conteúdo das mensagens enviadas nos contatos dos psicólogos quando em busca de supervisão. Os dados foram classificados em categorias de semelhanças, diferenças, tipos, formas e quantidades. Após, foram construídas tabelas nas quais essas categorias foram organizadas e apresentadas. Os dados apresentados, pelas tabelas para cada categoria, foram descritos, interpretados e relacionados com estudos feitos, anteriormente ou atualmente, por outros pesquisadores, que foram revelados pela revisão de literatura, a fim de que os dados obtidos com essa pesquisa comparassem, complementassem ou criticassem os dados já revelados pela revisão de literatura.

2.3.2.8 Aspectos Éticos

Como mencionado anteriormente, os participantes deste estudo foram esclarecidos sobre os objetivos do mesmo antes de sua inscrição. Receberam também informações sobre os procedimentos; os possíveis desconfortos decorrentes do mesmo e os possíveis benefícios. Também tiveram garantido o seu Direito de Confidencialidade, como também o consentimento de poder abandonar a pesquisa no momento em que acharem conveniente. Os psicólogos participantes e os responsáveis pelos clientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre estas questões, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador comprometeu-se a divulgar os dados de pesquisa.

2.4 Resultados e Discussão

Os resultados foram organizados na seguinte ordem: a) dados globais dos participantes; b) dados relativos ao resultado do tratamento em função da experiência do terapeuta; c) dados dos resultados do atendimento com supervisão a distância comparados com a supervisão presencial; d) dados relativos à intolerância materna; e) dados de evolução dos problemas de comportamento; f) dados dos indicadores de necessidade de supervisão entre participantes em função de sua experiência clínica.

2.4.1 Dados globais dos participantes

2.4.1.1 Dados dos psicólogos participantes

Os dados globais dos participantes são apresentados a seguir. Como mencionado anteriormente, participaram deste estudo psicólogos (N=49) distribuídos em dois grupos (**G1: com experiência inferior a 10 anos e G2: com experiência superior a 10 anos**), cujos dados são apresentados na Tabela 4 (página 49). Os dados referentes aos clientes atendidos por eles são apresentados, depois, na Tabela 5 (página 53).

Tabela 4: Distribuição dos psicólogos participantes por sexo, idade, localização, experiência em anos e grau de formação (**G1=menos experientes; G2=mais experientes; G=graduação; P=pós-graduação**).

Id		Sexo	Idade	Localização (UF)	Experiência (anos)	Formaçõ
G1						
1	KN	F	23	RS	1	G
2	YD	M	25	BA	1	G
3	YM	F	22	PR	1	G
4	LB	F	26	SP	1	G
5	FA	F	46	AM	1	G
6	NB	M	24	RS	1	G
7	FK	M	36	SP	1	G
8	EP	F	49	SP	1	G
9	SB	M	30	RJ	3	P
10	GP	F	26	SP	3	P
11	ZN	F	48	SP	3	G
12	WE	F	25	SC	3	G
13	XO	F	40	PR	3	P
14	A2	F	40	PR	3	P
15	QZ	M	24	SP	3	G
16	MI	F	25	SP	3	P
17	CS	F	27	MT	3	P
18	SB	M	25	MG	3	P
19	TS	F	32	PR	4	P
20	RB	F	45	PA	7	P
21	HX	M	28	SP	5	P
22	PQ	F	27	SP	6	G
23	QS	F	30	MG	6	P
24	MV	F	32	PR	7	G
25	NT	F	32	PR	4	P
26	NB	F	52	AM	8	P
27	FS	F	32	SP	8	P
G2						
28	SQ	F	38	RN	10	P
29	IU	F	55	SP	10	P
30	AV	F	42	SP	14	P
31	DF	F	50	MG	14	P
32	JB	F	46	RS	18	P
33	BC	M	53	ES	18	P
34	CQ	M	46	SP	18	P
35	GF	M	46	SP	19	P
36	BM	F	41	RJ	22	P
37	RI	F	49	SP	24	P
38	TP	F	51	RJ	25	P
39	EA	F	50	SP	28	P
40	OL	F	64	AC	37	P

2.4.1.1.1 Sexo

Do total dos participantes, 30 são do sexo feminino e 10 são do sexo masculino. O G1 (N=27) – menos experiente - teve 20 participantes do sexo feminino e sete são do sexo masculino. O G2 (N=13) – mais experiente - teve 10 participantes do sexo feminino e três do sexo masculino. Esse dado reflete o perfil encontrado pela pesquisa realizada com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia quanto à predominância do sexo feminino, que chega a 91% na categoria (www.psicologia-online.org.br).

Não há diferença significativa do ponto de vista estatístico entre os dois grupos, quanto ao sexo pelo Teste Exato de Fisher ($p=1,000$).

Figura 3: Composição dos grupos de participantes de acordo com o sexo.

2.4.1.1.2 Idade

A média de idade dos participantes foi de 37,6 anos no geral ($dp=11,29$); de 32,3 no G1 ($dp=8,99$) e de 48,5 no G2 ($dp=6,72$). Esta diferença, entre os dois grupos, é significativa e, como era de se esperar, menor para o G1; aplicando-se o Teste de médias não pareadas ($p=0,001$), favorece o G2.

Figura 4: Composição dos grupos de participantes de acordo com a idade.

2.4.1.1.3 Localização (Região de origem)

Do total dos participantes, 23 (57,5%) eram da Região Sudeste, 10 (25%) eram da Região Sul, 4 (10%) da Região Norte, 2 (5%) da Região Nordeste e 1 (2,5%) da região Centro-oeste. Esses dados refletem a concentração do número de Psicólogos no eixo Sudeste-sul, onde se encontra também o maior número de cursos de Psicologia do País.

Figura 5: Distribuição dos grupos de participantes de acordo com a região de origem.

2.4.1.1.4 Experiência

Quanto à experiência profissional, 27 participantes compuseram o G1 (com menos de 10 anos de experiência) e 13 fizeram parte do G2 (com mais de 10 anos de experiência). A média da experiência profissional do total dos participantes era de 8,6 anos ($dp=9,13$); do G1 era de 3,2 anos ($dp=2,53$) e do G2 era de 19,7 anos ($dp=7,54$).

Figura 6: Composição dos grupos de participantes de acordo com a experiência.

2.4.1.1.5 Formação

Do total dos participantes, 28 (70%) tinham pós-graduação e 12 (30%) tinham graduação. O G1 tinha 15 participantes (55,6%) com pós-graduação e 12 (44,4%) com

graduação. Todos os participantes do G2 tinham pós-graduação. Os resultados do Teste Exato de Fisher apresentam diferença significativa em favor do G2 ($p=0,004$), quanto à formação.

Figura 7: Composição dos grupos de participantes de acordo com a formação acadêmica.

2.4.1.2 Dados dos clientes atendidos pelos psicólogos participantes

Como informado anteriormente, os psicólogos participantes atenderam clientes com a queixa de Enurese. Apesar de se inscreverem no projeto, houve quatro psicólogos que forneceram apenas as suas informações pessoais, mas não apresentaram as informações de seus clientes, ou o fizeram de forma incompleta, razão pela qual não tiveram seus dados analisados. Os clientes que tiveram seus dados fornecidos pelos psicólogos foram $N=36$, dos quais seis encontram-se ainda em atendimento. Os dados referentes ao sexo, idade, tipo de EN e tipo de tratamento dos clientes atendidos pelos psicólogos participantes são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos clientes por psicólogo responsável, sexo, idade, tipo de Enurese (primária ou secundária) e tipo de tratamento anterior (nenhum, medicamentoso, psicológico, medicamentoso e psicológico).

Psicólogo	Identificação (cliente)	Sexo (cliente)	Idade (cliente)	Tipo de EN	Tratamento anterior
G1					
1 KN	C01	F	8	prim	nenhum
2 YD	C02	M	11	prim	medic.
3 YM	C03	M	6	prim	medic.
4 LB	C04	M	8	prim	nenhum
5 FA	C05	M	7	prim	nenhum
6 NB	C06	F	12	prim	medic.
7 FK	C07	M	10	prim	nenhum
8 EP	C08	M	9	prim	medic.
9 SB	C09	M	13	secund	nenhum
10 GP	C10	F	9	prim	medic.
11 ZN	C11	M	8	prim	nenhum
12 WE	C12	M	12	prim	psic. - medic.
13 XO	C13	M	9	prim	psic - medic
14 A2	C14	M	6	prim	nenhum
15 QZ	C15	F	10	prim	nenhum
16 MI	-	-	-	-	-
17 CS	-	-	-	-	-
18 SB	-	-	-	-	-
19 TS	C16	F	7	prim	psic.
20 RB	C17	M	12	prim	nenhum
21 HX	C18	F	10	prim	nenhum
22 PQ	C19	F	7	prim	nenhum
23 QS	C20	M	8	prim	nenhum
24 MV	C21	M	14	prim	psic.
25 NT	C22	F	7	prim	psic.
26 NS	-	-	-	-	-
27 FS	C23	F	11	prim	nenhum
G2					
28 SQ	C24	F	14	prim	med
29 IU	C25	M	9	prim	psic
30 AV	C26	F	9	prim	nenhum
31 DF	C27	M	7	prim	med
32 JB	C28	M	12	prim	med
33 BC	C29	M	10	prim	medic.
34 CQ	C30	M	9	prim	med
35 GF	C31	M	10	prim	medic.
36 BM	C32	F	9	prim	psic.
37 RI	C33	M	14	prim	medic.
38 TP	C34	M	12	prim	medic.
39 EA	C35	M	8	prim	med
40 OL	C36	F	17	prim	Psic.

2.4.1.2.1 Sexo

Do total dos participantes, 23 (63,9%) são do sexo masculino e 13 (36,1%) são do sexo feminino, o que reflete os dados da literatura quanto à prevalência da EN. Segundo Butler (2004) há uma prevalência de 15 a 22% entre os meninos e entre 7 a 15% entre as meninas, até os sete anos de idade.

Figura 8: Prevalência de EN de acordo com sexo.

2.4.1.2.2 Idade

A média de idade dos clientes era de 9,8 anos ($dp=2,60$). Do total, 24 (66,7%) apresentaram idade entre 6 a 10 anos de idade e as demais tinham idade entre 11 a 17 anos. Esta população encontrava-se numa condição muito desfavorável, uma vez que não sendo tratada precocemente, a Enurese tende a agravar-se com o tempo, e em alguns casos, continuando até a vida adulta (Butler, 2004).

2.4.1.2.3 Tipo de EN

Quanto ao tipo de Enurese, houve apenas um caso de EN secundária, o que confirma Houts (1991) sobre a prevalência da EN primária em 80% dos casos.

2.4.1.2.4 Tratamento anterior

A busca por tratamento anterior foi vivenciada por 22 clientes, sendo que 14 deles tentaram primeiro o tratamento medicamentoso (38,9%). A segunda modalidade de tratamento mais freqüente foi o psicológico (16,7%). Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos nos quais se verificou a predominância do tratamento medicamentoso com primeira alternativa. É provável que em muitos casos esse fosse o único tratamento disponível (Costa, 2005; Silva, R. A. P., Costa, N. J. D. & Silveiras, E. F. M, 2003).

2.4.2 Dados relativos ao resultado do tratamento

Do total dos psicólogos inscritos, 15 concluíram o tratamento tendo seus clientes atingido o critério de alta, dois concluíram sem que os clientes tivessem conseguido atingi-lo, 13 descontinuaram o tratamento, e seis ainda se encontram em atendimento. Para efeito de análise, consideraremos duas categorias de resultado: a) Psicólogos que concluíram com alta (N=15) e b) Psicólogos que concluíram sem alta ou com desistência (N=15). Os que se encontram ainda em atendimento não foram incluídos na análise, bem como aqueles que não enviaram as informações de seus clientes.

Os dados relativos ao sucesso no atendimento não são considerados por coincidirem com a alta. Entretanto, é possível que haja entre os desistentes alguns que tenham alcançado o critério de sucesso e não o tenham informado, ou por se sentirem satisfeitos com esse resultado, ou pela dificuldade de transporte em seu local de moradia ou outros motivos.

Figura 9: Distribuição dos clientes de acordo com o resultado no tratamento.

2.4.2.1 Alta no tratamento

Nesta seção são apresentados os dados relativos aos resultados do tratamento. São comparados os dados dos psicólogos cujos clientes obtiveram alta no atendimento com aqueles que não a conseguiram. Esses dados são apresentados na Tabela 6 e analisados em seguida.

Tabela 6: Dados dos psicólogos em relação ao resultado do tratamento (conclusão com alta ou sem alta).

Variável		psicólogos que concluíram com alta	psicólogos que concluíram sem alta ou desistiram	comparação entre com alta e sem alta	
estatística					
psicólogos				valor - p	conclusão a 5%
n		15	15		
idade (anos)					
média (dp)		36,6 (11,00)	40,1 (12,40)	0,424	aceito H0
IC95% média		30,5 ; 42,7	33,2 ; 46,9		
1ºq;mediana;3ºq		32,0 : 48,0 : 52,4	28,0 : 45,0 : 50,0		
min ; max		23,0 : 53,0	22,0 : 64,0		
frequência				teste de independência *	
20-29 anos	(n)	33,3% (5)	26,7% (4)	0,918	aceito H0
30-39 anos	(n)	20% (3)	20% (3)		
40-49 anos	(n)	33,3% (5)	26,7% (4)		
50 ou mais anos	(n)	13,3% (2)	26,7% (4)		
total		100% (15)	100% (15)		
Sexo					
frequência				1,000	aceito H0
feminino	(n)	80% (12)	73,3% (11)		
masculino	(n)	20% (3)	26,7% (4)		
total		100% (15)	100% (15)		
Região					
frequência				0,750	aceito H0
sudeste	(n)	60% (9)	60% (9)		
sul	(n)	26,7% (4)	20% (3)		
norte	(n)	6,7% (1)	20% (3)		
nordeste	(n)	6,7% (1)	0% (0)		
centro-oeste	(n)	0% (0)	0% (0)		
total		100% (15)	100% (15)		
experiência					
média (dp)		9,0 (8,06)	9,8 (11,90)	teste Mann Whitey ***	
IC95% média		4,5 ; 13,5	3,2 ; 16,4	0,775	aceito H0
1ºq;mediana;3ºq		6,0 : 18,0 : 22,8	1,0 : 4,0 : 18,0		
min ; max		0,0 : 24,0	0,0 : 37,0		
frequência				teste de independência *	
menos 10 anos	(n)	66,7% (10)	66,7% (10)	1,000	aceito H0
mais 10 anos	(n)	33,3% (5)	33,3% (5)		
total		100% (15)	100% (15)		

		psicólogos que concluíram com alta	psicólogos que concluíram sem alta ou desistiram	comparação entre com alta e sem alta	
Formação			teste de independência *		
Frequência				1,000	aceito H0
graduação (n)		33,3% (5)	40% (6)		
pós-graduação (n)		66,7% (10)	60% (9)		
Total		100% (15)	100% (15)		
instituto de formação			teste de independência *		
Frequência				0,245	aceito H0
ensino publico (n)		20% (3)	46,7% (7)		
ensino privado (n)		80% (12)	53,3% (8)		
Total		100% (15)	100% (15)		
mídia de contato			teste de independência *		
Frequência				1,000	aceito H0
site projeto enurese (n)		40% (6)	46,7% (7)		
outras (n)		60% (9)	53,3% (8)		
Total		100% (15)	100% (15)		
número de contatos (absoluto)			teste Mann Whitey ***		
média (dp)		20,1 (9,96)	10,0 (5,30)	0,008	rejeita H0
IC95% média		14,6 ; 25,6	7,1 ; 12,9		
1ºq;mediana;3ºq		20,0 : 28,0 : 33,8	5,0 : 12,0 : 13,0		
min ; Max		4,0 : 38,0	3,0 : 20,0		
Frequência				teste de independência *	
1 a 5 (n)		6,7% (1)	33,3% (5)	0,007	rejeita H0 excesso 21ou+ no grupo com sucesso falta 21ou+ no grupo sem sucesso /desistiram
6 a 10 (n)		20% (3)	13,3% (2)		
11 a 20 (n)		26,7% (4)	53,3% (8)		
21 ou mais (n)		46,7% (7)	0% (0)		
Total		100% (15)	100% (15)		
meses de atendimento			teste Mann Whitey ***		
média (dp)		5,5 (2,12)	3,6 (2,80)	0,005	aceito H0
IC95% média		4,4 ; 6,7	2,0 ; 5,1		
1ºq;mediana;3ºq		5,0 : 8,0 : 8,4	1,0 : 12,0		
min ; Max		2,0 : 9,0			
Frequência				teste de independência *	
1 a 3 (n)		13,3% (2)	80% (12)	0,001	aceito H0 excesso 1 a 3 no grupo sem sucesso /desistiram falta 1 a 3 no grupo com sucesso
3,5 a 6 (n)		53,3% (8)	6,7% (1)		
6,5 a 12 (n)		33,3% (5)	13,3% (2)		
Total		100% (15)	100% (15)		

psicólogos que concluíram com alta		psicólogos que concluíram sem alta ou desistiram	comparação entre com alta e sem alta	
numero de contatos por mês			teste Mann Whitey ***	
média (dp)	3,3 (1,19)	3,4 (1,16)	0,775	aceito H0
IC95% média	2,6 ; 3,9	2,7 ; 4,0		
1ºq;mediana;3ºq	3,2 : 4,1 : 5,1	2,0 : 3,3 : 4,3		
min ; max	1,5 : 5,6	1,6 : 5,1		
frequência			teste de independência *	
1 - 1,9 (n)	6,7% (1)	6,7% (1)	0,833	aceito H0
2 - 2,9 (n)	40% (6)	26,7% (4)		
3 - 3,9 (n)	6,7% (1)	20% (3)		
4 - 4,9 (n)	40% (6)	33,3% (5)		
5 ou mais (n)	6,7% (1)	13,3% (2)		
total	100% (15)	100% (15)		

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

IC95% média- intervalo de confiança da média a nível de 95%

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a mediana dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha :a mediana dos grupos sucesso e insucesso 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

**TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a média dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha :a média dos grupos sucesso e insucesso são diferentes

2.4.2.1.1 Alta X idade

Comparando-se a variável idade, observa-se que ambos os grupos são iguais. Apesar da diferença de mais de três anos do grupo sem alta em relação ao grupo com alta, essa variação não pode ser considerada diferença significativa. Subdividindo-se os psicólogos por faixa etária (20 a 29 anos; 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 ou mais anos) também observa-se a igualdade dos grupos, do ponto de vista estatístico.

2.4.2.1.2 Alta X sexo

Apesar da predominância do sexo feminino no grupo como um todo, ao se comparar os dois em apreço não se observa diferença estatística entre eles.

2.4.2.1.3 Alta X formação

Os dois grupos apresentaram participantes com graduação e pós-graduação e eram iguais, do ponto de vista estatístico.

2.4.2.1.4 Alta X Instituição de Formação

Observa-se também igualdade entre os grupos ao se comparar a instituição de formação. Em ambos os grupos repete-se o resultado do grupo geral, no qual há predominância de psicólogos egressos do ensino privado, o que reflete a realidade do Ensino Superior na atualidade.

2.4.2.1.5 Alta X Número médio mensal de contatos

O número médio mensal de contatos de ambos os grupos é muito semelhante, sendo os que concluíram com alta de 3,3 ($dp=1,19$) e os que concluíram sem alta de 3,4 ($dp=1,16$). Não houve, portanto, diferença estatística entre eles.

2.4.2.1.6 Alta X Meses de atendimento

Ao comparar-se o número de meses de atendimento de acordo com a alta no tratamento temos diferença significativa entre os dois grupos ($p=0,05$ – Teste Mann Whitey). Os psicólogos que concluíram com alta necessitaram de 5,5 meses ($dp=2,12$) para o tratamento e os que concluíram sem alta necessitaram de 3,6 meses ($dp=2,80$). Para a compreensão desse dado deve-se lembrar que os desistentes abandonaram o tratamento em diferentes momentos, mas alguns o fizeram logo no início, o que explica em parte tal diferença.

2.4.2.2 A Alta em relação à *experiência do psicólogo*

Nessa seção serão comparados os dados dos psicólogos que concluíram o tratamento com alta de acordo com a sua experiência clínica. Eles foram distribuídos em dois grupos: a) G1: experiência abaixo de 10 anos; b) G2: experiência acima de 10 anos. Esses dados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7: Comparação dos dados dos psicólogos *que concluíram com alta* de acordo com a experiência.

Variável		concluíram com alta	experiência		comparação	
estatística			abaixo de 10 anos (G1)	acima de 10 anos (G2)	abaixo e acima 10 anos experiência	
psicólogos que concluíram com alta					valor - p	conclusão a 5%
n		15	10 (66,7%)	5 (33,3%)		
idade (anos)					teste igualdade de média **	
média (dp)		36,6 (11,00)	31,8 (10,02)	46,2 (4,97)	0,010	rejeita H0
IC95% média		30,5 ; 42,7	24,6 ; 39,0	40,0 ; 52,4		
1ºq;mediana;3ºq		32,0 : 48,0 : 52,4	25,0 : 28,5 : 36,0	41,5 : 46,0 : 51,0		
min ; max		23,0 : 53,0	23,0 : 52,0	41,0 : 53,0		
frequência					teste de independência *	
20-29 anos (n)		33,3% (5)	50% (5)	0% (0)	0,014	rejeita H0 excesso 40-49anos no grupo +10anos experiência
30-39 anos (n)		20% (3)	30% (3)	0% (0)		
40-49 anos (n)		33,3% (5)	10% (1)	80% (4)		
50 ou mais anos (n)		13,3% (2)	10% (1)	20% (1)		
total		100% (15)	100% (10)	100% (5)		
sexo					teste de independência *	
frequência					1,000	aceito H0
feminino (n)		80% (12)	80% (8)	80% (4)		
masculino (n)		20% (3)	20% (2)	20% (1)		
total		100% (15)	100% (10)	100% (5)		
região					teste de independência *	
frequência					0,832	aceito H0
sudeste (n)		60% (9)	50% (5)	80% (4)		
sul (n)		26,7% (4)	30% (3)	20% (1)		
norte (n)		6,7% (1)	10% (1)	0% (0)		
nordeste (n)		6,7% (1)	10% (1)	0% (0)		
centro-oeste (n)		0% (0)	0% (0)	0% (0)		
total		100% (15)	100% (10)	100% (5)		
experiência						
média (dp)		9,0 (8,06)				
IC95% média		4,5 ; 13,5				
1ºq;mediana;3ºq		6,0 : 18,0 : 22,8				
min ; max		0,0 : 24,0				
frequência						
menos 10 anos (n)		66,7% (10)				
mais 10 anos (n)		33,3% (5)				
total		100% (15)				
concluíram com alta			abaixo 10 anos (G1)	acima 10 anos (G2)	Comparação abaixo e acima 10 anos experiência	
formação					teste de independência *	

frequência				0,101	aceito H0
graduação (n)	33,3% (5)	50% (5)	0% (0)		
pós-graduação (n)	66,7% (10)	50% (5)	100% (5)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
instituto de formação				teste de independência *	
frequência				1,000	aceito H0
ensino publico (n)	20% (3)	20% (2)	20% (1)		
ensino privado (n)	80% (12)	80% (8)	80% (4)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
mídia de contato				teste de independência *	
frequência				0,089	aceito H0
site projeto enurese (n)	40% (6)	20% (2)	80% (4)		
outras (n)	60% (9)	80% (8)	20% (1)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
Número de contatos (absoluto)				teste Mann Whitey ***	
média (dp)	20,1 (9,96)	24,7 (8,34)	11,0 (5,83)	0,013	rejeita H0
IC95% média	14,6 ; 25,6	18,7 ; 30,7	3,8 ; 18,2		
1ºq;mediana;3ºq	20,0 : 28,0 : 33,8	19,0 : 26,0 : 29,5	6,5 : 10,0 : 16,0		
min ; max	4,0 : 38,0	8,0 : 38,0	4,0 : 20,0		
frequência				teste de independência *	
1 a 5 (n)	6,7% (1)	0% (0)	20% (1)	0,023	rejeita H0
6 a 10 (n)	20% (3)	10% (1)	40% (2)	falta 21 ou+ no grupo +10anos experiência	
11 a 20 (n)	26,7% (4)	20% (2)	40% (2)		
21 ou mais (n)	46,7% (7)	70% (7)	0% (0)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
meses de atendimento				teste Mann Whitey ***	
média (dp)	5,5 (2,12)	6,0 (2,01)	4,6 (2,22)	0,206	aceito H0
IC95% média	4,4 ; 6,7	4,6 ; 7,4	1,8 ; 7,4		
1ºq;mediana;3ºq	5,0 : 8,0 : 8,4	4,8 : 5,8 : 8,0	2,8 : 4,5 : 6,5		
min ; max	2,0 : 9,0	2,5 : 9,0	2,0 : 8,0		
frequência				teste de independência *	
1 a 3 meses (n)	13,3% (2)	10% (1)	20% (1)	0,627	aceito H0
3,5 a 6 meses (n)	53,3% (8)	50% (5)	60% (3)		
6,5 a 12 meses (n)	33,3% (5)	40% (4)	20% (1)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		

			concluíram com alta	abaixo 10 anos (G1)	acima 10 anos (G2)	Comparação abaixo e acima 10 anos experiência	
numero de contatos por mês			teste Mann Whitey ***				
média (dp)			3,27 (1,190)	3,68 (1,112)	2,44 (0,945)	0,040	rejeita H0
IC95% média			2,61 ; 3,93	2,88 ; 4,48	1,27 ; 3,61		
1ºq;mediana;3ºq			3,20 : 4,10 : 5,06	2,48 : 4,00 : 4,33	1,75 : 2,20 : 3,25		
min ; max			1,50 : 5,60	2,10 : 5,60	1,50 : 4,00		
frequência			teste de independência *				
1 - 1,9	(n)	6,7% (1)	0% (0)	20% (1)	0,575	aceito H0	
2 - 2,9	(n)	40% (6)	30% (3)	60% (3)			
3 - 3,9	(n)	6,7% (1)	10% (1)	0% (0)			
4 - 4,9	(n)	40% (6)	50% (5)	20% (1)			
5 ou mais	(n)	6,7% (1)	10% (1)	0% (0)			
total		100% (15)	100% (10)	100% (5)			

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

IC95% média- intervalo de confiança da média a nível de 95%

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

Ho : a mediana dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha : a mediana dos grupos sucesso e insucesso 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

**TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

HIPÓTESES DO TESTE

Ho : a média dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha : a média dos grupos sucesso e insucesso são diferentes

2.4.2.2.1 Relação da Alta com a experiência

Do total dos participantes, 15 obtiveram alta no tratamento, sendo 10 (10/24=43%) do G1 e cinco (5/13=38%) do G2. Dos 24 clientes atendidos pelo G1, dez (43,4%) obtiveram alta. Dos 13 clientes atendidos pelo G2, cinco (38,4%) obtiveram alta. Portanto, do total dos clientes atendidos, 15 obtiveram alta no tratamento. A seguir são apresentadas as comparações dos grupos quando são relacionadas a alta e a experiência com outras variáveis.

2.4.2.2.2 Experiência X idade

É verificada diferença significativa quando se compara a média de idade dos dois grupos que obtiveram alta de acordo com a experiência clínica (G1: 31,8 - dp=10,02; G2: 46,2 - dp=4,97), utilizando-se o Teste de Igualdade de Média ($p=0,010$).

O fato de o G1 ser constituído por participantes com quase 15 anos a menos que o G2, mas, apesar disso, os participantes dele terem alcançado a alta no tratamento em igualdade com o G1, poderia ser explicado pela supervisão oferecida, que teria possibilitado um grau de nivelamento aos participantes mais jovens. Esta inferência, entretanto, não pode ser conclusiva, uma vez que outras variáveis a confundem, como a formação acadêmica, por exemplo, que poderiam também ter significativa importância no resultado.

2.4.2.2.3 Experiência X contatos absolutos

Comparando-se a variável experiência com o número de contatos absolutos (G1:24,7 - dp=8,34; G2:11,0-e dp=5,83) verifica-se diferença significativa ($p=0,013$ – Teste Mann Whitey). O fato de o G1 ter feito mais contatos na busca por supervisão é explicado pela menor experiência de seus participantes, tendo, portanto, maior necessidade de orientação que o G2, que tinha experiência maior.

2.4.2.2.4 Experiência X contatos mensais

Comparando-se a variável experiência com o número médio de contatos mensais (G1:3,60 - dp=1,112; G2:2,44 - dp=0,945) também se encontra diferença significativa ($p=0,040$ – Teste Mann Whitey). Seria outra forma de analisar o que já foi verificado no item anterior, explicado pela maior necessidade de orientação por parte do G1. Este dado confirma nossa hipótese de que os Psicólogos menos experientes necessitariam de mais supervisão que os Psicólogos mais experientes.

2.4.2.2.5 Experiência X semana de alta

Comparando a variável experiência com a semana de alta (G1: 20,4 - dp=5,27; G2: 20,4 - dp=7,13) verifica-se a igualdade dos resultados nos dois grupos ($p=1,000$ – Teste de Médias Não-pareadas). Essa igualdade, do ponto de vista estatístico, é também encontrada ao serem comparadas as variáveis idade, sexo e tratamento

anterior com a experiência. Ou seja, o que difere os dois grupos é a variável experiência, pois eles possuem perfil semelhante.

Esse dado tem relevância para a utilização desse modelo de atendimento, pois demonstra a possibilidade de se conseguir resultados semelhantes mesmo com terapeutas com experiência diversa. É possível inferir desse fato a importância da supervisão disponibilizada aos participantes que, dentre outros, pode ser apontada como fator desse resultado.

2.4.2.3 Sobrevida de Alta

Conforme demonstrado na Figura 10, não há diferença significativa no Teste de Igualdade de Sobrevida quando se compara a sobrevida de alta de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes, no intervalo de 0 a 28 semanas. Este resultado indica que houve semelhança na expectativa de alta para ambos os grupos, em toda a evolução do atendimento.

Figura 10: Comparação da sobrevida de alta no tratamento de acordo com a experiência dos Psicólogos.

2.4.2.4 Desistência ou conclusão do tratamento sem alta

Nessa seção serão comparados os dados dos psicólogos que concluíram o atendimento sem alta ou com desistência de acordo com a sua experiência clínica. Esses dados encontram-se na Tabela 8. Para facilitar a compreensão, desse ponto em diante esse grupo será referido apenas como *Com desistência*.

Tabela 8 : Comparação dos dados dos psicólogos *que desistiram ou concluíram sem alta* de acordo com a experiência.

Variável	desistiram ou concluíram sem alta		experiência		comparação	
estatística			abaixo 10 anos (G1)	acima 10 anos (G2)	comparação	
desistiram ou concluíram sem alta			abaixo 10 anos (G1)	acima 10 anos (G2)	abaixo e acima 10 anos experiência	
psicólogos cujos clientes desistiram ou concluíram sem alta					valor - p	conclusão a 5%
n	15		10 (66,7%)	5 (33,3%)		
idade (anos)						
				teste igualdade de média **		
média (dp)	40,1 (12,40)		34,0 (9,70)	52,2 (6,90)	0,003	rejeita H0
IC95% média	33,2 ; 46,9		27,1 ; 40,9	43,7 ; 60,7		
1ºq;mediana;3ºq	28,0 : 45,0 : 50,0		25,5 : 32,0 : 45,3	48,0 : 50,0 : 57,5		
min ; max	22,0 : 64,0		22,0 : 49,0	46,0 : 64,0		
frequência				teste de independência *		
20-29 anos (n)	26,7% (4)		40% (4)	0% (0)	0,011	rejeita H0 excesso 50ou+ anos no grupo +10anos experiência
30-39 anos (n)	20% (3)		30% (3)	0% (0)		
40-49 anos (n)	26,7% (4)		30% (3)	20% (1)		
50 ou mais anos (n)	26,7% (4)		0% (0)	80% (4)		
total	100% (15)		100% (10)	100% (5)		
sexo						
				teste de independência *		
frequência					1,000	aceito H0
feminino (n)	73,3% (11)		70% (7)	80% (4)		
masculino (n)	26,7% (4)		30% (3)	20% (1)		
total	100% (15)		100% (10)	100% (5)		
região						
				teste de independência *		
frequência					0,748	aceito H0
sudeste (n)	60% (9)		50% (5)	80% (4)		
sul (n)	20% (3)		30% (3)	0% (0)		
norte (n)	20% (3)		20% (2)	20% (1)		
nordeste (n)	0% (0)		0% (0)	0% (0)		
centro-oeste (n)	0% (0)		0% (0)	0% (0)		
total	100% (15)		100% (10)	100% (5)		
experiência						
média (dp)	9,8 (11,90)					
IC95% média	3,2 ; 16,4					
1ºq;mediana;3ºq	1,0 : 4,0 : 18,0					
min ; max	0,0 : 37,0					
frequência						
menos 10 anos (n)	66,7% (10)					
mais 10 anos (n)	33,3% (5)					
total	100% (15)					

formação				teste de independência *	
frequência				0,044	rejeita H0
graduação (n)	40% (6)	60% (6)	0% (0)	falta graduação no grupo +10anos experiência	
pós-graduação (n)	60% (9)	40% (4)	100% (5)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
instituto de formação			acima 10 anos	teste de independência *	
frequência				0,119	aceito H0
ensino publico (n)	46,7% (7)	30% (3)	80% (4)		
ensino privado (n)	53,3% (8)	70% (7)	20% (1)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
Mídia de contato				teste de independência *	
frequência				0,119	aceito H0
site projeto enurese (n)	46,7% (7)	30% (3)	80% (4)		
outras (n)	53,3% (8)	70% (7)	20% (1)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
número de contatos (absoluto)				teste Mann Whitey ***	
média (dp)	10,0 (5,30)	12,2 (4,60)	5,6 (3,60)	0,008	rejeita H0
IC95% média	7,1 ; 12,9	8,9 ; 15,5	1,1 ; 10,1		
1ºq;mediana;3ºq	5,0 : 12,0 : 13,0	9,0 : 12,5 : 14,3	3,5 : 4,0 : 8,5		
min ; max	3,0 : 20,0	5,0 : 20,0	3,0 : 12,0		
frequência				teste de independência *	
1 a 5 (n)	33,3% (5)	10% (1)	80% (4)	0,020	rejeita H0
6 a 10 (n)	13,3% (2)	20% (2)	0% (0)	excesso 1 a 5 no grupo +10anos experiência	
11 a 20 (n)	53,3% (8)	70% (7)	20% (1)		
21 ou mais (n)	0% (0)	0% (0)	0% (0)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		
meses de atendimento				teste Mann Whitey ***	
média (dp)	3,6 (2,80)	3,8 (2,90)	3,2 (2,80)	0,310	aceito H0
IC95% média	2,0 ; 5,1	-0,2 ; 6,6	1,6 ; 5,9		
1ºq;mediana;3ºq	2,0 : 3,0 : 3,0	2,8 : 3,0 : 3,1	1,5 : 2,0 : 5,5		
min ; max	1,0 : 12,0	1,0 : 8,0	2,0 : 12,0		
frequência				teste de independência *	
1 a 3 meses (n)	80% (12)	80% (8)	80% (4)	1,000	aceito H0
3,5 a 6 meses (n)	6,7% (1)	10% (1)	0% (0)		
6,5 a 12 meses (n)	13,3% (2)	10% (1)	20% (1)		
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)		

desistiram ou concluíram sem alta			abaixo 10 anos (G1)	(G2)	abaixo e acima 10 anos experiência	
numero de contatos por mês				teste Mann Whitey ***		
média (dp)	3,36 (1,160)	3,64 (1,040)	2,80 (1,300)	0,206	aceito H0	
IC95% média	2,72 ; 4,00	1,18 ; 4,42	2,90 ; 4,38			
1ºq;mediana;3ºq	2,00 : 3,30 : 4,30	2,88 : 4,00 : 4,30	2,00 : 2,00 : 4,00			
min ; max	1,60 : 5,10	2,00 : 5,00	1,60 : 5,10			
frequência				teste de independência *		
1 - 1,9 (n)	6,7% (1)	10% (1)	0% (0)	0,130	aceito H0	
2 - 2,9 (n)	26,7% (4)	10% (1)	60% (3)			
3 - 3,9 (n)	20% (3)	20% (2)	20% (1)			
4 - 4,9 (n)	33,3% (5)	50% (5)	0% (0)			
5 ou mais (n)	13,3% (2)	10% (1)	20% (1)			
total	100% (15)	100% (10)	100% (5)			

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

IC95% média- intervalo de confiança da média a nível de 95%

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a mediana dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha :a mediana dos grupos sucesso e insucesso 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

**TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a média dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha :a média dos grupos sucesso e insucesso são diferentes

2.4.2.4.1 Da desistência de acordo com a experiência

Foram considerados desistentes 15 participantes (41,7%) do total da amostra. Se excluídos os seis casos que ainda estão em atendimento, a taxa de desistência chega a 50%. No G1 houve dez desistências (43,4%). No G2 verificaram-se cinco (38,4%) desistências. Seguem-se as comparações dos grupos quando são relacionadas a desistência e a experiência com outras variáveis.

2.4.2.4.2 Desistência X idade

Comparando-se a variável desistência de acordo com a idade, verifica-se diferença significativa ($p=0,003$) em favor do G2 que possui média de idade superior ao G1.

2.4.2.4.3 Desistência X formação

Ao se comparar a variável desistência de acordo com a formação acadêmica, observa-se diferença significativa ($p=0,044$) também em favor do G2 no qual todos os participantes com desistência tinham pós-graduação, e no G1 esse número era de apenas quatro participantes. Portanto, nesse caso, a formação acadêmica não parece ter influenciado o resultado do tratamento. A explicação parece ser que a desistência é devida a um grande número de variáveis, que não são passíveis de controle e por isso é esperada, como refere a literatura (Kazdin , 1995; Walitzer et al.,1999; Bueno et al.,2001; Romaro, 2002; Lhullier, Nunes e Horta, 2006; Silves, 2006; Hummelen, Wilberg e Karterud, 2007; Gastaud e Nunes, 2009).

2.4.2.4.4 Desistência X Contatos absolutos

Comparando-se a variável desistência de acordo com o número de contatos absolutos (G1:12,2 - $dp=4,60$; G2:5,6 - $dp=3,60$) encontra-se diferença significativa ($p=0,008$ – Teste Mann Whitey) em favor do G1, que teve maior número de contatos para supervisão, como ocorreu também com os que obtiveram alta no tratamento. Também nesse caso fica evidente a maior necessidade de supervisão por parte do grupo com menor experiência clínica como também ocorre na supervisão presencial, referida na literatura como algo fundamental para o desenvolvimento da identidade profissional (Alvarez & Silveira, 2002; Távora, 2002; Palombini, 2004).

2.4.2.4.5 Fatores de desistência encontrados na amostra

Os motivos informados pelos participantes para a desistência do tratamento são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição dos fatores de desistência por cliente e grupo de atendimento.

Motivo da desistência	Cliente	G1	G2
Abandono do tratamento pelos pais	24, 26, 29, 30, 31, 34, 36	5	2
Dificuldades pessoais do terapeuta	28, 32, 33	3	0
Mudança de domicílio pelo cliente	25, 35	1	1
Ultrapassagem do tempo do tratamento	16, 17	0	2
Mudança de domicílio pelo terapeuta	27	1	0
Total		10	5

2.4.2.4.5.1 Abandono do tratamento pelos pais

Como apresenta a Tabela 9, o principal motivo para a desistência do tratamento foi o abandono do mesmo pelos pais. Os Psicólogos informaram que houve pais que simplesmente não compareceram mais às sessões terapêuticas e não foram encontrados pelos canais de contato informados por eles. Houve também aqueles que abandonaram e alegaram ter dificuldades pela falta de apoio do companheiro, ou pelas dificuldades estruturais da casa em que residiam, por exemplo, muitas pessoas morando em apenas dois cômodos, sem que houvesse cama para todos.

Houve também três casos em que os pais informaram ter grandes dificuldades no manejo das contingências familiares e não se sentiam, no momento, preparados para superá-las. Uns referiram que os filhos não estavam tão interessados no tratamento quanto eles próprios, e este fato, somado ao mau funcionamento do aparelho, exigindo até mesmo a troca, em alguns casos, mais de uma vez, fez com que abandonassem o tratamento.

2.4.2.4.5.2 Dificuldades pessoais do terapeuta

O segundo maior fator de desistência tem que ver com as dificuldades do terapeuta. Um deles informou ter desistido do tratamento por estar deixando a função de Psicólogo por uma oferta de trabalho mais oportuna. Outro, pela necessidade de dedicar mais tempo em sua formação acadêmica, ao iniciar seu Mestrado. Outro ainda, por motivos de saúde. Todos esses apresentaram o interesse em voltar a utilizar esse método de tratamento com seus clientes no futuro.

2.4.2.4.5.3 Mudança de domicílio pelo cliente

Dois clientes mudaram de domicílio no período do tratamento e por isso o descontinuaram. Um deles manifestou o interesse em retornar ao tratamento quando se estabelecesse no novo domicílio, mas não houve mais contato com o Psicólogo informando se o fez ou não. O outro, não fez menção de continuar o tratamento, pois moraria provisoriamente com parentes, o que poderia trazer dificuldades para fazê-lo.

2.4.2.4.5.4 Ultrapassagem do tempo do tratamento

Dois clientes que concluíram o tratamento sem alta o levaram a efeito até o final, ou seja, não desistiram. Um deles alcançou o critério de sucesso no tratamento, que é mais comum na literatura (Butler, Robinson, Holland & Doherty-Williams, 2004), como já mencionado, o de pelo menos 14 noites consecutivas sem episódios, dentro do período de tratamento. Mas, como ultrapassou o período esperado para a alta no tratamento, faz parte desse grupo. O outro cliente ultrapassou o tempo de tratamento sem alcançar o critério de sucesso.

2.4.2.4.5.5 Mudança de domicílio pelo terapeuta

A mudança de domicílio pelo terapeuta ocorreu em apenas um caso. Ele informou previamente a urgente necessidade de mudança de domicílio e por estar com dificuldades na adesão do cliente, estaria encaminhando o caso.

2.4.3 Dados dos resultados do atendimento supervisionado a distância comparados com o atendimento supervisionado de forma presencial

Nesta seção é apresentada a comparação dos resultados do atendimento com supervisão a distância com aqueles obtidos pelo atendimento com supervisão presencial.

Os atendimentos oferecidos pelo Projeto Enurese até o presente foram, quando necessário, supervisionados presencialmente pela coordenadora do mesmo, Edwiges Ferreira de Mattos Silves. As supervisões se deram, em geral de forma semanal e a maioria delas em grupo. Algumas foram realizadas de forma individual no Laboratório de Terapia Comportamental, para orientar algum aspecto muito específico, que dependia do equipamento de gravação existente lá. Nesses casos, as dificuldades foram tratadas através de observação e análise da sessão gravada.

2.4.3.1 Sucesso e desistência no tratamento

A comparação das taxas médias de sucesso e desistência no tratamento presencial realizado até o momento pelo Projeto Enurese é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10: Sucesso e desistência nos estudos do Projeto Enurese de 2004 a 2010.

<i>Responsável</i>	<i>ano</i>	<i>participantes</i>	<i>sucesso (%)</i>	<i>desistência</i>
				<i>(%)</i>
Silva	2004	15	80,0	0
Costa	2005	22	81,8	9,0
Pereira	2006	32	62,5	31,2
Arantes	2007	20	65,0	30,0
Pereira	2010	61	60,6	19,6
Total		150	69,9*	17,9*

*Média

Os resultados médios quanto ao sucesso obtidos por esses estudos encontram-se próximos do que é apresentado na literatura estrangeira, que é de 60 a 75% (Butler & Gasson, 2005). Nada se pode dizer quanto a taxa de desistência em relação a literatura por não terem sido encontrados estudos em que esse índice foi mencionado.

Tabela 11: Distribuição da média do sucesso e da desistência no tratamento de acordo com o tipo de atendimento.

<i>Tipo de atendimento</i>	<i>taxa de sucesso (%)</i>	<i>taxa de desistência (%)</i>
Com supervisão presencial	69,9	17,9
Com supervisão a distância	50,0	37,5

A taxa de sucesso encontrada no atendimento supervisionado a distância (se identificamos alta com sucesso) foi de 50%. Se excluirmos os desistentes (como em geral é feito na literatura), obtemos 71,4%. A taxa de sucesso alcançada com supervisão a distância equivale a 71,5% da obtida com supervisão presencial. Esse resultado permite concluir pela viabilidade (para não dizer efetividade) desse procedimento para a amostra pesquisada.

Os estudos do Projeto Enurese tiveram média de desistência de 17,9% no tratamento. Contudo, se analisássemos o momento em que se dá essa desistência, esse índice poderia ser bem maior. O estudo de Nunes et cols. (2009), apresentado na introdução deste, com 228 participantes, identificou dois grandes grupos temporais de desistência: *desistência pré-tratamento* e *desistência no tratamento*. Ao se contabilizar as desistências referidas em todas as fases do processo (N=125), excluídas as remissões espontâneas (N=29) temos uma taxa de 54,8% de desistência. Se tomarmos as desistências apenas na fase de tratamento (N=28/74) teremos 13%, que desistiram antes das 30 semanas. Esses dados assemelham-se àqueles encontrados em geral na literatura (Kazdin, 1996; Marturano & Panaia, 2006), que variam de 14% a 60%.

No atendimento supervisionado a distância encontrou-se 37,5% de desistência, o que também não difere do esperado no tratamento presencial. Estes dados parecem demonstrar que os resultados se assemelham para ambos.

2.4.3.2 Variação dos escores de intolerância à EN

A redução dos escores de intolerância materna é também um dos efeitos do tratamento presencial para a EN. Este fato foi verificado tanto no atendimento de crianças (Silva, 2004) como no atendimento de adolescentes (Costa, 2005). A variação média encontrada nesses dois estudos foi de 24,2%.

Tabela 12: Variação média da intolerância à EN por tipo de atendimento.

<i>Tipo de atendimento</i>	<i>variação média (%)</i>
Com supervisão a distância	- 27,1
Com supervisão presencial	- 24,2

O atendimento supervisionado pela internet apresentou também esse efeito, sendo a variação da intolerância de 27,1% ($p=0,001$), equiparando-se ao resultado encontrado no atendimento presencial. Este dado é muito significativo pelo fato de a intolerância dos pais à EN de seus filhos ser um fator de desistência e um preditor de mal prognóstico no tratamento da queixa, juntamente com a falta de cooperação dos pais e a falta de supervisão, também apontados como preditores de desistência no tratamento Butler (1994). Por isso, o alarme é contra-indicado em situações em que há uma alta taxa de intolerância (Butler, Holland, Devitt, Hiley, Roberts e Redfern, 1998).

2.4.3.3 Variação dos escores de problemas de comportamento

Os estudos realizados pela equipe do Projeto Enurese com supervisão presencial têm alcançado resultado efetivo também na redução dos escores de problemas de comportamento, como apresentam dados da Tabela 13.

Tabela 13: Variação média negativa (%) dos escores das Escalas de Problemas de Comportamento em estudos de 2004 a 2010 (*DT= Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais; DI= Escala de Internalização; DE= Escala de Externalização*).

Responsável	ano	participantes	DT	DI	DE
Silva	2004	24	1,4	0,7	2,1
Costa	2005	22	12,3	5,6	11,1
Pereira	2006	32	4,9	5,7	4,4
Arantes	2007	20	12,9	15,0	7,2
Pereira	2010	61	6,3	5,8	3,9
Total		159	7,56	6,56	5,74

O atendimento com supervisão a distância também apresenta esse mesmo efeito, mas, como apresentado na Tabela 21. No caso da amostra em apreço a variação foi significativa, superior à medida encontrada no atendimento presencial, sendo significativa do ponto de vista estatístico (DT, $p=0,002$; DI, $p=0,003$ e DE, $p=0,017$).

Tabela 14: Variação média (%) dos escores das Escalas de Problemas de Comportamento de acordo com o tipo de atendimento.

Tipo de atendimento	DT	DI	DE
Com supervisão presencial	7,56	6,56	5,74
Com supervisão a distância	18,1	13,7	11,0

2.4.4 Dados relativos à intolerância materna

Os dados relativos à intolerância materna à EN, antes e após a intervenção, são apresentados a seguir. Os clientes que desistiram, e os demais, não são incluídos nessa análise por não termos os seus dados finais. Por isso, apenas os dados daqueles que obtiveram alta são apresentados (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos escores absolutos de Escala de Intolerância (EI) dos clientes de acordo com o seu psicólogo.

Identificação (cliente)	Psicólogo	EI	
		início	final
G1			
C01	1 KN	3,1	2,3
C02	2 YD	2,275	1,375
C06	6 NB	1,875	1,375
C09	9 SB	1,775	1,375
C10	10 GP	2,7	1,45
C11	11 ZN	2,7	1,375
C12	12 WE	1,375	1,375
C19	22 PQ	1,375	1,3
C20	23 QS	2,55	1,775
C21	24 MV	1,45	1
G2			
C26	30 AV	1,7	1,375
C28	32 JB	2,3	1,85
C29	33 BC	1,775	1,275
C32	36 BM	1,775	1,375
C33	37 RI	3,1	1,85

2.4.4.1. Intolerância inicial X Intolerância final

A Tabela 16 demonstra que houve diferença significativa entre os escores médios iniciais e finais da intolerância dos pais ($p=0,001$). Este dado é muito importante, pois a intolerância dos pais é um dos preditores de insucesso no tratamento e se constitui um forte mantenedor do comportamento por dificultar o desenvolvimento da autoconfiança e segurança da criança portadora de EN. Esse dado demonstra que para esses pais o tratamento teve efeito também quanto intolerância, o que é muito positivo, pois crianças que têm pais mais suportivos alcançam resultados mais efetivos no tratamento da EN.

Dados semelhantes também foram encontrados em outras pesquisas no atendimento a essa queixa (Silva, 2004; Costa, 2007).

Tabela 16: Comparação dos escores médios iniciais e finais da Escala de Intolerância.

Variável			variação (%)	comparação	
estatística	inicial	final		entre início e final	
crianças que tiveram alta				valor - p	conclusão a 5%
n	15	15	15		
Escala de Intolerância				teste igualdade de média	
média (dp)	2,1 (0,60)	1,5 (0,32)	-27,1% (13,56)	<0,001	rejeita H0

**Teste de Médias não-pareadas

2.4.4.2 Redução da Intolerância X Experiência do terapeuta

Como apresentado na Tabela 17, houve redução dos escores finais da escala de intolerância à EN, mas essa diferença não foi significativa em nenhum dos dois grupos. Desse dado, infere-se que a experiência terapêutica por si só não é determinante desse resultado.

Tabela 17: Escores médios da Escala de Intolerância inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.

Grupo	Inicial média (dp)	Final média (dp)	Variação (%)	Valor – p
G1	2,14 (0,652)	1,47 (0,346)	-27,7 (15,83)	0,208*
G2	2,26 (0,434)	1,85 (0,567)	-17,2 (16,79)	

*Teste de Médias não pareadas

Observa-se maior variação nos escores do G1, o que parece estar relacionado com o tempo despendido no tratamento que foi em média de 3,68 meses (dp=1,112), superior ao G2, que foi de 2,44 meses (0,945). Infere-se, dentre outros fatores, a possibilidade de os pais do G1 terem recebido mais orientação psicoeducacional que os pais do G2. Esse dado pode ser inferido também dos conteúdos das mensagens enviadas pelos terapeutas quando de sua procura por supervisão.

A EI tem como ponto de corte a mediana de valor 1,45 (pelas normas americanas, Morgan & Young (1975). Acima deste valor, os pais revelariam ser intolerantes à EN do filho. Nesse estudo encontramos 12 mães intolerantes no início do tratamento, das quais oito apresentaram tolerância ao final do mesmo. Além disso, as demais que não atingiram mudança de categoria tiveram redução de seus escores, o que demonstra que para elas o tratamento foi efetivo também na mudança da interação com seus filhos.

De acordo com Butler & McKenna (2002), a intolerância familiar deve sofrer intervenção pois é um dos pontos que leva à desistência do tratamento, uma vez que os pais sentem que a criança pode controlar seu estado enurético e não o faz por preguiça ou birra. Os autores afirmam ainda que cerca de 30% das famílias é intolerante. Em nosso estudo encontramos quase 100% de intolerância familiar, de acordo com a Escala de Intolerância, o que nos faz voltar às questões culturais e de entendimento como possíveis fatores de influência nestes resultados.

Conforme a literatura apresenta, crianças e adolescentes portadores de EN podem ser impactados por esse problema, e seus pais podem reagir de forma intolerante a essa condição, aumentando assim as dificuldades para a superação da mesma. O problema tende a agravar-se quanto mais idade tiver a criança; tanto a

intolerância dos pais como o impacto da EN sobre os filhos tende a aumentar (Arantes & Silvaes, 2007; Butler et al, 1994; Morgan & Young, 1975).

Nesse sentido, a EN pode ser uma experiência devastadora, desenvolvendo sentimentos de culpa, embaraço e vergonha, determinando esquiva de atividades sociais, um senso de ser diferente dos outros, atitude de vitimização e auto-estima baixa. Os pais tipicamente se acomodam ao problema com um senso resignado de impotência. Segundo Butler & McKenna (2002), os pais tendem a acreditar que a EN não é passível de controle. Eles tipicamente procuram explicações causais nas áreas de sono pesado, ou reatividade emocional ou, ainda, na dotação genética e, por isso, tornam-se mais exigentes e intolerantes com seus filhos.

Segundo o estudo de Butler (1994), cerca de 30% dos pais avaliados através da Escala de Intolerância - EI demonstraram-se intolerantes à EN. Esta atitude implica em tensões familiares e rejeição por parte de familiares e cuidadores. É freqüente o costume dos pais de compararem a criança ou adolescente com EN a seus irmãos, parentes ou amigos que não apresentam o mesmo distúrbio.

Segundo Oliveira (1999), enquanto o problema da EN não é resolvido, outros problemas comportamentais vão se ampliando (discriminação social, impedimento de realizar atividades, como dormir na casa de amigos, participar em excursões escolares, etc.). Assim, a criança e sua família sofrem, recebendo impacto negativo sobre sua auto-estima (Silvaes e Souza, 1996).

2.4.5 Dados de evolução dos problemas de comportamento

A seguir serão analisados os dados relativos às respostas aos CBCLs maternos e suas relações com variáveis de tratamento e do terapeuta. Optou-se por apresentar apenas os dados oferecidos pelas mães pelo fato de que muitos pais não responderam os instrumentos de avaliação e algumas crianças não têm pai. Os clientes que desistiram, e os demais, não são incluídos nessa análise por não termos os seus dados finais.

A Figura 11 apresenta a variação dos escores médios das escalas de problemas de comportamento dos clientes atendidos.

Figura 11: Variação dos escores médios iniciais da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (DT), Escala de Internalização (DI), Escala de Externalização (DE).

2.4.5.1 Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (DT) inicial e final

Os dados da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais são apresentados na Tabela 18. Os resultados demonstram diferença significativa ($p=0,002$) entre os seus escores iniciais e finais. Esses dados demonstram que houve mudança na percepção das mães participantes sobre os problemas emocionais/comportamentais de seus filhos ao término do tratamento.

O G1 conseguiu uma variação maior que o G2, sendo de - 22,4% ($dp=17,53$), o que sugere uma eficiência importante para o desempenho desses terapeutas, que apesar de serem menos experientes, alcançaram esse bom resultado. Essa diferença

pode ser novamente atribuída, em termos, à possibilidade que tiveram de obter supervisão para suas demandas ao longo do tratamento.

Tabela 18: Escores médios da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (DT) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.

Grupo	Inicial média (dp)	Final média (dp)	Variação (%)	*Valor – p
G1	60,3 (7,97)	47,1 (13,91)	- 22,4 (17,53)	0,002
G2	61,7 (10,27)	55,9 (15,20)	- 7,5 (23,21)	

*Teste de Médias não pareadas

A significativa variação nos escores da DT confirma a literatura (Silva, 2004; Costa, 2005; Pereira, 2006; Arantes, 2007; Pereira, 2010) quanto à melhora em outros aspectos quando se trata a EN. Do total dos participantes, 11 tiveram redução nos escores ao final do tratamento, sendo que seis deles chegaram a mudar de categoria.

Estudos brasileiros sobre o impacto da EN e os efeitos do tratamento, demonstram que são verificadas mudanças significativas nos escores de DT ao final do tratamento, evidenciando sua importância (Silvares *et al*, 2007).

2.4.5.2 Escala de Internalização (DI) inicial e final

Os dados relativos à Escala de Internalização (DI) são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19: Escores médios da Escala de Internalização (DI) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.

Grupo	Inicial média (dp)	Final média (dp)	Variação (%)	*Valor – p
G1	59,9 (6,13)	48,8 (10,05)	- 18,8 (14,05)	0,040
G2	63,6 (12,98)	59,3 (15,77)	- 2,8 (14,92)	

*Teste de Médias não pareadas

Como demonstra a Tabela 19, ao final do atendimento houve redução do escore médio para DI. Esta diferença é significativa ($p=0,040$). Novamente pode-se

dizer que para esses clientes a intervenção demonstrou-se eficiente na mudança da percepção das mães quanto aos problemas comportamentais de seus filhos nessa soma de escala.

A mudança é significativa, principalmente, para o G1 que foi de -18,8% (dp=14,05). Essa variação tão alta era previsível logicamente para o G2, onde se tem participantes mais experientes e com maior formação acadêmica. Contudo, apesar dessa expectativa, verificou-se esse fato no G1, grupo menos experiente e com menor formação. Do total dos participantes, 12 tiveram diminuição dos escores ao final do tratamento, sendo que cinco desses chegaram a mudar de categoria, deixando de ser percebidos como clínicos.

Esse fato parece ser mais bem compreendido à luz do estudo de Pereira et al (2009). Nele encontrou-se uma diminuição significativa nos escores do CBCL ao final do tratamento para Enurese. A diminuição chegou a resultar em mudança de categoria clínica para não-clínica, o que confirma os dados encontrados por Hirasing e cols. (2002). A diminuição se deu mesmo naqueles casos em que não ocorreu o sucesso no tratamento, o que corrobora os resultados encontrados por Longstaffe e cols. (2000) e opondo-se aos de Hirasing e cols. (2002). Estes dados levam a concluir que não se pode afirmar que o término da Enurese produz a melhora de outros problemas de comportamento.

Longstaffe e cols. (2000) apresentam que a atenção e o suporte oferecidos no tratamento podem ter de fato benefícios para todos. É apresentada também a possibilidade de a orientação oferecida regularmente às mães ter alcançado o efeito de alterar a percepção delas sobre o comportamento de seus filhos.

O estudo apresenta a possibilidade de o atendimento semanal ter tido efeitos positivos sobre o comportamento da criança, apesar de se focar especificamente à Enurese. Apresenta ainda a possibilidade de as mães terem supervalorizado os problemas de seus filhos no preenchimento inicial do CBCL pela crença de que assim fazendo teriam maior chance de atendimento rápido, uma vez que o atendimento é gratuito, nas instituições públicas participantes, e possui uma lista de espera.

2.4.5.3 Escala de Externalização (DE) inicial e final

Os dados da Escala de Externalização são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20: Escores médios da Escala de externalização (DE) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.

Grupo	Inicial média (dp)	Final média (dp)	Variação (%)	*Valor – p
G1	57,9 (8,85)	49,2 (13,49)	- 13,6 (16,76)	0,017
G2	58,3 (9,51)	55,4 (10,66)	- 4,6 (20,43)	

*Teste de Médias não pareadas

Também na Escala de Externalização houve redução do escore médio ao final do tratamento. Esta diferença é significativa ($p=0,017$) demonstrando que para esses clientes a intervenção foi eficiente na mudança da percepção das mães quanto aos problemas comportamentais de seus filhos nessa soma de escalas.

Para o G1, essa variação foi mais significativa, sendo de – 13,6% ($dp=16,76$). Do total dos participantes, 11 tiveram diminuição dos escores ao final do tratamento. Desse, quatro obtiveram mudança de categoria, sendo percebido por suas mães com menos problemas de comportamento. Cabem aqui as mesmas observações já expressas nos comentários do item anterior (DI), fundamentadas nos estudos mencionados.

2.4.5.4 Escala Total de Competências (CS) inicial e final

Os dados relativos à Escala Total de Competências são apresentados na Tabela 21.

Tabela 21: Escores médios da Escala Total de Competências (CS) inicial e final de acordo com a experiência dos Psicólogos participantes.

Grupo	Inicial média (dp)	Final média (dp)	Variação (%)	*Valor – p
G1	35,8 (7,87)	35,4 (7,38)	4,3 (15,18)	0,159
G2	38,8 (8,21)	36,1 (6,77)	6,0 (12,46)	

*Teste de Médias não pareadas

A Tabela 21 demonstra que não houve diferença significativa entre os escores médios iniciais e finais da Escala Total de Competência dos participantes, permanecendo estáveis na categoria não clínica. Apesar disso, nos casos individuais,

observa-se que no início do tratamento havia 10 clientes com escores na categoria clínica ou borderline. Ao final do tratamento, quatro desses mudaram para a categoria não-clínica e outros quatro tiveram aumento de seus escores, ou seja, daquelas 10 mães, oito passaram a perceber seus filhos como mais competentes ao final do tratamento.

2.4.6 Dados dos indicadores da necessidade de supervisão entre participantes em função de sua experiência clínica

2.4.6.1 Número de contatos e duração do atendimento

Nessa seção são comparados os indicadores da necessidade de supervisão entre psicólogos participantes em função de sua experiência clínica. Esses dados são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22: Indicadores da necessidade de supervisão entre participantes em função dos resultados (média) e de acordo com a experiência clínica.

<i>Indicadores</i>	<i>alta</i>		<i>valor – p</i>	<i>desistência</i>		<i>valor – p</i>
	<i>G1</i>	<i>G2</i>		<i>G1</i>	<i>G2</i>	
Contatos absolutos	24,7	11,0	0,013	12,2	5,6	0,008
Contados mensais	3,7	2,4	0,040	3,6	2,8	0,206
meses de atendimento	6,0	4,6	0,206	3,8	3,2	0,310

Como mencionado anteriormente, o G1 necessitou de maior número de contatos na busca de supervisão para realizar o atendimento do que o G2. Essa diferença é significativa, do ponto de vista estatístico ($p=0,013$ - Teste de Mann Whitey). Esse dado confirma a literatura sobre a importância da experiência clínica no resultado do tratamento (Banaco, 1996; Guillard, 1997; Alvarez & Silveira, 2002; Ireno & Meyer, 2009). Apesar da necessidade de se estudar outras variáveis, como a formação acadêmica e outras experiências de treinamento profissional vivenciadas, percebe-se que a experiência profissional dos psicólogos participantes foi uma variável importante para o resultado no tratamento.

O número de contatos na busca de supervisão pelos participantes do G1 sugere a necessidade desse tipo de supervisão para os terapeutas menos experientes. Através de relatos oferecidos por eles, confirma-se também esse dado. Muitos informaram sentirem-se mais seguros a partir das supervisões, onde suas dúvidas e dificuldades eram consideradas.

Os psicólogos menos experientes também necessitaram de mais tempo para alcançar alta no tratamento. Esse dado também reforça a importância da experiência para o resultado no tratamento de EN com supervisão a distância.

2.4.6.2 Análise qualitativa dos conteúdos dos contatos

As supervisões ocorreram de forma espontânea, de acordo com a necessidade de cada Psicólogo. A seguir, são apresentados os principais temas das supervisões. As questões dos terapeutas e os conteúdos de suas mensagens foram categorizados e são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23: Distribuição dos conteúdos dos contatos de supervisões de acordo com a experiência.

<i>Conteúdos</i>		<i>G1</i>	<i>G2</i>
Aspectos práticos do tratamento	Funcionamento do aparelho de alarme	10	5
	O uso dos instrumentos de avaliação	4	5
	Orientação psicoeducacional aos pais	10	3
	Outras demandas do cliente	10	1
	Outros	6	1
Aspectos teóricos do tratamento	Abordagem cognitivo-comportamental	2	0
	Fundamentação do tratamento	10	2
	Compreensão do racional do tratamento	10	1
	Aspectos teóricos sobre a Enurese	10	5
Aspectos do terapeuta	Dificuldades pessoais	5	1
	Informações acadêmicas	3	0
	Outros	1	0

Obs: São apresentados os números absolutos de psicólogos que solicitaram o referido conteúdo.

Aspectos práticos do tratamento

Os aspectos práticos do tratamento que mais estiveram presentes nos conteúdos das supervisões de ambos os grupos foram o funcionamento do aparelho de alarme, a orientação psicoeducacional aos pais dos clientes e outras demandas emergentes do cliente apresentadas em terapia.

Funcionamento do aparelho de alarme: O uso de tecnologia em terapia exige treinamento específico. O aparelho de alarme para Enurese é pouco conhecido em nível nacional, e sua aplicação foi novidade para todos os participantes. Por isso, todos eles solicitaram informações adicionais, além daquelas já enviadas no início do processo. Como mencionado, além apresentou funcionamento instável para alguns clientes. Alguns queixaram-se de acionamento involuntário do alarme, sem a presença de urina. Outros reclamaram pelo não funcionamento quando na apresentação dos episódios. Alguns tiveram dificuldades quanto à melhor forma de uso do aparelho para clientes obesos, ou nos casos em que o colchão era muito flácido.

Apesar de os aparelhos serem enviados com as instruções de uso (Anexo 8) e essas serem lidas e explicadas aos clientes, alguns deles tiveram dificuldades em compreendê-las. Algumas mensagens dos terapeutas, principalmente do G1, trouxeram solicitação de mais esclarecimento do uso do aparelho em situações específicas e como solucionar problemas de mau funcionamento.

Segue abaixo um exemplo de mensagem dessa categoria:

[sic] “Parece que YS deu uma recaída no mês de janeiro quando passou por uma cirurgia foi retirado todo o medicamento. Agora parece já ter voltado ao índice anterior. No entanto nao conseguiu ainda os 15 dias consecutivos. Parece que mudou bastante a qualidade da molhada: menos volume, ele acorda,ou só molha o pijama. Mas queria te dizer tb que o 2o equipamento começou a dar problema a disparar sem estar molhado e YS e os pais me pediram para parar de usar. Eu permiti até conversar com vc. Observo também que a enurese já não ocupa um papel central na família e ja não é um assunto principal. Aguardo orientação sua.”

Orientação psicoeducacional aos pais: Todos os participantes do G1 e três participantes do G2 solicitaram subsídios para oferecer uma adequada orientação psicoeducacional aos pais. A maioria das questões diziam respeito ao estabelecimento de práticas educativas positivas e o manejo de contingências familiares. Foi muito freqüente também a busca de orientações para a baixa adesão ou dificuldades no seguimento de regras. Alguns pais de crianças maiores e adolescentes queixavam-se da dificuldade de lidar com as flutuações de humor de seus filhos e outras demandas próprias desta faixa etária.

Alguns participantes do G1 encontraram dificuldades quanto a conseguir a adesão dos pais no tratamento. As mães geralmente mostravam-se mais comprometidas que os pais. Estes, quando se envolviam, manifestavam forte intolerância e limitações no aspecto relacional. O padrão de interação era muitas vezes pobre e carregado de punições, o que dificultava mais ainda o tratamento. Com esses foi preciso dedicar mais tempo em orientação.

Segue abaixo um modelo de mensagem com esse conteúdo:

[sic] “Aqui vai o registro de LM. Ela ficou seca a semana inteira, sem dificuldades de acordar à noite para urinar (ela e os pais referiram que ela conseguiu acordar por ter percebido que a bexiga estava cheia), mas você não imagina a última..... uma surpresa... os pais me disseram na última sessão que ela agora passou a dormir no mesmo quarto que eles, em camas separadas, porque antes no quarto dela sozinha ela contou a eles que preferia fazer xixi na cama a ter que levantar à noite e fazer xixi no banheiro, pois tinha medo de levantar..... No quarto dos pais, como há um banheiro por perto, e eles estão no mesmo ambiente, ela levanta tranqüilamente e vai ao banheiro... ai ai ai, por essa eu não esperava! Ela nunca comentou isso nem comigo e, até onde eu sei, nem com os pais!! Quer dizer, tudo parece indicar que ela já desenvolveu o controle urinário, e o problema agora é o medo de levantar à noite. Tem luzes acesas pela casa durante à noite, mas mesmo assim ela tem medo...”

Outras demandas do cliente: Alguns clientes manifestavam outras demandas que influenciavam o seu comportamento geral. As mais freqüentes diziam respeito a problemas de internalização: timidez, retraimento e ansiedade. Mas também surgiram dificuldades com problemas de externalização como falta de seguimento de regras, comportamento agressivo (algumas vezes violento), pequenos furtos, depressão, auto-estima baixa, obesidade e problemas de aprendizagem. Também houve um relativo número de problemas de divergência conjugal.

Essas questões, juntamente com outras menos freqüentes ocuparam considerável espaço nas sessões terapêuticas. Os participantes do G1 apresentavam as suas dúvidas e depois de praticar na sessão terapêutica o que recebiam como orientação, forneciam retorno para verificar se haviam agido de forma adequada.

Segue abaixo um exemplo de mensagem com outras demandas:

[sic] “Esta semana FT levou o aparelho p casa. Fiz uma visita domiciliar antes. Foi bacana, ele reagiu com agressividade, não querendo me mostrar onde era seu quarto e suas coisas. Ultimamente ele vem reagindo c/ viloencia na escola, quebrando merendeira nos colegas, qdo se vê frustrado em qq coisa. Percebi q não acreditava q eu iria e se assustou ao me ver cumprindo o combinado. Achei a casa mto desorganizada e passou pela minha cabeça q as reações dele sejam ante a desorganização, senfo ele mto organizado. Discuti c a neuropediatra e concluímos q talvez fosse importante a entrada da psiquiatria, mas como ele está rejeitando qq contato novo, preferimos q ela mesma medicação, ele está fazendo uso de sertralina, junto ao depacote, pensamos em "depressão reativa". E nas últimas sessões percebi sofrimento e descontrole. Já deu uma melhorada esta semana e pediu p levar o aparelho, q quer tentar mto. Vamos torcer.”

Aspectos teóricos do tratamento

A fundamentação do tratamento: Os participantes do G1 em especial solicitaram orientações que diziam respeito às bases conceituais e teóricas do tratamento. Todos eles, em algum momento do tratamento, manifestaram espontaneamente a busca por informações dessa natureza, como por exemplo: a) os

operantes e os respondentes envolvidos no comportamento enurético; *b)* a relação entre o biológico e o ambiental na determinação e manutenção da Enurese; *c)* os estilos parentais e sua influência no tratamento.

A compreensão do racional do tratamento: Todos os participantes do G1 e apenas um do G2 solicitaram orientação na busca de compreensão do racional do tratamento. A experiência clínica parece ter sido o fator dessa diferença. Por se tratar de um tratamento de grande complexidade, a compreensão de suas bases e funcionamento é imprescindível, principalmente porque ele depende muito do engajamento do cliente, que necessita também de orientação precisa. Quanto mais bem informado, maior a chance de o cliente se envolver e obter sucesso no tratamento.

Aspectos teóricos sobre a Enurese: Os participantes de ambos os grupos solicitaram a supervisão na busca de informações sobre aspectos teóricos da Enurese. Suas dúvidas principais nessa categoria diziam respeito ao diagnóstico, etiologia e comorbidades. A principal dúvida quanto ao diagnóstico dizia respeito ao diagnóstico diferencial da incontinência diurna. Quanto à etiologia, surgiram dúvidas quanto aos aspectos biológicos e sua relação com os fatores comportamentais. Para vários Psicólogos participantes, a Enurese era compreendida como efeito de problemas comportamentais. Para responder a essas e outras questões, foram utilizados artigos científicos recentes sobre os temas e outras fontes esclarecedoras.

Aspectos do terapeuta

Dificuldades pessoais: Dos participantes do G1, cinco apresentaram suas dificuldades pessoais nas mensagens e dos participantes do G2 apenas um as apresentou. As dificuldades apresentadas foram: *a)* falta de experiência no atendimento infanto-juvenil; *b)* déficit de habilidades para lidar com divergência conjugal de pais de seus clientes; *c)* resistência ao lidar com problemas da adolescência. Algumas dessas questões exigiram mais do que o esperado para a supervisão propriamente dita. Foi preciso oferecer algum tipo de orientação para lidar com essas demandas.

Informações acadêmicas: A solicitação por esse tipo de informações foi feita por apenas três participantes do G1. Eles solicitaram informações sobre como obter formação complementar na abordagem cognitivo-comportamental, ou no atendimento aos problemas comportamentais na infância e adolescência, ou ainda como dar prosseguimento aos estudos nos programas de pós-graduação da Universidade de São Paulo.

CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES

Este estudo teve como principal objetivo verificar a viabilidade de uma proposta de utilização da supervisão a distância mediada pela internet na orientação do tratamento da Enurese em Serviços-escola de Psicologia, Unidades básicas de Saúde e consultórios psicológicos do setor privado. Buscou-se também verificar o papel da experiência dos supervisionandos nos resultados da proposta.

Foram inscritos neste trabalho 40 psicólogos de ambos os sexos, de várias regiões do Brasil, dos quais 30 foram considerados para análise e distribuídos em dois grupos segundo a sua experiência, sendo G1=psicólogos com experiência inferior a dez anos (N=20) e G2=psicólogos com experiência superior a dez anos (N=10). Os participantes atenderam clientes com queixa de EN utilizando a intervenção comportamental com o uso de aparelho nacional de alarme. Eles foram supervisionados via internet, conforme sua necessidade e desejo.

Do total dos participantes, 50% obtiveram alta no tratamento. A desistência foi de 37,5%. Dos clientes atendidos pelos G1 50% obteve o critério de sucesso e de alta. Os dez restantes desistiram do tratamento. Os participantes do G2 tiveram cinco clientes com sucesso e alta no tratamento e cinco com desistência. Esses resultados estão próximos daqueles apresentados pela literatura estrangeira que são de 60% a 75% de sucesso (Butler, 2005).

Os resultados deste estudo são inferiores aos obtidos no atendimento com supervisão presencial realizados no país, mas aproximam-se deles, justificando portanto o seu uso. Esses dados demonstram a viabilidade dessa modalidade de atendimento.

É possível que dentre os desistentes de ambos os grupos encontrem-se clientes com sucesso no tratamento que não tenham informado esse dado e não compareceram mais às sessões nem puderam ser localizados. A taxa de desistência encontrada nesse estudo também se compara àquelas encontradas em outros estudos sobre o tratamento da EN, que segundo a literatura pode variar de 13% a 54,8%, dependendo do critério adotado (Nunes et cols., 2009). A desistência também é esperada nos treinamentos e cursos *online*, podendo variar entre 30% a 60% (Lhullier

& Nunes, 2004). Isto talvez explique em parte o alto índice de desistência neste estudo, uma vez que se utilizou a mediação da internet e contabilizou-se a desistência do cliente com a do terapeuta.

Encontrou-se nesse estudo uma variação negativa dos escores de intolerância materna semelhantes aos obtidos pelos estudos com atendimento supervisionado de forma presencial, onde o mesmo procedimento foi adotado (Silva, 2004; Costa, 2007). Verificou-se maior variação da intolerância materna nos escores do G1, o que parece estar relacionado com o tempo despendido no tratamento que foi superior ao G2. Infere-se, dentre outros fatores, a possibilidade de os pais do G1 terem recebido mais orientação psicoeducacional que os pais do G2. Esse dado pode ser inferido também dos conteúdos das mensagens enviadas pelos terapeutas quando de sua procura por supervisão.

Os escores médios de problemas de comportamento também tiveram variação significativa pelo teste de igualdade de média. Em todas as escalas houve diminuição dos escores ao final do tratamento, com diferença significativa. As variações obtidas foram superiores às encontradas no atendimento com supervisão presencial. Este é um dado que reforça a viabilidade do tratamento com supervisão a distância e confirma a literatura quanto aos benefícios do tratamento também para a diminuição dos escores de problemas de comportamento (Hirasing e cols., 2002). Contudo, não se pode afirmar que haja a melhora de outros problemas de comportamento em decorrência do término da EN (Pereira e cols., 2009). O mais provável é que a atenção e o suporte oferecidos no tratamento tenham beneficiado os participantes como ocorre sempre em terapia (Longstaffe e cols., 2000).

Os clientes atendidos pelo G1 tiveram uma variação maior que os atendidos pelo G2 em todos seus escores médios. Esta diferença foi significativa em todas as escalas de problemas de comportamento. Apesar de não ser conclusivo, pode-se avaliar esse dado como indicativo de que para essa amostra a supervisão a distância possibilitou um nivelamento dos participantes, proporcionando aos menos experientes condições semelhantes aos participantes mais experientes. Porém, outros estudos demonstram que, independente do resultado ou do terapeuta, ao fim do tratamento verifica-se melhoras nos escores dos clientes (Pereira e cols., 2009). Há necessidade de mais estudos para a compreensão desses aspectos.

Os contatos efetuados pelos participantes em busca de supervisão foram usados como critério para verificar a necessidade da mesma em relação ao nível de experiência. Verificou-se que os terapeutas menos experientes necessitaram de mais supervisões que os mais experientes demonstrando a importância da supervisão para o G1. Estudos recentes apresentam a relevância da supervisão para os treinamentos via internet, principalmente para os participantes menos experientes e mais velhos (Brauer, Abbad e Zerbini, 2009). Nesse estudo, portanto, a experiência do terapeuta foi evidenciada pelo número de contatos efetuados. Entretanto, como não se utilizou grupo controle, esses resultados não são conclusivos.

O estudo demonstrou que é viável difundir o tratamento da EN em outras regiões através da supervisão a distância pela internet. Mas evidenciou também algumas dificuldades que esse processo implica. A principal delas tem que ver com o acesso à internet. Muitos psicólogos, principalmente os do interior, relataram que o acesso foi comprometido pela instabilidade do sistema disponível e a baixa velocidade. Alguns tiveram dificuldades em enviar suas informações e não puderam receber os arquivos que lhes eram enviados. Outra dificuldade apontada com relativa frequência foi a qualidade do aparelho que, por apresentar defeitos, teve de ser substituído, em alguns casos mais de duas vezes, e gerou prejuízos para o tratamento. Ainda foi apresentada uma grande dificuldade quanto à continuidade do tratamento por um significativo número de participantes de baixa renda. Parte deles apontou a falta de recursos para transporte e a mudança de domicílio como os seus maiores empecilhos. Dados semelhantes também foram encontrados por Silveiras (2000).

A supervisão a distância exige também que o supervisionando possua algumas competências pessoais como, por exemplo, autodisciplina e autogestão do tempo e da aprendizagem (Abbad e Zerbini, 2009). As dificuldades pessoais do terapeuta também estão relacionadas com o resultado no tratamento, mas na supervisão a distância elas são mais acentuadas, pois essa modalidade de intervenção exige mais tempo e esforço.

O estudo demonstrou que a supervisão a distância com o uso da internet é viável como forma de se ampliar o atendimento do SE. Além de capacitar multiplicadores para o atendimento da população em regiões distantes, ele demonstrou-se eficiente para atender um contingente que não teria como deslocar-se

até o SE do IP-USP para receber o tratamento oferecido pelo Projeto Enurese. Dessa forma, atingiu-se o objetivo de difundir o conhecimento científico, atender a população distante e minimizar os custos que seriam gerados caso os participantes tivessem que se deslocar na busca desses benefícios.

PERSPECTIVA

Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de se aprimorar a forma de difusão dessa modalidade de atendimento através de novas ferramentas eletrônicas que favoreçam o acesso dos terapeutas à comunicação científica e às novas tecnologias para o tratamento da EN. Sugere também a necessidade de se realizar estudos com grupo controle para avaliação de outras variáveis, dentre elas, as habilidades e competências pessoais do terapeuta.

A compreensão dos fatores de desistência e a prevenção do abandono do tratamento, principalmente para os casos mais severos ainda é um desafio a ser explorado. Uma das possibilidades seria a investigação das variáveis pessoais e familiares e de novas formas de acompanhamento.

O presente estudo sugere ainda a realização de novas investigações sobre questões relativas às variáveis envolvidas no sucesso e insucesso no tratamento e a formas de intervenção eficientes para os casos menos bem-sucedidos.

REFERÊNCIAS

- Abbad, G; Carvalho, R. S.; Zerbini, T. (2006). Evasão em curso via internet: explorando variáveis explicativas. *RAE electron*, [online], vol.5, n.2 [acessado em 25.07.10], pp. 0-0. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482006000200008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1676-5648. doi: 10.1590/S1676-56482006000200008.
- Abrams, J. S. (1997). Etiology of Urinary Incontinence. In: O' Donnell PD, Mosby. *Urinary Incontinence*. Missouri: 1997. P. 414-9.
- Achenbach, T.M. (1991) Integrative guide for the 1991 CBCL/ 4-17, YSR, and TRF Profiles. *Burlington: University of Vermont*.
- Alvarez, L. F. & Silveira, J. M. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: atribuições de terapeutas comportamentais experientes e não experientes. *Estud. psicol. (Campinas)* [online], vol.19, n.1 [acessado em 26.07.10], pp. 49-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2002000100005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-166X. doi: 10.1590/S0103-166X2002000100005
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopez, M. (1993). Os cenários que se apresentam ao psicólogo hoje em dia, palestra proferida no II Encontro Nacional de Supervisores de estágio em Psicologia, São Leopoldo, RS (cópia xerográfica).
- Ancona-Lopez, M. (1996). Caminho de Acesso à Análise Crítica das Práticas Psicológicas Alternativas. Anais do VI Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP, Teresópolis, RJ.
- Ancona-Lopez, M. (Org.) (1987). Avaliação da inteligência I. São Paulo: E.P.U.
- Ancona-Lopez, M.(1981). Avaliação de serviços de psicologia clínica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Arantes, M. C. & Silveiras, E. F. M. (2007). Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento. *Estud. psicol. (Campinas)*, vol.24, n.2, pp. 155-160.
- Arantes, M. C. (2007). *Problemas de comportamento e resultados do tratamento com alarme para enurese primária*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Naert, S., Hoebke, P., & Walle, J. V. (2007). The Impact of Maturation of Brainstem Inhibition on Enuresis: A Startle Eye Blink Modification Study With 2-Year Followup. *The Journal of Urology*, 178, pp. 2621-2625.
- Banaco, R.A. (1996). O Desenvolvimento pessoal de terapeuta: Análises informais de um formador em psicoterapia comportamental. Torre de Babel: Reflexões e Pesquisa em Psicologia, Londrina, v.3, pp.27 – 41.
- Barak, A. (1999). *Applied & Preventive Psychology* 8:231-245. Cambridge University Press. Printed in the USA.
- Baraldi, D.M. (2002). Orientação a pais e ludoterapia comportamental com crianças agressivas em grupo: um atendimento conjugado. *Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*
- Barroso, U. Jr., Dultra, A., De Bessa, J. Jr., Barros, D. G., Maron, F., Barroso, D. V., & Moreira, E. D. Jr. (2006). Comparative analysis of the frequency of lower urinary tract dysfunction among institutionalized and non-institutionalised children. *British Journal of Urology International*, 97(4), 813-5.
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caieiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 17(2), 55-66.
- Brauer, S.; Abbad, G.; Zerbini, T. (2009). Características da clientela e barreiras à conclusão de um curso a distância. *Psico-USF*, vol.14, n.3, pp. 317-328.
- Bueno, H. A.; Cordoba, J. A.; Escolar, P. A.; Carmona, C. A.; Rodriguez, G. C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Spain Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 33-40, 2001.

- Butler R, Holland P, Devitt H, Hiley E, Roberts G, Redfern E. (1998). The effectiveness of desmopressin in the treatment of childhood nocturnal enuresis: predicting response using pretreatment variables. *Br J Urol*, 81(3):29-36.
- Butler, R. J. (1991). Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Arch. Dis. Child.*, London, v. 66, p. 267-271.
- 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, 349-357.
- Butler, R. J., & Holland, P. (2000). The three systems: A conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34(4), 270-7.
- Butler, R. J., Holland, P., Devitt, H., Hiley, E., Roberts, G., & Redfern, E. (1998). The effectiveness of desmopressin in the treatment of childhood nocturnal enuresis: Predicting response using pretreatment variables. *BJU International*, 81 (3), 29.
- Butler, R. J., Holland, P., Gasson, S., Norfolk, L., Penney, M. (2007). Exploring potential mechanisms in alarm treatment for primary nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 41 (5), 407-413.
- Butler, R. J., Robinson, J. C., Holland, P., & Doherty-Williams, D. (2004b). An Exploration of Outcome Criteria in Nocturnal Enuresis Treatment. *Scand J Urol Nephrol*, 38, 196–206.
- Butler, R. J.; Golding, J.; Northstone, K. (2005). Nocturnal enuresis at 7. 5 years old: prevalence and analysis of clinical signs, *BJU Int.* 96:404–10.
- Butler, R.J. (1994) *Nocturnal Enuresis: The child's experience*. British Library Cataloguing in Publication Data, Oxford.
- Butler, R.J., McKenna, S. (2002) Overcoming parental intolerance in childhood nocturnal enuresis: a survey of professional opinion. *British Journal International*, 89, 295-297.
- Carvalho, R. M. L. L. & Têrziş, A. (1988). Caracterização da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia – PUCCAMP. *Estudos de Psicologia*, 1988.(1), 112-125.

- Chielli, K. B.; Enéas, M. L. E. (2000). Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 47-52.
- Chiozza, M. L., Plebani, M. Scaccianoce, C., Biraghi, M., Zacchello, G. (1998). Evaluation of antidiuretic hormone before and after long-term treatment with desmopressin in a group of enuretic children. *British Journal of Urology*, 81, 53-55.
- Colquitt, J. A.; Lepine, J. A.; Noe, R. N. (2000). Toward an integrative theory of training motivation: a meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied Psychology*, v. 85, n. 5, p. 678-707.
- Costa, N. J. D. & Silveiras, E.F.M. (2003). Enurese na adolescência: estudo de caso com intervenção comportamental. *Interação em Psicologia*, 7(1), 9-18.
- 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.
- D' Ajello, A. (2002). Avaliação da Clínica-escola do SAP. Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC, Florianópolis.
- Donadone, J. C., & Meyer, S. B. (2005). Orientação e auto-orientação em atendimentos de terapeutas analítico-comportamentais experientes e pouco experientes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(2), 219-229.
- Dunkle, J. H., e Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristic to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 456-460.
- Erlick, A. L., Mellon, M. W., Whiteside, S. P., Witts, B., & Choma, K. (2005). The relationship between child behavior and outcome in enuresis conditioning treatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(6), 460.
- Féra, P., Lelis, M. A. S., Glashan, R. Q., Nogueira, M. P., & Bruschini, H. (2002). Behavioral interventions in primary enuresis: Experience report in Brazil. *Urologic Nursing*, 22 (4), 257-262.
- Ferreira, V. (2005). Características dos serviços-escola dos cursos de graduação em Psicologia no meio-oeste catarinense. Florianópolis: UFSC. Dissertação de Mestrado.

- Figueiredo, M. C. E.; Schvinger, A. A. (1981). Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 33, n. 1, p. 46-57.
- Fritz et al. (2004). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43(12), 1540-50.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic - Integrative Approach*. Washington USA: John Wiley & Sons.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. *Rev. psiquiatr Rio Gd Sul*, 31, 1, 10-16.
- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C. & Peto, R. E. (2005). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. no.: CD002911.pub2.
- Goldberg, E. L. (1995). Interruptions in Treatment. In: Schwartz, HJ., Bleiberg, E., & Weissman, S. H. *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*, (pp. 415-431). Washington: American Psychiatric Press.
- Guilhardi, H. (1997). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica. 1ª ed. São Paulo: ARBytes, p. 322 - 337.
- Haddad, W. D.; Draxler, A. (2002). Technologies for education: potentials, parameteres, and prospects. *Journal TechKnowlogia*. Washington, US, v.4, n.1, jan./mar.
- Hansen, A. F., & Jorgensen, T. M. (1997). A possible explanation of wet and dry nights in enuretic children. *British Journal of Urology*, 80, 809-811.
- Harold, R. D. & Harold, N. B. (1993). School-bases clinics: A response to the physical and mental health needs of adolescents. *Health Social Work* 18(1), 65-74.
- Herman, A. R. S., Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: relato de caso. *Arq Ciênc Saúde*, out-dez;14(4):238-44.
- HiraSing, R.A., van Leerdam, F.J.M., Bolk-Bennink, L.F. & Koot, H.M. (2002) Effect of dry bed training on behavioral problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91, 960-964.

- Hirdes, A.; Kantorski, L. P. (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 13, n. 2, p. 160-166.
- Hjalmas, K.; Arnold T.; Bower W.; Caione P.; Chiozza L. M., Von Gontard A. (2004). Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol.* Jun;171:2545-61.
- 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.
- Houts, A.C. (1991) Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 33-151.
- Hummelen, B.; Wilberg, T. Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 57, n. 1, p. 67-91.
- IBOPE//NetRatings e o uso da internet no Brasil. Acessado em 26.07.2010. Disponível em:
<http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=2&temp2=3&proj=PortalIBOPE&pub=T&nome=resultado&db=caldb>
- Ireno, E. M. & Meyer, S. B. (2009). Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, Campinas-SP, 2009, Vol. XI, nº 2, 305-328.
- Issakidis, C.; Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 109, n. 6, p. 426-433.
- Jensen, N. & Kristensen, G. (1999) Alarm treatment: Analyses of response and relapse. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology*, 202, 73-75.
- _____. (2001) Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology*, 35, 357-363.
- Jung, S. I.; Nunes, L. T.; Eizirik, C. L. (2007). Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online], vol.29, n.2 [cited 2010-07-26], pp. 184-196 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

81082007000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0101-8108. doi: 10.1590/S0101-81082007000200010.

- Kazdin, A. E. (1996) Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- _____ (1995) Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavior treatment of anti-social children. *Behavior Research and Therapy*, 33, 271-281.
- Larrabure, S. A. L. (1986). Grupo de Espera em Instituição. *Psicologia e Instituição. Novas Formas de Atendimento*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Lévy, P. (2001). *A conexão planetária: o mercado, o ciberespaço, a consciência*. São Paulo: Ed31.
- Lhullier, A. C. (2002). Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lhullier, A. C.; Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Psicologia Ciência e Profissão –Diálogos*, v. 1, s/n, p. 43-49.
- Lhullier, A., Nunes, M. L., & Horta, B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: E. Silveiras (org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, (pp. 229-256). Campinas: Alínea.
- Loeys, B., Hoebeke, P., Raes, A., Messiaen, L., De Paepe, A. & Walle, J. V. (2002). Does monosymptomatic enuresis exist? A molecular genetic exploration of 32 families with enuresis/incontinence. *British Journal of Urology International*, 90, 76-83.
- Löhr, S. S. & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: E. F. M. Silveiras (org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, pp. 11-22. Campinas: Alínea.
- Longstaffe, S., Moffatt, M., & Whalen, J. (2000). Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 105, 935-940.
- Lopez, M.A. (1983) Características da clientela de Serviços-escola de Psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35, 78-92.
- Macedo, R. M. (1984). *Psicologia e Instituição. Novas formas de atendimento*. São Paulo: Editora Cortez.

- Maia, C. (2002). Guia brasileiro de educação a distância 2002/2003. São Paulo: Esfera.
- Marinho, M.L., & Silveiras, E. F. M. (2000). Modelos de orientação a pais de crianças com queixas diversificadas. In R. R. Kerbauy, & R. C. Wielska (Orgs.). Sobre comportamento e cognição (Vol. 5, pp. 171-183). São Paulo: arbytes.
- Marturano, E. M., & Panaia, C. C. (2006). Abandono do tratamento psicológico de crianças: pesquisas na comunidade e em centros de formação. Simpósio: abandono de atendimento de crianças em clínica-escola: preditores e estratégias de prevenção. Anais XXXVI Reunião Anual de Psicologia. Resumos. Salvador, Sociedade Brasileira de Psicologia. cd-rom.
- Mello, L. (1975). Psicologia e profissão em São Paulo. São Paulo: Editora Ática.
- Mello, S. L. (1975). A Formação profissional dos psicólogos. Apontamentos para um estudo. Psicologia. Boletim da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP 1 (1) maio. São Paulo.
- Mellon, M.W., & Houts, A.C. (1995). Eliminations Disorders. M. Cimmerman & M. Hersen (Eds.). *Handbook of Child Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*. Springfield, Il. Charles C. Thomas.
- Melo, A. P., Guimarães, M. D. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 2, 113-118.
- Menezes, R. P. (2001). Enurese Noturna Monossintomática. *Jornal de Pediatria*, 77 (3), 161-168.
- Morgan, R.T.T. & Young, G.C. (1975) Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. *Behavior Research and Therapy*, v. 13, p. 197-199.
- Mota D. M., Victoria, C. G., & Hallal, P. C. (2005). Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria*, 81, 225-32.
- Mueser, K. T.; Glynn, S.M. (1995). Behavioral family therapy for psychiatric disorders. Boston: Allyn and Bacon.
- Névés, T. (2009). Diagnosis and management of nocturnal enuresis. *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (2), 199-202.

- Nevéus, T. 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.; von Gontard A.; Hoebeke P.; Hjalmas K.; Bauer S.; Bower W. (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. *J Urol.*, 176: 314-24.
- Novaki, P. C. (2003). Influência das experiências e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas . Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.
- Nunes, M. L. T., & Lhulier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 97-112.
- Nunes. M. L. T.; Oliveira, M. S.; Silvaes, E. F. M.; Marturando, E. M. (2009). Crianças em risco: abandono de psicoterapia. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, jul./set., n. 3, pp. 359-365.
- Oliveira, D.S. (1999) O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da Enurese infantil noturna. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*.
- Ooki, S. (1999). The genetic-epidemiologic analysis of nocturnal enuresis in childhood: Estimation of genetic and environmental factors by means of covariance structure analysis. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 65, 297-310.
- Palombini, A. L. (2004). Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: supervisão na Universidade. In: C.A.T. Nascimento, G.D.R. Lazzarotto, J.C. Hoenisch, M.C.C. Silva & R.L. Matos (org.). *Psicologia e políticas públicas. Experiências em saúde pública*. Porto Alegre, RS: CRP 7ª. Região, pp. 73-93.
- Pereira, R. F. (2006). *A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção em grupo e individual com uso de aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Pereira, R. F. (2010). Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna. Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.

- Pereira, R. F., Costa, N. J., Rocha, M. M., Arantes, M. C., & Silveiras, E. F. (2009). A terapia comportamental da enurese e os problemas de comportamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25 (3), 419-423.
- Pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia. Acessado em 26.07.2010. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/Pesquisa_IBOPE.pdf
- Peuker, A. C., Habigzang L. F., Koller, S. H. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, jul./set. v. 14, n. 3, p. 439-445.
- Pinheiro, S. D. (2002). Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica. 153f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Prado, O. Z (2002). Terapia via Internet e relação terapêutica. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.
- Pretlow, R.A. (1999) Treatment of nocturnal enuresis with an ultrasound bladder volume controlled alarm device. *Journal of Urology*, 162, 1224-1228.
- Renk, K.; Dinger, T. M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, v. 58, n. 9, p. 1173-1181.
- Romaro, R. A. (2002). O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Mudanças*, v. 10, n. 1, p. 65-71.
- Roth A., & Fonagy P. (2005). What works for whom: A critical review of psychotherapy research. London: The Guildford Press.
- Roullier, J. Z.; Goldstein, I. L. (1993). The relationship between organizational transfer climate and positive transfer of training. *Human Resource Development Quarterly*, v. 4, n. 4, p. 377-390.
- Samstag, L. W.; Batchelder, ST. J.; Muran, C.; Safran, J. D.; Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. *Journal Psychotherapy Practice Research*, v. 7, n. 7, p. 126-143.
- Sanches, N. A. (1985). Estudos epidemiológicos de clientes da clínica-escola do Departamento de Psicologia da Universidade de Uberlândia, MG, Dissertação de

- mestrado apresentada ao Departamento de Pós Graduação da PUCCAMP para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica. Campinas, PUCCAMP.
- Santos, M. A. (1990). Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 42 (2), 79-94.
- Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.). [online] vol.3, no.1 [citado 23 Julho 2010], p.00-00. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-6976.
- Santos, M. A., Moura, L., Pasian, S. R., & Ribeiro, P. L. L. (1993). Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(1), 123-144.
- Silva, R. P. (2004). *Enurese noturna monossintomática: intervenção comportamental em grupos de pais e em grupos de crianças com aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Silvaes, E. F. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11 (3), 235-241.
- _____ (1998). Clínicas-escola: novas formas de atendimento psicológico, Tese de livre-docência não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____ (2000) Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico em uma clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 149-180.
- _____ (2006). Abandono em clinica-escola: uma nova estratégia de inscrição e triagem com objetivos preventivos. Simpósio: abandono de atendimento de crianças em clínica-escola: preditores e estratégias de prevenção. *Anais XXXVI Reunião Anual de Psicologia. Resumos*. Salvador, Sociedade Brasileira de Psicologia. cd-rom.
- Silvaes, 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.
- Silvaes, E.F.M. & Souza, C. L. (1996) Enurese noturna infantil: um tratamento alternativo. *Pediatria Moderna*, 32, 6, 602-668.

- Távora, M. T. (2002). Um modelo de supervisão clínica na formação do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicol. estud.*, vol.7, n., pp. 121-130.
- Valle, E. A.; Viegas, E. C.; Castro, C. A. C.; Toledo, J. R. (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira Clínica*, v. 26, n. 3, p. 83-86.
- Van Hoeck, K. J., Bael, A., Lax, H., Hirche, H., Bernaerts, K., Vandermaele, V., van Gool, J. (2008). Improving the cure rate of alarm treatment for monosymptomatic nocturnal enuresis by increasing bladder capacity – a randomized controlled trial in children. *The Journal of urology*, 179 (3), 1122-1127.
- Van Kampen, M., Bogaert, G., Feys, H., Baert, L., De Raeymaeker, I., & De Weerd, W. (2002). High initial efficacy of full-spectrum therapy for nocturnal enuresis in children and adolescents. *British Journal of Urology*, 90, 84-87.
- Van Kampen, M., Lemkens, H., Deschamps, S., Bogaert, G., & Geraerts, I. (2009). Influence of pelvic floor muscle exercises on full spectrum therapy for nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, 182 (4), 2067-2071.
- Villela, E. M. B. (2008). O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual. *Estud. psicol. (Campinas)* [online], vol.25, n.4 [acessado em 23.07.10], pp. 535-545. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-166X. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400008.
- Von Gontard, A., Freitag, C. M., Seifen, S., Pukrop, R., & Röhling, D. (2006). Neuromotor development in nocturnal enuresis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, pp. 744-750.
- Von Gontard, A., Schaumburg, H., Hollmann, E., Eiberg, H., & Rittig, S. (2001). The genetics of enuresis: A review. *The Journal of Urology*, 166, pp. 2438-2443.
- Walitzer, K. S.; Dermen, K. H.; Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behavior Modification*, v. 23, n. 1, p. 29-51.
- Wille, S. (1994). Nocturnal enuresis: Sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Pædiatrica*, 83, 772-774.
- Witter, G. P., Witter, C., Yukimitsu, M. T. C. P., & Gonçalves, C. L. C. (1992). Atuação do psicólogo escolar e educacional no Brasil: Perspectivas através de textos (1980-

- 1992). Em CFP, *Psicólogo brasileiro: Construção de novos espaços* (pp. 23-53). Campinas: Átomo.
- Yacubian, J. e Neto, F. L. (2001). Psicoeducação Familiar. *Fam. Saúde Desenv*, Curitiba, v.3, n.2, p.98-108, jul./dez.
- Yehia, G. Y. (1994). *Psicodiagnóstico Fenomenológico Existencial: Espaço de participação e Mudança*, Tese de Doutorado, PUCSP.
- Zerbini, T.; Abbad, G. (2005). Impacto de treinamento no trabalho via Internet. *RAE-eletrônica*, v. 4, n. 2, art. 16, 2005.

ANEXOS

nº		página
1	Informações gerais sobre o projeto.....	113
2	Formulário de inscrição.....	121
3	Formulário de informações sobre o cliente.....	123
4	Inventário de comportamentos da infância e adolescência – CBCL.....	125
5	Formulário de avaliação de Enurese	130
6	Escala de Intolerância	136
7	Entrevista semi-estruturada.....	138
8	Registro Simples de “molhadas” (descontrole enurético)	141
9	Página inicial do Web Site do Projeto.....	143
10	Instruções Gerais para utilização de aparelho alarme urina.....	145
11	Aparelho de alarme para enurese – imagem.....	149
12	Termo de consentimento do Psicólogo.....	151
13	Termo de consentimento do cliente.....	153

Anexo 1: Informações gerais sobre o projeto

PROJETO ENURESE

ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Noel José Dias da Costa, Ms.

1. Introdução

A Enurese Noturna (EN) é considerada como um ato de micção repetida e inadequada (Souza, Oliveira & Von Poser, 1995) e se refere ao urinar acidental ou incontrolado (Mellon & Houts, 1995) sendo definida funcionalmente como “o molhar-se que ocorre na ausência de patologia urológica ou neurológica” (Doleys, 1977). É enquadrada pela psicopatologia atual como uma *desordem funcional de eliminação* que, juntamente com a encoprese, requer tratamentos médico-psicológicos (Mellon & Houts, 1995).

Butler, Holland & Robinson (2001) afirmam que a enurese noturna é uma condição multifatorial com várias etiologias, sendo marcadamente prevalente em crianças, afetando 9-13% das crianças de nove anos e 1-2% dos adolescentes e adultos jovens. Segundo estes autores, as crianças afetadas por esta condição podem se tornar isoladas socialmente, com problemas emocionais e baixa auto-estima. Uma melhora, complementam os autores, no funcionamento psicológico, incluindo a auto-estima, tem sido reportada depois de tratamentos bem sucedidos. Butler *et al.* (2001) relatam que, apesar da maioria dos pais serem suportivos, há um número significativo, acima de 30%, que se tornam intolerantes à enurese noturna de seus filhos. Então, a enurese pode ter um efeito marcado sobre a dinâmica familiar e as formas de tratamento para esta condição não podem ser ignoradas.

De acordo com Quincy-Lefebvre (2001), desde o século XVIII, atenção especial tem sido dada às capacidades e habilidades físicas e morais das crianças jovens. Ao definir os estágios da vida, especialistas da infância usam o treino de toalete em determinadas idades como um sinal de normalidade na infância. Como um problema social ou como um sintoma médico, a enurese geralmente implica em fenômeno de rejeição entre famílias e instituições e aparece aos especialistas da infância com um campo de pesquisa e experimentação.

É importante ressaltar que dentre as principais preocupações parentais, destacam-se as questões acerca de estratégias eficazes para o treinamento de toalete (Miyazaki & Silves, 1997). Há uma grande expectativa dos pais de que seus filhos superem o problema dentro da faixa etária esperada. As tensões familiares decorrentes da ausência dessa capacidade são geradoras de outras dificuldades que limitam a criança ou o adolescente e ocasionam conflitos constantes. Além do mal cheiro e do incômodo de lidar com roupas molhadas, a enurese gera a incompreensão por parte dos familiares e a impossibilidade de poder dormir fora de casa e participar de atividades como viagens e acampamentos.

1.1 Pesquisas no Brasil

Há ainda muitas questões sobre a enurese a serem investigadas. A literatura aponta, entretanto, para a intervenção comportamental com o uso do aparelho de alarme de urina como a melhor forma para o seu tratamento (Stubbe, 1988; Wille, 1986; Houts, 1991; Jensen & Kristensen, 1999; Oliveira, 1999; Pretlow, 1999; Jensen & Kristensen, 2001; Glazener & Evans, 2001; Prota-Silva, Facco & Silves, 2002; Costa & Silves, 2003).

O tratamento comportamental de enurese noturna na adolescência com aparelho nacional de alarme é relativamente inédito em nível de Brasil. Surgiu a partir do trabalho de uma equipe do Departamento de Psicologia Clínica da USP em 1992 (Silves & Souza, 1996), do qual originou-se o PROJETO ENURESE, sob a coordenação da Profª Drª Edwiges Ferreira de Mattos Silves, professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP.

1.2 O PROJETO ENURESE e o Aparelho de alarme de urina

Este aparelho consiste de duas partes: uma esteira de plástico com um sensor (unidade sensora ou tapete-sensor) que fica sobre o colchão e sob o lençol, e é acoplada a uma unidade de alarme que deve ser colocado ao lado da cama. No início do processo de urinar, um alarme sonoro, que fica na cabeceira da cama, é acionado. O aparelho de alarme para enurese sinaliza o início do processo de urinar. Ao acordar, a

criança percebe os sinais da bexiga excessivamente cheia, podendo, então, dirigir-se ao banheiro para acabar de urinar, desligando, antes, o controle sinalizador do aparelho. Volta a dormir, depois de ter a cama trocada com o auxílio de seus pais e de ter o aparelho ligado novamente (Silvares & Souza, 1996).

Revisões da literatura de psicologia e medicina documentam a importância do aparelho de alarme como componente necessário no tratamento da enurese, sozinho ou combinado com a intervenção de treinamento de controle de micção (Mellon & McGrath, 2000).

O **PROJETO ENURESE** utilizou inicialmente o aparelho de alarme de fabricação inglesa. Numa segunda etapa, em projeto de parceria com a Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, foi desenvolvido um protótipo nacional da unidade de alarme. A partir daí foi utilizado esse modelo com o tapete-sensor inglês. Na terceira etapa, foi desenvolvido o tapete-sensor nacional, sendo utilizado com a unidade de alarme nacional. Na primeira etapa o atendimento foi realizado apenas com crianças e se deu de forma individual. Na segunda etapa ocorreu com crianças, em grupo e com adolescentes, individualmente. Na terceira etapa (em andamento) o atendimento é feito com crianças e com adolescentes, ambos atendidos individualmente e em grupo.

Os estudos resultantes destes atendimentos apresentam a eficiência desse tipo de intervenção para a clientela alvo, tanto na superação da queixa ou redução dos episódios, como na melhoria da interação entre pais e filhos, na auto-estima e na socialização dos participantes (Costa & Silvares, 2003; Silvares, 2002; Prota-Silva, Facco & Silvares, 2002; Oliveira, Santos & Silvares, 2000; Prota-Silva, 2001; Bueno & Silvares, 1999; Souza & Silvares, 1999; Oliveira, 1999; Silvares & Souza, 1996).

O **PROJETO ENURESE** realiza atendimento individual e em grupo. Dentre outros benefícios, o atendimento em grupo oferece a vantagem da diminuição de custos e maior rapidez no atendimento, uma vez que é possível atender um contingente maior de clientes num mesmo horário e com um mesmo profissional. Há também outras vantagens como o apoio social gerado pelo grupo, possibilitando a troca de experiências; maior *feedback* efetivo dos desempenhos, provendo mais reforço social. Há também maior experiência com um maior número de situações-problema e mais

suporte para a solução destes problemas. Há ainda maior disponibilidade de modelos múltiplos, enriquecendo o repertório de respostas positivas de interação. Na terapia de grupo os membros também se beneficiam da observação da terapia de um outro paciente com problemas similares (aprendizagem por substituição). Enfim, o atendimento em grupo possibilita melhores resultados terapêuticos porque os membros do grupo aceitam-se uns aos outros, quanto à sua queixa principalmente – são solidários, oferecem apoio e estão inclinados a formarem relacionamentos significativos (Falcone, 1998).

2. Fases do Atendimento

O atendimento se dá em três fases distintas, como se segue.

2.1 Fase I

Fase em que se dá a avaliação do quadro, buscando confirmar o diagnóstico, e a possibilidade da presença de outros fatores que possam estar mantendo a queixa. Também avalia-se o seguimento de regras por parte da criança e as condições do ambiente familiar para a introdução do aparelho. Durante essa fase o cliente é atendido uma vez por semana, como também seus pais, e não se utiliza ainda o aparelho de alarme. A duração média dessa fase é de três ou mais semanas, dependendo do caso.

Na primeira sessão deve-se explicar para a família o problema, suas causas e tratamentos. Deve-se expor os procedimentos, em linhas gerais, e a necessidade de seguimento de regras para o êxito do atendimento. Os pais devem ser orientados sobre a importância de preencher logo pela manhã o registro diário de molhadas noturnas. Também devem ser informados da importância do reforço positivo com elogios e encorajamento, cada vez que houver diminuição da mancha de molhadas, ou a inexistência da mesma. Também deve ser enfatizado a eles a importância de não punirem a criança, nem valorizarem demais as molhadas.

A criança deve ser encorajada a beber bastante líquido durante o dia e evitar o uso de bebidas diuréticas como refrigerantes, café, chá e chocolate durante a noite. Em cada reunião deve ser entregue o registro diário de molhadas.

Os seguintes instrumentos são utilizados para a avaliação:

1) Inventário de Comportamentos da infância e Adolescência - CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991): Criado nos Estados Unidos, nos anos 70, este instrumento de avaliação psicológica, possui uma versão brasileira (Bordin, Mari & Caieiro, 1995) validado de maneira preliminar. A partir das informações derivadas da percepção dos pais de crianças e adolescentes busca, efetivamente, medir a competência social (CS) e problemas comportamentais das crianças e adolescentes de 4 a 18 anos (Melo, 2003). Este instrumento deverá ser aplicado antes e depois da intervenção.

2) Escala de Intolerância – EI (Morgan & Young, 1975): Questionário que os responsáveis pelo adolescente respondem de acordo com sua percepção, sobre o grau de tolerância deles, pais, diante de situações cotidianas relacionadas ao problema da enurese de seus filhos. A escala permite a obtenção de um escore que, segundo estudos americanos realizados, tem mediana de 1,45. Pais com escores abaixo deste valor demonstraram ter maior grau de tolerância a enurese, assim como também parecem estar mais motivados a colaborar com os procedimentos propostos para solucionar o problema. Este instrumento também deverá ser aplicado antes e pós-intervenção.

3) Formulário de Avaliação de Enurese – FAE (Blackwell, 1989): Questionário contendo informações de identificação do tipo de enurese, ambiente familiar, história médica prévia e história familiar de enurese para auxiliar na avaliação dos comportamentos do adolescente e dos pais diante do problema e possibilitar que se tenha um quadro geral do caso.

4) Entrevista semi-estruturada (Blackwell,1989): Criado em 1987 por Butler, trata-se de um roteiro flexível de perguntas sem que todas precisem ser respondidas

ou estejam numa ordem pré-estabelecida. Inclui solicitação de desenhos feitos pela criança como veículo de expressão. Permite avaliar se o adolescente está pronto para cooperar na mudança de seu comportamento e verifica se e como a enurese afeta outras áreas da vida dele. Criada originalmente para crianças, esta entrevista foi adaptada para utilização com adolescentes.

5) Registro simples de descontrolo enurético ao longo do atendimento: Folha de registro semanal, na qual os pais e o adolescente anotam quantos episódios enuréticos ocorreram por noite. Permite visualizar qual a frequência em que as "molhadas" acontecem, assim como as melhoras ou piores.

A duração da Fase I é aproximadamente três semanas.

2.2 Fase II

Nessa fase é introduzido o aparelho. Na sessão em que ele é entregue para a família deve-se fazer uma leitura das INSTRUÇÕES GERAIS explicando cada procedimento. Depois deve-se fazer uma simulação do uso do aparelho – *rolle playing* - utilizando-se uma maca ou um colchão pequeno. A criança deve, então, representar, atuando da forma como irá fazer cada noite.

No registro diário devem ser anotadas as observações quanto ao uso do aparelho – se a criança acordou sozinha com o som do alarme, se conseguiu terminar de urinar no banheiro, quantas vezes molhou-se na noite, etc.

Caso a criança permaneça duas semanas consecutivas sem episódio enurético, molhada noturna, terá alcançado o *critério de sucesso* no atendimento. Então, deve ser introduzida a SUPERAPRENDIZAGEM, que é um procedimento de prevenção de recaídas. Ele consiste em oferecer-se água à criança, antes de dormir, começando com *meio copo* e aumentando gradualmente conforme tabela 1. Se ela permanecer por mais duas semanas consecutivas sem molhadas, ou no máximo uma molhada, terá alcançado o *critério de alta*.

Tabela 1 - Quantidades iniciais e finais de líquidos administradas na superaprendizagem (referência)

Idade (em anos)	Quantidade inicial (em ml)	Quantidade final (em ml)
6	113	227
7	142	255
8	170	284
9	198	312
10	227	340
11	255	369
12	284	397
13	312	426
14	340	454
15	369	483
16	397	511
17	426	539
18	454*	568*

* Valores máximos para idades maiores de 18 anos

O período previsto para esta fase foi de no máximo 37 semanas. As fases I e II teriam, portanto, duração média de 40 semanas.

2.3 Fase III

Nessa fase ocorre o seguimento, *follow up*, que se dá através de contatos telefônicos no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta. Em caso de recaída, deve-se reiniciar o uso do aparelho.

3. Supervisão a distância

O PROJETO ENURESE está oferecendo a supervisão de Psicólogos no tratamento de crianças e adolescentes com Enurese Noturna. Através do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP são fornecidos os instrumentos de avaliação e o aparelho de alarme (por empréstimo, através de cheque caução). As supervisões se dão por meio da Internet, tantas vezes quantas o participante julgar necessárias. Ao término do tratamento, o aparelho de alarme deve ser devolvido, e o cheque de garantia também será remetido de volta ao seu emissor (psicólogo ou responsável pelo cliente).

As inscrições para essa modalidade de supervisão podem ser feitas através de contato com o Psicólogo Noel José Dias da Costa, pelo seguinte endereço eletrônico: noelbhmg@yahoo.com.br., telefones: 8160.2712 e 5814.0788. Maiores informações podem ser obtidas no site: www.projetoenurese.com.br.

Anexo 2: Formulário de inscrição

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO		Nº
01-Nome:		02-Sexo: a. () M b.() F
03-Endereço:		
		04-CEP
05-Cidade:		06-UF
08-Telefones: Resid. () Com. () Cel.()		
09-e-mail:		
10-RG:	Data de nascimento: / /	11-CRP:
II - FILIAÇÃO		
12- Instituição:		
13-Endereço:		14-CEP
15-Cidade:		16-UF
17-Orientador (Supervisor):		
18-Endereço:		19-CEP
20-Cidade:		21-UF
21-Telefone:	22-e-mail:	
III – FORMAÇÃO e EXPERIÊNCIA CLÍNICA		
23-Graduação:		Especialização:
24-Instituição:		
25-Cidade:	26- UF:	27-Ano de Conclusão:
28-Pós-graduação: a.() Mestrado b.() Doutorado		
29-Instituição		
30-Cidade:	31- UF:	32-Ano de Conclusão:
33-Experiência Clínica: a.() 1 a 3 anos b.() 3 a 5 anos c.() 5 a 10 anos d.() Acima de 10 anos		

Anexo 3: Formulário de informações sobre o cliente

PROJETO ENURESE
INFORMAÇÕES DO CLIENTE

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

e-mail para contato: _____

Telefone: _____

Já fez outro tipo de tratamento? Sim () Não ()

Qual? _____

Número de molhadas por semana: _____

Número de molhadas por noite: _____

Breve relato do caso (e outras informações):

Anexo 4: Inventário de comportamentos da infância e adolescência – CBCL

Anexo 5: Formulário de avaliação de 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 noturna) ou durante a noite (no caso de enurese diurna)?
- 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/despirm-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?

AVAENURE.DOC

Anexo 6: Escala de Intolerância

Escala dos pais

Nome da criança ou adolescente: _____

Abaixo está uma lista de afirmações sobre xixi na cama. Por favor, leia cada uma com cuidado. Coloque um círculo ao redor da palavra SIM se você acha que ela descreve seus próprios sentimentos. Coloque um círculo ao redor da palavra NÃO se você acha que ela não descreve seus sentimentos.

1. Uma criança que molha a cama precisa de ajuda e compaixão.	SIM	NÃO
2. Se apenas ele(a) crescesse um pouco, nós não teríamos todo esse problema com camas molhadas.	SIM	NÃO
3. Molhar a cama não é realmente um grande problema.	SIM	NÃO
4. Crianças poderiam parar de se molhar se tentassem com bastante esforço.	SIM	NÃO
5. Eu já me acostumei com camas molhadas.	SIM	NÃO
6. Eu castigo meu filho(a) por molhar a cama.	SIM	NÃO
7. O xixi na cama geralmente desaparece sozinho.	SIM	NÃO
8. O xixi a cama de meu filho(a) é um incômodo para todos nós.	SIM	NÃO
9. Eu deixo que ele(a) veja que eu estou desapontado(a) quando ele(a) molha a cama.	SIM	NÃO
10. Molhar a cama não é nada mais do que um hábito sujo.	SIM	NÃO
11. Quando meu filho(a) molha a cama eu digo a ele(a) que não tem problema.	SIM	NÃO
12. Eu me preocupo mais com a felicidade do meu filho(a) do que com alguns lençóis a mais para lavar.	SIM	NÃO
13. Eu tento ajudá-lo(a) a não se aborrecer com o xixi na cama.	SIM	NÃO
14. É uma pena que molhar a cama impeça uma criança de fazer tantas coisas.	SIM	NÃO
15. Eu sinto pena de qualquer criança que molhe a cama.	SIM	NÃO
16. Um bom tapa nunca fez mal a nenhuma criança que molhe a cama e pode fazer muito bem.	SIM	NÃO
17. Eu não ligo de lavar lençóis molhados, porque a criança não tem culpa.	SIM	NÃO
18. Eu não sei porque meu filho(a) não consegue estar seco enquanto outras crianças conseguem.	SIM	NÃO
19. Eu tento fazer que meu filho(a) se dê conta de como seu xixi na cama é desagradável para os outros.	SIM	NÃO
20. É muito embaraçoso ser alguém que molha a cama.	SIM	NÃO

Anexo 7: Entrevista semi-estruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome: _____ idade: _____

1. Responda:

- a) Estar úmido, molhado é um problema para você? () sim () não
b) Quem se aborrece com isto? () Pai () Mãe () irmãos () outros

2. Desenho

- a) Desenhe uma figura de você acordando com a cama molhada / uma figura sua com as calças molhadas.
b) Desenhe uma figura sua acordando com a cama seca / uma figura sua com as calças secas.

3. Molhar a cama impede você de fazer algo / molhar suas calças impede você de fazer algo? () sim () não - Por exemplo: _____

4. Mencione três coisas sobre meninas/meninos que molham sua cama / suas calças.

5. Sobre o molhar-se:

- a) Fale-me três idéias ruins sobre o molhar-se.

- b) Há alguma coisa boa sobre o molhar-se? () sim () não

- c) Fale-me três idéias boas sobre o estar seco (a).

- d) Há alguma coisa ruim sobre o estar seco (a)? () sim () não

- e) Que diferença a possibilidade de estar seco (a) faz a você?

6. O que fazem / dizem estas pessoas quando você está molhado (a)?

- a) Sua mãe: _____

- b) Seu pai: _____

- c) Seus irmãos e irmãs (ou outros familiares): _____

7. Experiência de molhar-se:

a) Como você se sente quando acorda com a cama molhada / tendo suas calças molhadas? _____

b) Qual é o seu primeiro pensamento? _____

c) O que poderia mudar se você estivesse seco? _____

d) Seria diferente a reação de sua mãe se você estivesse seco (a)? _____

e) Sua mãe sabe por que você molha a cama / suas calças? () Sim () Não

8. Segredos!

a) Quem sabe que você molha sua cama / suas calças? _____

b) Se os outros soubessem, como você se sentiria? _____

c) O que eles poderiam achar disso? _____

9. Como é estar seco.

a) Você acha que poderia estar mais feliz se estivesse seco (a) o tempo todo?
() Sim () Não

b) O que você acha de estar seco (a) alguns dias/noites e outros não?

c) Como você tenta manter-se seco (a)? _____

d) O que você faz? _____

Anexo 8: Registro Simples de “molhadas” (descontrole enurético)

REGISTRO SIMPLES

Nome:

[illegible]

Anexo 9: Página inicial do Web Site do Projeto

Projeto Enurese

MENU

- Enurese
- Terapia Comportamental
- Aparelho de Alarme
- Atendimento
- Divulgação
- Apoio
- Equipe

Sobre

A enurese é considerada como um ato de micção repetida e inadequada e se refere ao urinar acidental ou incontrolado sendo definida funcionalmente como "o molhar-se que ocorre na ausência de patologia urológica ou neurológica". É enquadrada pela psicopatologia atual como uma desordem funcional de eliminação que, juntamente com a encoprese, requer tratamentos médico-psicológicos...

[Saiba mais...](#)

Copyright © Projeto Enurese, 2005
Todos os direitos reservados

[Home](#) | [Enurese](#) | [Aparelho Alarme](#) | [Atendimento](#) | [Apoio](#) | [Equipe](#) | [Contato](#)
Fones: (11) 3091-4173 e (11) 3091-4910

Anexo 10: Instruções Gerais para utilização do aparelho nacional de alarme

INSTRUÇÕES GERAIS

- 01) A cama de seu (sua) filho (a) deve estar tão firme quanto possível. Isto pode exigir que você coloque uma tábua debaixo do colchão.
- 02) Coloque o “tapete” no meio do colchão, sobre um lençol de plástico na área em que seu (sua) filho (a) molha na maioria das vezes para evitar que o colchão seja molhado.
- 03) Forre o colchão com o lençol de algodão, cobrindo todo o tapete. Não deixe seu (sua) filho (a) se deitar diretamente sobre o tapete.
- 04) Será melhor que seu (sua) filho (a) durma sem a calça do pijama e sem calcinha ou cueca, se for possível.

- 05) É preciso testar a força da bateria do aparelho semanalmente. Para fazê-lo, ligue o aparelho e junte os botões. Se a bateria estiver ligada, deverá fazer o sinal.
- 06) Deixe uma luz fraca acesa à noite, no quarto de seu (sua) filho (a), se ele tem problemas com o escuro.
- 07) Seu (sua) filho (a) pode beber algo antes de dormir, se quiser. (Evitar chá, café, coca-cola, chocolate, devido ao efeito diurético).
- 08) Seu (sua) filho (a) deve ir ao banheiro antes de dormir, fazer xixi, para esvaziar a bexiga.
- 09) Não levar seu (sua) filho (a) ou acordá-lo (a) para ir ao banheiro sem que o alarme tenha tocado.
- 10) Os “tapetes” deverão ser limpos com água morna, evitar usar desinfetantes, pois são nocivos ao aparelho.
- 11) Verificar a temperatura do quarto para evitar que seu (sua) filho (a) transpire excessivamente, e, conseqüentemente, o alarme dispare sem ser por urina.
- 12) Esteja atento (a) durante o dia para o tempo que seu (sua) filho (a) dispende em atividades. Se ele (a) estiver muito cansado (a), poderá não acordar durante a noite.
- 13) Se seu (sua) filho (a) não ouvir o alarme, acorde-o (a).

ANTES DE SEU (SUA) FILHO (A) DEITAR

- 14) Certifique-se que há mais de uma troca de lençóis disponível no quarto assim como roupas extras de dormir para o caso de “acidentes”.
- 15) Pela manhã, seu (sua) filho (a) deve preencher o gráfico de registro.
- 16) Certifique-se de que há um cesto para colocar os lençóis molhados, que possam ocorrer à noite.
- 17) Certifique-se de que o lençol está adequadamente colocado sobre o tapete.

- 18) Ligar o aparelho.
- 19) Seu (sua) filho (a) deve deitar na cama sobre o lençol.
- 20) Explique a seu (sua) filho (a) o que vai acontecer à noite. Lembre-se que é responsável pelo alarme e que poderá contar com sua ajuda.

QUANDO SEU (SUA) FILHO (A) MOLHAR A CAMA, ELE (ELA) DEVE:

- 21) Acordar assim que o alarme soar, levantar da cama e acender a luz. Desligar o aparelho.
- 22) Ir até o banheiro e jogar água no rosto para Ter certeza de que acordou.
- 23) Terminar de urinar. Se não tiver penico no quarto, ir até o banheiro.
- 24) Voltar ao quarto e remover o lençol molhado.
- 25) Pegar uma parte do lençol removido e enxugar todo o molhado do “tapete”. Colocar lençol molhado no cesto.
- 26) Forrar a cama com o lençol seco, cobrindo todo o “tapete”.
- 27) Ligar novamente o alarme.
- 28) Voltar a dormir, deitando-se sobre o lençol.

Adaptado de S.B. Johnson (1983) The treatment of enuresis. In P. Keller, S.L. Ritt (Org.) Innovations in clinical practice: A source book p. 94. Sarasota, F.L: Professoral Resource Exchange, apude Geffken G.R e Johnson, S. B. A case study of family with four nocturnally enuretic children. In M.C. Roberts and C. E. Walker (Orgs.). Casebook of child Pediatric Psychology, Nova York,Giulford Press (1989).

Anexo 11: Aparelho de alarme para enurese – imagem

Aparelho Nacional de Alarme

Anexo 12: Termo de consentimento do Psicólogo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A SUPERVISÃO PELA INTERNET PARA O TRATAMENTO COMPORTAMENTAL DA ENURESE COM APARELHO NACIONAL DE ALARME

Declaro ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: A SUPERVISÃO PELA INTERNET PARA O TRATAMENTO COMPORTAMENTAL DA ENURESE COM APARELHO NACIONAL DE ALARME. *Discuti com o Psicólogo Noel José Dias da Costa sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, inclusive o uso do aparelho alarme-urina, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. 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.*

_____, ____/____/____
Local data

Assinatura: _____

Nome legível: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Anexo 13: Termo de consentimento do cliente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A SUPERVISÃO PELA INTERNET PARA O TRATAMENTO COMPORTAMENTAL DA ENURESE COM APARELHO NACIONAL DE ALARME

Você está recebendo informações que lhe estão sendo oferecidas para sua participação 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 num programa de orientação profissional à distância.

O estudo será desenvolvido em Clínicas-escolas, Unidades Básicas de Saúde e Consultórios localizados em várias regiões do país. Os procedimentos dar-se-ão na forma de sessões para entrevista a fim de oferecer informações específicas e preenchimento de questionários para avaliação; seguida de outras que terão como finalidade oferecer atendimento psicológico e orientação.

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.

O som do alarme pode talvez incomodar alguém da família e que tenha o sono muito leve. Pode acontecer também de você não acordar, mesmo com o alarme acionado. Nesse caso, os pais o ajudarão, acordando-o.

Você será diretamente beneficiado por esse projeto. Primeiro porque estará tratando de um problema de saúde que lhe prejudica em várias áreas da vida pessoal. Além do benefício direto de obter o controle sobre esse problema, você e seus pais terão também a oportunidade de obter outros ganhos. Para você haverá maior oportunidade de convívio social. Para seus pais haverá menos despesas

com água, energia e produtos necessários com lavagem de roupa, além de não ter o incômodo de fazê-lo diariamente.

Em qualquer etapa desse estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profª Drª Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, que pode ser encontrada no Instituto de Psicologia – USP, na Rua Dr. Lúcio Martins Rodrigues, s/nº - Cidade Universitária – S. Paulo, SP, ou pelo telefone (11) 5814.0788. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Telefone: 3091.4302.

Você e seus pais 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.

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

Você e seus pais 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. Também não há compensação financeira por participarem do estudo.

Você e seus pais têm a liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, podendo ainda assim continuar a serem atendidos na instituição.

O aparelho de alarme foi testado em anos de pesquisa, sem apresentar qualquer risco à saúde dos usuários; ao contrário disso, é altamente benéfico para o tratamento da Enurese, conforme evidenciado pelas pesquisas na área.

Os dados e o material coletado nesse projeto somente serão utilizados nessa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: ENURESE NOTURNA: SUPERVISÃO À DISTÂNCIA PARA O TRATAMENTO EM CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Discuti com o Psicólogo responsável sobre minha decisão em participar desse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, inclusive o uso do aparelho alarme-urina, 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

Assinatura (se adolescente)

Data ____/____/____

Assinatura do representante legal

RG: _____

Data ____/____/____

Psicólogo (a) Responsável

RG: _____

(Somente para o responsável do projeto)

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