



Universidades Lusíada

Emerich, Deisy Ribas
Porto, Paula Ferreira Braga
Silvares, Edwiges Ferreira de Mattos

O uso da Internet como ferramenta para promoção de saúde e intervenção para enurese

<http://hdl.handle.net/11067/1345>

<https://doi.org/10.34628/w92a-xy83>

Metadados

Data de Publicação	2014
Resumo	A enurese é um transtorno muito comum na infância e, em função do impacto social e emocional que ela pode acarretar, é extremamente importante intervir assim que houver o diagnóstico. Embora o alarme de urina seja considerado a intervenção padrão ouro para esta dificuldade, o acesso a este tratamento ainda é restrito. É preciso desenvolver estratégias para disseminar esta intervenção tão eficaz e, neste desafio, as ferramentas de comunicação online podem ser grandes aliadas. Por meio de um estud...
Palavras Chave	Enurese, Enurese - Prevenção, Internet na psicoterapia
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 05, n. 2 (Julho-Dezembro 2014)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:23:38Z com informação proveniente do Repositório

O USO DA INTERNET COMO FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E INTERVENÇÃO PARA ENURESE

USING THE INTERNET FOR HEALTH PROMOTION AND INTERVENTION FOR ENURESIS

Deisy Ribas Emerich

Paula Ferreira Braga-Porto

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo

Contacto para correspondência

Deisy Ribas Emerich

Rua Prof. Melo Moraes, 1721 – Bloco F, sala 30

Cidade Universitária – USP – São Paulo/SP

CEP 05508 – 900

Email: deisy.remerich@gmail.com

Resumo: A enurese é um transtorno muito comum na infância e, em função do impacto social e emocional que ela pode acarretar, é extremamente importante intervir assim que houver o diagnóstico. Embora o alarme de urina seja considerado a intervenção padrão ouro para esta dificuldade, o acesso a este tratamento ainda é restrito. É preciso desenvolver estratégias para disseminar esta intervenção tão eficaz e, neste desafio, as ferramentas de comunicação *online* podem ser grandes aliadas. Por meio de um estudo de caso, o presente trabalho descreve a utilização de ferramentas de comunicação *online* para realizar o tratamento comportamental para enurese com uso de alarme. O alvo da intervenção foi um menino de nove anos e seus pais. Por meio de contatos síncronos com o psicólogo, os pais receberam orientações sobre os procedimentos a serem seguidos durante o tratamento com alarme. A intervenção teve duração de 13 semanas e resultou no controle dos esfínteres vesicais por parte da criança durante a noite. No presente caso, os resultados demonstraram a efetividade do alarme para o tratamento à distância mediado por computador e sugerem que tais ferramentas de fato podem suprimir a distância entre a demanda e a oferta de serviço especializado para enurese para a população brasileira.

Palavras-chave: Enurese; Terapia Comportamental; Aconselhamento online; Criança; Prevenção

Abstract: Enuresis is one of the most prevalent problems in childhood. Due to its social and emotional impact, it is extremely important to start treatment as soon as diagnosis is made. The enuresis bell and pad alarm is considered to be a first line treatment to enuresis. In spite of this fact, access to it may be very restricted. The quest for developing strategies to disseminate such an effective treatment modality should be a goal in the field. Online communication, such as long distance calls through the Internet, may be a great tool in the pursuit of this purpose. This case study aims to describe the use of such online communication tools on the context of a behavioral treatment to enuresis, using the bell and pad alarm. The sample was composed of a nine-year-old boy and his parents. Treatment duration was 13 weeks. It was a successful treatment, resulting in the child obtaining sphincter control during the night. This outcome shows that the bell and pad alarm treatment is effective even if it consists of computer-based communication through the Internet. This tool may overcome the existing gap between the amount of specialized treatment for enuresis available and the demand for it among the Brazilian population.

Key-words: Enuresis; Behavioral Therapy; Online counseling; Childhood; Prevention.

Introdução

Os grandes avanços tecnológicos nas últimas décadas deram oportunidades sem precedentes às pessoas para se comunicar e aprender (Mishna, Levine, Bogo, & VanWert, 2013). Em função de tais avanços, as formas de comunicação entre as pessoas foram modificadas. Inicialmente o único modo de contato imediato entre elas era presencial, no entanto, com o advento do telefone, passou a ser possível se comunicar a longas distâncias (Marot & Ferreira, 2008). O surgimento da internet revolucionou novamente as formas de comunicação, possibilitando o rápido acesso a diversas informações e a troca de mensagens instantâneas (Young, 2005). Em meados de 1990 as ferramentas de comunicação *online* começaram a ser utilizadas para fins terapêuticos (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Tais ferramentas evoluíram a ponto de ser possível ver e ouvir em tempo real o interlocutor com o qual estamos interagindo à distância, o que pode ter contribuído ainda mais para a popularização dos atendimentos psicológicos ou aconselhamentos *online* (Rummell & Joyce, 2010).

O aconselhamento *online* é compreendido como intervenções terapêuticas realizadas no espaço cibernético, no qual o contato entre profissional e cliente é mediado por tecnologias da comunicação disponíveis em computadores

(Richard, & Viganó, 2012). Nas últimas décadas houve um progresso significativo nas pesquisas e debates sobre esta modalidade de atendimento.

No Brasil, a Resolução do Conselho Regional de Psicologia (CFP) nº 003/2000 foi fruto das primeiras reflexões sobre este tema. Em setembro de 2000 o CFP, por meio deste documento, passou a reconhecer como válidos os atendimentos psicoterapêuticos mediados por computadores e autorizou o uso experimental desta modalidade de atendimento em pesquisas científicas – o que passou a implicar que: (a) os atendimentos tivessem um protocolo e serem aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa; (b) os pacientes estivessem informados sobre as diretrizes do atendimento e consentissem participar da pesquisa; (c) que não houvesse cobranças de honorários pelos atendimentos fornecidos (Conselho Federal de Psicologia, 2000).

Tal Resolução vigorou até meados de 2005, quando foi promulgada uma nova determinação do CFP. Nesta, a possibilidade de aconselhamento *online* foi reconhecida e estendida a todos os profissionais e não ficasse restrita à pesquisa, desde que não se configurasse como psicoterapia (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Este documento regulamentou as seguintes modalidades de atendimento em seu Art. 6º: “São reconhecidos os serviços psicológicos mediados por computador, desde que não psicoterapêuticos, tais como orientação psicológica e afetivo sexual, orientação profissional, orientação de aprendizagem e Psicologia escolar, orientação ergonômica, consultorias a empresas, reabilitação cognitiva, ideomotora e comunicativa, processos prévios de seleção de pessoal, utilização de testes psicológicos informatizados com avaliação favorável de acordo com Resolução CFP Nº 002/03, utilização de softwares informativos e educativos com resposta automatizada, e outros, desde que pontuais e informativos e que não firam o disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo e nesta Resolução” (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 4).

Segundo o disposto, o psicólogo tem aval para realizar os atendimentos acima mencionados mediante a solicitação de um selo de autorização junto ao CFP, com a posse do qual, o profissional poderia ofertar o serviço, com duração máxima de 10 contatos virtuais, e cobrar por eles. Recentemente, o CFP (2012) revogou a Resolução CFP N.º 12/2005 e aumentou o número máximo de sessões para até 20 encontros ou contatos virtuais, síncronos – contato em tempo real – ou assíncronos – contato não simultâneo (Suler, 2002).

Ao longo dos últimos anos, a demanda e a oferta por serviços psicológicos *online* aumentaram significativamente (Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002). Os principais argumentos para esta modalidade de atendimento fosse regularizada baseiam-se na praticidade das intervenções *online*, que possibilita o atendimento às pessoas que não procuraram os serviços de psicologia convencionais em função de dificuldades como: custo, transporte escasso, deficiência física, doença, ausência de disponibilidade de horário para agendar sessões durante o horário comercial ou dificuldade de acesso a atendimento especializado em

função da localidade onde o paciente reside (Sampson, Kolodinsky, & Greeno, 1997; Childress, 1999). Ademais, os dados de pesquisas científicas apresentam resultados muito positivos ao identificar efeitos similares entre as intervenções *online* e as intervenções face-a-face (Richards & Viganó, 2013).

Uma vez que o Brasil é um país de grandes dimensões territoriais, a oferta de atendimento presencial especializado para determinados problemas psicológicos muitas vezes fica restrita aos grandes centros. A possibilidade de acompanhamento *online*, neste sentido, suprime a lacuna entre a disponibilidade do serviço e a localização em que se encontra o cliente. A despeito de tal demanda, a realização de pesquisas empíricas brasileiras sobre atendimento *online* ainda se encontra incipiente e a promoção de estudos focados na efetividade de intervenção *online* para dificuldades em geral é reconhecida como uma necessidade.

A enurese é uma das dificuldades que necessitam de atenção e acompanhamento especializado em função de suas características particulares. Este transtorno de eliminação é muito comum em crianças e pode se estender até a vida adulta. Estudos de prevalência indicam que cerca de 6 - 10% das crianças com sete anos idade (Hjälms et al., 2004) e 3% dos adolescentes apresentam enurese (Yeung, Sreedhar, Sihoe, Sit, & Lau, 2006). O diagnóstico ocorre quando uma criança com idade, mental ou cronológica, superior a cinco anos apresenta perda de urina em horário e local inadequado com uma frequência superior a uma vez por mês, segundo o critério da *International Child Continency Society - ICCS* (Nevés et al., 2006), ou frequência superior a duas vezes semanais, pelo critério estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002).

Pesquisas sobre as implicações emocionais vividas por crianças e adolescentes com enurese, relatam a presença de dificuldades como: baixa autoestima, isolamento social e alto nível de estresse relacionado a preocupação da criança que os demais “descubram” o problema e ela seja ridicularizada por companheiros (Warzak, 1993; Theunis, Van Hoecke, Paesbrugge, Hoebeke, & Vande, 2002). Em consequência das limitações sociais acarretadas por este problema, sentimentos como culpa, vergonha, problemas de comportamento, retraimento, dificuldade em fazer e manter amigos também podem ocorrer (Butler, 1994). Embora estas dificuldades sejam sentidas tanto por crianças quanto por adolescentes, um estudo brasileiro identificou uma correlação positiva entre o aumento da idade e o impacto da enurese (Daibs, Pereira, Silveiras, & Emerich, 2010).

A enurese impacta não somente a criança com o problema, mas também seu grupo social. Em função de a família dessas crianças e jovens ter que arcar com grandes custos financeiros e de tempo associados à limpeza e aquisição de colchões, roupas pessoais e de cama, os pais podem ter uma atitude punitiva frente a criança na tentativa fazê-lo obter o controle da enurese, o que por sua vez pode acarretar dificuldades emocionais (Soares, Moreira, Monteiro, & Fonseca, 2005) e contribuir para o agravamento do quadro. A extensão do reflexo deste

transtorno sobre a vida familiar é tão notável que Ng e Wong (2004), ao avaliarem a percepção e atitude parental de mães de crianças com enurese, encontraram alta proporção de sentimento de aborrecimento, raiva e vergonha dos filhos.

Justamente em função do impacto da enurese sobre a autoestima e o relacionamento social dos portadores de enurese, bem como sobre vida de suas famílias como um todo, é imperativo que haja tratamento imediato e adequado assim que o problema seja identificado (Juil et al., 2013). Segundo Tekgul e colaboradores (2009), o único tratamento não medicamentoso recomendado pela renomada *International Continence Society* (ICS) como tratamento de primeira linha é o alarme de urina, uma intervenção comportamental cuja efetividade varia de 60% a 70% dos casos (Butler, 2004). Este tratamento tem nível um de evidência e grau A de recomendação, pois há evidências positivas de seu funcionamento fornecidas por meio de estudos controlados randomizados de boa qualidade e por estudos de meta-análise – o que torna a recomendação do tratamento “efetivamente obrigatória” (Abrams, Khoury, & Grant, 2009, p. 13).

Tomando por base os dados sobre eficácia do alarme de urina em estudos internacionais, pesquisas brasileiras foram conduzidas para avaliar se as mesmas taxas de efetividade seriam replicadas para nossa população, o que foi comprovado pelos estudos de Costa (2005), Pereira (2006) e Pereira (2010). Com vistas a reduzir os custos financeiros e de tempo com o deslocamento até o serviço de psicologia e identificar possíveis variáveis moderadoras do atendimento com alarme, Pereira (2010) conduziu um estudo em que o acompanhamento do tratamento foi feito a distância, via telefone. Este estudo demonstrou que o acompanhamento presencial ou à distância não diferem quanto à efetividade do tratamento, e deu suporte para investidas em outras ferramentas que possam permitir o atendimento a pacientes com dificuldades de acesso aos serviços convencionais, como pessoas que residem em lugar em que não há possibilidade de acesso ao alarme e a profissionais capacitados a conduzir o tratamento comportamental para a enurese. É neste contexto que as ferramentas tecnológicas *online* ganham grande destaque.

Partindo da premissa de que é extremamente importante facilitar o acesso aos serviços de psicologia e intervir precocemente a fim de prevenir o aparecimento de dificuldades comportamentais associadas à enurese, este estudo tem como objetivo descrever, por meio de um estudo de caso, uma experiência de atendimento *online* para enurese monossintomática com uso do alarme de urina.

Metodologia

Participantes

Participaram deste estudo uma criança (de nove anos de idade) com enurese e seus pais. O paciente será chamado de A. e seus pais C. e B.

C., mãe de A., procurou atendimento para enurese em agosto de 2012.

A família residia em uma cidade do interior do estado de São Paulo, há aproximadamente 100 quilômetros da capital onde está localizado o serviço que oferece atendimento especializado para enurese. Em função da distância entre as cidades, era inviável para a família deslocar-se semanalmente para realizar os atendimentos presenciais, assim, optou-se pela modalidade de atendimento *online*.

Por e-mail, C. relatou que A. era filho único e que aos dois anos idade, seu desfralde foi bem sucedido. Assim, durante o dia, depois de um curto período de tempo, a criança já não apresentava escapes de urina. No entanto, a criança nunca obteve o controle durante a noite, apresentando enurese classificada clinicamente como severa – isto é, com frequência de seis a sete vezes por semana e, esporadicamente, episódios enuréticos múltiplos na mesma noite.

Sobre a história médica progressiva da criança, C. relatou que o filho sempre apresentou boa saúde e não relatou a presença de qualquer outro problema que pudesse justificar a enurese. A criança já havia realizado exames laboratoriais (exames de sangue e de urina) e ultrassonografia de rins e vias urinárias. Nenhum destes exames havia identificado alterações.

Em termos o impacto emocional sentido, a mãe relatou que não observava tais dificuldades em seu filho, sendo a única queixa da criança relacionada à impossibilidade de dormir fora de casa, na casa de colegas ou em acampamentos da escola.

Entre as estratégias de enfrentamento do problema empreendidas pela família, a mãe destacou tentar prevenir a ocorrência de episódios acordando a criança durante a noite para ir ao banheiro e restringindo a ingestão de líquido durante a noite. Em termos de tentativas de tratamento anteriores, M. relatou que haviam utilizado desmopressina (DDAVP), hormônio sintético análogo à vasopressina – hormônio que é produzido pelo organismo e que aumenta a concentração de água nos rins e diminui a produção de urina durante (Nevéus et al., 2006). O tratamento com DDAVP durou duas semanas, e foi interrompido, pois não surtiu efeito desejado. Após avaliar a ineficácia do DDAVP, o médico então sugeriu o uso de imipramina, antidepressivo tricíclico também utilizado no tratamento de enurese, no entanto, por se tratar de um antidepressivo os pais optaram por não utilizar este medicamento.

Procedimentos

Por tratar-se de um caso de enurese monossintomática em que os pais já haviam eliminado outras possíveis causas do problema, o atendimento *online* mostrou-se adequado. Como esta intervenção conta com o uso do alarme de urina, o aparelho foi enviado ao paciente pelo correio para que, então, fossem agendados os atendimentos. O envio pelo correio foi realizado em 30 de agosto de 2012.

A partir de contato via e-mail com os pais, o formato dos atendimentos

foi decidido. Os encontros, com 30 minutos de duração, ocorreram via contatos síncronos mediados pelo programa *Skype*. Cabe destacar que as ferramentas de áudio e imagem estavam habilitadas, de forma que os participantes do atendimento interagiam em tempo real.

Durante o primeiro mês de atendimento as sessões *online* foram semanais e, a partir do segundo mês, as sessões passaram a ser quinzenais. Tais sessões tiveram início em cinco de setembro de 2012. Na época do atendimento, a Resolução do CFP vigente autorizava apenas dez contatos mediados por computador, portanto o décimo e último atendimento estava previsto para ocorrer em 26 de dezembro de 2012.

Caracterização da intervenção com alarme

O alarme possui duas unidades: uma unidade sensora (tapete) e uma unidade de controle sonora (alarme), conforme pode ser visto na figura abaixo.

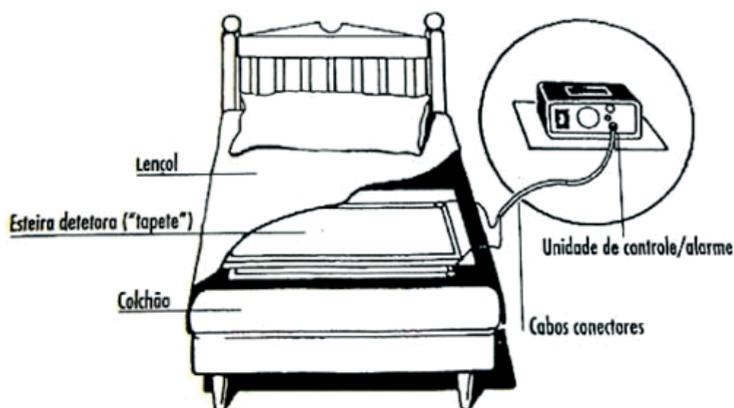


Figura 1. Ilustração do alarme – Adaptada de Blackwell (1989)

A partir da figura é possível observar que a unidade sensora deve ser colocada sobre o colchão (e se a criança fizer uso de protetores plásticos, sobre estes) e sob o lençol, não entrando em contato direto com a pele da criança. A unidade de controle sonora deve ser posta ao lado da cama da criança e a criança deve ligá-la antes de dormir.

O funcionamento do alarme se dá da seguinte maneira: quando a criança molha a cama, a unidade sensora entra em contato com a urina e faz com que a unidade sonora seja acionada e o alarme toque. Toda vez que este dispositivo tocar, a criança deverá desligá-lo e dirigir-se imediatamente ao banheiro para terminar de urinar. Deverá então trocar suas roupas e o lençol da cama, tornando a ligar o alarme antes de se deitar novamente. É certo que todo esse procedimento

deve ser auxiliado pelos pais, e repetido caso haja outros episódios de enurese durante a noite.

O registro de molhadas deve ser preenchido assim que o episódio ocorrer. Este registro controla, além do número de molhadas ocorridas por semana, o horário que o alarme tocou e o tamanho da mancha observada pelos pais. Este registro é acompanhado ao longo de todo o tratamento. É através dele que a melhora do caso é observada.

O tratamento com alarme é complementado por outros procedimentos: 1) o treino de limpeza, que consiste na criança auxiliar a troca da cama e de sua roupa de acordo com a possibilidade determinada pela sua idade; e 2) o treino de retenção, que consiste na criança, diariamente, realizar uma tentativa de contenção da urina, por período de tempo aumentado a cada dia, conforme o seu desempenho.

Outras recomendações são realizadas, tais como a restrição na ingestão de líquidos que afetam o funcionamento do sistema excretor, como sucos, refrigerantes, café, chá e achocolatados no período noturno. Os pais também são orientados a levar a criança ao banheiro antes que ela vá dormir e a estabelecer um horário para que a criança se deite que garanta ao menos oito horas de sono.

O procedimento deve ser repetido todas as noites até que a criança obtenha 14 noites secas consecutivas. Quando isto ocorre, ela alcança os critérios de sucesso inicial no tratamento com alarme. Neste momento é proposta a realização do procedimento de prevenção de recaída ou superaprendizagem, que consiste na ingestão de líquido antes de deitar-se a fim de aumentar a capacidade de controle durante a noite.

Partindo de uma quantidade inicial a ser ingerida, 40 ml devem ser adicionados a cada duas noites secas até que o volume final seja atingido. Em caso de recaída, deve-se voltar ao volume anterior de ingestão por duas noites e, havendo sucesso, prosseguir para a quantidade de líquido seguinte. A quantidade de líquido ingerida varia de acordo com a idade da criança. Na superaprendizagem a quantidade de líquido fornecida à A. foi de 100 ml e o limite máximo a ser atingido foi de 200 ml.

Resultados

Uma vez que o alarme de urina foi enviado pelo correio antes do início do tratamento, acompanhado por um Guia para o Tratamento da Enurese, com instruções de uso (adaptado de Houts, 1990) e por folhas para o registro dos episódios de enurese, pediu-se que este material fosse lido atentamente pelos pais, em conjunto com a criança.

No primeiro contato *online* estavam presentes a criança, sua mãe e seu pai. Neste encontro, seguindo as orientações da Resolução CFP nº 012/2005 (Conselho Federal de Psicologia, 2005), foram esclarecidos com os pais do paciente a

questão da confidencialidade das informações. Uma vez que estes haviam compreendidos tais questões éticas, deu-se início o diálogo sobre o tratamento da enurese. Este primeiro contato teve função psicoeducativa focada em duas áreas: (a) explicações sobre o problema – com informações sobre possíveis etiologias da enurese, prognóstico, questões emocionais envolvidas e atitudes parentais frente ao problema; (b) explicações sobre o tratamento comportamental com alarme de urina – com informações sobre o funcionamento e manutenção do alarme, a taxa de sucesso de recaída em tratamentos com o aparelho, papéis de cada membro da família, procedimentos a serem seguidos durante o tratamento e instruções para preenchimentos dos registros. Além disto, eventuais dúvidas sobre o problema e sobre a leitura do Guia para o Tratamento da Enurese foram esclarecidas.

A partir da primeira sessão foi possível notar a motivação dos pais para realizar o tratamento com alarme. Observou-se que estes estavam muito motivados dado que já haviam lido materiais disponíveis na internet sobre o alarme, mostravam interesse e disponibilidade para remanejar os hábitos da família para poderem acompanhar a criança durante o tratamento.

Em nove de setembro de 2012 foi iniciado o uso do alarme durante a noite.

O efeito do tratamento pode ser observado a partir da Figura 2, a seguir, em que consta a frequência de episódios de enuréticos semanais ao longo de 13 semanas de tratamento – tempo total do atendimento incluindo o procedimento de prevenção de recaída/ superaprendizagem.

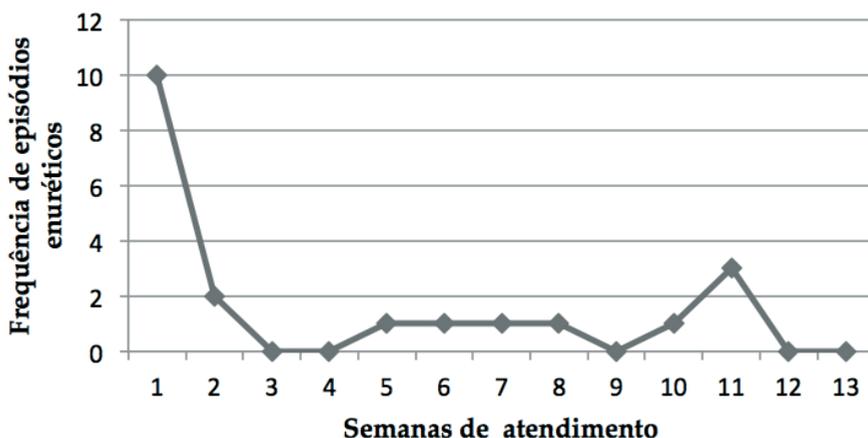


Figura 2. Curva de frequência de episódios enuréticos durante o tratamento

A análise da figura permite observar que na primeira semana houve a repetição do padrão de micção apresentado por A. antes do tratamento. Observa-se uma elevada frequência de molhadas, a criança ficou seca apenas uma noite, e presença de episódios múltiplos em três dias da semana (em duas noites houve

duas molhadas e em uma noite houve três escapes). Cabe ainda destacar que nos registros semanais os pais avaliaram os tamanhos das manchas no colchão como médio e grande.

Já na segunda semana de atendimento houve uma queda brusca no número de escapes noturnos, pois A. molhou a cama apenas em dois dias. Nas semanas subsequentes novamente se observou uma redução na frequência de episódios. Durante a terceira e a quarta semana de atendimento não houve escapes de urinas durante a noite, o que fez com que A. atingisse os critérios para sucesso inicial do tratamento – ter 14 noites secas seguidas.

O foco destes atendimentos semanais foi analisar os registros de frequência semanais, discutir possíveis dúvidas sobre o tratamento, avaliar o andamento do mesmo e seguimento dos procedimentos e discutir a motivação para o atendimento por parte dos pais e da criança. A partir da quinta semana tanto pais quanto a criança já estavam familiarizados com os procedimentos do tratamento, deste modo, as sessões passaram a ser quinzenais e o foco passou a ser analisar os registros de frequência semanais e discutir possíveis dúvidas sobre o tratamento.

Uma vez atingido o sucesso inicial, deu-se início a uma nova etapa do atendimento: a prevenção de recaída ou superaprendizagem. Deste modo, no dia 2 de outubro de 2012, durante a quarta semana de tratamento, A. começou a ingerir certa quantidade de água antes de dormir.

Cabe destacar que, quando seus filhos atingem o sucesso inicial, muitos pais ficam ansiosos em relação ao procedimento de superaprendizagem, optando, inclusive, por não realizá-lo. Tais preocupações são compreensíveis dado que os pais têm receio de que, com a maior ingestão de água, a enurese, o impacto e o estresse a ela relacionado possam voltar. Neste sentido, é muito importante que o profissional responsável pelo caso informe aos pais os benefícios e discuta com eles estas apreensões. Esta conduta foi tomada por parte da psicóloga que atendeu o caso. Tanto os pais quanto a criança estavam muito satisfeitos com a rápida aquisição do controle noturno e estavam receosos em relação à possibilidade de aumento da frequência de molhadas. A psicóloga ressaltou aos pais os estudos que indicam que a realização do procedimento diminui de 40% para 10% as chances de o problema voltar posteriormente (Houts, 2003) e destacou que era normal e esperado que alguns escapes viessem a ocorrer, mas que com o tempo a ingestão de líquido iria contribuir ainda mais para a obtenção do controle dos esfíncteres por parte da criança.

Em relação aos registros, diferentemente do início do tratamento, durante a superaprendizagem observou-se uma maior oscilação da curva de frequências de molhadas.

Observamos na Figura 2 que durante a primeira semana do procedimento (quinta semana de tratamento), com ingestão de 140 ml de água, houve um escape noturno. Este padrão de um escape semanal permaneceu até a oitava semana, no entanto, da 6ª a 8ª semana os escapes ocorreram com a ingestão de 200 ml – nível máximo a ser atingido por A. Após uma semana sem escapes, na

décima e décima primeira voltaram a ocorrer molhadas ingerindo 200 ml (um e três escapes, respectivamente). Todavia, nas semanas subsequentes a criança ficou seca.

Houts (2003) estabelece um parâmetro de oito semanas para o procedimento de superaprendizagem. Segundo o autor, caso a criança não tenha sucesso deve-se suspender a ingestão de líquido, aguardar que a criança atinja sucesso inicial novamente e, então, iniciar o procedimento novamente. Como A. havia tido bons intervalos secos durante a superaprendizagem, chegando a ficar oito e 10 dias consecutivos sem molhar a cama, optou-se por aguardar uma semana após a oitava semana de superaprendizagem para verificar se a criança conseguiria manter-se seca. De fato, esta espera mostrou-se adequada, pois nesta semana a criança permaneceu seca. Assim, no total, o procedimento de superaprendizagem durou nove semanas, sendo que nas duas últimas (12^o e 13^o semanas de tratamento) a criança completou 14 noites secas ingerindo líquido o que resultou em alta no dia 12 de dezembro de 2013.

Mesmo após ter alta, os pais de A. continuaram os registros de frequência semanais. No *follow-up* de três meses, realizado em março de 2013, observou-se que haviam ocorrido dois escapes noturnos. Após esta reavaliação, os pais continuaram com o registro até o *follow-up* de cinco meses, realizado em maio de 2013, e nestes não constaram novos episódios enuréticos. Portanto, observa-se que desde a alta, até o último *follow-up* – cinco meses após o término do atendimento –, a criança manteve o controle dos esfíncteres durante a noite.

Discussão

A enurese é um transtorno de eliminação que pode ser muito estressante e limitador na vida da criança e de sua família. Com o passar do tempo, estes fatores se agravam, havendo uma tendência aos pais ficarem mais intolerantes e os filhos mais impactados pelo problema (Daibs, Pereira, Silves, & Emerich, 2010). Assim, intervir é extremamente necessário e pode ter caráter preventivo quanto ao aparecimento de outras dificuldades comportamentais associadas (Redsell & Collier, 2001). O dispositivo de alarme de urina é um aparelho desenvolvido para esta finalidade e tem taxas de sucesso que giram em torno de 70% (Butler, 2004). Tal tratamento é considerado o mais efetivo a longo prazo e, quando conjugado a outros procedimentos como a superaprendizagem, as taxas de recaídas são de apenas 10% (Houts, 2003).

As pesquisas encontram-se bastante avançadas em termos de ferramentas para tratamento adequado, no entanto, o meio científico ainda carece de estudos que versem sobre o desenvolvimento de procedimentos que permitam difundir esta possibilidade de intervenção. É neste âmbito que se inclui a presente pesquisa, cujo objetivo foi descrever o uso das ferramentas de comunicação *online* para conduzir o acompanhamento psicológico para enurese.

Embora as pesquisas tenham resultados muito animadores sobre a efetividade do alarme de urina, a transposição destes dados para o conhecimento do público geral ainda não é amplo. Schlomer, Rodriguez, Weiss e Copp (2013) conduziram nos Estados Unidos uma pesquisa que avaliou o conhecimento dos pais de crianças sobre os tratamentos efetivos para enurese. Neste estudo, dentre as 216 pessoas entrevistadas, 72% reportaram desconhecer informações sobre tratamentos efetivos para enurese e apenas 6% relataram que optariam pelo atendimento com alarme. No Brasil, encontramos uma realidade semelhante, de modo que, quando os pais buscam um profissional para realizar o atendimento psicológico comportamental com uso de alarme, muitas vezes estes já tentaram outras alternativas de manejo do problema. No presente caso, os pais relataram utilizar duas das estratégias de prevenção de molhadas mais comuns: restrição de líquido e acordar a criança para ir ao banheiro. Em estudo com 240 prontuários de crianças e adolescentes com enurese, Emerich, Sousa e Silveiras (2011) observaram que 155 pais relataram valer-se destas estratégias. Em termos de tentativas de tratamento anteriores, os pais relataram uso de DDAVP, no entanto, embora a medicação tenha surtido um rápido resultado para controle da micção, tal controle não permaneceu ao longo do tempo.

A análise dos resultados releva a efetividade do alarme no tratamento da enurese apresentada pela criança. O rápido sucesso inicial obtido por A. pode estar relacionado à frequência de episódios apresentadas anteriormente, pois, de acordo com pesquisa realizada por Jensen e Kristensen (2001), há uma relação direta entre a frequência inicial de episódios enuréticos e a rapidez para atingir os critérios de sucesso inicial.

No presente caso diversos fatores associados a sucesso no uso de alarme estavam presentes, tais como atitude parental frente à enurese, que durante todo o tratamento mostrou-se positiva, e motivação para o tratamento (Butler & Gasson, 2005). Baeyens, Lierman, Roeyers, Hoebeke e Walle (2009), em estudo focado na adesão em tratamentos para enurese, identificaram correlação positiva entre adesão e resultados mais positivos durante o tratamento. Assim, podemos assumir que a disponibilidade da família para seguir os procedimentos necessários em relação ao uso do alarme e as outras técnicas empregadas conjuntamente é um aspecto que também contribuiu para os bons resultados atingidos.

Em estudo sobre as variáveis associadas a insucesso no tratamento de enurese, Butler e Gasson (2005) destacam a presença de episódios enuréticos múltiplos. Ainda que a criança esporadicamente apresentasse mais que uma molhada durante a noite, tal fator não teve peso em relação ao sucesso do alarme. No entanto, pode ter repercutido sobre a duração do processo de superaprendizagem, dado que este fator também está associado à recaída após um período de sucesso (Butler & Gasson, 2005). Outra possível explicação para a instabilidade da curva de frequência durante a superaprendizagem residiria no fato de que o controle obtido rapidamente por A. não ter sido plenamente estável a ponto de suportar maiores quantidades de líquidos (Pereira & Silveiras, 2006).

Assim, foi necessário um maior tempo para a criança adquirir o controle total durante a noite.

No presente caso observou-se o padrão de superioridade do uso do alarme sobre as intervenções medicamentosas para enurese reportado na literatura (Glazener, Evans, & Peto, 2005). Para o caso de A., o alarme mostrou-se efetivo e com resultados mantidos em longo prazo (avaliados pelo *follow-up* de três e cinco meses), enquanto o uso de DDAVP, anteriormente empregado pela família, não demonstrou efetividade sobre o quadro.

O relato de caso apresentado permitiu ilustrar o quão práticas e funcionais podem ser as ferramentas de comunicação *online* para se conduzir o acompanhamento do tratamento com o alarme para enurese. A utilização de ferramentas que promoveram o contato síncrono permitiu ao terapeuta ter acesso ao comportamento verbal e não verbal dos pais e da criança, e assim observar a atitude parental frente a enurese e a motivação para o tratamento e seguimento dos procedimentos, aspectos extremamente importantes para a condução dos atendimentos.

Segundo Mallen, Vogel e Rochlen (2005) o principal ponto a favor das sessões mediadas por computadores é a possibilidade de levar atendimento psicológico a pessoas que não teriam acesso a ele. Deste modo, utilizar as ferramentas *online* nos permitirá disseminar o conhecimento científico sobre a enurese e suas consequências, bem como atingir e auxiliar famílias que carecem de atendimento especializado para enurese em todo o Brasil.

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Khoury, S., & Grant, A. (2009). *Incontinence - Report from the 4th International Consultation on Incontinence*. Paris: Health Publication Ltd.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baeyens, D., Lierman, A., Roeuers, H., Hoebeke, P., & Walle, J. V. (2009). Adherence in children with nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Urology*, 5, 105-109.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4-17.
- 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., & Gasson, S. L. (2005). Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39(5), 349 - 357.
- Childress, C. (1999). Potential risks and benefits of online psychotherapeutic interventions. Recuperado em 21 de maio, 2013, de <http://www.ismho.org/>

- potential_risks_and_benefits.asp
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP nº 003/2000, de 25 de setembro de 2000. Recuperado em 21 de maio, 2013, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/09/resolucao2000_3.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Resolução CFP nº 012/2005, de 18 de agosto de 2005. Recuperado em 21 de maio, 2013, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/08/resolucao2005_12.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). Resolução CFP nº 011/2012, de 21 de junho de 2012. Recuperado em 21 de maio, 2013, de http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_011-12.aspx
- 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., Silveiras, E. F. M., & Emerich, D. R. (2010). Enurese: impacto em crianças e adolescentes e a tolerância dos pais. *Interação em Psicologia*, 14(2), 175-183.
- Emerich, D. R., Souza, C. B., & Silveiras, E. F. M. (2011). Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sócio-demográfico de crianças e adolescentes enuréticos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 240-250.
- Glazener, C. M., Evans, J. H., & Peto, R. E. (2005). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No. CD002911
- Hjalmas, K., Arnold, T., Bower, W., Caione, P., Chiozza, L. M., Von Gontard A. et al (2004) Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *Journal of Urology*, 171, 2545–2561
- Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. Em A. E. Kazdin & J. R. Weisz, (Orgs.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 389-406). New York: Guilford Press.
- 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(5), 357 – 363.
- Juul, K. V., Herzele, C. V., De Bruyne, P., Goble, s., Walle, J. V., & Nørgaard, J. P. (2013). Desmopressin melt improves response and compliance compared with tablet in treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis. *European Journal of Pediatrics*. Recuperado em 26 de maio, 2013, da Springer: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00431-013-1992-9>
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling: Ethics, Training, Technology, and Competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776-818.
- Marot, R. S. V., & Ferreira, M. C. (2008). Atitudes sobre a aprovação da psicoterapia online na perspectiva da teoria da ação racional. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(2), 317-324.

- Mishna, D., Levine, D., Bogo, M., & Van Wert, M. (2013). Cyber Counselling: An Innovative Field Education Pilot Project. *Social Work Education*, 32(4), 484-492.
- Nevés, T., Gontard, A., Hoebeke, P., Hjälmås, K., Bauer, S., & Bower, W. e cols. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 176, 314-324.
- Ng, C. F. N. & Wong, S. N. (2004). Primary nocturnal enuresis: patient attitudes and parental perceptions. *Hong Kong Journal Pediatric*, 9, 54-8.
- Norcross, J. C., Hedges, M. & Prochaska, J. O. (2002). 'The face of 2010: a Delphi poll on the future of psychotherapy', *Professional Psychology: Research and Practice*, 3, 316-322.
- 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, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Pereira, R. F. (2010). *Variáveis moderadas do resultado da intervenção com alarme para enurese noturna*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Pereira, R. F., & Silveira, E. F. M. (2006). Estudo de caso: prevenção de recaída para criança e adolescente enuréticos com remissão espontânea. *Interação em Psicologia*, 10(1), 169 - 174.
- Redsell, S. A., & Collier, J. (2001). Bedwetting, behaviour and self-esteem: A review of the literature. *Child, Care, Health and Development*, 27(2), 149-162.
- Richards, D., & Viganó, N. (2012). Online Counseling. In Y. Zheng (Ed.), *Encyclopedia of Cyber Behavior* (Vol.1, pp.699-713). New York, NY: IGI Global.
- Richards, D., & Viganó, N. (2013). Online Counseling: A Narrative and Critical Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychology*. Recuperado em 26 de maio, 2013, da Wiley - Online Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21974/pdf>
- Rummell, C., & Joyce, N. (2010). "So wat do u want to wrk on 2day?": the ethical implications of online counseling. *Ethics & Behavior*, 20(6), 482-496
- Sampson, J.P., Kolodinsky, R.W., & Greeno, B.P. (1997). Counseling on the information highway: future possibilities and potential problems. *Journal of Counseling and Development*, 75, 203-212.
- Schlomer, B., Rodriguez, E., Weiss, D., & Copp, H. (2013). Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. *Journal of Pediatric Urology*. Recuperado em 29 de maio, 2013, da Science Direct: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477513113000600>
- Soares, A. H. R., Moreira, M. C. N., Monteiro, L. M. C., & Fonseca, E. M. G. (2005). A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 301-311.

- Suler, J. (2002). *Psychology of cyberspace*. Recuperado em 21 de maio, 2013, de <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber>
- Tekgul, S., Nijman, R., Hoebeke, P., Canning, D., Bower, W., Von Gontard, A. (2009). Diagnosis and management of urinary incontinence in childhood. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein (Org.), *Incontinence - Report from the 4th International Consultation on Incontinence*. (pp. 701 - 792). Recuperado em 21 de maio, 2013, de http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/files-book/Comite9.pdf.
- Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P., & Vande, W. J. (2002) Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *European Urology*, 41, 660-667.
- Yeung, C. K., Sreedhar, B., Sihoe, J. D., Sit, F. K., & Lau, J. (2006). Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU International*, 97, 1069-1073
- Young, K. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2), 172-177.
- Warzak, W. J. (1993). Psychological implications of nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics*, 32, 38-40.