



Psicologia USP  
ISSN: 0103-6564  
revpsico@usp.br  
Instituto de Psicologia  
Brasil

Ferreira de Mattos Silveiras, Edwiges; Fernando Pereira, Rodrigo  
ADESÃO EM SAÚDE E PSICOTERAPIA: CONCEITUAÇÃO E APLICAÇÃO NA ENURESE  
NOTURNA  
Psicologia USP, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 539-557  
Instituto de Psicologia  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305126302007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## ADESÃO EM SAÚDE E PSICOTERAPIA: CONCEITUAÇÃO

### E APLICAÇÃO NA ENURESE NOTURNA

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras  
Rodrigo Fernando Pereira

**Resumo:** Existem diversos estudos sobre preditores da não adesão, mas poucos mostram estratégias efetivas para lidar com esse problema. Uma revisão da literatura sobre desistência em psicoterapia mostrou que quase metade dos pacientes que ingressam num atendimento não o concluem. A medida na psicoterapia em geral é a de não adesão, ou desistência do tratamento; no presente trabalho serão apresentados dados relativos à adesão ao tratamento da enurese com alarme de urina. A taxa de desistência em um grupo de 61 crianças e adolescentes foi levantada considerando três condições: suas famílias não compareceram aos atendimentos, não responderam ao contato telefônico ou relataram ter abandonado os procedimentos. A desistência correspondeu a 19,6% da amostra e a idade do grupo dos desistentes era significativamente inferior, quando comparada à daqueles que aderiram ao tratamento. A já demonstrada associação entre a intolerância parental e a idade do filho explica os resultados e aponta para a necessidade de trabalho educativo intenso com os pais de adolescentes portadores de enurese.

**Palavras-chave:** Enurese. Psicoterapia. Adesão. Tratamento com alarme.

Considerando que as práticas baseadas em evidência têm obtido resultados claros quanto à sua efetividade na literatura científica, os pesquisadores têm voltado seus interesses a outros aspectos do trabalho psicológico no contexto clínico. Um deles é o da adesão, tema que ainda necessita de uma maior compreensão a fim de aumentar o alcance dos tratamentos psicológicos. A partir dessa perspectiva, este artigo pretende abordar o conceito da adesão num contexto amplo de saúde, na Terapia Cognitivo-Comportamental e aplicada ao tratamento da enurese

com alarme realizado no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP.

## Adesão em saúde

Diversas modalidades de tratamentos cognitivo-comportamentais têm obtido níveis consideráveis de evidência a partir de uma gama de estudos e metodologias voltados para a avaliação de sua eficácia. No entanto, menos atenção tem sido dada a certos impasses encontrados no contexto da psicoterapia. Um deles é o da adesão. Estima-se que a desistência nas psicoterapias situe-se em torno dos cinquenta por cento (Garfield, 1994).

A adesão, no entanto, não envolve apenas a assiduidade aos encontros terapêuticos, mas também o seguimento às recomendações terapêuticas. Este não é um aspecto circunscrito à psicoterapia, e sim a todas as ciências da saúde, sendo que na medicina a adesão se reflete, em grande parte, na ingestão correta de medicamentos.

Mullen (1997) afirma que os termos adesão, cooperação e *compliance* (que se expressa no acatamento das recomendações do profissional) não são adequados, pois dão ênfase ao mero seguimento de regras por parte do paciente. O autor sugere o termo concordância, pois envolve tanto o paciente como o profissional de saúde. Scott e Pope (2002) defendem o termo aderência, pois ressalta o papel ativo do clínico na formação da aliança terapêutica. Neste trabalho, utilizaremos o termo adesão, pois é o mais comum na literatura psicológica em português. Peck (1977) define adesão como a “extensão na qual o comportamento de um paciente coincide com a prescrição clínica” (p. 148).

Muitos estudos sobre adesão a tratamentos têm como escopo pacientes com doenças crônicas, uma vez que nesse tipo de quadro a prescrição clínica envolve recomendações que devem ser realizadas com regularidade, em geral diariamente. No entanto, a realidade da adesão nesses casos fundamenta a preocupação dos profissionais de saúde com o tema. Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001), ao revisarem a literatura, mostram que até 60% dos pacientes crônicos não aderem satisfatoriamente ao tratamento; no caso dos medicamentos, apenas metade dos pacientes os utiliza na dose suficiente, o que leva a uma prescrição maior ou abandono do tratamento por este ser considerado ineficiente.

É preciso, também, considerar as questões metodológicas envolvidas com a questão. Dewulf, Monteiro, Passos, Vieira e Troncon (2006), por exemplo, afirmam que 85% dos pacientes apresentam alto grau de adesão ao tratamento de doenças gastrointestinais crônicas. No entanto, esse dado, contraditório com o esperado pela literatura, é baseado no re-

lato dos próprios pacientes, que pode não ser confiável. Stone, Shiffman, Schwartz, Broderick e Hufford (2002), investigando a validade de registros em papel, mostraram que os pacientes relatam alta adesão quando em realidade era baixa. Outro aspecto metodológico a ser considerado é a inclusão ou não dos desistentes na avaliação da eficácia de tratamento. O modelo chamado de *intention to treat* refere-se à inclusão de todos os pacientes considerados para tratamento, mesmo que o tratamento não tenha sido realizado, por qualquer motivo, ou que tenha havido desistência (Hollis & Campbell, 1999). Esse modelo permite identificar o alcance de um tratamento em condições mais reais, e não só avaliar o seu funcionamento nos pacientes que cumprem rigorosamente o protocolo.

Embora Dunbar-Jacob (1993) comente que a adesão pode ser melhorada de acordo com as características de quem aplica o tratamento, Dunbar-Jacob e Mortimer (2001) argumentam que apesar de existirem diversos estudos sobre a prevalência e preditores da não adesão, há poucos que mostram estratégias efetivas para lidar com esse problema. Essa impressão se confirma em uma revisão da Cochrane (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008) na qual de 21 estudos randomizados com intervenções a fim de melhorar a adesão, apenas cinco tiveram resultados positivos tanto no seguimento das prescrições quanto no quadro clínico. As estratégias mais promissoras envolvem intervenções educacionais (para a depressão, p.e.) ou trabalho com a família (esquizofrenia). Uma outra revisão, também da Cochrane (Haynes, McDonald, Garg, & Montague, 2002), investigou a eficácia de contratos verbais ou escritos entre profissionais de saúde e pacientes, através do levantamento de 30 estudos. Embora metade destes mostrasse vantagem dos grupos que fizeram contratos quando comparados com os controles, não foram observados efeitos em longo prazo na adesão. Por outro lado, Nagy e Wolfe (1984) mostram que a adesão está positivamente associada com a satisfação do paciente.

Cunha e Gandini (2009) realizaram um trabalho investigativo sobre os motivos alegados por pacientes que haviam aderido e desistido do tratamento farmacológico para a depressão, a fim de verificar as diferenças entre ambos os grupos. As autoras sustentam que alguns fatores podem favorecer a adesão, como a aceitação da depressão como uma doença, os relacionamentos interpessoais, com destaque para a qualidade da relação entre o paciente e o médico e o acesso aos serviços de saúde, incluindo a obtenção gratuita da medicação. Scott e Pope (2002) sugerem recomendações tanto para a pesquisa futura sobre adesão como para aumentá-la na prática clínica. Dentre as sugestões científicas, ele cita:

- uniformizar a terminologia;
- adotar uma visão contínua da adesão em substituição à visão dicotômica;

- estabelecer o papel das crenças pessoais como preditor da adesão;
- identificar similaridades e diferenças entre os que não aderem no início e no fim do tratamento;
- identificar impacto da adesão no resultado do tratamento.

Já as recomendações clínicas do autor envolvem:

- assumir que a adesão é um problema significativo e será um problema em algum ponto do tratamento;
- usar perguntas não ameaçadoras para verificar possíveis problemas com a adesão;
- encorajar uma discussão aberta e honesta sobre as dificuldades com os tratamentos e possíveis alternativas;
- fornecer informações claras e acessíveis sobre o tratamento e curso da doença (e.g. efeitos colaterais) adaptadas às especificidades de cada indivíduo;
- usar estratégias simples para determinar uma rotina de quando, onde e como as instruções serão seguidas;
- discutir os custos e benefícios da adesão;
- incluir familiares e/ou amigos próximos nas discussões e no monitoramento;
- manter contato com pacientes durante períodos de alto risco de não adesão;
- aceitar o direito do paciente em rejeitar conselhos e estar preparado para manter o diálogo e a colaboração.

As considerações listadas acima apenas reforçam o que havia sido apontado por Cunha e Gandini (2009), que listam como fundamental para a adesão a questão da relação entre o profissional de saúde e o paciente. Fornecer informações claras, estar aberto às escolhas do paciente e simplificar as rotinas denotam características de uma relação de colaboração, em vez de simples prescrição de procedimentos, reforçando a concepção de aliança terapêutica. A aliança terapêutica é, por sua vez,

uma característica fundamental dos tratamentos psicológicos. Sendo assim, a adesão pode ser uma medida crítica da qualidade dessa relação e dos seus efeitos nos resultados do tratamento.

## Adesão em tratamentos psicológicos

Na literatura médica, a medida de adesão é, principalmente, o uso de medicamentos de acordo com a prescrição, uma vez que esse é o principal mecanismo terapêutico dentro do contexto clínico. As terapias psicológicas, no entanto, não adotam, consensualmente, procedimentos tão diretivos que poderiam servir como medidas semelhantes. Ao contrário, o principal aspecto da adesão é simplesmente estar em terapia, ou seja, comparecer aos atendimentos e às sessões relativas a um programa de tratamento. Desta forma, a medida na psicoterapia é a de não adesão, representada pelo abandono ou desistência do tratamento (*dropout*, na literatura internacional). Neste capítulo, optaremos pelo termo desistência, que pode ser definido como término unilateral do tratamento por parte do paciente (Viale-Val, Rosenthal, Curtiss, & Marohn, 1984).

Nunes, Silveiras, Marturano e Oliveira (2009), em concordância com Kazdin e Mazurik (1994), propõem que se examine a questão da desistência de acordo com o momento do tratamento, já que as características e causas de desistência podem ser diferentes em função do período em que ela ocorre. Segundo as autoras, a desistência pode ocorrer antes do tratamento ou após o início do mesmo, sendo que pode haver novas divisões de acordo com as características do serviço (desistência entre inscrição e triagem, p.e.) ou de período de tratamento (desistência inicial ou tardia, p.e.).

Há muita discussão na literatura sobre as causas da desistência, que podem envolver, entre outros fatores, características do paciente. Uma revisão ampla da literatura sobre desistência em psicoterapia, realizada por Wierzbicki e Pekarik (1993), com 125 estudos, mostrou que a taxa de abandono é igual a 46,86%. Ou seja, quase metade dos pacientes que ingressam num atendimento psicoterápico não o concluem. Além disso, os autores relacionaram a desistência a minorias raciais, baixo nível educacional e baixo nível socioeconômico. Um estudo nacional (Lhullier, Nunes, & Horta, 2006) também obteve resultado semelhante, com 49,5% de abandono em um período de cinco anos numa clínica psicológica universitária. O mesmo índice de abandono (49%) foi encontrado por Mantovani et al. (2010).

Nem sempre, no entanto, é possível estabelecer relações claras que identifiquem com confiabilidade os preditores da desistência. Keijsers, Kampman e Hoogduin (2001) verificaram que num tratamento cogniti-

vo-comportamental para o transtorno do pânico a desistência esteve relacionada ao nível de educação e motivação, mas sem resultados conclusivos. Outros fatores também podem se relacionar a desistência, como, por exemplo, a qualidade da relação terapêutica. Samstag, Batchelder, Muran, Safran e Winston (1998) verificaram que a relação terapêutica foi o único preditor relevante para a desistência em um grupo de terapia breve com adultos. Já Mantovani et al. (2010) sugerem que as famílias que passam por diversas situações adversas no momento do tratamento tendem a abandonar o tratamento com maior frequência.

Quando se trata de crianças e adolescentes, a desistência deve ser encarada de forma distinta, uma vez que é uma decisão, geralmente, da família e não apenas do paciente. Kazdin e Mazurick (1994) propõem um modelo em que os preditores da desistência na terapia infantil variam de acordo com o momento em que ela ocorre, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1  
*Preditores da desistência na terapia infantil*

Momento da desistência	Características da família	Características dos pais	Características da criança
Início do tratamento	Pai (mãe) solteiro(a)	Stress	Comportamento antissocial
	Mães jovens	Histórico materno de comportamento antissocial	QI baixo
	Grupos minoritários	Número de eventos de vida	Atraso acadêmico
	Chefe da família não é pai biológico		Contato com pares antissociais
	Baixa renda		
	Condições habitacionais ruins		
	Práticas parentais ruins		
Fim do tratamento	Mães jovens		Comportamento antissocial
	Chefe da família não é pai biológico		QI baixo
			Comportamento pouco adaptativo na escola

*Nota.* Adaptado de Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.

Viale-Val et al. (1984) argumentam que os adolescentes tendem a desistir dos tratamentos psicológicos mais do que crianças e adultos. No entanto, ao contrário do que se tem como senso comum, os autores observaram que adolescentes com problemas externalizantes permanecem mais em terapia do que aqueles com outros tipos de problema.

Para exemplificar as considerações sobre adesão a tratamentos psicológicos, serão apresentados dados relativos a esse quesito num tratamento comportamental consagrado, o da enurese através de alarme de urina, conforme o que havia sido indicado no preâmbulo.

A enurese é caracterizada como uma condição clínica definida pela micção normal durante o sono (Nevéus et al., 2006). Com possíveis causas genéticas, a enurese tem a sua fisiopatologia baseada em três sistemas: a) incapacidade de despertar ou contrair a musculatura pélvica frente aos sinais de bexiga cheia; b) produção excessiva de urina durante o sono, por conta da deficiência na secreção de vasopressina, caracterizando a poliúria noturna e c) hiperatividade detrusora (Butler & Holland, 2000). A incapacidade de despertar frente aos sinais da bexiga cheia está presente em todos os casos de enurese. Adicionalmente, a criança deve produzir mais urina durante a noite do que a capacidade da sua bexiga, o que pode ocorrer tanto pela poliúria quanto pela hiperatividade detrusora, já que neste último caso a capacidade vesical tende a ser reduzida. Acredita-se que o alarme atue levando a criança a discriminar os sinais da bexiga, acordando antes do episódio de enurese ou inibindo a micção através da contração da musculatura pélvica (Houts, 2003).

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

O uso do alarme de urina é recomendado como uma alternativa cuja efetividade situa-se em torno de 60 a 70% dos casos (Butler, 2004). Quando realizado em conjunto com um procedimento de prevenção de recaída, a taxa de retorno dos sintomas situa-se em torno dos 10% (Houts, 2003), dando ao tratamento com alarme uma eficácia significativa também a longo prazo.

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

Uma vez que a enurese dispõe de tratamentos tanto medicamentosos como psicológicos, a medida de adesão varia de acordo com a



modalidade terapêutica. Talvez isso explique, em parte, porque há poucos estudos na literatura que avaliam a adesão aos tratamentos para a enurese. Baeyens, Lierman, Roeyers, Hoebke e Walle (2009) avaliaram a adesão ao tratamento medicamentoso e outras medidas comportamentais. O seguimento das recomendações variou entre 60% e 83% dos pacientes. Como era esperado, a maior adesão se relacionou com melhores resultados no tratamento. O estudo mostrou ainda que maiores índices de adesão vincularam-se de forma estatisticamente significativa, no âmbito da criança, com a aparência física percebida, menor *stress* no contexto médico e maior maturidade para lidar com o problema. Quanto aos pais, os maiores índices de adesão se relacionaram apenas com a aparência física da criança. Os autores acreditam que a aparência física está associada à aceitação da criança pelos seus pares, o que influenciaria na adesão ao tratamento, já que a enurese apresenta grande impacto no aspecto social.

Comparada com outros problemas urológicos, a enurese tem menor prioridade de atendimento, sendo que Radina, Sharma, Yasin e Filler (2010) argumentam que a espera máxima recomendada para o atendimento de casos de enurese é de até 12 meses. Os autores argumentam que, até esse período, não há prejuízo no resultado do tratamento.

Uma revisão da Cochrane sobre tratamento com alarme (Glazener, Evans, & Peto, 2006) mostrou que a desistência do tratamento está ligada à não aceitação do alarme por parte das famílias e que, em geral, esses participantes são excluídos do cálculo final do resultado do tratamento. Ou seja, a maior parte dos estudos com alarme não considera que é parte do processo terapêutico manter o paciente em tratamento, sendo que os resultados indicam o quanto o alarme funciona para aqueles que o utilizam durante o período estabelecido.

Para ilustrar o conceito de adesão aplicada ao contexto do tratamento da enurese, foi realizada uma investigação sobre os níveis de desistência de um grupo de crianças e adolescentes atendidos no Projeto Enurese, do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP. O Projeto Enurese atende, desde 2002, portadores de enurese, encaminhando-os para tratamento com alarme com supervisão e acompanhamento de alunos de pós-graduação. Os dados apresentados aqui referem-se a um grupo de atendimento, realizado com 61 crianças e adolescentes com enurese e com idades entre 6 e 17 anos. Os participantes comparecem à clínica para receber informações sobre o tratamento e começam o uso do alarme após duas semanas de atendimento. Em seguida, são acompanhados presencialmente ou por telefone por um período de até 26 semanas. Quando as famílias não comparecem aos atendimentos, não respondem ao contato telefônico ou relatam ter abandonado os procedimentos, são consideradas desistentes. A Tabela 2 mostra uma comparação entre os participantes que desistiram e aqueles que se mantiveram no tratamento em relação às outras variáveis de estudo.

A desistência ocorreu em 12 dos 61 casos, o que corresponde a 19,6% da amostra que iniciou o tratamento, índice similar ao apontado por Nunes et al. (2009). As autoras, no referido trabalho, ao discutirem o tema da desistência do tratamento por crianças, apresentam dados de diferentes clínicas brasileiras voltadas para o atendimento psicológico infantil. Na seção relativa à desistência do tratamento para a enurese com

**Tabela 2**

*Análise da desistência em função de variáveis sociodemográficas*

Variável estatística	desistência		comparação	
perfil: sócio-demográfico	Não	sim	entre grupos	
número de pacientes			valor - p	conclusão a 5%
n	49	12		
<b>idade (anos)</b>				
			teste igualdade de média **	
média (dp)	9,9 ( 2,65 )	7,9 ( 1,44 )	0,018	rejeita H0
IC95% média	9,1 ; 10,6	7,0 ; 8,8		
1ºq;mediana;3ºq	8,0 : 10,0 : 11,0	7,0 : 7,5 : 9,0		
min ; max	6,0 : 17,0	6,0 : 10,0		
<b>freqüência</b>				
			teste de independência *	
criança ( 06 a 10 anos ) (n)	59,2% (29)	100% (12)	0,006	rejeita H0
adolescente ( 11 a 17 anos ) (n)	40,8% (20)	0% (0)		
total	100% (49)	100% (12)		
<b>sexo</b>				
			teste de independência *	
freqüência			1,000	aceita H0
feminino (n)	28,6% (14)	25% (3)		
masculino (n)	71,4% (35)	75% (9)		
<b>Escolaridade pais</b>				
			teste de independência *	
freqüência			0,231	aceita H0
1º grau (n)	6,4% (3)	22,2% (2)		
2º grau (n)	31,9% (15)	33,3% (3)		
3º grau (n)	61,7% (29)	44,4% (4)		
<b>freqüência de molhadas</b>				
Número de noites com episódios na linha de base (em 2 semanas) teste Mann Whitey ***				
média (dp)	10,2 ( 4,44 )	11,6 ( 3,80 )	0,274	aceita H0
IC95% média	9,0 ; 11,5	9,2 ; 14,0		
1ºq;mediana;3ºq	7,0 : 13,0 : 14,0	8,0 : 14,0 : 14,0		
min ; max	1,0 : 14,0	3,0 : 14,0		

alarme, a taxa de desistência do tratamento relatada foi igual a 22,5%. No presente trabalho e no de Nunes et al. (2009) foram considerados desistentes apenas os clientes que interromperam o tratamento após tê-lo iniciado, sendo provável que tenha havido uma taxa de desistência antes do tratamento, já que há um nível de rejeição ao alarme, conforme apontado por Glazener et al. (2006). Esses 12 casos referem-se a pacientes que haviam concordado em realizar o tratamento com alarme, por já saberem que essa era a única opção terapêutica oferecida pelo serviço, e mesmo assim abandonaram o seu uso antes do período previamente combinado. A título de informação, pode-se recorrer novamente a Nunes et al. (2009), que indicam uma perda de pacientes antes do início do tratamento correspondente a 37,8% da amostra.

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

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

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

As crianças desistiram mais do que os adolescentes que, inclusive, não figuraram entre aqueles que deixaram o tratamento. Esse resultado pode ter uma possível explicação no trabalho de Daibs, Pereira, Emerich e Silveiras (2010), segundo o qual o impacto sofrido pela criança e a intolerância dos pais à enurese aumenta conforme a idade. Tanto o impacto como a intolerância podem incrementar a adesão ao tratamento, já que quanto mais aversivos são os episódios de enurese e as situações decorrentes deles, mais reforçadora será a sua eliminação. Outro aspecto a ser considerado é que crianças mais velhas e adolescentes provavelmente já passaram, sem sucesso, por outros tratamentos, o que pode aumentar a adesão ao tratamento com alarme. Pais de crianças mais novas podem, com mais frequência, buscar alternativas ou acreditar que o problema se resolverá sozinho. Por outro lado, esse dado contradiz o apresentado por Viale-Val et al. (1984), de que os adolescentes desistem mais do que crianças e adultos. É possível que isso se deva à condição aversiva imposta pelo risco de que seja descoberta a enurese e as limitações sociais deriva-

das dela (impossibilidade de dormir em casa de amigos, acampamentos, etc.) que se apresentam para o jovem, ao contrário de outras queixas que o levam à psicoterapia.

Sousa (2010) verificou que a baixa adesão ao tratamento com alarme, medida através da falta de informações prestadas pela família durante o tratamento, se relacionou de forma significativa com o insucesso do tratamento e a desistência. O mesmo foi evidenciado no trabalho de Pereira, Silveiras e Braga (2010), no qual o maior número de faltas às sessões de acompanhamento do uso do alarme esteve associado a um pior desempenho na cura da enurese. Ou seja, mesmo quando não há desistência, o nível de cooperação das famílias é determinante para a resolução da queixa.

A desistência também foi analisada em função dos problemas de comportamento dos participantes, conforme mostra a Tabela 3. Os problemas de comportamento são avaliados antes do início do tratamento através do preenchimento, por parte dos pais, de um questionário sobre o comportamento dos filhos, o Inventário de Comportamentos Para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 Anos (CBCL/6-18), de Achenbach (2001). Além de escalas sobre problemas de comportamento específicos, o instrumento fornece escores relativos a agrupamentos de problemas internalizantes (como ansiedade, depressão e isolamento), externalizantes (como quebra de regras, oposição) e uma soma total de problemas. Quanto maiores os escores, mais problemas foram identificados no comportamento da criança, sendo que se considera que escores acima de 60 são da faixa clínica, ou seja, indica que aquela área merece atenção profissional.

A análise realizada vai ao encontro da sugestão de Scott e Pope (2002) de compreender as semelhanças e diferenças entre participantes que desistem ou não do tratamento. Os dados da Tabela 3 indicam que a desistência do tratamento não está relacionada aos problemas de comportamento. Tanto as médias dos escores de problemas internalizantes, externalizantes e totais quanto as proporções de participantes com escores clínicos ou não clínicos são semelhantes entre os que abandonaram tratamento e os que se mantiveram até o término. Talvez a única informação digna de nota seja que a média dos escores de problemas externalizantes daqueles que não desistiram tenha se situado abaixo da faixa clínica, ao contrário da média dos escores daqueles que desistiram. A diferença, no entanto, não foi significativa. Os trabalhos de Arantes (2007) e Pereira (2010) indicam que a presença de comportamentos externalizantes dificulta a obtenção de sucesso no tratamento, o que confirma a hipótese de Houts (2003) de que esse tipo de problema é uma ameaça ao tratamento da enurese e precisa ser cuidado pelo clínico a fim de potencializar o resultado do uso do alarme.

Tabela 3

*Análise da desistência em função dos problemas de comportamento*

Variável estatística	desistência		comparação	
	não	sim	entre grupos	
			valor - p	conclusão a 5%
número de pacientes				
n	49	12		
Internalizantes			teste igualdade de média+*	
média (dp)	62,5 ( 7,72 )	61,8 ( 5,69 )	0,757	aceita H0
IC95% média	60,3 ; 64,7	58,1 ; 65,4		
1ºq;mediana;3ºq	57,0 : 65,0 : 68,5	58,0 : 61,5 : 66,8		
min ; max	45,0 : 74,0	50,0 : 70,0		
			teste de independência **	
freqüência				
não clínico (< 60 ptos) (n)	34,7% (17)	41,7% (5)	0,742	aceita H0
clínico (> ou = 60 ptos) (n)	65,3% (32)	58,3% (7)		
Externalizantes			teste igualdade de média+*	
média (dp)	59,2 ( 9,22 )	62,5 ( 12,79 )	0,312	aceita H0
IC95% média	56,6 ; 61,9	54,4 ; 70,6		
1ºq;mediana;3ºq	52,0 : 60,0 : 66,0	49,3 : 63,5 : 74,8		
min ; max	41,0 : 77,0	42,0 : 77,0		
			teste de independência **	
freqüência				
não clínico (< 60 ptos) (n)	49% (24)	41,7% (5)	0,753	aceita H0
clínico (> ou = 60 ptos) (n)	51% (25)	58,3% (7)		
Totais			teste igualdade de média+*	
média (dp)	63,3 ( 8,49 )	64,1 ( 9,22 )	0,792	aceita H0
IC95% média	60,9 ; 65,8	58,2 ; 69,9		
1ºq;mediana;3ºq	54,5 : 66,0 : 70,5	57,3 : 64,5 : 72,5		
min ; max	47,0 : 78,0	49,0 : 76,0		
			teste de independência **	
freqüência				
não clínico (< 60 ptos) (n)	34,7% (17)	33,3% (4)	1,000	aceita H0
clínico (> ou = 60 ptos) (n)	65,3% (32)	66,7% (8)		

## Considerações finais

A questão da adesão tem sido um foco recorrente de preocupação por parte dos profissionais de saúde. No caso da psicoterapia, depen-

dendo do tratamento, existem estudos que levantam alguns possíveis preditores da desistência, problema que afeta grande parte das terapias. Embora as pesquisas tenham se voltado especialmente para as características do paciente, ainda assim essas informações são úteis na tentativa de alertar os terapeutas em relação às situações em que a desistência é mais provável. Além disso, é importante, especialmente nos serviços públicos de psicologia, levar em consideração a desistência pré-tratamento, que, ao não ser considerada, pode mascarar o real alcance do atendimento oferecido.

Em relação à enurese, e mais especificamente ao tratamento com alarme, é sabido que muitas famílias não apresentam os requisitos necessários para realizar essa modalidade terapêutica de forma eficaz, reduzindo assim os seus índices de sucesso. Quando realizado de forma adequada, o tratamento com alarme apresenta maiores índices de cura do que qualquer outro, devendo ser a indicação de primeira linha para crianças e adolescentes que urinam na cama. No entanto, a adesão ao tratamento ainda é um obstáculo que impede o alarme de alcançar mais do que os 65% das crianças que realizam o procedimento com sucesso. Até o momento, as estratégias de prevenção da desistência do tratamento da enurese mantêm-se no campo teórico, não tendo sido aplicadas neste estudo e aparecendo com pouca frequência na literatura. As informações sobre possíveis preditores da desistência já dão subsídio para a elaboração de estratégias a evitar que os pacientes abandonem os tratamentos, de forma que futuros estudos do tratamento da enurese devem verificar a sua efetividade. Além disso, é importante entender melhor porque as crianças desistem mais do tratamento. A hipótese de que os adolescentes enfrentam maior impacto e, portanto, desistem menos, ainda precisa ser confirmada com dados empíricos relacionando grau de impacto e intolerância paterna com os níveis de adesão ao tratamento.

Em termos metodológicos, ressalta-se a importância, especialmente na avaliação de tratamentos psicológicos, de considerar os desistentes como parte da amostra, já que a desistência é uma espécie de insucesso da terapia. O modelo de *intention to treat* (Hollis & Campbell, 1999) deveria ser o padrão para qualquer estudo sobre avaliação de tratamento.

Alternativas como a inversão do fluxo de atendimento e a realização de tratamentos em formatos alternativos, que não impliquem no deslocamento regular até a clínica, são exemplos de iniciativas que têm como objetivo alcançar um maior número de pessoas e diminuir os abandonos. Entretanto, tais iniciativas ainda não demonstraram sua efetividade no campo prático, sendo necessários mais esforços para verificar se de fato essas iniciativas aumentam a adesão, pois, a partir do momento em que a psicoterapia se consolida como uma prática efetiva e baseada em evidências, manter os pacientes em tratamento até que seus efeitos sejam obtidos passa a ser o desafio de clínicos e pesquisadores.

## **Adherence in health and psychotherapy: conceptualization and application in nocturnal enuresis**

**Abstract:** Although there are several studies about adherence prevalence and predictors, few of them demonstrate efficient strategies to deal with this issue. A literature review found that about half of the patients that initiate psychotherapy do not conclude the process. Therefore, the measure of adherence is usually non-adherence, assessed by treatment dropout. In this paper, we present data related to dropout of alarm treatment for nocturnal enuresis. Sixty-one children and adolescents that initiated alarm treatment were included. Families missing appointments, not replying to phone calls or stating that treatment procedures were abandoned characterized dropout. Twelve families dropped out from treatment, corresponding to 19.6% of the sample. Only age was significantly related to dropout: younger children were more likely to abandon treatment. The already known relation between age and parents's intolerance explains the results and determinates the necessity of an intense informative work with parents of enuretic children.

**Keywords:** Enuresis. Psychotherapy. Adherence. Alarm treatment.

## **La adhesión en la salud y la psicoterapia: concepción y aplicación en la enuresis nocturna**

**Resumen:** Hay diversos estudios sobre la prevalencia y predictores de la no adhesión, pero pocos muestran estrategias efectivas para hacer frente a este problema. Una revisión de la literatura sobre la deserción en la psicoterapia mostró que casi la mitad de los pacientes que ingresan en la atención no la concluyen. La medida en la psicoterapia en general es la de no adhesión, representada por el abandono o deserción del tratamiento. En este trabajo serán presentados datos relativos a la deserción al tratamiento de la enuresis través de la alarma de orina. Fue realizada una investigación sobre los niveles de la deserción de un grupo de 61 niños y adolescentes. Cuando las familias no comparecerán a las sesiones, no contestarán al telefono, o relatabán tener abandonado los procedimientos, fueron considerados desertores. La deserción ocurrió en 12 de 61 casos, lo que representa 19,6% de la muestra. La asociación ya establecida entre la intolerancia de los padres y la edad del niño explica los resultados y señala la necesidad de una intensa labor educativa con los padres de los adolescentes con enuresis.

**Palabras clave:** Enuresis. Psicoterapia. Adhesión. Tratamiento con alarma.

## **L'adhésion dans la santé et la psychothérapie: concepts et l'application avec l'énurésie nocturne**

**Résumé:** Il existe plusieurs études sur l'adhésion avec une ênfase dans la prévalence et les facteurs prédictifs de non-adhésion, mais peu de ces montre des stratégies efficaces pour faire face à ce problème. Une revue de la littérature sur l'abandon dans la psychothérapie a montré que près de la moitié des patients admis dans un soin de ne pas conclure. La mesure de la psychothérapie en général c'est la non adhésion, représenté par l'abandon ou la cessation du traitement. Le document présente des données sur le traitement d'énurésie nocturne avec l'alarm de urine. Nous avons mené une enquête sur les niveaux de retrait d'un groupe de 61 enfants et adolescents. Lorsque les familles n'ont pas assisté aux séances, ne répondent pas au téléphone ou auraient abandonné les procédures ont été considérés comme des décrocheurs. Le retrait est intervenu dans 12 des 61 cas, représentant 19,6% de l'échantillon. Considérant l'âge moyen des participantesverifica que ceux qui ont abandonné le traitement étaient significativement plus jeunes. L'association précédemment établie entre l'intolérance des parents et l'âge de l'enfant explique les résultats et les points à la nécessité d'un travail pédagogique intensif avec les parents d'adolescents atteints d'énurésie.

**Mots-clés:** Énurésie. Psychothérapie. Adhésio. Traitement par alarme.

### **Referências**

- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 2001 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Arantes, M. C. (2007). *Problemas de comportamento e resultados do tratamento para enurese primária*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Baeyens, D., Lierman, A., Roeuers, H., Hoebke, P., & Walle, J. V. (2009). Adherence in children with nocturnal enuresis. *Journal of Pediatric Urology*, 5, 105-109.
- Butler, R. J. (2004). Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 24, 909-931.
- Cunha, M. F., & Gandini, R. C. (2009). Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 409-418.



- Daibs, Y. S., Pereira, R. F., Emerich, D. R., & Silveiras, E. F. M. (2010). Enurese: impacto em crianças e adolescentes e a tolerância dos pais. *Interação em Psicologia*, 14(2), 175-183.
- Dewulf, N. L., Monteiro, R. A., Passos, A. D. C., Vieira, E. M., & Troncon, L. E. A. (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 42, 575-584.
- Dunbar-Jacob, J. (1993). Contributions do patient adherence: Is it time to share the blame? *Health Psuychology*, 12, 91-92.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, S57-S60.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Oxford: John Wiley & Sons.
- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C., & Peto, R. E. (2006). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children (review). *Evidence-Based Child Health*, 1, 9-97.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Art. No.: CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). CD000011.
- Hjälmas, K., Arnold, T., Bower, W., Caione, P., Chiozza, L. M, von Gontard, A., et al. (2004). Nocturnale, nuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of Urology*, 171, 2545-2561.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670.
- Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz, (Orgs.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 389-406). New York: The Guilford.
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.

- Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4), 739-749.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., & Horta, B. L. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 229-246). Campinas, SP: Alínea.
- Mantovani, C. C. P., Marturano, E. M., & Silveiras, E. F. M. (2010). Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 527-535.
- Mullen, P. D. (1997). Compliance becomes concordance. *British Medical Journal*, 314, 691.
- Nagy, V. T., & Wolfe, G. R. (1984). Cognitive predictors of compliance in chronic disease patients. *Medical Care*, 22, 912-921.
- Nevéus, T., von Gontard, A., Hoebke, P., Hjälmås, K., Bauer, S., Bower, W., et al. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*, 176, 314-324.
- Nunes, M. L. T., Silveiras, E. F. M., Marturano, E. M., & Oliveira, M. S. (2009). Crianças em risco: abandono de psicoterapia. *Psico*, 40(3), 359-365.
- Peck, D. F. (1977). Compliance with therapeutic regimens. *Journal of Medical Ethics*, 3, 148-149.
- Pereira, R. F. (2010). *Variáveis moderadoras do resultado da intervenção com alarme para a enurese noturna*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Pereira, R. F., Silveiras, E. F. M., & Braga, P. F. (2010). Behavioral alarm treatment for nocturnal enuresis. *International Brazilian Journal of Urology*, 36(3), 332-338.
- Radina, M., Sharma, A. P., Yasin, A., & Filler, G. (2010). Adherence to waiting-time targets for pediatric nephrology clinic referrals. *Pediatric Nephrology*, 25, 311-316.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.

- Scott, J., & Pope, M. (2002). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1927-1929.
- Sousa, C. R. B. (2010). Tratamento comportamental de enurese noturna em crianças com comorbidade de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Stone, A. A., Shiffman, S., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Hufford, M. R. (2002). Patient non-compliance with paper diaries. *British Medical Journal*, 324, 1193-1194.
- Viale-Val, G., Rosenthal, R. H., Curtiss, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychotherapy: A preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 562-568.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

**Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras**, professora doutora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Laboratório de Terapia Comportamental, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, CEP 05508-030. São Paulo, SP, Brasil. Endereço eletrônico: [efdmsilv@usp.br](mailto:efdmsilv@usp.br)

**Rodrigo Fernando Pereira**, pós-doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Laboratório de Terapia Comportamental, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, CEP 05508-030. São Paulo, SP, Brasil. Endereço eletrônico: [rpereira@usp.br](mailto:rpereira@usp.br), [www.projetoenurese.com.br](http://www.projetoenurese.com.br)

Recebido: 21/03/2011

Aceito: 13/03/2012