

Perfil Comportamental de Crianças e Adolescentes Encaminhados para Atendimento por Enurese ou Outras Queixas

Marina Monzani da Rocha
Deisy Ribas Emerich
Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

*Universidade de São Paulo
São Paulo, São Paulo, Brasil*

RESUMO

Crianças e adolescentes com enurese compõem um grupo que frequentemente é encaminhado para atendimento psicológico em função do impacto que este transtorno pode causar. O presente trabalho comparou o perfil comportamental obtido a partir da resposta dos pais ao CBCL/6-18 de 163 crianças e adolescentes encaminhados para atendimento psicológico por apresentarem enurese com o de 79 crianças e adolescentes encaminhados em função de outros tipos de problemas. Poucas diferenças foram encontradas em função da faixa etária (crianças × adolescentes) dentro de cada grupo. Diferenças significativas foram encontradas na comparação dos grupos: os com enurese obtiveram escores mais elevados nas escalas que avaliam competências e mais baixos em sete das 11 escalas de problemas de comportamento. Os resultados sugerem estratégias diferenciadas de atendimento psicológico para as duas populações, com ênfase na enurese para o primeiro grupo e no desenvolvimento de competências e soluções para problemas comportamentais no segundo.

Palavras-chave: Avaliação; comportamento; criança; adolescente; enurese.

ABSTRACT

Behavioral Profile of Children and Adolescents Referred for Treatment Due to Enuresis or Other Complaints

Children and adolescents with enuresis compose a group that is often referred for psychology services due to the impact that the disorder can cause. The present study compared the behavioral profile obtained with the CBCL/6-18 filled out by the parents of 163 children and adolescents referred for psychological treatment due to enuresis with the behavioral profile of 79 children and adolescents referred due to other types of problems. Few differences were found considering the age group (children vs. youths) within each group. Significant differences were found in the groups' comparison: the enuresis one achieved higher scores on the competences' scales and lower on seven of the 11 problems' scales. Results suggest that different psychological strategies should be chosen for each group, with focus on enuresis for the first one and on the development of competencies and solution of behavioral problems for the second.

Keywords: Assessment; behavior; child; adolescent; enuresis.

RESUMEN

Perfil Conductual de Niños y Adolescentes Referidos a Tratamiento por Enuresis o Otras Quejas

Los niños y adolescentes con enuresis constituyen un grupo que a menudo son referidos a tratamiento psicológico por causa del impacto que este trastorno puede causar. Este estudio comparó el perfil conductual obtenido por la respuesta de los padres al CBCL/6-18 de 163 niños y adolescentes que se refieren a tratamiento psicológico porque presentan enuresis al perfil conductual de 79 niños y adolescentes que se refieren debido a otros problemas. Pocas diferencias fueron encontradas según lo grupo de edad (niños y adolescentes) dentro de cada grupo. Se encontraron diferencias significativas comparando los grupos: aquellos con enuresis tenían mayores puntuaciones en las escalas que evalúan las habilidades y más bajas en siete de las 11 escalas de problemas de conducta. Los resultados sugieren diferentes estrategias de tratamiento psicológico para las dos poblaciones, con énfasis en la enuresis para el primer grupo y en el desarrollo de habilidades y soluciones a los problemas de comportamiento en el segundo.

Palabras clave: Evaluación; comportamiento; niño; adolescente; enuresis.

INTRODUÇÃO

Em seu estudo inicial de caracterização de um serviço-escola brasileiro de psicologia, Silvaes (1991) encontrou um alto índice de evasão do atendimento e concluiu ser este um dos principais problemas com os quais os profissionais da área precisam lidar pelo fato da evasão indicar, de alguma forma, que o serviço oferecido não satisfaz plenamente as demandas da comunidade. Em estudo posterior, Silvaes (2000) propôs novas formas de atendimento psicológico para superar o problema da evasão e enfatizou a importância de estudos sobre a caracterização da população que busca os serviços, bem como das queixas mais frequentemente apresentadas, com o objetivo de proporcionar um atendimento que se adéque às necessidades daqueles que os procuram.

De acordo com a revisão da literatura feita por Santos e Silvaes (2006), os estudos realizados com a população infantil que procura atendimento nos serviços-escola brasileiros mostram que as principais razões para esta busca são a presença de comportamentos explícitos, como agressividade e problemas em seguir regras, e de problemas com o desempenho escolar. Além destas queixas, a enurese se configura como um distúrbio que atinge com alta frequência crianças e adolescentes que buscam o atendimento em serviços-escola (Cabral e Sawaya, 2001; Santos e Silvaes, 2006) e, nesse sentido, deve ser objeto de estudo dos profissionais da área.

Estudos epidemiológicos internacionais demonstram que 15-22% dos meninos e 7-15% das meninas na faixa de sete anos de idade apresentam enurese, bem como 1-2% dos adolescentes (Butler, 2001). Assim, observa-se que tal prevalência reduz com a idade. Esse dado tem se confirmado na literatura, independentemente de fatores culturais (Butler e Heron, 2008). No Brasil, ainda que haja poucos estudos epidemiológicos, alguns levantamentos sobre prevalência de enurese foram realizados. Mota, Victora e Hallal (2005), por exemplo, em uma investigação sobre disfunção miccional, encontraram taxas de prevalência de enurese de 20,1% em meninos e 15,1% em meninas na faixa etária dos cinco aos nove anos; Schoen-Ferreira, Marteleto, Medeiros, Fisberg e Aznar-Farias (2007), em um rastreamento sobre molhar a cama, encontraram 11,3% de respostas afirmativas na faixa etária dos sete aos 10 anos, 6,6% dos 11 aos 14 anos e 1,8% dos 15 aos 18 anos.

Essas diferentes taxas de prevalência, encontradas em estudos nacionais e internacionais, são explicadas em função de discrepâncias na metodologia utilizada e na definição do distúrbio (Butler, Robinson, Holland

e Doherty-Williams, 2004; Joinson, Heron, Emond e Butler, 2007). Entretanto, apesar das discrepâncias, os diferentes pesquisadores concordam sobre o fato de que o quadro é bastante comum, inclusive no Brasil, o que justifica inteiramente a busca de maior conhecimento sobre o tema.

Considerando esses pontos, Santos e Silvaes (2006), buscaram caracterizar as crianças encaminhadas para atendimento psicológico em função de enurese ou de outras queixas a partir da avaliação feita pelos pais das crianças dos dois grupos utilizando a “Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes de 4-18 anos” (CBCL4/18 – Achenbach, 1991). Estas pesquisadoras constataram que crianças encaminhadas para atendimento em função da enurese, na avaliação de seus pais, apresentam mais competências e menos dificuldades comportamentais do que crianças encaminhadas para atendimentos em serviço-escola de psicologia em função de outras queixas.

Utilizando a versão mais recente do CBCL/6-18 (Achenbach e Rescorla, 2001) como instrumento de avaliação, Rocha e Silvaes (2006) analisaram o relato de pais de adolescentes encaminhados em função de enurese e de outros motivos. Os dados deste estudo indicaram que os pais de adolescentes do segundo grupo reportam problemas em intensidade ou frequência superior aos pais dos adolescentes com enurese, resultado semelhante ao encontrado por Santos e Silvaes (2006). Para as autoras, o fato dos adolescentes com enurese não atingirem escores equivalentes à faixa clínica do instrumento é um indício de que a enurese é causa e não consequência de outros problemas psicológicos, convergindo com o que foi proposto por Redsell e Collier (2001).

O presente estudo tem como objetivo dar continuidade as investigações realizadas por Santos e Silvaes (2006) e Rocha e Silvaes (2006), de maneira a alcançar maiores informações sobre a caracterização comportamental das crianças e adolescentes encaminhados para atendimento psicológico em serviços-escola devido a enurese e a outros problemas comportamentais. Tal objetivo justifica-se pela importância de conhecer melhor a população que busca atendimento para melhor atendê-la. Espera-se que tais informações facilitem as discussões sobre as estratégias de atendimento para os tais grupos populacionais.

MÉTODO

Amostra

Participaram do estudo os pais de 131 crianças (6 a 10 anos) e 101 adolescentes (11 a 18 anos), inscritos em um serviço-escola de psicologia localizada na cidade de

São Paulo/SP. Esses participantes foram divididos em dois grupos em função do motivo do encaminhamento: 163 (90 crianças e 73 adolescentes) encaminhados em função da enurese – grupo “Enurese” – e 79 (41 crianças e 38 adolescentes) encaminhados em função de outros problemas – grupo “Clínica”. Um teste qui-quadrado de *Pearson* indicou não haver diferença significativa entre os grupos no que se diz respeito a distribuição dos participantes por sexo ($p = 0,212$), sendo que 67,1% dos participantes do grupo Enurese e 69,3% do grupo Clínica pertenciam ao sexo masculino. Além disso, um teste *t* de *Student* revelou que os grupos eram homogêneos com relação à idade ($p = 0,143$), sendo a idade média 10,0 anos (desvio padrão = 2,8 anos) no grupo Enurese e 10,6 anos (desvio padrão = 3,5 anos) no grupo Clínica.

Instrumento

A avaliação do perfil comportamental dos participantes foi feita a partir das respostas dos pais ao “Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre seis e 18 anos”, versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL/6-18 – Achenbach e Rescorla, 2001). Este instrumento, muito utilizado internacionalmente, com traduções para mais de 85 idiomas e mais de 6500 artigos publicado (Achenbach e Rescorla, 2010), tem como objetivo avaliar as competências e os problemas comportamentais de uma criança ou adolescente de acordo com o relato de seus pais ou cuidadores (Achenbach e Rescola, 2001).

O CBCL/6-18 é um questionário composto por 138 itens, dos quais 20 são destinados à avaliação das competências da criança em três escalas: Competência em Atividades, Competência Social e Competência Escolar, e 118 se referem à avaliação dos problemas de comportamento, divididos em oito escalas: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas de Atenção, Problemas com o Pensamento, Violação de Regras e Comportamento Agressivo (Achenbach e Rescorla, 2001). A soma das escalas de competências fornece um escore na Escala Total de Competências. Já as soma de escalas de problemas de comportamento são três, sendo que as três primeiras escalas de problemas de comportamento compõem a Escala de Internalização e a soma das duas últimas a Escala de Externalização e, por fim, a soma de todos os itens de problemas de comportamento gera a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (Achenbach e Rescorla, 2001).

A pontuação bruta obtida em cada uma das escalas do CBCL é convertida em Escores T, que possuem pontos de corte para as faixas normal, limítrofe e

clínica (Achenbach e Rescorla, 2001). Para este estudo a faixa limítrofe foi agrupada à faixa clínica buscando minimizar a ocorrência de crianças com escore fora da faixa clínica no perfil do CBCL/6-18, embora na realidade precisem de ajuda psicológica, conforme a recomendação de Achenbach e Rescorla (2001) para pesquisas que utilizam o CBCL/6-18.

No Brasil, ainda não temos normas estabelecidas para o instrumento. Bordin, Mari e Caeiro (1995) realizaram um estudo de validação preliminar do CBCL/4-18 (Achenbach, 1991), através do qual encontraram resultados favoráveis, principalmente no que se refere à sensibilidade do instrumento, e concluíram que o uso do questionário é válido para a população brasileira.

Procedimento

Avaliação da Enurese

A enurese foi avaliada por profissionais da área de psicologia, através de um questionário com perguntas destinadas a identificar o tipo de enurese apresentado. Para definir o diagnóstico de enurese monossintomática, utilizou-se o critério da Sociedade Internacional de Continência em Crianças (ICCS): é a micção normal, involuntária, durante o sono em crianças que não apresenta outros problemas nos tratos urinários e sem histórico de disfunção miccional (Nevés et al., 2006). Não foram incluídos no presente estudo casos que foram diagnosticados como incontinência intermitente diurna (micção normal, involuntária, durante a vigília em crianças que não apresentam outros problemas nos tratos urinários e sem histórico de disfunção miccional) ou enurese combinada (incontinência intermitente diurna e noturna).

Avaliação das Competências e Problemas de Comportamento

Para o grupo “Clínica”, o inventário CBCL/6-18 foi respondido pelos pais, individualmente, no momento da inscrição do filho no serviço-escola de psicologia, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando necessário, foi oferecida a ajuda de um entrevistador devidamente treinado para o preenchimento do questionário. Os pais de crianças ou adolescentes com enurese também responderam ao inventário antes do início do tratamento oferecido. Nesse grupo, o CBCL/6-18 foi enviado por correio após a inscrição para o atendimento, juntamente com uma carta com orientações sobre preenchimento e a disponibilização de um telefone para esclarecimento de dúvidas, de maneira a facilitar a resposta direta ao inventário.

Cuidados éticos

O presente estudo faz parte de dois projetos maiores aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Of.6306/CEPH-20/12/06; Prot.-1007/CEPH-IP/23/04/2007), e seguiu todas as normas estabelecidas pela legislação vigente sobre ética na pesquisa com seres humanos.

Análise dos dados

As respostas dadas ao CBCL/6-18 foram computadas utilizando-se o Assessment Data Manager (ADM 7.2b), “software” especialmente desenvolvido para esse fim (Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2006). Posteriormente foram realizados testes univariados de variância (ANOVA) para verificar o efeito da variável idade (Criança × Adolescente) dentro de cada um dos grupos e da variável grupo (Enurese × Clínica) nos escores T obtidos nas escalas de competências e problemas de comportamento do CBCL/6-18. As análises foram realizadas através do programa estatístico PASW Statistics 18.0 (Norusis, 2010). O critério adotado para significância estatística foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Inicialmente, para verificar se havia diferença no perfil comportamental das crianças e os adolescentes encaminhados para atendimento psicológico em

função de problemas diversos (grupo Clínica), foram comparados os resultados obtidos com o CBCL/6-18 em cada uma das faixas etárias. A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos.

Os testes de variância univariados ANOVA apontaram efeito da variável faixa etária apenas para as escalas Competência Escolar ($F(1, 65) = 5,07$, $p = 0,028$) e Queixas Somáticas ($F(1, 78) = 3,983$, $p = 0,049$). Nessas escalas, as crianças obtiveram melhores resultados, visto que seus pais indicaram um melhor desempenho escolar e a presença de menos problemas somáticos, como dores sem causas do ponto de vista médico.

Analisando os escores T médios obtidos, nota-se que as crianças e os adolescentes do grupo Clínica atingiram a faixa clínica para a escala Comportamento Agressivo e nas somas de escalas Total de Competências, Internalização, Externalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. Apesar de não haver diferença estatística em função da idade, apenas os adolescentes atingiram um escore médio equivalente a faixa clínica para a escala Competência em Atividades, o que significa que os pais dos adolescentes encaminhados para atendimento psicológico relataram que seus filhos estão engajados em menos atividades, sejam elas esportes, passatempos ou trabalhos/tarefas, do que é esperado para a faixa etária.

Em seguida, foram comparados os escores obtidos através do CBCL/6-18 para as crianças e adolescentes do grupo Enurese. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos.

TABELA 1
Escore obtidos nas escalas do CBCL para as crianças e os adolescentes do grupo Clínica.

Escalas	Grupo “Clínica” – Crianças (N=41)		Grupo “Clínica” – Adolescente (N=38)		Quem atingiu melhor resultado?
	Escore T Médio	DP	Escore T Médio	DP	
Competência em Atividades	37,59	12,10	33,13 – C	7,85	–
Competência Social	37,93	9,24	38,95	7,47	–
Competência Escolar*	41,45	9,67	36,30	10,14	Crianças
Escala Total de Competências	33,82 – C	9,89	30,22 – C	8,06	–
Ansiedade/Depressão	62,76	7,96	64,42	9,99	–
Retraimento/Depressão	60,95	9,55	62,89	8,42	–
Queixas Somáticas*	57,05	7,07	60,29	7,36	Crianças
Problemas de Sociabilidade	64,46	8,20	63,00	9,34	–
Problemas com o Pensamento	59,61	7,73	60,53	9,25	–
Problemas de Atenção	59,05	7,01	57,82	5,48	–
Violação de Regras	59,78	7,39	60,97	9,06	–
Comportamento Agressivo	67,98 – C	12,79	66,76 – C	12,69	–
Escala de Internalização	60,49 – C	11,02	64,26 – C	8,26	–
Escala de Externalização	63,29 – C	13,01	64,03 – C	9,99	–
Escala Total de Problemas de Emocionais/Comportamentais	64,37 – C	8,50	64,74 – C	8,92	–

DP = Desvio Padrão; C = Faixa Clínica; * $p < 0,05$.

TABELA 2
Escores obtidos nas escalas do CBCL para as crianças e os adolescentes do grupo Enurese.

Escalas	Grupo "Enurese" – Crianças (N=95)		Grupo "Enurese" – Adolescentes (N=68)		Quem atingiu melhor resultado?
	Escore T Médio	DP	Escore T Médio	DP	
Competência em Atividades	39,52	8,55	40,44	8,79	–
Competência Social*	42,53	8,15	39,60	7,62	Criança
Competência Escolar	45,37	7,73	44,76	7,41	–
Escala Total de Competências	38,92 – C	8,63	37,70 – C	8,50	–
Ansiedade/Depressão	60,63	8,62	61,71	7,19	–
Retraimento/Depressão*	59,32	7,36	61,73	8,01	Criança
Queixas Somáticas	59,77	7,43	60,90	6,88	–
Problemas de Sociabilidade	60,00	7,53	60,82	8,45	–
Problemas com o Pensamento	57,90	7,50	57,27	6,98	–
Problemas de Atenção	56,43	6,47	57,01	5,39	–
Violação de Regras	57,66	7,13	57,99	6,39	–
Comportamento Agressivo	61,91	10,18	60,70	8,41	–
Escala de Internalização	61,08 – C	8,52	63,40 – C	6,46	–
Escala de Externalização	59,56	10,02	59,47	7,80	–
Escala Total de Problemas de Emocionais/Comportamentais	61,90 – C	9,17	62,86 – C	6,69	–

DP = Desvio Padrão; C = Faixa Clínica; * p < 0,05.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas para a escala e Retraimento/Depressão ($F(1, 163) = 3,975, p = 0,048$), na qual as crianças com enurese obtiveram melhores resultados que os adolescentes. Ambos os grupos etários atingiram escores T equivalentes à faixa clínica para as somas de escala Total de Competências, Internalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Os resultados dos testes iniciais indicaram pouca diferença na avaliação que seus pais fazem

dos comportamentos das crianças e os adolescentes dentro de cada um dos grupos (Clínica e Enurese). Dessa forma, os participantes das diferentes idades puderam ser agrupados apenas em função do tipo de serviço para o qual foram encaminhados para as análises posteriores. A Tabela 3 apresenta os escores T médios obtidos pelos participantes do grupo Enurese e Clínica, bem como o grau de significância da diferença encontrada entre eles e o sentido da diferença, quando presente.

TABELA 3
Escores obtidos nas escalas do CBCL para as crianças e os adolescentes do grupo Clínica e do grupo Enurese.

ESCALAS	Grupo "Clínica" (N=79)		Grupo "Enurese" (N=163)		Quem atingiu melhor resultado?
	Escore T Médio	DP	Escore T Médio	DP	
Competência em Atividades**	35,44	10,45	39,93	8,64	Enurese
Competência Social*	38,41	8,41	41,23	8,03	Enurese
Competência Escolar**	38,88	10,17	45,09	7,57	Enurese
Escala Total de Competência**	32,05 – C	9,15	38,36 – C	8,56	Enurese
Ansiedade/Depressão*	63,55	8,97	61,11	8,00	Enurese
Retraimento/Depressão	61,89	9,02	60,40	7,72	–
Queixas Somáticas	58,61	7,35	60,28	7,19	–
Problemas de Sociabilidade*	63,76	8,74	60,37	7,94	Enurese
Problemas com o Pensamento*	60,05	8,45	57,62	7,26	Enurese
Problemas de Atenção*	58,46	6,31	56,69	6,00	Enurese
Violação de Regras*	60,35	8,20	57,80	6,79	Enurese
Comportamento Agressivo**	67,39 – C	12,67	61,37	9,42	Enurese
Escala de Internalização	62,30 – C	9,91	62,12 – C	7,73	–
Escala de Externalização*	63,65 – C	11,59	59,52	9,07	Enurese
Escala Total de Problemas de Emocionais/Comportamentais	64,54 – C	8,65	62,33 – C	8,14	Enurese

Legenda: DP = Desvio Padrão; C = Faixa Clínica; ** p<0,001; * p<0,05.

Diferenças significativas foram encontradas para as escalas Competência em Atividades ($F(1, 242) = 12,483; p < 0,01$), Competência Social ($F(1, 240) = 6,292; p = 0,022$), Competência Escolar ($F(1, 220) = 25,108; p < 0,01$), Escala Total de Competências ($F(1, 218) = 23,800; p < 0,01$), Ansiedade/Depressão ($F(1, 242) = 4,566; p = 0,034$), Problemas de Sociabilidade ($F(1, 242) = 9,082; p = 0,003$), Problemas com o Pensamento ($F(1, 242) = 5,35; p = 0,022$), Problemas de Atenção ($F(1, 242) = 4,436; p = 0,036$), Violação de Regras ($F(1, 242) = 6,534; p = 0,011$), Comportamento Agressivo ($F(1, 242) = 17,230; p < 0,01$) e Escalas de Externalização ($F(1, 242) = 9,156; p = 0,003$). Em todas essas escalas o grupo Enurese atingiu escores melhores que o grupo Clínica, ou seja, escores mais elevados nas escalas que envolvem competências e escores mais baixos nas escalas de problemas emocionais e comportamentais.

Os escores T obtidos pelo grupo Clínica estão na faixa clínica do instrumento para a escala Comportamento Agressivo e nas somas de escala Total de Competências, Internalização, Externalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. Já os com enurese atingem a faixa clínica na soma das escalas Total de Competências, Internalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

DISCUSSÃO

As análises apresentadas complementam os resultados encontrados por Santos e Silvaes (2006) e por Rocha e Silvaes (2006), visto que a amostra foi ampliada e que análises intragrupos (crianças \times adolescentes) foram realizadas. A partir dos dados obtidos, podemos afirmar que o perfil comportamental das crianças e dos adolescentes com enurese, bem como o perfil comportamental das crianças e dos adolescentes encaminhados para atendimento psicológico em função outros problemas, são bastante semelhantes, visto que pouca diferença estatisticamente significativa foi encontrada em função da faixa etária dentro de cada um dos dois grupos. Esse resultado, no que se refere ao grupo Enurese, não era esperado, já que a literatura internacional aponta um aumento nos problemas de comportamento na população com este transtorno diretamente proporcional ao aumento da idade (Liu, Sun, Ushiyama, Li e Okawa, 2000; Redsel e Collier, 2001), provavelmente em decorrência do fato de que, com aumento da idade, o adolescente tem que lidar com maior intolerância dos pais (Theunis, Van Hoecke, Paesbrugge, Hoebeke e Walle, 2002) e com restrições sociais, causadas pela enurese, o que, conseqüentemente, pode contribuir para o

aparecimento de outras dificuldades comportamentais, como retraimento e depressão.

Ao comparar os escores obtidos no CBCL de crianças e adolescentes do grupo Enurese com o do grupo Clínica, observaram-se maiores diferenças. A partir do relato dos pais, as crianças e adolescentes com enurese apresentam menos problemas comportamentais e mais competências. Estas informações também convergem com os resultados encontrados por Santos e Silvaes (2006) que, na comparação do relato dos pais de crianças com enurese e crianças encaminhadas para um serviço-escola, concluíram que a amostra de participantes com enurese obteve escores maiores nas escalas de competências e menores nas escalas de problemas de comportamento.

A literatura aponta que a enurese primária está associada a problemas de internalização e que, após tratamento da enurese, há uma redução nos escores desta escala – um indicio de que esses problemas são consequência, e não causa da enurese (HiraSing, van Leerdam, Bolk-Bennink e Koot, 2002; Rocha, Costa e Silvaes, 2008). Em uma pesquisa realizada na Holanda, cujo objetivo era investigar os efeitos que o tratamento da enurese primária tem sobre outros problemas de comportamento, foi observado que os participantes com enurese, seis meses após tratamento, obtiveram uma redução nos escores de problemas do CBCL. Esta diferença se revelou mais significativa no que se refere aos escores obtidos na Escala de Internalização, mais especificamente nos problemas agrupados em ansiedade/depressão (HiraSing et al., 2002). No presente estudo, não foram encontradas diferenças entre os escores obtidos a partir da resposta dos pais das crianças/adolescentes com enurese e das encaminhadas para o serviço-escola em função de outras queixas no que se refere à Escala de Internalização. Considerando que o inventário foi respondido antes do início do tratamento em ambos os grupos, e que a literatura internacional aponta uma maior prevalência de problemas de internalização na população com enurese, como anteriormente mencionado, esse resultado não parece surpreender. As crianças e adolescentes com enurese possivelmente apresentam problemas de internalização com a mesma intensidade ou frequência que os encaminhados para atendimento psicológico em função outras queixas diversas. A diferença existente entre os dois grupos está nos problemas de externalização, que são muito mais frequentes no grupo Clínica. Além disso, observou-se diferença entre os grupos no que tange a Escala Total de Competências, sendo que os participantes com enurese parecem estar mais envolvidos em atividades e relacionamentos sociais, bem como apresentam

um melhor desempenho escolar do que seus pares encaminhados para atendimento psicológico em função de outros motivos.

É importante lembrar que a relação entre enurese e problemas de comportamento ainda não está bem estabelecida, visto que não há consenso na literatura internacional sobre o assunto (Redsell e Collier, 2001) e com o estudo realizado, não podemos chegar a uma conclusão definitiva sobre o isto, a não ser de que é, de fato, importante que haja mais estudos para caracterização da população de com enurese.

Alguns pontos devem ser destacados como limitações dos resultados deste estudo. Inicialmente, é preciso considerar que os dados de avaliação de problemas de comportamento foram obtidos por meio das respostas aos pais ao inventário CBCL, e que, por basear-se nestas fontes secundárias, estão sujeitos a variações derivadas da percepção do informante que pode carregar alguns vieses. Outro fator limitador se refere à ausência de maiores informações sobre os pais que responderam ao inventário, incluindo o estado civil dos mesmos, pois sabe-se que pais e mães podem perceber os problemas de comportamento de seus filhos de forma distinta e, em caso de pais separados, esta diferença de percepção pode ser ainda mais significativa.

Apesar destes limitadores, os resultados encontrados pelo presente estudo, condizentes com a literatura nacional e internacional, indicam pontos a serem cuidados em estudos futuros de mesma natureza. A composição dos grupos poderia ser feita após a elaboração do diagnóstico clínico para ser possível controlar: 1) o tipo de psicopatologia que as crianças e os adolescentes encaminhados para atendimento psicológico apresentam; 2) a intensidade do problema, ou a real necessidade de atendimento psicológico dos participantes deste grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise e discussão dos dados, observa-se que o presente estudo respondeu sua principal questão, concluindo que a população que busca atendimento específico para enurese não é semelhante àquela que busca tratamento no serviço-escola em função de outros problemas de comportamento. Dessa forma, há mais um ponto de concordância com Santos e Silveiras (2006), qual seja o da sugestão de implantação de estratégias diferenciadas para o atendimento psicológico dessas duas populações, com ênfase no problema de enurese, no caso do primeiro grupo, e ao desenvolvimento de competências e soluções para os problemas de comportamento, no segundo.

Além disso, constatou-se uma clara semelhança intragrupos, ou seja, independentemente da faixa etária, crianças e adolescentes com enurese apresentam outras dificuldades emocionais/comportamentais com a mesma intensidade ou frequência, o que sugere a possibilidade de um mesmo tipo de tratamento ser aplicado para ambos os grupos etários.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2010). *Mental Health Practitioners' Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*, (7th ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach System of Empirically Based Assessment (2006). *Manual for the Assessment Data Manager Program (ADM)*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Bordin, I.A.S., Mari, J.J. & Caeiro, M.F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Butler, R.J. (2001). The impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scandinavian Journal Urology and Nephrology*, 35, 605-616.
- Butler, R.J. & Heron, J. (2008). The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood: A large British cohort. *Scandinavian Journal Urology and Nephrology*, 42, 257-264.
- Butler, R.J., Robinson, J.C., Holland, P. & Doherty-Williams, D.D. (2004). An exploration of outcome criteria in nocturnal enuresis treatment. *Scandinavian Journal Urology and Nephrology*, 38, 196-206.
- Cabral, E. & Sawaya, S.M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6, 143-155.
- HiraSing, R.A, van Leerdam, F.J.M, Bolk-Bennink, L.F. & Koot, H. M. (2002). Effect of Dry Bed Training on behavioral problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91, 960-964.
- Liu, X., Sun, X., Ushiyama, M., Li, Y. & Okawa, M. (2000). Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1557-1564.
- Joinson, C., Heron, J., Emond, A. & Butler, R. (2007). Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *Journal Pediatric Psychology*, 32, 605-616.
- Mota, D.M., Vitoria, C.G. & Hallal, P.C. (2005). Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal Pediatria*, 81, 225-232.
- Nevéus, T., von Gontard, A., Hoebeke, P., Hijälms, K., Bauer, S., Bower, W., Jørgensen, T.M., Rittig, S., Vande Walle, J., Yeung, C.K. & Djurhuus, J.C. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescent: report from the Standardization Committee of the

- International Children's Continenence Society. *Journal Urology*, 176, 314-324.
- Norušis, M.J. (2010). PASW Statistics 18 Guide to Data Analysis. New Jersey: Prentice Hall.
- 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.
- Rocha, M.M. & Silvaes, E.F.M. (2006). Projeto triagem: Uso do CBCL e YSR para avaliação de adolescentes em clínicas-escola. Relatório de pesquisa encaminhado à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.
- Rocha, M.M., Costa, N.J.D. & Silvaes, E.F.M. (2008). Changes on parents reports and self-reports of behavioral problems in Brazilian adolescents after urine alarm treatment for nocturnal enuresis. *International Brazilian Journal Urology*, 34(6), 749-757.
- Santos, E.O.L. & Silvaes, E.F.M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 277-282.
- Schoen-Ferreira, T.H., Marteleto, M.R., 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.
- Silvaes, E.F.M. (1991). *Caracterização comportamental e sócio-econômica da clientela infantil de uma clinica-escola de psicologia de São Paulo*. I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Silvaes, E.F.M. (2000). Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico em uma clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 149-180.
- Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P. & Walle, J. (2002). Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *European Urology*, 41, 660-667.

Recebido em: 07.02.2011. Aceito em: 04.01.2012.

Autores:

Marina Monzani da Rocha – Aluna de Pós-Graduação (Doutorado) em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Deisy Ribas Emerich – Aluna de Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Edwiges Ferreira de Mattos Silvaes – Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Enviar correspondência para:

Marina Monzani da Rocha
 Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco F, sala 30 – Cidade Universitária
 CEP 05508-030, São Paulo, SP, Brasil
 E-mail: marinamonzani@gmail.com