

Problemas de comportamento em enuréticos: análise do índice de mudança confiável (IMC)

Behavior problems in enuretic children: Analysis of the reliable change index (RCI)

Rodrigo Fernando Pereira^I; Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras^I; Zilda Aparecida Pereira Del Prette^{II}

^I Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil

^{II} Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Paulo, Brasil

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

Uma vez que a literatura médica aponta a superioridade do tratamento com alarme para a enurese noturna sobre outros métodos, estudos recentes procuram abordar outras questões relacionadas ao distúrbio. Uma dessas linhas de pesquisa relaciona a enurese com outros problemas de comportamento. O método JT, proposto por Jacobson e Truax, usa a significância clínica e o índice de mudança confiável (IMC) para uma avaliação mais precisa das mudanças em uma população submetida a tratamento, pois parece ser indicado para avaliar os problemas de comportamento. Este trabalho utilizou o método JT como forma de análise das variações dos escores do Child Behavior Checklist (CBCL) de 61 crianças e adolescentes que passaram por tratamento para enurese. A análise do IMC permitiu verificar que os participantes, de forma geral, têm seus escores de problemas de comportamento reduzidos ao passar pelo tratamento, e mostrou que o método JT é promissor no sentido de propiciar análises clínicas mais detalhadas e significativas.

Palavras-chave: Enurese noturna; Problemas de comportamento; Método JT; Child Behavior Checklist.

ABSTRACT

Since there seems to be a relative consensus in medical literature about the superiority of alarm treatment for nocturnal enuresis, recent studies have focused on other associated subjects. One of these research lines relates enuresis and behavior problems. The Jacobson and Truax method, that evaluates changes in a treated population using the clinical significance and reliable change index (RCI) concepts seems to fit in this research area. In this work, we used the JT method to evaluate the Child Behavior Checklist (CBCL) scores of 61 children and adolescents that received treatment for enuresis. The reliable change index showed that participants, generally, had their scores reduced after the treatment. We also concluded that the JT method is a promising way of data assessment in this area, since it allows more detailed and significant clinical analysis.

Keywords: Nocturnal enuresis; Behavior problems; JT method; Child Behavior Checklist.

1 INTRODUÇÃO

O tratamento da enurese noturna com uso de aparelho de alarme é tido como uma maneira eficaz de lidar com o problema, atingindo índices de sucesso de até 70% (BUTLER, 2004; HOUTS, 2003). O tratamento é considerado bem-sucedido quando, em um período de uso do alarme (cerca de 30 semanas), a criança obtém quatorze noites consecutivas sem que ocorram episódios de enurese. Há no Brasil estudos mostrando que a eficácia do mesmo tratamento com crianças varia entre 60% e 70% (SILVA, 2004; COSTA, 2005; PEREIRA, 2006), embora ainda seja necessário um estudo epidemiológico que verifique a prevalência e os fatores associados à enurese noturna.

Por conta do consenso na literatura médica a respeito do tratamento com o alarme, os estudos recentes relacionados à enurese buscam conhecimento sobre outros elementos que interferem na sua prevalência e tratamento, como pesquisas sobre determinação genética (VON GONTARD et al., 2001), moderadores do tratamento de enurese resistente (CENDRON; KLAUBER, 1998) e fatores psicossociais associados (BUTLER, 2004), entre eles os problemas de comportamento.

Parece haver, por exemplo, uma grande associação entre a enurese noturna e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou TDAH (BAILEY et al., 1999), o que se justifica por um suposto facilitador genético comum. Por outro lado, ao se considerar que uma das possíveis causas da enurese é a dificuldade em atentar e reagir aos sinais da bexiga cheia durante a noite (BUTLER, 2004), parece fazer sentido que a falta de atenção tenha como resultado a enurese.

No entanto, de forma geral, os enuréticos não são mais problemáticos do que os não enuréticos, embora enfrentem dificuldades como isolamento, vergonha, culpa e humilhação (BUTLER, 2004). Na verdade, busca-se atualmente confirmação para a hipótese de que crianças que são tratadas da enurese e mantêm-se secas em definitivo podem ter seus outros problemas de comportamento reduzidos (MENEHELLO; PEREIRA; SILVARES, 2006).

Uma vez que estudos sobre tratamento psicológico no Brasil geralmente envolvem amostras pequenas, é necessária uma metodologia diferenciada para se verificar a validade interna dos procedimentos em termos de eficácia. Para tanto, o modelo JT para análise de mudança confiável e clinicamente significativa, proposto por Jacobson e Truax (1991) e desenvolvido por diversos pesquisadores, como o próprio Jacobson (1999), Kazdin (1999) e Kendall (1998), é adequado por permitir uma análise individualizada dos casos atendidos e, ainda assim, oferecer elementos confiáveis para a avaliação de efetividade, ou seja, qual a aplicabilidade dos resultados em uma população mais ampla.

Os conceitos de mudança confiável e significância clínica foram propostos por Jacobson e Truax (1991) como uma forma de resolver o problema da inferência estatística na análise de resultados de tratamento, quando a alta variabilidade dos resultados dificulta a identificação dos casos em que houve mudança ou quando a baixa variabilidade aponta mudança estatisticamente significativa, mas que não apresenta significância clínica. A proposta, que partiu de uma definição anterior (JACOBSON; FOLLETTE; REVENSTORF, 1984), baseia-se na relevância de se considerar o retorno ao funcionamento normal como critério para a eficácia da intervenção clínica.

A significância clínica menos arbitrária seria aquela em que "o nível de funcionamento após a terapia coloca o cliente mais perto da média da população 'normal' do que da média da população disfuncional" (JACOBSON; TRUAX, 1991).

Os autores propõem uma fórmula para se verificar, inicialmente, se as eventuais oscilações positivas ou negativas nos indicadores quantitativos podem ser tomadas confiavelmente como mudanças, definindo o índice de mudança confiável (IMC) como a diferença entre o resultado da pós-intervenção e o da pré-intervenção ponderado pelo índice de confiabilidade do instrumento utilizado na avaliação. Jacobson, Roberts, Berns e McGlinchey (1999) alertam, no entanto, que o IMC, por si só, tem pouco a ver com a significância clínica. Para a significância clínica, é necessário considerar se as mudanças nos escores de uma pessoa que passou por tratamento foram suficientemente robustas para incluí-la na distribuição normativa de resultados da população não clínica.

Já Kazdin (1999) atesta que verificar a significância clínica da redução de determinado sintoma ou frequência de um comportamento pode não ser suficiente: é preciso levar em conta o funcionamento do sujeito de forma mais global. Para tanto, ele propõe que se crie uma tipologia de metas de tratamento relacionadas a diversos aspectos, como guias para a avaliação da significância clínica. Os dados podem ser graficamente representados com base na diferença entre os resultados da pós e da pré-intervenção, conforme descrito por Del Prette e Del Prette (no prelo), o que permite visualizar os indicadores situados dentro e fora da faixa de mudança confiável. O presente trabalho concentra-se na aplicação dessa representação gráfica e no IMC como instrumentos de análise de mudança de uma população atendida,

ou seja, na verificação por meio do IMC da eficácia do tratamento. Entende-se por eficácia o grau em que o procedimento de fato provoca mudanças na amostra estudada. Não se realizou, então, uma avaliação completa da significância clínica, mas apenas de uma das técnicas que fazem parte desse processo.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo principal verificar o IMC, conforme proposto por Del Prette e Del Prette (no prelo), e elaborar uma representação gráfica da variação dos problemas de comportamento decorrentes de intervenção psicológica de controle de enurese em uma clínica-escola de São Paulo. Examinou-se também o impacto desses efeitos controlando-se a faixa etária (crianças *versus* adolescentes) e o sucesso ou insucesso do tratamento para enurese.

2 MÉTODO

2.1 AMOSTRA

Esse estudo foi feito com as informações de prontuário de 61 crianças e adolescentes (com idades entre 6 e 18 anos) enuréticos atendidos pelo Projeto Enurese, entre 2002 e 2006. A partir de uma amostra inicial de 97 casos clínicos, foram excluídas as crianças cujas famílias desistiram do atendimento antes do término programado e aquelas para as quais o prontuário não incluía dados iniciais ou finais do instrumento utilizado, geralmente por dificuldades de contato com os pais.

Depois de aplicados os critérios de exclusão, restaram no estudo 61 participantes com idades entre 6 a 18 anos, sendo 44 do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Do total de participantes, 52 atingiram o critério de sucesso durante o tratamento da enurese, que consistia em permanecer ao menos 14 noites consecutivas sem urinar na cama. Este estudo tem como foco a variação dos índices de problemas de comportamento de todas as crianças tratadas e incluídas, independentemente do resultado no tratamento da enurese.

Os diversos projetos que envolvem os atendimentos realizados pelo Projeto Enurese foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo.

2.2 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado para avaliação dos problemas de comportamento foi o Child Behavior Checklist (CBCL). Criado nos Estados Unidos, nos anos 1970, possui uma versão brasileira validada de maneira preliminar (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995). Como até o momento não foram realizados estudos psicométricos conclusivos no Brasil, para fins de avaliação e comparação, é utilizada a amostra normativa americana.

O CBCL, um questionário preenchido por pais ou cuidadores da criança, é composto por 113 itens referentes a problemas de comportamento, que são agrupados para compor os escores de várias subescalas de distúrbios específicos e posteriormente somados para se obter um escore geral. Assim, o CBCL produz escores para: (a) Distúrbio Internalizante (DI): soma dos escores das subescalas relativa à ansiedade, à somatização e a isolamento; (b) Distúrbio Externalizante (DE): soma dos escores das subescalas relativa à desobediência e à agressividade; (c) Distúrbio Totalizante (DT): soma dos escores das subescalas relativos à dificuldade de socialização e a déficit de atenção, e também das escalas DI e DE¹. Cada uma das escalas individuais tem um índice específico de consistência interna; para as de comportamentos problemáticos eles são: DI= .90, DE= .94 e DT= .97. Para uso diagnóstico, os valores estabelecidos como pontos de corte dessas escalas são: limítrofe = escores entre 60 e 63; clínico = escores iguais ou superiores a 60; normal = escores inferiores a 60. Para este trabalho, o escore de 60 foi utilizado como ponto de corte, desconsiderando-se a faixa limítrofe.

As famílias atendidas pelo Projeto Enurese foram solicitadas a preencher duas cópias do instrumento — uma pelo pai e outra pela mãe — ao ingressarem no programa e ao término do atendimento. Uma vez que nem sempre o pai estava disponível para responder ao questionário, os dados do CBCL utilizados neste trabalho referem-se aos instrumentos preenchidos pelas mães.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os escores iniciais e finais representam a soma de escalas de DI, DE e DT do CBCL e foram agrupados e comparados segundo o IMC (conforme definido por Jacobson et al., 1984, 1991, 1999), que é obtido com a fórmula:

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

Onde:

x2 é o escore pós-teste,

x1 é o escore pré-teste e

S_{dif} é o erro-padrão da diferença.

As análises foram realizadas considerando-se (a) a amostra como um todo; (b) os subgrupos de acordo com o resultado do tratamento (sucesso e insucesso); e (c) os subgrupos por faixa etária (crianças, entre 6 e 10 anos, e adolescentes, entre 11 e 18 anos). Foram elaboradas figuras ilustrativas da distribuição dos escores e tabelas do IMC.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a porcentagem de clientes classificados como casos de "melhora", "não altera" ou "piora", conforme os IMC obtidos, considerando-se a amostra como um todo. A melhora foi definida como o número de pacientes que obtiveram IMC indicativo de redução de problemas.

Tabela 1: Porcentagem de clientes conforme os resultados da análise do Índice de Mudança Confiável (IMC) no escore total do CBCL para problemas de comportamento

Escore no CBCL (mãe)	Porcentagem de clientes conforme o IMC		
	Melhora	Não altera	Piora
DI	9,8% (6)	86,9% (53)	3,3% (2)
DE	4,9% (3)	95,1% (58)	0,0% (0)
DT	9,8% (6)	90,2% (55)	0,0% (0)

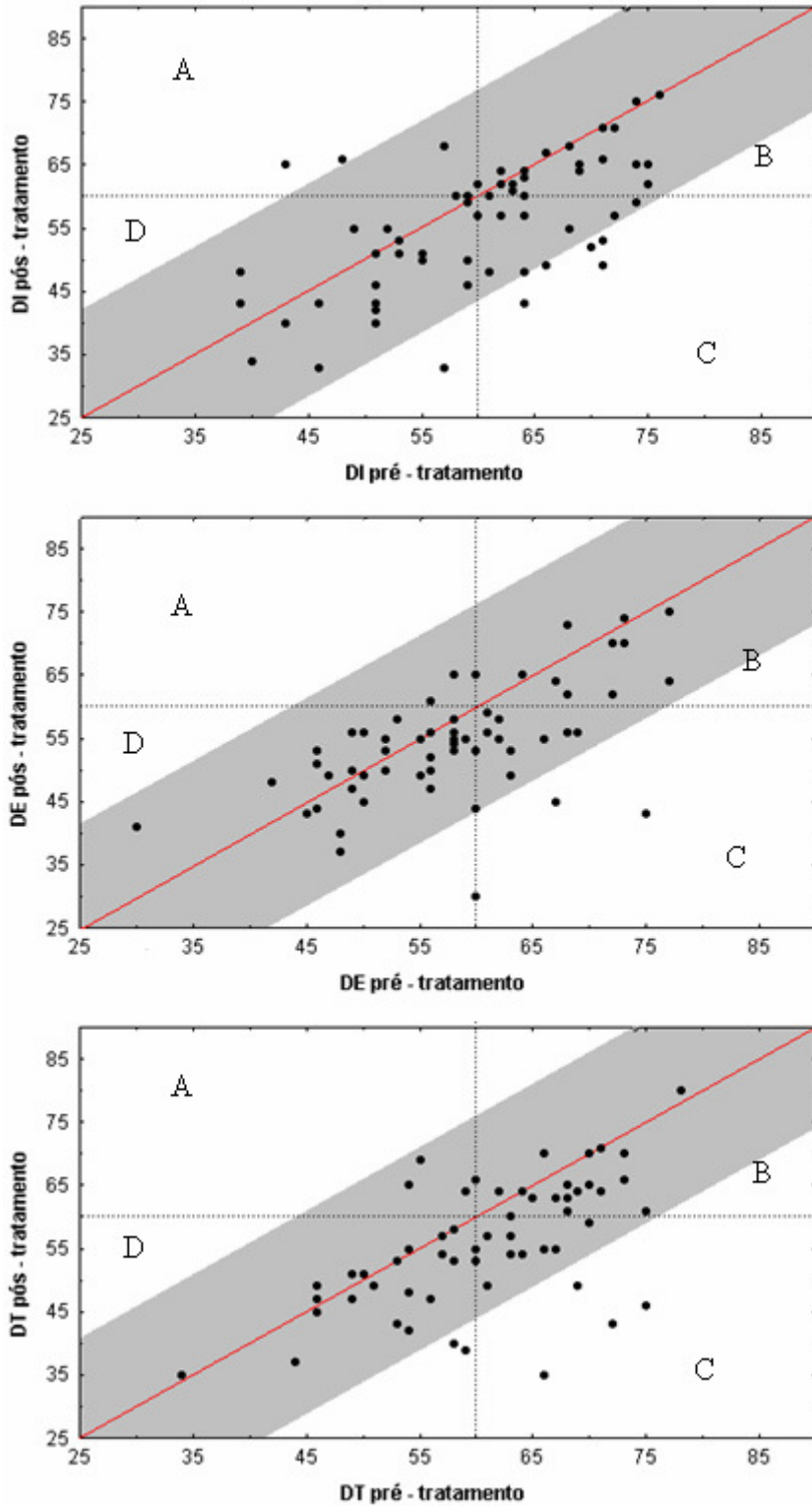
Percebe-se, na Tabela 1, que a grande maioria das crianças não apresentou alterações confiáveis nos escores de DI, DE ou DT, de acordo com os critérios do IMC. Ainda assim, onde ocorreram alterações, elas ocorreram no sentido de melhora, com exceção de dois escores nos escores de DI.

A Tabela 1 apresenta apenas os índices de mudança significativa. Na Figura 1 podem-se examinar mais detalhadamente os dados graficamente representados, de acordo com modelo de representação de mudanças confiáveis. É importante lembrar que, no caso de problemas de comportamento, a melhora é representada pela redução dos escores. As linhas pontilhadas representam o corte entre as faixas não clínica e clínica, com base no critério de corte americano (escore 60), sendo os escores não clínicos abaixo de 60, e os clínicos acima. A linha pontilhada vertical divide clientes clínicos e não clínicos antes do tratamento e a linha pontilhada horizontal divide esses grupos após o tratamento. A faixa sombreada em torno da linha central delimita uma área de incerteza, dada pelo índice de consistência interna do instrumento. Em outras palavras, não se poderia afirmar com segurança que as diferenças entre escores pós e pré-intervenção que recaem nessa faixa representam aumento (acima da diagonal) ou redução (abaixo) de escores.

Examinando-se a situação dos indivíduos cujos resultados se situam em cada um dos quadrantes (em sentido horário, começando pelo superior esquerdo), tem-se: A = indivíduos com escores não clínicos antes do tratamento que passaram a ser clínicos depois do tratamento (pioraram); B = indivíduos com escores clínicos antes do tratamento que permaneceram clínicos depois do tratamento (não melhoraram); C = indivíduos com escores clínicos antes do tratamento que passaram a ser não clínicos depois do tratamento (melhoraram); e D = indivíduos com escores não clínicos antes do tratamento que

permaneceram não clínicos (não se esperaria melhora destes). A linha diagonal representa o corte entre melhora e piora na comparação pré- e pós-tratamento: pontos abaixo dela significam melhora e acima, significam piora. A faixa cinza sinaliza as diferenças entre os escores pré e pós-intervenção que não tiveram mudança confiável.

Figura 1: Dispersão das diferenças entre a pré e a pós-intervenção nos escores de DI, DE e DT para todos os participantes da amostra

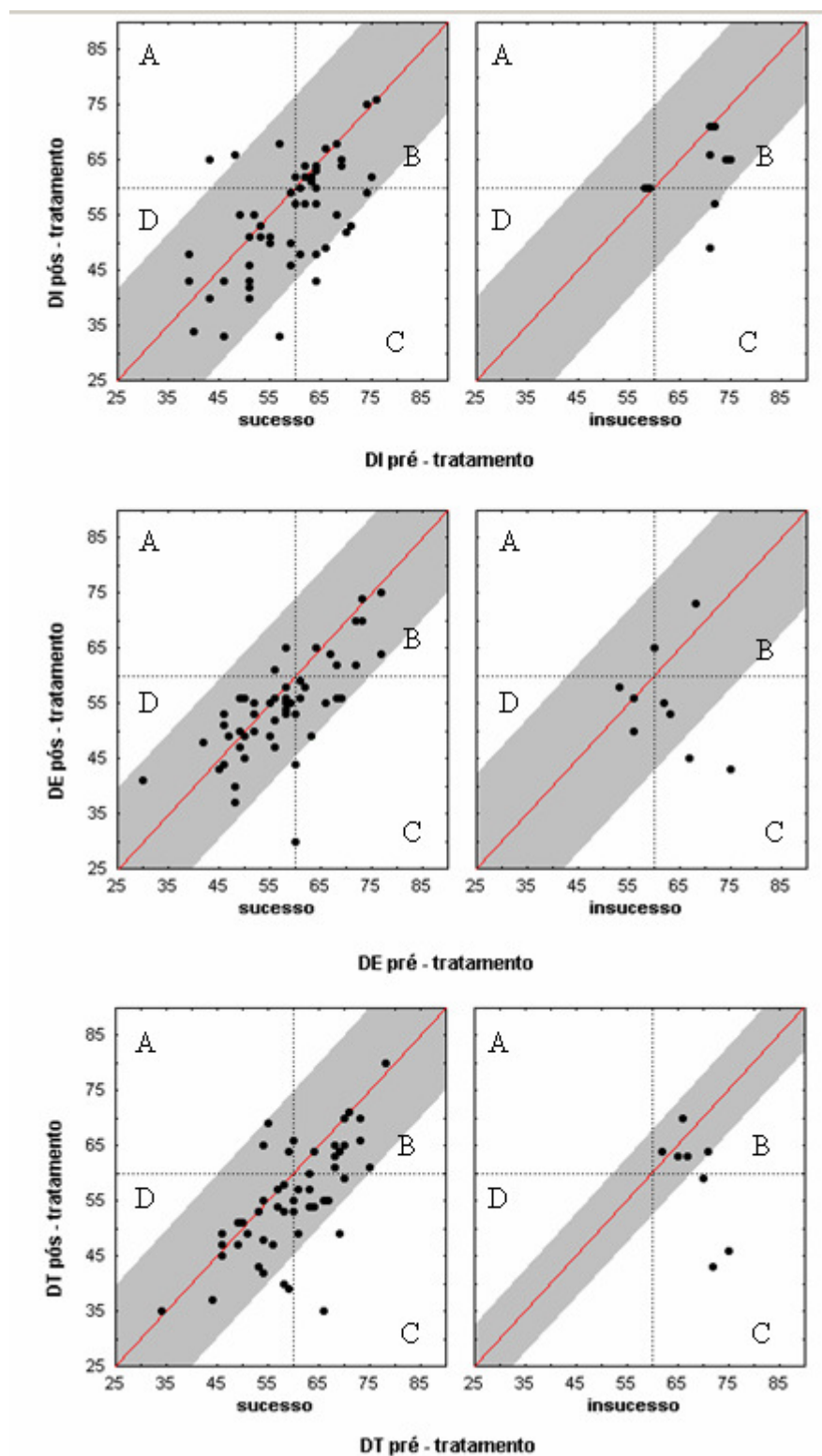


A Figura 1 permite uma visualização dos escores de problemas de comportamento para todos os participantes da amostra. Uma primeira informação que pode ser extraída desta figura é que os participantes se distribuíram de forma semelhante à esquerda e à direita do ponto de corte (pontilhado) da linha horizontal, evidenciando que os enuréticos formam um grupo heterogêneo, com escores baixos e não clínicos e escores altos e clínicos nos indicadores de problemas de comportamento.

Em termos gerais de variação entre os escores pré e pós-tratamento, verifica-se, para os três indicadores de problemas de comportamento, que a maior parte dos pontos está sob a linha diagonal, indicando oscilação negativa nos escores (direção de melhora), ainda que a maior parte das oscilações não tenha atingido o critério de mudança confiável. Também se verifica que a maior parte situa-se abaixo da linha tracejada horizontal, o que mostra que terminaram o tratamento com escores não clínicos. Analisando-se os quadrantes, percebe-se que poucos indivíduos passaram da faixa não clínica para a clínica (A), ou seja, pioraram em termos de problemas de comportamento, após o tratamento da enurese. A maior parte dos pontos distribui-se de forma homogênea pelos outros três quadrantes, ainda que se verifiquem poucas mudanças clinicamente significativas (quadrante C, abaixo da faixa sombreada).

A Figura 2 mostra a dispersão das diferenças entre os escores pré e pós-intervenção, tomando-se separadamente as subamostras que atingiram ou não o critério de sucesso no tratamento da enurese.

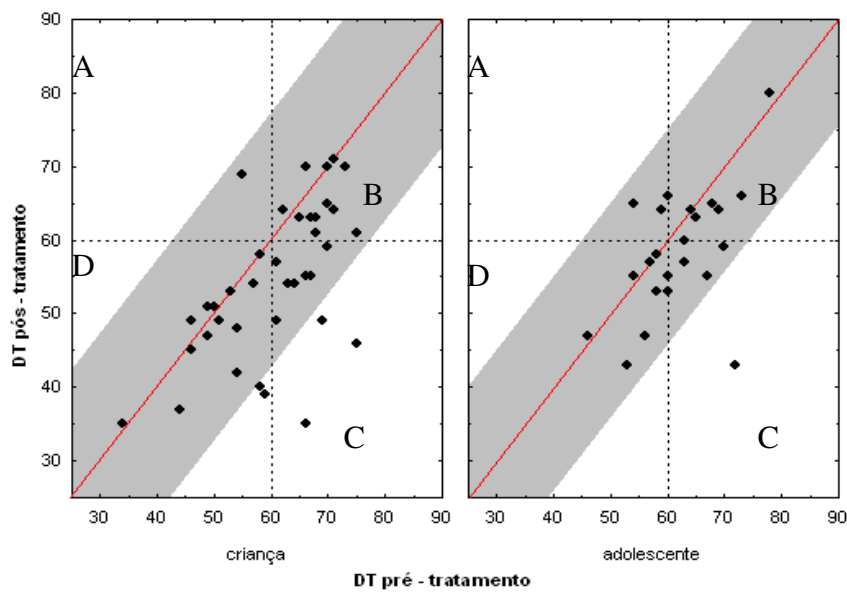
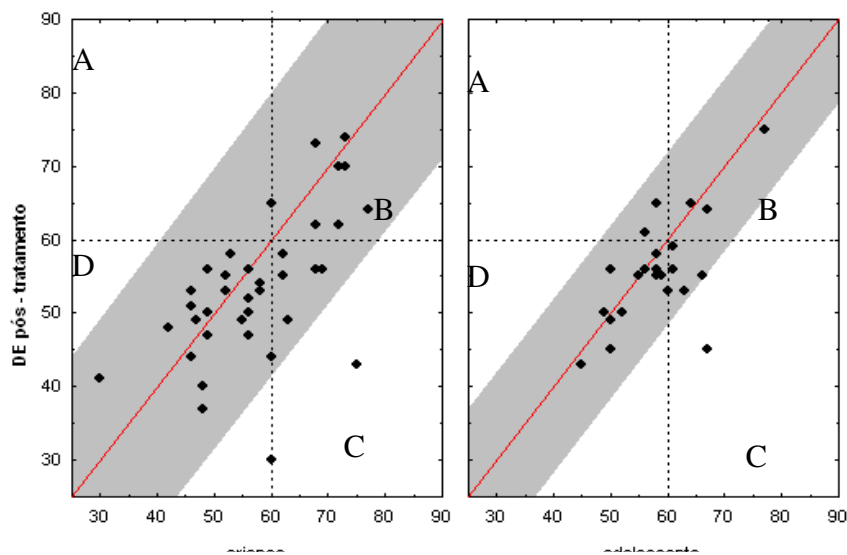
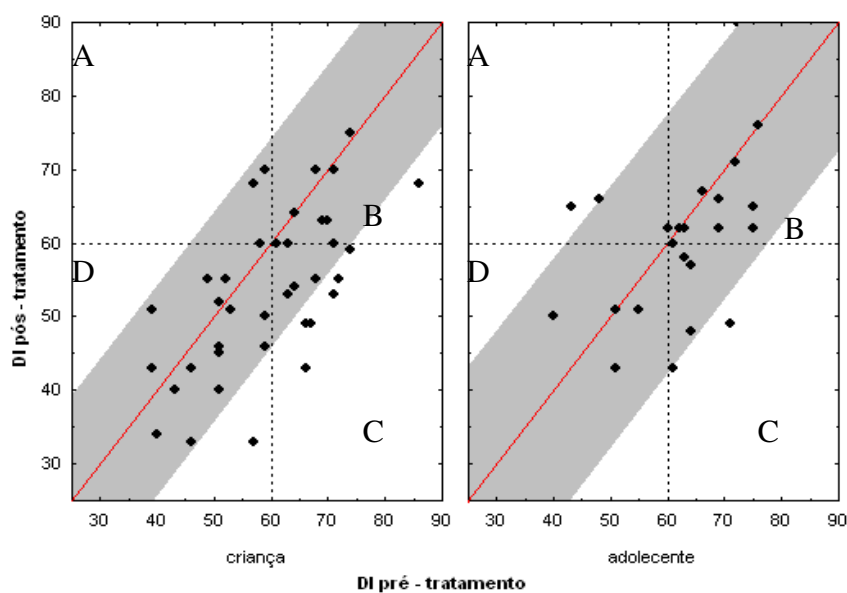
Figura 2: Dispersão das diferenças entre a pré e a pós-intervenção nos escores de DI, DE e DT para as subamostras de participantes que obtiveram sucesso e insucesso no tratamento da enurese.



A observação da Figura 2 evidencia que a melhora, referida na Figura 1, não foi exclusiva das crianças que obtiveram sucesso no tratamento da enurese. Na verdade, as oscilações no sentido de melhora dos problemas de comportamento distribuíram-se de forma semelhante entre as que obtiveram quatorze noites secas consecutivas e as que não alcançaram essa meta. Contudo, é necessário observar que, nos três indicadores de problemas de comportamento do CBCL, os participantes do grupo de insucesso apresentavam um escore inicial maior, mais clínico (pontos à direita). Verifica-se, ainda, que para os indicadores de DT, as crianças que não obtiveram sucesso no tratamento da enurese apresentaram reduções confiáveis proporcionalmente maiores em problemas de comportamento do que as bem-sucedidas: três em nove do grupo de insucesso passaram da faixa clínica para a não clínica, o que ocorreu com apenas 4 das 52 do grupo bem-sucedido. Esse dado indica que o tratamento em si traz benefícios colaterais para a criança enurética, mesmo que ela continue a molhar a cama após o tratamento e especialmente se ela tem altos índices de problemas de comportamento.

Na Figura 3, a análise foi feita dividindo-se, dessa vez, a amostra entre crianças e adolescentes.

Figura 3: Dispersão das diferenças entre a pré e a pós-intervenção nos escores de DI, DE e DT para as subamostras de crianças e a adolescentes



Apesar da predominância de crianças na amostra total, a análise da Figura 3 mostra que a tendência de melhora observada na amostra como um todo é proporcionalmente maior entre elas do que entre os adolescentes. O percentual de participantes que apresentou melhora confiável no DI e no DT, por exemplo, foi de 13,2% para as crianças contra 4,3% dos adolescentes. Este dado sugere que as crianças podem se beneficiar um pouco mais dos efeitos colaterais do tratamento da enurese, em termos de diminuição dos problemas de comportamento, quando comparadas com os adolescentes. Este resultado é condizente com os achados de Loeber (1982), sobre a importância da intervenção precoce e sobre a maior resistência à intervenção à medida que as crianças crescem. Em outras palavras, crianças que apresentam problemas desde cedo tendem a manter esses problemas, a menos que algum trabalho preventivo seja feito e quanto mais cedo receberem atendimento, mais positivo pode ser o prognóstico.

3.2 DISCUSSÃO

Este estudo utilizou análise da representação gráfica do método JT para verificar a alteração nas taxas de problemas de comportamento de uma amostra de crianças e adolescentes que passaram por tratamento da enurese. O método de análise mostrou-se útil para examinar um conjunto de dados de forma qualitativa, em termos de um dos subprodutos do tratamento para enurese: seu possível papel na redução de problemas de comportamento de crianças e adolescentes. Ainda que o objetivo não tivesse sido, em princípio, mostrar que o tratamento para a enurese, focado na aquisição do controle vesical, é também efetivo no trato de problemas de comportamento, esse dado aparece de forma sugestiva, pelo menos no caso de crianças. Nesse sentido, considera-se que a análise traz novos elementos para avaliar os resultados de uma amostra de tamanho razoável sob um atendimento clínico que dura cerca de trinta semanas. As tabelas e figuras permitiram obter uma perspectiva global dos índices de problemas de comportamento antes e depois do tratamento, auxiliando na caracterização da amostra e das subamostras organizadas para análise.

A análise permitiu verificar que as crianças enuréticas não são tipicamente problemáticas, compondo uma amostra relativamente heterogênea com relação a esse aspecto. Adicionalmente, foi possível verificar uma pequena tendência de melhora dos participantes que apresentavam problemas de comportamento, independentemente da terapia ser ou não bem-sucedida para a solução do problema da enurese, o que se mostrou de forma um pouco mais clara entre as crianças do que entre os adolescentes.

No entanto, se a representação gráfica indica uma leve tendência de melhora, o uso do IMC é fundamental ao complementar essa informação, mostrando que apenas uma pequena fração das crianças apresenta de fato uma redução da pontuação considerada confiável — a proporção máxima de melhora foi de 9,8% dos casos em relação aos DI. Esta informação mostra que, apesar de existir uma tendência geral de melhora, ela não pode ser tida como certa, mostrando que o tratamento para a enurese não reduz significativamente os problemas de comportamento das crianças e adolescentes sob a perspectiva de análise empregada neste estudo.

Além disso, a pequena redução apresentada, tida como efeito colateral do tratamento, pode ser resultante de algumas variáveis, considerando-se o contexto e as estratégias de atendimento clínico. Por exemplo: do contato com outras crianças com a mesma dificuldade, no caso do atendimento grupal; da melhora de conduta das crianças e dos pais por conta da qualidade da relação terapêutica; da mudança nas relações pais-filhos em função da atenção diferencial desenvolvida pelos genitores no processo terapêutico; e de outros procedimentos típicos do tratamento da enurese. Adicionalmente, não se poderia descartar a possibilidade de algum viés inicial no preenchimento do CBCL, tanto no início como no fim do tratamento. Os pais, por exemplo, podem tender a atribuir mais problemas de comportamento no início do que no fim, por associar o alto índice de problemas à garantia do atendimento. E ao final, por se tratar de auto-relato, não se pode subestimar a questão da desejabilidade social e do próprio envolvimento com o processo de atendimento, como fatores que poderiam minimizar os escores.

A análise da representação gráfica de mudanças confiáveis e/ou significativas mostrou-se um recurso promissor na avaliação do tratamento, uma vez que permite avaliar os resultados para a amostra como um todo e para características particulares da amostra, que podem ser ainda mais refinadas, conforme sugerem Del Prette e Del Prette (no prelo). No âmbito das pesquisas sobre enurese, ela pode ser útil para avaliar o resultado principal do tratamento e os efeitos colaterais desejáveis, bem como a ação de variáveis moderadoras, como a faixa etária no presente estudo, na obtenção desse resultado, devendo ser utilizada em pesquisas futuras.

Além disso, seria interessante, em estudos futuros, não apenas avaliar o IMC, mas também os índices de significância clínica. Contudo, há certa dificuldade nessa análise pela falta de amostras normativas no

Brasil, que permitiriam utilizar os critérios A e C de Jacobson e Truax (1991) para verificar a importância clínica das alterações que ocorrem nos tratamentos. Nesse sentido, cabe ressaltar, aqui, o desenvolvimento de padrões normativos para a avaliação de problemas de comportamentos, como o que vem sendo encaminhado atualmente por meio do Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (Social Skills Rating System – SSRS), adaptado para o Brasil por Bandeira et al. (no prelo), que pode viabilizar estudos futuros com a aplicação do critério C proposto por Jacobson e Truax (1991).

REFERÊNCIAS

BAILEY, J. N.; ORNITZ, E. M.; GEHRICKE, J. G.; GABIKIAN, P.; RUSSELL, A. T.; SMALLEY, S. L. Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. **Acta Pediatric**, n. 88, p. 1364-1368, 1999.

BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; MAGALHÃES, T. Escala de avaliação das habilidades sociais de estudantes do Ensino Fundamental, SSRS-BR: validação transcultural para o Brasil. (no prelo).

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Rev. ABP-APAL**, v. 2, n. 17, p. 55-66, abr./jun. 1995.

BUTLER, R. J. Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. **Clinical Psychology Review**, n. 24, p. 909-931, 2004.

CENDRON, M.; KLAUBER, G. Combination therapy in the treatment of persistent nocturnal enuresis. **British Journal of Urology**, n. 81, v. 3, p. 26-28, 1998.

COSTA, N. J. D. **A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme**. 2005. 168 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. No prelo.

HOUTS, A. C. Behavioral treatment for enuresis. In: KAZDIN, A. E.; WEISZ, J. R. (Org.). **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. New York: The Guilford Press, 2003. p. 389-406.

JACOBSON, N. S.; FOLLETTE, W. C.; REVENSTORF, D. Psychotherapy outcomes research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. **Behavior Therapy**, n. 15, p. 336-352, 1984.

JACOBSON, N. S.; ROBERTS, L. J.; BERNIS, S. B.; MCGLINCHEY, J. B. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, p. 300-307, 1999.

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 1, n. 59, p. 12-19, 1991.

KAZDIN, A. E. The meanings and measurement of clinical significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 3, n. 67, p. 332-339, 1999.

KENDALL, P. C. Empirically supported psychological therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 1, n. 66, p. 3-6, 1998.

LOEBER, R. The stability of antisocial and delinquent child behavior: A review. **Child Development**, n. 53, p. 1431-1446, 1982.

MENEGHELLO, M. G. B.; PEREIRA, R. F.; SILVARES, E. F. M. Eficácia a longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, n. 8, p. 102-111, 2006.

PEREIRA, R. F. **A enurese noturna na infância e na adolescência**: intervenção com uso de alarme nacional em grupo e individual. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, R. P. **Enurese noturna monossintomática**: intervenção comportamental em grupos de pais e em grupos de crianças com aparelho nacional de alarme. 2004. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VON GONTARD, A.; SCHAUMBURG, H.; HOLLMANN, E.; EIBERG, H.; RITTIG, S. The genetics of enuresis: A review. **The Journal of Urology**, n. 166, p. 2438-2443, 2001.

Endereço para correspondência

Rodrigo Fernando Pereira
E-mail: rpereira@usp.br

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
E-mail: efdmsilv@usp.br

Zilda Aparecida Pereira Del Prette
E-mail: zdprette@ufscar.br

Recebido em: 8 de março de 2008
Aprovado em: 26 de outubro de 2008
Revisado em: 18 de novembro de 2008

¹Além dos indicadores de comportamentos problemáticos, os itens do CBCL produzem um escore de Competência Social (CS), que não vai ser utilizado neste estudo, mas que é resultante dos escores das subescalas: Atividades, Socialização e Escolarização.