UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Rodrigo Fernando Pereira

Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna

Rodrigo Fernando Pereira

Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna

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

Área de concentração: Psicologia Clínica Orientadora: Profª. Edwiges Ferreira de Mattos Silvares Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

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

Pereira, Rodrigo Fernando.

Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna / Rodrigo Fernando Pereira; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. -- São Paulo, 2010.

143 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. Tratamento com alarme 3. Terapia comportamental 4. Distúrbios do comportamento I. Título.

RC569.5.E5

Nome: Pereira, R.F. Título: Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna 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 Silvares Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia Assinatura: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer Universidade de São Paulo - Instituto de Psicologia Prof. Dra. Maria Martha Costa Hübner Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia Assinatura:

Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

Universidade de São Paulo – Instituto de Psiquiatria

Assinatura:

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra

Faculdade de Medicina do ABC - Disciplina de Urologia

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

À Vivi, por mais três anos investidos com muita dedicação na minha formação, por toda a confiança e pelos ensinamentos que, mais do que acadêmicos, foram lições de vida.

À Tati, pelos mais de dez anos de amor, companheirismo e cumplicidade, por ser o meu norte em tudo que faço.

Às famílias que participaram deste projeto, pela generosidade em permitir que os dados fossem utilizados a fim de se avançar no conhecimento sobre o tratamento da enurese.

Aos membros da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC, em especial aos Profs. Eric Roger Wroclawski (*in memoriam*), Antonio Carlos Lima Pompeo, Carlos Alberto Bezerra e ao Dr. Fábio José Nascimento, pelo acolhimento durante os três últimos anos.

Aos colegas do Projeto Enurese, em especial Paula e Yasmin pelo apoio e, sobretudo, pela amizade.

À Rafaela e Isabela, por terem atuado como juízas do trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio ao projeto.

RESUMO

A enurese é uma condição caracterizada pela perda de urina durante o sono, em crianças com mais de cinco anos sem outra condição clínica que explique os episódios. A enurese pode ser primária, no caso das crianças que nunca obtiveram controle prévio, ou secundária, em que a enurese cessou por pelo menos seis meses. Também é classificada como monossintomática, na ausência de sintomas diurnos do trato urinário inferior ou nãomonossintomática, quando está associada a tais sintomas, como a urgência miccional. A enurese, cujas causas apresentam componentes hereditários ainda pouco claros, tem sua etiologia baseada na combinação de três fatores: a poliúria noturna ou a hiperatividade detrusora ligada á incapacidade de despertar em resposta aos sinais da bexiga cheia. Há tratamentos medicamentosos e psicológicos, sendo que a desmopressina, análogo sintético da vasopressina, que atua na poliúria noturna e o alarme, que atua na incapacidade de despertar, apresentam os níveis mais altos de recomendação e evidência. Embora tais tratamentos estejam consolidados, ainda não há total clareza sobre seus mecanismos de funcionamento e o porquê de não alcançarem todos os casos. Este trabalho teve como objetivo verificar se um conjunto de variáveis atuaria como moderador do resultado do tratamento com alarme, ou seja, em que medida influenciava, positiva ou negativamente, o desempenho dos participantes atendidos. As variáveis avaliadas foram: tipo de acompanhamento (presencial e à distância), frequência inicial de episódios, nível de problemas de comportamento, escolaridade dos pais, sexo e idade. Foram incluídos na amostra 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 participantes obtiveram sucesso, caracterizado por 14 noites consecutivas sem episódios, num período de 28 semanas. Doze participantes não obtiveram sucesso e outros 12 desistiram. Caracterizaram-se como moderadoras do resultado do tratamento as seguintes variáveis: tipo de acompanhamento (grupo acompanhado à distância obteve mais sucessos), 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 indicam a efetividade do alarme e apontam para os aspectos que devem receber atenção do clínico ao administrar esse tipo de tratamento.

Palavras-chave: enurese, tratamento com alarme, terapia comportamental, distúrbios do comportamento.

ABSTRACT

Enuresis is a condition in which children of at least five years of age lose urine during sleep, without another clinical condition that could explain the wetting episodes. Enuresis may be primary, when the child has not obtained previous bladder control, or secondary, when such control was achieved for at least six months. It is also classified as monosymptomatic, when it is not associated with other lower urinary tract symptoms or non monosymptomatic, when these symptoms, such as urgency, are present. Enuresis etiology has unclear hereditary aspects. Its physiology is based on a combination of at least two of three malfunctioning systems: incapacity to wake in response to the full bladder signals plus nocturnal polyuria or detrusor hyperactivity. There are evidence based pharmacological and psychological treatments. Desmopressin, a synthetic version of hormone vasopressin that reduces nocturnal polyuria is the first line pharmacological treatment, whereas the alarm, which acts in the incapacity to wake is the first line psychological treatment. Both have the higher levels of evidence and recommendation by the specialized literature. However, the mechanisms underlying these treatments results and the reasons they are not successful with every enuretic children are not entirely clear. The objective of this work was to verify to what stand a series of variables are moderators of alarm treatment outcome. These variables were: type of support (face-to-face versus long distance), initial bedwetting frequency, behavior problems scores, level of parents' education, gender and age. Sixty-one children with ages from 6 to 17 were included. All received full spectrum home training. Thirty-four received long distance support during treatment and 27 received face-to-face support. Success was defined by 14 consecutive dry nights within a 28 weeks treatment period. Success was obtained by 37 children, while 12 did not succeed and other 12 dropped out. Three variables were observed as moderators of treatment outcome: type of support (long distance had better results), initial bedwetting frequency (participants who succeeded had fewer initial wet nights) and behavior problem scores (participants who did not succeed had higher externalizing problems scores). Results indicate alarm effectiveness and aspects that should be focuses of attention when this kind of treatment is administered.

Keywords: enuresis, alarm treatment, behavior therapy, behavior disorders.

RÉSUMÉ

L'énurésie est une condition caractérisée par une perte d'urine pendant le sommeil des enfants de plus de cinq ans sans autre condition médicale pour expliquer les épisodes. L'énurésie mai être primaire, dans le cas des enfants qui n'ont jamais eu le contrôle préalable, ou secondaire, dans laquelle l'énurésie cessé depuis au moins six mois. Elle est classée comme monosymptomatique, en l'absence de symptômes diurnes du bas appareil urinaire ou non monosymptomatique, lorsqu'elle est associée avec des symptômes tels que l'urgence urinaire. Énurésie, dont les causes ont des composantes héréditaires encore incertaine, son étiologie est fondée sur une combinaison de trois facteurs: la polyurie nocturne et une hyperactivité du détrusor qui sont relié à une incapacité à éveiller en réponse à des signaux d'une vessie pleine. Il existe des traitements médicamenteux et psychologique, comme la desmopressine, un analogue synthétique de la vasopressine, qui agit à la polyurie nocturne et d'alarme, qui opère dans l'incapacité de se réveiller, ont le meilleur niveau de recommandation et d'éléments de preuve. Bien que ces traitements ne sont consolidés, il n'y a pas de clarté absolue quant à son fonctionnement et pourquoi ils n'atteindre pas tous les cas. Cette étude visait à déterminer si un ensemble de variables agirait comme un modérateur des résultats du traitement avec l'alarme, qui est, dans quelle mesure l'influence, positive ou négative, la performance des participants ont assisté. Les variables sont les suivantes: type de surveillance (par enseignement ou à distance), la fréquence initiale des épisodes, le niveau des problèmes de comportement, l'éducation parentale, le sexe et l'âge. L'échantillon comprenait 61 enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans qui ont été traités avec alarme, et 34 ont été suivis à distance et en personne 27. Au total, 37 participants ont réussi, caractérisée par 14 nuits consécutives sans épisodes, dans une période de 28 semaines. Douze participants ont échoué et 12 autres ont abandonné. Caractérisé comme modérateurs des variables les résultats des traitements: type de support (le groupe de traitement à distance avaient plus de succès), la fréquence initiale des épisodes (les participants qui ont réussi ont eu des épisodes de moins, en moyenne, au début du traitement) et le niveau des problèmes de comportement (pour les participants qui n'ont pas réussi ont obtenu des scores plus élevés de l'extériorisation des problèmes de comportement). Les résultats montrent l'efficacité de l'alarme et le point sur certains aspects qui devraient recevoir l'attention du médecin de gérer ce type de traitement.

Mots-clés: énurésie, thérapie d'alarme, thérapie de comportement, troubles du comportement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do atendimento para enurese49
Figura 2 - Escolaridade dos pais55
Figura 3 - Resultados do tratamento para a amostra como um todo56
Figura 4 - Resultado do tratamento de acordo com o tipo de atendimento62
Figura 5 - Proporção de casos sem sucesso ao longo do tratamento65
Figura 6 - Representação visual da análise do IMC relativo aos episódios de enurese74
Figura 7 - Representação da análise de mudança confiável de acordo com o tipo de
acompanhamento76
Figura 8 - Frequência semanal de episódios do participante R.O. após início do tratamento 78
Figura 9 - Frequência semanal de episódios da participante G.R. após início do tratamento 79
Figura 10 - Frequência semanal de episódios do participante I.A. após início do tratamento 79
Figura 11 - Frequência semanal de episódios do participante R.J. após início do tratamento 80
Figura 12 - Frequência semanal de episódios do participante R.J. após início do tratamento 81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para a enurese noturna	11
Tabela 2 - Tratamentos consolidados para a enurese noturna (Hjalmas et al., 2004)	17
Tabela 3 - Caracterização dos participantes	35
Tabela 4 - Descrição das fases de realização do projeto	36
Tabela 5 - Funções comportamentais das instruções contidas no guia de tratamento da	
enurese (Houts, 1991)	43
Tabela 6 - Procedimentos idênticos e diferentes entre ambos os tipos de acompanhamento	C
	47
Tabela 7 - Quantidades iniciais e finais de líquidos administradas na superaprendizagem	
(Butler, 2004)	
Tabela 8 - Dados globais de cada participante incluído	
Tabela 9 - Comparação de dados iniciais de acordo com o tipo de acompanhamento	
Tabela 10 – Comparação dos níveis de problemas de comportamento de acordo com o tipo	
de acompanhamento	60
Tabela 11 - Análise estatística do resultado do tratamento de acordo com o tipo de	
acompanhamento	
Tabela 12 - Análise da frequência de episódios de acordo com o tipo de acompanhamento	
Tabela 13 - Análise de risco e sobrevida de sucesso no tratamento de acordo com o tipo de	
acompanhamento	64
Tabela 14 - Comparação entre participantes que obtiveram sucesso ou não no tratamento	~~
em relação a possíveis variáveis moderadoras	66
Tabela 15 - Comparação dos escores iniciais de problemas de comportamento de acordo com o resultado do tratamento	60
Tabela 16 - Comparação entre desistentes e não desistentes em relação a outras variáveis estudo	
Tabela 17 - Análise da desistência em função dos problemas de comportamento	
Tabela 18 - Quantificação das mudanças confiáveis relativas à variação dos episódios	
Tabela 19 - Análise dos escores médios inicias e finais do CBCL pareados	
Tabela 20 - Variação dos escores médios do CBCL de acordo com o tipo de acompanhamen	
variação dos escores medios do ebel de acordo com o tipo de acompanhamen	
Tabela 21 - Variação dos escores médios do CBCL de acordo com o tipo de acompanhamen	

SUMÁRIO

1	Inti	rodu	ção	. 11
	1.1	Enu	rese noturna: aspectos centrais	.11
	1.1	.1	Definição	.11
	1.1	.2	Classificação	. 12
	1.1	.3	Prevalência	. 13
	1.1	.4	Etiologia	. 14
	1.1	.5	Tratamentos	. 16
	1.2 visão		rese e tratamento com alarme: aspectos psicológicos e uma hipótese a partir nálise do comportamento	
	1.3	Trak	palhos no Brasil	. 28
	1.4	Vari	áveis moderadoras do resultado do tratamento	. 29
2	Mé	todo)	.33
	2.1	Amo	ostra	.33
	2.2	Inst	rumentos	.37
	2.2	.1	Child Behavior Checklist (CBCL)	.37
	2.2	.2	Formulário de avaliação de enurese (Blackwell, 1989, anexo 3)	.41
	2.2	.3	Guia de pais para o tratamento da enurese (Houts, 1990, anexo 5)	.41
	2.2	.4	Registros (anexo 6)	.41
	2.3	Pro	cedimento	.42
	2.3	.1	Treino de espectro total	.42
	2.3	.2	Procedimento nos contatos	.44
	2.3	.3	Acompanhamentos: similaridades e diferenças	. 45
	2.3	.4	Prevenção de recaída	. 47
	2.3	.5	Fluxograma (algoritmo de tratamento)	.48
	2.4	Aná	lise dos resultados	.50
3	Res	sulta	dos e discussão	.52
	3.1	Con	nparação inicial dos grupos	.57
	3.2	Res	ultados relativos ao tipo de acompanhamento	.62
	3.3	Res	ultados relativos a outras variáveis moderadoras	.66
	3.4	Aná	lise da desistência	.71
	3.5	Índi	ce de mudança confiável	.74
	3.6	Pad	rões de resultados individuais	.77
	3.7	Evo	lução dos problemas de comportamento	.81
	3.8	Con	siderações sobre dificuldades práticas encontradas na execução do projeto	.86
4	Cor		ões	
	4.1		itações e direções futuras	
5	R△f			QЛ

1 INTRODUÇÃO

1.1 Enurese noturna: aspectos centrais

1.1.1 Definição

Nos últimos dois anos, os estudos sobre a patogênese e os tratamentos para a enurese obtiveram resultados que permitiram o conhecimento avançar nessa área (Nevéus, 2009). No entanto, muitos aspectos sobre a fisiologia e o a forma de funcionamento dos tratamentos permanece desconhecida, mantendo-se a necessidade de novas pesquisas, tanto em relação a pesquisas farmacológicas como psicológicas.

Já a definição de enurese tem ganhado consistência através de critérios diagnósticos mais objetivos, através de constantes revisões que têm focado, principalmente, os ajustes necessários para que não haja exclusão de indivíduos que necessitam de tratamento, nem confusão com outros problemas do sono ou do sistema excretor. Contudo, ainda há dissenso entre alguns desses pontos, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para a enurese noturna

Critério diagnóstico	ICCS	APA (DSM-IV)
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	Micção fisiologicamente
	cama ou na roupa	normal durante o sono
	Micção não se deve a uma	
	condição clínica geral como	
	diabetes, espinha bífida etc.	
Características dos episódios	Episódios discretos em grande	Não específica
	quantidade	
Outros aspectos	Não específica	Frequência menor pode ser
		considerada no caso de
		sofrimento para a criança

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV) estabelece quatro critérios para diagnóstico desse quadro: a) micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa; b) a micção deve ocorrer no mínimo duas vezes por semana por pelo menos três meses, ou então causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes na vida do

indivíduo; c) idade cronológica de no mínimo cinco anos, ou para crianças com atrasos de desenvolvimento, idade mental de no mínimo cinco anos; d) a incontinência urinária não se deva exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, diuréticos) ou a uma condição geral (por exemplo, diabete, espinha bífida, transtorno convulsivo) (American Psychiatric Association, 2002).

Já a proposta de padronização apresentada pela *International Children's Continence Society* (ICCS, Nevéus et al., 2006) coloca que a enurese é definida como a micção normal em local ou hora inadequada. Em relação à idade, o critério é que a criança tenha mais de cinco anos. Os autores estabelecem uma freqüência de pelo menos uma vez ao mês. Além disso, apontam que a quantidade de urina tem de ser grande, uma vez que pequenas quantidades podem indicar outros problemas.

Enquanto a norma do DSM aponta que, para ser considerada como um critério para enurese, a micção não deve ocorrer por conta de uma condição geral, a proposta da ICCS fala em micção normal, o que pode gerar controvérsias. Neste trabalho, será considerada a norma do DSM, embora alguns pontos da classificação de Nevéus et al. (2006) sejam considerados para outros aspectos da enurese.

1.1.2 Classificação

A enurese pode ser noturna, quando ocorre durante o sono, ou diurna, quando ocorre durante a vigília. A enurese diurna precisa ser diferenciada da incontinência funcional que, segundo van Gool, Vijverberg e de Jong (2002), é caracterizada por uma disfunção na bexiga ou no esfíncter. A enurese noturna pode ser classificada como primária, quando a criança nunca obteve controle da urina durante a noite por pelo menos seis meses, ou secundária, quando a criança obteve esse controle e voltou a molhar (Nevéus et al., 2006). A enurese é considerada múltipla quando a criança molha a cama mais de uma vez por noite (Butler, 1994).

Butler (1994) afirma que os estudos indicam uma prevalência de 13% a 19% entre os meninos e entre 9% e 16% entre as meninas de cinco anos de idade, sendo que essa taxa vai diminuindo durante a infância e a adolescência, mas cerca de 2% a 3% dos adultos jovens ainda continuam molhando a cama. A opinião geral é de que a taxa de remissão espontânea,

ou seja, a taxa em que as "molhadas" que cessam sem nenhum tipo de tratamento específico, é de 15% ao ano, como aponta o estudo de Jensen e Kristensen (2001). Contudo, um estudo de seguimento realizado com uma população de 501 enuréticos de oito anos na Finlândia, mostrou que apenas 16 deles continuavam com o problema aos 14 anos de idade. Em parte, essa redução se deve a novas formas de tratamento, condicionamento e medicamentos, sendo que não se trata apenas de remissão espontânea (Moilanen, Tirkkonen, Järvelin, Linna, Almqvist, Piha, Räsänen e Tamminen, 1998).

1.1.3 Prevalência

Essa falta de uniformidade leva autores a afirmações contraditórias ao longo de suas publicações. Por exemplo, Butler, em 1994, havia afirmado que de 13% a 19% dos meninos e entre 9% e 16% das meninas de cinco anos de idade molhavam suas camas, sendo que essa taxa diminuía durante a infância e a adolescência. Na mesma publicação o autor propõe ainda que cerca de 2% a 3% dos adultos jovens ainda continuariam perdendo urina durante o sono. Sabidamente, porém, mesmo sem tratamento, cerca de 15% dos enuréticos obtém o controle vesical a cada ano, o que é chamado de remissão espontânea (Jensen & Kristensen, 2001). Em um estudo mais recente (Butler, Golding, Northstone & ALSPAC Study Team, 2005) aponta que 15,5% das crianças de sete anos e meio de idade molham suas camas, mas a maior parte delas faz isso menos de uma vez por semana. Apenas 2,6% das crianças dessa idade atingem o critério para enurese definido pelo DSM-IV.

O mesmo tipo de contradição pode também ser encontrado em publicações sobre enurese no Brasil. Assim, um trabalho realizado por Schoen-Ferreira, Marteleto, Medeiros, Fisberg e Aznar-Farias (2007), utilizando um instrumento global de avaliação dirigido aos pais e que continha uma questão sobre enurese, mostrou que o relato da existência de episódios ocorreu para 11,3% das crianças em nível escolar, 6,6% dos adolescentes e 1,8% dos jovens. Mota, Victora e Hallal (2005), em um estudo brasileiro sobre prevalência da enurese na região de Pelotas, com amostra probabilística obtida diretamente em domicílios, identificaram uma prevalência de enurese em 20,1% dos meninos e 15,1% das meninas de até 9 anos de idade (o critério utilizado para definição de enurese foi o da ICCS).

1.1.4 Etiologia

A enurese é um transtorno causado principalmente por uma base genética, modulada por aspectos fisiológicos e ambientais (Von Gontard, Schaumburg, Hollmann, Eiberg & Rittig, 2001). Muitas das crianças enuréticas têm algum dos pais ou alguém na família que também foi enurético quando jovem. Um estudo realizado com gêmeos (Ooki, 1999) mostra que as taxas de concordância são maiores em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, sugerindo a existência de determinantes genéticos. Essa taxa foi mais alta em meninos de três a quatro anos e meninas com idade entre cinco e oito anos. Contudo, os estudos de genética molecular não são conclusivos ao tentar estabelecer relações entre genótipo e fenótipos de enurese ou incontinência (Loeys, Hoebeke, Raes, Messiaen, De Paepe e Walle, 2002). Na verdade, observa-se uma heterogeneidade de relações entre marcadores genéticos e problemas clínicos, ou seja, há uma multiplicidade de combinações genéticas nos casos de enurese (Hollmann, Von Gontard, Eiberg, Rittig e Lehmkuhl, 1998).

O estudo de revisão realizado por Von Gontard, Schaumburg, Hollmann, Eiberg e Rittig (2001), aponta 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 enurese.

Butler e Holland (2000) apresentaram um modelo de compreensão da enurese chamado de três sistemas, sendo que cada um destes envolve um possível mecanismo responsável pelas molhadas na cama.

Dificuldades no sono e despertar: como muitas crianças controlam a urina durante do dia e não durante a noite, a hipótese de senso comum é que o problema está na intensidade do sono dos enuréticos. Crianças enuréticas são vistas pelos pais como tendo sono profundo, e Wille (1994) afirma que elas são mais difíceis de serem acordadas do que as não enuréticas. Butler (1994) concorda que a enurese não é conseqüência 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.

Parece haver uma questão maturacional por trás desse aspecto, afetando os núcleos do tronco cerebral responsáveis pela inibição da contração detrusora durante o sono (Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke, & Walle, 2007). Os autores argumentam que esse atraso no desenvolvimento do sistema nervoso pode causar a enurese, mas a maturação desses núcleos, com a enurese uma vez instalada, não é suficiente para que as crianças enuréticas deixem de molhar a cama. Portanto, o mecanismo de "cura" seria outro.

Um estudo feito na Alemanha (Von Gontard, Freitag, Seifen, Pukrop & Röhling, 2006) acrescenta, ainda, que as crianças enuréticas apresentam uma menor performance motora do que as que não molham a cama durante a noite, indicando que, além do atraso no desenvolvimento do tronco cerebral, partes do córtex podem desempenhar um papel na enurese noturna.

Nevéus (2009) aponta que as crianças enuréticas têm um sono mais superficial do que as não enuréticas, 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.

Poliúria noturna: é sabido que muitas crianças molham a cama porque seus rins deixam 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 enurese.

Atividade detrussora disfuncional: esse mecanismo refere-se à instabilidade do músculo detrussor durante o sono (Houts, 1991). Contrações espontâneas da bexiga produziriam o escape do "xixi" na cama. O que ocorre com crianças enuréticas é que, com o enchimento da bexiga, há um relaxamento da musculatura pélvica e contração involuntária do detrussor, o que está associado à micção. Crianças não enuréticas 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. O estudo realizado por pesquisadores belgas (Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke & Walle, 2007) evidencia que de fato as crianças enuréticas 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 enurese ocorra. Também é comum que a atividade detrussora disfuncional esteja associada à baixa capacidade funcional da bexiga, uma vez que ela geralmente não se enche totalmente.

1.1.5 Tratamentos

Os sistemas apresentados podem se associar em combinações diferentes e consequentemente só tratamentos diferenciados poderão ser efetivos. A incapacidade em despertar sempre estará presente, pois nos casos em que a criança tem poliúria e consegue acordar quando a bexiga está cheia, indo ao banheiro em seguida, se configura a noctúria. As molhadas associadas à incapacidade de acordar, geralmente ocorrem em grande quantidade nos quadros de enurese derivada dada poliúria, ,. Já as ocasionadas pela instabilidade detrusora são caracterizadas por molhadas pequenas, frequentemente acontecendo mais de uma vez por noite. Avaliar o tipo de enurese com o qual se está lidando é importante para realizar um tratamento correto.

Butler (2004) lista diversos aspectos psicossociais relacionados à enurese, como baixo nível socioeconômico, famílias númerosas e pai desempregado. Experiências disruptivas na infância também podem estar associadas à enurese, uma vez que podem afetar o desenvolvimento normal e, consequentemente, a aquisição do controle urinário. Por outro lado, a estabilidade familiar e a amamentação parecem reduzir os riscos do surgimento da enurese.

A enurese pode apresentar comorbidade com diversos outros quadros, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Shreeram, He, Kalaydjian, Brothers & Merikangas, 2009), obesidade (Guven, Giramonti & Kogan, 2007), constipação intestinal (McGrath, Caldwell & Jones, 2007) e alergia (Mungan, Seckiner, Yesilli, Akduman & Tekin, 2007). No caso da constipação intestinal, que muitas vezes está associada à encoprese, esta deve ser tratada antes da enurese, uma vez que o acúmulo de fezes na porção final do

intestino pode alterar o funcionamento da bexiga, levando à ocorrência dos episódios de enurese. Não há relação causal clara entre a enurese e outros transtornos comórbidos.

Um guia estratégico produzido pela ICCS (Hjalmas et al., 2004) aponta seis formas de tratamento consolidadas da enurese noturna, sendo três medicamentosas (antidepressivos tricíclicos, oxibutinina e desmopressina), duas psicológicas (alarme com componentes comportamentais e alarme sem componentes comportamentais) e acupuntura, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Tratamentos consolidados para a enurese noturna (Hjälmas et al., 2004)

Tratamento	Sistema de atuação	Grau de recomendação	
Imipramina	Incerto	В	
Oxibutinina	Instabilidade detrussora	В	
Desmopressina	Poliúria	А	
Alarme	Incapacidade em despertar, capacidade funcional	А	
Acupuntura	Incerto	В	

O uso do alarme de urina é recomendado como uma alternativa cuja efetividade situase em torno de 60 a 70% dos casos (Butler, 2004). 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.

O alarme nacional consiste de uma unidade sensora, um "tapete" que é colocado sob o lençol da criança, e o alarme propriamente dito, que é ligado ao tapete. O sensor possui material condutor de eletricidade em sua superfície, na forma de listras que não se encontram. O "xixi", quando cai sobre o tapete, fecha a corrente e dispara o alarme, que geralmente fica na cabeceira da cama da criança. Há um botão liga-desliga e uma luz que é acionada junto com o som para que a criança possa localizar o aparelho com pouca luz. O sistema funciona com uma bateria comum de nove volts.

Há outro tipo de alarme, chamado de *body-worn*, cujo sensor localiza-se num compartimento dentro da roupa de baixo da criança. Embora o funcionamento seja o mesmo, de acordo com a literatura (e.g.Houts, 2003) esse tipo de alarme pode trazer ganhos mais rapidamente, uma vez que é acionado mais depressa.

Possivelmente em função do tratamento com alarme ser o mais antigo dos tratamentos para a enurese, o alarme, utilizado por Mowrer e Mowrer já em 1938, e um dos tratamentos de primeira linha, recebendo grau de recomendação e evidência A pela ICCS (Hjalmas et al., 2004), os trabalhos mais recentes que investigam essa modalidade terapêutica têm focado pouco na sua eficácia. Uma vez que o tratamento apresenta eficácia satisfatória, os estudos tendem a investigar outros aspectos associados ao alarme, como, por exemplo, 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.

Como o alarme reduz as molhadas? Butler (1994) sustenta que o alarme provoca uma série de conseqüências aversivas para a criança, que vão desde as sensações de estar molhado, ouvir o barulho do alarme até as atividades de ter que levantar, trocar de roupa etc. Com isso, acordar para urinar ou inibir as contrações da bexiga, relaxar o detrussor e contrair os músculos pélvicos para continuar dormindo seco são respostas que evitariam essas conseqüências aversivas. Houts (2003) denomina esse processo de esquiva ativa; as respostas são mantidas por reforçamento negativo. Butler (1994) afirma, ainda, que contrações da musculatura pélvica são produzidas pela criança para evitar acordar ao som do alarme. O enchimento da bexiga decorrente desse processo pode aumentar a capacidade funcional do órgão. E Houts (1991) especula que os níveis de produção de vasopressina podem aumentar durante o tratamento com alarme, devido ao estresse causado por

acordar com o aparelho. Ou seja, a partir dessas especulações, pode-se concluir que o tratamento com alarme acaba se relacionando com três das causas principais da enurese. Outro estudo (van Hoeck e cols., 2007) sinaliza, ainda, que o alarme é efetivo para crianças que já passaram ou não por outros tratamentos. Butler e cols. (2007) ampliam as hipóteses em relação ao mecanismo de funcionamento do alarme, como a alteração de fatores motivacionais, condicionamento por esquiva ativa, contração muscular condicionada, aumento do volume máximo urinado e redução da produção noturna de urina, aumento da produção de vasopressina, o hormônio antidiurético.

Jensen e Kristensen (2001) afirmam que o alarme é mais efetivo em crianças com maior frequência inicial de episódios, já que o condicionamento ocorreria mais rapidamente uma vez que o alarme é acionado mais vezes. Já Houts (2003) sinaliza que o tratamento é menos efetivo em crianças com altos índices de problemas de comportamento externalizantes. Como esses problemas estão relacionados ao seguimento de regras, a hipótese é de que um tratamento que requer adesão a vários procedimentos, como o alarme, é prejudicado por essa condição. O autor afirma, ainda, que esses problemas devem ser resolvidos antes de se cuidar da enurese.

Há três tratamentos medicamentosos tradicionais para a enurese: a oxibutinina, um anticolinérgico, a imipramina, um antidepressivo tricíclico e a desmopressina, versão sintética da vasopressina. Apenas este último alcança níveis de eficácia e recomendação A, segundo a ICCS (Hjälmas et al., 2004). A demospressina atua reduzindo a produção de urina durante a noite, tendo resultados semelhantes ao do alarme, mas com taxas maiores de recaída.

Uma vez que os tratamentos isolados parecem consolidados, as pesquisas recentes têm focado, com mais freqüência, a combinação entre modalidades terapêuticas a fim de ultrapassar a barreira dos 70% de sucesso, conforme apontam Silvares, Pereira e Sousa (no prelo). Há trabalhos que combinam vários tipos de fármacos, já que, em tese, eles atuam em sistemas diferentes envolvidos na etiologia da enurese. Enquanto a desmopressina age na poliúria noturna, os anticolinérgicos como a oxibutinina reduzem a atividade detrusora, trazendo o mesmo efeito que teriam os antidepressivos como a imipramina.

Esmaeili e Esmaeli (2008) compararam justamente dois tratamentos de segunda linha, a imipramina e a oxibutinina, com o efeito que eles tinha quando combinados. OS autores

argumentam que os três grupos de tratamento se beneficiaram, sendo que o tratamento combinado teve o melhor resultado, com uma taxa de sucesso de 41%, contra 13,7% da imipramina isolada e 23% da oxibutinina isolada. No entanto, os índices de recaída também foram altos, mostrando que esses tratamentos apresentam pouca eficácia a longo prazo.

Já Fai-Ngo Ng e Wong (2005) compararam os dois tratamentos de primeira linha, alarme e desmopressina, individualmente e combinados. Os resultados mostram um desempenho pior do alarme, contra um número maior de recaídas com a desmopressina e melhores resultados com o tratamento combinado. Os autores argumentam que os resultados apresentados pelas crianças chinesas parecem ser piores do que os relatados em estudos ocidentais. No entanto, outros estudos desafiam a tese do autor pela preferência do tratamento combinado, como o de Ozden e cols. (2008), que não viu vantagem na inclusão da desmopressina ao alarme, em um experimento com 52 duas crianças. Ambos os estudos entretanto, comparam os resultados do tratamento levando em consideração apenas redução de número médio de episódios, sem avaliar os resultados em termos de respostas totais.

Naitoh e cols. (2005) compararam o tratamento com alarme combinado à desmopressina e à imipramina e obteve resultados semelhantes nos dois grupos, indicando que o medicamento pode não ser o fator determinante nesse tipo de combinação. Vogt buscou a mesma combinação de tratamentos de primeira linha, mas comparando dois grupos em que um tratamento era iniciado isoladamente e o outro era adicionado após três meses. O índice de sucesso foi alto (73%), e não houve diferença em iniciar com alarme e adicionar a desmopressina após ou o contrário.

O tratamento com desmopressina também se mostrou um melhor recurso quando combinada à oxibutinina em comparação com as medicações empregadas isoladamente, segundo Lee e cols. (2005). Uma vez que essa combinação atinge dois sistemas (poliúria e atividade detrussora) parece lógico que os resultados sejam melhores numa população indiferenciada.

1.2 Enurese e tratamento com alarme: aspectos psicológicos e uma hipótese a partir da visão da análise do comportamento

Butler (2004) considera que problemas psicossociais e experiências disruptivas na infância aparentemente aumentam a vulnerabilidade à enurese. Além disso, o mesmo autor (Butler, 1994) coloca que as crianças enuréticas passam por perplexidade, humilhação, isolamento social, medo de serem descobertas e têm uma sensação de imaturidade. Contudo, as crianças enuréticas parecem bem ajustadas socialmente quando consideradas em grupo (Butler e cols., 1998). Relatos de pais e professores sobre essas crianças revelam que eles têm uma tendência a ver em seus filhos e alunos enuréticos problemas de isolamento e maior sensibilidade, o que não quer dizer entretanto, que as crianças sofram de perturbações psicológicas ou que sejam encaminhadas por problemas de comportamentos delas. Silvares (1995) comenta que os pais das crianças nem sempre têm uma percepção acurada sobre o seu nível real de problemas de comportamento, e que o encaminhamento para a clínica pode depender de características dos próprios pais além das dificuldades da criança, informação que dificulta mais ainda se ter clareza sobre a existência ou não de um padrão comportamental das crianças enuréticas.

Nevéus (2008), por sua vez, aponta uma questão importante em meio à conturbada discussão sobre a etiologia da enurese e o sono dos enuréticos. O autor informa que as crianças que molham a cama podem apresentar um padrão de sono mais superficial do que o de outras crianças, mas paradoxalmente são mais difíceis de acordar, já que o organismo precisa elevar os limiares de despertar para preservar a integridade do sono. Isso leva à diminuição da qualidade do sono que, segundo o autor, pode acarretar numa implicação psicológica: um leve déficit cognitivo por conta das noites mal dormidas.

Um estudo brasileiro (Santos & Silvares, 2006) apontou que as crianças enuréticas avaliadas pelo *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 2001), obtêm escores de competências maiores e escores de problemas de comportamento menores do que os de crianças encaminhadas para a clínica psicológica por conta de outros problemas. As autoras defendem a tese da enurese como problema primário, sendo as outras dificuldades geralmente uma conseqüência das molhadas. Pode-se, dessa forma, falar do tratamento da enurese como um trabalho preventivo em relação a outros problemas de comportamento.

Um estudo populacional (Joinson, Heron, Edmond & Butler, 2007) mostrou que as crianças enuréticas não apresentam menor auto-estima quando comparadas com as que não molham a cama. No entanto, seus pais relataram um índice significativamente maior de distúrbios externalizantes, como comportamentos opositores e problemas de conduta. Outra questão é a colocada por Houts (2003), de que crianças com alto índice de problemas comportamentais deveriam ter esses problemas tratados antes de serem submetidos ao tratamento da enurese, uma vez que, sem isso, teriam dificuldades em atingir o resultado esperado. Uma vez que os problemas externalizantes referem-se, entre outros fatores, ao não seguimento de regras, não é difícil imaginar que isso fossa afetar o resultado de um tratamento que depende, essencialmente, do seguimento estrito dos procedimentos envolvidos. No entanto, o trabalho de Arantes (2007) evidencia que crianças com escores clínicos em distúrbios internalizantes, externalizantes ou totais levam mais tempo para obter sucesso no tratamento. Para autora, a motivação das famílias parece ser mais determinante e até capaz de superar as dificuldades relativas aos problemas de comportamento.

Apesar disso, é difícil estabelecer uma relação lógica entre a enurese e outros problemas de comportamento, especialmente pela dificuldade em caracterizar os escapes de urina enquanto fenômeno psicológico. Uma vez que tomamos como base para compreensão do ser humano a psicologia comportamental defendida por Skinner, entendese que o foco da análise psicológica deve ser o comportamento.

Skinner (1953/1998) estabelece dois tipos de comportamentos: os respondentes e os operantes. O comportamento respondente é aquele no qual há uma ação reflexa, ou seja, o comportamento é uma reação a um estímulo originado no ambiente. A relação respondente geralmente é expressa pela sigla S-R, em que S significa estímulo e R resposta. Na ação reflexa, o estímulo sempre vem antes da resposta e sempre a elicia.

Já o comportamento operante se refere à ação dirigida ao ambiente. Essa ação leva o organismo a ser retroestimulado pelo ambiente, no que se chama de conseqüência. A conseqüência de uma resposta comportamental atua sobre a probabilidade de que ela seja emitida de novo, selecionando-a e alterando a sua freqüência. Consequências reforçadoras são aquelas que aumentam a probabilidade de ocorrência da resposta, enquanto que as consequências punitivas são as que diminuem essa probabilidade. O valor reforçador ou

punitivo de uma determinada estimulação é determinado, num primeiro momento, filogeneticamente.

A forma como uma conseqüência pode ser reforçadora estabelece-se de duas maneiras: positiva e negativa (Baum, 1999). Há uma relação positiva quando a resposta leva a uma estimulação positiva, por exemplo, quando se trabalha para em troca obter alimento, ocorre o processo chamado de reforçamento positivo. Já quando a ação leva a remoção de um estímulo aversivo, diz-se que ocorre o reforçamento negativo, uma vez que a ação tende a aumentar a probabilidade do comportamento ocorrer novamente e a conseqüência é a eliminação de uma estímulo negativo e não a produção de uma estimulação positiva, que caracterizaria o reforçamento positivo.

Os comportamentos operantes, no entanto, não ocorrem ao acaso. Além de a probabilidade de sua ocorrência ser determinada pela história de reforço, ou seja, pelas consequências geradas pela sua emissão no passado, eles também dependem de estímulos antecedentes. Por mais que a resposta de fazer sinal para um táxi tenha sido reforçada no passado, ela dificilmente ocorrerá se não houver um táxi à vista. O táxi à vista é o estímulo antecedente, ou, mais especificamente, discriminativo (S^D), que indica que uma contingência está em vigor: se eu sinalizar para o táxi, meu comportamento será reforçado pela sua parada.

Desta forma, os comportamentos operantes são analisados quanto à sua função dentro de uma organização esquemática denominada contingência tríplice, cujos elementos são: os estímulos discriminativos, que indicam que uma contingência está em vigor (S^D), a resposta do organismo em si (R) e a conseqüência produzida pela resposta ou estímulo reforçador (S^R). Para o foco de estudo desse trabalho, pode-se questionar se a enurese, que é uma resposta, caracteriza-se como um comportamento respondente, operante ou se é parte de uma relação mais complexa que necessita de uma compreensão mais específica.

Para tanto, é preciso descrever o desenvolvimento do controle urinário, o que permitirá, consequentemente, verificar se a enurese é uma resposta controlada por contingências e quais as características dessas contingências.

Num primeiro momento, tal questionamento pode parecer descabido, já que os aspectos etiológicos da enurese, como a poliúria noturna e a baixa capacidade funcional são aspectos fisiológicos que não são alcançados pela análise do comportamento. No entanto,

nenhum desses dois fatores, isoladamente, é suficiente para provocar os episódios de enurese. É preciso, além disso, que a criança não acorde para urinar. É nessa resposta (ou na ausência dela) que nosso trabalho será focado, uma vez que é a que mais permite o alcance de uma análise de contingências.

Norgaard e cols. (1997) afirmam que, quando recém-nascidas, as crianças têm uma micção reflexa: o enchimento da bexiga provoca contrações involuntárias, eliminando a urina. Ao longo do desenvolvimento ocorre uma reorganização neural dos caminhos apresentados no nascimento. Essa reorganização, em crianças normais, envolve: a) a inibição das contrações involuntárias da bexiga frente ao seu enchimento e b) o acordar frente ao enchimento da bexiga durante a noite. Podemos entender esses dois processos como resultados de condicionamento operante.

Se tomarmos o estar molhado como um estímulo aversivo, é possível que ele seja pareado com a sensação de bexiga cheia, que o precede diretamente. A bexiga cheia passa, então a ser um S^D para uma resposta de contração dos esfíncteres ou de acordar que evita a sensação de estar molhado, conforme esquemas abaixo:

Aparentemente, as crianças enuréticas têm uma falha nesse processo. Ainda segundo Norgaard e cols. (1997), é preciso que as duas possibilidades inexistam; uma vez que qualquer uma delas seria suficiente para solucionar o problema. Conclui-se, então, que o controle pode ser operante, e a falta de controle é simplesmente o resultado da inexistência de um operante que geralmente é obtido no desenvolvimento normal. No entanto, não é possível excluir uma possível ação respondente nesse processo, uma vez que o desenvolvimento normal parece implicar no estabelecimento de uma ação reflexa entre o estímulo da bexiga cheia e a inibição das contrações involuntárias do detrusor.

Um trabalho de Salmon, Taylor e Lee (1973) já apontava que as crianças com enurese apresentavam resultados tidos como imaturos nos exames de eletro-encefalograma. É difícil responder se esse atraso no desenvolvimento se deve a fatores genéticos ou ambientais. De qualquer forma, os fatores hereditários precisam ser considerados, uma vez que a probabilidade de desenvolver enurese é de 43% no caso de crianças em que um dos pais molhava a cama quando criança, e 77% quando os dois pais o faziam (Järvelin e cols., 1991).

Teoricamente, essa causa genética poderia operar influenciando diretamente o desenvolvimento do SNC (sistema nervoso central), que não se reorganizaria como esperado e impede que o condicionamento ocorra. Uma hipótese alternativa seria um padrão deficiente na capacidade dos pais em treinar seus filhos no uso do banheiro, que poderia estar associado à enurese.

Ainda que a resposta de molhar a cama não possa ser descrita como um comportamento operante, existe uma série de outras contingências em vigor que se relacionam com essa resposta. Realizar uma intervenção comportamental significa, entre outros aspectos, manipular essas contingências de forma a alterar a resposta que temos em foco (Silvares, 2000), levando à "diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras" (Meyer & Vermes, 2001, p. 101).

O que pode ser visto a partir dos relatos de Butler (1994) é que a enurese gera, essencialmente, conseqüências aversivas ou leva ao estabelecimento de contingências mantidas por reforçamento negativo. Por exemplo, o episódio em si pode gerar uma conseqüência punitiva vinda dos pais ou levar ao acordar molhado pela manhã, que funciona como um S^D para a resposta de tomar banho a fim de evitar o mau cheiro e uma possível conseqüência aversiva no plano social. As molhadas na cama também funcionam como antecedentes para a resposta de se esquivar frente a um convite para dormir fora de casa (S^D), a fim de evitar uma possível conseqüência de brincadeiras ou humilhações caso o episódio aconteça frente aos colegas.

Como foi visto, o que pode ser considerado um operante é o controle da urina. Uma forma hipotética de ajudar a estabelecer esse controle é criando, através do alarme, uma contingência aversiva na qual a conseqüência aversiva (acordar com o som do aparelho) é evitada quando a resposta de controle (inibição das contrações detrussoras ou acordar antes da micção) é emitida frente ao S^D (bexiga cheia). Conforme o já citado anteriormente, Houts (2003) descreve esse processo e o denomina esquiva ativa. No entanto, o tratamento comportamental para a enurese não se baseia apenas no uso do alarme. Há uma série de outros procedimentos que buscam alterar as contingências estabelecidas pela família, tendo como objetivo: a) diminuir o sofrimento causado pela enurese e b) potencializar o sucesso do condicionamento realizado pelo alarme.

Entende-se, como sofrimento, o comportamento associado à exposição a contingências aversivas. Essas contingências podem se configurar pelo próprio incômodo de estar molhado, pela punição de familiares, pela rejeição de colegas etc. Um trabalho realizado pela equipe de pesquisa na qual o autor deste trabalho está inserido (Daibs, Pereira, Emerich & Silvares, no prelo), com crianças e adolescentes enuréticos, tinha como objetivo principal relacionar o impacto sofrido pela criança e a intolerância manifestada pelos pais entre si e com outros fatores como a idade. As 126 crianças e adolescentes envolvidas no estudo preencheram a Escala de Impacto, enquanto seus pais preencheram a Escala de Tolerância. A associação das respostas nas duas escalas, juntamente com outros fatores, poderia sinalizar, de forma quantitativa, as contingências que podem existir nas famílias das crianças que sofrem com esse problema.

A Escala de Impacto (anexo 2), desenvolvida por Butler (1994), consiste em 17 afirmações, como "Minha mãe tem roupa demais para lavar", "Sinto-me diferente dos meus amigos" e "Meu pai ou minha mãe fica bravo(a) comigo". A estas sentenças são apresentadas respostas "não", "às vezes" e "sim", por meio das quais são calculados valores de graus de impacto. Quanto maior o escore total, maior é o impacto sofrido pela criança ou adolescente. A escala possui oito fatores distintos, subdivididos em preocupações não-psicológicas, que para a nossa análise, podem ser consideradas o impacto direto de contingências imediatas (ficar molhado, ter que tomar banho) e preocupações psicológicas, que para a nossa análise, relacionam-se à consequências a longo prazo (falta de socialização, medo da descoberta, senso de diferença, reação emocional). O instrumento teve sua versão brasileira validada preliminarmente em um estudo que avaliou as propriedades psicométricas e unidimensionalidade da escala, com resultados satisfatórios (De Salvo, De Toni & Silvares, 2008).

Já a Escala de Tolerância (anexo4), desenvolvida por Morgan e Young (1975), possui 20 itens para medir a tolerância/intolerância dos pais dos enuréticos noturnos. Os pais respondem "sim" ou "não" às afirmações, tais como "Eu já me acostumei com camas molhadas", "Eu tento ajudá-lo(a) a não se aborrecer com o xixi na cama", "Um bom tapa nunca fez mal a nenhuma criança que molhe a cama e pode fazer muito bem". O valor final é a mediana de todos os itens respondidos positivamente ("sim"), sendo que um alto escore indica intolerância por parte do pai ou da mãe em relação ao filho enurético. Uma validação

brasileira do instrumento está em vias de ser publicada (Sousa, Emerich, Daibs & Silvares, no prelo).

É importante sinalizar que, para a análise do comportamento, o preenchimento de instrumentos de avaliação pela família são comportamentos verbais. Skinner (1957/1978) define os comportamentos verbais como aqueles que só são eficientes quando mediados por outras pessoas. Ainda segundo o mesmo autor, existem dois grandes grupos de comportamentos verbais: os mandos e os *tactos*. Essas duas classes de comportamentos verbais não podem ser diferenciados através de sua forma, mas sim de sua função. De forma geral, podemos entender os mandos como comportamentos verbais que beneficiam o falante, ou seja, aquele que emite o comportamento. Nesse grupo se encaixam os pedidos, as solicitações, as perguntas. Já os *tactos* são aqueles que beneficiam o ouvinte, pois são respostas controladas por estímulos que geralmente não estão ao alcance deste. Os *tactos*, então, são informações, relatos, explicações.

Na aplicação de um questionário, os pais são os falantes que emitirão *tactos* controlados por uma série de estímulos (as perguntas e o comportamentos dos filhos ou o seu próprio comportamento). No entanto, aquilo que parece um *tacto* pode ser, na verdade, um mando disfarçado. Se um pai diz: "meu filho está muito mal", isso parece uma simples informação, mas uma análise mais aprofundada pode revelar que a verdadeira função dessa resposta é obter ajuda para o filho, o que a caracteriza como mando. Sendo assim, é importante considerar as circunstâncias nas quais os instrumentos são aplicados com a finalidade de identificar possíveis desvios do que é esperado.

Após essas considerações, pode-se retomar o estudo de Daibs, Pereira, Emerich e Silvares (no prelo), que teve como principais resultados: a) o impacto das conseqüências mais imediatas é maior do que as de longo prazo; b) pais e mães são bastante intolerantes à enurese, sendo que os pais apresentam maior intolerância; c) quanto maior a intolerância, maior o impacto percebido pela criança e d) tanto o impacto quanto a intolerância aumentam de acordo com a idade do enurético. Podemos interpretar esses resultados sob a luz da análise do comportamento e chegar às seguintes hipóteses: a) conseqüências imediatas são mais aversivas para a criança do que as que ocorrem a longo prazo; b) pais e mães são, frequentemente, os agentes que punem os episódios de enurese, muitas vezes através de violência física, sendo que os pais exercem esse papel mais com maior

frequência; c) as crianças relatam mais contingências aversivas na mesma medida em que os pais relatam agir de forma punitiva e d) aversividade das contingências é maior conforme o aumento da idade, bem como as atitudes punitivas dos pais.

Cabe perguntar, então, se um trabalho terapêutico, que é voltado a diminuir o sofrimento, deve se resumir aos episódios de enurese. Afinal de contas, ainda que eles sejam desencadeadores das diversas contingências aversivas atuando sobre a família, é preciso verificar se elas de fato desaparecem com o tratamento da enurese e se não há necessidade de um intervenção sobre os seus efeitos, especialmente nos casos em que o tratamento não é bem sucedido.

1.3 Trabalhos no Brasil

Os estudos sobre enurese no Brasil, além dos realizados pelo Projeto Enurese, restringem-se a estudos sobre diagnóstico diferencial entre enurese e disfunção miccional (Mota, Victoria & Hallal, 2005), revisões de literatura (Menezes, 2001) e apenas um sobre o que foi chamado pelos autores de tratamento comportamental (Féra, Lelis, Glasham, Nogueira e Bruschin, 2002), mas que na verdade se resumiu à implementação de algumas mudanças de hábito, realizadas sem o auxílio do alarme. Um levantamento da Biblioteca Virtual de Psicologia (BVS-Psi) em 17 de janeiro de 2010 identificou apenas 14 artigos em revistas científicas nacionais com a palavra chave "enurese", sendo sete deles de produção dos pesquisadores do Projeto Enurese. O índice de teses aponta seis títulos com o tema enurese na área de psicologia, sendo cinco produções da equipe do Laboratório de Terapia Comportamental (LTC) da USP.

As pesquisas realizadas no LTC sobre esse assunto são concentradas pelo Projeto Enurese, um grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silvares que reúne diversas investigações sobre o tratamento e fatores associados à enurese noturna. Estudos anteriores desenvolvidos pelo grupo focaram a efetividade do tratamento com alarme na população brasileira. Os estudos realizados até o momento mostram que o tratamento obtém os mesmos resultados apontados na literatura estrangeira (Oliveira, 1999; Silva, 2004; Costa, 2005; Pereira, 2006). Por conta de o trabalho ser desenvolvido em clínica-escola, busca-se sempre o tratamento mais econômico possível, sendo bastante desenvolvido até o momento o atendimento em grupo de forma presencial, baseado no modelo triádico da forma como é descrito por Silvares (1995). Uma investigação importante

em relação ao tratamento com alarme, além daqueles que investigam a sua eficácia, foi realizado por Sousa, Marturano e Silvares (no prelo), que teve como foco identificar os motivos pelos quais os participantes desistem do atendimento, seja antes ou depois do tratamento. Durante o atendimento, os pais relatam com maior frequência que a distância da clínica e a falta de dinheiro para custear o transporte são os motivos pelos quais o tratamento é abandonado.

Associando o tratamento com alarme e os problemas de comportamento, Pereira, Costa, Rocha, Arantes e Silvares (2009) verificaram que as crianças que passam pelo tratamento com alarme com acompanhamento presencial têm uma redução nos seus escores médios de problemas de comportamento, independentemente do resultado obtido.

No momento, está em desenvolvimento, além do presente, um projeto de capacitação de terapeutas à distância (Costa, 2005) e um que verifica como se saem no tratamento as crianças enuréticas com TDAH (Sousa C. R., 2007).

Atualmente, a racional por trás da forma de tratamento adotada pelo Projeto Enurese é a compreensão de elementos associados ao tratamento, como o favorecimento da adesão (Sousa, Gauy, Araújo, Pereira, & Meyer, 2008), uma vez que o alarme é altamente eficaz quando o procedimento é seguido corretamente. Uma revisão recente (Butler & Gasson, 2005) mostrou que há uma série de ameaças ao tratamento com alarme, como molhadas múltiplas por noite, a presença de enurese diurna, baixa capacidade funcional da bexiga, falta de motivação, dificuldades familiares, pais punitivos e problemas de comportamento. Sendo assim, o papel do terapeuta não é abordar diretamente a enurese em si, mas todos esses aspectos relacionados que podem dificultar a obtenção de noites secas. No entanto, pode-se especular até que ponto é necessário um acompanhamento intensivo do terapeuta quando a família apresenta boas condições para que o trabalho seja realizado. Pode ser que acompanhamento psicológico possa ser moderado de acordo com as necessidades de cada caso.

1.4 Variáveis moderadoras do resultado do tratamento

A maior parte da literatura (e.g. Nevéus e cols., 2010) afirma que os acompanhamentos do uso do alarme devem ser realizados através de contatos telefônicos, em que são

investigados pontos chave do procedimento a ser realizado em casa pelas famílias. Apenas um trabalho (Houts, 2003) cita brevemente uma comparação entre o acompanhamento do alarme com duas visitas e múltiplas visitas ao clínico, alegando não haver diferença nos resultados, mas este não apresenta dados concretos.

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

Neste trabalho, as possíveis variáveis mediadoras do tratamento com alarme não serão investigadas. O mecanismo pelo qual o alarme leva ao resultado ainda está aberto para debate (Butler et al., 2007). No entanto, o foco será no esclarecimento do papel de algumas variáveis que podem atuar como moderadoras do sucesso. Ao identificar essas variáveis, seria possível controlá-las na perspectiva de buscar um tratamento mais eficaz e mais econômico. A principal delas é o tipo de acompanhamento realizado. Uma vez que os tratamentos realizados pelo Projeto Enurese sempre implicaram na participação semanal em sessões de atendimento, o que pode ser oneroso para as famílias mais pobres e custoso mesmo para as famílias em melhor situação econômica pelas dificuldades em encontrar tempo para comparecer a clínica periodicamente, tem-se como objetivo verificar a eficácia do tratamento através do acompanhamento telefônico. Alguns outros fatores também serão

considerados na obtenção do sucesso do tratamento, a fim de verificar se há outros fatores que podem afetar a proposta de tratamento à distância. Com essas informações, seria possível desenvolver rotinas de tratamento diferenciadas e de acordo com as variáveis moderadoras, presentes em cada caso.

O presente projeto de pesquisa é voltado ao aperfeiçoamento e à compreensão dos aspectos que envolvem o tratamento da enurese noturna. O trabalho foi realizado no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte da linha de pesquisa adotada pela orientadora do pesquisador e é complementar a outros desenvolvidos pelos alunos inseridos na equipe, incluindo a dissertação de mestrado do próprio pesquisador, também explorando o tratamento da enurese.

A tendência atual dos projetos em andamento é difundir e tornar mais eficientes os tratamentos, ao mesmo tempo em que se busca responder a questões ainda pouco claras na área. Para tanto, estão sendo avaliados atendimentos com supervisão à distância, tratamento da enurese com crianças com problemas de comportamento ou comorbidades e motivos de insucesso e desistência por parte dos pacientes.

Este trabalho específico está voltado à elaboração de um programa mais eficiente em termos de custo e tempo, uma vez que o trabalho anterior mostrou que o atendimento em grupo é tão eficaz quanto o acompanhamento individual. Agora, procura-se saber até que ponto o acompanhamento presencial é necessário, verificando se o atendimento telefônico é uma boa alternativa. Paralelamente, é investigada a influência de variáveis que podem alterar o índice de sucesso do tratamento, chamadas de moderadoras: o tipo de alarme utilizado, a presença de sintomas diurnos e o nível de instrução das famílias. Desta forma, o objetivo geral da pesquisa é:

 Identificar fatores que atuam como variáveis moderadoras do sucesso no tratamento da enurese noturna com aparelho de alarme num centro de atendimento psicológico

Configuram objetivos específicos do trabalho:

• Comparar a eficácia de dois tipos de tratamento de enurese com alarme: um desenvolvido através de acompanhamento telefônico apenas com o outro

- acompanhado presencialmente. Comparar a eficácia dos tipos presencial e telefônico de tratamento de acordo com o nível de instrução das famílias
- Verificar a relação entre problemas de comportamento no início do tratamento e o seu resultado
- Verificar a relação entre a freqüência inicial de episódios e o resultado do tratamento
- Verificar a relação entre o nível educacional dos pais e o resultado do tratamento

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

- O acompanhamento terapêutico presencial trará resultados melhores e mais rápidos que o telefônico de forma geral
- O acompanhamento telefônico reduzirá o número de desistências
- Índices elevados de problemas de comportamento poderão reduzir a efetividade do tratamento
- Grau elevado de instrução pode se relacionar a maior sucesso no tratamento
- Alta frequência inicial de episódios poderá se relacionar com piores resultados do tratamento

2 MÉTODO

2.1 Amostra

Para participar do estudo, foram selecionados 61 crianças e adolescentes de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Idade entre 6 e 17 anos
- Apresentar enurese noturna, de acordo com os critérios da ICCS
- Realização de consulta médica prévia a fim de excluir outras hipóteses diagnósticas
- Não apresentar comorbidade com encoprese ou incontinência diurna
- Declarar disponibilidade para comparecer à clínica para atendimentos semanais
- Comparecer a pelo menos às duas sessões inicias de atendimento
- Não ter deixado de usar o alarme por mais de uma semana durante o período de tratamento
- Comparecer aos atendimentos ou manter contato telefônico até o fim do período de tratamento, ainda que com faltas ou falhas no contato ao longo do período

As famílias dos pacientes que compõem a amostra deste trabalho passaram por procedimento de avaliação e triagem do Projeto Enurese que consistia em:

- a) Contato telefônico com a equipe do projeto;
- b) Preenchimento e devolução pelos pais de CBCL pelo correio;
- c) Participação em entrevista de triagem (pais e criança) em que eram aplicados o formulário de avaliação de enurese, a entrevista semi-estruturada, a escala de impacto e a escala de intolerância;
- d) Inclusão em listas de chamada caso preenchessem os critérios de inclusão;
- e) Engajamento no tratamento (participação nas duas primeiras sessões de atendimento);

A divisão entre os dois grupos (à distância e presencial) ocorreu de forma aleatória. A cada fase de atendimento, os participantes eram sorteados pelo pesquisador entre os grupos de atendimento. Em seguida, a amostra era testada estatisticamente para verificar se

os grupos eram homogêneos em relação aos problemas de comportamento das crianças, ao nível de instrução dos pais e ao número de episódios apresentados. Caso não houvesse homogeneidade, outra seleção era feita, seguida de novo teste até que se obtivessem grupos similares em relação a esses fatores.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes

A.A. 12 Feminino Presencial A.O. 12 Feminino Presencial A.R. 9 Masculino Distância A.Z. 7 Masculino Distância A.Z. 7 Masculino Distância A.Z. 7 Masculino Presencial A.Z. 7 Masculino Presencial A.Z. 7 Masculino Presencial A.Z. 7 Masculino Presencial A.Z. 7 Feminino Presencial A.Z. 7 Feminino Presencial A.Z. A	Identificação	Idade	o dos participa Sexo	Tipo de atendimento
A.O. 12 Feminino Presencial A.R. 9 Masculino Distância A.Z. 7 Masculino Presencial B.A. 9 Feminino Distância B.O. 6 Masculino Presencial C.N. 11 Feminino Presencial C.O. 6 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.J. 8 Masculino Presencial G.B. 7 Feminino Presencial G.B. 10 Masculino Presencial<				·
A.R. 9 Masculino Presencial B.A. 9 Feminino Distância B.O. 6 Masculino Presencial B.S. 7 Feminino Presencial C.N. 11 Feminino Distância C.O. 6 Masculino Distância D.A. 10 Feminino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.S. 11 Feminino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presenci				
A.Z. 7 Masculino Presencial B.A. 9 Feminino Distância B.O. 6 Masculino Presencial C.N. 11 Feminino Presencial C.O. 6 Masculino Distância D.A. 10 Feminino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presen				
B.A. 9 Feminino Distància B.O. 6 Masculino Presencial B.S. 7 Feminino Presencial C.N. 11 Feminino Distância C.O. 6 Masculino Distância F.A. 10 Feminino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.S. 11 Feminino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.A. 10 Masculino Distância G.A. 10 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Pre				
B.O. 6 Masculino Presencial C.N. 11 Feminino Presencial C.O. 6 Masculino Distância D.A. 10 Feminino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.B. 10 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Pres				
B.S. 7 Feminino Presencial C.N. 11 Feminino Presencial C.O. 6 Masculino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Feminino Presencial J.B. 11 Masculino <t< th=""><th></th><th>_</th><th></th><th></th></t<>		_		
C.N. 11 Feminino Presencial C.O. 6 Masculino Distância D.A. 10 Feminino Distância F.A. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.M. 10 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância I.S. 10 Masculino Dist				
C.O. 6 Masculino Distância F.A. 10 Feminino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância I.S. 10 Feminino Distância I.S. 10 Feminino Distância I.S. 10 Masculino Dist				
F.A. 9 Masculino Distância F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.H. 10 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.O. 6 Masculino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.E. 8 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino D	C.O.	6	Masculino	Distância
F.O. 9 Masculino Distância F.S. 11 Feminino Distância F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.O. 6 Masculino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.N. 9 Feminino Distância J.N. 9 Feminino Distância J.A. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Dis	D.A.	10	Feminino	Distância
F.S. 11 Feminino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.T. 7 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Dis	F.A.	9	Masculino	Distância
F.Z. 13 Masculino Distância G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Presencial G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Femínino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.T. 7 Masculino Distância J.T. 7 Masculino Distância L.H. 10 Masculino D	F.O.	9	Masculino	Distância
G.A. 12 Masculino Distância G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.T. 11 Masculino Distância G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial J.E. 8 Masculino Presencial J.I. 11 Masculino Presencial J.J. 11 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 10 Masculino D	F.S.	11	Feminino	Distância
G.B. 8 Masculino Distância G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.O. 6 Masculino Presencial G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial J.E. 8 Masculino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância	F.Z.	13	Masculino	Distância
G.I. 8 Masculino Distância G.M. 10 Masculino Distância G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância I.S. 10 Feminino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Di	G.A.	12	Masculino	Distância
G.M. 10 Masculino Distância G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.S. 10 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino <td< th=""><th>G.B.</th><th>8</th><th>Masculino</th><th>Distância</th></td<>	G.B.	8	Masculino	Distância
G.O. 6 Masculino Presencial G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.E. 8 Masculino Presencial J.E. 8 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Dist	G.I.	8	Masculino	Distância
G.R. 7 Feminino Presencial G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Distância G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Di	G.M.	10	Masculino	Distância
G.S. 12 Masculino Presencial G.T. 11 Masculino Distância G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Distância J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Presencial M.I. 10 Masculino P	G.O.	6	Masculino	Presencial
G.T. 11 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial I.S. 11 Feminino Presencial I.S. 11 Masculino Presencial I.S. 12 Feminino Presencial I.S. 13 Feminino Presencial I.S. 14 Masculino Presencial I.S. 15 Peminino Distância I.S. 16 Masculino Presencial I.S. 17 Masculino Presencial I.S. 18 Masculino Presencial I.S. 19 Masculino Presencial I.S. 10 Masculino Presencial I.S. 10 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Presencial I.C. 11 Masculino Presencial I.L. 10 Masculino Distância I.L. 10 Masculino Distância I.L. 10 Masculino Distância I.C. 10 Masculino Distância I.C. 10 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Distância I.C. 10 Masculino Distância I.C. 10 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Presencial I.C. 11 Masculino Presencial I.C. 11 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Distância I.C. 12 Masculino Distância I.C. 13 Masculino Distância I.C. 14 Masculino Distância I.C. 15 Peminino Presencial I.C. 16 Masculino Distância I.C. 17 Masculino Distância I.C. 18 Masculino Distância I.C. 19 Peminino Presencial I.C. 10 Masculino Distância I.C. 11 Masculino Distância I.C. 12 Masculino Distância I.C. 13 Masculino Distância I.C. 14 Masculino Distância I.C. 15 Peminino Presencial I.C. 16 Masculino Distância I.C. 17 Masculino Distância I.C. 18 Masculino Distância I.C. 18 Masculino			Feminino	Presencial
G.Y. 8 Masculino Presencial I.A. 11 Masculino Presencial I.O. 6 Masculino Presencial I.S. 10 Feminino Presencial J.E. 8 Masculino Presencial J.I. 11 Masculino Presencial J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Presencial M.B. 11 Feminino Pre				
I.A.				
1.0. 6 Masculino Presencial 1.5. 10 Feminino Presencial 1.5. 10 Feminino Presencial 1.6. 8 Masculino Distância 1.1. 11 Masculino Presencial 1.1. 11 Masculino Presencial 1.0. 11 Masculino Presencial 1.5. 10 Masculino Presencial 1.5. 10 Masculino Presencial 1.7. 7 Masculino Distância 1.6. 11 Masculino Distância 1.6. 11 Masculino Distância 1.6. 11 Masculino Distância 1.6. 11 Masculino Distância 1.6. 10 Masculino Distância 1.6. 10 Masculino Distância 1.6. 10 Masculino Distância 1.8. 10 Peminino Distância 1.8. 10 Peminino Distância 1.8. 10 Peminino Distância 1.8. 10 Masculino Distância 1.8. 10 Masculino Distância 1.8. 10 Masculino Distância 1.8. 11 Peminino Presencial 1.8. 12 Presencial 1.8. 1.8. 1.8 Masculino Presencial 1.8. 1.8 Masculino Presencial 1.8. 1.8 Masculino Distância 1.8. 1.8 Masculino Presencial 1.8. 1.8 Masculino Distância				
1.S.				
J.E.		-		
J.I.				
J.N. 9 Feminino Distância J.O. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Presencial M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância P.L. 10 Masculino Distâ				
J.O. 11 Masculino Presencial J.S. 10 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 10 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Presencial L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Presencial M.E. 16 Masculino Presencial M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância P.L. 10 Masculino				
J.S. 10 Masculino Presencial J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Distância L.I. 6 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Presencial L.R. 6 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 7 Masculino Presencial M.E. 16 Masculino Presencial M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Distância N.D. 9 Feminino Distância P.L. 10 Masculino Distâ		-		
J.T. 7 Masculino Distância L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Presencial L.I. 6 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.O. 9 Feminino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Distância R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
L.C. 11 Masculino Distância L.H. 7 Masculino Presencial L.I. 6 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.O. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Distância R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 7 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância DV.O. 14 Masculino Distância DV.O. 14 Masculino Distância DV.O. 15 Média: Feminino Distância DV.O. 16 Média: Feminino Distância				
L.H. 7 Masculino Presencial L.I. 6 Masculino Distância L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância L.V. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Distância M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 9 Feminino Presencial R.J. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância T.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
L.I. 6 Masculino Distância L.C. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Distância M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Presencial R.J. 8 Masculino Presencial R.J. 9 Feminino Presencial R.J. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
L.L. 10 Masculino Distância L.O. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.I. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.B. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Presencial T.A. 17 Masculino Distância				
L.O. 10 Masculino Distância L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.I. 11 Feminino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Distância N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.A. 9 Feminino Distância R.J. 8 Masculino Presencial R.B. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distânc		-		
L.R. 6 Masculino Presencial L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.J. 8 Masculino Distância R.A. 9 Feminino Distância T.A. 15 Feminino Distância S.A. 9 Feminino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 15 Media: Feminino = 17 Presencial N = 27				
L.S. 10 Feminino Distância L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 15 Masculino Distância V.O. 16 Masculino Distância V.O. 17 Masculino Distância V.O. 18 Masculino Distância V.O. 19 Masculino Distância				
L.V. 7 Masculino Distância M.E. 16 Masculino Distância M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 15 Masculino Distância V.O. 16 Masculino Distância V.O. 17 Masculino Distância V.O. 18 Masculino Distância V.O. 19 Masculino Distância				
M.E.16MasculinoDistânciaM.I.10MasculinoPresencialM.M.11FemininoPresencialM.O.7FemininoPresencialM.S.8MasculinoPresencialN.D.9FemininoDistânciaO.R.11MasculinoDistânciaP.L.10MasculinoDistânciaP.S.7MasculinoPresencialR.A.9FemininoPresencialR.I.6MasculinoDistânciaR.J.8MasculinoDistânciaR.O.12MasculinoPresencialR.R.15FemininoDistânciaS.A.9FemininoDistânciaT.A.17MasculinoDistânciaT.R.7MasculinoDistânciaV.A.10MasculinoPresencialV.O.14MasculinoDistânciaW.S.6MasculinoDistânciaTotal N = 61Média:Feminino = 17Presencial N = 27				
M.I. 10 Masculino Presencial M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Distância R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.A. 17 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 15 Masculino Distância V.O. 16 Masculino Distância V.O. 17 Masculino Distância V.O. 18 Masculino Distância V.O. 19 Feminino Distância V.O. 19 Masculino Distância V.O. 10 Masculino Distância V.O. 11 Masculino Distância V.O. 12 Masculino Distância V.O. 13 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância V.O. 15 Media: Feminino = 17 Presencial N = 27				
M.M. 11 Feminino Presencial M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distâ				
M.O. 7 Feminino Presencial M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Distância T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
M.S. 8 Masculino Presencial N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				****
N.D. 9 Feminino Distância O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Distância R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
O.R. 11 Masculino Distância P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
P.L. 10 Masculino Distância P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Distância V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				Distância
P.S. 7 Masculino Presencial R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
R.A. 9 Feminino Presencial R.I. 6 Masculino Distância R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Presencial V.A. 10 Masculino Pistância V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27				
R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27		9		
R.J. 8 Masculino Distância R.O. 12 Masculino Presencial R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	R.I.	6	Masculino	Distância
R.R. 15 Feminino Distância R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27		8	Masculino	Distância
R.S. 13 Masculino Distância S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	R.O.	12	Masculino	Presencial
S.A. 9 Feminino Presencial T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	R.R.	15	Feminino	Distância
T.A. 17 Masculino Distância T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	R.S.	13	Masculino	Distância
T.R. 7 Masculino Distância V.A. 10 Masculino Presencial V.O. 14 Masculino Distância W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	S.A.	9	Feminino	Presencial
V.A.10MasculinoPresencialV.O.14MasculinoDistânciaW.S.6MasculinoDistânciaTotal N = 61Média:Feminino = 17Presencial N = 27	T.A.	17	Masculino	Distância
V.O.14MasculinoDistânciaW.S.6MasculinoDistânciaTotal N = 61Média:Feminino = 17Presencial N = 27	T.R.	7	Masculino	Distância
W.S. 6 Masculino Distância Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27	V.A.	10	Masculino	Presencial
Total N = 61 Média: Feminino = 17 Presencial N = 27		14	Masculino	Distância
	W.S.	6	Masculino	Distância
9,47 Masculino = 44 Distância N = 34	Total N = 61			
		9,47	Masculino = 44	Distância N = 34

Uma vez que todos os participantes que procuram atendimento no Projeto Enurese e se encaixam nos critérios de inclusão são admitidos no trabalho, a Tabela 4 pode ser considerada representativa de um pequeno perfil dessa população. Primeiro, a idade média dos participantes é igual a 9,47, sendo que há um número maior de crianças (N=42) do que adolescentes (N=20), considerando como crianças os participantes de seis a 10 anos e adolescentes os participantes de 11 a 17. Isso é esperado, pois a prevalência da enurese de fato é inversamente proporcional à faixa etária. Como há uma taxa de remissão espontânea da ordem de 15% ao ano, é natural que haja menos adolescentes na amostra.

Da mesma forma, a literatura também afirma que a enurese é mais comum entre meninos do que entre meninas, especialmente na infância. Nessa amostra, a proporção entre crianças do sexo masculino é maior em ambos os grupos: 31 meninos contra 11 meninas entre as crianças e 14 meninos contra seis meninas entre os adolescentes.

Há mais participantes no grupo que recebeu acompanhamento à distância do que presencial por sugestão da assessoria estatística. Uma vez que esse era o procedimento novo, a ser testado, seria mais interessante ter um N mais elevado, o que fez com que os pacientes da fase final de atendimento fossem na sua totalidade acompanhados à distância. O tamanho dos grupos foi suficiente para realizar as análises estatísticas necessárias a fim de se atingir o objetivo do estudo.

A Tabela 4 descreve as fases nas quais o trabalho foi desenvolvido.

Tabela 4 - Descrição das fases de realização do projeto

Fase	Tipo de acompanhamento	Tipo de alarme
1	Presencial e distância	Cabeceira
2	Presencial e distância	Cabeceira
3	Presencial e distância	Cabeceira
4 (excluída)	Distância	Usado no corpo
5	Distância	Cabeceira

Os dados relativos à fase 4 foram excluídos desse trabalho por sugestão da banca do Exame Geral de Qualificação e do revisor do projeto do órgão de fomento que subsidiou o trabalho, uma vez que foi considerado mais produtivo focar a comparação no tipo de

acompanhamento realizado. Sendo assim, o objetivo secundário inicial de comparar dois tipos de alarme não foi concretizado.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Child Behavior Checklist (CBCL)

Uma vez que o CBCL é um dos instrumentos de avaliação mais importantes utilizados neste trabalho, norteando tanto encaminhamentos e condutas terapêuticas iniciais, como mostrando as evoluções que ocorreram durante o tratamento. Faz-se necessário um detalhamento tanto das características do instrumento quanto de suas aplicações.

O Child Behavior Checklist (CBCL) é um instrumento de avaliação, com vários eixos, desenvolvido por Achenbach (1991). Ele consiste num formulário respondido pelos pais da criança sobre o comportamento dela. Geralmente, os responsáveis pela criança são os maiores conhecedores dos comportamentos da criança independentemente do tempo de convívio com eles. Outros instrumentos complementares desenvolvidos pelo autor podem indicar a percepção de outros adultos que tem contato com a criança, como os professores, por exemplo. A descrição do instrumento apresentada aqui se baseou no Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile (Achenbach, 1991).

A comparação básica feita para construção do instrumento — e é aqui que se pautam os resultados obtidos com ele — é entre crianças encaminhadas ou não encaminhadas para a clínica. Ou seja, o CBCL é um instrumento baseado em dados estatísticos sobre os comportamentos dessas crianças, e não em critérios diagnósticos.

2.2.1.1 Aplicação do CBCL

O CBCL pode ser preenchido pela maioria dos pais que conseguem ler. Alguns deles conseguem completá-lo em 10 minutos, embora seja mais típico que se leve de 15 a 17 minutos. Caso haja algum problema para a leitura do pai, um entrevistador pode ler uma cópia do instrumento e anotar as respostas para as questões. No caso deste trabalho, os questionários iniciais eram enviados pelo correio para que os pais preenchessem e enviassem de volta. Caso não houvesse na família adultos capazes de realizar o preenchimento, o mesmo poderia ser aplicado com auxílio do pesquisador em entrevista

presencial, mas isso não foi necessário. Os questionários finais eram aplicados na presença do pesquisador no momento de encerramento do tratamento.

2.2.1.2 Competências

As respostas ao questionário são divididas em vários eixos. O primeiro deles é formado pelas escalas de competência. Essas escalas podem servir para diagnóstico e prognóstico de crianças encaminhadas para tratamento. As habilidades envolvidas aqui, ao contrário de muitos testes que avaliam as competências cognitivas e acadêmicas, são chamadas de competências. O questionário pede que os pais relatem a quantidade de esportes e atividades nas quais a criança se insere, além de determinarem a freqüência e o grau de envolvimento com cada uma delas. O escore é baseado no número de atividades e na média da qualidade das participações. Com isso, se uma criança gosta de apenas um esporte, mas o pratica com freqüência e se sai bem nele, pode ter uma pontuação alta. O questionário avalia da mesma forma a participação da criança em organizações e nos trabalhos que ela executa, pagos ou não (como fazer a cama, cuidar de outra criança, trabalhar numa loja). O eixo de competência social também inclui questões relativas às amizades da criança, em como ela se relaciona com irmãos, colegas e pais e em como ela trabalha ou brinca sozinha. Há ainda um item que pede que os pais avaliem o desempenho acadêmico do filho ou filha, anotando também se a criança já passou por classes especiais ou pro problemas na escola. Finalizando o primeiro eixo, existem duas questões abertas que não contam para a pontuação do teste, mas fornecem informações adicionais sobre os problemas e os aspectos positivos da criança, no que diz respeito à sua competência social.

Uma vez que crianças de quatro ou cinco anos não costumam frequentar escolas onde o desempenho acadêmico é avaliado de forma regular, esse aspecto é desconsiderado para crianças nessa faixa etária. Além disso, como não há discriminação nos resultados de crianças dessa faixa etária, o eixo de competência não foi normatizado para esses casos.

A normatização das escalas de competência foi feita a partir de uma amostra de crianças encaminhadas que não tinham passado por atendimento de saúde mental nos últimos doze meses. Crianças cujos escores foram superiores aos dessas crianças a partir do percentil 98 foram consideradas pertencentes à faixa clínica. Parte dessas crianças foram

consideradas sujeitos "saudáveis" e foram tomados como referência na amostra normativa. Obviamente, esse critério pode falhar pelo fato de crianças com problemas não serem encaminhadas por diversas razões, como, por exemplo, a falta de preocupação dos pais. Por outro lado, crianças sem problemas também podem ser encaminhadas para a clínica por preocupação excessiva dos cuidadores.

Além do encaminhamento para a clínica, foi considerado também critério para definição entre "saudável" e "problemática" (healthy e disturbed no original) a presença em classes especiais, por conta de uma lei norte-americana que obriga que as escolas forneçam acompanhamento especial para crianças com problemas comportamentais ou emocionais graves.

O escore total de competência é a soma dos escores brutos das escalas Atividades, Escola e Social. Se alguma delas estiver faltando, a competência total não pode ser calculada.

Considera-se uma criança como estando na faixa clínica quando o escore resultante na escala de competências é inferior a 37; escores entre 37 e 40 situam a criança na faixa borderline.

2.2.1.3 Problemas de Comportamento

A segunda parte do instrumento é focada em problemas de comportamento. Vários tipos de problemas emocionais ou comportamentais são apresentados, e os pais devem, para cada um deles, selecionar se para a sua criança aquela afirmação é freqüentemente verdadeira, algumas vezes verdadeira ou falsa. Os itens foram elaborados a partir de estudos anteriores do mesmo autor, da literatura clínica e entrevistas com profissionais da área de saúde. O instrumento foi aprimorado na sua fase de testes através de esboços sucessivos que contaram com a colaboração desses profissionais, além de sugestões dos pais. A partir desse esforço foram computados os 118 itens de problemas de comportamento que fazem parte do instrumento. Além disso, há espaço para que os pais adicionem outros problemas que não estejam entre os itens. Tentou-se evitar a redundância entre os itens, para evitar correlações que ocorrem quando dois ou mais itens refletem o mesmo problema. Em alguns casos, é pedido que o pai descreva o comportamento, para se verificar melhor se há realmente correspondência, como no item 9 (não consegue tirar pensamentos da cabeça,

obsessões). Alguns pais colocam descrições como: "só pensa em brincar", e isso claramente não caracteriza uma obsessão. Neste caso, a pontuação do item deve ser desconsiderada. Por outro lado, as descrições também podem ajudar a clarificar aquilo que os pais têm em mente.

A escala de três itens (não verdadeira, algumas vezes verdadeira, frequentemente verdadeira) foi escolhida por ser mais fácil do que a escolha entre presente ou ausente.

2.2.1.4 Escalas de Síndrome, Agrupamentos e Problemas Totais

Além de descrever as crianças em termos de muitos itens específicos, o CBCL é planejado para identificar síndromes caracterizadas por conjuntos de problemas relatados através do instrumento. A palavra síndrome refere-se a problemas que tendem a ocorrer juntos, sem implicar num modelo particular para a natureza de causas ou transtornos. Em vez de assumir que as síndromes existam a priori, as síndromes foram derivadas quantitativamente a partir de problemas presentes nos perfis de crianças encaminhadas para a clínica pelos seus pais. As síndromes foram estabelecidas a partir de análises de correlação feitas entre os itens do instrumento.

O CBCL avalia síndromes específicas, que formam dois grupamentos principais¹:

Síndromes internalizantes: isolamento, queixas somáticas e ansiedade e depressão.

Síndromes externalizantes: comportamento delinquente e comportamento agressivo.

Síndromes que não se encaixam nos grupamentos acima: problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção e problemas sexuais.

Os escores, nas escalas de síndromes, se distribuem entre as seguintes faixas: (1) normal: abaixo de 67; (2) limítrofe: entre 67 e 70; e (3) clínico: acima de 70. Para o escore de problemas totais, a faixa limítrofe se situa entre 60 e 63 pontos, sendo normal abaixo de 60 e clínico acima de 63. Basicamente os escores de corte se basearam no percentil 98, ou seja, a faixa clínica corresponde a 2% das crianças não encaminhadas para a clínica.

40

¹ Por conta de uma variação na nomenclatura ao longo dos anos, as síndromes citadas aqui foram denominadas ao longo deste trabalho de "distúrbios" ou simplesmente "problemas", para correspondência com os trabalhos de referência ou por uma questão estilística. Considerar como sinônimos. Ex.: "Síndrome externalizante" corresponde à "distúrbio externalizante" e a "problemas externalizantes".

Os grupamentos internalizantes e externalizantes refletem associações empíricas sobre grupos de escalas que envolvem tipos de problemas contrastantes. Contudo, eles não são exclusivos. Na verdade, a correlação média entre os dois grupos é de .52, o que significa que crianças que tenham pontuação alta em um dos grupos tendem a ter pelo menos uma pontuação média na outra área. Embora haja essa associação, muitas crianças têm problemas primariamente internalizantes ou externalizantes.

2.2.2 Formulário de avaliação de enurese (Blackwell, 1989, anexo 3)

Tem a função de verificar a procedência da queixa de enurese, bem como sua natureza (primária, secundária, monossintomática, diurna ou noturna); verificar comorbidades, como encoprese e verificar históricos de saúde e outras informações médicas relevantes. Esse instrumento tem como função mostrar se o participante se encaixa ou não dos critérios da pesquisa, bem como fornecer dados que serão utilizados durante o trabalho para cruzamento e identificação de possíveis variáveis moderadoras, como a presença de sintomas diurnos e a gravidade da enurese antes do tratamento.

2.2.3 Guia de pais para o tratamento da enurese (Houts, 1990, anexo 5)

Consiste numa lista de instruções para a criança e a família sobre como utilizar o alarme, o que fazer em caso de sua ativação e outras informações como restrição de líquidos e preenchimento do registro.

2.2.4 Registros (anexo 6)

Contém indicações para que a família preencha os dados do tratamento diariamente. São informados o dia, se houve ou não episódio de enurese, o horário do episódio, se a criança acordou com o alarme sem ajuda dos pais, o tamanho da mancha de urina e a quantidade de líquido no período de prevenção de recaída (procedimento a ser descrito posteriormente nesta seção), quando aplicável.

2.3 Procedimento

2.3.1 Treino de espectro total

O modelo de tratamento utilizado é o *Full-Spectrum Home Training* (Houts, 2003), que tem como característica o uso do alarme acompanhado de uma série de atividades adicionais para maximizar o efeito do tratamento. O mesmo modelo foi utilizado tanto para os atendimentos realizados presencialmente quanto à distância.

Independentemente da modalidade do atendimento, todos os participantes compareceram à clínica por duas sessões a fim de receber as instruções sobre o tratamento, descritos no "Guia de pais para o tratamento da enurese" (adaptado de Houts, 1990 – Anexo 5).

O principal elemento do tratamento era o uso do aparelho de alarme. Os alarmes, do tipo de cabeceira, foram fornecidos a título de empréstimo pelo Projeto Enurese às famílias, mediante concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 7). O alarme consiste em uma unidade sonora, que é acionada quando a unidade sensora entra em contato com uma certa quantidade de urina. A unidade sensora é colocada sob o lençol. O procedimento ideal recomendado requer que a criança ative o alarme antes de dormir. Quando o dispositivo toca, a criança deve desligá-lo, dirigir-se ao banheiro para finalizar a micção, trocar de roupas e trocar o lençol da cama, ativando novamente o alarme antes de deitar novamente. Todo esse procedimento deve ser auxiliado pelos pais e repetido caso haja outros episódios de enurese durante a noite.

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

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

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

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

O guia para o tratamento da enurese (Houts, 1991), utilizado neste projeto sendo entregue aos pais, é uma das formas auxiliares na mudança de contingências envolvida no processo. Logo nas primeiras páginas, o autor estabelece uma série de regras com as quais a família toda deve concordar. A Tabela 5 resume as principais instruções e quais suas funções em termos da análise do comportamento.

Tabela 5 - Funções comportamentais das instruções contidas no guia de tratamento da enurese (Houts, 1991)

Instrução	Função
Concordar com o tratamento durante o tempo previsto	 Evitar a desistência Manter as respostas relacionadas ao tratamento até que os reforçadores (controle da urina) ocorram
Não punir, ralhar o ridicularizar o molhar a cama	Retirar consequências aversivas relacionadas à resposta de molhar a cama
Estabelecer horário de dormir	Favorecer o poder discriminativo da bexiga cheia, uma vez que a criança estará menos cansada
Elogiar progressos	Reforçar positivamente as respostas de seguimento ao tratamento
Não reclamar sobre o alarme Oferecer um ambiente livre de estresse	 Evitar que uma nova contingência aversiva se estabeleça e remover outras contingências aversivas, mesmo que não relacionadas ao tratamento
Não solicitar trabalhos extras	Diminuir o custo de resposta do tratamento
Fazer com que a criança ligue e desligue o alarme	Fortalecer o valor discriminativo da bexiga cheia e o contato com a conseqüência da micção inadequada
Fazer com que a criança não se preocupe com molhadas esporádicas após o sucesso	Evitar que contingências aversivas relacionadas aos episódios voltem a se instalar

Pode-se verificar, a partir das informações da Tabela 5, que o tratamento de espectro total não envolve apenas o uso do alarme, mas também a tentativa de modificar uma série de contingências dentro da dinâmica familiar, em especial reduzindo ou anulando as contingências aversivas dos episódios de enurese e favorecendo o sucesso do alarme aumentando as chances do condicionamento funcionar, através do valor discriminativo da bexiga cheia e do uso de reforçamento negativo e positivo em função dos progressos.

2.3.2 Procedimento nos contatos

Tanto o contato pessoal como o telefônico implicaram um procedimento padronizado (Silvares, Pereira, & Arantes, 2007):

- a) observação ou levantamento das informações do registro escrito questionamento de informações confusas, questionamento de anotações extras;
- b) verificação do seguimento das instruções gerais;
- c) interrogação dos motivos de não-seguimento das instruções, tais como acordar a criança no meio da noite para levá-la ao banheiro, não usar o alarme, não ajudar a criança a levantar quando o alarme é disparado;
- d) identificação e assinalamento dos sinais de progressos, tais como acordar mais rápido com o alarme, manchas menores, acionamento do alarme mais próximo da hora de acordar, diminuição do número de "molhadas" por noite, noites sem "molhadas", número de noites seguidas sem "molhadas";
- e) busca de soluções para as dificuldades e acompanhamento das estratégias propostas nas sessões subseqüentes. Exemplos: Se a criança desliga o alarme e volta a dormir, uma solução seria colocar o alarme em uma posição que dificultasse esse tipo de estratégia. Se a criança não consegue acordar com o alarme porque vai dormir muito tarde vendo filmes, uma possível solução seria disponibilizar uma forma de gravá-los;
- f) discussão buscando a identificação de fatores que, em cada caso individual, poderiam facilitar o seguimento dos procedimentos do alarme: presença de luz acesa, dormir cedo, dormir tranquilo sem outras preocupações;

- g) acompanhamento de procedimentos adicionais, como o treino de autocontrole, treino de limpeza, técnicas de despertar e restrição de líquidos;
- h) discussão de dúvidas;
- i) avaliação da motivação e as expectativas tanto da criança quanto dos responsáveis e intervir, quando necessário;
- j) discussão de resistências ao uso do alarme apresentadas pelas crianças e manifestadas pelos pais;
- k) providências caso seja necessário realizar trocas no alarme.

2.3.3 Acompanhamentos: similaridades e diferenças

A partir da terceira semana de atendimento, os participantes atendidos presencialmente continuaram comparecendo ao Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP para acompanhamento em grupo com o pesquisador. Os encontros duravam uma hora, sendo que o terapeuta matinha inicialmente um contato com um grupo de crianças e em seguida com um grupo com os respectivos pais, enquanto as crianças aguardavam em atividades recreativas com as estagiárias do Projeto Enurese. Nesses contatos, o pesquisador realizava os procedimentos descritos nos itens de a a k, de forma completa para os pais e os aplicáveis para o grupo de crianças.

Já os participantes atendidos à distância receberam contato quinzenal do pesquisador a fim de acompanhar o tratamento. A opção por um prazo diferente no contato se justifica pelo trabalho ter como objetivo não apenas comparar puramente os dois tipos de acompanhamento, mas sim testar um modelo de acompanhamento à distância que não precisaria, necessariamente, ocorrer todas as semanas. O pesquisador telefonava a todas as famílias no mesmo dia da semana, em geral na terça-feira, entre 19 e 20 horas. Esse horário fora previamente estabelecido com os participantes nas sessões presenciais iniciais. Procurava-se pelo responsável que tinha assumido, com o pesquisador, a incumbência de realizar os registros. Em geral, era a mãe, mas houve casos em que era o pai ou um dos avós. Realizava-se, então, o procedimento descrito nos itens de a a k. No caso de não ser possível o contato, o pesquisador repetia a tentativa nos dois dias seguintes. Se ainda assim não

houvesse sucesso, uma nova tentativa só seria feita depois de duas semanas, juntamente com as outras ligações.

Quando havia necessidade de troca de componentes do alarme por quebras ou mau funcionamento, verificava-se com a família qual era o procedimento mais adequado: comparecimento ao Centro de Atendimento Psicológico ou envio do material pelo correio. Quando a família não avisava da quebra ou por algum motivo deixava de usar o alarme por mais de duas semanas, o atendimento continuava, mas os dados não foram incluídos nesse trabalho, uma vez que a quebra do procedimento pode levar a resultados alterados.

Tanto o atendimento presencial como o telefônico tiveram duração máxima de 28 semanas após a entrega dos alarmes. Este período é suficiente para que o alarme produza seu resultado, sendo que o prolongamento do seu uso após esse período traz resultados mínimos ou nulos, conforme verificado por Pereira (2006).

Nos contatos presenciais, as famílias levavam os registros e os dados correspondentes à semana em questão eram transportados pelo pesquisador para arquivo eletrônico em computador portátil. Os registros, além de conter os dados de interesse para o desenvolvimento da pesquisa, também serviam de guia para as orientações realizadas. O mesmo procedimento era adotado no contato telefônico, com a diferença que os pais narravam os dados, dia a dia, do que havia ocorrido desde o último contato. Essas informações eram também adicionadas à planilha, servindo tanto para desenvolvimento do trabalho como para orientações.

Ao término do tratamento solicitou-se que as famílias comparecessem à clínica do IPUSP (mesmo aquelas que participaram de atendimento telefônico). Neste momento, os alarmes foram devolvidos, os registros recolhidos para conferência e os CBCL foram aplicados novamente. Muitas famílias não compareceram a esse último encontro, sendo necessário que o pesquisador buscasse outras formas de coletar esses dados. Em alguns casos, novos encontros eram marcados; em outros, as famílias enviavam os CBCLs finais e kits de registro pelo correio.

A Tabela 6 sumariza os aspectos comuns e discrepantes entre as duas modalidades de tratamento.

Tabela 6 - Procedimentos idênticos e diferentes entre ambos os tipos de acompanhamento

Tabela 6 - Procedimentos identicos e diferentes entre ambos os tipos de acompanhamento								
Procediment	Procedimentos idênticos							
Comparecimento a duas sessões iniciais e presenciais de instruções								
Uso do	alarme							
Realização de inst	truções adicionais							
Registro do	s episódios							
Procedimen	tos distintos							
Presencial	Distância							
Contato pessoal	Contato por telefone							
Contato semanal	Contato quinzenal							
Obtenção dos dados diretamente do registro	Obtenção dos dados através da leitura do							
registro pelos pais								
Contato com pais e criança Contato com um dos pais								
Pais e crianças tem contato com pares	Não há contato com pares							

Para dar maior garantia de que os dois atendimentos iniciais, nos quais todos os participantes compareciam, eram semelhantes independentemente do tipo de acompanhamento realizado posteriormente, duas juízas independentes avaliaram quatro desses atendimentos iniciais gravados em vídeo, para os quais deveriam apontar a presença ou ausência dos seguintes procedimentos por parte do terapeuta:

- Explicações sobre a etiologia da enurese
- Explicações sobre aspectos essenciais do tratamento
- Explicações de aspectos de mudanças de hábito
- Demonstração do funcionamento do alarme
- Informações sobre preenchimento do registro
- Acerto sobre horário das ligações (no caso de pacientes acompanhados à distância)

2.3.4 Prevenção de recaída

Quando a criança obtém 14 noites secas consecutivas durante o tratamento, ela é considerada bem sucedida e é realizado o procedimento de prevenção de recaída, que consiste na ingestão de líquido antes de deitar-se a fim de aumentar a capacidade de

controle durante a noite. 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:

Tabela 7 - Quantidades iniciais e finais de líquidos administradas na superaprendizagem (Butler, 2004)

Idade (em	Quantidade inicial (em ml)	Quantidade final (em ml)
6	113 (pouco menos de meio copo	227
7	142	255 (um copo americano)
8	170	284
9	198	312
10	227	340
11	255 (um copo americano)	369 (um copo americano e meio)
12	284	397
13	312	426
14	340	454
15	369 (um copo americano e meio)	483 (cerca de dois copos americanos)

Os participantes de 15, 16 e 17 anos ingeriam a quantidade determinada na última linha da Tabela 7. Os valores ingeridos deveriam ser aumentados em cerca de 40ml a cada duas noites consecutivas sem episódios. Na ocorrência de um episódio, mantinha-se a mesma quantidade administrada na noite anterior. A quantidade deveria ser aumentada até o máximo de acordo com a idade. A partir do início da prevenção de recaída, contavam-se mais 14 noites secas consecutivas para determinar o momento em que os participantes recebem alta do tratamento. Este procedimento se deve a uma preocupação clínica, uma vez que o seu emprego reduz a chance das molhadas voltarem a ocorrer de 40% para 10% (Houts, 2003).

2.3.5 Fluxograma (algoritmo de tratamento)

A Figura 1 apresenta um fluxograma do procedimento envolvido no presente trabalho.

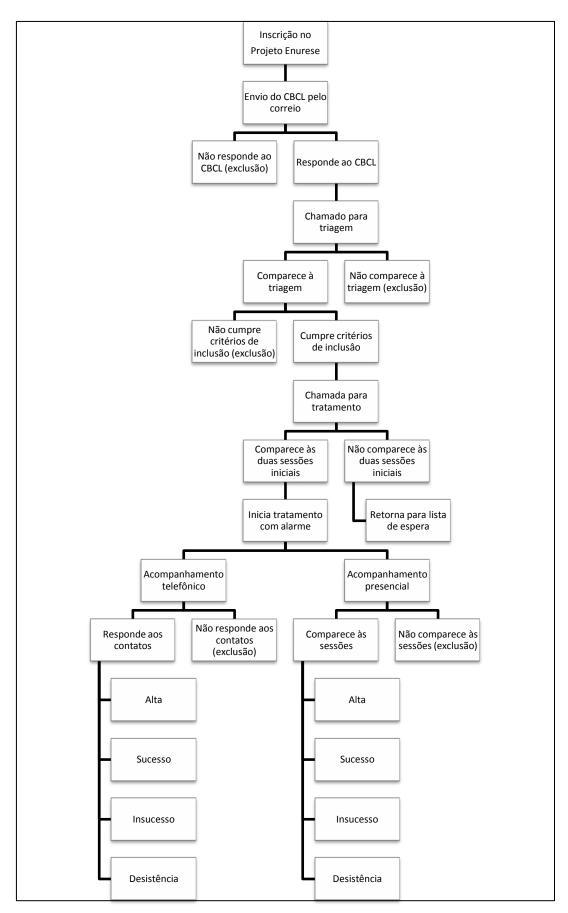


Figura 1 - Fluxograma do atendimento para enurese

Os procedimentos descritos na Figura 1 são comuns para diversos projetos em andamento até o momento da chamada para tratamento. A inscrição, envio do CBCL e triagem são realizados por diversos membros da equipe. A partir da chamada para tratamento, o procedimento é exclusivo de cada trabalho e a responsabilidade pela execução é do pesquisador. A Figura 1 descreve os procedimentos, a partir da chamada para tratamento, específicos desta pesquisa.

2.4 Análise dos resultados

Há, na literatura, falta de consenso sobre quais critérios utilizar para verificar a eficácia do tratamento para a enurese (Butler, Robinson, Holland e Doherty-Williams, 2004b). Enquanto os estudos sobre tratamentos medicamentosos tendem usar um critério baseado em melhora, estabelecido pela ICCS (Djurhuus, Norgard, & Hjalmas, 1997) e que define a resposta total como a redução de 90% dos episódios, os estudos com tratamentos psicológicos focam na remissão total dos episódios por um período de tempo, geralmente 14 noites consecutivas.

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

- 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 de responder aos contatos telefônicos durante o período de tratamento, tendo comparecido ao menos a duas sessões após a entrega do alarme e tendo respondido ao menos a dois contatos telefônicos após a entrega do alarme. Famílias que não compareceram às sessões ou não responderam aos contatos imediatamente após a entrega dos alarmes foram excluídas do estudo.

Para atingir os objetivos descritos, foi realizada análise estatística baseada essencialmente em quatro testes: para comparação entre os grupos com variáveis em escala numérica (e.g. resultado do tratamento x escore do CBCL) foi usado o teste de médias nãopareadas; para comparação de variáveis (como os escores do CBCL) entre o início e o término do tratamento, foi utilizado o teste de médias pareadas; para comparação entre os grupos relativos a variáveis nominais (e.g. tipo de atendimento x resultado do tratamento) foi usado o teste exato de Fisher; já para as análises relativas à freqüência de episódios o teste empregado foi o de Mann Whitey.

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

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

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

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

A comparação entre acompanhamento presencial e à distância também foi realizada sob uma perspectiva de risco, comparando-se a chance de obtenção de sucesso em cada grupo. Para isso, foi utilizado o teste de igualdade de sobrevida.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do trabalho serão organizados da seguinte forma: a) dados globais de cada participante; b) comparação inicial entre os tipos de atendimento para verificar a semelhança entre os grupos; c) dados relativos ao resultado do tratamento; d) dados relativos às variáveis moderadoras; e) dados de evolução dos problemas de comportamento; f) análise de mudança confiável; e e) análise de padrões representativos de resposta ao tratamento.

Os dados globais de cada participante estão contidos na Tabela 8, na qual a coluna resultado refere-se ao resultado do tratamento em si (sucesso, insucesso e desistência); internalizantes, externalizantes e totais referem-se às somas de escalas do CBCL nos seus dois momentos de aplicação (inicial e final); escolaridade se refere ao grau de escolaridade completo do pai ou da mãe (o que tiver maior nível); linha de base se refere ao número de noites com episódios nas duas semanas que antecederam o início do tratamento; freqüência final mostra o número de noites com episódios nas duas últimas semanas de tratamento e semana de sucesso identifica a semana em que foram obtidas 14 noites secas consecutivas, nos casos bem sucedidos.

Tabela 8 - Dados globais de cada participante incluído

ID	Idade	Sexo	Atendimento	Resultado	II	EI	TI	IF	EF	TF	Escolaridade	LB	Frequência final	Semana de sucesso
A.A.	12	Feminino	Presencial	Sucesso	71	68	71	68	60	66	2º grau	7	0	11
A.O.	12	Feminino	Presencial	Sucesso	73	49	66	72	61	70	3º grau	7	0	9
A.R.	9	Masculino	Distância	Desistência	59	46	57					14		
A.Z.	7	Masculino	Presencial	Insucesso	66	61	62	57	54	53	3º grau	14	9	
B.A.	9	Feminino	Distância	Insucesso	56	53	56	52	44	49	2º grau	13	9	
B.O.	6	Masculino	Presencial	Desistência	67	64	66	48	46	50	1º grau	14		
B.S.	7	Feminino	Presencial	Desistência	61	75	62				3º grau	7		
C.N.	11	Feminino	Presencial	Sucesso	70	54	66	70	54	66	2º grau	14	1	11
C.O.	6	Masculino	Distância	Sucesso	57	62	66				2º grau	14	5	24
D.A.	10	Feminino	Distância	Sucesso	48	59	54	33	34	29	3º grau	13	0	17
F.A.	9	Masculino	Distância	Sucesso	66	41	51	52	44	47	3º grau	14	9	14
F.O.	9	Masculino	Distância	Desistência	67	77	75				2º grau	14		
F.S.	11	Feminino	Distância	Sucesso	58	51	51				3º grau	1	0	7
F.Z.	13	Masculino	Distância	Sucesso	66	60	63	45	54	50	3º grau	12	0	
G.A.	12	Masculino	Distância	Sucesso	68	63	70				2º grau	5	0	8
G.B.	8	Masculino	Distância	Sucesso	67	51	58	70	56	64	2º grau	14	0	11
G.I.	8	Masculino	Distância	Sucesso	72	61	72				3º grau	13	0	14
G.M.	10	Masculino	Distância	Desistência	66	76	76	70	77	77	3º grau	11		
G.O.	6	Masculino	Presencial	Insucesso	68	58	66	68	58	65	3º grau	2	9	
G.R.	7	Feminino	Presencial	Sucesso	63	62	65	54	56	57	3º grau	14	0	6
G.S.	12	Masculino	Presencial	Insucesso	55	64	63	44	68	64	3º grau	14	12	
G.T.	11	Masculino	Distância	Sucesso	65	53	59				3º grau	9	0	4
G.Y.	8	Masculino	Presencial	Insucesso	58	61	62	58	58	57	3º grau	14	1	
I.A.	11	Masculino	Presencial	Insucesso	61	71	70	66	71	71	3º grau	14	1	
1.0.	6	Masculino	Presencial	Sucesso	69	64	71	65	64	61	3º grau	14	0	17
I.S.	10	Feminino	Presencial	Insucesso	66	73	72				Nenhuma	14		
J.E.	8	Masculino	Distância	Sucesso	60	46	51				1º grau	11	0	12
J.I.	11	Masculino	Presencial	Insucesso	74	77	78	54	70	70	1º grau	10	3	
J.N.	9	Feminino	Distância	Sucesso	59	67	70				2º grau	4	0	2
J.O.	11	Masculino	Presencial	Insucesso	60	69	66	63	69	70	2º grau	14	1	
J.S.	10	Masculino	Presencial	Sucesso	63	66	73				2º grau	10	0	10
J.T.	7	Masculino	Distância	Desistência	50	42	50					14		
L.C.	11	Masculino	Distância	Sucesso	70	64	71	57	48	56	3º grau	14	0	10
L.H.	7	Masculino	Presencial	Sucesso	71	58	70	68	58	64	3º grau	10	6	21

L.I.	6	Masculino	Distância	Desistência	66	74	73	58	71	71	2º grau	14		
L.L.	10	Masculino	Distância	Desistência	70	63	71				1º grau	3		
L.O.	10	Masculino	Distância	Sucesso	54	48	53				3º grau	11	0	12
L.R.	6	Masculino	Presencial	Sucesso	61	66	69				3º grau	14	0	6
L.S.	10	Feminino	Distância	Sucesso	67	70	72				2º grau	12	1	19
L.V.	7	Masculino	Distância	Sucesso	57	58	54	60	50	50	2º grau	9	0	12
M.E.	16	Masculino	Distância	Sucesso	67	54	59	72	57	62	3º grau	5	0	4
M.I.	10	Masculino	Presencial	Insucesso	61	58	60	68	65	63		14	7	
M.M.	11	Feminino	Presencial	Sucesso	50	41	49				3º grau	2	2	20
M.O.	7	Feminino	Presencial	Desistência	62	73	69	67	61	63	3º grau	14		
M.S.	8	Masculino	Presencial	Desistência	58	53	58					13		
N.D.	9	Feminino	Distância	Sucesso	66	65	71				3º grau	7	0	22
O.R.	11	Masculino	Distância	Sucesso	72	74	76	76	75	77	1º grau	2	1	7
P.L.	10	Masculino	Distância	Sucesso	65	68	71	54	62	61	2º grau	14	2	14
P.S.	7	Masculino	Presencial	Sucesso	53	50	54	54	56	54	3º grau	13	0	8
R.A.	9	Feminino	Presencial	Desistência	57	59	63	71	65	70	2º grau	7		
R.I.	6	Masculino	Distância	Sucesso	50	41	49	48	49	48	3º grau	14	0	8
R.J.	8	Masculino	Distância	Insucesso	71	77	77				2º grau	14		
R.O.	12	Masculino	Presencial	Sucesso	54	56	61	50	57	60	3º grau	13	0	22
R.R.	15	Feminino	Distância	Sucesso	67	68	70				3º grau	7	1	9
R.S.	13	Masculino	Distância	Insucesso	71	66	69	70	60	66	3º grau	14	7	
S.A.	9	Feminino	Presencial	Sucesso	48	54	53	39	46	45	3º grau	1	1	9
T.A.	17	Masculino	Distância	Sucesso	52	51	55				3º grau	5	0	2
T.R.	7	Masculino	Distância	Desistência	58	48	49				3º grau	14		
V.A.	10	Masculino	Presencial	Sucesso	45	48	47	41	33	40	2º grau	14	0	7
V.O.	14	Masculino	Distância	Sucesso	74	53	69				3º grau	4	7	11
W.S.	6	Masculino	Distância	Sucesso	57	50	53	58	58	55	2º grau	4	0	16

ID: Identificação

II: Problemas Internalizantes iniciais

EI: Problemas Externalizantes iniciais

TI: Problemas Totais iniciais

IF: Problemas Internalizantes finais

EF: Problemas Externalizantes finais

TF: Problemas Totais finais

LB: Linha de base

Conforme havia sido descrito na seção 2.1 (amostra), foram incluídos 61 participantes, sendo 67,2% crianças (6 a 10 anos) e 32,8% adolescentes (11 a 17 anos). Os meninos eram predominantes, compondo 72,1% do grupo. O acompanhamento à distância foi realizado com 55,3% dos participantes. A Figura 2 mostra a distribuição do nível de escolaridade dos pais.

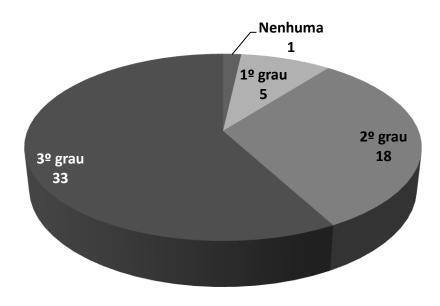


Figura 2 - Escolaridade dos pais

Pode-se perceber que mais da metade dos pais tinham o terceiro grau completo. Cerca de 30% tinham o segundo grau completo, apenas uma minoria tinha apenas o primeiro grau completo e apenas uma das responsáveis declarou não ter nenhuma escolaridade. Já a Figura 3 mostra os dados globais relativos ao resultado do tratamento.

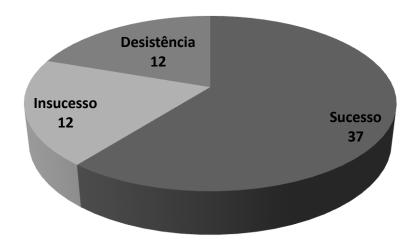


Figura 3 - Resultados do tratamento para a amostra como um todo

Percebe-se que 60% da amostra obtiveram sucesso no tratamento, ou seja, alcançaram pelo menos 14 noites secas consecutivas dentro do período de 28 semanas do tratamento com alarme. O número de insucessos e desistências foi idêntico: 12, o que equivale a 20% da amostra.

Ainda considerando os dados da Tabela 8, verifica-se que casos desistentes não têm freqüência final ou semana de sucesso. Casos de insucesso não apresentam, obviamente, semana de sucesso. Apenas um participante classificado como sucesso não tem o dado relativo à semana de sucesso (F.Z.), pois a mãe deixou temporariamente de realizar os registros e não soube precisar quando as 14 noites secas foram atingidas. Todos os pacientes, independentemente do resultado apresentado, foram convocados a realizar entrevista de encerramento no qual o CBCL era novamente aplicado. No entanto, ainda assim, muitas famílias não atenderam a essa solicitação, motivo pelo qual os dados finais de problemas de comportamento não estão completos. Mesmo não sendo um dos objetivos do trabalho, a evolução dos escores do CBCL foi analisada a partir dos dados presentes, que foram suficientes para que essa investigação fosse feita.

Butler (2005) aponta que apenas 2,6% da população em geral ou de enuréticos???? apresenta sintomas de acordo com a classificação do DSM-IV: dois episódios por semana por pelo menos três meses. No entanto, na amostra deste trabalho apresentada na Tabela 8, embora tenha sido empregado o critério da ICCS (um episódio por mês), apenas 4 dos 61 participantes não se encaixam no critério do DSM-IV. Isso parece indicar que a busca pelo tratamento (e a não desistência antes do início deste) relaciona-se com uma enurese mais severa, encontrada numa minoria da população enurética.

O índice geral de sucesso situa-se dentro da faixa apontada como normal pela literatura, entre 60 e 70% (Butler, 2004). Considerando que muitos estudos utilizam como critério não a remissão dos episódios, mas a diminuição de sua frequência e outros excluem do cômputo final as desistências, que neste trabalho representam 20% da amostra, o tratamento com alarme, de forma geral, pode ser considerado efetivo para esse grupo de crianças e adolescentes. No entanto, o tratamento não alcança, 40% dos enuréticos que iniciam o tratamento, evidenciando a necessidade de compreender melhor os mecanismos pelos quais os tratamentos atual, como aponta Nevéus (2009).

3.1 Comparação inicial dos grupos

Uma vez que o tipo de acompanhamento é a variável mais relevante deste trabalho, os grupos de participantes que foram atendidos presencialmente foram comparados com os que foram atendidos à distância em relação às informações pré-tratamento para verificar se eram semelhantes, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9 - Comparação de dados iniciais de acordo com o tipo de acompanhamento

Variável						~ .	
esta	tística	Geral	tipo de ate	endimento		paração	
perfil: sócio-demográfico			distância	presencial	entre	grupos	
número de pacientes					valor – p conclusão		
	n	61	55,7% (34)	44,3% (27)			
idade (anos)					teste igualda	ide de média **	
médi	a (dp)	9,5 (2,57)	9,9 (2,83)	9,0 (2,17)	0,201	aceita H0	
IC95% ı	média	8,8 ; 10,1	8,9 ; 10,8	8,1 ; 9,9			
1ºq;median	na;3ºq	8,0 : 10,0 : 11,0	8,0 : 10,0 : 12,3	7,0 : 10,0 : 11,0			
min	; max	6,0 : 17,0	6,0 : 17,0	6,0 : 12,0			
, ,						1 10 . *	
·	iência		()			dependência *	
criança (06 a 10 anos)	(n)	67,2% (41)	67,6% (23)	66,7% (18)	1,000	aceita H0	
adolescente (11 a 17 anos)	(n)	32,8% (20)	32,4% (11)	33,3% (9)			
	total	100% (61)	100% (34)	100% (27)			
sexo		T		T		dependência *	
•	iência				0,250	aceita H0	
feminino	(n)	27,9% (17)	20,6% (7)	37% (10)			
masculino	(n)	72,1% (44)	79,4% (27)	63% (17)			
escolaridade pais					teste de inc	dependência *	
•	iência				0,608	aceita H0	
1º grau	(n)	8,9% (5)	9,4% (3)	8,3% (2)			
2º grau	(n)	32,1% (18)	37,5% (12)	25% (6)			
3º grau	(n)	58,9% (33)	53,1% (17)	66,7% (16)			
frequência de molhadas							
linha de base (em 2 semanas	s)				teste Man	n Whitey ***	
média (dp)		10,5 (4,33)	10,1 (4,41)	11,0 (4,24)	0,308	aceita H0	
IC95% ı	média	9,4 ; 11,6	8,5 ; 11,6	9,4 ; 12,7			
1ºq;median	na;3ºq	7,0 : 12,0 : 14,0	5,0 : 11,0 : 14,0	8,5 : 14,0 : 14,0			
min	; max	1,0 : 14,0	1,0:14,0	1,0:14,0			

¹ºq med 3ºq - 1ºquartil mediana 3ºquartil; dp - desvio padrão IC95% média- intervalo de confiança da média à nivel de 95%

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais Ha :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

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

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais

Ha :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

Como pode ser observado, ambos os grupos são iguais em relação à idade. Embora a média de idade seja quase um ano maior no grupo atendido à distância, essa variação não foi suficiente para configurar uma diferença significativa. Uma outra análise possível, subdividindo os participantes entre crianças (6 a 10 anos) e adolescentes (11 a 17 anos), mostra que a porcentagem de ambas as faixas etárias em cada grupo é praticamente idêntica.

Há predominância do sexo masculino na amostra como um todo, e essa predominância se mantém entre os grupos divididos pelo tipo de acompanhamento, ainda que a porcentagem de meninos atendidos à distância seja maior do que os atendidos presencialmente.

^{**}TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

^{*} Teste de independência (teste exato de Fisher)

O mesmo ocorre em relação a escolaridade dos pais: há uma predominância daqueles que têm o terceiro grau sobre níveis inferiores de formação, sendo que essa ocorrência é similar nos dois grupos de acompanhamento.

Um aspecto fundamental e que poderia ser preditor do resultado do tratamento da enurese é a freqüência inicial de episódios. Como é possível observar, a média situa-se entre 10 e 11 noites com episódios de molhadas num período de 14 dias anterior ao tratamento. A diferença entre a média das crianças atendidas presencialmente, quase um episódio superior à média dos atendidos à distância não foi suficiente para configurar significância estatística.

Uma análise semelhante foi realizada em relação aos problemas de comportamento dos participantes, como pode ser visto na Tabela 10.

Tabela 10 – Comparação dos níveis de problemas de comportamento de acordo com o tipo de acompanhamento

Vanistual	CE	BCL		
Variável				
estatístic	a tipo de at	endimento		
	distância	presencial	valor - p	conclusão a 5%
número de paciente	es			
	n 55,7% (34)	44,3% (27)		
Internalizantes			teste igua	ldade de média+*
média (d _l	62,9 (7,13)	61,7 (7,65)	0,524	aceita H0
IC95% méd	a 60,4 ; 65,4	58,6 ; 64,7		
1ºq;mediana;3º	q 57,0 : 65,5 : 67,3	54,5 : 61,0 : 69,5		
min ; ma	x 48,0 : 74,0	45,0 : 74,0		
			teste de i	ndependência **
freqüênc	a			
· · · ·	n) 38,2% (13)	33,3% (9)	0,791	aceita H0
clínico (> ou = 60 ptos) (1	n) 61,8% (21)	66,7% (18)		
Externalizantes	-		teste igua	ldade de média+*
média (d _l	58,8 (10,75)	61,2 (8,95)	0,363	aceita H0
IC95% méd	, , ,	57,6 ; 64,7		
1ºq;mediana;3º	' '	54,0 : 61,0 : 66,0		
min ; ma	x 41,0:77,0	41,0 : 77,0		
			teste de i	ndependência **
freqüênc				
• • • •	n) 50% (17)	44,4% (12)	0,797	aceita H0
clínico (> ou = 60 ptos)	n) 50% (17)	55,6% (15)		
Totais	-		teste igua	ldade de média+*
média (d _l		64,1 (7,32)	0,598	aceita H0
IC95% méd	a 59,7 ; 66,3	61,3 ; 67,0		
1ºq;mediana;3º	' '	60,5 : 66,0 : 70,0		
min ; ma	x 49,0:77,0	47,0 : 78,0		
			teste de i	ndependência **
freqüênc				
não clínico (< 60 ptos) (18,5% (5)	0,030	rejeita H0
clínico (> ou = 60 ptos) (n) 52,9% (18)	81,5% (22)		_

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

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais Ha :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :há independência entre grupo e variável HA :há associação entre grupo e variável

Na Tabela 10, constam os valores médios das somas de escalas do CBCL divididos de acordo com os grupos, bem como o número de crianças cujo escore se encontra num patamar clínico (acima de 60) e aquelas cujo escore se encontra abaixo dessa faixa.

Em relação aos problemas internalizantes, constatamos que as médias de ambos os grupos são elevadas, encontrando-se dentro da faixa clínica. A diferença entre os valores não é

^{*}TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

^{**} Teste de independência (teste exato de Fisher)

significativa. A proporção de participantes do escore clínico também é semelhante, sendo possível observar que mais de 60% das crianças, em ambos os casos, têm escores que atingem essa faixa.

A média de problemas externalizantes dos participantes atendidos à distância encontra-se abaixo da faixa clínica, enquanto a média dos participantes atendidos presencialmente encontra-se acima. No entanto, essa diferença não é estatisticamente significativa, bem como não é estatisticamente significativa a diferença na proporção entre escores clínicos e não clínicos em ambos os grupos.

As médias dos escores totais de problemas de comportamento são altas e situam-se dentro da faixa clínica nos dois grupos. Embora as médias sejam semelhantes, a proporção de participantes com escore clínico no grupo atendido à distância é significativamente menor do que a proporção de participantes com escore clínico no grupo atendido presencialmente. Ou seja, entre as crianças atendidas à distância, pouco mais da metade tinha escores clínicos no agrupamento total de problemas de comportamento, enquanto esse índice superava os 80% entre as crianças atendidas presencialmente.

Este é um problema metodológico considerável, uma vez que Houts (2003) afirma que as crianças com maiores índices de problemas de comportamento, que podem ter maiores dificuldades em cooperar com o tratamento, apresentam um pior resultado. Arantes (2007) não observou o mesmo resultado, mas verificou que as crianças com escores clínicos de problemas de comportamento levam mais tempo para obter sucesso no tratamento. Desta forma, a comparação entre os acompanhamentos presencial e grupal fica prejudicada, devendo-se considerar esse aspecto na leitura dos dados subseqüentes. No entanto, ainda assim é possível verificar se o acompanhamento à distância é uma alternativa factível para o tratamento com alarme para enurese.

Adicionalmente, duas juízas independentes verificaram se os atendimentos iniciais eram semelhantes para diferentes grupos de pacientes, para isso identificando aspectos centrais do procedimento que deveriam ser explicados pelo terapeuta. O nível de concordância entre as juízas foi de 75%, com discrepâncias no que se refere ao momento em que os procedimentos foram detalhados. No entanto, 100% dos procedimentos listados foram identificados em algum momento dos atendimentos por ambas as julgadoras.

3.2 Resultados relativos ao tipo de acompanhamento

Podemos analisar os resultados relacionados ao tipo de acompanhamento de duas formas: considerando ou excluindo os casos desistentes. A Figura 4 mostra o resultado do tratamento dividido de acordo com o tipo de acompanhamento, considerando todos os casos incluídos.

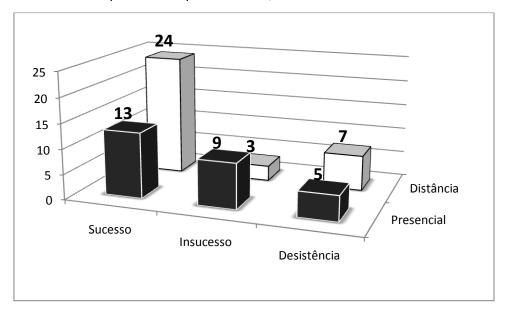


Figura 4 - Resultado do tratamento de acordo com o tipo de atendimento

Pode-se perceber que o número de sucessos foi maior no grupo atendido à distância, enquanto o número de insucessos foi menor e o número de desistências ligeiramente maior. A partir desses valores, obtém-se uma taxa de sucesso de 48% no acompanhamento presencial e 71% no acompanhamento à distância. A Tabela 11 traz a análise estatística comparando ambos os grupos.

Tabela 11 - Análise estatística do resultado do tratamento de acordo com o tipo de acompanhamento

tipo de atendimento	tipo de atendimento						
freqü	iência						
distância	(n)	25% (3)	64,9% (24)	0.022	wai aita 110		
presencial	(n)	75% (9)	35,1% (13)	0,022	rejeita H0		

^{*} Teste de independência (teste exato de Fisher)

HIPÓTESES DO TESTE H0 :há independência entre grupo e variável

HA :há associação entre grupo e variável

O teste de independência aponta que, sem considerar a desistência, a diferença no resultado dos tipos de acompanhamento é significativa, sendo que o acompanhamento à distância leva a um maior número de sucessos. É possível também comparar os grupos não só em termos

de obtenção do sucesso, mas também em relação à diminuição dos episódios, como mostra a Tabela 12.

Tabela 12 - Análise da frequência de episódios de acordo com o tipo de acompanhamento

linha de base (em 2 semanas)		distância	presencial	teste Manr	Whitey ***
média (dp)	10,5 (4,33)	10,1 (4,41)	11,0 (4,24)	0,308	aceita H0
IC95% média	9,4 ; 11,6	8,5 ; 11,6	9,4 ; 12,7		
1ºq;mediana;3ºq	7,0 : 12,0 : 14,0	5,0 : 11,0 : 14,0	8,5 : 14,0 : 14,0		
min ; max	1,0 : 14,0	1,0 : 14,0	1,0 : 14,0		
Frequência final (2 semanas)		distância	presencial	teste Manr	Whitey ***
média (dp)	2,3 (3,62)	1,6 (2,99)	3,1 (4,19)	0,077	aceita H0
IC95% média	1,2;3,3	0,4 ; 2,8	1,2 ; 5,0		
1ºq;mediana;3ºq	0,0 : 0,0 : 3,0	0,0 : 0,0 : 1,3	0,0 : 1,0 : 6,5		
min ; max	0,0 : 12,0	0,0 : 9,0	0,0 : 12,0		
num de pac com zero molhadas	25 (53,2%)	17 (50,0%)	8 (29,6%)		
porcentagem de diminuição		distância	presencial	teste Manr	Whitey ***
média (dp)	-67,3 (72,93)	-81,5 (38,68)	-49,8 (98,89)	0,072	aceita H0
IC95% média	-88,7 ; -45,9 -100,0 : -100,0 : -	-97,1 ; -65,9 -100,0 : -100,0 : -	-94,8 ; -4,8 -100,0 : -92,9 :		
1ºq;mediana;3ºq	50,0	80,4	-25,0		
min ; max num de pac com diminuição de	-100,0 : 350,0	-100,0 : 75,0	-100,0 : 350,0		
100%	25 (53,2%)	17 (50,0%)	8 (29,6%)		

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

H0 :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais

Ha :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

A média inicial de freqüência era igual a 10,5 noites com episódios em um período de 14 dias. Esta freqüência passou a 2,3 noites com episódios em média no final do tratamento, considerando a amostra como um todo, o que representa uma redução de 67,3% dos episódios, uma diferença estatisticamente significativa (p<0,001 em um teste de médias pareadas). Observase, também, que a frequência final média dos participantes acompanhados à distância foi ligeiramente menor mas não significativa do que a dos participantes atendidos presencialmente. Da mesma forma, a diminuição de episódios foi ligeiramente maior para os participantes atendidos à distância. Em ambos os casos, a diferença não chegou a ser significativa, mas há um tendência que poderia ser consolidada com uma amostra maior. Nota-se, ainda, que metade dos atendidos à distância não teve nenhum episódio nas duas últimas semanas de tratamento, contra 29,6% dos atendidos presencialmente.

A Tabela 13 mostra as chances de obtenção de sucesso (risco de sucesso) e a de permanecer enurético (sobrevida de sucesso) ao longo do tratamento, dividindo-se e comparando as crianças atendidas presencialmente e à distância.

Tabela 13 - Análise de risco e sobrevida de sucesso no tratamento de acordo com o tipo de acompanhamento

		Sobrevida	de sucesso	(1)	Risco de sucesso (1)	
			Cor	mparação		
	Tipo de At	endimento	entre	e sobrevida	Tipo de Atendimento	
intervalo de tempo	presencial	distância	valor - p	conclusão a 5%	presencial	distância
de 0 a 4 semanas	1,000	0,882			0,000	0,118
de 0 a 8 semanas	0,852	0,765	0,100	aceita H0	0,148	0,235
de 0 a 12 semanas	0,667	0,559	0,099	aceita H0	0,333	0,441
de 0 a 16 semanas	0,667	0,441	0,022	rejeita H0	0,333	0,559
de 0 a 20 semanas	0,593	0,382	0,027	rejeita H0	0,407	0,618
de 0 a 24 semanas	0,519	0,324	0,033	rejeita H0	0,481	0,676
de 0 a 28 semanas	0,519	0,324	0,033	rejeita H0	0,481	0,676

(1) - considerando todos os disistentes como insucesso

TESTE DE IGUALDADE DE SOBREVIDA

HIPÓTESES DO TESTE Ho :a sobrevida do grupo de coletivo e do individual são iguais

HA: a sobrevida do grupo de coletivo e do individual são diferentes

qui-quadrado OBS > qui-quadrado CRITICO (ou equivalente se o nível descritivo -

ESTATÍSTICA DO TESTE valor p - for menor que 0,050)

rejeita a hipótese HO, ou seja, um grupo difere do outro

Segundo a Tabela 13, não há diferença no desempenho das crianças de cada grupo até a décima segunda semana de tratamento. A partir daí, no entanto, surge a discrepância entre os grupos, sendo que as crianças acompanhadas à distância apresentam maior chance de alcançarem o critério de 14 noites secas consecutivas. A Figura 5 traz uma representação gráfica dos dados acima.

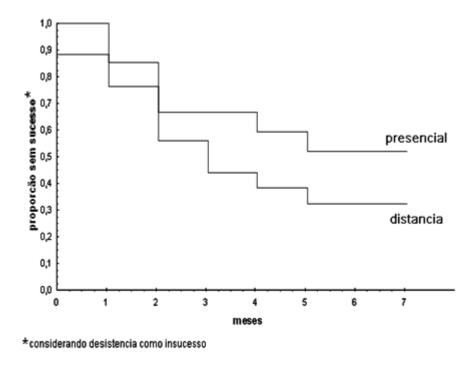


Figura 5 - Proporção de casos sem sucesso ao longo do tratamento

Contrariando a hipótese inicial, de que o acompanhamento presencial seria mais efetivo do que o acompanhamento à distância, as crianças que foram acompanhadas por telefone obtiveram maior número de sucessos iniciais e menor número de insucessos. No entanto, ao compararmos essa taxa com o reportado na literatura (Butler, 2004) verificamos que o acompanhamento à distância obteve um resultado dentro do esperado para o tratamento com alarme, enquanto o grupo acompanhado presencialmente obteve um número de sucessos aquém do normal. A hipótese mais plausível para explicar essa discrepância é a do maior número de participantes com escore clínico no grupo presencial, o que, conforme foi comentador anteriormente, leva a uma menor efetividade do tratamento, segundo Houts (2003).

Entretanto, uma série de estudos anteriores, realizados por pesquisadores do próprio Projeto Enurese indicam a eficácia, dentro dos níveis convencionais, do tratamento com alarme associado ao acompanhamento presencial, seja ele realizado individualmente ou em grupo (Silva, 2004; Costa, 2005; Pereira, 2006). O que se pode afirmar, então, é que o tipo de acompanhamento não interfere no resultado do tratamento com alarme.

Ou, seja, a princípio, a partir do conceito de Baron e Kenny (1986), poderia se afirmar que o tipo de acompanhamento é uma variável moderadora do tratamento com o alarme, já que houve diferença estatística entre os resultados dos dois grupos. No entanto, verifica-se, tendo como base a literatura e os outros trabalhos do grupo de pesquisa, que os resultados do acompanhamento à distância deste trabalho e os do acompanhamento presencial de outros estudos são semelhantes.

Sendo assim, nesta amostra, o que parece configurar-se como uma variável moderadora são os problemas de comportamento, como será discutido posteriormente.

Esta informação tem relevância tanto científica, ao mostrar que o tratamento com alarme é eficaz mesmo com um acompanhamento menos próximo e freqüente, como prática, já que o alarme, uma alternativa de primeira linha (Hjalmas et al., 2004), pode ser empregado num sistema que reduz custos tanto para as famílias quanto para quem fornece o tratamento, já que é dispensável o contato face a face.

3.3 Resultados relativos a outras variáveis moderadoras

A fim de verificar se outras variáveis exercem poder de moderação do resultado do tratamento com alarme, é necessário comparar os participantes que obtiveram sucesso com os que não obtiveram sucesso em função de cada uma delas, conforme ilustra a Tabela 14.

Tabela 14 - Comparação entre participantes que obtiveram sucesso ou não no tratamento em relação a possíveis variáveis moderadoras

variaveis moderadoras		T				
Variável					comn	aracão
esta	tística	Geral	resu	ltado	comp	aração
perfil: sócio-demofgrafico)		insucesso	sucesso	entre sucess	o e insucesso
número de pacientes					valor - p	conclusão a 5%
	n	61	12 (24,5%)	37 (75,5%)		
idade (anos)					teste igualdad	le de média **
médi	ia (dp)	9,5 (2,57)	9,7 (2,10)	9,9 (2,83)	0,778	aceita H0
IC95%	média	8,8 ; 10,1	8,3 ; 11,0	9,0 ; 10,9		
1ºq;mediar	na;3ºq	8,0 : 10,0 : 11,0	7,8 : 10,5 : 11,3	7,5 : 10,0 : 11,5		
min	; max	6,0 : 17,0	6,0 : 13,0	6,0 : 17,0		
frequ	iência			_	teste de inde	ependência *
criança (06 a 10 ano	s) (n)	67,2% (41)	58,3% (7)	59,5% (22)	1,000	aceita H0
adolescente (11 a 17 and	os) (n)	32,8% (20)	41,7% (5)	40,5% (15)		
	total	100% (61)	100% (12)	100% (37)		
sexo					teste de inde	ependência *
freqi	iência				0,466	aceita H0
feminino	(n)	27,9% (17)	16,7% (2)	32,4% (12)		
masculino	(n)	72,1% (44)	83,3% (10)	67,6% (25)		
Escolaridade pais					teste de inde	ependência *
freqi	iência				0,738	aceita H0
1º grau	(n)	8,9% (5)	10% (1)	5,4% (2)		
2º grau	(n)	32,1% (18)	30% (3)	32,4% (12)		
3º grau	(n)	58,9% (33)	60% (6)	62,2% (23)		

¹ºq med 3ºq - 1ºquartil mediana 3ºquartil; dp - desvio padrão IC95% média- intervalo de confiança da média à nivel de 95%

HIPÓTESES DO TESTE

HO :a média dos grupos sucesso e insucesso são iguais Ha :a média dos grupos sucesso e insucesso são diferentes

H0 :há independência entre grupo e variável Ha :há associação entre grupo e variável

^{**}TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

^{*} Teste de independência (teste exato de Fisher) HIPÓTESES DO TESTE

Em relação à idade média, não há diferença entre os participantes que obtiveram sucesso ou insucesso, sendo próxima a 10 anos de idade em ambos os casos. O mesmo acontece quando a amostra é dividida nas categorias criança (6 a 10 anos) e adolescente (11 a 17 anos). A proporção de sucessos e insucessos é praticamente idêntica em ambas as faixas etárias.

O sexo também não foi um fator determinante para obtenção do sucesso nessa amostra. Embora apenas duas meninas não tenham atingido o critério de sucesso, contra 10 meninos, enquanto a proporção de sucesso foi de 12 para 25, não se configurou uma diferença estatisticamente significativa.

Outra variável que não influenciou o resultado foi a escolaridade dos pais, sendo que o número de sucessos e insucessos se distribuiu de forma semelhante entre os três níveis apresentados.

Sendo assim, de acordo com a definição de Baron e Kenny (1986), idade, sexo e escolaridade dos pais não se configuram como moderadores do resultado do tratamento, indicando que o uso do alarme apresenta eficácia semelhante nos agrupamentos citados acima. Em termos práticos, esse resultado mostra que não é necessário selecionar ou ter cuidados especiais relativos às variáveis acima ao administrar o tratamento com alarme.

Os problemas de comportamento, nas diversas dimensões avaliadas pelo CBCL, também foram relacionadas ao resultado do tratamento (Tabela 15). Para essa análise, foram utilizados os escores obtidos na aplicação inicial do instrumento.

Tabela 15 - Comparação dos escores iniciais de problemas de comportamento de acordo com o resultado do tratamento

Variável estatística		CE	BCL	comparação			
		resultado		entre sucesso e insucesso			
		insucesso	sucesso	valor - p	conclusão a 5%		
número de pac	ientes						
	n	12 (24,5%)	37 (75,5%)				
Internalizantes				teste igualdade de média+*			
média (dp)		63,9 (6,30)	62,0 (8,15)	0,467	aceita H0		
IC95%	IC95% média		59,3 ; 64,7				
1ºq;mediana;3ºq		58,5 : 63,5 : 70,3	55,5 : 65,0 : 68,5				
min ; max		55,0 : 74,0	45,0 : 74,0				
,				teste de independência **			
freqüência							
não clínico (< 60 ptos)	(n)	25% (3)	37,8% (14)	0,503	aceita H0		
clínico (> ou = 60 ptos)	(n)	75% (9)	62,2% (23)				
Externalizantes				teste igualdade d	e média+*		
média (dp)		65,7 (7,83)	57,1 (8,73)	0,004	rejeita H0		
IC95% média		60,7 ; 70,6	54,2 ; 60,0				
1ºq;mediana;3ºq		58,8 : 65,0 : 72,5	50,5 : 58,0 : 64,5				
min ; max		53,0 : 77,0	41,0 : 74,0				
,				teste de indeper	ndência **		
freqi	iência						
não clínico (< 60 ptos)	(n)	25% (3)	56,8% (21)	0,095	aceita H0		
clínico (> ou = 60 ptos)	(n)	75% (9)	43,2% (16)				
Totais				teste igualdade de média+*			
média (dp)		66,8 (6,72)	62,2 (8,78)	0,074	aceita H0		
IC95% média		62,5 ; 71,0	59,3 ; 65,2				
1ºq;mediana;3ºq		62,0 : 66,0 : 71,5	53,5 : 65,0 : 70,5				
min ; max		56,0 : 78,0	47,0 : 76,0				
				teste de independência **			
frequ	iência						
não clínico (< 60 ptos) (n)		8,3% (1)	43,2% (16)	0,037	rejeita H0		
clínico (> ou = 60 ptos) (n)		91,7% (11)	56,8% (21)		•		

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

HIPÓTESES DO TESTE HO: a média dos grupos sucesso e insucesso são iguais

Ha :a média dos grupos sucesso e insucesso são diferentes

HIPÓTESES DO TESTE H0 :há independência entre grupo e variável

HA :há associação entre grupo e variável

A comparação entre os participantes que obtiveram sucesso ou não no tratamento, em relação aos problemas de comportamento, foi feita tendo como medidas a média dos escores e a proporção de participantes com escores clínicos (maiores do que 60) para cada soma de escalas do CBCL.

Verifica-se que os participantes obtiveram escores médios semelhantes de problemas internalizantes, situados acima da faixa clínica, independentemente do resultado do tratamento. O número de participantes com escore clínico também foi semelhante entre os pacientes com os dois tipos de resultado.

^{*}TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

^{**} Teste de independência (teste exato de Fisher)

Já a média dos escores de problemas externalizantes apresentou uma diferença estatisticamente significativa. Os participantes que não obtiveram sucesso no tratamento tinham o escore médio na faixa clínica e mais alto do que aqueles que obtiveram sucesso, cujo escore médio situou-se abaixo da faixa clínica. Por outro lado, não houve diferença significativa no número de escores clínicos e não clínicos para cada grupo.

O inverso ocorreu com os problemas totais. Apenas um participante, entre os que não obtiveram sucesso no tratamento, não tinha escore clínico na soma global de escalas do CBCL, contra 16, ou 43,2% dos bem sucedidos. No entanto, a comparação entre os escores médios releva apenas uma tendência de que os valores dos participantes que não obtiveram sucesso sejam maiores, ainda que ambos estejam acima do valor considerado clínico.

Esse resultado confirma Houts (2003) e Arantes (2007), para os quais um índice elevado de problemas de comportamento diminui as chances de obtenção de sucesso. Uma vez que havia proporcionalmente mais crianças com problemas de comportamento no acompanhamento presencial, esse dado também pode explicar o índice de sucesso abaixo do esperado nesse grupo. Ainda que seja um viés metodológico, essa combinação de variáveis é útil para evidenciar que o acompanhamento presencial não é suficiente para amenizar ou anular a ameaça dos altos índices de problemas de comportamento ao tratamento para a enurese.

Dentre as variáveis abordadas neste trabalho, os escores clínicos nas escalas externalizantes e totais do CBCL parecem ser as únicas que se configuram como moderadoras do resultado do tratamento com alarme, já que alteram as chances de obtenção de sucesso. Pode-se até, com relativa segurança, concluir que quando uma criança ou adolescente não apresenta escore clínico nessas escalas, o tratamento com alarme pode ser administrado presencialmente ou à distância independentemente de sexo, idade, frequência inicial de molhadas ou escolaridade dos pais, sendo obtido o resultado esperado (entre 60% e 70% de sucesso).

No entanto, a presença de problemas de comportamentos externalizantes é de fato uma ameaça ao sucesso, já que o que caracteriza esse tipo de problema é o não seguimento de regras associado a comportamentos opositores e disruptivos. Uma vez que o uso do alarme depende do seguimento de regras, já que o tratamento implica numa série de mudanças comportamentais tanto dos pais como da criança, parece clara a relação entre o escore externalizantes na faixa clínica e o insucesso.

Houts (2003) sugere que esses problemas sejam tratados antes de se abordar a enurese terapeuticamente. De fato, a administração de um tratamento que envolve a mudança de uma série de contingências e pode, especialmente para pais intolerantes, gerar conflitos não deve

ocorrer quando as chances de sucesso serão reduzidas, uma vez que isso iria contra a própria função da atuação terapêutica, que é a diminuição do sofrimento e o aumento de contingências reforçadoras (Meyer & Vermes, 2001).

É questionável, então, se a enurese deve ser deixada em segundo plano nesses casos ou se um tratamento que foque tanto a enurese quanto os problemas de comportamento pode ser tentado. O procedimento a ser adotado dependerá das condições do serviço no qual o tratamento é oferecido. No entanto, podemos ressaltar que a avaliação psicológica ampla nos casos de enurese é tão importante quanto a avaliação médica, pois pode revelar os casos em que o tratamento com alarme não é indicado, ao menos enquanto os problemas externalizantes não forem abordados.

Ainda que o nível de problemas de comportamento pareça ser o determinante da diferença dos resultados do tipo de acompanhamento, é possível, a título de exercício, especular sobre razões alternativas para a discrepância entre as modalidades do atendimento. Foi levantada, pela orientadora, a possibilidade de o pesquisador estar "fatigado" com os atendimentos presenciais, tendo uma menor capacidade de potencializar os resultados desses casos. Uma análise dos vídeos dos atendimentos pode verificar se há diferença no desempenho do pesquisador ao instruir as famílias atendidas em grupo ou presencialmente. No entanto, é difícil conceber que essa fadiga não tenha se estendido ao acompanhamento telefônico ou até mesmo ao atendimento realizado em ambulatório hospitalar realizado pelo mesmo pesquisador, também em modo presencial, em que os resultados têm sido compatíveis com o esperado. Outra possibilidade é o fato do custo das respostas relacionadas ao tratamento, para as famílias, ser maior para os que vão à clínica, especialmente considerando que, pela carta de consentimento livre, essas famílias tinham ciência de que outros participantes receberiam o atendimento presencial. No entanto, essa hipótese seria confirmada, talvez, por um maior número de desistências, o que não ocorreu, como pode ser visto na subseção seguinte. Uma terceira possibilidade é que a diferença seja apenas um fruto do acaso e não se confirme com amostras mais representativas da população. No entanto, enquanto outros estudos não forem realizados, o índice de problemas de comportamento permanece como único possível fator explicativo para o resultado atípico obtido pelas crianças atendidas presencialmente nesta amostra.

3.4 Análise da desistência

Optou-se por realizar uma análise a parte dos dados de desistência. A Tabela 16 mostra uma comparação entre os participantes que desistiram e aqueles que se mantiveram no tratamento em relação às outras variáveis de estudo.

Tabela 16 - Comparação entre desistentes e não desistentes em relação a outras variáveis do estudo

Variável				comparação	
estatística		desistência			
perfil: sócio-demofgrafico	Não sim		entre grupos		
número de pacientes				valor - p	conclusão a 5%
	n	49	12		
idade (anos)				teste igualdade de média **	
média (dp)		9,9 (2,65)	7,9 (1,44)	0,018	rejeita H0
IC95% média		9,1 ; 10,6	7,0 ; 8,8		
1ºq;mediana;3ºq		8,0 : 10,0 : 11,0	7,0 : 7,5 : 9,0		
min ; max		6,0 : 17,0	6,0 : 10,0		
freqüência			_	teste de independência *	
criança (06 a 10 anos) (n)	59,2% (29)	100% (12)	0,006	rejeita H0
adolescente (11 a 17 anos) (n)	40,8% (20)	0% (0)		
tot	al	100% (49)	100% (12)		
sexo				teste de	independência *
freqüênc	ia			1,000	aceita H0
feminino (n)	28,6% (14)	25% (3)		
masculino (n)	71,4% (35)	75% (9)		
tipo de atendimento					
freqüência				1,000	aceita H0
distancia (n)	55,1% (27)	58,3% (7)		
presencial (n)	44,9% (22)	41,7% (5)		
Escolaridade pais			teste de	independência *	
freqüênc			0,231	aceita H0	
1º grau (n)	6,4% (3)	22,2% (2)		
2º grau (n)	31,9% (15)	33,3% (3)		
3º grau (n)	61,7% (29)	44,4% (4)		
frequência de molhadas					
linha de base (em 2 semanas)			teste Mann Whitey ***		
média (dp)		10,2 (4,44)	11,6 (3,80)	0,274	aceita H0
IC95% média		9,0 ; 11,5	9,2 ; 14,0		
1ºq;mediana;3ºq		7,0 : 13,0 : 14,0	8,0 : 14,0 : 14,0		
min ; m	ax	1,0 : 14,0	3,0 : 14,0		

¹ºq med 3ºq - 1ºquartil mediana 3ºquartil; dp - desvio padrão IC95% média- intervalo de confiança da média à nivel de 95%

HIPÓTESES DO TESTE Ho :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais Ha :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

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

***teste Mann Whitey

HIPÓTESES DO TESTE

Ho :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais

Ha :a mediana dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

^{**}TESTE DE MÉDIAS NÃO-PAREADAS

^{*} Teste de independência (teste exato de Fisher)

Ao compararmos o grupo de participantes que finalizou o tratamento, seja obtendo sucesso ou não, com o que interrompeu o atendimento, verifica-se que eles são similares em alguns aspectos, mas distintos em outros, o que pode ser útil para a compreensão desse fenômeno.

A variável na qual há diferença entre os grupos é a idade. Considerando-se a idade média, verifica-se que os que desistiram do tratamento eram significativamente mais novos. Esse dado também se reflete ao categorizar os participantes entre crianças (6 a 10 anos) e adolescentes (11 a 17 anos). Enquanto a porcentagem de crianças entre os não desistentes é de aproximadamente 60%, entre os desistentes ela é de 100%, indicando que nenhum adolescente desistiu do tratamento.

Outras variáveis, no entanto, não estiveram relacionadas à desistência, que se distribui de forma bastante homogênea entre participantes do sexo masculino e feminino e entre os acompanhados à distância ou presencialmente. A desistência também não mostrou diferenças em relação à escolaridade dos pais ou a frequência inicial de molhadas.

Havia uma hipótese inicial de que a desistência seria menor no grupo acompanhado à distância, uma vez que um estudo anterior (Sousa, Marturano e Silvares, no prelo) indicou a distância e a dificuldade financeira para arcar com os gastos de transporte como principais causas do abandono. Isso não ocorreu nessa amostra. É possível especular que houvesse poucos participantes de nível socioeconômico baixo, já que a maior parte dos pais tinha o terceiro grau completo, não sendo possível observar claramente o efeito da não necessidade de comparecimento à clínica na desistência daqueles que por ventura não tinham condições de custear o transporte.

No estudo anterior, não houve relação entre desistência e idade, o que ocorreu nesta amostra, tanto na análise da média de idade como ao categorizar os participantes pela faixa etária. As crianças desistiram mais do que os adolescentes que, inclusive, não figuraram entre aqueles que deixaram o tratamento. Esse resultado, não previsto, pode ter uma possível explicação no trabalho de Daibs, Pereira, Emerich e Silvares (no prelo), segundo o qual o impacto sofrido pela criança e a intolerância dos pais à enurese aumenta conforme a idade. Tanto o impacto como a intolerância podem incrementar a adesão ao tratamento, já que quanto mais aversivos são os episódios de enurese e as situações decorrentes deles, mais reforçador será a sua eliminação. Outro aspecto a ser considerado é que crianças mais velhas e adolescentes provavelmente já passaram, sem sucesso, por outros tratamentos, o que pode aumentar a adesão

ao tratamento com alarme. Pais de crianças mais novas podem, com mais frequência, buscar alternativas ou acreditar que o problema se resolverá sozinho.

A desistência também foi analisada em função dos problemas de comportamento, conforme mostra a Tabela 17.

Tabela 17 - Análise da desistência em função dos problemas de comportamento

Variável		desistênc	comparação			
esta	tística	não	sim	entre grupos		
				valor - p	conclusão a 5%	
número de pac	ientes					
	n	49	12			
Internalizantes				teste igu	ıaldade de média+*	
méd	ia (dp)	62,5 (7,72)	61,8 (5,69)	0,757	aceita H0	
IC95%	média	60,3 ; 64,7	58,1 ; 65,4			
1ºq;mediar	na;3ºq	57,0 : 65,0 : 68,5	58,0 : 61,5 : 66,8			
min	; max	45,0 : 74,0	50,0 : 70,0			
				teste de	e independência **	
freqi	üência					
não clínico (< 60 ptos)	(n)	34,7% (17)	41,7% (5)	0,742	aceita H0	
clínico (> ou = 60 ptos)	(n)	65,3% (32)	58,3% (7)			
Externalizantes				teste igu	ıaldade de média+*	
méd	ia (dp)	59,2 (9,22)	62,5 (12,79)	0,312	aceita H0	
IC95% média		56,6 ; 61,9	54,4 ; 70,6			
1ºq;mediana;3ºq		52,0 : 60,0 : 66,0	49,3 : 63,5 : 74,8			
min ; max		41,0 : 77,0	42,0 : 77,0			
				teste de	e independência **	
freqi	üência					
não clínico (< 60 ptos)	(n)	49% (24)	41,7% (5)	0,753	aceita H0	
clínico (> ou = 60 ptos)	(n)	51% (25)	58,3% (7)			
Totais				teste igualdade de média+*		
méd	ia (dp)	63,3 (8,49)	64,1 (9,22)	0,792	aceita H0	
IC95%	média	60,9 ; 65,8	58,2 ; 69,9			
1ºq;mediar	na;3ºq	54,5 : 66,0 : 70,5	57,3 : 64,5 : 72,5			
min	min ; max		49,0 : 76,0			
				teste de	e independência **	
-	üência					
não clínico (< 60 ptos)	(n)	34,7% (17)	33,3% (4)	33,3% (4) 1,000 aceita H0		
clínico (> ou = 60 ptos)	(n)	65,3% (32)	66,7% (8)			

 $^{1^{\}circ}q \mod 3^{\circ}q$ - $1^{\circ}quartil \mod 3^{\circ}quartil$; dp - desvio padrão

Ho :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são iguais Ha :a média dos grupos atendimento a distancia e presencial são diferentes

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

^{**} Teste de independência (teste exato de Fisher)

A partir dos dados da Tabela 16, é possível verificar que a desistência não está relacionada aos problemas de comportamento. Tanto as médias dos escores de problemas internalizantes, externalizantes e totais quanto as proporções de participantes com escores clínicos ou não clínicos são semelhantes entre os que abandonaram tratamento e os que se mantiveram até o término. Talvez a única informação digna de nota é que a média dos escores de problemas externalizantes daqueles que não desistiram tenha se situado abaixo da faixa clínica, ao contrário da média dos escores daqueles que desistiram. A diferença, no entanto, não foi significativa.

É interessante verificar que, embora o nível de problemas de comportamento tenha uma influência marcada no resultado do tratamento, a mesma relação não ocorra com a desistência, já que não seria difícil que a falta de seguimento de regras tivesse repercussão nesses dois tipos de resultado. É possível que essas dificuldades afetem diretamente o sucesso pela realização do tratamento fora do recomendado, mas elas não são suficientes para aumentar as chances de desistência.

3.5 Índice de mudança confiável

A análise estatística convencional, embora fundamental na compreensão dos dados, pode não alcançar totalmente a dimensão das mudanças ocorridas em função da intervenção. Para complementar essas análises, foi realizada também a análise do índice de mudança confiável na frequência dos episódios. A Figura 5 é uma representação visual dessa análise.

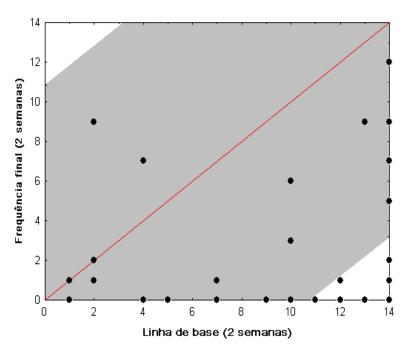


Figura 6 - Representação visual da análise do IMC relativo aos episódios de enurese

Na Figura 5, cada ponto representa um participante. A posição do ponto é determinada pelas frequências inicial (eixo x) e final (eixo y) do participante. Desta forma, é possível visualizar se a frequência aumentou ou diminuiu, e a amplitude dessa variação. Os pontos situados abaixo da linha diagonal central representam participantes cuja frequência de molhadas diminuiu. Os pontos acima da linha diagonal central representam os participantes cuja frequência aumentou. Os pontos que se sobrepõem à linha diagonal central representam os participantes que não tiveram alteração na frequência. Os pontos sobre o eixo x representam os participantes que finalizaram o tratamento sem episódios, enquanto que os pontos sobre a linha mais à direita da Figura 5 representam aqueles que iniciaram o tratamento com episódios diários. É importante ressaltar que pode haver sobreposição de participantes numa mesma coordenada.

No entanto, o simples aumento ou a simples diminuição da frequência não é suficiente para dizer que a mudança é confiável. Para isso, é preciso estabelecer o IMC da amostra, conforme cálculo descrito na seção de análise dos resultados (p.44), representado na Figura 5 pela faixa cinza. Só é confiável a variação que situe o participante fora dessa faixa. Poderia se falar que houve piora, de fato, se houvesse participantes cujos pontos se localizassem na área branca acima da linha diagonal. E pode-se falar em melhora para os participantes que se localizam fora da faixa cinza, abaixo da linha diagonal. No entanto, há uma limitação na aplicação desse método para os episódios de molhadas: a faixa de variação estreita dos dados (0-14). Dessa forma, o resultado obtido foi considerado como melhora não apenas naqueles casos que caíram fora da faixa cinza, mas também naqueles em que não houve nenhum episódio nas duas últimas semanas de tratamento.

É possível, ainda, separar a amostra de acordo com variáveis de interesse e criar duas representações gráficas combinadas para comparação visual, como na Figura 6.

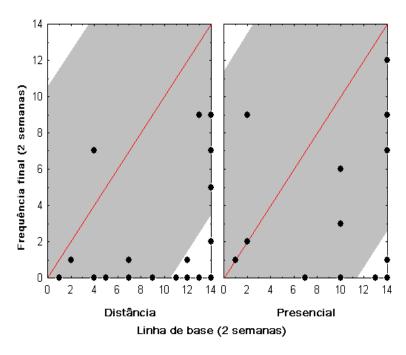


Figura 7 - Representação da análise de mudança confiável de acordo com o tipo de acompanhamento

Através da Figura 6, verifica-se, visualmente, que o atendimento à distância tem um maior agrupamento de pontos próximo ao eixo x, o que indica baixa frequência de episódios ao término do tratamento, enquanto a distribuição de participantes do atendimento presencial é mais esparsa.

Os dados analisados segundo o IMC podem ser quantificados, a fim de que a interpretação dos dados seja mais precisa.

Tabela 18 - Quantificação das mudanças confiáveis relativas à variação dos episódios

Variável		índice de mudança confiável (1)			
esta	tística		Geral		
		melhora *	não altera	piora	
frequência de episódios					
geral			-	-	
	% (n)	66,0% (31)	34,0% (16)	0,0% (0)	
resultado					
sucesso	% (n)	73,0% (27)	27,0% (10)	0,0% (0)	
insucesso	% (n)	30,0% (3)	70,0% (7)	0,0% (0)	
atendimento	_ _		-	-	
distância	% (n)	73,1% (19)	26,9% (7)	0,0% (0)	
presencial	% (n)	57,1% (12)	42,9% (9)	0,0% (0)	

^{* -} definida como o número de pacientes que obtiveram alteração significante pelo método do índice de mudança confiável ou alcançam o valor zero

⁽¹⁾ índice de mudança confiável definido por Jacobson, N.S.e alli 1984, 1986, 1988

A Tabela 18 apresenta dados que evidenciam como a análise da mudança confiável é uma fonte complementar valiosa de informações sobre os resultados do tratamento com um grupo de clientes não muito grande. Inicialmente, observa-se que, em termos gerais, a melhora foi de dois terços da amostra, sendo que um terço não teve alteração e nenhum participante teve uma piora significativa clinicamente.

Há um dado interessante ao cruzar uma classificação categórica, como o sucesso definido pela obtenção de 14 noites consecutivas, com a porcentagem de melhoras de acordo com o IMC. Percebe-se que três participantes que não obtiveram sucesso atingiram o nível de melhora confiável. Por outro lado, dez participantes que obtiveram, em algum momento do tratamento, 14 noites secas consecutivas, chegaram ao seu término sem uma alteração significativa na sua frequência de episódios.

Já ao relacionar o IMC com os tipos de acompanhamento, o resultado acompanhou o que foi visto nas análises anteriores, com o grupo acompanhado à distância tendo uma porcentagem maior de melhoras.

Considerando a disparidade de critérios existentes na literatura (Butler, Robinson, Holland, & Doherty-Williams, 2004b), parece relevante avaliar o resultado do tratamento não só em termos de sucesso ou insucesso como descritos por Butler (1991), mas também através do conceito de índice de mudança confiável de Jacobson e Truax (1991). Até o momento, não há relatos de análises do resultado do tratamento da enurese utilizando essa metodologia.

E é justamente a contraposição de critérios que enriquece a análise, ao constatarmos que nem todos os que atingem o sucesso apresentam melhora confiável, enquanto alguns que não obtém sucesso apresentam essa melhora. Essa análise, útil não só para evidenciar que há diferenças nas melhoras entre os dois tipos de acompanhamento, é principalmente uma evidência da dificuldade no estabelecimento de critérios que permitam, ao mesmo, tempo avaliar a eficácia do tratamento de forma ampla e não perder de vista a significância das mudanças ocorridas individualmente.

3.6 Padrões de resultados individuais

Por uma questão de brevidade e objetividade, os dados brutos de frequência de episódios de cada participante não serão apresentados, uma vez que os aspectos relevantes dessa informação — a medida pela qual se mede a eficácia do tratamento — já foram analisados de outras formas. No entanto, a título de ilustração, serão apresentadas figuras com representações

gráficas da frequência de episódios de enurese ao longo do tratamento. Cada uma dessas figuras retrata um tipo de reação à inserção do alarme, conforme descrição a seguir:

- Sucesso obtido a longo prazo
- Sucesso obtido a curto prazo
- Insucesso com oscilação da frequência
- Insucesso sem oscilação da fregüência
- Desistência

Embora essa seleção seja arbitrária, é possível que todos os outros participantes apresentem padrões semelhantes a algum dos apresentados a seguir.

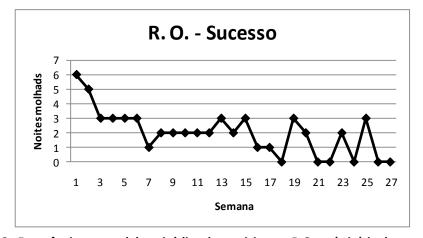


Figura 8 - Frequência semanal de episódios do participante R.O. após início do tratamento

R.O., um adolescente de 12 anos que apresentou uma frequência de 11 episódios durante as duas semanas de linha de base representa a evolução mais típica da resposta ao tratamento dos participantes que obtiveram sucesso. A freqüência inicial é alta, mas a resposta ao início do uso do alarme é rápida, expressa na diminuição da quantidade de episódios semanais. R. apresenta dois períodos de platô, em que a frequência se estabiliza em três ou dois episódios por semana, logo após a reação inicial. Esse fenômeno é bastante comum entre as crianças que obtém sucesso e geralmente, como ocorre com R., os platôs são seguidos por uma oscilação para baixo. O adolescente atingiu o critério de sucesso na 22ª semana e teve mais 5 episódios na prevenção de recaída, para em seguida voltar a permanecer sem episódios.

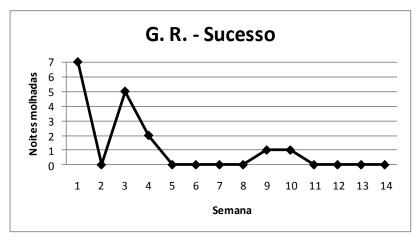


Figura 9 - Frequência semanal de episódios da participante G.R. após início do tratamento

G.R. uma menina de sete anos de idade no momento inicial do tratamento, tinha episódios diários. Os pais não se recordavam de nenhuma noite em que não tivesse acordado molhada, e os primeiros dias com alarme revelaram que os episódios ocorriam até quatro vezes por noite. Apesar disso, G. foi uma das crianças que obteve sucesso mais rapidamente dentre todas da amostra (sexta semana, enquanto a média dos participantes bem sucedidos é a obtenção do sucesso após 11,5 semanas com o uso do alarme). Nota-se que na primeira semana, o alarme foi acionado diariamente. Na segunda semana, não houve episódios, que retornaram com menor intensidade na terceira semana e foram diminuindo rapidamente até que cessaram na quinta semana. Só houve mais duas ocorrências isoladas no período de prevenção de recaída. Nota-se que só foi necessária a sua permanência em tratamento por 14 semanas. É uma resposta atipicamente positiva, em que o efeito do tratamento é bastante evidente.

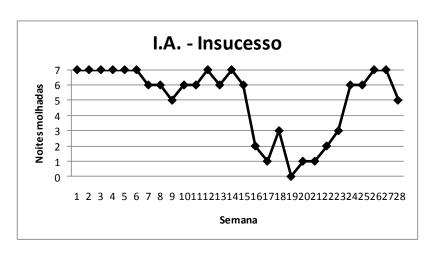


Figura 10 - Frequência semanal de episódios do participante I.A. após início do tratamento

I.A., um participante do sexo masculino, com 11 anos de idade no momento inicial do tratamento, representa como se dá a maior parte dos insucessos. I apresentava uma frequência de 14 noites com episódios no período de linha de base e a severidade da enurese fica clara nas primeiras semanas de tratamento, em que ele continua com ocorrências diárias. Apenas a partir da sexta semana passa apresentar uma pequena oscilação, que se mantém até a 16ª, na qual se percebe uma redução mais expressiva. No entanto, na 23ª semana o adolescente volta a ter episódios praticamente na mesma frequência que apresentava no início do tratamento, consolidando o insucesso. O padrão de uma enurese resistente, que leva tempo a ceder, mas que eventualmente chega a um período de redução que não é suficiente para caracterizar o sucesso é o mais comum entre os participantes desse grupo.

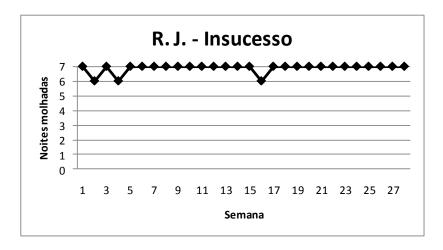


Figura 11 - Frequência semanal de episódios do participante R.J. após início do tratamento

R.J., um garoto de oito anos com altos índices de problemas de comportamento denota um padrão atípico para as crianças que não obtém sucesso. Não há nenhuma alteração na frequência de episódios após a inserção do alarme, a enurese é severa e as noites sem episódios são raras. Os pais relatavam realizar corretamente os procedimentos, mas a criança, que eles descreviam como muito ativa durante o dia, tinha uma grande dificuldade em despertar. A família permaneceu aderente ao tratamento durante o período estabelecido, ainda que não tenha obtido nenhum ganho. É bastante raro que não haja nenhuma oscilação na frequência com o uso do alarme.

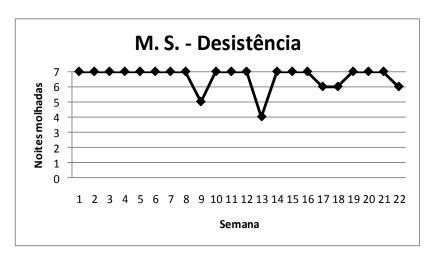


Figura 12 - Frequência semanal de episódios do participante R.J. após início do tratamento

O caso de R.J. é atípico não só pela não reação ao tratamento, mas também porque geralmente o que ocorre nas situações em que não há resposta é a desistência, como mostra o caso de M.S., ilustrado pela Figura 8. Com oito anos de idade e 13 noites com episódios na linha de base, M. tinha também uma enurese bastante refratária ao alarme. Não é possível nem mesmo atribuir as oscilações que ocorreram nas semanas nove e 13 ao tratamento, pois podem ser função do acaso ou alguma outra variável. Como 28 semanas parece ser um período extenso para que a família mantenha um tratamento custoso em termos de rotina familiar, o mais comum é que, nos casos refratários, a desistência ocorra. Nevéus e cols. (2010) argumenta que, nesses casos, o tratamento pode ser suspenso após 12 semanas.

Obviamente, cada caso é único e não há padrão idêntico na resposta ao tratamento. No entanto, pode ser útil identificar algumas tendências que parecem ser um pouco mais genéricas. Além disso, justifica-se a apresentação desses dados para que seja possível visualizar como a evolução se dá ponto a ponto, além de simplesmente comparar estatisticamente as freqüências iniciais e finais ou aplicar um critério de avaliação de resultados.

3.7 Evolução dos problemas de comportamento

Uma vez que o CBCL é reaplicado ao término do tratamento, é possível avaliar as mudanças evolução dos escores de cada cliente, ou para um grupo deles, em cada uma das somas de escalas e relacionar essa informação com outras variáveis relativas aos mesmos. A Tabela 19 traz uma análise descritiva e teste estatístico dos escores médios de problemas internalizantes, externalizantes e totais, de todos os clientes pareados entre suas versões inicial e final.

Tabela 19 - Análise dos escores médios inicias e finais do CBCL pareados

n	36
Variação Internalizantes (%)	
média (dp)	-5,8% (13,12)
IC95% média	-10,2% ; -1,4%
1ºq;mediana;3ºq	-16,3% : -4,1% : 4,9%
min ; max	-31,8% : 24,6%
teste variação igual zero **	
valor - p	0,006
conclusão a 5%	rejeita H0
Variação Externalizantes (%)	
média (dp)	-3,9% (14,36)
IC95% média	-8,7% ; 1,0%
1ºq;mediana;3ºq	-11,7% : 0,0% : 6,1%
min ; max	-42,4% : 24,5%
teste variação igual zero **	
valor - p	0,057
conclusão a 5%	aceita H0
Variação Totais (%)	
média (dp)	-6,3% (11,26)
IC95% média	-10,1% ; -2,5%
1ºq;mediana;3ºq	-13,7% : -5,7% : 1,4%
min ; max	-46,3% : 11,1%
teste variação igual zero **	
valor - p	0,001
conclusão a 5%	rejeita H0

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

HIPÓTESES DO TESTE Ho :valor da média é igual a zero (não existe variação)

HA ::valor da média é menor (maior) a zero (existe variação)

Há uma variação expressiva nos escores do CBCL ao longo do tratamento, com diminuição dos escores médios ao final do tratamento. Os três escores médios, que se situavam inicialmente na faixa clínica, passaram a figurar abaixo do ponto de corte. A única variação não significativa foi a dos escores externalizantes que, ainda assim, ficou bastante próxima de configurar uma diferença do ponto de vista estatístico. É possível que isso se deva ao menor valor inicial de problemas, o que deixa menos espaço para redução. Já os problemas internalizantes e, notadamente, os totais, tiveram uma redução significativa, possivelmente por conta da redução dos primeiros. Outros testes foram realizados a fim de criar subsídios para a formulação de hipóteses sobre os porquês dessas mudanças observadas. Vale ressaltar que a comparação só é realizada com os participantes cujos pais preencheram o CBCL ao término do tratamento, daí o N menor do que a amostra total. A Tabela 20 associa a variação dos referidos escores médios de acordo com o resultado do tratamento.

^{**} Teste T-student para média - uni-lateral

Tabela 20 - Variação dos escores médios do CBCL de acordo com o tipo de acompanhamento

	insucesso	sucesso	valor - p	conclusão a 5%
número de pacientes				
n	10	21		
Variação Internalizantes (%)		1	teste de	Mann Whitney
média (dp)	-4,5% (12,40)	-7,7% (11,70)	0,466	aceita H0
IC95% média	-13,4% ; 4,5%	-13,1% ; -2,4%		
1ºq;mediana;3ºq	-15,2% : -0,7% : 5,8%	-17,7% : -4,2% : 1,8%		
min ; max	-27,0% : 11,5%	-31,8% : 7,5%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,144	0,004		
conclusão a 5%	aceita H0	aceita H0		
Variação Eternalizantes (%)	teste de Mann Whi		Mann Whitney	
média (dp)	-3,3% (8,70)	-3,3% (16,70)	0,787	aceita H0
IC95% média	-9,6% ; 2,9%	-10,9% ; 4,3%		
1ºq;mediana;3ºq	-9,7% : -2,5% : 1,6%	-12,8% : 0,0% : 8,6%		
min ; max	-17,0% : 12,1%	-42,4% : 24,5%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,130	0,186		
conclusão a 5%	aceita H0	aceita H0		
Variação Totais (%)			teste de	Mann Whitney
média (dp)	-3,7% (7,40)	-7,9% (12,50)	0,370	aceita H0
IC95% média	-9,0% ; 1,5%	-13,6% ; -2,2%		
1ºq;mediana;3ºq	-10,8% : -2,9% : 2,4%	-14,5% : -7,4% : 0,7%		
min ; max	-14,5% : 6,1%	-46,3% : 10,3%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,073	0,005		
conclusão a 5%	aceita H0	rejeita H0		

* Teste de Mann Whitney

Como é possível observar na Tabela 20, houve reduções semelhantes nos escores médios das três escalas de problemas de comportamento para os grupos de participantes que obtiveram ou não sucesso, embora a redução intragrupo tenha sido significativa para duas escalas para os participantes que obtiveram sucesso. O mesmo tipo de análise foi realizado de acordo com o resultado do tratamento, como mostra a Tabela 21.

Tabela 21 - Variação dos escores médios do CBCL de acordo com o tipo de acompanhamento

Tabela 21 - Variação dos esco	ores medios do CBCL d	e acordo com o tipo de	e acompar	inamento
	distância	presencial	valor - p	conclusão a 5%
número de pacientes				
n	15 (41,7%)	21 (58,3%)		
Variação Internalizantes (%)			teste de	Mann Whitney
média (dp)	-7,6% (13,62)	-4,5% (12,94)	0,704	aceita H0
IC95% média	-15,1% ; -0,1%	-10,4% ; 1,4%		
1ºq;mediana;3ºq	-18,6% : -4,0% : 5,3%	-14,0% : -4,2% : 3,4%		
min ; max	-31,8% : 7,5%	-28,4% : 24,6%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,025	0,063		
conclusão a 5%	rejeita H0	aceita H0		
Variação Externalizantes (%) teste de Ma		Mann Whitney		
média (dp)	-4,6% (16,21)	-3,4% (13,27)	0,975	aceita H0
IC95% média	-13,6% ; 4,4%	-9,4% ; 2,7%		
1ºq;mediana;3ºq	-13,8% : -4,1% : 7,3%	-11,6% : 0,0% : 4,0%		
min ; max	-42,4% : 19,5%	-31,3% : 24,5%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,114	0,129		
conclusão a 5%	aceita H0	aceita H0		
Variação Totais (%)			teste de	Mann Whitney
média (dp)	-7,8% (14,02)	-5,2% (9,02)	0,800	aceita H0
IC95% média	-15,6% ; 0,0%	-9,3% ; -1,1%		
1ºq;mediana;3ºq	-14,1% : -4,3% : 1,3%	-13,2% : -7,0% : 1,5%		
min ; max	-46,3% : 10,3%	-24,2% : 11,1%		
teste variação igual zero **				
valor - p	0,025	0,008		
conclusão a 5%	rejeita H0	rejeita H0		

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

Observa-se que o tipo de acompanhamento também não está relacionado à variação dos escores médios observados dos CBCLs pré e pós tratamento. Tanto os atendidos à distância e presencialmente tiveram reduções nos escores de problemas totais, mas em nível semelhante entre os grupos.

Análises adicionais mostraram que também não há associação da variação dos escores com características do participante, como idade (p=0,448 na correlação entre idade e variação dos escores totais) ou escolaridade dos pais (p=0,351 no teste de independência dividindo-se a amostra entre pais com 3º grau e pais com 2º grau ou menos).

Percebe-se que as crianças que passam por tratamento para a enurese têm seus escores de problemas de comportamento reduzidos, sendo essa redução significativa em relação aos problemas internalizantes e totais, e uma forte tendência de redução dos problemas externalizantes. Isso vai ao encontro dos resultados obtidos em trabalho da equipe de pesquisa (Pereira, Costa, Rocha, Arantes, & Silvares, 2009) no qual se constatou diferenças significativas entre os escores iniciais e finais dos CBCLs de crianças atendidas pelo Projeto Enurese. Ao mesmo tempo em que essa informação parece interessante, ela nos leva a outra questão: a que se deve

^{*} Teste de Mann Whitney

essa redução dos escores? Podemos imaginar algumas possibilidades: será que se deve ao trabalho terapêutico realizado? Ou talvez a diminuição ou término dos episódios de enurese afete outros problemas de comportamento? Ou ainda, seria o resultado de alguma discrepância no preenchimento dos questionários pré e pós-tratamento?

Para tentar responder essas perguntas, outras análises foram feitas. Se a melhora se devesse ao trabalho terapêutico, seria natural que as crianças do grupo presencial apresentassem uma redução mais acentuada desses escores, uma vez que as crianças acompanhadas à distância não têm contato com outras crianças e o trabalho do psicólogo se resume ao acompanhamento do uso do alarme. No entanto, verificou-se que a variação foi negativa para ambos os tipos de acompanhamento em todas as somas de escala. A análise estatística mostrou que não há diferenças na redução dos escores antes e depois do tratamento. Sendo assim, não se confirma a hipótese de que o atendimento presencial seja responsável pela melhora dos problemas de comportamento, conforme aponta a Tabela 20.

A redução dos escores poderia, então, ocorrer associada à solução da enurese. Na verdade, esse é um relato comum de muitos pais que participam do tratamento. No entanto, será que essa melhora ocorreria tão rapidamente? Se isso fosse verdade, o grupo que teve sucesso teria um maior índice de redução dos problemas.

A análise da Tabela 20 indica que as crianças que obtiveram sucesso não apresentam redução significativamente maior do que as que não obtiveram, o que também exclui, ao menos para essa população, a hipótese de que o resultado está ligado à melhoria dos problemas de comportamento.

Portanto, a questão dos motivos da redução dos escores permanece sem uma indicação de resposta plausível. Uma possibilidade seria a regressão estatística relacionada à reaplicação do instrumento. Uma vez que todos os escores iniciais estão acima da média, a tendência natural é que os escores, numa segunda aplicação, sejam mais próximos da média, ou seja, menores, como ocorre aqui.

Outra possibilidade está relacionada à função da resposta de preenchimento dos questionários pelos pais, que é uma forma de comportamento verbal. O ideal é que os pais, através do instrumento, relatem os comportamentos do filho, ou seja, respondam as perguntas sob controle dessa estimulação, o que caracteriza um *tacto* (Skinner, 1957/1978). No entanto, ao buscar o atendimento, os pais podem tender a exagerar os problemas dos filhos, o que não ocorreria ao término dele, por exemplo. Esse exagero teria a função de chamar atenção para as suas dificuldades numa tentativa de obter o atendimento mais rapidamente. Em vez de estarem

emitindo *tactos*, os pais podem estar emitindo *mandos* ao responder o CBCL. Os *mandos* são comportamentos verbais mantidos pelo comportamento de outras pessoas, no caso a equipe de atendimento. Isso nos leva a pensar que encontrar a resposta para essa pergunta envolve uma situação experimental a fim de anular a regressão estatística e uma análise das situações em que as famílias se encontram antes e depois do atendimento. Até o momento, as possibilidades explanatórias desse fenômeno permanecem abertas.

3.8 Considerações sobre dificuldades práticas encontradas na execução do projeto

Quando se realiza um trabalho clínico em psicologia, é esperado que uma série de questões práticas ocorra, desde a fase de planejamento até o momento de redação das informações. Alguns desses problemas já são esperados por conta de experiência do pesquisador e de sua orientadora nessa área, e outros novos também surgiram nesse primeiro ano do projeto.

Entre os esperados, está a dificuldade em reunir um número suficiente de clientes para atendimento com início simultâneo. Para que isso seja feito, é necessário criar uma lista de espera, uma vez que são feitos cadastros e triagem de novos pacientes pelos alunos de iniciação científica da orientadora, em conjunto com o pesquisador. Por ser uma equipe pequena e com pouco apoio técnico, as triagens ocorrem num ritmo de duas a três por semana. Com isso, até que se forme o N necessário para o grupo, muitos clientes desistem do atendimento, antes mesmo do início. Sousa, Marturano e Silvares (no prelo) realizaram um trabalho sobre essa desistência e verificaram que ele se dá, entre outros motivos, por remissão espontânea, procura de outro atendimento e dificuldade de acesso à clínica escola.

Para tentar amenizar o problema, os atendimentos foram planejados em fases, a fim de criar um contingente relativamente seguro de participantes com a finalidade de formar grupos que, mesmo com a desistência, não perdessem essa característica. Ao mesmo tempo, foi reduzido o intervalo entre os grupos de atendimento, o que diminuiu o tempo de espera das famílias e se atendeu a todos aqueles que permaneciam em espera. Embora tenha havido casos de desistência após o início do tratamento, acreditamos que ele esteja dentro de um nível aceitável em atendimentos desse tipo. Além disso, aproveitamos esses casos para realizar uma análise e obter novas informações, o que de fato ocorreu, ao verificarmos que as crianças desistem mais do que os adolescentes.

Outra dificuldade foi o problema nos contatos com algumas famílias que receberam atendimento telefônico. Embora o cadastro contenha três números de telefone de contato e o horário das ligações tenha sido acertado previamente em encontro presencial, em algumas ocorrências as famílias não foram localizadas por semanas, o que prejudica o acompanhamento dos procedimentos e a coleta de dados. Este, no entanto, não é um problema exclusivo do atendimento telefônico, tendo ocorrido também com famílias do atendimento presencial. Embora seja um obstáculo para a pesquisa, essa dificuldade é também um dado qualitativo, uma vez em que o atendimento é feito de forma muito similar ao que poderia ser realizado caso fosse um serviço regular. Como o objetivo desse trabalho era verificar justamente o que é eficaz e viável na prática, essa dificuldade é algo que deve ser levado em consideração por qualquer instituição ou profissional que venha a adotar o sistema utilizado aqui. Novas estratégias de acompanhamento à distância com o uso de outros meios de comunicação como a Internet, podem auxiliar na manutenção de um contato mais próximo entre os pais e o terapeuta ou pesquisador.

A forma de coleta de dados (registros semanais de molhadas) foi alterada durante a pesquisa, pois foi observado que, com o modelo inicial, havia risco de perda de dados, especialmente nos atendimentos presenciais. Nos primeiros atendimentos, os pais recebiam semanalmente uma folha de registros, que deveriam retornar preenchidos na semana seguinte. No entanto, quando as famílias faltavam por mais de uma semana, fatalmente deixavam de fazer novas anotações, e as informações que forneciam quando solicitadas não eram confiáveis. Portanto, decidiu-se que as crianças acompanhadas presencialmente teriam o mesmo tipo de registro do que as atendidas por telefone: os pais mantêm em seu poder e preenchem diariamente o registro todas as folhas necessárias para as marcações das 28 semanas (Anexo 6). O pesquisador mantinha uma ficha eletrônica de cada paciente (Anexo 8) em um computador portátil utilizado nas sessões de atendimento ou durante os contatos telefônicos. A cada atendimento ou contato telefônico, era solicitado que a família informasse o número de molhadas da criança desde o último contato. Essa informação era, então, inserida na ficha eletrônica, que, ao fim do tratamento, continha todos os dados necessários para execução do trabalho. As famílias, ao retornarem à clínica para devolver o alarme, traziam consigo o kit de registros preenchido, que era adicionado ao prontuário da criança correspondente para conferência.

Houve dificuldades por conta de um lote de alarmes que se mostrou defeituoso. Esses alarmes eram acionados mesmo sem que houvesse contato da urina com o sensor. Em muitos casos, eles eram acionados imediatamente após o botão interruptor ter sido ligado, o que não deveria ocorrer (o acionamento só deve acontecer quando a micção ocorre). Em alguns casos, o

alarme foi trocado imediatamente, sem prejuízo do tratamento. No entanto, em outros o problema ocorreu após algumas semanas de uso e os pais demoraram a buscar uma solução para o problema (quando o fizeram). Optou-se por excluir esses participantes da amostra.

Outros problemas menores, já esperados, referem-se ao desempenho das famílias na execução do tratamento. É comum que os pais não executem corretamente todos os procedimentos do uso do alarme ou cometam deslizes como acordar as crianças fora do momento adequado, por exemplo. A falha em seguir as instruções do tratamento é uma das hipóteses que deve ser considerada quando o sucesso não é alcançado.

4 CONCLUSÕES

O principal objetivo deste trabalho foi identificar os fatores que atuam como variáveis moderadoras do sucesso no tratamento da enurese noturna com aparelho de alarme num centro de atendimento psicológico. Foram avaliadas diversas variáveis a fim de verificar o seu potencial de moderação do tratamento:

- Tipo de acompanhamento
- Idade do enurético
- Sexo do enurético
- Frequência inicial de episódios
- Escolaridade dos pais
- Problemas de comportamento

Dentre essas variáveis, as únicas que mostraram influência estatisticamente significativa no resultado do tratamento foram o tipo de acompanhamento e os escores de problemas de comportamento, mais especificamente as somas de escalas relativas aos problemas externalizantes e totais. O que foi verificado é que as crianças e adolescentes acompanhados à distância apresentam melhor resultado do que aquelas atendidas presencialmente, enquanto as crianças com índices mais altos de problemas de comportamento apresentam resultado pior do que aquelas que apresentam índices de problemas de comportamento fora da faixa clínica. No entanto, como essas duas variáveis se sobrepuseram na composição dos grupos, é impossível dizer, com certeza, se ambas são determinantes ou apenas uma delas.

As outras variáveis não se caracterizaram como moderadoras no tratamento para essa amostra. Ou seja, no trabalho realizado com 61 clientes o alarme funcionou a da mesma forma independentemente de sexo, idade, frequência inicial de episódios e escolaridade dos pais. No entanto, é sempre válido ressaltar que em amostras diferentes ou maiores, tais resultados podem não se replicar.

Ao não se configurarem como moderadoras, as variáveis sexo, idade, frequência inicial de episódios e escolaridade dos pais possibilitam que aquele que aplica o tratamento com alarme possa realizá-lo independentemente dessas características da amostra. O clínico que utiliza esse método não precisa selecionar ou oferecer um tratamento diferenciado de acordo com nenhum desses fatores, o que facilita a difusão do tratamento.

Por outro lado, as variáveis que se caracterizam como moderadoras implicam num desafio para quem administra o tratamento. Antes de avançar, é preciso considerar se de fato o tipo de

acompanhamento é uma variável moderadora. Se tomarmos como base a literatura, em que não há estudos relatados do tipo, apenas uma citação que afirma serem iguais os resultados para duas ou mais contatos presenciais, ao mesmo tempo em que se afirma em mais de uma fonte, que os problemas de comportamento são um obstáculo ao sucesso do tratamento, parece que a hipótese de que esta última variável é de fato a determinante e contaminou a outra é mais forte. Sendo assim, este trabalho demonstra que o tratamento com alarme pode ser acompanhado à distância, após dois contatos presenciais para instruções, através de contatos telefônicos quinzenais, sem prejuízo do resultado esperado. A taxa de sucesso do grupo acompanhado pelo telefone foi de 71%, o que mostra que a eficácia dessa modalidade é indiscutível. Desta forma, o tratamento com alarme prescinde do contato presencial além do seu início, de idas à clínica ou ao consultório, sendo facilmente aplicável em contextos de saúde pública e com custo reduzido para a população, especialmente se o serviço fornece os aparelhos.

Se antes deste trabalho, já poderia ser considerado um procedimento inadequado, para dizer o mínimo, oferecer um tratamento psicológico para a enurese que não envolvesse o alarme, como a mera ludoterapia, agora se torna também um procedimento questionável manter o tratamento, mesmo com alarme, realizando-se sessões presenciais semanais, se a criança não apresenta nenhum outro tipo de problema ou se o atendimento não tem outros fins sociais ou educativos. Vale ressaltar, mais uma vez, a importância de uma avaliação bem realizada, pois o tratamento presencial e outros modelos terapêuticos podem ser úteis quando a criança apresenta, concomitantemente à enurese, índices elevados de problemas de comportamento.

Outro resultado importante foi a análise do índice de mudança confiável (IMC). Através dela, foi possível não só ter uma avaliação do que ocorre individualmente com cada caso, como perceber que os critérios empregados a partir do que é consensual na literatura são limitados. Verifica-se a importância de uma análise mais ampla, com múltiplos critérios, a fim de ter mais subsídios para afirmar de fato qual é o impacto do tratamento na enurese.

É possível, ainda, especular se há necessidade de que um psicólogo administre o tratamento, que é realizado, através de relatos da literatura, por enfermeiras, médicos e fisioterapeutas. O psicólogo poderia apresentar um diferencial ao favorecer a adesão através de técnicas como a análise de contingências e, consequentemente, obter um melhor resultado, mas é preciso documentar tais relações a fim de consolidar a relevância do trabalho desse profissional na administração do tratamento. Outra atuação possível do psicólogo do tratamento da enurese é aquela que visa reduzir o impacto sofrido pelo enurético ou a intolerância dos pais, que podem levar a outras dificuldades. No entanto, esses aspectos não estão diretamente relacionados à

administração e ao resultado do tratamento. Estudos em andamento no Projeto Enurese buscam esclarecer as possíveis influências desses aspectos sobre o uso do alarme. Pode-se também pensar no psicólogo enquanto um estrategista a fim de reduzir as desistências que ocorrem antes ou durante o tratamento, ao investigar as contingências que controlam as respostas relacionadas ao seguimento do tratamento e aquelas que não são suficientes ou que levam a não emissão dessas respostas.

Esta situação, no entanto, muda de figura ao considerarmos as crianças que apresentam níveis clínicos de problemas de comportamento externalizantes ou totais. Como foi visto, este fator apresenta uma relação direta com o insucesso do tratamento. Isso leva a diversas implicações práticas. Primeiro, que é preciso considerar se o tratamento à distância deve ser empregado nesses casos. A sugestão da literatura é nesses casos, os problemas de comportamento sejam tratados antes da enurese, a fim de maximizar o resultado do tratamento. Nesse caso, um atendimento no formato convencional parece ser mais indicado, para só depois ser realizado o tratamento da enurese, que poderia ser acompanhado pelo telefone.

Essa informação também ressalta a importância da avaliação do enurético não ser simplesmente médica, e sim também psicológica, pois a combinação dos resultados de ambas as investigações determinarão qual a melhor linha terapêutica. A enurese configura-se, então, mais claramente como um problema a ser avaliado e tratado de forma multidisciplinar, sendo essenciais os papéis do médico e do psicólogo, pelo menos no momento da avaliação.

Verifica-se, então, que o tratamento da enurese com alarme tem todas as condições para ser mais difundido e aplicado em contextos de saúde públicos e particulares, considerando que seu resultado independe das características da amostra e do tipo de acompanhamento, com exceção dos problemas de comportamento. Não há nada que indique que, após a avaliação, seja necessário que um médico ou psicólogo conduzam o tratamento, aumentando as possibilidades de acompanhamento do procedimento. Se o mercado for abastecido com aparelhos de baixo custo em quantidade suficiente, o tratamento com alarme pode se tornar a opção de primeira linha não apenas na literatura e nos guias da ICCS, mas também na prática clínica diária. Basta, para isso, apenas a informação, seja para os profissionais de saúde como para a população em geral.

4.1 Limitações e direções futuras

A maior limitação deste trabalho está na questão metodológica da sobreposição das variáveis tipo de acompanhamento e problemas de comportamento, uma vez que os resultados

indicam que ambas podem afetar o resultado do tratamento e não é possível ter clareza sobre o que afetou negativamente o desempenho do tratamento na amostra estudada.

Outras limitações residem na falta de um grupo controle, na necessidade de exclusão de casos por conta de problemas com um lote de alarmes, na dependência do relato dos pais para avaliação dos resultados e na impossibilidade de avaliar se as contingências que as instruções buscam alterar de fato mudaram e se essa alteração está relacionada ao resultado do tratamento. O critério para desistência também pode ser questionado, uma vez que não é totalmente idêntico ao da literatura e foi adaptado de acordo com as especificidades deste trabalho. Também consiste uma limitação a falta de dados ao final do tratamento de alguns participantes que desistiram ou não tiveram sucesso, especialmente em relação à segunda aplicação do CBCL. Uma vez que esses participantes não responderam os contatos, não foi possível obter o registro impresso, o que impossibilitou a conferência dos dados, que se basearam apenas no que foi relatado pelos pais por telefone.

A análise do índice de mudança confiável também não está acima de dúvidas, uma vez que uma criança não pode ter menos do que zero episódios, esse foi considerado um critério para melhora, mas que não obedece necessariamente à fórmula estabelecida pela literatura. É questionável dizer que uma criança que tinha dois episódios no início do tratamento e passa a ter zero no término de fato apresentou uma mudança confiável.

Em relação à medição dos problemas de comportamento, pode-se questionar a evolução negativa dos índices, provavelmente pela regressão estatística, uma vez que não há outra hipótese melhor para explicar porque os participantes apresentam constantes melhoras nos seus índices independentemente do resultado do tratamento ou do tipo de acompanhamento.

O presente trabalho tem como principal dificuldade — e talvez como principal virtude — o fato de se basear numa investigação prática e clínica, com todas as decorrências desse formato. Da mesma forma, as principais implicações também são práticas e clínicas. Mas fica claro, tanto pelos resultados obtidos como pelas informações da literatura mais recente que, apesar dos avanços, ainda há muito a ser compreendido sobre a enurese e seu tratamento.

Uma possibilidade futura seria a investigação não das variáveis moderadoras do tratamento com alarme, mas das mediadoras. Para isso, seria necessário investigar aspectos biológicos e comportamentais que dependeriam de análises mais sofisticadas e exames laboratoriais. No entanto, uma vez que ainda se sabe pouco sobre porque o alarme funciona, um estudo desse tipo poderia não esclarecer apenas o mecanismo de funcionamento do tratamento, mas também aspectos etiológicos da enurese que ainda permanecem obscuros.

Também seria útil um estudo que replicasse esse trabalho procurando eliminar a sobreposição de variáveis, a fim de confirmar a hipótese de que são os problemas de comportamento e não o tipo de acompanhamento que moderam o resultado do tratamento com alarme. Uma vez que os problemas de comportamento parecem ter grande relevância para o tratamento com alarme, também se faz necessário compreender melhor como se dá a redução dos escores antes e após o tratamento, já que é preciso entender o que de fato controla as respostas dos pais ao preencher os questionários.

Outra pergunta possível é se os problemas de comportamento influenciam o resultado de outros tipos de tratamento, como os medicamentosos. Embora o alarme dependa muito mais do seguimento de regras, é possível que a administração de uma medicação e suas medidas associadas também sejam influenciadas por esse aspecto. Adicionalmente, a idéia de que a relação entre problemas de comportamento e o mau desempenho no tratamento com alarme explica-se pelo não seguimento de regras é apenas uma hipótese, não se tendo clareza sobre qual é de fato o mediador essa relação — o também poderia ser objeto de pesquisa.

Estudos que relacionam habilidades e competências específicas do psicólogo do tratamento da enurese com alarme também podem ser úteis. Como já foi visto, é indispensável a sua participação no processo de avaliação da criança ou adolescente enurético a fim de identificar os problemas de comportamento que colocam em risco o tratamento. No entanto, ainda não está claro se e como a análise de contingências e as intervenções psicológicas decorrentes desta análise podem favorecer o resultado do tratamento, aumentar a adesão e limitar a desistência.

A enurese, se entendida como um problema primário, ou seja, que leva a outras dificuldades quando não tratada, deve receber o máximo de atenção dos pesquisadores da área médica ou psicológica, considerando que nenhum tratamento obtém sucesso total, situação que condena muitos enuréticos a continuar apresentando episódios até a idade adulta. Este trabalho pode ter contribuído no avanço da área, identificando uma condição para o tratamento ser bem sucedido e especialmente mostrando que um tratamento de baixo custo e sem a necessidade de deslocamentos ou contatos presenciais pode ser eficaz na resolução do problema. No entanto, enquanto não tivermos total clareza sobre a natureza do problema e o funcionamento das possibilidades terapêuticas, ainda haverá campo para estudo, pelo bem das crianças e adolescentes que sofrem diariamente com o problema e aguardam uma solução.

5 REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- 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. *Tha Journal of Urology*, *178*, pp. 2621-2625.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51* (6), 1173-1182.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo*: Ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre: Artmed.
- Butler, R. J. (1994). Nocturnal enuresis: The child's experience. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Butler, R. J. (2004). Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review, 24,* 909–931.
- Butler, R. J., Golding, J., Northstone, K. & The ALSPAC Study Team. (2005). Nocturnal enuresis at 7.5 years old: Prevalence and analysis of clinical signs. *British Journal of Urology International*, 96 (3), 404–10.
- 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.

- Costa, N. J. D. (2005). A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Daibs, Y. S., Pereira. R. F., Emerich, D. R., & Silvares, E. F. M. (no prelo). Enurese noturna: impacto em crianças e adolescentes e a tolerância dos pais.
- De Salvo, C., De Toni. P.; Silvares, E. (2008). Análise fatorial e unidimensional da escala de impacto à enurese. *Revista Psico*. 39 (2), 240-245.
- Djurhuus J.C., Norgaard J.P., & Hjalmas K. (1997). What is an acceptable treatment outcome? [Review]. Scand J Urol Nephrol Suppl, 183, 75–7.
- Esmaeili, M., & Esmaeili, M. (2008). Combined treatment with oxibutynin and imipramine in enuresis. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 33 91), 12-16.
- Fai-Ngo Ng, C., & Wong, S-N. (2005). Comparing alarms, desmopressin, and combined treatment in Chinese enuretic children. *Pediatric Nephrology*, 20, 163-169.
- 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.
- Gool, J.D., Vijverberg, M. A., & de Jong, T. P. (2002). Functional daytime incontinence: clinical and urodynamic assessment. *Scand J Urol Nephrol Suppl, 1992*, 58-69.
- Guven, A., Giramonti, K., & Kogan, B. A. (2007). The effect of obesity on treatment efficacy in children with nocturnal enuresis. *The Journal of Urology, 178* (4), 1458-1462.
- 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.
- Hjalmas et al. (2004). Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of Urology, 171*, 2545–2561.
- Hollmann, E., Von Gontard, A., Eiberg, H., Rittig, S. & Lehmkuhl, G. (1998). Molecular genetics and psychiatric associations in nocturnal enuresis. *British Journal of Urology International*, *81*, 37-39.
- Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 33-51.

- Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz, (orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, pp. 389-406. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 59 (1), 12-19.
- Järvelin, M. R., Moilanen, I., Kangas P., Moring K., Vikeväinen-Tervonen, L., Huttunen N. P., & Seppänen, J. (1991). Aetiological and Precipitating Factors for Childhood Enuresis. *Acta Pediatrica*, 80 (3), 361 369.
- Jensen, N., & Kristensen, G. (2001) Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *35*, 357-363.
- Joinson, C., Heron, J., Edmond, A., & Butler, R. (2007). Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, pp. 605–616.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol. 3*, 1–27.
- Lee, T., Suh, H. J., Lee, H. J., Lee, J. I. E. (2005). Comparasion of effects of treatment of primary nocturnal enuresis with oxibutynin plus desmopressin, desmopressin alone or imipramine alone: a randimized controlled clinical Trial. *The Journal of Urology*, 174 (3), 1084-1087.
- 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.
- McGrath, K. H., Caldwell, P. H. Y., & Jones, M. P. (2008). The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. *Journal of Paediatrics & Child Health.* 44 (1-2), 19-27.
- Menezes, R. P. (2001). Enurese Noturna Monossintomática. Jornal de Pediatria, 77 (3), 161-168.
- Meyer, S. B, & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé. (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed.

- Moilanen, I., Tirkkonen, T., Järvelin, M. R., Linna, S. L., Almqvist, F., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (1998). A follow-up of enuresis from childhood to adolescence. *British Journal of Urology*, *81*, 94-97.
- 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*(3), 225-32.
- Mungan, N. A., Seckiner, I., Yesilli, C., Akduman, B., & Tekin, I. O. (2005). Nocturnal enuresis and allergy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *39* (3), 237 241.
- Naitoh, Y., Kawauchi, A., Yamao, Y., Seki, H., Soh, J., Yoneda, K., Mizutani, Y., & Miki, T. (2005). Combination therapy with alarm and drugs for monosymptomatic nocturnal enuresis not superior to alarm monotherapy. *Journal of Pediatric Urology*, 66 (3), 632-635.
- Nevéus, T. (2008). The dilemmas of refractory nocturnal enuresis. *The Journal of Urology, 179* (3), 817-818.
- Nevéus, 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., Hoebke, P., Hjälmas, K., Bauer, S., Bower, W., et al. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, *176*, pp. 314-324.
- Norgaard, J. P., Djurhuus, J. C., Watanabe, H., Sternberg, A., & Lettgen, B. (1997). Experience and current status of research into the patophysiology of nocturnal enuresis. *British Journal of Urology*, 79, 825-835.
- Oliveira, D. S. (1999). *O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- 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.

- Oredsoon, A. F., & Jorgensen, T. M. (1998). Changes in nocturnal bladder capacity during treatment with the bell and pad for monosymptomatic nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, *160*, pp. 166-169.
- Ozden, C., Ozdal, O. L., Aktas, B. K., Ozelci, A., Altinova, S. & Memis, A. (2008). The efficacy of the addition of short-term desmopressin to alarm therapy in the treatment of primary nocturnal. *International Urology and Nephrology*, 40 (3), 583-586.
- 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., Costa, N. J., Rocha, M. M., Arantes, M. C., & Silvares, E. F. (2009). A terapia comportamental da enurese e os problemas de comportamento. *Psicologia: teoria e pesquisa,* 25 (3), 419-423.
- Pereira, R. F., Silvares. E. F. M., & Del Prette, Z. A. (2008). Problemas de comportamento em enuréticos: análise do índice de mudança confiável (IMC). *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60* (3), 129-141.
- Robson, W. L., & Leung, A. K. (1994). Side effects and complications of treatment with desmopressin for enuresis. *Journal of the National Medical Association*, *86*, pp. 775-778.
- Salmon, M. A., Taylor, D. C., Lee, D. (1973). On the EEG in Enuresis. In I. Kolvin, R. C. MacKeith, S. R. Meadow (orgs.). *Bladder control and enuresis*. Londres: Heinemann.
- Santos, E. O., & Silvares, E. F. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica , 19*, pp. 277-282.
- Saraf, K. R., Klein, D. F., Gittelman-Klein, R., & Groff, S. (1974). Imipramine side effects in children. *Psychopharmacology*, *37*, pp. 265-274.
- Schoen-Ferreira, T., Marteleto, M., Medeiros, E., Fisberg, M., & Aznar-Farias, M. (2007). Levantamento de enurese no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17* (2), 31.36.
- Sheeram, S., Kalaydjian, A., Brothers, S., & Merikangas, K. R. (2009). Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: Results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48 (1), 35-41.

- 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.
- Silvares, E. F. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 11* (3), 235-241.
- Silvares, E. F. M. (2000) A enurese infantil e o uso de alarme no seu controle. Em: Silvares, E.F.M (Org.). Estudos de caso m psicologia clínica comportamental infantil, pp 121-156, campinas: Papirus.
- Silvares, E. F., Pereira, R. F., & Arantes, M. C. (2007). Enurese. In: R. M. Caminha, & M. G. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 254-271). São Paulo: Roca.
- Skinner, B. F. (1953/1998). Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/1978). O comportamento verbal. São Paulo: Cultrix.
- Sousa, C., Emerich, D., Daibs, Y. S., & Silvares, E. The Maternal Tolerance and nocturnal enuresis: a brazilian sample (no prelo).
- 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., 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.
- 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.
- Wille, S. (1994). Nocturnal enuresis: Sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Pædiatrica*, 83, 772-774.

ANEXO 1: 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 () outr
 2. Desenho a) Desenhe uma figura de você acordando com a cama molhada / uma figura sua co 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 fazer algo? () sim () não - Por exemplo:
4. Mencione três coisas sobre meninas/meninos que molham sua cama / suas calça
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 "molhadas"?	calças
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 2: ESCALA DE IMPACTO

Projeto Enurese: Escala das Crianças

Nome:

Data:

1	Minha mãe tem roupa a mais para lavar	SIM	ÀS VEZES	NÃO
2	Sinto frio quando eu acordo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
3	Meu quarto cheira mal	SIM	ÀS VEZES	NÃO
4	Tenho que tomar banho toda manhã	SIM	ÀS VEZES	NÃO
5	Tenho que evitar que meus amigos entrem em meu quarto	SIM	ÀS VEZES	NÃO
6	Não posso beber nada antes de ir para a cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
7	Tenho que arrumar minha própria cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
8	Tenho que ir para a cama cedo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
9	Tenho que me levantar logo que acordo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
10	Meu pai ou minha mãe fica bravo(a) comigo	SIM	ÀS VEZES	NÃO
11	Meu irmão ou minha irmã me provoca	SIM	ÀS VEZES	NÃO
12	Fico aborrecido por fazer xixi na cama	SIM	ÀS VEZES	NÃO
13	Tenho medo que alguém descubra	SIM	ÀS VEZES	NÃO
14	Sinto-me diferente dos meus amigos	SIM	ÀS VEZES	NÃO
15	É impossível dormir na casa dos meus amigos	SIM	ÀS VEZES	NÃO
16	Fica difícil trazer os meus amigos para dormir em casa	SIM	ÀS VEZES	NÃO
17	Não dá para pensar em fazer viagens da escola se tem que dormir fora	SIM	ÀS VEZES	NÃO

ANEXO 3: 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)	
PRIMÁRI	IA OU SECUNDÁRIA?	
Se a enure	se é <i>primária:</i>	
-	ue idade a criança começou a ficar seca noite (no caso de enurese noturna)?	durante o dia (no caso de enurese diurna) ou
2) Há algu	ma associação dos problemas à determinad	da hora do dia ou da noite?
3) A crianç	ça está consciente da necessidade de urinar	?
4) A crianç a) vestir-se	ça é capaz de, independentemente: //despir-se	
b) ir ao bar	nheiro e sentar-se no vaso sanitário?	
5) A crianç	ça tem algum medo associado ao banheiro	?
6) A crianç	ça passou por algum evento ou situação es	tressante recentemente?
Para enure	se primária e secundária:	
1) A crianç	ça é capaz de "retenção"(segurar)? Ela tem	algum problema de urgência?

2) Ha sinais de incontinencia devido ao stress? (moinar-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

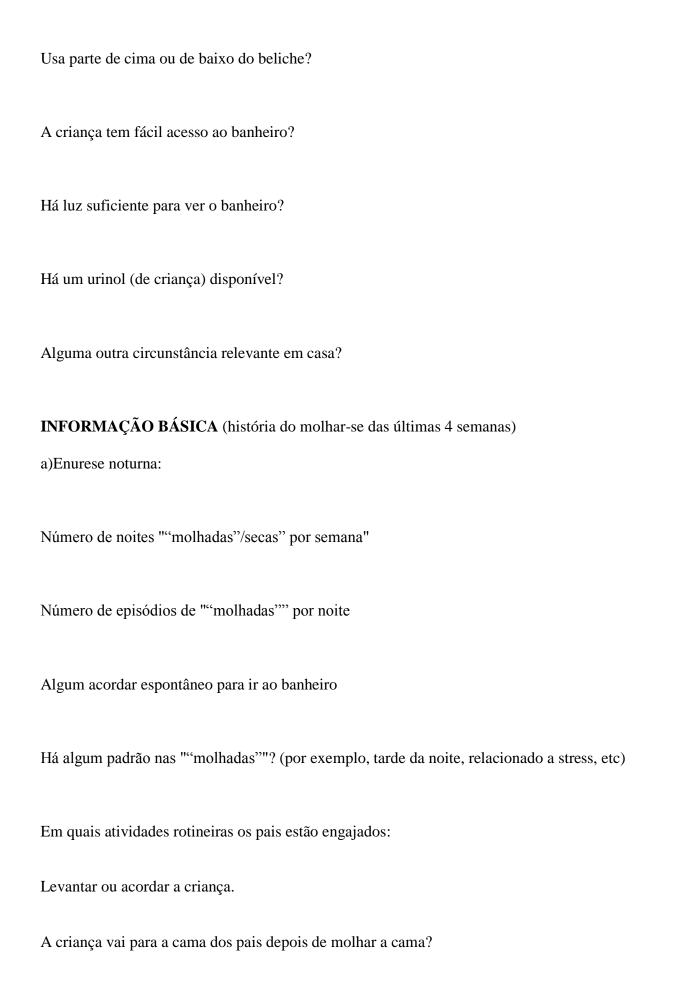
OUTRAS DIFICULDADES?
-Descontrole de fezes?
-Sinais de constipação (controle excessivo de fezes)
HISTÓRIA MÉDICA PRÉVIA
Acontecimentos relevantes:
-Nascimento
-Problema quando recém-nascido?
-Eventos marcantes
-Desfralde
-Operações
-Doenças graves
-Drogas/medicamentos

HISTÓRIA FAMILIAR DE ENURESE

Mae:			
Pai:			
Irmãos:			

CIRCUNSTÂNCIAS EM CASA

Divide o quarto ou cama com alguém?



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?

ANEXO 4: ESCALA DE TOLERÂNCIA

Escala dos pais

AT 1 '	ca ou adolescente:	
Nome da criano	ra ou adoleccente:	•
rionic da chanc	za ou audioscenie.	

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. Uma boa palmada 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. 6	SIM	NÃO

ANEXO 5: GUIA DOS PAIS PARA O TRATAMENTO DA ENURESE

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

Arthur C. Houts (Ph.D.)

Tradução e adaptação: Projeto Enurese — Instituto de Psicologia — USP 2006

Sob autorização.

© 1990 de Arthur C. Houts

Sumário

Acordo de suporte familiar	117
LEIA e SIGA ESTE MANUAL	119
Sobre o nosso programa de tratamento	119
Erro número 1 119	
Erro número 2 119	
Erro número 3 120	
Erro número 4 120	
Erro número 5 121	
Treino de controle	122
Motivo 122	
Providencie para a hora do treino: 122	
Primeiro dia de treino: 122	
Outros dias de treino 123	
Treino de Limpeza	125
Treino com alarme de urina	126
A cama 126	
O equipamento 126	
Possíveis problemas e como resolvê-los	127
Dificuldade da criança em acordar com o alarme: 127	
O alarme não dispara quando a criança molha: 127	
Alarmes falsos 127	
Revisão das responsabilidades dos pais	129
Todos os dias 129	
Todos os dias antes de dormir 129	
Quando o alarme toca 129	
Toda manhã: 130	
Quatro pontos para lembrar	132
Bibliografia	

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

	E
	concordam com o
treinamento exatamente como ele é aqui desc	crito, de modo a conseguir o controle
do "xixi" na cama.	
Todos concordam em seguir o programa por j	pelo menos 28 semanas. Crianças que
molham a cama mais de uma vez por noite vão	o provavelmente demorar mais do que
as outras pra ficar completamente secas.	
A família toda concorda em não punir, ra	alhar, ridicularizar ou mesmo dizer
qualquer coisa negativa sobre o "molhar a cam	a" durante o treinamento.
Tanto os pais quanto a criança entendem o	que o treino é mais eficaz quando a
criança não está cansada demais ou estressad	la. Portanto,
E	
uma hora de dormir razoável, e	
cama neste horário toda noite.	
SEM RESTRIÇÕES À ÁGUA.	terá
permissão para beber quanta água desejar	
diuréticos devem ser evitados três horas antes	do horário de dormir.
Pais e familiares concordam em	apoiar, ajudar e compreender
Eles irão elos	giá-lo(a) quando seco e encorajá-lo(a)
a cada progresso feito. Entretanto, eles ente	endem que o treino por si só inclui
pressão suficiente e concordam que não irão p	pressioná-lo(a) a se esforçar mais ou a
fazer melhor.	
Pais e familiares concordam em não reclamar	r sobre os efeitos do treino sobre eles
ou acerca do aparelho de alarme-u	rina, e sim apoiar e ajudar.
também conc	eorda em não reclamar do treino e
cooperar totalmente.	
Durante o treino, a família oferecerá um am	biente relativamente livre de estresse
em casa. Além disso, os pais não solicitarão	da criança trabalhos extras em casa
nesse período	,
-	
	E
Treino de Autocontrole uma vez ao dia ent	concordam em participar do

Autocontrole. A cada semana de su atividade à sua escolha, desde que não	cessos consecutivos, a criança realizará uma
	rda em seguir o procedimento do Treino de
	n colocar lençóis e roupa de baixo molhados
•	•
	Os pais concordam em manter lençóis e
	no quarto da criança para
que ela use quando refizer a cama.	
	imediatamente se o
alarme tocar e ele(a) não acordar.	
	NSÁVEL POR ACORDAR A CRIANÇA SEJA
	PELO ALARME. A CRIANÇA NÃO DEVE SER
ACORDADA À NOITE, EXCETO NA	A SITUAÇÃO EM QUE O ALARME TOCA.
12. Os pais concordam em checar a bater	ria regularmente e substituí-la ou solicitar uma
nova quando necessário. Os pais tar	nbém testarão o "tapete" (unidade sensora) e
solicitarão um novo quando necessári	io.
13	E
	concordam que SÓ
ENCOSTARÁ	NO ALARME, exceto para teste como descrito
acima.	
14. Os pais concordam em assumir todas	s as responsabilidades associadas com o treino
por uma cama seca como descrito	no Guia dos Pais.
concorda em seguir as suas responsab	oilidades no treino para uma cama seca.
15. SUPERAPRENDIZAGEM. Quando _	estiver seco por 14
noites consecutivas, o procedimento	de superaprendizagem será seguido até que a
· -	ites consecutivas. A superaprendizagem será
explicada quando ele(a) atingir 14 noi	
	na cama molhada ocasionalmente, em especial
_	SE PREOCUPE COM ISSO. DIGA À CRIANÇA
PARA NÃO SE PREOCUPAR.	
THAT WAS DET RESCOTAR.	
(assinatura da criança)	(assinatura do pai)
(assinatura da mãe)	(testemunha ou outro membro da família)

LEIA e SIGA ESTE MANUAL

Este manual foi construído para o uso e acompanhamento dos pais após terem participado

de sessão conduzida no Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da

USP com a equipe do Projeto Enurese. Os pais devem ler este manual cuidadosamente e

estar amplamente familiarizados com seu conteúdo antes de iniciar o treinamento em casa.

Consulte este manual com freqüência durante o treinamento. Qualquer questão sobre o

treinamento ou sobre o uso deste manual deve ser trazida à atenção da equipe no momento

da segunda sessão.

Sobre o nosso programa de tratamento

Este programa baseia-se em mais de 10 anos de pesquisa sistemática sobre o tratamento

para enurese simples. Durante esse período, atendemos mais de 100 crianças e

adolescentes e suas famílias para resolver seu problema de xixi na cama. Nossa pesquisa

foi publicada na forma de dissertações, artigos e capítulos de livro que estão listados entre

as referências na última página deste manual. Nós aprendemos muito sobre o que conta

para obter sucesso neste programa. Nós também percebemos alguns erros comuns

cometidos pelos pais. Para evitar que você cometa estes mesmos erros com o seu filho ou

filha, eles estão descritos abaixo.

Erro número 1

Pular partes do treinamento

Nenhuma parte deste programa deve ser deixada de lado se você quer que seu filho ou filha

tenha a melhor chance de sucesso. Nossas pesquisas mostram que todas as partes do

programa contribuem para o sucesso. Nada pode deixar de ser feito ou feito pela metade. O

treino de controle é a parte que a maioria dos pais deixa de cumprir de forma completa.

Deixar de realizar esse treino pode resultar numa demora maior do que a necessária para

alcançar o objetivo inicial de 14 noites secas consecutivas. Deixar de realizar o treino

também pode aumentar o risco de que sua criança tenha uma recaída após o sucesso no

tratamento.

Erro número 2

119

Deixar de acordar a criança

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

Erro número 3 Deixar de fazer registros precisos

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

Erro número 4 Desanimar

O tempo de treinamento varia para cada criança. Algumas crianças atingirão o primeiro objetivo de 14 noites secas consecutivas muito rapidamente. Outras demorarão mais, e algumas poderão não atingir 14 noites secas consecutivas durante as 28 semanas de treinamento. Nossas pesquisas mostram que as crianças que molham a cama apenas uma vez por noite levam em média de 12 a 16 semanas para ficar secas. Crianças que molham mais de uma vez por noite podem levar até 28 semanas. Não se aborreça ou desanime com isso. Siga o tratamento durante as 28 semanas. Não se contente com menos lençóis para lavar. Continue com treinamento para que seu filho ou filha tenha a chance de ficar seco completamente. Os pais precisam elogiar seus filhos por molhar menos vezes por noite e por molhar em menor quantidade quando o fazem. Lembre-se, isto é aprendizagem, e aprendizagem leva tempo.

Erro número 5 Desistir muito cedo

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

Treino de Autocontrole

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

	NOSSO HORÁRIO DE TREINO DIÁRIO É DAS	ÀS
--	--------------------------------------	----

Motivo

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

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

Providencie para a hora do treino:

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

Primeiro dia de treino:

- 1. A criança avisa os pais assim que sente vontade de urinar.
- 2. O primeiro objetivo é que a criança segure a urina por 3 minutos após avisar que está com vontade.
- 3. Os pais marcam o tempo em que a criança começou a segurar na coluna 2 do Registro de Controle.
- 4. A criança urina após os 3 minutos, ou antes, caso não consiga segurar.

- 5. Os pais marcam a hora em que a criança urinou na coluna 3 do Registro de Controle.
- 6. Preencher o número de minutos que a criança segurou na coluna 4 do Registro de Controle.
- 7. Se o objetivo foi atingido, colocar um X na coluna 5.
- 8. Se o objetivo for atingido, parabenize a criança e diga que o objetivo para o dia seguinte será segurar *mais 3 minutos*, ou um total de 6 minutos.
- 9. Se o objetivo não foi atingido, não se desaponte. Diga que a criança terá outra chance no dia seguinte de atingir o objetivo de 3 minutos.

Outros dias de treino

- 1. Avise a criança do objetivo do dia. Assim que cada objetivo é atingido, uma nova meta de 3 minutos a mais é estabelecida (6, 9, 12, 15 etc.) até que a criança atinja 45 minutos. Registre o objetivo do dia na Coluna 1 do Registro de Controle. Certifiquese de que o objetivo anterior foi atingido antes de estabelecer uma nova meta.
- 2. Siga o mesmo procedimento que foi utilizado no primeiro dia.
- 3. Lembre-se de registrar a meta na Coluna 1, a hora em que a criança avisa que está com vontade na Coluna 2, a hora em que a criança urina na Coluna 3, o tempo que ela conseguiu segurar na Coluna 4 e um X na Coluna 5 se o objetivo é atingido.
- 4. A cada sete dias consecutivos de sucesso em alcançar a meta, a criança deve ser recompensada, escolhendo uma atividade que queira fazer. De preferência, essa atividade deve ocorrer junto com os pais e não deve implicar em gastos excessivos (ex.: jogos, passeios em parques etc.).

Registro de Autocontrole (modelo)

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

Treino de Limpeza

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

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

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

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

Treino com alarme de urina

A cama

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

O equipamento

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

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

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

Possíveis problemas e como resolvê-los

Dificuldade da criança em acordar com o alarme:

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

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

O alarme não dispara quando a criança molha:

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

Alarmes falsos

O alarme falso ocorre quando a campainha toca, mas a criança $n\tilde{a}o$ fez "xixi" na cama. Os alarmes falsos ocorrem quando:

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

Revisão das responsabilidades dos pais

Todos os dias

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

Todos os dias antes de dormir

Verificar se a criança:

- a) Montou corretamente a cama com o aparelho
- b) Ligou o alarme antes de se deitar.
- c) Tem uma luz acessível durante a noite.
- d) Tem lençóis e roupas prontas para troca em caso de molhada.

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

Quando o alarme toca

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

Certifique-se de que a criança:

- a) Vá ao banheiro, lave o rosto para acordar completamente e termine de urinar no vaso.
- b) Seque o tapete e retire o lençol molhado.
- c) Troque de roupa.
- d) Coloque os lençóis e roupas molhadas no local designado.
- e) Coloque um lençol limpo na cama.
- f) Religue o alarme antes de deitar.

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

Toda manhã:

Certifique-se de que a criança desligou o alarme. Ajude a criança a colorir o gráfico com "seco" ou "molhado" pela noite. É responsabilidade dos pais manter esse registro preciso. A folha deve ser colorida antes do café-da-manhã.

Quando a criança acorda seca:

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

Se houve "molhada":

- a) Apóie e encoraje a criança, reconhecendo que o treino leva algum tempo para se chegar à meta final.
- b) Limpe o tapete com um pano úmido, sem produtos químicos. Providenciar lençóis e roupas limpas no local especificado pelo Acordo de Suporte Familiar no caso de serem necessários na próxima noite.

Registro dos pais – Projeto Enurese (modelo)

Preencher diariamente

Dia do trein o	Dia da sema na	Data	Seco ou molhad o	Hora da molhada	Criança acordou? S ou N	Tamanho da mancha (P/M/G)	Quantidade de líquido na Superaprendizag em
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

Quatro pontos para lembrar

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

- 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.
- Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 33-51.
- Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, pp. 389-406. New York: The Guilford Press.
- Oliveira, D. S. (1999). O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Pereira, R. F. (2006). A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção com uso de alarme nacional em grupo e individual. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- 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.

ANEXO 6: REGISTROS

O kit de registros original apresenta 10 páginas iguais à segunda página deste modelo.

Projeto Enurese

Kit de Registros

2006

Registro de Controle

Iniciar em

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

Registro dos pais – Projeto Enurese – 3 semanas

Preencher diariamente

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

ANEXO 7: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O papel dos moderadores no tratamento de crianças e adolescentes enuréticos

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

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

Faz parte desse projeto a utilização de um aparelho de alarme que soa quando a pessoa não consegue controlar a urina e molha a cama. Isto ocorre porque é colocado uma "tapete" sensor debaixo do lençol. Quando ele fica molhado pela urina, faz com que o alarme comece a funcionar. Ele faz com a pessoa acorde e então possa desligá-lo e em seguida se dirija ao banheiro para continuar a urinar. Embora este procedimento não traga

riscos diretos à saúde, pode haver um desconforto dos membros da família causado pelo som do alarme durante a noite.

Em qualquer etapa desse estudo, vocês terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof^a Dr^a Edwiges Ferreira de Mattos Silvares, que pode ser encontrada no Instituto de Psicologia – USP, na Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F – Sala 30 - Cidade Universitária – S. Paulo, SP, ou pelo telefone (11) 3091-4173, ramal 30.

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

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

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

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

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

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: O papel do acompanhamento terapêutico na intervenção com uso de aparelho de alarme com crianças e adolescentes enuréticos. Discuti com o psicólogo Rodrigo Fernando Pereira (CRP 06/71817) sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente a participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, ou

atendimento neste serviço.	ter auquinuo, ou no meu
Nome da Criança ou Adolescente	
	Data/
Assinatura do responsável	
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntário	a, o Consentimento Livre e
Esclarecido deste cliente ou representante legal para	a a participação neste estudo.
	Data/
Assinatura	

ANEXO 8: FICHA ELETRÔNICA DE ACOMPANHAMENTO

Nome do Paciente				Nome do responsável									
Sexo Idade				Endereço									
1000				Lindings									
				Telefone 1		Telefone 2		Telefone 3					
					Anamnese Anamnese								
Incontrolá		Intermiten				Tratament							
vel	Período	te	Seis meses	Condição	Exames	0	Urgência	Esforço	Banheiro	Micção			
	Constipaç		0		Medicame	- a					-		
Fezes	ão	Parto	Cirurgias	Doenças	nto	Família							
				M	olhadas e h	i ábitos triage	em]	
Semana	Semana		Acordar				Pais	Cama dos			Recompens		
1	2	Múltipla	espontâneo	Horário	Manchas	Fraldas	acordam	pais	Líquidos	Punições	as		
Data do início do tratamento Data do térm			l nino do tra	ratamento Observações									
				Niśmanna	do Alarme	-							
Linha de Base Semana Semana Semana			Numero	do Alamie	1					}			
1	2	3	Semana 4										
					_								
Freqüência durante o tratamento									<u> </u>		ı		
Semana	Semana	Semana		Semana		Semana	_		Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
1	2	3	Semana 4	5	Semana 6		Semana 8	Semana 9	10	11	12	13	14
Semana	Semana	Semana		Semana	Semana	Semana	Semana		Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
15	16	17	Semana 18	19	20	21	22	Semana 23	24	25	26	27	28