

Influências Familiares no Processo de Psicoterapia Infantil: Enurese Diurna e Noturna - Estudo de Caso

Ana Paula de Oliveira¹
Veronica Aparecida Pereira²
Daniela Cristina Bottega³

Resumo

A enurese pode gerar desconforto físico, comprometimento social e/ou acadêmico. Para alteração do quadro, a família apresenta-se como importante mediadora, possibilitando implementação de rotinas que contribuam para melhora do quadro. Neste estudo apresenta-se um caso clínico de enurese infantil, à luz da Análise Aplicada do Comportamento, descrevendo as contingências de manutenção do quadro e as alterações necessárias no contexto familiar. Trata-se do atendimento de uma menina com oito anos de idade com queixa de enurese diurna e noturna. O caso desenvolveu-se em 52 sessões, em uma clínica escola. A avaliação apontou para intervenção na área de autocuidados, pautando-se principalmente em manejos comportamentais positivos, autorregistro e treino de musculatura pélvica. A mãe atuou como importante mediadora para aquisição de repertórios que possibilitaram maior autocontrole, autocuidados e autonomia da criança, levando a eliminação do quadro enurético.

Palavras-chave: enurese; autocontrole; Análise do Comportamento Aplicada.

Family Influences in Child Psychotherapy Process: Diurnal and Nocturnal Enuresis – A Case Study

Abstract

Enuresis may cause physical discomfort plus social and/or academic impairment. In this treatment, the family presents itself as an important mediator, enabling implementation of routines that contribute to improvement. In this study we present a case of bedwetting children, from the Applied Behavior Analysis, describing the frame maintenance contingencies and the necessary changes in the family context. This case was about an eight years old girl complaining of diurnal and nocturnal enuresis. Psychological care was provided during 52 sessions held in a school-clinic. Assessment led to interventions related to self-care, based on positive behavioral management strategies, self-registering and pelvic muscle training. The girl's mother was an important mediator for acquisition of

¹ Psicóloga (UFGD), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Unesp-Bauru.

² Psicóloga, Doutora em Educação Especial (UFSCar), Docente do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD. Pós-Doutorado pela Universidade do Porto em Psicologia do Desenvolvimento. E-mail: veronica.ufgd.tci@gmail.com

³ Psicóloga, formada pela Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD.

repertoires that allowed greater self-control, self-care and child autonomy, leading to elimination of the enuresis.

Keywords: *enuresis, self-control, Applied Behavior Analysis.*

Introdução

Enurese é um termo conhecido como sinônimo de incontinência urinária quando envolve a questão da incontabilidade do ato de micção, sendo comumente descrita como “o não-controle de eliminação urinária” e cujos critérios são apontados pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2014).

No entanto, estabelecer se uma criança é enurética ou não pode não ser tão simples, visto que além da presença dos critérios, comuns nos manuais de classificação, requer a compreensão da ocorrência de escape em locais inadequados, sem que haja uma condição clínica geral (Pereira & Silveiras, 2006) além de uma análise minuciosa em termos de frequência, manutenção e contingências nas quais o problema se apresenta.

Os dados epidemiológicos segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM V (APA, 2014) apontam que a prevalência de enurese é de 5 a 10% entre crianças de cinco anos, de 3 a 5% entre crianças de 10 anos e em torno de 1% entre indivíduos com 15 anos ou mais e o transtorno é mais comum no sexo masculino do que no feminino.

As implicações da enurese podem não impactar diretamente em prejuízos físicos ou cognitivos, mas pode interferir nas relações interpessoais pela possibilidade constante de constrangimento entre os pares (Emerich, Sousa & Silveiras, 2011) podendo estes prejuízos relacionar-se a problemas no desempenho acadêmico (Velooso, Mello, Ribeiro Neto, Barbosa & Silva, 2016). Além de impactar a pessoa que apresenta um quadro de enurese, o transtorno repercute negativamente também sobre a família, tendo em vista a elevação de despesa, tempo e esforços associados à limpeza e compra de novas roupas pessoais, fraldas e roupas de cama, bem como colchões e travesseiros (Soares, Moreira, Monteiro & Fonseca, 2005), podendo afetar significativamente a qualidade de vida da criança e sua família, inclusive, em períodos posteriores à infância (Lebi, Fagundes & Koch, 2016).

No estudo de Ferrari, Alckmin-Carvalho, Silveiras e Pereira (2015) em uma amostra de 31 participantes com enurese noturna com idades entre seis e 15 anos e suas respectivas mães, na qual estas identificaram que as crianças e adolescentes apresentavam problemas de comportamento clínico, sendo mais frequentes os internalizantes. A forma como as mães lidam com a condição de enurese dos filhos esteve associada ao impacto relatado pela criança e adolescente. Neste estudo, as mães mais intolerantes têm filhos mais impactados, e o nível de intolerância delas parece aumentar à medida que a criança ou o adolescente ficam mais velhos. Segundo os autores, esses achados apontam que os prejuízos associados à presença de enurese na criança quando tratada pode minimizar os indicadores de problemas comportamentais, além disso, a forma como as mães compreendem essa condição e manejam o comportamento de seus filhos pode agravar as dificuldades ou funcionar como um fator de proteção para o desenvolvimento infantil.

Além das mudanças comportamentais, devidamente monitoradas e incentivadas, é necessária uma avaliação médica para confirmação do diagnóstico da enurese e definição do plano de tratamento, que abrange várias possibilidades de intervenções, como o processo terapêutico comportamental. Definir uma direção efetiva a ser seguida no trabalho de intervenção clínica comportamental com crianças, sistematizando as ações terapêuticas, pode tornar o processo mais organizado e facilitar que os resultados sejam claramente avaliados em função dos procedimentos empregados ao longo da intervenção (Moura & Venturelli, 2004).

O processo terapêutico pode ser compreendido como uma sequência lógica e organizada de procedimentos psicológicos que produzem mudanças comportamentais graduais no cliente, as quais ao longo do curso da terapia vão se alterando e subsidiando a implementação de novos procedimentos por parte do terapeuta, sempre com vistas à meta final de melhora do cliente (Moura & Venturelli, 2004). Como diagnóstico diferencial, precisam ser descartadas as hipóteses do quadro se apresentar como sintomatologia de abuso infantil (Anderson et al., 2014). O treino direto pode se mostrar necessário, para que a criança desenvolva novos repertórios e adquira confiança em seu desempenho a fim de generalizar as novas aquisições comportamentais fora do contexto clínico. Assim, a criança poderá desenvolver mais segurança e controle da situação, permitindo o aumento gradativo da complexidade das tarefas. Entre os treinos diretos relacionados a enurese foram destacados no presente estudo a auto-observação, auto avaliação e registro (Ervin, Bankert & Dupaul, 1999), treino da musculatura do assoalho pélvico (Campos et al., 2013; Zivkovic et al., 2012), e promoção da autonomia (Ervin .Bankert & Dupaul, 1999; Moura & Venturelli, 2004).

Cumprir lembrar que não se trata de um receituário de técnicas e manobras. A compreensão da história de vida da criança e das variáveis ambientais que contribuem para eliminação ou manutenção dos sintomas é de fundamental importância. Para tanto, o terapeuta precisará investigar junto aos pais o seu potencial de mediação, como observadores e possibilitadores de manejos comportamentais positivos em relação aos ganhos obtidos pela criança, favorecendo a manutenção de pequenos ganhos obtidos no início do processo, capazes de aumentar as condições de confiança e autocontrole. O atendimento da criança deverá ser lúdico, respeitando suas preferências, ajudando-a no desenvolvimento de novas habilidades e conquista de maior autonomia ao cuidar de si. Deverá, sobretudo, promover o bem-estar social da criança e sua família. A família, por sua vez, deverá ser pensada a partir das diferentes configurações existentes na sociedade (Cunico & Arpini, 2013), considerando os conflitos e laços que fortalecem ou dificultam a resolução de conflitos do cotidiano.

Compreender o que a criança sente durante este processo contribui para que os pais possam assegurar um espaço de diálogo e não de punição. Embora os sentimentos e emoções não estejam diretamente relacionados a causas da enurese, precisam ser compreendidas como subprodutos (Skinner, 1998), para os quais o terapeuta deve destinar especial atenção. O contexto familiar pode ser um ponto de partida para a compreensão dos mesmos.

O comportamento dos pais ou cuidadores diante do quadro enurético pode oportunizar o encorajamento da criança no enfrentamento da problemática (mudanças de rotina, auto-observação e desenvolvimento de estratégias de controle) favorecendo emoções e sentimentos positivos sobre si, o que contribui para um autoconceito positivo. De outra forma, sentimentos e emoções negativas

podem ser experienciadas diante de críticas constantes, que acabam por reforçar ainda mais a ocorrência dos escapes, visto que a criança se sente incapaz de modificar o quadro, não se engajando em atividades que possam contribuir para o monitoramento, observação e autocontrole. Sá et al. (2016) indicaram que pais que tiveram histórico de enurese acompanhada de punição são mais propensos a reproduzirem práticas de punição verbal e física com seus filhos. Em seu estudo, a maior ocorrência foi de reprodução de punição verbal, principalmente com o sexo feminino. A prática de punição física também se encontra relacionada ao fato dos cuidadores atribuírem às crianças voluntariedade aos escapes, punindo-os fisicamente por isso (Veloso et al., 2016).

Pais e cuidadores colaborativos são sensíveis a pequenos avanços, elogiam e valorizam mudanças comportamentais. Além disso, diante dos escapes, valorizam a resolução de problemas (estratégias de higiene e cuidado para afastar a condição aversiva – roupa molhada e cheiro de urina), incentivando novas tentativas de controle, observação e ganhos em relação à autonomia (Moura & Venturelli, 2004).

Diante disso, este artigo tem por objetivo relatar um estudo de caso de enurese, realizado em uma clínica-escola, na perspectiva da Análise Aplicada do Comportamento, investigando quais variáveis estavam presentes na queixa e como a família pode contribuir para a evolução do caso.

Método

Para apresentação do caso clínico, o presente estudo encontra-se organizado a partir da descrição da queixa, análise de repertório inicial da cliente, análise funcional, objetivos propostos, plano de intervenção, desenvolvimento do caso e discussão.

A participante foi uma criança de oito anos, do sexo feminino, cujos pais eram separados. A mesma foi atendida numa clínica-escola de psicologia com a queixa de enurese diurna e noturna. A cliente assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e sua mãe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhes assegurados todos os direitos previstos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Como instrumentos foram utilizados: entrevista inicial (anamnese), *Child Behavior Check List* – CBCL (Achenbach, 1991) para pais, jogos, desenhos, agenda para auto registro do comportamento e atividades lúdicas.

O caso clínico desenvolveu-se em 52 sessões, em duas fases distintas (Fase 1 – Terapeuta 1 – T1, Fase 2 – Terapeuta 2 – T2). No início do tratamento a cliente foi atendida duas vezes por semana, sendo realizadas também orientações à sua mãe. Após as férias e início de um novo acompanhamento com a segunda terapeuta, a cliente passou a ser atendida uma vez por semana, tendo continuidade às orientações à mãe.

Histórico da queixa e de vida da cliente

A cliente, Fernanda (aqui nomeada de modo fictício, assim como a mãe, para facilitar a comunicação) de oito anos, foi encaminhada à clínica escola pela mãe (Maria), em 2013. Por se tratar de uma clínica escola, no final de 2013 houve transição de terapeutas, mantendo-se a mesma

supervisora. Deste modo, Fernanda foi atendida pela Terapeuta 1 (T1) no segundo semestre de 2013 e pela Terapeuta 2 (T2) durante o ano de 2014.

A queixa inicial, apresentada por Maria, era que Fernanda apresentava um quadro de enurese noturna e diurna, usava fraldas para dormir e durante o dia para ir à escola. Passou por avaliação médica, fazendo uso de dois medicamentos, sem obter resultado. Desde então, procurou acompanhamento psicológico.

Ao relatar sobre o histórico de vida da filha, Maria informou que era separada do pai de Fernanda e casou-se novamente. Os ambientes noturnos da cliente alternavam-se em dormir com a mãe (antes do casamento), dormir com a avó materna ou sozinha (no quarto novo, compartilhado com dois irmãos, depois do casamento) ou dormir na casa da avó paterna, durante os finais de semana que passava com o pai. As regras em ambientes diferentes não eram comuns, assim como a consequência de urinar na cama, que se alternava entre punições (desaprovação por parte da mãe) e cuidados paliativos (uso de fralda sem tentativa de mudança comportamental).

No relato da mãe, foi possível identificar que Fernanda é a filha do meio e do segundo casamento da mãe. Tem um irmão mais velho, de 13 anos, do primeiro casamento da mãe, e um irmão mais novo, de um ano e sete meses, do casamento atual. Segundo a mãe, ela relacionava-se bem com os irmãos, com padrasto e com o pai.

Fernanda estava no 4º ano e estudava à tarde. Sua rotina de manhã era bastante prejudicada, pois acordava muito tarde, fato que a mãe muitas vezes responsabilizava a avó que tinha pena de acordá-la cedo. Seu desempenho na escola era excelente, contrário ao apontado pelas crianças no estudo de Veloso et al. (2016), para as quais verificou-se baixo desempenho escolar para crianças com quadro enurético. No entanto, ocorrências de escape durante as aulas, faziam com que ela usasse fraldas mesmo durante o dia, sentindo-se constrangida nas interações entre os pares.

Desenvolvimento do caso clínico

Durante a apresentação da queixa inicial, a mãe e o pai de Fernanda foram ouvidos separadamente. Também responderam ao *Child Behavior Check List* - CBCL (Achenbach, 1991) para que se discriminar se além dos problemas relatados haveriam outros e como a queixa era percebidos em diferentes contextos. O resultado do CBCL confirmou os apontamentos da queixa, direcionando para uma intervenção focalizada, de acordo com a visão da mãe. No entanto, os resultados assinalados pelo pai não apontavam para índices que requeriam intervenção. Contudo, cumpre lembrar que, pelo fato de estarem separados, talvez ele não percebesse a gravidade da questão da enurese na vida acadêmica e social da filha.

Uma importante contribuição da terapia comportamental infantil é compreender como a queixa apresentada pelos adultos é percebida pela criança. Nos atendimentos iniciais, Fernanda mostrou-se extremamente sociável, demonstrava saber porque estava na clínica e que se prontificava a realizar as atividades propostas, inicialmente, com o objetivo de se sentir melhor na escola, sem o uso de fraldas. A terapeuta explicou que isso aconteceria aos poucos, com o cuidado de não lhe gerar nenhum desconforto. A cliente concordou em contribuir durante as intervenções.

Análise de repertório comportamental da cliente

Nas sessões com a cliente foi possível observar que Fernanda apresentou um bom nível de sociabilidade e excelente repertório de leitura, escrita, raciocínio lógico, o que favorecia o engajamento em jogos, leitura de história e regras de brincadeiras, aspectos que se mostraram importantes para adesão à terapia e vínculo com a terapeuta. Mostrou-se participativa em todas as atividades propostas, esperava sua vez, ajudava no preparo e organização dos jogos e a guardá-los ao final da sessão. Apresentou também boa coordenação motora global, criatividade, imaginação, comunicação e leitura com compreensão.

Hipótese funcional

A análise da rotina de Fernanda nos diferentes contextos mostrou que a utilização de fraldas fazia com que as pessoas envolvidas no ambiente da cliente (avós, pai e mesmo a cliente) agissem como se o problema não existisse. A dificuldade em mudar a rotina (horários de dormir, hábitos, alimentação, observação das consequências) exigiam um esforço que, a princípio, parecia que só a mãe estivesse disposta a realizar. Fernanda mostrava-se bastante dependente da mãe na área de autocuidados e suas interações sociais, por vezes, eram prejudicadas, tanto pelo uso da fralda como pelo mau odor que às vezes apresentava. Aos finais de semana, na casa da avó paterna, havia ainda outro fator relevante, que era a quebra de rotina. Com a avó, Fernanda não era supervisionada e nem incentivada a realizar suas tarefas rotineiras para não eliminação.

Avaliação e objetivos

A partir da avaliação dos repertórios de Fernanda, a rotina estabelecida em seus diferentes contextos e as diferentes consequências da enurese, a intervenção foi pautada nos objetivos gerais de promoção de condições de autoconhecimento, autocontrole, autonomia e autocuidado. Para tanto, apresentou-se um plano de intervenção, destacando a importância de sua participação para efetividade do mesmo.

Processo de intervenção

As primeiras sessões foram organizadas a partir de atividades lúdicas, buscando estabelecer uma boa vinculação cliente-terapeuta e a percepção pela cliente do grau de incômodo da enurese.

Nesta primeira fase, conduzida por T1, foram realizadas 21 sessões com o objetivo de estabelecimento de *rapport*, elucidação da queixa e estabelecimento do plano de intervenção.

Considerando o repertório inicial de Fernanda, buscou-se a princípio favorecer a percepção do funcionamento corporal a partir do auto monitoramento (com registro de horários para utilização do banheiro), identificação e descrição de comportamentos que antecederiam o sono, horários da

ocorrência do escape noturno e alterações do horário de dormir e acordar. Foram também propostas atividades para fortalecimento da musculatura pélvica a partir da contração muscular da região do períneo e abdômen, com exercícios com bola, modelados por T1 na clínica e observados pela mãe (em casa). Também houve orientação da alimentação noturna com diminuição da ingestão de líquidos.

T1 criou com Fernanda uma lista semanal para autorregistro, com o objetivo de anotar as visitas ao banheiro (marcar com 'x' em frente ao horário estabelecido: em casa, a cada duas horas, na escola – na entrada, no intervalo e na saída). Deveria marcar também se conseguiu urinar ou não, visto que ficou estabelecido que deveria cumprir o ritual, mesmo se não sentisse vontade. A mãe relatava que durante o dia, ocorriam pequenos escapes, pois a filha deixava para ir em cima da hora, fazendo sempre um pouco na roupa, o que resultava em mau cheiro. A tentativa de estabelecer esse controle era, além de evitar os escapes, certificar-se de que Fernanda de fato possuía controle esfíncteriano. Nesta lista ela anotava também a realização dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica, previstos para o período noturno. Durante a micção, Fernanda deveria também exercitar a interrupção do fluxo de urina, com pequenas paradas, alternando interrupções e reinícios, contanto até três em cada tentativa.

As duas primeiras semanas de autorregistro foram bem-sucedidas, mostrando que a cliente tinha controle esfíncteriano e a orientação supervisionada de novos hábitos era ponto crucial na intervenção. Além do registro de Fernanda, a mãe relatou que a filha estava mais cheirosa, uma vez que não havia escape diurno. A lista foi retirada quando ela estava indo ao banheiro mais de seis vezes ao dia. A mãe foi orientada a elogiar e incentivar comportamentos de autocuidado em relação à higiene da filha, elogiando sobretudo o fato de estar mais cheirosa e o quanto era bom ficar perto dela, ajudando-a a discriminar que outras pessoas também poderiam sentir o mesmo. Depois de bem estabelecido o controle diurno, iniciou-se a intervenção para o período noturno, com orientações de T1.

Para a intervenção noturna T1 solicitou à mãe que assegurasse a diminuição de consumo de líquido pela filha, próximo a hora de dormir, além de acompanhar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica durante a noite. Sendo estas atividades bem-sucedidas, e tendo observado excelente controle diurno, acordou-se com a mãe e Fernanda sobre a retirada da fralda noturna. T1 orientou que, a princípio, ainda poderia ocorrer algum escape, para tanto, poderiam usar um protetor para o colchão, evitando possíveis desconfortos. Seria importante que ambas fossem pacientes e que a mãe elogiasse as conquistas e não punisse possíveis escapes, pois eles poderiam ocorrer. Embora enquanto estratégia essa técnica não seja consensual na literatura (Emerich, Sousa & Silveiras, 2011), na realidade desta família, o uso do protetor de colchão teve a função de evitar um aversivo ainda maior que é a presença constante de um colchão molhado e com mau cheiro, ou a manutenção do paliativo (fralda).

Antes das férias do final do ano, Fernanda apresentava bom controle diurno, sem históricos de escape e não usava fraldas durante à noite. Após o período de férias escolares e recesso da clínica escola, houve remissão dos sintomas quanto à enurese noturna. Nesta fase, com as comemorações de final de ano, Fernanda realizou várias visitas a casa da avó paterna, local em que as contingências

de observação, exercícios e regras sobre horário de dormir e alimentação não estavam em vigor. Além disso, a própria mãe relatou que estava cansada, que algumas vezes não supervisionou os exercícios e que chegou a brigar com a filha quando a mesma acordou molhada. A terapeuta acolheu a mãe, dizendo que de fato é uma rotina exigente e que por isso, era comum que ela se sentisse cansada. Por outro lado, Fernanda mostrou claramente que, com apoio, é capaz de apresentar autocontrole e, mais tarde, a supervisão seria menos exigente.

Por se tratar de uma clínica escola, findou-se o período de estágio de T1, em março de 2014, e houve necessidade de mudança de terapeuta, mantendo-se a mesma supervisora. Até então, a intervenção de T1 esteve focada na queixa inicial (enurese noturna e diurna) promovendo auto-observação, autorregistro, supervisão materna e treino de musculatura pélvica. Houve avanços positivos na enurese diurna e noturna, com remissão de sintomas quanto ao comportamento de eliminação noturna.

T2 assumiu o caso, após estudar atentamente os relatórios das sessões, literatura da área e receber supervisão sobre o mesmo. Ao retomar as sessões, buscou mostrar o quanto estava ciente do andamento do mesmo, evitando-se a ideia de que começariam de novo. Buscou estabelecer relações de empatia com Fernanda, a partir de jogos e atividades lúdicas. Como a cliente era muito sociável, rapidamente estabeleceram-se condições para retomada dos objetivos propostos.

T2 repassou os exercícios de controle pélvico com Fernanda para verificar o que ela lembrava, enfatizando a importância em fazê-los todos os dias antes de dormir. Organizou com a cliente uma agenda para registro global das atividades. Nesta etapa a ocorrência de escape noturno era de duas a três vezes por semana.

Na condução do caso, T2 enfatizou mais a promoção de autocuidados e modelação de novas aquisições comportamentais, como a expressão de sentimentos e emoções. Os objetivos das sessões com Fernanda visaram o ensino de habilidades para cuidados com o corpo, higiene, banho e hidratação corporal, e cuidados com a pele durante a puberdade. Foram atribuídas tarefas de autocuidado (hidratação da pele, cuidados com o cabelo, lavar as mãos, limpeza após o uso do banheiro) e relatos semanais.

Na agenda, a cliente anotava suas idas ao banheiro, seus escapes e também os horários em que estava passando pomada e hidratante na pele. A mãe foi orientada para que, sempre que ela apresentasse comportamento autolesivo (cutucar a pele ocasionando lesões) solicitasse que ela fizesse algo com as mãos (comportamento alternativo ou concorrente) sem chamar atenção para a autolesão em si.

T2 investigou possíveis reforçadores para promoção do comportamento de autocuidados e controle urinário. Fernanda escolheu ganhar um *Tablet* rosa, o que a mãe prontamente concordou em oferecer, em longo prazo. Como reforçadores de curto prazo, além dos sociais (elogio acerca dos cuidados, beleza da pele, do cabelo, do cheiro) a terapeuta apresentou um copo plástico decorado (com a letra de seu nome) no qual semanalmente, após a apresentação da agenda, a cliente colocaria pequenos cubos de madeira (oriundos do Material Dourado, material de apoio às operações matemáticas) simbolizando os dias da semana que não houve escape. Foi combinado com a mãe,

que quando Fernanda conseguisse completar o copo com as unidades, a mesma obteria o *Tablet* rosa.

O esquema de reforçamento mostrou-se efetivo, tanto para os reforçadores sociais, disponibilizados pela mãe (elogios frente aos pequenos avanços e pela melhora na área de autocuidados), pelos colegas (participação das interações sociais, sentindo-se segura e cheirosa) como para os reforçadores distribuídos em esquema de economia de fichas (Vandenberghe, 2004). No sistema de economia de fichas foi estruturado em esquema visual (copo com pequenos cubos de madeira, um para cada dia da semana sem ocorrência de escape), organizados como reforçadores a curto prazo, com a função de visualizar o número de dias e noites bem-sucedidos no controle da enurese. O copo cheio, ao final do processo, disponibilizava um presente, devidamente acordado com a mãe. Contudo, o maior reforçador consistia em perceber o quanto Fernanda era capaz de exercer o controle da micção e o quanto isso favorecia suas relações familiares e sociais. Em duas semanas houve a ocorrência de apenas um escape noturno. A mudança de casa, deixando de morar com a avó materna, foi reconhecida como um avanço para o auto monitoramento.

Outras ocorrências de escape foram citadas, porém, com baixa frequência e com ambiente específico (casa da avó materna). T2, ao perceber sinais de cansaço da mãe e da cliente no controle da agenda e exercícios, e reconhecendo mudanças já bem estabelecidas no novo ambiente, flexibilizou o controle dos registros, mantendo apenas o relato, o esquema de economia fichas e a atenção voltada para a área de autocuidados.

Buscando generalizar a atenção de Fernanda para os cuidados com o corpo, T2 utilizou histórias em slides, no computador, apresentando informações importantes vivenciadas na puberdade. Durante a apresentação foi possível vivenciar a expressão de sentimentos, esclarecimentos de dúvidas e manifestação de anseios para esta fase. A partir desse conteúdo, T2 reorganizou com Fernanda tarefas de autocuidados para serem realizados durante a semana (orientações sobre o banho, higiene após a utilização do banheiro, cuidados com a pele, hidratação, cuidados com o cabelo, com as roupas e observação de sinais do próprio corpo, desde o momento certo para urinar até a observação das manifestações da puberdade).

T2 retomou com a mãe o planejamento inicial, avaliando em que medida os objetivos foram atingidos e o que precisaria ser mudado. A análise das contingências deixava claro o quanto os escapes tornaram-se escassos (uma ocorrência a cada duas ou três semanas) e o quanto a mudança de ambiente estava relacionada a ocorrência. Fernanda mostrava-se mais vaidosa e feliz, mudando também o vestuário, com o uso de shorts e saias, uma vez que a pele estava mais bem cuidada. Também ficou evidente que, na medida em que os sintomas diminuíram, houve mais faltas às sessões, o que, por sua vez, diminuía também os esquemas de reforçamento positivo por parte da terapeuta.

Na avaliação da terapia com a cliente, a análise das contingências por Fernanda revelava o quanto ela gostava do processo terapêutico (talvez pela ludicidade, novidade, atenção) e que tinha clareza de que, se não tivesse mais necessidade de ser atendida, deixaria de vir ali. Por isso, os escapes raros, mesmo sujeitos a alguma punição pela mãe ou retirada de reforçadores, apontavam para essa perda. Tendo clareza disso, T2 começou a prepará-la para o processo de alta,

selecionando com a mãe outros reforçadores: passeios no parque, andar de bicicleta, ir ao cinema e outros eventos. Essas sugestões apresentadas à mãe, além de possibilitar melhora da convivência familiar, também minimizavam os sentimentos de ciúme que a mãe relatava durante os passeios que a filha realizava com o pai.

Sendo a casa das avós (materna/paterna) local de maior ocorrência dos escapes, T2 trabalhou com a mãe o estabelecimento de horários da cliente no final de semana, pois a mesma passava todo o final de semana na casa da avó paterna e isso dificultava o progresso no caso.

Os comportamentos clinicamente relevantes apontados inicialmente a partir do CBCL foram retomados com a mãe, possibilitando concluir que de fato o quadro de enurese, tanto noturna quanto diurna, cessou. Contudo, a mãe foi alertada por T2 sobre a possibilidade de que ainda algum outro incidente pudesse ocorrer.

A terapeuta enfatizou com Fernanda a importância dos autocuidados e incentivou a realizá-los, elogiando o quanto ela estava mais bonita e cheirosa. O copinho com a unidade dos materiais dourados estava praticamente cheio, desta forma, após grande evolução de Fernanda nas atividades de autocuidados e de escape, a mãe e a cliente deixaram a terapia com o compromisso da mãe em oferecer o *Tablet*. O compromisso maior, entretanto, era de possibilitar um ambiente constante, com regras claras, em que algumas dificuldades podem ocorrer (escapes ou outros erros), mas que há sempre possibilidade de controle, autocuidado e resolução de problemas.

Discussão

Considerando-se os objetivos propostos, o caso obteve resultados satisfatórios, tanto pela eliminação do quadro enurético como pela melhora de qualidade de vida, que pôde ser observada por aquisição de autocontrole, autocuidados e relações familiares.

Pode-se notar a grande importância no decorrer do tratamento, de um estabelecimento de rotina e colaboração da mãe no cumprimento das atividades que as terapeutas propuseram para a cliente, fato que é imprescindível para manutenção dos repertórios comportamentais adquiridos durante o processo psicoterapêutico. Porém as estratégias sem o devido acompanhamento seriam tão ineficazes quanto o medicamento. Por isso, a frequência maior de atendimentos no início da terapia, duas sessões semanais, foi tão importante. Silvares e Pereira (2012) apresentaram estudos sobre a adesão de pais no acompanhamento de filhos com o quadro de enurese, apontando grande número de desistência de implantação dos procedimentos propostos. Para a boa adesão em psicoterapia, os autores apontaram a necessidade de acompanhamento e trabalho educativo intenso com os pais.

Outra questão importante refere-se ao fato de, no início do tratamento, o quadro de enurese apresentar diminuição de frequência dos escapes, estando, contudo, sujeito a remissão de sintomas. A diminuição de frequência dos escapes contribuiu para adesão dos pais, pois começam a ver resultados e, como apontaram Silvares e Pereira (2012) e Moura e Venturelli (2004), os maiores índices de adesão dos pais estão relacionados a aparência física da criança, que está associada à aceitação pelos seus pares, e pelas pessoas de seu convívio, como pode ser observado no relato da

mãe, “ela esta mais cheirosa”, isso pode influenciar na adesão ao tratamento, já que a enurese apresenta grande impacto no aspecto social.

É importante destacar o papel da família no tratamento. A família pode agravar o caso (Ferrari et al., 2015), no caso de pais e/ou responsáveis alheios a realidade da criança, e quando não seguem as orientações recomendadas pelo terapeuta, como no caso relatado, quando a cliente visitava a avó paterna ou quando ficava sob os cuidados da avó materna as orientações recomendadas não eram realizadas, prejudicando e às vezes regredindo nos avanços do tratamento da criança. Contudo, quando há mudança de ambiente, da rotina familiar, e pais comprometidos com o tratamento, pode favorecer o autocontrole e autocuidado da criança, e assim, a eliminação da enurese, conquista que foi realizada pela cliente com destaque no papel da mãe, que aderiu ao tratamento e as orientações, além da aproximação com a filha fortalecendo o vínculo familiar.

As limitações no caso em estudo estão relacionadas aos familiares que não seguiam as orientações recomendadas pela terapeuta, como as avós e o pai, causando atrasos e regressão no tratamento, além da mãe não ter um apoio familiar e ter que assumir a responsabilidade de monitorar a filha sozinha. Outra limitação observada foi o momento de transição entre as terapeutas, uma situação institucional que, infelizmente, ocorreu em um momento que o controle observacional não estava bem estabelecido. Isso poderia ter levado a desistência da cliente, felizmente isso não ocorreu. Do ponto de vista clínico, serve de um alerta ao terapeuta para o planejamento gradual de sua intervenção, ou possíveis intervalos de atendimento, para que os possíveis quadros de remissões não invalidem a intervenção como um todo.

Referências

- Achembach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and profile*. Burlington, VT University of Vermont.
- Anderson, B., Thimmesch, I., Aardsma, N., Ed, D. M. T., Carstater, S. & Schober, J. (2014). The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse. *J. Pediatr. Urol*, 10(6), 1216-1221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2014.06.011>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Campos, R. M., Gugliotta, A., Ikari, O., Perissinoto, M. C., Lúcio, A. C., Miyaoka, R. & D'Ancona, C. A. L. (2013). Estudo comparativo, prospectivo, randomizado e entre urotherapy e ao tratamento farmacológico de crianças com incontinência urinária. *Einstein (São Paulo)*, 11(2), 203-208. <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000200012>
- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Cúnico, S. D., & Arpini, D. M. (2013). A família em mudanças: Desafios para a paternidade contemporânea. *Pensando Famílias*, 17(1), 28-40. Recuperado em 28 de fevereiro de 2016, de

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Emerich, D. R., Sousa, C. R. B de, & Silveiras, E. F. M. (2011). Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese. *Revista Brasileira De Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 240-250. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12822011000200007>
- Ervin, R. A., Bankert, C. L., & Dupaul, G. J. (1999). Tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman, (Orgs.) *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Manual para a prática clínica* (pp. 45-62). (M. R. Hofmeister, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Ferrari, R. A., Alckmin-Carvalho, F., Silveiras, E. F. de M. & Pereira, R. F. (2015). Enurese noturna: associações entre gênero, impacto, intolerância materna e problemas de comportamento. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 85-96. Recuperado em 28 de fevereiro de 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Lebl, A., Fagundes, S. N., & Koch, V. H. K. (2016). Curso clínico de um grupo de crianças com sintomas de incontinência urinária diurna não-neurogênicas seguido em um centro terciário. *Jornal de Pediatria*, 92(2), 129-135. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.04.005>
- Moura, C. B., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 17-30. Recuperado em 28 de fevereiro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Pereira, R. F., & Silveiras, 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. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i1.5706>
- Sá, C. A., Gusmão, A. C. P., Menezes, M.C.L.B., Oliveira, L. F., Gomes, C. A., Figueiredo, A. A., & Netto, J. M. B. (2016). Increased risk of physical punishment among enuretic children with family history of enuresis. *Journal Urology*, 195(4), 1227-1230. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2015.11.022>
- Silveiras, E. F. M., & Pereira, R. F. (2012). Adesão em saúde e psicoterapia: Conceituação e aplicação na enurese noturna. *Psicologia USP*, 23(3), 539-558. Recuperado em 26 de fevereiro de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305126302007>.
- Skinner, B.F. (1998) *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Soares, A. H. R., Moreira, M. C. N., Monteiro, L. M. C., & Fonseca, E. M. G. O. (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.
- Vandenbergh, L. M. A. (2004). Economia de fichas. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental*. (pp. 251-258). São Paulo: Rocca.

Veloso, L. A., Mello, M. J. G., Ribeiro Neto, J. P. M., Barbosa, L. N. F., & Silva, E. J.C. (2016). Qualidade de vida, nível cognitivo e desempenho escolar em crianças portadoras de distúrbio funcional do trato urinário inferior. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 38(2), 234-244. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160033>

Zivkovic, V., Lazovic, H., Vlajkovic, H., Slavkovic, Um, Dimitrijevic, G., Stankovic, I. & Vacic, N. (2012). Diaphragmatic breathing exercises and pelvic floor retraining in children with dysfunctional voiding. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 48(3), 413-21. Recuperado em 26 de fevereiro de 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22669134>.

Endereço para correspondência

veronica.ufgd.tci@gmail.com

Envido em 10/03/2016

1ª revisão em 01/11/2016

Aceito em 08/05/2017