Comportamento e Saúde

explorando alternativas

Antônio Bento Alves de Moraes
Cecília Guarnieri Batista
Célia Maria Lana da Costa Zannon
Dayse M.B. Keiralla
Elizete A.L.C. Pinto
Flávia Fonseca Guimarães
J. B. Salomão
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki
Rachel Rodrigues Kerbauy
Suely Sales Guimarães
Tania Moron Saes Braga
Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

INDEX BOOKS GROUPS

Rachel Rodrigues Kerbauy
organizadora

Copyright © desta edição:
ESETec Editores Associados. Santo André. 2010.
Todos os direitos reservados

Kerbauy, Rachel Rodrigues, et al.

K47c *Comportamento e Saúde: explorando alternativas – Org. Rachel Rodrigues Kerbauy. 2ª ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2010.*

104 p. 21cm

1. Psicologia do Comportamento e Cognição
2. Behaviorismo
3. Psicologia Individual
4. Clínica
5. Hospital

CDD 155.2
CDU 158.9.019.4

ESETec Editores Associados

Solicitação de exemplares: comercial@esetec.com.br
Tel. (11) 4990 5683/ 4438 6866
www.esetec.com.br

Comportamento e Saúde

explorando alternativas

Antônio Bento Alves de Moraes
Cecília Guarnieri Batista
Célia Maria Lana da Costa Zannon
Dayse M.B. Keiralla
Elizete A.L.C. Pinto
Flávia Fonseca Guimarães
J. B. Salomão
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki
Rachel Rodrigues Kerbauy
Suely Sales Guimarães
Tania Moron Saes Braga
Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

INDEX BOOKS GROUPS

Rachel Rodrigues Kerbauy
organizadora

INDEX
BOOKS
GROUPS

Sumário

Apresentação 7

Seção I
Conceitos e problemas sobre o ensino na área de comportamento e saúde

Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde 11
Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com Comportamento e Saúde 16
Rachel Rodrigues Kerbauy

Psicologia da Saúde e doenças crônicas 25
Suely Sales Guimarães

Psicologia aplicada à Pediatria: questões metodológicas atuais 42
Célia Maria Lana da Costa Zannon

Seção II
Aplicações com doenças e populações diversas

Psicologia e saúde bucal: circunscrevendo o campo 55
Antônio Bento Alves de Moraes

Medicina comportamental para crianças e adolescentes com constipação intestinal crônica 70
Dayse Maria Borges Keiralla, Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto

Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentaisl 80
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki, Vera Lucia Adami Raposo do Amaral, J.B. Salomão

Pesquisa e intervenção no desenvolvimento de crianças com deficiência visual 95
Cecília Guarnieri Batista

Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação 107
Tania Moron Saes Braga, Rachel Rodrigues Kerbauy

Autocontrole e adesão a tratamento em diabéticos, cardíacos e hipertensos 117
Flávia Fonseca Guimarães, Rachel Rodrigues Kerbauy

INDEX BOOKS GROUPS

Apresentação

Quando, em 1984, propus à ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia) um grupo temático sobre Comportamento e Saúde, considerava ser essa área de pesquisa e profissionalização fundamental, para que se definisse como o psicólogo poderia contribuir com seus conhecimentos. Os programas de intervenção para pessoas submetidas à cirurgia cardíaca eram recentes, em vários países, e tudo indicava sua proliferação.

Os grupos de comportamento e saúde sucederam-se nos Encontros da ANPEPP, variando pessoas e temas. Explicaria essa mobilidade devido às características pessoais, as linhas teóricas em Psicologia e a escolha de temas de pesquisa que foram se diferenciando em outros grupos com temáticas específicas. Com pessoas de várias regiões do país, durante anos, propusemos temas, como prevenção, procedimentos, avaliação de programas e adesão a tratamento. Um dos objetivos seria propor metodologias nacionais para estudo de problemas específicos.

As condições existentes na vida do professor universitário, que realiza serviços de atendimento à comunidade, atua como pesquisador, está inserido em um sistema administrativo que dificulta a contratação de pessoas para dar continuidade a programas, talvez até as pressões para publicações e apresentações em congressos exigidas pelas associações a que pertencem, sejam fatores que determinam uma individualização e imediatividade de seus trabalhos. Os grupos de pesquisa estão se organizando lentamente.

Em um dos Encontros da ANPEPP, em que se discutia adesão a tratamento neste grupo de Comportamento e Saúde, resolvemos publicar os trabalhos apresentados ou acréscimos apresentados por pesquisadores. Outros trabalhos foram incluídos, sem no entanto esgotar o assunto que continua propondo desafios metodológicos e conceituais.

Esse livro apresenta a seção I - Conceitos e problemas sobre o ensino na área de comportamento e saúde e a seção II - Aplicações com doenças específicas e populações diversas. Salienta-se com esse formato do livro a peculiaridade das doenças e metodologias. Verifica-se que os problemas em trabalhar com a população brasileira, além de empregar técnicas consagradas mi área estão se diferenciando para desvendar maneiras de atuar na cultura brasileira, identificando variáveis e construindo o trabalho do psicólogo nas equipes de saúde.

Rachel Rodrigues Kerbauy

INDEX BOOKS GROUPS

Seção I

Conceitos e problemas sobre o ensino na área de comportamento e saúde

INDEX
BOOKS
GROUPS

Capítulo 1

Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde

Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

A inserção do psicólogo na área da saúde, em nosso meio, pode ser considerada recente, embora se tenha conhecimento de profissionais que atuem nesta área há mais de 30 anos. Entretanto, só na última década, o campo de trabalho tornou-se significativo, com um número bastante representativo de profissionais atuando na área, participando de equipes interdisciplinares, em diferentes contextos, desde os centros de saúde de bairros periféricos dos centros urbanos até os grandes hospitais universitários, clínicas especializadas e centros de reabilitação. Essa abertura do campo de trabalho deve-se principalmente a uma nova concepção de saúde e doença, vinda da própria área médica.

A organização médica em especialidades e subespecialidades e o desenvolvimento tecnológico, embora tenha trazido enorme progresso no diagnóstico e tratamento das doenças, contribuiu para o distanciamento do vínculo médico-paciente, tão comum na época do "médico de família", que era ao mesmo tempo conselheiro, amigo, confidente. A partir daí, surgiu a necessidade de um profissional que, trabalhando junto às equipes de saúde, pudesse dar atenção especial ao aspecto "psicológico" dos pacientes (Amaral & Yoshida, 1993).

O psicólogo que atua na área da saúde e subscreve o modelo comportamental tem aplicado os conhecimentos e técnicas advindas

das ciências do comportamento a fim de auxiliar na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação. Na verdade, esses psicólogos devem dominar conhecimentos das áreas biológicas e das áreas das ciências comportamentais.

Profissionais acadêmicos envolvidos na formação de psicólogos, no Brasil, e principalmente do terapeuta comportamental, têm expressado sua preocupação acerca dos diversos modelos comportamentais e uma falta de consenso sobre o que venha a ser um terapeuta comportamental.

O modelo da terapia "face a face", tradicionalmente definidor do modelo clínico, baseado quase que exclusivamente em relatos verbais e na interação verbal entre terapeuta e cliente, parece ser insuficiente quando se trata do trabalho do psicólogo no contexto da saúde. O objetivo do trabalho do psicólogo na saúde é focal, tende a lidar com os comportamentos que mantêm a doença e promovem a saúde. Em geral, o analista do comportamento estará diretamente lidando com as contingências em operação no ambiente institucional e também com regras que poderão governar o comportamento do cliente em seu ambiente natural, e que envolverão adesão ao tratamento, prevenção, controle de recaídas etc. Quando uma pessoa está no hospital, sua maior preocupação é com seu problema de saúde física, sua gravidade, diagnóstico e prognóstico.

Mesmo em nível internacional, tem sido muito polêmica a questão da formação do psicólogo clínico: deve-se formá-lo para a prática clínica, para a produção de pesquisa ou para ambos?

Nos Estados Unidos, o treinamento profissional teve como guia, desde a década de 1950, o chamado "Modelo Boulder".

De acordo com Frank (1984), este modelo estabeleceu que o estudante de Psicologia Clínica deveria ser treinado para ter habilidades em pesquisa e prática clínica. O pensamento era de que uma mesma pessoa poderia ser treinada em ambas as áreas: pesquisa e clínica. A viabilidade desse modelo foi muito discutida pelas associações e comitês, e as críticas ao modelo "cientista-prático" estiveram centradas principalmente nos argumentos de que é dispensável o treinamento em pesquisa para o clínico, e que o interesse e o talento para a pesquisa são incompatíveis com as habilidades clínicas. O resultado das tentativas de se promover pesquisa no "setting" clínico foi o aparecimento do estudo de caso único e da pesquisa quase-experimental (Peterson, 1991).

Barlow (1981, p.147) afirmou que a pesquisa clínica tem influenciado muito pouco a prática clínica. As raízes desse problema, de acordo com autor, é a limitação das estratégias de pesquisa

tradicionais envolvendo comparação entre grupos. Talvez a chave da pesquisa clínica seja o desenvolvimento de metodologias cada vez mais acuradas para o desenvolvimento de casos únicos clínicos (o delineamento experimental de caso único) e se constitua na chave para o treinamento clínico, principalmente na área da saúde.

Dizer que a metodologia preferencial de trabalho do analista é a de caso único não significa dizer que não deva ou possa trabalhar com grupos. Na verdade, o que se quer dizer é que o controle da melhora deve ser realizado intrasujeito e não intergrupos. O trabalho com grupos é muito útil no contexto da saúde, por razões de custo/benefício, rapidez de atendimento e por atingir um número maior de pessoas. Exemplos disso são os grupos de prevenção com mães, gestantes, gestantes de alto-risco, preparação para cirurgia com crianças em enfermarias pediátricas, treinamento de higiene bucal, em um trabalho interdisciplinar com dentistas, em centros de saúde, entre outros.

O psicólogo da saúde deve e pode ser um analista de comportamento. A análise aplicada do comportamento e o estudo de caso único lhe permitirá desenvolver diagnósticos comportamentais *(assessment)*, nos quais quanto maior for o número de ocasiões em que fizer diagnósticos tanto mais hábil será em delinear inferências válidas, aumentando sua experiência pessoal. Poderá fazer projeções futuras, em que suas avaliações contínuas lhe permitirão prever o que poderá ocorrer, caso não faça a intervenção; caso o faça, poderá dizer, com alguma segurança, que as modificações que ocorreram foram devido à intervenção terapêutica.

As condições de imediaticidade e tamanho do efeito, no estudo de caso único, mostram que quanto mais imediato e maior for o efeito de uma mudança tanto mais fácil será atribuí-la à intervenção.

O clínico deve observar, também, o tipo de dado que tem em mãos, e estar atento às descrições do cliente, porque assim poderá comparar as descrições feitas por um cliente com outros estudos de caso.

Os estudos de caso têm maior repercussão quando incluem descrições do que foi feito e o efeito das intervenções anteriores. O clínico deve estar atento à novidade, isto é, quando algo de novo for acrescentado em um dado caso, podendo ser esta uma importante contribuição para outros casos.

Finalmente, deve-se fazer uma avaliação da validade interna, em que deve ser levada em consideração a experiência e habilidade do clínico, tanto no que se refere à observação do comportamento do cliente como de seu próprio comportamento, da formulação de suas hipóteses, seu pensamento crítico e sua capacidade de análise de seus próprios erros (Kohlenberg & Tsai, 1991).

De quais repertórios, então, o psicólogo da saúde precisa? Uma das mais importantes habilidades a serem desenvoivdas durante a formação é a de observação clínica. Habilidades de trabalho com a equipe interdisciplinar, treinamento para de-monstrar resultados (validade social) e treinamento em habilidades de relações interpessoais são de máxima importância, tanto para a solução de problemas clínicos dos pacientes como para a própria sobrevivência do psicólogo nas equipes interdisciplinares.

Os cursos de graduação ainda não estão preparados para fornecer formação e experiências específicas. Quando e onde começar a formação do psicólogo da saúde é hoje um dos maiores problemas da área. Esses psicólogos estão adquirindo suas competências em cursos de especialização, oferecidos dentro das universidades, fora do contexto institucional da saúde e, muitas vezes, ministrados por profissionais acadêmicos que jamais enfrentaram a prática diária de uma instituição de saúde.

Na verdade, uma área profissional define-se pela sua validade social. Seria interessante questionar quem são os consumidores e avaliadores dos serviços profissionais e do que necessitam, enfim, quem precisa do psicólogo na saúde.

O campo é vasto, os benefícios de um trabalho competente são incontáveis. Clientes, família, comunidade (prevenção), equipe interdisciplinar são os consumidores. Em geral, a medida da validade social é feita questionando-se os consumidores diretos ou indiretos sobre sua satisfação com os serviços oferecidos. Isso pode servir de feedback das ações do profissional e um importante instrumento para replanejamento, e inclusive para a própria definição do que seja o profissional psicólogo na saúde e quais são as competências que devem ser ensinadas (Hawkins, 1991).

Disto, surgiria a questão: de qual psicólogo estamos falando? A qual formação estamos nos referindo? A sugestão de resposta estaria no tripé: sólida formação teórica, formação para pesquisa e bom manejo tecnológico.

Mas, isso não é suficiente. O profissional tem que ser formado para vencer desafios. O problema se constitui em quem produz conhecimento e quem os usa. O que ocorre é que muitas vezes o conhecimento consumido não é suficiente para uma atuação competente. É preciso produzir o conhecimento que se consome, em seu contexto específico. Para o psicólogo da saúde, em nosso país, atualmente, não bastam instruções (regras) aprendidas nas universidades; são necessárias contingências em atuação no campo (fazer), e é necessário refletir sobre o fazer, através de discussão com pares ou supervisão.

Concluindo, hoje os novos desafios na formação do psicólogo da saúde constituem-se em:

a) Formar para a prática: a partir de observações muito particulares das mudanças do comportamento dos clientes pode-se observar os procedimentos básicos envolvidos e voltar à teoria.

b) Formar para a pesquisa: intervenções sistemáticas e controladas (estudo de caso único) levam à discriminação das variáveis realmente responsáveis por mudanças comportamentais e levam à análise de erros e acertos.

c) Formar para a análise teórica: reflexões sobre a prática e análise das pesquisas permitem estar sempre de volta ao modelo teórico que embasa sua atuação.

Os formadores devem ser profissionais acadêmicos que tenham tais competências, e que, em contexto real da instituição de saúde, fora da sala de aula, possam estar modelando repertórios a partir do nível de graduação, nem que seja com um contingente mínimo de estudantes, que hoje se beneficia da formação em Iniciação Científica. Evidentemente, esta não é a situação ideal, e não pode perdurar, porque o campo é amplo e a demanda é alta. Os psicólogos só conseguirão sedimentar suas posições caso seu trabalho seja competente, confirmando a cada momento a utilidade de sua presença nas equipes interdisciplinares de saúde.

Bibliografia

AMARAL, V. L. A. R. do & YOSHIDA, G. O. (1993). A Psicologia como profissão da área da saúde, a prática, a supervisão e a pesquisa: relato de uma experiência. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 85-94.

FRANK, G. (1984). The Boulder Model: history, rationale and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15 (3), 417-435.

HAWKINS, R. P. (1991). Is social validity what we are interested in? Argument for functional approach. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (2), 205-213.

KOHLENBERG, R. J. & TSAI, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Cura tive Therapeutic Relationship*. New York: Plenum.

PETERSON, D. R. (1991). Connection and desconnection of research and practice in the education of professional psychologists. *American psychologist*, 46 (4),422-429.

Capítulo 2

O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com Comportamento e Saúde

Rachel Rodrigues Kerbauy

Procurarei discutir maneiras de analisar o impasse aparente de duas instituições: a universidade e o hospital. Sem apresentar soluções. Não as tenho. Pretendo iniciar um processo de discussão.

Se entendermos o título proposto como uma forma de verificar como o psicólogo trabalha no hospital e quais são os conhecimentos técnicos e do fazer em Psicologia que ele aprendeu na Universidade, e emprega em seu trabalho diário, posso pensar em caminhos. Um deles seria ir a alguns hospitais escolhidos com critério, como o de antiguidade no trabalho hospitalar, por exemplo, e acompanhar o profissional, observando o seu dia, registrando atrás de observação e com recursos audiovisuais, seu trabalho, com quem interage e verificar também as solicitações que recebe e quais suas ações diante delas. Depois, com esses dados, formular perguntas e delimitar claramente o problema de pesquisa, o que perguntar para essas informações, procurando organizar todas de modo a produzir um panorama que descrevesse o que o psicólogo faz naquela amostragem de tempo escolhida.

Outra alternativa seria fazer a história, tratar das maneiras como os profissionais reagiram ou reagem à conduta do psicólogo, o que solicitavam no início do trabalho no hospital e o que solicitam hoje.

* Este artigo foi escrito baseado numa conferência solicitada pela Comissão Organizadora do VII Encontro Nacional dos Psicólogos da área hospitalar, 1997, em Brasnia. Houve registro em vídeo da conferência.

Como foi essa evolução, a história do papel do psicólogo na instituição hospitalar e da valorização da profissão. Poderia completar esse quadro mostrando como outros profissionais identificam o trabalho que os psicólogos fazem na instituição, que pontos consideram atendidos e aqueles que faltam atender e o que é solicitado ao psicólogo e quais critérios explicitados.

Completaria o estudo através de entrevistas com psicólogos que "iniciaram" o trabalho no hospital e solicitaria que descrevessem como vêem seu trabalho, o que faziam, como era a repercussão de sua atividade, como foi contratado e qual a proposta feita uma vez que houve um contrato. E também, como considera que por seu trabalho e resultados mostrou a necessidade de contratos. Perguntaria sobre sua formação, como construiu o seu conhecimento, que livros e autores ele citaria como fundamentais, em que a aprendizagem na universidade favoreceu esse processo, como utilizou conhecimentos adquiridos. Outra maneira de realizar isso seria investigar se empregou os critérios de metodologia científica nos trabalhos que apresentou ou publicou, por exemplo, e para isto bastaria analisar publicações ou resumos de congressos.

Poderia ainda fazer um levantamento dos cursos com o nome de saúde ou instituição hospitalar que existem no currículo das universidades, e verificar o conteúdo. Como os professores fazem atividades. Se têm um hospital à sua disposição, como é esse dado, se o hospital pertence à universidade e assim por diante. Provavelmente, verificaria que as ementas de curso não correspondem ao real trabalho desenvolvido pelo docente, por serem antigas.

Poderia também escolher hospitais e verificar o trabalho nos diversos setores. Verificar o grau de parentesco do psicólogo com os diretores do hospital, como ocasião para o trabalho ser solicitado. Pensando nos anos que trabalhei em hospital, eu não sei se poderia descrever tudo o que é relevante, ou tenha sido relevante. No final, acabaria com o dado sobre o que o psicólogo faz, e qual o efeito. A história perdeu-se, ficou o produto, na maior parte dos casos. Ela é importante? Para quê? Para descrever como entrar em uma instituição, talvez.

Uma boa descrição ou conceito da Psicologia Hospitalar no Brasil descreveria uma classe de eventos (dados, episódios) que configurassem a natureza do trabalho do psicólogo no hospital, além de mostrar as causas das denominações (em condições consideradas e definir as nuances do que se denomina fundamental para a existência desse trabalho) de Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, Medicina Comportamental, Psicologia Psicossomática etc. como exemplos do dado obtido.

Provavelmente, após essas análises (de textos, hospitais, relato de pessoas), seria possível ter uma noção da natureza do trabalho, qual o processo causal e as possíveis distinções entre as diversas formas de trabalho e seu resultado, a real contribuição para as pessoas e para a instituição.

Seriam apresentadas semelhanças e diversidades entre cada tipo de trabalho, e as possíveis fontes de conhecimentos básicos indispensáveis, e se a universidade estaria representada ou não e como.

Não fiz isso. Iniciei até algumas dessas vertentes e porque ouvi alguns relatos é que vou fazer considerações sobre o tema proposto e aproveito para agradecer aos informantes.

Encontro um primeiro fato:

A universidade deu ao psicólogo hospitalar o diploma de psicólogo que o capacita a trabalhar como psicólogo, pois a legislação federal regulamenta a profissão e determina que os psicólogos são formados pelos cursos de Psicologia. É a universidade que dá formação profissional e científica.

A universidade com sua história remontando à Idade Média precisa ser avaliada constantemente em suas características essenciais e sua proposta básica: o ensino e a produção de conhecimento. Como não está num contexto social e político, essa análise exige a delimitação das condições existentes na sociedade e das idéias em vigor e disseminadas no momento. A universidade não é estática. É dinâmica. Ao se ouvir críticas à universidade, como ruim ou falida, ou de propiciar formação acadêmica (denominada pejorativamente de "acadêmica") é preciso fazer análises sobre: a responsabilidade daqueles que conduzem a universidade, quanto, em sua atuação, há de um jogo de poder e não de um jogo de saber. Quantos utilizam a universidade pelo status que ainda dá, mas dedicam-se prioritariamente a outras atividades. Considero que se a função da universidade é ensinar, ao trair esta função, ela também não produz o conhecimento, delegando a outras instituições sua função.

Nesse sentido, de sua formação, o psicólogo que entrou no hospital nos anos 70 estava despreparado. Não havia encontrado, nos cursos oferecidos na universidade, um sobre o hospital ou como circunscrever funções do psicólogo nessa instituição. Cabia a ele, muitas vezes, psicólogo recém-formado, fazer essa passagem. Ele, profissional que entrava em uma instituição, dependeria da formação que tivera. Os cursos sobre instituições e Psicologia Hospitalar ou da Saúde são mais recentes.

O que o psicólogo encontrou? O hospital. Uma instituição médica, organizada com um modelo médico sobre doença e

tratamento. É uma instituição com hierarquia rígidas e papéis profissionais estigmatizados. Embora os profissionais proporcionem atendimento ao doente, nem sempre a colaboração existe. Quando se trata de um **hospital particular**, este é, pelo menos em parte, um negócio com considerações econômicas claras. Se é público, os financiamentos, a fonte de recursos e a redução de despesas são fenômenos universais. Portanto, o cuidado do paciente é influenciado por contingências econômicas, distribuição de funções, preparo dos profissionais e conhecimentos que estes possuam para fazer o trabalho que deles se espera.

Os hospitais públicos, ligados à universidade, constituem um grupo especial, um outro grupo, quando combinam o treino de profissionais e a produção de pesquisa. Os psicólogos nessas instituições assumiram amplos papéis e desenvolveram cuidados com os pacientes e o tratamento, com as facilidades e também com as dificuldades que esta condição pioneira propiciava. Aqueles psicólogos que permaneceram ou permanecem em hospitais-escola e lecionam psicologia na Escola Médica ou Psicologia da Saúde e Hospitalar em cursos de Psicologia, desenvolveram maneiras de atuar pensando como um referencial de ciência.

Esses psicólogos, ao examinar a situação de ensino e verificar como se dava a prática médica, mudaram o conteúdo do curso de Psicologia: em lugar de ensinar Psicologia Geral com os tópicos tradicionais da área: memória, imaginação, desenvolvimento, emoção, iniciaram o estudo da relação médico paciente. Foram pioneiros no início.

Em algumas faculdades de Medicina, o trabalho da Psicologia iniciou-se no atendimento psicoterápico individual ou grupal com crianças e adultos e, principalmente, atendendo a crianças com problemas de desenvolvimento e, consequentemente, trabalhando com crianças e suas famílias (e especialmente com as mães). Esse trabalho, que se iniciou atendendo a um problema específico, expandiu-se pela observação acurada da realidade, pelos estudos do desenvolvimento infantil, avaliações desse desenvolvimento e identificação de variáveis responsáveis por ele. Passou a ser de prevenção mais que de tratamento. Quando os docentes estavam vinculados a um curso de Medicina, este fato conferia-lhes uma posição ímpar. Eram iguais os médicos enquanto docentes. Posteriormente, devido à criação de cursos de Psicologia na mesma cidade, esses docentes propiciaram ao aluno estagiário o treino de observação. A situação mudou. Eram observadores treinados, cursos que ensinavam a utilização das ferramentas para os psicólogos, juntando os professores e alunos interessados na produção de conhecimento, através de pesquisa e

ensino, o que dava ao aluno uma formação sólida. A SBP, Sociedade Brasileira de Psicologia, que se iniciou como Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto SPRP, é um exemplo de como divulgar esse processo e da contribuição para área de Psicologia no hospital, trabalho em creches e postos de saúde. Uma análise dos Resumos e Anais da SPRP é necessária para esse levantamento histórico.

Hoje, com a interconsulta, a demanda provocada pela difusão entre os médicos, de como o psicólogo pode contribuir na prevenção e tratamento de doenças e até de aceitação da conta, pasmem, recoloca o problema: há um lugar para o psicólogo no hospital, mas o que ele está fazendo e como foi formado está em aberto. Cabe uma avaliação em cada local, cabe uma descrição do trabalho realizado, das faixas salariais e das equipes multidisciplinares.

Observamos que o homem se veste, cozinha, come, se diverte, fica doente, pensa sobre a realidade em que vive, faz propostas para alterar sua realidade ou mantê-la. O que muda é o contexto, o conjunto de valores, a repercussão do grito ou silêncio sobre a realidade. Parece que o tema proposto para esta conferência pelos organizadores do Encontro é um grito: parar, olhar, procurar verificar. O quê?

O psicólogo no hospital, na equipe interdisciplinar, é um ajudante ou um participante na equipe? O que é uma equipe? Qual o conteúdo daquilo que ele faz? Qual é a linguagem do psicólogo: é de Psicologia ou há um outro discurso? Há avaliação do resultado do trabalho? Quem a faz: ele psicólogo, o cliente, a instituição e sua administração, outro profissional que compete com ele por espaço? A universidade está pensando em interdisciplinaridade e pretende manter cursos assim. Encontrará docentes? Estarão estes preparados teórico e emocionalmente para esse desempenho? Como formá-los? Tenho questões. Talvez em conjunto, como psicólogos, possamos encontrar o método para respondê-las com pesquisas. Psicólogos pesquisadores que façam pesquisa e procurem a metodologia adequada. Pesquisadores céticos, como propõe Sagan (1996).

Ao sair da universidade e entrar no hospital, o aluno recém-formado, o profissional, foi improvisando. Improvisava dentro do referencial teórico escolhido por ele ou achava que fazia. Em sua maior parte, não estava preparado para fazer pesquisa, não estava preparado para refletir sobre os vários aspectos do difícil problema. Improvisava.

Encontrava uma instituição desconhecida, com dinâmica própria; encontrava um profissional médico com formação científica e técnica, formado com uma visão biológica sobre a doença (felizmente!!!) que havia dissecado cadáveres, que se angustiava com fatores que conhecia ou não sobre a causa das doenças, mas orgulhava-se de

ser médico. Encontrava a enfermeira, a assistente social, a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional que mostravam outras variáveis, também buscavam conselhos. No público que atendia (e até nos profissionais), encontrava também crenças populares de que certas doenças são causadas pela atitude do paciente em relação a elas e podem influenciar a progressão e a mortalidade da doença. Defrontava-se com a palavra "nervoso", mágica, que explica tudo da atitude diante da vida: a elevação da pressão arterial, o problema no coração, a asma e a dor de estômago (Kerbauy e Braga, 1985).

Necessitava de uma atitude científica: conhecer métodos da ciência, saber buscar respostas claras, objetivas, precisas, para ficar imune às contradições ambientais que enfrentava.

Muitas vezes, não estava preparado para se defrpntar com o primeiro passo de pesquisa: formular o problema. Temos dados fortes de que a emoção ou frustração provoca doença?

Nas pesquisas publicadas ou relatadas, encontro estudos que esqueceram da padronização dos instrumentos de pesquisa. Os instrumentos não foram aplicações com resultados examinados nem estabelecidos parâmetros para a população brasileira. Uma técnica supõe uma padronização. O mesmo acontece com uma escala. Ela é comparada com um resultado que sendo de outra cultura pode não ser adequado à nossa. Se, ao aplicar uma escala, explico o item ao sujeito de pesquisa, estou aplicando a explicação e não a escala padronizada em outro país e com linguagem própria dessa cultura? Falta cuidado metodológico. Para usar essa explicação, tenho que padronizar, testar. Formalizar isso. Aplico em um grupo com escolaridade equivalente ao do original e em outro aplico com a explicação original e vejo a diferença de resultados. Se não houve diferença, minha explicação não se alterou. Se vou aplicar com uma população que não sabe ler, tenho que começar novamente com ela e adequar a explicação a esse grupo e testar. Sem isso, as explicações é que são aplicadas e não a escala.

Da mesma forma, se vou fazer uma pesquisa com um grupo doente e comparo com um normal, mesmo de lista de espera, pode não ser útil. Evidentemente vai dar diferença. Por isso que o estudo em pessoas com câncer, realizado na Universidade de Stanford por Spiegel, é respeitado mundialmente e seus resultados aceitos. Dividiram 86 mulheres com câncer de mama metástico em dois grupos. Um dos grupos não recebeu apoio psicológico. O outro aprendeu a examinar seu medo de morte e a tomar conta de sua vida. Este grupo teve menos dor e viveu 18 meses a mais. O resultado é considerado surpreendente, sendo o primeiro estudo a provar

relação com metodologia científica adequada. Mas todas as mulheres estavam doentes.

Nesse mesmo sentido, dizer que doença provoca emoções ou que o estado emocional causa doenças ou dificulta o tratamento diz muito pouco. Não sei o que é. Se tenho dor na perna e na bacia e não durmo direito, se quando dói tenho que interromper o trabalho, se estou no cinema ou teatro e preciso sair e andar no corredor, depois de dois meses disso, realmente fico nervosa, brava. Se isso é estado emocional... com essas condições descritas... daria para não ter?

Para trabalhar, ressalto novamente, o profissional psicólogo, que recorria ao referencial teórico aprendido na faculdade e que julgava e estava convencido, responderia à sua busca sobre o Homem, e, portanto, daria conta do trabalho no hospital. Continuou a fazer terapia: individual ou em grupo. Repetia o que havia acontecido na Psicologia: na Escola, a escola solicitava e o psicólogo testava. Pouco ou quase nada de analisar a maneira de ensinar, melhorar os métodos e condições de ensino.

No hospital, parece que também foi assim, com raras exceções. O psicólogo não partiu de premissas simples e procurou identificar o que acontecia na interação ambiente (o que é) hospitalar e o que a pessoa faz. Nem mesmo procurou sair do modelo médico e passar para o modelo psicológico e empregar metodologias que implicasse um mínimo de inferência descrita: os resultados, que pudessem explicar ao médico o que ele médico, ele psicólogo, ele enfermeiro, ele fisioterapeuta, ele hospital, faziam e as consequências para o doente.

O psicólogo nem mesmo mudou a linguagem médica para falar entre seus pares. Escreve e fala "no paciente coronariano" e não no doente com problemas cardiovasculares. Fala em paciente como se todo doente ou cliente fosse paciente, fala em anamnese e prontuário em vez de observações sobre o doente.

Olhei alguns livros que são lidos, vendidos e repetidos e encontrei "preciosidades": "coronariano", pacientes vasculares, personalidade **Tipo A**. Neste caso do Tipo A, o nome em inglês, dos inventos do termo Friedman e Rosenam, médicos que convidaram um psicólogo comportamental e um psicanalista para auxiliar na categorização do padrão de comportamento, o denomina **Tipo A *behavior pattern*** exatamente para sair do jargão e do uso de personalidade que envolve uma noção de estrutura sendo totalmente diferente de padrão de comportamento. Ao ser traduzido, o conceito foi mudado. Encontrei frases como "baixo grau de ansiedade denota também ausência de introversão e traz como resultado igual resistência em compreender e reafirmar-se diante da situação". Um

bom exemplo de falar vazio. Desisti desse caminho. Não dá condições para que eu trabalhe. Não quero ser vista como crítica mordaz. Esses textos não estão dando condição para o aluno ou para o jovem profissional, mas existem.

Parece que aquilo que falta na Psicologia Hospitalar é algo que a universidade deu quando cuidou da formação dos alunos: quando os incentivou a pensar em um problema e buscar soluções através de um método; quando, em seu currículo, existiram cursos de formação de habilidades básicas para o psicólogo (investigar um processo e não repetir teorias, aprender a descrever procedimentos e resultados, coletar dados com observação sistemática, entrevistas, questionários e analisar os dados e novamente reafirmo: não repetir chavões, ser clítico). Ser cético, olhar o dado. Se ensinou ao aluno e este aprendeu, a frequentar Congressos Científicos, a ler revistas atuais e verificar o desenvolvimento da ciência, a perceber que os rótulos ou teorias que aprendeu podem ou não corresponder à realidade que observa, estará fazendo um bom trabalho.

Será que o psicólogo hospitalar deveria ficar descrevendo correlações causais? Isso o IBGE faz. Será Psicologia saber quantas pessoas têm AIDS, ou o psicólogo precisaria descrever em que condições adquirem AIDS e o que ele faz quando a adquire? Parece não ser suficiente dizer que uma criança é desnutrida e quantas são as desnutridas, mas sim saber o processo da desnutrição. Como esse fator produz ossos frágeis ou dificulta o crescimento e leva, talvez, a quebrar mais a perna ou como interfere na aprendizagem, e como naquela região do país é possível encontrar soluções que são ensinadas às pessoas. Vi, há muitos anos, no INPA, no Amazonas, um programa em que, com as sementes da região fabricavam uma farinha, distribuíam para as mães grávidas e crianças pequenas e o efeito desse procedimento no crescimento da população. O fator responsável era o zinco, pois comer o peixe dos rios da região evitava deficiência protéica. Essa farinha era distribuída no programa de pesquisa: ensinava-se a prepará-la e introduzi-la na alimentação, e os pesquisadores iam as casas pesar e medir as crianças. Havia resultado claro: o peso e altura das crianças, medidas em suas residências. Estudar o processo é obter uma explicação para a mudança. É obter o produto da saúde. Estudos de levantamento de quantos, não estudam o processo, não propiciam uma tecnologia de aplicação: são ponto de partida.

Não sei se a universidade vai mudar. Não sei se os cursos que poderiam cobrir a área da Saúde ou Psicologia Hospitalar estão com esses nomes nos currículos. Se não sai como área de estudo e

17/6/2015 INDEX BOOKS GROUPS

pesquisa, sai como matéria. Eu mesma, desde 1984, leciono na pós-graduação PSE - Aprendizagem e as Ciências Biocomportamentais que tem este nome por ser a forma de, na época, ser aprovado pela CPG, e não ser considerado de clínica, e poder estar dentro da Psicologia Experimental, entrar como uma linha de pesquisa do relatório CAPES, sobre processos básicos, no caso em aprendizagem. Conclusão: saiu como matéria; provavelmente, foi dos primeiros cursos de pós-graduação para o estudo de Comportamento e Saúde.

Estudar saúde e doença como?

Como processo que permite avaliar resultados. Como processo é necessário especificar as variáveis

biológicas do organismo e como estas são afetadas pelas contingências ambientais.

Ao fazer essa análise, não é possível evitar fazer a análise das habilidades da pessoa, do comportamento que tem, como ela entra em interação com as coisas que a cercam e o que ela relata sobre elas, sobre as contingências e sobre as regras, e como efetua seu processo de mudança e de modelagem de comportamentos alternativos e, se aqueles que possui, que aprendeu, são eficazes. Como interage com os fatores da situação. Nesse sentido não basta dizer os sintomas da doença, mas precisa ir além e relatar o que fez, quando e como.

A partir desse relato ou da observação de seu comportamento é possível especificar quanto é vulnerável biologicamente, o que faz como fator de risco, como é possível instalar outros comportamentos que resolvam os problemas detectados e diminuam os fatores de risco. É, assim, possível analisar os resultados.

Sem um projeto, não se sabe. Sem uma linha de pesquisa e metodologia para realizar, as falas são vazias. Segue-se uma moda. Um modelo psicológico da saúde estuda processo. Estuda funções do comportamento. O psicólogo não fala mistério, não se tranca em uma sala. Analisa as características funcionais do comportamento.

Bibliografia

KERBAUY, R.R. & BRAGA, T.M.S - Relações entre comportamento e enfarte do miocárdio. *Boletim de Psicologia,* 1985,35(84),13-18.

SAGAN, c. (1995). O *mundo assombrado pelos demônios: a ciência vista como uma vela no escuro*. S. Paulo: Companhia das Letras.

Capítulo 3

Psicologia da Saúde e doenças crônicas

Suely Sales Guimarães

1. Histórico

O campo de trabalho da Psicologia tem crescido dramaticamente nos últimos 50 anos. O aumento substancial na oferta de cursos de pós-graduação, o treinamento de pesquisadores e o desenvolvimento de várias linhas de pesquisa que caracterizaram a Psicologia nas últimas décadas têm permitido o desenvolvimento contínuo de tecnologia comportamental, ampliação do campo de trabalho e do repertório profissional do psicólogo. O conhecimento gerado pelas investigações básicas e aplicadas tem subsidiado as iniciativas de criação e desenvolvimento de novos campos de intervenção em resposta à demanda da sociedade moderna e suas peculiaridades.

Dentre os avanços da Psicologia nesta última metade do século, destaca-se o surgimento da Psicologia da Saúde, que promete ser a mais promissora vertente de pesquisa e assistência em Psicologia para o início do próximo milênio. O reconhecimento da mediação exercida por variáveis psicológicas e sociais no processo saúde-doença emergiu das evidências clínicas e metodológicas apontadas pelas pesquisas e programas de intervenção em Psicologia, e resultou na crescente demanda pela participação do psicólogo em equipes médicas como um profissional de saúde (Brannon & Faist, 1992; Belar & Geisser, 1995; Taylor,1995).

O envolvimento da Psicologia com a saúde cresceu ao longo deste século, desde 1911, quando a American Psychological Association (APA) promoveu um painel de discussão sobre o papel do psicólogo na formação do médico. Em 1912, John Watson propôs que estudantes de Medicina tivessem aulas de Psicologia para aprender a lidar com a condição de ser humano de seus pacientes. Depois, a APA retomou o

assunto em 1928 e em 1950, enquanto as faculdades de Medicina americanas começavam a incluir o psicólogo em seus quadros como docentes e profissionais de saúde mental (Brannon & Faist, 1992), e em 1978 fundou a *Division oi Health Psychlogy,* a Divisão 38 da APA. A esses movimentos, somaram-se três importantes transformações no campo da Saúde e da Medicina, que resultaram na consolidação definitiva da Psicologia da Saúde como subárea específica da Psicologia: área tomada do modelo biopsicossocial, o aumento na incidência de doenças crônicas e os avanços da tecnologia médica e da Farmacologia. Essas mudanças, geradas pelo desenvolvimento científico e pelas consequências da modernidade, podem ser assim sumariadas:

1.1. A retomada do modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial para o entendimento do processo saúde-doença e qualidade de vida aparece na história da Medicina desde Hipócrates, que via o homem como um ser biopsicossocial, holístico e integrado (Guimarães, 1987). Gradualmente, as antigas civilizações desenvolveram uma abordagem acentuadamente mística sobre saúde e doença que durou até os séculos XV e XVI, quando a então moderna Medicina Científica se movimentou para banir o componente supersticioso de suas bases conceituais. Em consequência, a visão holística do homem foi perdida enquanto se assumia a cisão mente-corpo, com a designação dos cuidados do corpo para os médicos e da mente para os filósofos e teólogos (Taylor, 1995). Surgia assim o modelo biomédico, reducionista por natureza, responsável por uma visão unidimensional da saúde, e pela priorização da doença sobre a saúde (Brannon & Faist, 1992; Taylor, 1995).

A base puramente biológica dos sintomas da doença física só foi claramente contestada após as publicações de Sigmund Freud (1856-1939) sobre a conversão histérica, e de Dunbar (1943) e Alexander (1950) sobre a Medicina Psicossomática, apontando evidências do impacto exercido pelo estilo de vida e por variáveis pessoais e sociais sobre a saúde física do homem. À medida que as teorias psicológicas ganhavam espaço, contribuíam para o crescente descrédito do modelo biomédico (Engel, 1977, 1980) e a retomada do modelo biopsicossocial de saúde.

1.2. O aumento na incidência de doenças crônicas e as implicações clínicas do comportamento do homem moderno

Até o início deste século, as principais causas de morte eram as doenças agudas, aquelas de curta duração, geralmente viróticas ou bacterianas, como tuberculose, pneumonia e gastroenterite que, embora

possam ainda matar, hoje estão tecnicamente sob o controle da Medicina. Atualmente, na sociedade industrializada, as principais causas de morte e comprometimento da qualidade de vida são as doenças crônicas, cuja etiologia e evolução contam com claros mediadores comportamentais. Exemplos de comportamentos comprometedores da boa saúde são o tabagismo, associado ao desenvolvimento do câncer; a hostilidade, presente no padrão de comportamento estressado chamado Tipo A, considerado um dos promotores dos problemas coronários e do enfarto do miocárdio; e o comportamento sexual descuidado, facilitador da contaminação pelo vírus HIV.

1.3. Avanços na tecnologia médica e na Farmacologia

Com o fantástico desenvolvimento da Medicina e da indústria farmacológica, a doença crônica não leva fatalmente ao óbito, como foi no passado. Alguns casos são até mesmo curáveis, como certos tipos de câncer que, se tratados em estágios iniciais, podem remitir por completo. Os recursos modernos da Medicina asseguram tratamento especializado para várias doenças crônicas e muitos anos de sobrevida para o paciente. Esses recursos, entretanto, não contemplam a melhoria da qualidade de vida e os pacientes, durante seus possíveis muitos anos de sobrevida, convivem com uma condição em geral debilitante e suas múltiplas implicações práticas e psicológicas.

Esses movimentos e transformações sociais propiciaram a diferenciação desta subárea da Psicologia, oficialmente reconhecida pela *American Psychological Association* em 1997, com o nome de "Psicologia Clínica da Saúde". Conceitualmente concebida sob o enfoque biopsicossocial, a nova especialidade é fundamentada em princípios científicos e investiga o processo saúde-doença e seus correlatos biológicos, psicológicos e sociais. Com objetivos e tecnologia de intervenção próprios, a Psicologia da Saúde contribui diretamente com as especialidades médicas para modificar e desenvolver comportamentos de saúde; prevenir e tratar doenças (Matarazzo, 1980; Taylor, 1995); e melhorar o bem-estar e qualidade de vida do ser humano antes, durante e depois da enfermidade. Os profissionais da área dedicam-se ao estudo da etiologia da saúde, da doença, e da disfunção; dos mecanismos de interação entre as muitas variáveis biopsicossociais; e dos processos de sobrevivência e reabilitação.

O processo saúde-doença é entendido como um complexo intercâmbio de fatores biológicos, sociais e psicológicos, ocorrido em macro e micro níveis, e capaz de influenciar a unidade mente-corpo. No macro nível, incluem-se as variáveis psicológicas e sociais, como

ansiedade, estrutura familiar e redes de suporte social. No micro nível, incluem-se as variáveis orgânicas e biológicas, como nível de insulina no sangue e má-formação celular. A interação dos dois níveis completam o processo multidimensional e dinâmico da saúde-doença (Engel, 1980; Martin e cols., 1995; Taylor, 1995).

A despeito da força crescente do modelo biopsicossocial, o corpo de pesquisas empíricas relevantes sobre os mecanismos de causalidade entre as variáveis de diferente natureza envolvidas no processo saúde-doença ainda é limitado e as conclusões decorrentes deste enfoque requerem cautela. Também são necessários estudos sobre modelos teóricos e metodologias de investigação que melhor se ajustem aos temas biopsicossociais de saúde. A análise funcional entre variáveis ambientais e comportamentais, utilizada na análise comportamental aplicada, representa um modelo metodológico promissor para a compreensão do processo de mediação entre variáveis biopsicossociais e saúde.

O campo de atuação do psicólogo da saúde inclui clínicas particulares, hospitais e postos de saúde, órgãos governamentais, indústrias, empresas e universidades. *Psicologia Hospitalar,* uma subespecialidade ainda não oficial da *Psicologia da Saúde,* em franca expansão e com grande demanda no país.

Dentro dos hospitais, predomina, também, o trabalho do psicólogo junto aos portadores de doenças crônicas.

2. Psicologia e doenças crônicas

A relação entre saúde, doença e variáveis psicológicas é bidirecional, na qual a saúde pode ser afetada por variáveis psico-comportamentais e, da mesma forma, os processos psicológicos e sociais podem ser afetados pelas condições de saúde do organismo. Variáveis orgânicas e comportamentais podem, por sua vez, sofrer simultaneamente a influência de variáveis sócio-poiítico-culturais.

Especialmente em condições crônicas, os processos patofisiológicos envolvidos e as adversidades neles implícitos podem afetar profundamente o funcionamento das pessoas em diversos níveis, como emocional, social, vocacional e sexual. Uma doença é chamada crônica quando os recursos médico-farmacológicos disponíveis são insuficientes para curar a patologia subjacente ao processo. A terapêutica oferecida apenas desacelera, ou impede o progresso da doença, alivia os sintomas, e mantém o melhor nível de funcionamento possível para o organismo afetado (Derogatis, Fleming, Sudler, & Pietra, 1995).

Embora haja grande variedade entre os níveis de limitações impostas pelas doenças crônicas, em geral elas provocam um efeito

comprometedor da qualidade de vida do paciente (Derogatis & cols., 1995). As doenças crônicas podem dificultar o retorno ou entrada do paciente no mercado de trabalho, gerar problemas financeiros devido aos custos do tratamento, comprometer a relação do paciente com seu cônjuge, filhos e familiares de modo geral, e diminuir o prazer antes obtido em diferentes atividades (Smith e Nicassio, 1995; Taylor, 1995). Além de ameaçar a qualidade de vida do paciente, a doença crônica também exaure seus recursos adaptativos e de enfrentamento. A doença pode agregar uma constelação de problemas e dificuldades específicas que às vezes extrapolam seus próprios limites. Não raro, pacientes crônicos procuram terapeutas para trabalhar dificuldades geradas não pela doença em si, mas por suas conseqüências e implicações psicológicas e comportamentais (Taylor, 1995), tão graves como depressão profunda, tentativas de suicídio e uso de álcool e outras drogas.

As doenças crônicas envolvem um grande número de variáveis comportamentais e conseqüentemente apresentam forte demanda para a intervenção psicológica. Algumas das doenças com maior índice de óbito nas sociedades industrializadas, como as doenças cardiovasculares e o câncer (Nicassio e Smith, 1995, Taylor, 1995), trazem forte componente comportamental. O atraso na busca de cuidados médicos e a falta de adesão ao tratamento, por exemplo, podem determinar o tempo de sobrevivência de um paciente cardíaco, enquanto que o hábito de fumar contribui com pelo menos 25% das mortes por câncer só nos Estados Unidos (Taylor, 1995).

A demanda pelo trabalho do psicólogo em doenças crônicas talvez seja a maior e mais complexa dentro da área de saúde. O atendimento ao portador de doença crônica requer do psicólogo uma compreensão aprimorada das peculiaridades relativas às doenças, que lhe permita acompanhar os avanços procedimentais e medicamentosos para o tratamento, os processos relativos ao prognóstico e as implicações decorrentes para o paciente e sua família. Embora seja importante que o psicólogo compreenda a doença crônica em suas especificidades, é necessário preservar uma visão ampla, abrangente, da cronicidade como uma condição geral, evitando a setorização do conhecimento, nos moldes da especialização médica.

3. Aspectos da interação biopsicossocial

Nicassio e Smith (1995) observaram que a interação biopsicossocial pode ocorrer através da mediação direta ou indireta das variáveis psicossociais na saúde de uma pessoa. Na mediação direta, a variável psicossocial é claramente associada a variações na saúde, como quando, por exemplo, a ansiedade provoca a tensão

muscular, como ilustrado no Diagrama 1, ou quando a expressão de dor é socialmente reforçada pela atenção e simpatia de outros, tomando-se um comportamento aprendido. Nos dois casos, o resultado independe de fatores patológicos orgânicos subjacentes ao processo.

Na mediação indireta, a variável psicossocial contribui para a ocorrência de um fator orgânico intermediário que provoca a alteração na saúde. Imagine, por exemplo, que um paciente hipertenso ameaçado de perder o emprego apresente forte ansiedade em resposta a esta expectativa. O aumento da ansiedade provoca uma vasoconstrição periférica, cuja consequência imediata é o aumento na pressão sanguínea. Neste exemplo, a vasoconstrição periférica é o mediador fisiológico entre as variáveis psicossociais e a variável biológica, como mostra o Diagrama 2. Uma variável comportamental também pode ser o mediador entre as variáveis psicossociais e a variação nas condições de saúde. Por exemplo, se um portador de diabetes negar a doença (variável psicológica) e por isso deixar de seguir a dieta prescrita (variável comportamental), sofrerá em conseqüência um acentuado aumento do nível de açúcar no sangue (variável biológica).



Diagrama 1. Mediação direta de uma variável psicológica afetando as condições de saúde

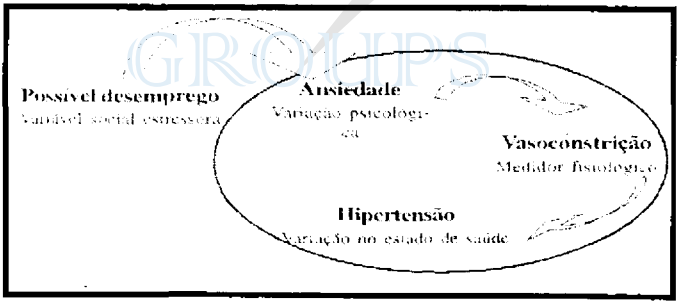


Diagrama 2. Mediação indireta de variáveis psicossociais afetando as condições de saúde

4. O psicólogo na equipe de tratamento

Enquanto membro de uma equipe para tratamento de doenças crônicas, o psicólogo diferencia-se dos colegas de outras áreas pela necessidade de trabalhar sob o enfoque da interdisciplinaridade e do contextualismo, compondo com profissionais de formações e abordagens distintas.

A interdisciplinaridade implica uma equipe formada por profissionais de diferentes disciplinas, criando uma variedade de perspectivas que viabiliza a compreensão dos cuidados requeridos pela doença crônica e seus desafios. Essa compreensão ocorre através de diversos níveis de análise, como reconhecido pelo modelo biopsicossocial, a partir das perspectivas que cada área representa na equipe.

A visão contextualista permite ao psicólogo estabelecer relações adequadas entre variáveis envolvidas na situação de saúde-doença. Considera-se, por exemplo, as limitações psicossociais do paciente, a natureza e provável impacto da doença e o tipo de tratamento necessário, o ônus, o benefício e as implicações de cada decisão, conforme o paciente. A intervenção psicológica precisa ser ajustada às necessidades e peculiaridades da pessoa doente e sua realidade.

Um treinamento profissional adequado, associado à compreensão da doença, do prognóstico e das técnicas e procedimentos utilizados para o diagnóstico e tratamento, permite ao psicólogo elaborar uma proposta potencialmente eficaz de intervenção. Uma proposta eficaz, então, como bem apontam Smith e Nicassio (1995), deve ser formulada considerando o perfil psicológico do paciente e as peculiaridades de seu quadro clínico, dos recursos e opções disponíveis, dos procedimentos necessários e das possíveis implicações psicológicas e sociais decorrentes da doença.

5. A intervenção psicológica

O psicólogo tem funções relevantes na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação da saúde. As possibilidades de intervenção e a qualificação requerida deste profissional variam em cada contexto conforme a especificidade da doença em questão. Em linhas gerais, o desenvolvimento e a implementação de programas incluem (mas não se limitam a) os seguintes exemplos em prevenção, tratamento e reabilitação.

1. Prevenção - Programas comportamentais para a aquisição e manutenção de hábitos preventivos contra doenças e de hábitos

promotores da saúde, como a prática de exercícios físicos e de sexo seguro, seguimento de dieta saudável, redução no consumo de álcool e de tabaco e redução de acidentes.

2. *Tratamento* - Programas interventivos no processo do tratamento da doença já estabelecida. Os procedimentos realizados junto ao paciente devem favorecer: (a) a aceitação e adaptação aos limites impostos pela moléstia e pelo tratamento; (b) a adesão aos regimes medicamentosos e alimentares prescritos; (c) modificação de hábitos e de estilo de vida; (d) o manejo da dor e do estresse; (e) tomadas de decisões quanto às opções de tratamento disponíveis e (f) preparo para a realização de procedimentos invasivos dolorosos ou desconfortáveis e enfrentamento de suas possíveis ou previsíveis conseqüências.

3. *Reabilitação* - inclui alguns dos procedimentos e objetivos utilizados na prevenção e no tratamento; promove a melhoria da qualidade de vida do paciente a despeito de limitações impostas pela condição clínica remanescente ou seqüelas deixadas; treina a aquisição de novas habilidades ou recuperação daquelas esquecidas, e auxilia o paciente na revisão de valores que geral-mente fazem ao retornar a vida profissional, familiar e social após o diagnóstico de uma doença crônica (Taylor, 1995).

Em todas as situações de intervenção junto a portadores de doença crônica, o psicólogo treina seu paciente no desenvolvimento de técnicas de enfrentamento e manejo para lidar com a demanda de suas necessidades e sintomatologia. Além disso, trabalha os quadros clínicos associados à doença crônica, como depressão, ansiedade e negação. Ao longo do processo interventivo, o psicólogo deve estar preparado também para trabalhar com a morte, auxiliando o paciente a compreender a evolução da doença, assistindo-o e à sua família nos momentos de negação e recusa, e intervindo na facilitação da morte digna e serena quando se exaurirem os recursos terapêuticos.

A elaboração de programas efetivos para intervenção requer a compreensão da doença, do tratamento e dos prognósticos possíveis, o entendimento de implicações recíprocas entre a doença e as variáveis psicológicas e sociais, uma avaliação acurada das necessidades e condições psicológicas, sociais e clínicas do paciente, e habilidade técnica para promover a intervenção conforme as condições encontradas (Nicassio e Smith, 1995; Taylor, 1995). A complexidade do trabalho realizado junto ao portador de uma doença crônica define a necessidade de que o psicólogo, além de conhecer aspectos relacionados à doença e à terminologia e procedimentos médicos, tenha pelo menos um bom treinamento clínico em

Psicoterapia, técnicas de entrevista, observação, avaliação de comportamento de risco, relaxamento e modificação de comportamento.

6. Avaliação para intervenção

Antes de propor um programa de intervenção delinea-do para ser bem-sucedido, é preciso que o psicólogo faça uma avaliação acurada do paciente. O resultado desta avaliação depende em grande parte de informações oferecidas pelo próprio paciente quanto à sua sintomatologia, padrões de comportamento, percepções sobre a doença e sobre vários aspectos de sua própria vida. A qualidade e acuracidade dessas informações dependem, também, em grande parte, do treinamento do psicólogo no uso de técnicas de entrevista e de observação, e da boa relação entre ele e o paciente, esta última considerada por Smith e Nicassio (1995) condição fundamental para o uso bem-sucedido do modelo biopsicossocial.

Uma cuidadosa avaliação das condições pessoais do paciente requer a descrição atenciosa do momento em que é realizada. A cada estágio, a doença crônica apresenta características, sintomatologia e comprometimento diferenciados. O câncer, por exemplo, inicialmente indolor e localizado, pode tornar-se muito doloroso e irradiar metástase por vários órgãos do corpo quando em estágio mais avançado. Uma avaliação inicial criteriosa e um registro acurado das características pessoais do paciente serão instrumentos úteis na avaliação posterior do impacto da intervenção, dos efeitos cumulativos da doença e dos procedimentos médicos.

Variáveis psicológicas e contextuais, como ansiedade, depressão e problemas conjugais, podem ter efeito potencializador sobre a doença e precisam ser prontamente identificadas e neutralizadas (Derogatis & cols., 1995), ou pelo menos minimizadas. As respostas psicológicas à doença variam entre pacientes e entre diferentes momentos da doença em um mesmo paciente. Segundo Mechanic (1968), as respostas psicoemocionais do paciente à doença são mediadas pela atenção que ele dá aos sintomas, pelos processos que mediam a definição dos sintomas e pela busca ativa de cuidados médicos e alterações visíveis na rotina diária.

Dados demográficos, como nível educacional e história profissional, precisam ser avaliados porque serão úteis ao terapeuta caso o paciente apresente crises vocacionais, comprometimento da auto-estima e da identidade ao ser impedido de retomar ou iniciar uma carreira depois do surgimento de uma doença crônica.

As emoções e reações afetivas, como raiva e hostilidade, são frequentemente associadas a doenças crônicas e ao comprometimento da relação entre equipe de saúde e paciente, dificultando o sucesso do tratamento. Essas variáveis precisam ser conhecidas em suas relações funcionais para que um manejo adequado das condições mantenedoras possa removê-las e propiciar melhores resultados para o paciente.

O reconhecimento das variáveis relevantes ao processo de avaliação requer objetividade para identificar e selecionar aquelas que sejam operacionalizáveis e passíveis de intervenção psicológica. Os diferentes contextos e situações apontarão para diferentes variáveis, algumas praticamente gerais e previsíveis, como níveis de estresse e de funcionamento diário, bem-estar, adaptação às demandas da doença e comportamentos específicos já estabelecidos. Outras serão específicas conforme a doença, o paciente, a família e todas as outras possíveis variáveis contextuais.

O portador da doença crônica, em princípio, é a primeira pessoa que deve ser avaliada, mas muitas vezes ele não pode ou não deve ser visto fora do contexto de sua família, frequentemente também atingida pelo impacto e implicações da doença. Por outro lado, a avaliação do paciente feita por pessoas da família pode ser muito útil devido à oportunidade que familiares têm de observar o comportamento do paciente em diferentes situações e por muito mais tempo do que o profissional. Às vezes, um parente incluído na equipe de avaliação toma-se a principal fonte de informações sobre diversas classes comportamentais do paciente, em especial de comportamentos emergentes ou de baixa taxa de ocorrência (Derogatis & cols., 1995; Guimarães, 1993).

Além de conduzir as entrevistas de forma adequada para colher acuradamente os dados relevantes, o psicólogo deverá ter repertório suficiente e adequado para estabelecer vínculos de confiança com o paciente e para avaliar os quadros psicológicos potenciais ou já desenvolvidos desde o surgimento da doença crônica. A depressão, por exemplo, tem sido freqüentemente associada ao estresse decorrente da doença (Frasure-Smith, Lespérance & Taljic, 1995), aos próprios procedimentos terapêuticos e à insatisfação com o sucesso obtido pelo tratamento, às vezes considerado pequeno - realisticamente ou não.

A boa avaliação deverá considerar também que algumas doenças, como o câncer pancreático, e alguns medicamentos, como os corticóides, são eles próprios agentes depressivos. A doença crônica pode ainda afetar direta ou indiretamente o abuso de álcool e outras drogas (Bruera & cols., 1995), as desordens da ansiedade,

desordens mental e adaptativas e podem alterar a habilidade do paciente para participar do controle dessas desordens.

7. A interface com a Psicologia Clínica

Embora didaticamente separado, o trabalho do psicólogo da saúde tem clara interface com o trabalho clínico, levando alguns autores, como Belar e Geisser (1995), a reconhecer que às vezes é impossível tratar apenas aspectos da saúde de um paciente, excluindo a esfera da Psicologia Clínica. Intervindo junto ao paciente ou à sua família, ou atuando como um consultor junto a equipes multidisciplinares, o psicólogo da saúde estará sempre utilizando recursos técnicos da clínica e da saúde, como já descrito.

Enquanto consultor da equipe multidisciplinar, por exemplo, compete ao psicólogo avaliar as condições psicossociais do paciente para se submeter a um transplante cardíaco, ou seu provável nível de adesão a tratamentos onerosos, como a hemodiálise doméstica, ou as implicações das decisões tomadas sobre os tipos de tratamento escolhidos. Após avaliação, é esperado que o psicólogo possa oferecer à equipe multidisciplinar uma opinião sobre, por exemplo, as condições do paciente para submeter-se a um certo procedimento. Essa opinião pode incluir a sugestão de um procedimento alternativo mais adequado às condições atuais do paciente, para posterior reavaliação, ou a potencialização do tratamento proposto com a utilização simultânea de mais de uma opção para aumentar a probabilidade de sucesso (Belar & Geisser, 1995).

A evolução da doença crônica gera mudanças nos regimes de tratamento e nas condições de vida do paciente, enquanto os recursos da Medicina também evoluem através das pesquisas. Assim, os pacientes às vezes se deparam com a necessidade ou oportunidade de optar por uma decisão imediata, muito difícil e incerta. Por exemplo, um paciente portador de tumor maligno pode ter a opção de escolher entre a cirurgia de remoção do órgão acometido e o tratamento apenas quimioterápico. A primeira opção gera a expectativa de completa remoção do câncer e impedimento da metástase, mas deixa como seqüela a evidência física da mutilação e o provável comprometimento da imagem corporal, da auto-estima e da autoconfiança nas relações sociais, sexuais e conjugais. A segunda opção preserva o órgão, comprometendo muito menos a imagem corporal (apenas alopecia, por exemplo), mas implica efeitos colaterais muito aversivos durante o tratamento além de deixar o paciente inseguro quanto à recidiva do tumor. Nos dois casos, enquanto assume o tratamento, o paciente pode manter a expectativa de que outras possibilidades terapêuticas

surgirão, visto que os meios de comunicação são ricos em notícias sobre centros de pesquisas e novas tendências para o tratamento do câncer. A dificuldade do paciente em analisar as próprias condições e o custo-benefício de cada opção pode ser altamente ansiógena e causadora de grande aumento em seu sofrimento. Compete ao psicólogo auxiliar o paciente a reconhecer e a ponderar suas características psicológicas, sociais, profissionais e familiares e avaliar cada opção à luz de sua individualidade e condições clínicas da doença, para então optar pelo tratamento de escolha. O melhor tratamento, quando há escolha, só deve ser definido pelo próprio paciente ou por sua família se ele for menor ou incapaz. Algumas vezes, a escolha do paciente tem sido até mesmo não adotar qualquer prática terapêutica, dependendo do estágio e tipo da doença, das possíveis sequelas e dos efeitos colaterais previstos.

Várias situações de escolha podem surgir para o paciente ou sua família, decorrentes do avanço da medicina que, mesmo não assegurando a vida, pode oferecer opções de tratamento, cada uma com seu ônus e implicações, que afetarão de alguma forma a sobrevida do paciente e de sua família, às vezes para sempre. Por exemplo, uma paciente pode precisar decidir entre interromper sua gravidez por que foi detectado um problema congênito do feto, ou levar a gravidez a termo e dar à luz uma criança com possibilidade de vir a óbito logo em seguida ou viver deformada ou incapaz. Outra situação comum é quando os familiares precisam decidir entre manter ligado ou não um equipamento mantenedor da vida artificial de um parente. Em cada situação, o paciente ou a farru1ia são responsáveis pela decisão, mas fica ao psicólogo pelo menos duas responsabilidades. Primeiro, a de analisar com a famí1ia as implicações de cada escolha e a estrutura que têm para lidar com a decisão tomada; e segundo, a de promover o treinamento desta família na aquisição dos recursos necessários para enfrentar a escolha, se este for o caso (Taylor, 1995).

Pessoas impulsivas ou que negam e minimizam a doença podem engajar-se em comportamentos comprometedores do tratamento. São exemplos a insistência em manter o hábito de fumar ou a recusa em seguir a prescrição médica, requerendo, em casos mais graves, a imediata intervenção com técnicas de modificação de comportamento.

O psicólogo precisa se assegurar de que o paciente tem clara compreensão e expectativas realísticas sobre seu prognóstico e suas possibilidades terapêuticas. Isso assegura maiores chances de uma busca adequada de recursos médicos, a manutenção da capacidade funcional do paciente e minimização de possíveis sintomas depressivos.

É ainda responsabilidade do psicólogo reduzir a angústia do paciente quando a morte é percebida como inevitável e torná-la entendida como parte do ciclo vital. Quando o óbito ocorrer, o psicólogo apóia e aconselha a farru1ia enlutada e trata o luto patológico, para que a rotina e as atividades dos sobreviventes se reajustem de modo saudável após a perda do parente enfermo.

8. A família do paciente crônico

O grau de comprometimento das habilidades e da independência para autocuidados do paciente pode gerar mudanças no papel social da familia e na demanda exercida sobre cada membro. É comum, por exemplo, o aumento da responsabilidade requerida dos filhos, pais ou cônjuges para compensar as muitas perdas, dentre elas, a econômica, causadas pela doença de um membro da família.

As mudanças naturalmente estressantes que ocorrem nos papéis e nas responsabilidades da família podem ter efeitos emocionais negativos sobre seus membros e levar a conflitos no lar. Para efeitos de avaliação e intervenção psicológica, é importante conhecer o padrão funcional da família, o nível de competência de seus membros, a natureza das relações pré-existentes e as mudanças associadas ao aparecimento e à evolução da doença.

Famílias resistentes a mudanças apresentarão maior dificuldade para se adaptar a um novo esquema em função de um membro doente. A participação ativa da família no processo de atenção ao paciente crônico é de especial importância, porque ela não terá apenas um de seus membros necessitando apoio com alta demanda de cuidados diferenciados; ela própria, em muitas instâncias, estará sofrendo o impacto dos efeitos secundários e generalizados da doença. Os níveis de estruturação, funcionalidade e flexibilidade da família mediarão o sucesso de seu treinamento nesse processo de reajuste devido à doença.

O familiar cuidador do paciente crônico é exposto a um agente estressor prolongado e traumático, chegando a desenvolver fortes respostas de ansiedade e depressão. Esses sintomas podem persistir mesmo após a remoção do evento estressor, quando falece o familiar doente. Embora todos os membros da família sejam afetados, os sintomas são mais fortes e persistentes entre os agentes cuidadores. Os estudos de Esterling, Kiecolt-Glaser, Bodnar e Glaser (1994) sobre o impacto da doença de Alzheimer em familiares do paciente mostraram a presença de "estresse crônico" entre os agentes cuidadores que também tinham maior frequência de consultas médicas devido a

sintomas infecciosos do que outros parentes não-cuidadores. O treinamento e suporte adequados para que os familiares possam desenvolver recursos e técnicas de enfrentamento é um ponto crítico da assistência ao paciente crônico.

Por outro lado, a participação da família como auxiliar da equipe de saúde tem sido crescentemente reconhecida e valorizada, desde a avaliação de crianças, até a reabilitação de pacientes crônicos, passando pelo enfrentamento da morte e de procedimentos estressantes (Guimarães, 1993; Kerns, 1995). As formas mais utilizadas e eficazes para atrair a participação da família têm sido (a) seu treinamento para receber informações sobre a doença e repassá-las ao paciente e (b) seu treinamento em técnicas básicas de modificação de comportamento para auxiliar em assuntos como adesão ao tratamento e aos regimes de reabilitação. Essa parceria com a família favorece também o fortalecimento dos compromissos internos que ela deve assumir. Por exemplo, compete à família cumprir horários de refeições, mudar hábitos alimentares, adotar estilos de vida mais saudáveis e melhorar a qualidade da relação e o padrão de atenção oferecidas ao paciente.

A família é, em primeira instância, o estímulo controlador do comportamento apresentado pelo paciente quando os sintomas se manifestam. A família pode estimular ou evitar que o paciente assuma o comportamento de "doente, coitado, dependente" mesmo antes que possíveis limitações surjam, ou que ele reaja com prontidão mesmo diante de reais dificuldades. Esse papel mediador da família auxilia o manejo comportamental das limitações impostas pela doença e favorece a recuperação do paciente enquanto possível. As relações familiares são importantes fontes de suporte social e de auxílio no ajustamento psicológico do paciente, no enfrentamento e na aceitação da doença (Smith e Nicassio, 1995).

9. Próximos passos e necessidades da área

Para os próximos anos, a área demanda a geração de novos conhecimentos em técnicas de prevenção, domínio da etiologia, tratamento e reabilitação.

As técnicas comportamentais preventivas deverão ser aprimoradas através de estudos que apontem os procedimentos coletivos que devem ser implantados para incluir práticas saudáveis no repertório da população. São necessários programas de massa através das escolas e meios de comunicação para alcançar todos os segmentos da sociedade em campanhas nacionais de promoção da

saúde e combate à doença, subsidiados por dados de estudos conduzidos para investigar processos preventivos. É preciso que as iniciativas compreendam os aspectos biopsicossociais da saúde em seus diferentes níveis e necessidades.

No aspecto social, os programas devem contar com o empenho das agências governamentais no cumprimento de sua responsabilidade para com as condições básicas de saneamento, alimentação, moradia, emprego e assistência primária à saúde pública. No aspecto psicológico, os programas devem estimular e promover comportamentos e hábitos de autocuidados e conscientização da parcela de responsabilidade que cada um tem pela própria saúde e de sua família.

No tratamento os psicólogos estarão, provavelmente, se engajando em diferentes equipes multidisciplinares, principalmente nos grandes hospitais e clínicas onde doenças crônicas são tratadas. Nessa área, encontra-se a grande demanda por mais estudos, que deverão investir na descrição dos mecanismos de auto-regulação fisiológica, de percepção e manejo da dor; na identificação e manipulação das variáveis mediadoras dos diferentes níveis de adesão ao tratamento médico; na avaliação das atuais técnicas de preparação para procedimentos estressantes; na criação de protocolos padronizados e acurados para avaliar a funcionalidade e o comprometimento do paciente para adaptação dos procedimentos interventivos; no desenvolvimento de técnicas eficientes de treino para enfrentamento do tratamento e das adversidades inerentes aos procedimentos compulsórios e ao contexto médico hospitalar; e às possibilidades de humanização dos procedimentos que tomem este contexto menos agressivo e aversivo ao doente. Esta última, possível apenas a partir do fortalecimento e qualificação das equipes interdisciplinares.

Na reabilitação, devem acontecer o desenvolvimento e validação de técnicas adequadas para a mensuração da qualidade de vida, e o desenvolvimento de programas de intervenção paralelos à evolução da tecnologia médica, para atender às peculiaridades de diferentes doenças crônicas, e viabilizar a reinserção do paciente crônico às atividades da rotina diária. É necessária ainda criteriosa avaliação dos programas já implantados.

Nesse momento, o atendimento às doenças crônicas, em qualquer nível, requer a associação incondicional da pesquisa e da prática. A área é nova e exige estudos para apontar as reais necessidades de intervenção, gerar propostas de programas e avaliar sua eficácia em diferentes contextos nos quais e a intervenção é praticada.

Pesquisadores estão investindo na identificação da metodologia mais adequada para estudar o processo da interação biopsicossocial. Conhecidos os mecanismos de ação das variáveis envolvidas, os profissionais de saúde terão uma diretriz objetiva para desenvolver procedimentos de intervenção mais eficazes.

Ainda há muito a saber e muito a fazer no campo das doenças crônicas que, para o psicólogo, é um campo básico e fértil de pesquisa e assistência que estará presente na história da melhoria da saúde e qualidade de vida do homem do futuro.

Finalmente, mas não menos importante, é necessário um maior investimento na formação de psicólogos competentes para desempenhar as muitas tarefas inerentes a seu trabalho em saúde. Os cursos de graduação estão apenas começando a investir no ensino de disciplinas específicas da área, os estágios curriculares são poucos e tímidos, e todo processo de graduação ainda deixa muito a desejar. Investimento maior é necessário, inclusive criando o internato ou residência em Psicologia, a exemplo do que ocorre nos cursos de Medicina. Assim, os psicólogos poderão efetivar sua experiência no campo da saúde vivendo as diferentes nuances desta realidade junto ao paciente e a seus colegas profissionais de saúde.

Bibliografia

BELAR, C. D. & GEISSER, M. E. (1995). Roles of the clinical health psychologist in the management of chronic illness. Em P. M. Nicassio e T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington: American Psychological Association.

BRANNON, L. & FEIST, J. (1992). *Health Psychology: An introduction to Behavior and Health*. Belmont, CA: Wadsworth, Inc.

BRUEREA, E.; MOYANO, J.; SEIFERT, L.; FAINSINGER, R. L.; HANSON, J. & SUAREZ-ALMAZOR, M. (1995). The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *Journal of Pain Symptom Management*, 599-603.

DEROGATIS, L. R.; FLEMING, M. P.; SUDLER, N. C., & PIETRA, L. D. (1995). Psychological Assessment. Em P.M. Nicassio e T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington: American Psychological Association.

ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge to biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

ENGEL, G. L. (1980). The chinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

ESTERLING, B. A.; KIECOLT-GLASER, J. K.; BODNAR, J. C. & GLASER, R. (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology,* 13 (4), 291-298.

FRESURE-SMITH, N.; LESPÉRANCE, F. & TALAJIC, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology,* 14 (5), 388-398.

GUIMARÃES, S. S. (1993). Obtaining infonnation on child's developmentallevel: A comparison of direct professional observation and parent interviews. Tese de doutoramento, The University of Kansas. Lawrence, KS, USA.

KERNS, R. D. (1995). Family assessment and intervention. Em P. M. Nicassio e T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective.* Washington: American Psychological Association.

MARTIN, L. R.; FRIEDMAN, H. R.; TUCKER, J. S.; SCHWARTZ, J. E.; CRIQUI, M. H. & WINGARD, D. L. (1995). An archival prospective study of mental health and longevity. *Health Psychology,* 14 (5), 381-387.

MATARAZZO, 1. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist,* 35,807-817.

MECHANIC, D. (1968). *Medical Sociology.* New York: Free Press.

NICASSIO, P. M. & SMITH, T. W. (1995). *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective.* Washington: American Psychological Association.

SMITH, T. W. & NICASSIO, P. M. (1995). Psychological practice: Clinical application of the biopsychosocial model. Em P. M. Nicassio e T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective* Washing-ton: American Psychological Association.

TAYLOR, S. E. (1995). *Healthpsychology.* 3.ed. New York: McGraw-Hill.

Capítulo 4

Psicologia aplicada à Pediatria: questões metodológicas atuais

Célia Maria Lana da Costa Zannon

Problemas recorrentes e tendências da pesquisa em Psicologia Pediátrica Clínica podem ser analisados à luz da literatura recente sobre medidas psicológicas, adesão a tratamento e doença crônica, dentre outros temas.

A relevância prática dessas questões é conhecida. A demanda ao psicólogo no campo profissional é explícita neste sentido. Sua rotina de trabalho exige o diagnóstico de fatores comportamentais das doenças e a avaliação dos resultados de suas intervenções, em qualquer nível de atenção (por exemplo, preventivo, ou de reabilitação). É imprescindível sua colaboração na modificação dos comportamentos de atenção profissional e de cuidados da saúde, e isto é evidenciado quando se trata de adesão ou obediência do paciente e sua família aos tratamentos médicos. Seu apoio pode ser crucial na manutenção de disponibilidade comportamental dos profissionais e dos pacientes para a adesão, nos casos de doenças crônicas ou recidivantes. O psicólogo competente demonstra, no cotidiano, que dispõe de tecnologia eficiente para atender a essas exigências. A despeito da competência atestada, o problema de baixa adesão é freqüente. E não há profissional que não tenha uma causística de insucessos em seu currículo. O desafio que se coloca à profissão é imenso quando nossa pretensão é modificar/mudar e manter os comportamentos de cuidados com a saúde. É interessante colocar em paralelo a questão científica desse desafio: explicar a relação entre comportamento e saúde, e entre comportamento e doença, e demonstrar a possibilidade de controle dessa relação. Essa meta tem orientado a pesquisa em Psicologia Pediátrica, assim como em outras áreas no campo da saúde.

Em relação a essa meta, duas questões associadas à escolha de método e instrumento de medida devem ser consideradas com rigor, sob risco de comprometimento de resultados, conclusões e aplicação: (a) a concepção e a medida da relação entre comportamento e saúde, (b) a relevância e a validade de medidas psicológicas.

Ao trazer essas questões para apresentar nesta mesa, tomei a análise apresentada por Suzanne Bennett Johnson, na Reunião da *American Psychological Association*, em agosto de 1993, quando assumiu a Presidência da Sociedade de Psicologia Pediátrica. Penso que a análise de Johnson permanece atual, merecendo a atenção dos pesquisadores e especialistas brasileiros que atuam no campo da saúde. As considerações que apresentarei aqui foram baseadas ou extraídas da análise de Johnson. Algumas diretrizes que eu procurei apontar constituem reflexões decorrentes, que submeto à apreciação de vocês, neste simpósio.

1. Concepção e medida da relação entre comportamento e saúde

É consensual que há uma concepção de senso comum subjacente aos esforços profissionais para mudar o comportamento dos pacientes: se mudarmos o comportamento, então resultará modificação no estado de saúde do paciente. Do ponto de vista científico, entretanto, essa relação ainda está para ser explicada.

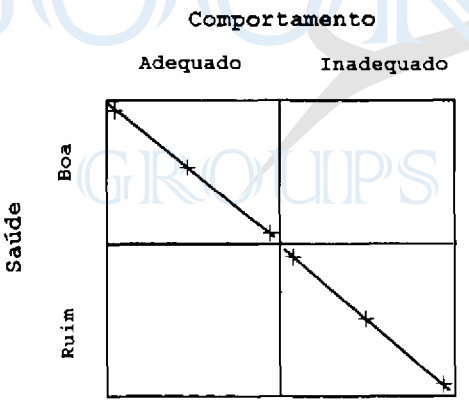


Figura 1- Relação perfeita usualmente estimada entre comportamento e estado de saúde (adaptada de Johnson 1994, p.131).

A concepção em seu sentido mais absoluto pode ser extraída de Johnson (1994, p. 131) - Notem que uma relação perfeita é assumida entre comportamento e saúde. Na história de inserção da Psicologia, no campo da saúde, o estabelecimento de um lugar de destaque para a Ciência do Comportamento implicava conceber essa relação perfeita. O conceito sustentava a importância da Psicologia no campo da saúde e apontava para a estratégia de grande impacto em saúde pública, seja nos programas de reabilitação seja nas ações preventivas. Também é a partir dessa concepção que, ainda hoje, medidas laboratoriais de estado de saúde são usadas para inferir o comportamento de adesão - presume-se, por exemplo, que pacientes renais, ou diabéticos, com certos níveis e composição sangüínea, estão aderindo (ou não) ao tratamento. O suposto é bastante evidente na prática, quando o paciente ou sua família são congratulados por estarem seguindo o tratamento, ou admoestados por supostos deslizes, antes mesmo de qualquer confirmação por relato verbal, com base apenas na leitura de resultados de exames solicitados. Essa forma de medir adesão a tratamento, também encontrada em pesquisa, confunde medida física e comportamento; é ainda mais equivocada porque é falsa a relação indicada na Figura 1. Sabe-se que a relação entre estado de saúde e comportamento não é perfeita. Não é uma relação univariada, nem linear, e muito menos absoluta.

Ademais, tratando-se de clínica pediátrica, talvez para a maioria das doenças, ainda não está suficientemente explicada a relação entre comportamento e estado de saúde. Há quem afirme (como Johnson, 1994, p. 131) que, para muitas doenças, ainda nem se conhece qual seria essa relação.

Tabela I - Dados parciais de um estudo de diabetes em crianças: uma relação não significativa entre adesão ao tratamento e controle glicêmico (cf. Johnson, 1994, p.133).



Um exemplo de estudo que contesta a concepção da relação linear perfeita pode ser visto em dados de Johnson e colaboradores (cf. descritos em Johnson, 1994, pp. 132-133).

Em uma amostra de 377 crianças diabéticas (dependentes de insulina), estudou-se a relação entre adesão a tratamento (indicado pelo uso de insulina) e estado de saúde (controle glicêmico, medido por níveis de hemoglobina glicosilada). Os dados mostrados na Tabela 1 correspondem a medidas obtidas para as crianças que compuseram os quartis extremos de estado de saúde e de adesão (n = 103) - metade desses pacientes estava nas combinações esperadas pela concepção de relação perfeita comportamento-saúde. Como afirmar a necessidade de tratamento para pacientes (um quarto dessa subamostra) que, a despeito de comportamento pobre em adesão, mantiveram bons níveis de controle glicêmico? E o que fazer no caso daqueles pacientes que, a despeito de seu "bom comportamento", não alcançaram o controle esperado, e apresentaram os piores níveis de controle? Quais os problemas que esses dados sugerem? Os defensores da relação perfeita poderiam dizer que há falhas nas medidas; o modelo estaria correto, o teste é que estaria errado. Uma falha apontada é de inadequação na escolha da medida de adesão e de estado de saúde. A conclusão seria, por exemplo, que medidas categóricas e delineamentos de corte transversal não seriam bons testes da relação comportamento-saúde. No entanto, conforme Johnson, a literatura também mostra relação fraca, com delineamentos longitudinais, controle de variáveis mais salientes, uso de modelos causais. Em vista disso, talvez fosse melhor abandonar o modelo da relação perfeita. Esta é uma afirmação com que todos tendem a concordar, mas que ainda é implementada com dificuldade na prática pediátrica clínica e na pesquisa.

Um aspecto relevante dessa dificuldade é que as análises e intervenções focalizam o comportamento de modo categórico, entendido do ponto de vista topográfico da ação. A ação é descrita de modo truncado, seja em sua estrutura seja em sua funcionalidade. Parte-se da ação para seu efeito, perdendo-se o contexto no qual essa relação é esperada, ou é mais provável de ser esperada.

Os argumentos apresentados pelos especialistas são interessantes para uma revisão do conceito de adesão a tratamento. Se adesão é um conceito que equivale a seguimento de instrução, implica uma prescrição a ser seguida ou informação sobre ação e resultado esperados. A descrição acurada de adesão a tratamento incluiria a medida de "ações do paciente", mas implicaria a descrição e medida da informação/instrução à qual o paciente foi exposto. Por exemplo, uso de medicação passaria a ser descrito como uso de

medicação conforme prescrita. Sob essa concepção, que alterações nas medidas de adesão a tratamento seriam necessárias? A descrição da ação esperada e o contexto no qual essa ação é solicitada ao paciente ou a sua família talvez fossem partes essenciais da medida de adesão. Esse enfoque do controle instrucional já seria suficiente para dar importância a estudos da interação médico-paciente ou médico-família, no contexto de orientação para o tratamento, ou para conferir relevância tecnológica aos estudos que objetivassem análise dos efeitos de técnicas de intervenção sobre a correspondência entre instrução médica e ação do paciente.

Incluir a prescrição, ou informação sobre ações e resultados esperados, remete-nos à complexidade da relação comportamento-saúde, outro aspecto descrito por Johnson.

São vários os exemplos que confirmam a complexidade do comportamento esperado para se alcançar um determinado estado de saúde. As doenças crônicas, como diabetes e as disfunções renais na infância, por exemplo, permitem mostrar que o "comportamento" a ser modificado pode ser entendido como "muitos comportamentos". Algumas ações implicam alterações da rotina da criança e da família (dietas especiais implicam alteração na escolha dos alimentos a consumir e no preparo de refeições); há uma cadeia de ações até o consumo dos alimentos adequados, o que torna a nomeação dos alimentos a consumir, ou evitar, apenas parte do problema; há alterações que implicam reorganização drástica da rotina diária dos pacientes e da vida familiar (por exemplo, pode haver uma combinação ideal prescrita, de atividades e de medicação; a monitorização laboratorial estabelecida nos protocolos de conduta médica, a recomendação de exercícios ou de sessões de fisioterapia e o agendamento de consultas periódicas, por exemplo, implicam disponibilidade constante de pessoas e serviços para acompanhar ou promover condições para o tratamento, reorganização da vida escolar da criança, rearranjo da destinação da renda familiar, dentre outras modificações comportamentais necessárias ao cumprimento das prescrições médicas).

Trata-se, então, de ampliar a quantidade de medidas tomadas? De analisar o efeito da qualidade da prescrição? Parece que algumas respostas poderiam, sim, ser delineadas a partir de análise das variáveis que, presumivelmente, relativizam ou descrevem de modo mais completo a relação entre comportamento e saúde.

Um aspecto pouco explorado, seja na pesquisa seja na aplicação, é o de custo da resposta de adesão. Na verdade, tem sido pouco explorada a relação custo-benefício da adesão, que me parece

crucial para melhor compreensão da relação comportamento-saúde. Johnson introduziu essa questão do que falta analisar de modo bastante instigante, conforme eu espero mostrar nas figuras que seguem. Johnson fala em eficácia do tratamento ao qual o comportamento de cuidado com a saúde está vinculado. Quero salientar dois aspectos dessa questão: um trata dos limites funcionais do comportamento, configurando uma certa relação comportamento-saúde. Outro, dos limites funcionais das medidas tomadas. Com esses destaques, espero fazer jus à análise e às advertências de Johnson.

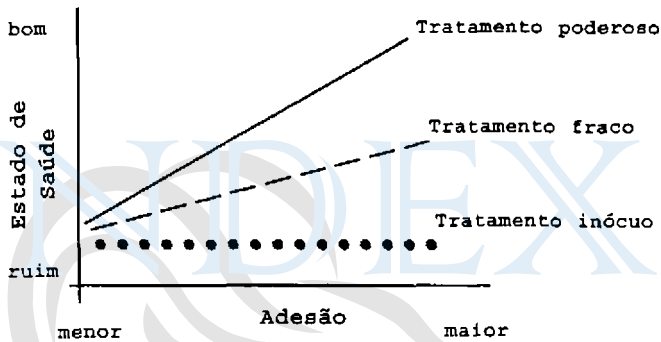


Figura 2 - Relação esperada entre comportamento exigido de adesão a tratamento e estado de saúde, em função de qualidade do tratamento, partindo de um nível inicial precário de saúde (adaptado de Johnson, 1994, p. 137).

A concepção subjacente é a de que, tendo-se instalado um estado de doença, a recuperação do estado de saúde resulta de uma combinação da eficácia do tratamento e da adesão do paciente ao protocolo estabelecido. A tal relação perfeita, se ocorresse, viria da combinação da adesão do paciente e um tratamento altamente eficiente (Figura 2). Teoricamente, mesmo a adesão total não levaria a bons níveis de estado de saúde, se o tratamento prescrito fosse pouco eficiente. Nenhuma alteração seria a1cançada com ótimos níveis de adesão, no caso de tratamento inócuo (sem qualidade de produzir algum efeito de melhora no organismo). Penso que há importantes desdobramentos dessas suposições para a pesquisa teórica em Psicologia da Saúde, estabelecendo as doenças mais controladas e aquelas ainda não controladas por tecnologias disponíveis como modelos para estudo da relação entre variáveis psicológicas e estado de saúde. Modelos teóricos que preconizam melhor comportamento de cuidados, com decorrências no estado de

saúde e na qualidade de vida, em função de crenças de saúde, por exemplo, poderiam ser testados em condições nas quais a relação perfeita estivesse estabelecida, ou nenhuma relação fosse esperada.

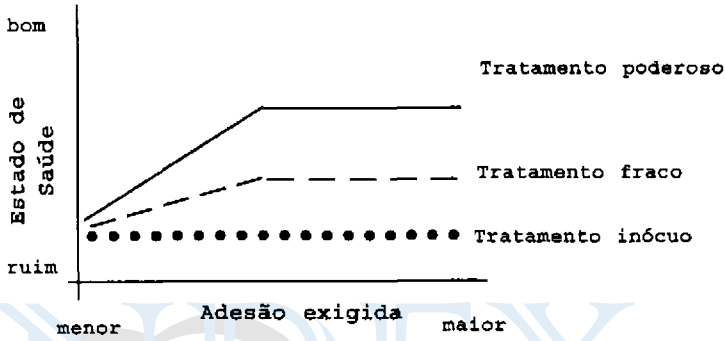


Figura 3 - Relação entre adesão exigida, eficiência do tratamento e estado de saúde quando a adesão total não é necessária para o benefício possível de melhora a partir de um nível precário de saúde (adaptado de Johnson, 1994, p. 138).

Outro problema é o limite funcional do comportamento de adesão; a relação linear entre comportamento, eficácia de tratamento e estado de saúde ocorreria apenas até um ponto além do qual não haveria mudanças no estado de saúde, a despeito de melhoras no comportamento. Notem que níveis altos de adesão, ainda que prescritos, não são necessários para se obter o melhor nível possível de estado de saúde (Figura 3). Johnson adverte para o fato de que a pesquisa que amostras se apenas sujeitos que alcançaram padrões comportamentais medianos de adesão, ou superiores, poderia resultar em conclusão, falsa, de que mudanças no comportamento têm pouco ou nenhum efeito sobre o estado de saúde. No contexto da prática, beneficiaria os pacientes e suas famílias o protocolo médico que exigisse modificação comportamental suficiente para produzir melhora de saúde e alertasse para limites dessas mudanças, com economia de esforços necessários (p. 139).

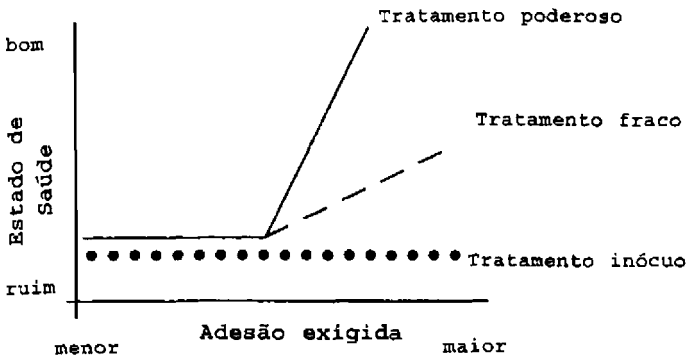


Figura 4 - Relação entre adesão, eficiência do tratamento e estado de saúde quando uma certa magnitude de comportamento é exigida para que haja algum efeito do tratamento (adaptado de Johnson, 1994, p.139).

Outro caso é quando as mudanças teriam que ser em magnitude tal, sem a qual seriam insuficientes para produzir efeitos dese-jados de melhora no estado de saúde (Figura 4). Uma implicação prática relevante é a necessidade de estratégias de encorajamento aos pacientes e às famílias, para persistirem no tratamento visando um ganho futuro, ou de estratégias que favorecessem modificações comportamentais dramáticas, de alta magnitude - até um ponto em que a mudança comportamental produzisse os efeitos esperados no estado de saúde.

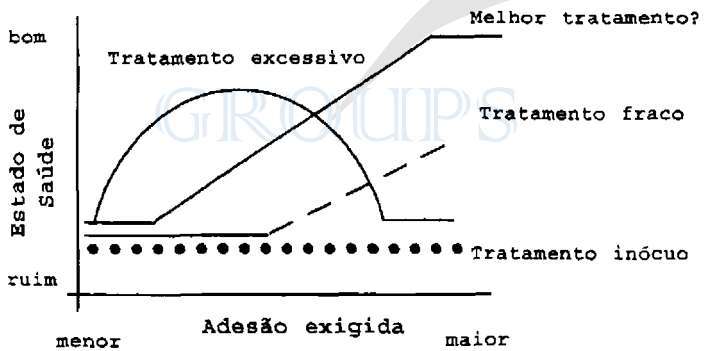


Figura 5 - Estimativas para a exigência de adesão: escolha por resultados

presumidos de diferentes protocolos de tratamento (derivado de Johnson, 1994, p. 140).

O mesmo modelo poderia ser aplicado para análise comparativa da relação comportamento-saúde quando um tratamento fosse aplicado corretamente, ou de modo sub ou superdimensionado (Figura 5). Um exemplo conhecido dessa possibilidade está nas diferenças encontradas entre os protocolos médicos de dosagem de medicação, ou entre combinações de múltiplas estratégias de tratamento. No caso de diabetes dependente de insulina, a dose da medicação e sua combinação com atividade física são decididas por procedimentos padronizados, mas os protocolos são diferentes, dependendo da instituição e dos diferentes profissionais. Em reumatologia pediátrica, o uso de corticóide pode ser variado em função de observação clínica e de monitorização laboratorial, não havendo consenso sobre dosagem-padrão. Efeitos adversos de tratamento insuficiente, ou de overdoses, são comumente observados no estado de saúde. As implicações para a pesquisa e a prática podem ser facilmente deduzidas. No caso de subdosagem ou overdoses, o custo da adesão ao tratamento pode ser a piora indesejada, podendo ser recuperados níveis ideais com a correção do tratamento, mas há comprometimentos irreversíveis do estado de saúde. Na escolha do melhor tratamento, a ponderação dos resultados estimados a curto, médio e longo prazos pode ser crítica. Tratamentos podem ser presumidos como melhores ou 'ideais', não porque resultam em melhores níveis de estado de saúde, em menor espaço de tempo, ou com menor esforço comportamental. Mesmo quando se alcança o teto possível do estado de saúde, a preservação desse nível máximo de qualidade pode depender de manutenção dos níveis maiores de exigência e persistência comportamental dos profissionais e dos pacientes.

Essas possibilidades de modelos múltiplos de abordagem da relação entre comportamento e saúde são instigantes tanto para a pesquisa quanto para o corpo-a-corpo da luta contra as doenças na prática clínica. É interessante o fato de que esses modelos também podem se mostrar úteis a uma aproximação pesquisa e aplicação. Há fatores que podem contribuir para aproveitamento dos modelos sugeridos por Johnson. Observemos tendências atuais encontradas na área.

A tendência da pesquisa de ponta é o delineamento de campo, fundamentado em paradigmas, conforme ilustrado a seguir. (1) A relevância do problema de pesquisa é estabelecida a partir de paradigmas científicos e socioculturais. (2) Modelos teóricos (e.g., mecanismo adaptativo e enfrentamento; suporte social; crenças em saúde; controle de estímulo; controle aversivo; ansiedade e depressão; custo e benefício

da ação) estabelecem os processos determinantes ou moderadores da relação comportamento-saúde em estudo. (3) A seleção de variáveis é definida por fator ou condição concebida como modelo representativo do processo a ser demonstrado. Por exemplo: (a) dor e 'procedimentos invasivos' seriam modelos para estudo de controle aversivo, ansiedade, estresse e *coping*, desamparo aprendido, depressão, controle de estímulo; (b) doença crônica e doença específica (AIDS, diabetes, câncer), para impacto e moderação de fatores psicossociais; (c) comportamento Tipo A, desamparo aprendido, adesão a tratamento, para controle comportamental da saúde; (d) família, coorte, criança/ adolescente, para determinação sociocultural ou desenvolvimento de competências, no cuidado da saúde. (4) O foco na relação psicossocial e psicobiológica (por exemplo, relação entre fatores de doença, criança, família, cultura, serviço) tem exigido instrumentação e medidas múltiplas para permitir análise de correlações e especificação de efeitos. (5) Os modelos categóricos e não-categóricos no estudo psicossocial das doenças têm buscado delimitar generalidades e tipicidades da relação comportamento-saúde. Os modelos apontados por Johnson destacam categorias de tratamento e sugerem especificidades que parecem plausíveis, ainda a serem demonstradas.

O confronto dessas tendências com o quadro brasileiro, no contexto hospitalar, pode oferecer outros desafios para a pesquisa comportamental e a intervenção profissional no Brasil. O que nos compete fazer em nossas pesquisas e prática clínica nos campos da Medicina e da Psicologia, para melhorar a qualidade das medidas comportamentais de adesão, ajustando-as a várias possibilidades de tratamento? Quando a eficácia do tratamento é levada em conta na análise comportamental da adesão, além de todas as implicações discutidas por Johnson (1994), um aspecto a considerar é o de precariedade dos serviços em muitos hospitais públicos brasileiros. Que cuidados tomar, então, se precariedade implica, por exemplo, tratamentos fracos por deficiências na oferta de medicação ao paciente? E se implica condições fracas de monitorização, por deficiência da medida utilizada, mesmo em protocolos mais eficientes de tratamento?

Bibliografia

JOHNSON, S. B. (1994). Health behavior and health status: concepts, methods, and applications. *Journal oi Pediatric Psychology*, 19,129-141.

*. Este trabalho foi apresentado no VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar.

INDEX BOOKS GROUPS

Seção II

Aplicações com doenças e populações diversas

INDEX BOOKS GROUPS

Capítulo 5

Psicologia e saúde bucal: circunscrevendo o campo

Antônio Bento Alves de Moraes

Compreender a inserção da Psicologia em Odontologia implica destacar algumas relações entre saúde bucal e comportamento, descrever a contribuição da Psicologia para a identificação dos eventos da situação odontológica, a evolução da educação em Odontologia e algumas mudanças históricas que ocorreram no ensino de Psicologia em Odontologia. Dessa maneira, o presente trabalho pretende discutir essas questões designando-as amplamente como "circunscrevendo o campo".

1. Saúde geral e saúde bucal

Uma das contribuições da OMS (1960) foi conceituar *"saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade"*. Através dessa conceituação, a saúde seria um estado do organismo suscetível de gradações, podendo haver muitos estados intermediários entre a saúde ideal e o grau máximo de desequilíbrio. Assim, é possível ter mais ou menos saúde sem estar necessariamente doente. Essa concepção permite quantificar diferentes estados de equilíbrio do indivíduo com o meio em que vive. O conceito de saúde bucal decorre do conceito abrangente de saúde geral e serve para identificar objetivos parciais de programas de saúde, desde que não se perca de vista sua limitação. Na verdade, saúde é um estado geral do indivíduo que não se mantém como "saúdes parciais" de orgãos ou sistemas. A saúde bucal-um estado de harmonia, normalidade ou higidez

. Este texto é parte de uma conferência proferida durante o VII Encontro de Psicólogos da Área Hospitalar realizado em Brasília de 22 a 26 de agosto de 1997.

.. Professor Titular do Departamento de Odontologia Social. Área de Psicologia Aplicada – *FOPI* Unicamp.

da boca - só tem significado quando acompanhada, em certo grau, da saúde geral do indivíduo (Chaves, 1986).

As gradações no estado de saúde aparecem em decorrência de condições biológicas e comportamentais que permitem ao indivíduo se sentir bem, isto é, livre de dor e desconforto, ou sentir um corpo que foi positivamente reforçado (Skinner, 1988). Produzir bem-estar é atribuição das áreas de saúde e a Psicologia tem um papel específico quando subsidia programas que promovam o conhecimento e a aquisição de comportamentos de saúde. O que as pessoas fazem tem óbvias consequências sobre seu bem-estar físico e psicológico: o que comem, como cuidam dos dentes, os hábitos (cigarro, bebidas alcoólicas ou drogas), quais medicamentos consomem, de que maneira seguem as instruções profissionais. Comportamentos são, portanto, agentes que produzem níveis de saúde ou doença.

A concepção de que saúde é também um problema comportamental amplia as possibilidades de intervenção e compreensão do fenômeno, uma vez que solicita o conhecimento produzido por outras áreas não médicas. Comportamentos de saúde são importantes não só porque estão relacionados com a doença, mas porque podem se tornar hábitos. Os comportamentos de saúde desenvolvem-se inicialmente através de reforçamento específico, mas podem se tomar independentes desse processo quando passam a ser mantidos por eventos ambientais aos quais se associam (Taylor, 1986).

Os comportamentos de saúde podem depender ou não do acesso do indivíduo ao sistema de saúde. Por exemplo, realizar um exame de identificação da Aids ou tuberculose ou ainda receber vacinas para imunização de crianças são circunstâncias que requerem a ajuda de um profissional de saúde. Submeter-se a um tratamento odontológico depende também de um local acessível e de um profissional habilitado. Para outros comportamentos de saúde, entretanto, as pessoas podem não precisar da ajuda de um profissional, embora a busquem de maneira frequente. Assim é com a prática de exercícios, o controle da alimentação, a redução do consumo de álcool e a interrupção do hábito de fumar. Há alguns comportamentos, como a escovação dos dentes, recomendados pelos profissionais, que são realizados em casa e não necessitam de acesso a serviços. Finalmente as pessoas praticam alguns comportamentos de saúde, como utilizar cintos de segurança em automóveis, sem treino ou acesso ao sistema de saúde. Quaisquer sejam esses comportamentos, sua ocorrência produz efeitos importantes sobre o indivíduo que não são claramente percebidos

ou facilmente identificados (Taylor, 1986). Além disso, muitos comportamentos inadequados de saúde (comportamentos de risco) desenvolvem-se na infância e adolescência quando a maior parte das pessoas ainda são saudáveis. Fumar, beber, comer excessivamente gorduras e açúcares, não escovar os dentes, não procurar assistência odontológica aparentemente não têm efeito sobre a saúde. Os efeitos cumulativos demoram anos para aparecer e eventualmente não aparecem. As relações entre comportamentos de saúde e saúde são muito variáveis e em muitos casos necessitam de demonstração empírica clara. Há uma concepção de senso de demonstrar através dela a relação entre comportamento e saúde bucal, este texto se detém no exame dessa doença.

4. Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível, de origem bacteriana. Os microorganismos causadores da cárie formam colônias que aderem à superfície dentária através da placa bacteriana. Os microorganismos cariogênicos podem fermentar os açúcares que produzem ácidos com capacidade de desmineralizar o esmalte dentário (Gomes Pinto, 1992). Há uma relação de causa e efeito entre o consumo de açúcar e a cárie: os microorganismos presentes na cavidade bucal, especialmente o *Streptococus mutans*, transformam os hidratos de carbono da dieta em ácidos que provocam desmineralização do esmalte. Em um país como o Brasil, desde a época do descobrimento com notável economia açucareira, as camadas populacionais de baixa renda consomem grande quantidade de produtos à base de hidrato de carbono, fonte de energia mais acessível a seus salários do que os alimentos protéicos. A população rica também consome o açúcar por causa do costume e da tradição cultural. O doce associa-se a situações de prazer e alegria, serve para premiar comportamentos e eventualmente sua retirada atua como punição. O consumo frequente do açúcar aliado à higiene bucal insuficiente produz, além da cárie, dores seguidas das primeiras experiências de medo que funcionam como motivadoras de aproximações e fugas do tratamento odontológico.

As pessoas não nascem com medo do dentista: a associação de medo e Odontologia desenvolve-se ao longo do processo de socialização e das experiências de aprendizagem. Algumas decorrem do contato direto com o tratamento odontológico e outras são aprendidas indiretamente através de outras pessoas e dos meios de comunicação. O tratamento das cáries pode ser uma dessas situações de aprendizagem e representa um protótipo para se estudar

a aquisição do medo assim como para ensinar a profissionais as habilidades adequadas de relacionamento profissional-paciente.

As primeiras experiências de sofrimento e medo da criança aparecem com a cárie do bebê, uma doença bucal que atinge a dentição primária durante a primeira infância. A cárie do bebê *(nursing caries)* é uma forma específica de cárie especialmente virulenta por causa da rapidez em que as lesões se desenvolvem na presença de hábitos inadequados de sucção e alimentação. Nas sociedades ocidentais, a situação mais comum que expõe crianças a esse fator de risco é o uso da mamadeira, durante os períodos de sono diurno ou noturno, contendo leite, suco de frutas, achocolatados ou quaisquer outras soluções adoçadas (Ripa, 1988). Por essa razão, o termo cárie de mamadeira *(baby bottle tooth decay)* tem sido o mais usado nos meios acadêmico e clínico. Em pelo menos uma sociedade africana, permitir que a criança durma com o bico do peito da mãe na boca foi identificado como a forma predominante de exposição.

A cárie de mamadeira tem recebido pouca atenção dos profissionais da saúde, com exceção dos odontopediatras.

O declínio na incidência de cáries em crianças que vivem no mundo industrializado está bem documentado; entretanto os pesquisadores têm focalizado sua atenção em crianças em idade escolar e em dentes permanentes (Holm, 1990). A saúde bucal de pré-escolares, nos quais a cárie de mamadeira é evidente, tem sido amplamente ignorada. Em alguns países em desenvolvimento, os dentes primários não são considerados importantes por causa da falta de profissionais habilitados e a necessidade de priorizar as necessidades de tratamento. Parece que os dentes primários, porque provisórios, não recebem o mesmo tipo de atenção. A relativa inacessibilidade de crianças pré-escolares, em relação àquelas que estão na escola e por isso podem ser facilmente incluídas nos levantamentos de saúde bucal, é a razão prática que explica por que a saúde bucal de crianças pré-escolares não tem sido extensivamente estudada.

Para determinar um perfil da criança portadora de cárie de mamadeira, procurou-se suas características em diferentes situações *(settings)*, levando-se em conta variáveis comportamentais, nutricionais, familiares e socioeconômicas. A determinação de um perfil pode ser útil para identificar crianças de "alto risco", de tal maneira que medidas preventivas possam ser planejadas para aquelas que se ajustem a esse perfil. Nesse sentido, verificou-se que a grande maioria das crianças com cárie de mamadeira dormem com a mamadeira na boca ou permanece com ela até adormecer (Weinstein et al., 1992). Quando essas crianças são comparadas com outras não afetadas pela cárie de mamadeira, verifica-se que as crianças afetadas são desmamadas

mais tarde da mamadeira e estão mais sujeitas a problemas de saúde do que as crianças não afetadas pela cárie de mamadeira. Além disso, as crianças afetadas têm gênio mais forte, perturbam mais a babás e auxiliares do que as crianças não afetadas e têm mais problemas de sono (Marino et al., 1989). Em relação aos pais de crianças com cárie de mamadeira, verificou-se que têm menor nível educacional, são mais sujeitos à obesidade, são mais pessimistas em relação à própria saúde bucal e em geral desconhecem o potencial cariogênico dos líquidos açucarados quando oferecidos na mamadeira à noite para as crianças (Marino et al., 1989; Dilley et al., 1980). Tais pais, em geral, mas não necessariamente em todos os casos, pertencem a um nível socioeconômico mais baixo, cuidam sozinhos de seus filhos ou têm menos ajuda de outras pessoas para o cuidado de rotina da criança (Weinstein et al., 1992).

Essas características ainda estão abertas ao debate, uma vez que nem todos estudos as identificaram como variáveis significativas. Como visto, trata-se de estudos correlacionais que possibilitam a indagação sobre a natureza da causalidade entre tais características e a cárie de mamadeira. Em alguns casos, essas características podem ser conseqüências da dor que as crianças sofrem gerando daí comportamentos atípicos que podem desaparecer com o tratamento adequado. Johnsen (1982) verificou que 68% dos pais que entrevistou tinham tentado sem sucesso substituir o líquido cariogênico usado por água. Esse dado sugere algumas possibilidades: muitos pais têm dificuldade em dizer não a seus filhos, são superindulgentes, não conseguem exercer controle e negar a mamadeira noturna. Outros pais, incapazes de tolerar o estresse do choro da criança à noite, tomam uma decisão consciente. Preferem continuar dando a mamadeira à noite com o "alto risco" de cárie a terem a companhia de uma criança "feliz" e um clima doméstico calmo e silencioso.

Nesse caso, é necessário levar em conta algumas evidências preliminares que sugerem que o comportamento de crianças e de pais, que permitem o desenvolvimento de padrões de alimentação associados à cárie de mamadeira, estabelece um outro risco de cáries futuras nas dentições decídua e permanente depois que a criança pára de usar a mamadeira. Desse modo, a cárie de mamadeira é um fator de risco para outras cáries, outros tratamentos, outros desconfortos (Milnes, 1996).

A escovação dentária é a mais importante medida para impedir a cárie e a doença periodontal. As pessoas que escovam seus dentes frequentemente têm menos doenças de gengivas (bolsas periodontais) do que aquelas que o fazem ocasionalmente. A

escovação regular e frequente usando pasta fluoretada é recomendada para a prevenção da cárie dental.

Um levantamento extensivo sobre higiene bucal de adultos e escolares encontrou uma severa doença periodontal nos indivíduos que escovavam seus dentes menos do que uma vez ao dia. Por outro lado, encontrou-se pequena diferença na gravidade da doença entre aqueles que escovavam duas e três vezes ao dia. Não se sabe com certeza qual a frequência ideal de escovação, mas as pesquisas sugerem que duas vezes por dia é apropriado e parece haver pouco aumento do benefício quando se escova mais freqüentemente. Estudos controlados têm indicado que a instrução seguida de reforçamento pode ser útil para a aquisição de habilidades de escovação em crianças normais e deficientes (Horner e Keilitz, 1975; Moraes e Cesar, 1981), mas fornecer simplesmente instruções não é suficiente para motivar mudanças duradouras nos comportamentos de saúde bucal (Albino, 1978; Gil e Moraes, 1992). O comportamento de "seguir instruções" em outros ambientes precisa ser mantido por consequências planejadas para produzir padrões estáveis de comportamento. Além disso, o treinamento de escovação dentária deve ser associado a medidas de higiene bucal para avaliar a eficácia do comportamento em relação à eliminação ou redução da placa bacteriana. Se por um lado, tem-se demonstrado que até crianças bem pequenas podem adquirir habilidades de escovação, a manutenção e eficácia dessas habilidades requerem esforços adicionais que nem sempre o cirurgião-dentista está disposto a assumir. Não se pode ignorar que o comportamento de dentista é também controlado por contingências ambientais. Trabalhar com treinamento de hábitos de higiene bucal, assim como aprender a utilizar estratégias de manejo de comportamentos não-colaboradores, requer um tempo substancial para aprender e implementar. Em Odontologia, não se costuma aceitar que faça parte do papel profissional do dentista instalar comportamentos de saúde em seus pacientes apesar da importância que se dá às medidas preventivas para a saúde bucal. Consequentemente, solicita-se dos cientistas comportamentais a proposição de procedimentos que requeiram um tempo mínimo para preparar e aplicar. É interessante salientar que a diminuição nos índices de cárie observados recentemente nos países do Primeiro Mundo e mesmo no Brasil é atribuída exclusivamente à fluoretação da água de abastecimento público e das pastas de dentes, sendo que pouca importância é dada aos programas que investem na mudança de hábitos de higiene bucal e de conhecimento como fatores promotores de saúde bucal.

A escovação dentária parece ser influenciada por alguns aspectos do estilo de vida do indivíduo, como fumar, beber, comer, horários de dormir e acordar e ver televisão. A experiência clínica tem revelado que para a grande maioria dos adolescentes a razão mais importante para o cuidado com a boca é assegurar boa aparência pessoal; poucos estão interessados em manter os dentes saudáveis para assegurar saúde bucal. A escovação está firmemente associada à limpeza pessoal e ao aumento da freqüência de banhos, lavagem dos cabelos e outras práticas de higiene. As pessoas parecem escovar seus dentes mais por razões cosméticas do que pela saúde bucal. Em adolescentes, a freqüência da escovação parece aumentar com o aumento da auto-estima (Regis et al., 1994).

5. Características especificas da situação odontológica

Tradicionalmente, a pesquisa psicológica na área de Ciências Comportamentais tem se interessado em estudar os padrões de comportamento do paciente odontológico, especialmente crianças, que impedem ou dificultam a realização do tratamento odontológico. Essa pesquisa, de orientação teórica predominantemente cognitiva-comportamental, tem partido de três suposições:

1. O tratamento odontológico é uma situação produtora de medo e ansiedade para as crianças.

2. As crianças constituem um problema de manejo para o dentista.

3. As crianças devem ser preparadas para tolerar o tratamento odontológico como um evento que ocorre repetidamente ao longo de suas vidas.

Os esforços de pesquisa têm sido justificados com base em uma ou mais dessas suposições. Por essa razão, elas necessitam de uma maior explicitação.Os problemas com o manejo de pacientes representam uma das maiores dificuldades encontradas na clínica odontológica (Corah et al., 1985). Estes investigadores, em um *survey* realizado com dentistas, informam que 75% consideram a ansiedade do paciente a maior barreira, o que impede os pacientes de receberem cuidados odontológicos. Dados não muito recentes, mas aparentemente atuais, mostram que as estratégias para impedir e reduzir medos não têm sido ensinadas a dentistas nas escolas de Odontologia nem nos cursos de educação continuada (Milgrom, 1986), embora a literatura venha mostrando um crescente reconhecimento de cientistas comportamentais sobre a importância de estudos a

respeito do medo e fobia relacionados ao tratamento odontológico. Milgrom et al. (1988) realizaram, através do telefone e correio, um amplo levantamento na área da cidade de Seattle (EUA) para determinar a prevalência de medos odontológicos e os fatores a ele relacionados. Um total de 1 O 19 sujeitos completaram as entrevistas, sendo que 50% relataram "um certo medo" do dentista; 29,8 % "um pouco de medo"; 13,1 % "um medo razoável"; 4,3% "muito medo" e 3,0% "um medo terrível". A prevalência estimada de "alto medo" em Seattle durante o ano de 1986 foi de 204 pessoas para cada 1000 indivíduos da população. A proporção de indivíduos temerosos é consistente com intervalos mais longos entre visitas ao dentista, atrasos para marcar a consulta e cancelamentos freqüentes dos compromissos. Os procedimentos odontológicos mais temidos foram as injeções e os motores. De maneira consistente com outros achados dos próprios autores, os dados fortalecem a conclusão de que a maior parte dos "medos" é aprendida na infância e adolescência, embora alguns sujeitos tenham informado que começaram a ter medo na idade adulta. Moraes et al. (1994) examinaram a prevalência do "medo odontológico" em estudantes de 2ºgrau, na faixa etária de 15 a 20 anos, através de um instrumento denominado *Dental Fear Survey.* Participaram do estudo 480 alunos de uma escola militar, 302 alunos de uma escola pública e 263 de uma escola particular. Os resultados mostraram que 1,87% dos alunos da escola militar, 7,8% da escola particular e 13,6% da escola pública foram avaliados como indivíduos de "alto medo". Os estímulos mais fortemente produtores de medo foram a agulha anestésica e o motor. Cancelamentos, adiamentos e faltas relacionadas ao tratamento foram correlacionadas à presença de "alto medo".

Estudos voltados à etiologia do "medo odontológico" têm mostrado que são as experiências negativas no consultório odontológico que mais frequentemente levam ao medo e esquiva do tratamento. Em geral nessas experiências, ocorre dor intensa, uma situação alarmante inesperada ou uma relação interpessoal negativa com o dentista. Em qualquer caso, parece que se estabelece uma associação entre a Odontologia ou algum aspecto dela e experiências desagradáveis.

Muitas pessoas relatam medo do dentista mesmo na ausência de experiências odontológicas e interpessoais negativas. A pesquisa tem mostrado que muitas crianças temerosas têm pais igualmente temerosos. Ouvindo pais relatarem sobre seu desagrado em relação ao tratamento ou observando-os reagir com medo às suas experiências odontológicas; as crianças adquirem um certo tipo de informação assim como aprendem uma maneira de reagir

emocionalmente às situações odontológicas. Esse processo de aprendizagem vicariante de natureza emocional parece ser particularmente forte quando conhecemos ou gostamos da pessoa que estamos observando.

Outro veículo através do qual uma aprendizagem de medo pode ocorrer é a mídia escrita ou eletrônica. Imagens carregadas de conteúdo ameaçador são transmitidas pelos veículos de comunicação atingindo fortemente o indivíduo formando opiniões e reações emocionais não geradas pela experiência direta. O processo de aprendizagem via TV, jornais, rádio e computador precisa de uma fina identificação das variáveis e dos processos psicológicos e sociais envolvidos para que a extensão de seus efeitos sobre o indivíduo e o grupo social possa ser avaliada. Em relação à aprendizagem do medo do tratamento, a informação empírica indica que ela realmente ocorre, mas não oferece explicação consistente de como se desenvolve, exceto os trabalhos de natureza cognitiva da área de aprendizagem social.

Diversas intervenções comportamentais destinadas a reduzir o estresse das crianças durante o tratamento odontológico têm sido investigadas. Essas intervenções têm procurado reduzir os comportamentos ansiosos e "disruptivos" e ao mesmo tempo ensinar crianças a se adaptarem às situações odontológicas. Siegel e Peterson (1980) investigaram o papel da infonnação; Klingman et al., 1984 e Williams et al., 1983 estudaram a função de modelos filmados e "ao vivo"; Allen et al., 1988 e Allen e Stokes, 1987 estudaram o reforçamento de comportamentos apropriados; Stark et al., 1989 investigaram a eficácia da distração para reduzir comportamentos ansiosos e "disruptivos"e Allen et al. avaliaram a eficácia da fuga contingente a colaboração para manejar o comportamento da criança durante o tratamento odontológico restaurador.

De uma maneira geral, os resultados obtidos revelam uma tendência decrescente dos comportamentos disruptivos das crianças que participaram dos estudos. No entanto, nenhum procedimento utilizado revelou uma grande e estável mudança nos padrões de comportamento das crianças. Trata-se uma condição de investigação em que ocorrem outros fatores que competem com a condição experimental investigada. Um deles é o reforçamento negativo da não-colaboração sempre presente na situação de tratamento odontológico. Também não se pode desconsiderar os diferentes estilos de interação que os dentistas estabelecem com seus pacientes assim como as grandes variações na intensidade da "resistência" que as crianças apresentam na situação. Os estudos sobre as histórias de aprendizagem de condutas em tratamentos de saúde podem lançar

alguma luz para a compreensão de como medos e ansiedades são adquiridos e se desenvolvem.

A adequação das habilidades de manejo do comportamento de odontopediatras tem se tornado cada vez mais um tópico de intenso debate. Um *survey* realizado com odontopediatras revelou que 60% deles expressaram preocupação e interesse com os aspectos éticos e legais relacionados com o uso de procedimentos invasivos como restrição física, sedação e *hand-over-mouth*. Encontrou-se também que quase 25% das crianças apresentam problemas de manejo moderados ou severos e que os profissionais solicitam alternativas de manejo que sejam seguras e que guardem uma relação custo-benefício apropriada para a situação de tratamento odontológico (American Academy of Pediatric Dentistry, 1988). Apesar da necessidade de técnicas alternativas de manejo, os dentistas de maneira geral têm sido muito reticentes (e lentos) em aceitar procedimentos de manejo que requerem grande investimento de tempo para aprender, preparar e implementar.

6. Alguns aspectos históricos

Não é difícil vislumbrar três dimensões distintas e superpostas na evolução da educação odontológica (Dworkin, 1981). O foco da primeira dimensão foi uma educação odontológica baseada no desenvolvimento de instrumentos e técnicas de intervenção sobre a boca que produzissem rápido alívio da dor. O dentista era um artesão, com habilidades para extrair dentes e exercer outras atividades profissionais. As dificuldades técnicas do trabalho e a necessidade identificada de "consertar e substituir dentes" em vez de simplesmente extraí-los, determinou a criação de inúmeras estratégias e instrumentos cirúrgicos e restauradores que produziram sensível desenvolvimento tecnológico da área. Essa dimensão é um movimento constante que leva a uma necessidade, por vezes artificial, de o profissio-nal atualizar seus conhecimentos de modo permanente, uma vez que as técnicas mudam e o profissional que não acompanha as mudanças é visto como conservador e antiquado por seus pares da comunidade profissional.

A segunda dimensão da educação odontológica pode ser designada como biológica. Verificou-se que o ensino odontológico não estaria completo se não incluísse o estudo da anatomia, fisiologia, patologia etc. Nesse momento, reconheceu-se que dentes e tecidos de sustentação relacionavam-se com a fisiologia e a patofisiologia do organismo inteiro. A Odontologia passou a ser compreendida como uma parte da Biologia, sendo assim mais do que uma técnica ou um serviço, mas uma área integrada ao conhecimento científico.

A terceira dimensão da educação odontológica pode ser chamada de psicossocial, na medida em que reconhece que o dentista deve ser capaz de cuidar da pessoa como um todo. A atuação do cirurgião dentista passou a ser caracterizada por uma preocupação com o indivíduo como sendo um organismo no qual a boca é uma das partes. O estudante de Odontologia deve ser ensinado que, independentemente de qual seja sua especialidade, os pacientes são seres humanos e não objetos sobre os quais ele deve demonstrar suas habilidades. É necessário que o estudante não pense em termos de órgãos ou sistemas de órgãos, mas no organismo inteiro que reage a um ambiente físico e social em contínuo processo de mudança. A concepção de uma personalidade viva precisa ser dada aos estudantes ao mesmo tempo em que estudam os aspectos anatômicos e fisiológicos do corpo humano. É exatamente nesse momento que se criam as possibilidades reais de inserção das Ciências Comportamentais em Odontologia e certamente em outras áreas de saúde. Todavia, essa concepção nem sempre é vista como desejável e indicadora de amadurecimento da área. A emergência das Ciências Comportamentais como uma pressão sobre a educação odontológica tem produzido reações contrárias em alguns núcleos da Odontologia. Aqueles que aderem a essa postura reacionária argumentam que as mudanças representam uma diluição indesejável da tarefa mais importante do ensino de Odontologia que é treinar alunos a resolver problemas buco-dentais. Afinal, argumenta-se *"o que o dentista deve fazer é tratar os dentes de seus pacientes"*.

7. O ensino de Ciências Comportamentais em Odontologia

O ensino de Ciências Comportamentais em Odontologia iniciou-se a partir de preocupações bem práticas. Era necessário saber controlar a dor e o medo do paciente porque esses eventos interferiam na realização do tratamento odontológico. Esse ensino fazia-se através da apresentação de exemplos extraídos da vivência clínica do professor ou por meio da persuasão, do carisma e da autoridade. Não havia nenhuma preocupação com objetivos educacionais e muito menos com uma análise comportamental da interação profissional-paciente no contexto da situação odontológica.

Os primeiros passos do ensino de Ciências Comportamentais foram dados mais ou menos dessa maneira e assim parecem continuar em diversas escolas de Odontologia. Mais recentemente, entretanto, a pesquisa na área tem tido um grande desenvolvimento, embora em muitas escolas ainda se veja a Psicologia como um

conjunto de estratégias destinadas à solução imediatista de problemas comportamentais que pacientes odontológicos, principalmente crianças, apresentam no consultório.

Não é possível afirmar quando exatamente começaram a ocorrer as primeiras aulas formais de Ciências Comportamentais no curriculum odontológico. No entanto, sabe-se que nos Estados Unidos, na década de 30, algumas escolas ofereciam aos alunos de graduação conferências usualmente proferidas por psiquiatras, sobre aspectos psicanalíticos relacionados à cavidade bucal. De acordo com essa perspectiva, as palestras abordavam temas como manifestações emocionais que utilizavam a boca como órgão de expressão, significados inconscientes dos medos e fobias do dentista, ansiedade de castração, relação transferenciai etc.

Nos anos 40, alguns dentistas interessados no atendimento de crianças e que ainda não se denominavam especificamente odontopediatras começaram a desenvolver algumas formas para o manejo do comportamento do paciente infantil a partir da suas habilidades pessoais e experiências clínicas. Nessas circunstâncias, o próprio dentista ensinava aos seus alunos como controlar o comportamento da criança durante o tratamento odontológico. Esse tipo de ensino prático era complementado por algumas aulas expositivas (Dworkin, 1981).

As primeiras abordagens de manejo do comportamento da criança utilizavam estratégias positivas amplamente designadas como "Contar, Mostrar e Fazer", acrescentando como aspecto adicional o reforçamento positivo dos comportamentos que representavam o seguimento do "treino instrucional e imitativo". Esses termos não se referiam a procedimentos teoricamente definidos e a noção de reforçamento igualava-se à definição de recompensa.

Outros profissionais defendiam o condicionamento aversivo ou punição como formas de conter e disciplinar a criança até que ela se tornasse obediente às instruções do dentista. De maneira semelhante, a terminologia adotada tinha uma relação muito distante dos princípios comportamentais experimentalmente estudados. A contenção física da criança é uma estratégia coerente com esse raciocínio. Outra estratégia, mais recente, designada como HOME *(hand over mouth exercise)*, consiste em colocar firmemente a mão sobre a boca da criança quando suas manifestações de birra e rebeldia não permitem a realização do tratamento nem a comunicação entre o profissional e a criança. Em síntese, o condicionamento aversivo implica estabelecer condições nas quais só é possível a ocorrência de uma resposta: obedecer às instruções do dentista.

Bibliografia

ALBINO, J. E.; JULIANO, D. B. & SLAKTER, M. 1. (1977). Effects of an instructional-motivational program on plaque and gingivitis in adolescents. *Journal ofPublic Health Dentistry.* 37: 281-89.

ALLEN, K.D. & STOKES, T F. (1987). Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis.* 20: 381-90.

_LOIBEN, T; ALLEN, S. J. & STANLEY, R. T (1992). Dentist-implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis.* 25: 629-36.

_STARK, L. J.; RIGNEY, B.; NASH, D. A. & STOKES, TF. (1988). Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative treatment. *Journal ofDentistry for Children.* 55: 273-77.

American Academy of Pediatric Dentistry (1988). Behavior Management for the pediatric dental patient: Conference and workshop, Chicago: Publications Dept. Organização Mundial da Saúde. Reunião de um grupo de consultores - Crônica da OMS, 1955.

CHAVES, M. (1986). *Odontologia Social.* S. Paulo: Artes Médicas.

CORAH, N. H.; O'SHEA, R. W. & AYER, W. A. (1985). Dentist's management of patient's fear and anxiety. *Journal of the American Dental Association.* 110: 734-36.

DILLEY, G. J.; DILLEY, D. H. & MACHEN, J. B. (1980). Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. *Journal ofDentistryfor Children.* 47: 102-8.

DiMATTEO, M. R. & DiNICOLA, D. D. (1982). Achieving Patient Compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press.

DWORKIN, S. F. (1981). Behavioral Sciences in Dental Education: past, present and future. *Journal of Dental Education.* 45. 692-698.

GIL, I. A. & MORAES, A. B. A. (1992). Treinamento de escovação dentária em crianças: uma análise de relatos de pesquisa. *Revista Gaúcha de Odontologia.* 40: 401-04.

GOMES PINTO, V. (1992). *Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva.* S. Paulo, Santos.

HOLM A-K. (1990). Caries in the pre-school child: intemational trends. *Journal ofDentistr.* 18: 291-5.

HORNER, R. D. & KEILITZ, I. (1975). Training mentally retarded adolescents to brush their teeth. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 8: 301-9.

JOHNSEN, D. C. (1982). Characteristics and backgrounds of children with nursing caries. *Pediatric Dentistry.* 4: 218-24.

KLINGMAN, A : MELAMED, B. G.: CUTHBERT, M & HERMECZ, D. A. (1984). Effects of participant modeling on information acquisition and skill utilization. *Joumal oi Counsulting and Clinical Psychology.* 52: 414-22.

MARINO, R.; BOMZE, K.; SCHOOL, T. O. & ANHALT, H. (1989). Nursing Caries: characteristics of children at risk. *Clinical Paedriatrics.* 28: 129-31.

MILGROM, P. (1986). Increasing access to measures for prevention and treatment of dental anxiety, fear and phobia: perspectives from a dental school-based fear clinic. *Anesthesia Progresso* 33: 62-4.

_ (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major U .S. City. *Joumal oi the American Dental Association.* 116: 641-7.

MILGROM, P.; TAYK-K & COSTA, S. M. (1994). Prevalence of dental fear in braziiian high school students. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 22: 114-5.

MILNES A. R. (1996). Description and Epidemiology of Nursing Caries. *Journal oi Public Health Dentistry. 56:* 38-50.

MORAES, A. B. A. & CESAR, I. (1981). Um programa de treinamento de escovação dentária em crianças. *Ars Curandi Odontologia.* 8: 108-18.

Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, Iª ed. Genebra, 1960.

REGIS, D.; MACGREGOR, I. D. M. & BALDING, J. W. (1994). Differencial prediction ofhealth behaviour by self- esteem and locus of control in young adolescents. *Journal of Clinical Periodontology.* 21: 7-12.

RIPA L.W.(1988). Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatric Dentistry.I* O: 268-282.

SIEGEL, L. I. & PETERSON, L. (1981). Maintenance effects of coping skills and sensory information on young children's response to repeated dental procedures. *Behavior Modification.* 12: 530-35.

SKINNER, B. F. (1988). The operant side ofbehavior therapy *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 3: 171-179.

STARK, L. J.; ALLEN, K. D.; HURST, M.; NASH, D. A.; RIGNEY, B. & STOKES, T. F. (1989). Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment, *Journal of Applied Behavior Analysis. 3:297-307.*

TAYLOR, S. (1986). *Health Psychology.* New York: Random House.

WEINSTEIN, P; DOMOTO, P; WOHLERS, K. & KODAY, M. (1992). Mexican-

American parents with children at rik for baby bottle tooth decay: a pilot study at amigrant farm-worker's clinic. *Journal of Dentistry for Children*. 59: 376-83.

WILLIAMS, J. A.; HURST, M. K. & STOKES, T. F. (1983) Peer observation in decreasing uncooperative behavior in young dental patients. *Behavior Modification*. 7: 225-42.

ZANNON, C. M. L. C. (1997) Psicologia Aplicada à Pedia-tria: Questões Metodológicas Atuais. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospita-lar. Brasília, 22 a 26 de agosto.

INDEX BOOKS GROUPS

Capítulo 6

Medicina comportamental para crianças e adolescentes com constipação intestinal crônica

Dayse Maria Borges Keiralla[1]
Elizete Aparecida Lomazi da Costa Pinto[1]

A constipação intestinal representa cerca de 3% dos atendimentos nos ambulatórios gerais de pediatria (Taitz, Water, Urwin e Molnar; 1986). É definida por uma frequência de evacuação inferior a três vezes por semana, presença de dificuldade na evacuação e evacuação dolorosa de fezes ressecadas (Loening-Baucke, 1993).

A constipação intestinal pode ter causas orgânicas bem definidas, como más-formações anorretais, aganglionose congênita, causas neurogênicas, endócrinas ou, ainda, uso prolongado de algumas drogas. No entanto, a grande maioria dos casos de constipação intestinal crônica permanece sem causa definida. A razão dessa indefinição decorre do pequeno número de estudos em pacientes pediátricos e da não-disponibilidade de recursos técnicos de apoio diagnóstico, particularmente nos países não desenvolvidos.

A constipação de causa não-orgânica tem sido chamada de constipação funcional. Sua etiologia pode envolver fatores constitucionais ou ambientais. Trânsito colônico lento (Stern et al., 1995; Benninga et al., 1996) e alterações na dinâmica evacuatória (Fitzgerald, 1987) têm sido diagnosticados num percentual de pacientes com constipação funcional, por meio de estudo radiológico

1. Professora Assistente Doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Psicóloga. Responsável pela Especialidade de Psicologia Pediátrica.
2 Professora Assistente Doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Gastroenterologia.

do tempo de trânsito colônico, defecograma, eletromiografiada musculatura pélvica, ultrassonografia anorretal, manometria intestinal e anorretal (Benningaet al., 1994).

Fatores dietéticos também são apontados como associados à constipação funcional. A quantidade de fibras alimentares com capacidade de adsorção de água é um importante fator associado à constipação. A ingestão diária de 20 a 40 gramas dessas fibras é fundamental no tratamento da constipação intestinal funcional (Loening-Baucke, 1993).

Na maioria das vezes, a constipação é um problema de curta duração, associado a mudanças de hábitos alimentares ou doenças infecciosas breves. Contudo, constipação crônica pode ocorrer quando há um problema funcional ou quando a condução clínica é inadequada. Retenção fecal prolongada pode resultar em dilatação do reto, sigmóide e outros segmentos intestinais distais. A dilatação do reto diminui a sensação de repleção retal e a premência para defecação pode, gradualmente, diminuir (Benninga et al., 1996).

Em associação, na retenção fecal prolongada com dilatação do reto, os músculos estriados que compõem o canal anal, músculo puborretal e o esfíncter externo do ânus sofrem um processo de fadiga funcional, o que determina o encurtamento da zona de alta pressão (parte do canal anal que responde pela continência fecal) (Roy, Silverman e Alagille, 1995). Esse fator, associado à diminuição da sensibilidade para a presença de fezes no reto, pode permitir a perda involuntária e constante de fezes líquidas e muco proveniente das porções mais externas do fecaloma. Essa complicação da constipação crônica é chamada de *soiling*.

A constipação crônica também pode cursar com eliminação inadvertida de quantidades maiores de fezes, fato que simula uma evacuação completa, pode associar-se à mesma debilidade esfincteriana citada acima e não caracteriza a encoprese. Encoprese é a defecação em locais não aceitos socialmente como adequados, na ausência de doença anatômica e de constipação (Nolan, Debelle, Oberklaid e Coffey, 1991; Steege e Harper, 1995). Encoprese é uma entidade nosológica distinta da constipação que ocorre em crianças com freqüência normal de evacuações, ausência de massa fecal no reto e com exames laboratoriais normais (Benninga et al., 1994).

O aspecto psicogênico como um fator associado à etiologia da constipação foi proposto por Garrad e Richmond (1952) e pode ser definido como o círculo vicioso do medo. A retenção fecal voluntária passa a causar dor e desconforto na eliminação que resulta

em formação de fecaloma, determinando mais retenção e complicando-se com o *soiling*.

Os problemas psicológicos são encontrados em 20% das crianças com constipação crônica. Em geral, são secundários à própria constipação (Abrahamian e Lloy-Still, 1984) decorrendo das consequências sociais da constipação e/ou do *soiling,* relacionados aos estilos individuais nas respostas de evacuação e maneiras de lidar com a situação. Além disso, as tensões familiares geradas pelo problema podem ocasionar sentimentos de insegurança e inferioridade que conduzem à baixa auto-estima em crianças e adolescentes (Owens-Stively, 1987; Landman, Rappaport, Fenton e Levine, 1986; Young, Brennen, Baker e Baker, 1995).

O encaminhamento para tratamento psicológico deve ocorrer nos casos em que são evidentes os efeitos secundários à constipação e/ou *soiling* ou às suas complicações. Um ritmo biológico diferenciado cria as condições para o comportamento inadequado de evacuar aparecer e ser mantido por esquiva e condicionamento.

Como abordagem psicológica da constipação intestinal, com ou sem *soiling,* tem sido utilizada a Medicina Comportamental (Stark et al., 1990; Benninga et al., 1994; Steege e Harper, 1995; Young, Brennen, BakereBaker, 1995; Loening-Baucke, 1995).

Por sua vez, esta abordagem deve ser dividida em quatro fases: educação, desempactação, prevenção da reacumulação das fezes na ampola renal e recondicionamento a um hábito intestinal regular (Nolan, Debelle, Oberklaid, Coffey, 1991; Fitzgerald, 1987; Partin, Hamil, Fischel e Partin, 1992).

Stark et al. (1990) num período de seis meses, acompanharam 18 crianças, entre 4 e 11 anos, com constipação e *soiling* em um tratamento comportamental em grupo e verificaram um aumento em 40% do consumo de fibras; em 16% do uso apropriado do banheiro e em 84% a diminuição dos acidentes de *soiling.*

Steege & Harper (1995) utilizaram com uma criança hospitalizadacom *soiling* prática positiva, reforço positivo pela evacuação no vaso,sanitário; leite de magnésia e dieta rica em fibras como operação motivacional; evacuações livres e contagem das trocas de roupas como feedback e concluíram que a colaboração dos pais e dos auxiliares hospitalares aceleraram o sucesso do tratamento. Discutir a assertividade para o tratamento, garantir a colaboração dos familiares e do cliente garante a motivação e parte do tratamento.

Outras técnicas, como terapia verbal, biofeedback, também têm sido usadas no tratamento de constipação (Benninga, Boller,

Heymans, Tytgat e Taminiau, 1994; Steege e Harper, 1995; Loening-Baucke, 1995 e Young, Brennen, Bakere Baker, 1995).

Dieta com alto teor de fibras tem sido sugerida por autores como tendo importância fundamental no tratamento da constipação intestinal, com ou sem *soiling* (Loening-Baucke, 1993; Stark et al., 1990; Steege e Harper, 1995; Young, Brennen, Baker e Baker, 1995).

Visando as quatro fases da Medicina Comportamental na abordagem psicológica para as crianças com constipação intestinal crônica, encaminhadas pela gastroenterologia pediátrica, foi proposta uma orientação nos seguintes termos:

1) orientação para as famílias sobre a importância da dieta rica em fibras e uma lista de alimentos considerados como de trânsito intestinal mais rápido com o objetivo de mudança na consistência das fezes aumentando a probabilidade de evacuações regulares.

2) treino discriminativo sobre as sensações corporais, como a presença de cólicas ou gases, que indicavam a necessidade de ir ao banheiro para evacuar.

3) utilização de uma ficha de observação para registro dos dias e horários em que ocorriam evacuações ou acidentes de *soiling*. .

4) orientação para as mães para elogiar as crianças quando estas registravam as evacuações em acidentes.

5) incentivar a participação e cooperação ativa dos sujeitos auxiliando o tratamento.

O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados do Programa de Medicina Comportamental para Adolescentes e Crianças com Constipação Intestinal Crônica.

1. Metodologia

1.1. Sujeitos

Foram sujeitos deste trabalho adolescentes e crianças, com idades entre 1 e 15 anos, encaminhados pela especialidade de Gastroenterologia Pediátrica com queixa de constipação intestinal crônica, alguns apresentavam também *soiling*. Na especialidade de Psicologia Pediátrica do Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, foram submetidos ao Programa de Medicina Comportamental para Adolescentes e Crianças com Constipação Intestinal Crônica - MECAC-CIC.

1.2. Procedimento

Um conjunto de procedimentos de Medicina Comportamental baseados no:

a) **treino discriminativo** de antecedentes da resposta de evacuar, como cólicas, gases, como um sinal para se dirigir ao banheiro e se preparar para evacuar.

b) **diferenciação da resposta** - aguardar que a evacuação se compiete no banheiro e após realizar a toalete.

c) **registro continuo do comportamento de evacuar,** assim como dos acidentes de *soiling.*

d) **motivação** para a dieta rica em fibras.

e) **reforçadores** sociais oferecidos pelas mães e o feedback pelo registro de freqüência.

1.3. Contrato de compromisso

O procedimento foi Iniciado com uma primeira entrevista com a mãe e/ou pai para delineamento da queixa (constipação intestinal e/ou *soiling)* e a concordância em participar do Programa. Com essa entrevista, foi, também, inquirida toda a história de vida da criança na família com ênfase na aprendizagem do controle do esfíncter e as contingências do comportamento inadequado. Na segunda metade da entrevista, a criança participava do contrato de compromisso, comprometendo-se em seguir as orientações propostas pela psicóloga.

2. Resultados e discussão

Cento e trinta e seis sujeitos foram encaminhados, sendo 34 (25%) do sexo feminino e 102 (75%) do masculino, cujas idades variaram entre 1 a 15 anos. Desses sujeitos, 15 (11,03%) não quiseram executar o programa e 25 (18,38%) desistiram após a segunda entrevista, totalizando 40 (29,41 %) desistências.

Dos 96 restantes, após o terceiro mês, 14 (14,58%) participantes já haviam eliminado os acidentes e conseguiram regularidade no hábito intestinal e uso do banheiro (Stark et al., 1990). Do quarto mês ao décimo quarto mês, o número de sujeitos que haviam atingido a regularidade intestipal e uso adequado do banheiro foi de 73 (76,04%), como se vê na tabela abaixo:

Nos seis primeiros meses de execução do programa, pouco mais da metade dos sujeitos (51 - 53,13%) não apresentavam mais

Mês	Sujeitos que concluíram o programa	Frequência acumulada	Porcentagem
4	19	19	19,79
5	13	32	13.54
6	5	37	5.21
7	8	45	8,53
8	6	51	6.25
9	4	55	1.17
10	5	60	5.21
11	4	64	1,17
12	4	68	1.17
13	4	72	1,17
14	1	73*	1,04

acidentes, sendo que outros 31 (32,29%) concluíram-no no primeiro ano, totalizando 82 (85,41) sujeitos. Treze sujeitos (13,54%) concluíram o programa entre o 1311 e o 2411 meses.

Somente um (1,04%) sujeito freqüentou o Hospital por 40 meses sem, contudo, realizar o programa com consistência. Dos 82 (85,41 %) pacientes que executaram o programa num período de 12 meses, 19 (19,80%) realizaram o follow-up de 90 dias sem remissão do problema. Os outros 73 (76,04) não o realizaram, provavelmente porque já haviam conseguido con-trolar seu organismo. E três (3,13%) deles reiniciaram o treinamento após o seguimento, pois houve remissão do comportamento inadequado de evacuar.

Todos que executaram o programa relataram que o registro se tomou estimulante, principalmente para as crianças, além de fornecer uma retroalimentação do desempenho adequado para todos os sujeitos (Steege e Harper, 1995). O uso de uma dieta com fibras aumentou a freqüência das evacuações e diminuiu os acidentes segundo os registros dos pacientes, o que se observa, também, em outros estudos (Young, Brennen, Baker e Baker, 1995; Loening-Baucke, 1993; Loening-Baucke,1995; Steege e Harper, 1995 e Stark et al., 1990).

Os sujeitos que demoraram mais de 12 meses para regularizar o comportamento de evacuar relataram não realizar com regularidade nem o programa nem as orientações médicas em relação às dietas ou outros procedimentos anticonstipantes. Os adolescentes

encararam seu desempenho nas respostas de eliminação como negativo e favorável à punição dos familiares, não entendendo o moti vo da desorganização de seu organismo. Foram reticentes e se mostraram receosos em relatar as dificuldades no controle de seu comportamento (Owens-Stively, 1987; Landman, Rappaport, Fenton e Levine, 1986 e Young, Brennen, Baker e Baker, 1995).

Já para os pais, o comportamento dos filhos não era encarado como possível de ser auxiliado e motivado de uma forma apropriada; eles simplesmente usavam punições, humilha-ções e não conseguiam, também, entender porque este problema estava ocorrendo (Young, Brennen, Baker e Baker, 1995).

É provável que a orientação médica e o apoio a esta que o programa fornecia tenha contribuído para a melhor compreensão dos motivos do funcionamento inadequado dos organismos dos pacientes, além de fornecer estratégias para modificar esta condição (Steege e Harper, 1995 e Stark et al., 1990).

Não houve uma investigação sobre o porquê de os 40 pacientes não desejarem executar o programa.

Para o conhecimento do perfil psicológico destes pacien-tes e seus familiares, seria conveniente a realização de trabalhos dirigidos às características psicológicas peculiares de crianças, adolescentes e seus familiares com problemas de inadequação nos comportamentos de eliminação fecal.

Bibliografia

ABRAHAMIAN, F. P. & LLOYD-STILL, 1. P. (1984). Chronic constipation in children: a longitudinal study of 186 patients. *1. Pediatric Gastroenterol Nutr,* 3:400-467.

BENNINGA, M. A; BÜLLER, H.A; HEYMANS, H. S. A; TYTGAT, G. N. J. & TAMINIAU, J. A J. M. (1994). Is encopresis always the result of constipation? *Archives of Disease in Childhoold.* 71: 186-193.

BENNINGA, M.A; BÜLLER, H. A; TYTGAT, G. N. J.; AKKERMANS, L. M. A.; BOSSUYT, P. M. & TAMINIAU, J. A J. M. (1996). Colonic transit time in constipated children: does pediatric slow-transit constipation exist? *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* 23: 241-251, 1996.

CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Org. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DMS-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtor-nos mentais. Trad. Dayse Batista - 411 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FITZGERALD,1. F. (1987). Constipation in children. *Pediatr.* Rev. 8:299-302.

GARRAD, D. N. & RICHMOND, J. B. (1952). Psychogenic megacolon manifest by fecal soiling, *Pediatrics*. 10:474-483.

LANDMAN, G.B.; RAPPAPORT, L.; FENTON, T. & LEVINE, M. D. (1986). Locus of control and self esteem in children with encopresis. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 9: 129-133.

LOENING-BAUCKE, V. (1993). Chronic constipation in children. *Gastroenterology*. 105: 1557-1564.

_ (1995). Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood long-term outcome. *Pediatrics*. *96* (1 Pt 1):105-110.

MARCONDES, E. (1975). Obstipation inte~tinal crônica. In *Pediatria Básica*. SP, Atheneu, 260-262

_ (1991). *Pediatria Básica*. 811 ed. Sarvier. p. 820.

MARTINS,1. L. (1981). Megacolon congênito no recém-nascido diagnóstico e tratamento. *Pediatria Moderna*. 3:123- 128.

NOLAN, T.; DEBELLE, G.; OBERKLALD, F. & COFFEY, C. (1991). Randomized trial of laxatives in treatment of childhood encopresis. *Lancet*, 31 .338(8766): 523-527.

PARTIN, J. c.; HAMILL, S. K; FISHEL, J. E.; & PARTIN, 1.S. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics*. 89:1007-1009.1992.

STARK, L. J.; OWENS-STIVELY, 1.; SPRITO, A.; & LEWIS A. (1990). Group Behavioral treatment of encopresis. J. *Pediatric Psychol*. 15(5): 659-661.

STEEGE, M. W. & HARPER, D. C. (1989). Enhancing the management of secondary encopresis by assessing acceptability of treatment. A case study. J. *of Behavior. Therapy & Experimental*. 20(4): 333-341.

STERN, H.P.; STRON, S.E.; FLEDOREK, S. c.; KELLEHER, K; MELLOW, M. W.; POPE, S.K & RAYFORD, P. L. (1995). Increased plasma levels of pancreatic polypeptide and decreased plasma levels of motilin in encopretic children. *Pediatrics*. 96: 111-117.

TAITZ, L. S.; WATER, 1. K H.; URWIN, O. M. & MOLNAR, D. (1986). Factors associated with outcome in management of defecation disorders. *Arch. Dis. Children*. 61: 472-477.

YOUNG, M. H.; BRENNEN, L.; BAKER, R. D. & BAKER, S. S. (1995). Functional encopresis. Symptom reduction and behavioral improvement. J. *Dev. Behav. Pediatr.* 16(4): 226-232.

Anexo 1
Fibras de cada alimento

Em média, as pessoas devem comer de 20 a 30 g de fibras por dia.

Cota de cada 100 g de alimento:

Cereais	
Farelo de trigo	44,0
Farelo de aveia	26,4
Milho de pipoca est.	16,5
Aveia, grão int. cru	14,0
Far. de trigo int.	9,6
Pão integral	8,5
Arroz integral cru	7,2
Pão preto	5,1
Milho verde cozido	4,7
Far. de trigo ref.	3,0
Pão branco	2,7
Arroz integral cozido	2,4
Arroz polido cozido	0,8

Legumes e verduras	
Feijão cozido	7,4
Espinafre cozido	6,3
Ervilhas cozidas	5,2
Lentilhas cozidas	3,7
Cenoura cozida	3,0
Cenoura crua	2,9
Brócolis cozidos	2,9
Batata assada(casca)	2,5
Batata cozida	2,0
Repolho cozido	1,8
Couve-flor cozida	1,8
Alface	1,5

Oleaginosas	
Amêndoa	14,3
Coco	13,6
Castanha-do-pará	9,0
Amendoim	8,1

Frutas	
Amora	7,3
Uva passa	6,8
Banana	3,4
Pera	3,3
Morango	2,2
Maçã	2,0
Laranja	2,0
Tomate	1,5
Abacaxi	1,2

Jornal da Associação Americana de Dietética, vol. 86(6), 1986.

Anexo 2

Nome:

Ficha de registro
Data:

Data:

Capítulo 7

Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais[1]

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki[2]
Vera Lucia Adami Raposo do Amaral[3]
J.B. Salomão[2]

Com a evolução da Ciência, grandes avanços foram feitos no sentido de prevenir e tratar doenças que anteriormente levariam à morte prematura. Sobreviver à doença, entretanto, nem sempre significa cura, e muitas crianças deverão passar a vida como portadoras de uma doença crônica.

O caráter crônico de uma doença está associado ao período que interfere com as atividades de vida diária, muitas vezes mais do que três meses em um ano e períodos de hospitalização, em muitos casos mais do que um mês em um ano (Pless & Pinkerton, apud Wallander & Thompson, 1995).

O diagnóstico da doença pode ser realizado quando a criança nasce ou em qualquer período de vida até a idade adulta, e implica, quase que invariavelmente, a impossibilidade de cura. O tratamento visa então diminuir a frequência e intensidade dos sintomas e reduzir os períodos de exacerbação.

1 Este capítulo é baseado em parte da dissertação de mestrado da primeira autora, orientada pela segunda autora, apresentada à PUCCamp e parcialmente subsidiada pelo CNPq.

2 Faculdade de Medicina de S.J. Rio Preto, S.P.

3 Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCamp e SOBRA PAR, Campinas, S.P.

O impacto que problemas crônicos de saúde da criança podem ter no repertório geral de pacientes e seus familiares, bem como a forma como seus comportamentos inapropriados podem alterar o curso da doença na criança, tem sido alvo de inúmeras pesquisas. A asma, uma das doenças crônicas mais comuns na infância e adolescência, será aqui discutida sob o enfoque destas relações.

Para compreender melhor as questões comportamentais associadas à asma, e auxiliar o paciente no seu manejo, é preciso conhecer características médicas ou biológicas da doença.

1. Asma na infância: aspectos médicos

Uma das doenças crônicas mais comuns da infância e adolescência, a asma está associada a altos índices de absenteísmo escolar e atendimento em serviços de emergência pediátrica. A prevalência da doença parece ser semelhante em diversos países e, no Brasil, atinge de 3 a 9% da população infantil em idade escolar, principalmente o sexo masculino (Carneiro-Sampaio, 1987; Creer & Bender, 1995; Jones, 1990).

Não existe consenso em relação a uma definição exata da doença, mas as diferentes definições incluem três aspectos fundamentais: limitação do fluxo aéreo, reversibilidade espontânea ou terapêutica completa ou parcial dessa condição e hiperreatividade brônquica diante de diversos estímulos. Uma crise pode ser desencadeada por fatores como infecções respiratórias, alérgenos, fatores irritantes, exercício físico e alterações emocionais. O quadro clínico da asma inclui uma tríade, composta por dispnéia, sibilos e tosse, problemas estes que decorrem do estreitamento dos condutos aéreos de pequeno calibre e variam em termos de gravidade. A gravidade está associada à frequência, intensidade e duração das crises, bem como à presença (ou não) de sintomas nos períodos intercríticos. Quanto mais grave a doença maior a interferência sobre o repertório global adaptativo da criança (Carneiro-Sampaio, 1987; Creer & Bender, 1995; Émerson, Correa & Romano, 1995; Plaut, 1995; Rosario Filho, 1991). Em termos etiológicos, apesar de já ter sido vista como uma doença de origem psicológica, "... a asma é atualmente considerada doença pneumológica, em parte produto de respostas anormais do sistema imunológico" (Miyazaki, 1997a, p.17). Entretanto, fatores comportamentais, em interação com mecanismos fisiológicos, têm um impacto sobre o curso da doença (Creer & Bender, 1995).

Apesar de os conhecimentos acerca da asma e estratégias terapêuticas terem se aprimorado nos últimos anos, o número de

crianças asmáticas e os índices de morbidade e mortalidade associados à doença têm aumentado, com crianças provenientes de nível socioeconômico desfavorecido apresentando número mais alto de internações (Creer & Bender, 1995; Halfon & Newacheck, 1993; Weiss & Wagener, 1990). Crianças portadoras de asma faltam mais à escola e têm um número maior de contato com médicos e instituições de saúde que crianças saudáveis (Taylor & Newacheck, 1992). Além disso, apesar de ser uma condição em que o tratamento ambulatorial seria suficiente para a maioria dos pacientes, grande parte dos gastos que o sistema de saúde tem com a doença são empregados em serviços de emergência, hospitalizações e morte (Weiss, Gergen e Hodgson, 1992).

Uma vez que o estágio atual de conhecimentos e recursos terapêuticos são incongruentes com os dados sobre morbidade e mortalidade pela asma, inúmeros autores têm pesquisado problemas associados à adesão, ao tratamento e manejo da doença, bem como problemas comportamentais que podem complicar o seu curso.

2. Impacto da asma sobre a criança e a família:os problemas comportamentais

Dados provenientes de diversas pesquisas têm associado asma à presença de problemas comportamentais na criança e familiares, principalmente nas mães. Esses problemas, por sua vez, parecem ter um impacto negativo sobre a adesão ao tratamento e sobre as habilidades necessárias para evitar e lidar adequadamente com as crises, aumentando os índices de morbidade e mortalidade pela doença (Miller & Strunk, 1989; Miyazaki, 1993; Thompson & Gustafson, 1996; Wallander & Thompson, 1995).

Entretanto, é preciso considerar que uma relação direta entre doença crônica na infância e problemas comportamentais não está claramente demonstrada. É necessário considerar variáveis como gravidade e duração do problema, impacto deste sobre o repertório global da criança, sexo, idade atual e idade do aparecimento da doença, forma como a criança discrimina e responde à sua condição física, encobertos, tais como autoconceito, status socioeconômico da família e ajustamento dos pais. Inúmeros estudos concluem, entretanto, que embora a relação não seja direta, parece existir uma maior vulnerabilidade para problemas comportamentais em crianças portadoras de doenças crônicas incluindo baixa auto-estima, transtornos, como a ansiedade e a depressão, problemas relativos à competência social e baixo rendimento acadêmico (Bennett, 1994; Lavigne & Faier-Routman, 1992; Thompson & Gustafson, 1996).

Apesar de atualmente não se acreditar que problemas comportamentais estejam associados à etiologia da asma, estes podem atuar como precipitantes das crises e interferir de forma negativa no curso da doença, prejudicando a adesão ao tratamento. Pacientes com níveis elevados de ansiedade, por exemplo, podem fazer uso excessivo de medicação, uma vez que discriminam de forma incorreta e exacerbada os sinais indicativos de crise iminente. Por outro lado, muito pouca ou nenhuma ansiedade associada à doença está relacionada a um maior número de hospitalizações, uma vez que este paciente (ou cuidador) subestima os sinais indicativos de crise, deixa de emitir comportamentos que podem prevenila ou amenizá-la, necessitando assim de atendimento em serviços de emergência e hospitalizações (Steiner et al., 1987). Este último constitui um sério problema no manejo da doença, uma vez que a mortalidade por asma está também associada à desconsideração ou falha na discriminação da gravidade dos sintomas (Strunk & Mrazek, 1986).

Além da ansiedade, a depressão pode ser também uma resposta comum à doença crônica. Enquanto a ansiedade aparece através de episódios, sintomas de depressão podem permanecer durante longos períodos de tempo na presença de uma doença crônica, influenciando amplamente o repertório do indivíduo e sua interação com o ambiente. Estudos sobre depressão e doenças crônicas na infância devem avaliar a depressão na infância através de análises funcionais bem-feitas, bem como considerar os diferentes níveis de gravidade da doença. Além disso, é importante identificar as implicações desta sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, e as reações da própria criança e a família. Doenças que requerem isolamento ou imobilidade implicam maior sofrimento e dependência de outras pessoas para cuidados, e períodos freqüentes ou prolongados de hospitalização e separação do ambiente familiar podem gerar sentimentos de abandono e desvalia (Milavic, 1985).

Estudos comparando adolescentes e crianças portadoras de doenças crônicas a grupos controle (sem problemas crônicos de saúde) têm indicado maiores índices de depressão e baixa auto-estima na população de pacientes (Miyazaki, 1993; Nelms, 1989; Seigel et al, 1990). A identificação de problemas comportamentais nessas amostras é importante porque estes parecem associados a maiores índices de mortalidade pela doença (Miller & Strunk, 1989; Strunk & Mrazek, 1986).

Fatores que parecem aumentar a vulnerabilidade da criança asmática para psicopatologia são o aparecimento precoce da doença,

freqüência de hospitalizações, presença de um mecanismo intrínseco (crises não relacionadas a alérgenos ambientais específicos), psicopatologia parental e problemas conjugais. É preciso considerar, entretanto, que alguns desses fatores colocam em risco para psicopatologia inclusive crianças sem doenças orgânicas (Mrazek, 1986; Strunk & Mrazek, 1986).

A associação entre asma na infância e psicopatologia ou comprometimento geral parece indicar que a doença crônica pode afetar o repertório comportamental do paciente, uma vez que este passa por experiências bastante diversas daquelas vividas por jovens saudáveis (a maioria delas mais aversivas). Estas experiências incluem maior contato com profissionais e instituições de saúde, como consultas, internações, atendimentos em serviços de emergência, consumo de medicação e alterações no estilo de vida, maior número de faltas à escola e restrição de atividades que fazem parte do cotidiano de crianças e adolescentes saudáveis.

Crianças asmáticas parecem apresentar uma freqüência maior de problemas de natureza encoberta do que comportamentos diretamente observáveis (Silva et al., 1987). Comportamentos observáveis são, por exemplo, os agressivos, enquanto os encobertos se referem a retraimento, ansiedade e depressão (Trad, 1989). O baixo nível de agressividade encontrado entre as crianças asmáticas está certamente associado à aprendizagem. Esse grupo de crianças aprende cedo que comportamentos agressivos (por exemplo, gritos excessivos) podem desencadear uma crise, fazendo com que evitem manifestações deste tipo.

Um dado positivo interessante associado à doença é que crianças asmáticas parecem ser mais empáticas que crianças saudáveis. Como as crianças doentes são freqüentemente questionadas em relação a como se sentem (uma vez que mudanças comportamentais podem indicar a iminência de uma crise), parecem aprender a discriminar de forma mais acurada sentimentos positivos e negativos. Parecem aprender ainda que a forma como se sentem é extremamente importante para as pessoas com quem têm maior ligação afetiva, e a generalização deste comportamento pode levar ao desenvolvimento de uma discriminação mais acurada em relação aos sentimentos de outras pessoas (Nelms, 1989).

A presença de uma doença crônica acarreta uma série de demandas e estimulações aversivas que parecem ter um impacto negativo sobre o paciente e sua família. Um estudo realizado pelos autores no interior do Estado de São Paulo identificou níveis estatisticamente superiores de depressão em pacientes pediátricos

asmáticos e também em suas mães, quando comparados a um grupo-controle (Miyazaki, 1993).

Quando o diagnóstico da doença é fornecido, a reação inicial dos pais geralmente envolve ansiedade e medo em relação à possível perda da criança. Freqüentemente, levantam dúvidas em relação ao diagnóstico e procuram novas avaliações médicas, esquivando-se da doença e, portanto, de uma possível solução para o problema. Muitos pais procuram inclusive recursos fora da área da saúde, como curandeiros e outros, o que ressalta a importância de um bom relacionamento entre família e equipe de saude (Carneiro-Sampaio, 1987). A aceitação da doença parece relacionada à possibilidade de verbalizar e discutir dúvidas e sentimentos negativos. Pais que lidam de forma mais adequada com a tarefa de criar uma criança portadora de doença crônica adquirem o máximo de informações acerca da doença e de seu manejo adequado, encorajam na criança o desenvolvimento de repertório de autocuidados (Rachelefsky, 1995), freqüência regular na escola e atividades fisicas com colegas. A associação a outros pais em situação semelhante, através da participação em grupos de discussão conduzidos por especialistas, é geralmente útil porque permite comportamentais podem indicar a iminência de uma crise), parecem aprender a discriminar de forma mais acurada sentimentos positivos e negativos. Parecem aprender ainda que a forma como se sentem é extremamente importante para as pessoas com quem têm maior ligação afetiva, e a generalização deste comportamento pode levar ao desenvolvimento de uma discriminação mais acurada em relação aos sentimentos de outras pessoas (Nelms, 1989).

A presença de uma doença crônica acarreta uma série de demandas e estimulações aversivas que parecem ter um impacto negativo sobre o paciente e sua família. Um estudo realizado pelos autores no interior do Estado de São Paulo identificou níveis estatisticamente superiores de depressão em pacientes pediátricos asmáticos e também em suas mães, quando compa-rados a um grupo-controle (Miyazaki, 1993).

Quando o diagnóstico da doença é fornecido, a reação inicial dos pais geralmente envolve ansiedade e medo em relação à possível perda da criança. Frequentemente, levantam dúvidas em relação ao diagnóstico e procuram novas avaliações médicas, esquivando-se da doença e, portanto, de uma possível solução para o problema. Muitos pais procuram inclusive recursos fora da área da saúde, como curandeiros e outros, o que ressalta a importância de um bom relacionamento entre família e equipe de saúde (Carneiro-Sampaio,

1987). A aceitação da doença parece relacionada à possibilidade de verbalizar e discutir dúvidas e sentimentos negativos. Pais que lidam de forma mais adequada com a tarefa de criar uma criança portadora de doença crônica adquirem o máximo de informações acerca da doença e de seu manejo adequado, encorajam na criança o desenvolvimento de repertório de autocuidados (Rachelefsky, 1995), frequência regular na escola e atividades físicas com colegas. A associação a outros pais em situação semelhante, através da participação em grupos de discussão conduzidos por especialistas, é geralmente útil porque permite compartilhar sofrimento, receber suporte ou apoio social, aprender a assumir atitudes mais realistas e adequadas em relação a cuidados com a criança e passar sua própria experiência positiva (Buchanan & Cooper, 1991; Butz et al., 1995; Lal, Kumar & Malhotra, 1995; Morris & Mylotte, 1995; Plaut, 1995; Sander, 1994; Weiss, 1994).

Como a mãe é habitualmente a pessoa responsável pelos cuidados da saúde da criança, estudos têm procurado identificar características da mãe que podem influenciar na adesão ao tratamento e consequentemente no curso da doença. Atitudes críticas da mãe e comunicação negativa com a criança foram estudadas através da comparação entre grupo de crianças as-máticas e suas mães e um grupo-controle (Hermmans et al., 1989). Os autores concluíram que atitudes críticas são mais freqüentes em mães de crianças asmáticas, aumentando à medida da ocorrência das crises. Estes dados, entretanto, não permitem conclusões sobre relações funcionais. É preciso considerar que a asma atua também como um estímulo aversivo crônico para a mãe e estudos têm mostrado maiores índices de depressão em mães de pacientes crônicos (Miyazaki, 1993) quando comparadas a grupos-controle. Assim, a doença da criança pode também contribuir para o desenvolvimento de comportamentos inadequados por parte da mãe, principalmente se as crises são frequentes. Pode-se supor ainda que esta atitude da mãe aja como estimulação aversiva sobre a criança, aumentando a probabilidade de ocorrência de crises. Este tipo de interação pode servir como um obstáculo para que a criança se sinta motivada a cooperar com as orientações, uma vez que não é reforçada em suas tentativas, aumentando assim a chance de apresentar crises.

Embora haja aumento da vulnerabilidade para problemas nas crianças portadoras de doenças crônicas, nem todas as crianças com estas doenças os apresentam. Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar estratégias utilizadas por crianças e famílias que parecem lidar de forma mais adequada com

a doença crônica e suas consequências. McCubbin et al. (1983) investigaram estratégias utilizadas por pacientes portadores de fibrose cística, uma doença de pobre prognóstico se comparada à asma. Alguns padrões comportamentais facilitadores identificados foram manutenção da integração familiar com uma visão otimista da situação, manutenção de suporte social, auto-estima e estabilidade psicológica, compreensão da situação médica através da comunicação com outros pais em situação semelhante e consultas com a equipe de saúde. A forma como familiares e paciente enfrentam a doença crônica, minimizando o impacto do problema, é de grande auxílio para a implementação de programas preventivos e de intervenção. Pesquisas nesta área têm indicado, entretanto, que características específicas do problema de saúde têm influência nessa questão (Bernardy et al., 1991).

3. Asma na infância: a necessidade de um atendimento global

O tratamento da criança asmática, que inclui a participação dos pais ou responsáveis e é consonante com o modelo triádico de atendimento em Psicologia Clínica Infantil (Silvares, 1995), pode ser dividido em dois momentos: durante o período intercrítico e durante uma crise. O tratamento durante uma crise envolve cuidados médicos imediatos, administração de medicação, hospitalização ou atendimento em serviços de emergência. Diversos indícios sinalizam a iminência de uma crise, e uma avaliação individual de cada caso permite identificar conhecimentos dos responsáveis sobre estes indícios, bem como presença (ou ausência) de estratégias para lidar com o problema. Geralmente, uma crise é facilmente identificável. Entretanto, pode ser difícil avaliar a gravidade de um episódio particular, principalmente para crianças mais novas, com maior dificuldade para fazer um relato de "como se sentem". Assim, dados que permitam monitorizar a gravidade de uma crise devem estar disponíveis para os pais, permitindo, desta forma, que a assistência à criança seja compatível com suas necessidades (Plaut, 1995).

Durante o período intercrítico, o acompanhamento global às crianças asmáticas têm como objetivos proporcionar meios para que vivam dentro do maior grau de normalidade funcional, isto é, para que possam desempenhar todas as atividades próprias de sua idade", bem como prevenir maiores consequências físicas e comportamentais (Carneiro-Sampaio, 1987, p. 217). Esse tipo de acompanhamento requer uma equipe interdisciplinar, geralmente composta por médico,

enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e professor de Educação Física (Ribeiro, 1982; Carneiro-Sampaio, 1987).

A hiperreatividade brônquica pode ser reduzida e as crises evitadas se o paciente evitar contato com alérgenos ou estímulos desencadeantes, e realizar um tratamento profilático adequado. Além disso, uma redução da irritabilidade das vias aéreas pode diminuir problemas futuros e propiciar remissões prolongadas. Entretanto, muitas dificuldades interferem com a realização adequada do tratamento.

Quando a criança é levada a um serviço de saúde e o tratamento é prescrito, a responsabilidade de seguir as orientações recai principalmente sobre os pais ou responsáveis. Adesão ao tratamento prescrito pode ser definida como a "...extensão com que o comportamento de uma pessoa... coincide com as orientações médicas ou de saúde" (Haynes, apud LaGrecca & Schuman, 1995, p. 57). Existem várias formas de avaliar adesão a tratamento, como auto-relato do paciente, observação do comportamento, análise dos resultados do tratamento, avaliação realizada pelo profissional da saúde, análise de fluidos orgânicos e aparelhos de monitorização. Estudos utilizando medidas diretas (análise de fluidos orgânicos) indicam que a minoria dos pacientes segue adequadamente o tratamento. Estudos sobre adesão em pacientes asmáticos mostram índices que variam entre 30 e 70% (Creer&Bender, 1995; Mawhinney et al., 1991), embora alguns estudos mostrem índices de adesão tão baixos quanto 10 e 11% (Eney & Goldstein, 1976; Miller, 1982).

Alívio imediato dos sintomas conseqüente ao comportamento de aderir ao regime médico prescrito parece facilitar a manutenção da adesão. Por outro lado, quando a prescrição interfere no desenvolvimento, nas atividades de vida diária, produz efeitos colaterais negativos ou destina-se a prevenir complicações futuras, um alto grau de motivação é necessário para manter o comportamento de adesão (LaGrecca, apud Thompson & Gustafson,1996). No caso específico da asma, períodos intercríticos assintomáticos podem influenciar de forma negativa a adesão ao tratamento.

Outros fatores que auxiliam na adesão ao tratamento são o tipo de relacionamento estabelecido entre paciente/família e equipe de saúde, características individuais do paciente, como por exemplo, a auto-estima, avaliação da própria competência, idade, e características da família, como, por exemplo, apoio e envolvimento com o tratamento (Dunbar-Jacob, 1993; DiMatteo et al., 1993; Thompson & Gustafson, 1996).

Uma vez que o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com a doença depende de conhecimentos a respeito desta, é importante verificar conhecimentos adequados e crenças incorretas acerca da doença, em oais e pacientes (Buchanan & Cooper, 1991; Plaut, 1995; Sander, 1994; São Paulo - Secretaria do Estado da Saúde, s/d; Weiss, 1994). Uma pesquisa sobre conhecimento, discriminação de sintomas e expectativas em relação a tratamento foi realizada por Miyazaki, Amaral, Risso & Salomão (1997) em ambulatório interdisciplinar de atendimento à asma na infância. Esse estudo teve como objetivo nortear programa de intervenção. Vinte e seis mães de pacientes (com idades entre 3 e 12 anos) responderam a um questionário logo após a consulta médica de rotina. Os dados obtidos incluíram conhecimentos acerca do diagnóstico e da doença, mudanças no estilo de vida da criança e família decorrentes do problema de saúde, discriminação de sintomas que precedem uma crise, tipo de medicação utilizada (prescrita pelo médico ou caseira) e expectativas futuras. Os dados obtidos foram compatíveis com a literatura (Lal, Kumar & Malhotra, 1995) e permitiram identificar os principais aspectos a serem abordados no atendimento psicoterápico. Estes comportamentos serão utilizados como linha de base para avaliar a intervenção. Os dados da pesquisa forneceram, também, diretrizes para a elaboração de um programa de intervenção com as seguintes características: o atendimento à criança asmática deve incluir a família, ser interdisciplinar, ter formato educacional (fornecendo informações e modificando concepções errôneas sobre a doença), desenvolver repertório adequado para lidar com crises, bem como estratégias para identificar e evitar contato com estímulos que provocam crises, incluir discussões sobre custo/benefício da utilização de medicação e incluir dados sobre efeitos colaterais e riscos associados à utilização de remédios caseiros. Esse tipo de trabalho, combinando assistência, ensino e pesquisa, foi realizado em hospital-escola com residentes participando da pesquisa e fazendo parte da equipe de atendimento, e demonstra ser crucial para o desenvolvimento de conhecimentos compatíveis com a realidade da população atendida, para melhorar a qualidade dos serviços prestados e formar profissionais com uma visão global de saúde (Amaral & Yoshida, 1993; Belar, 1996; Belar & Deardorff, 1995; Miyazaki, 1997b; Miyazaki & Amaral, 1995).

Ao delinear programas de atendimento para crianças asmáticas, é preciso considerar, entretanto, que o fornecimento de informações pode ser insuficiente para modificar o repertório comportamental da criança e família. Assim, os programas devem procurar transformar o "saber" (conhecimentos adquiridos através

de informações) em um "saber fazer". É preciso que paciente e família possuam em seu repertório os comportamentos necessários para a adesão. Estes incluem informações acerca do porquê esses comportamentos são necessários, em que ocasiões devem ser realizados, bem como um repertório de comportamentos alternativos que possam ser utilizados em situações nas quais não é possível realizar o comportamento ideal (Ribes, 1990). Assim, intervenções globais devem ir além do fornecimento de informações, procurando desenvolver na população-alvo repertórios comportamentais que facilitem a adesão ao tratamento prescrito.

4. Conclusão

Os conhecimentos atuais acerca da asma na infância ainda são incompletos. A realização de pesquisas pode, entretanto, fornecer dados que permitam melhorar, cada vez mais, a adaptação e qualidade de vida da criança que tem uma doença crônica e de toda a sua família. A doença crônica pode ser vista como uma condição aversiva intensa e generalizada à qual a criança e a família devem se adaptar, na medida em que esta tem um impacto sobre o processo normal de desenvolvimento, sobre as interações criança/ambiente e sobre o estilo de vida e adaptação familiar (Tompson & Gustafson, 1996).

A asma é uma doença crônica que pode ser vista sob vários ângulos, desde uma perspectiva imunológica até uma perspectiva psicossocial. Atualmente, com a utilização do modelo biopsicossocial na saúde, todos os níveis devem ser considerados na abordagem à doença de forma a auxiliar no desenvolvimento de conhecimentos e procedimentos preventivos e de intervenção.

Bibliografia

AMARAL, V L. A. R. & YOSHIDA, G. O. (1993). A Psicologia como profissão da saúde, a prática, a supervisão e a pesquisa: relato de uma experiência. *Estudos de Psicologia*, v.I O, p. 85-96.

BELAR, C. D. (1996). *Clinical Health Psychology: a specialty for the twenty-first century.* Trabalho apresentado na 104 Convenção da American Psychological Association, Toron-to, Canadá, 9 a 13 de agosto.

BELAR, C.D. & DEARDORFF, W.W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings. A practioner s guidebook.* Washington, DC: American Psychological Association.

BENNETT, D.S. (1994). Depression among children with chronic medicai problems. A meta analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, v.19, p.149-170.

BERNARDY: N.C.; MULLINS. L L.: FAUST. 1. & HUSZTI. nc. (1991). Parents of chronically ill children: a profile analysis of coping patterns. Trabalho apresentado na 991I Convenção da American Psychological Association, San Francisco, CA. 16 a 20 de agosto.

BUCHANAN, N. & COOPER, P. (1991). *Childhood asthma. What it is and what you can do.* Berkeley, Tricycle.

BUTZ, A.M.; MALVEAUX, El.; EGGLESTON, P.; THOMPSON, L.; KOLODNER, K. & RAND, C.S. (1995). Social factors associated with behavioral problems in children with asthma. *Clin Pediatr (Phila),* v. 34, p. 581-590.

CARNEIRO-SAMPAIO, M. (1987). Asma Brônquica. In ROZOV, T. & CARVALHO, C.R.R. (org). *Doenças pulmonares em Pediatria.* São Paulo, Harper & Row.

CREER, T.L. & BENDER, B.J. (1995). Pediatric asthma: In ROBERTS, M. (ed) *Handbook of Pediatric Psychology.* 2nd ed. New York, Guilford.

DIMATTEO, M. R; SHERBOURNE, C. D.; HAYS, R D.; ORDWAY, L.; KRAVITZ, R L.; MCGLYNN, E. A., KAPLAN, S. & ROGERS, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychology,* v. 12, p. 93-102.

DUNBAR-JACOB,J. (1993). Contributions to patient adherence: Is ittimetosharethe blame? *HealthPsychology,* v.12, p. 91-92.

ÉMERSON, F.; CORREA, 1. C. & ROMANO, S. E. (1995). A educação familiar e a asma brônquica infantil. A Sociedade Brasileira de Asmáticos. *Pediatria Moderna,* v. XXXI, p. 997-102.

ENEY, R. D. & GOLDSTEIN, E. O. (1976). Compliance of chronic asthmatics with oral administration of the ophyline as measured by serum and salivary levels. *Pediatrics,* v. 57, p. 513-517.

HALFON, N. & NEWACHECK, P. W. (1993).Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services. *Pediatrics,* v. 91, p. 56-61.

HERMMANS, J.; FLORIN, 1.; DIETRICH, M.; RIEGER,C. & HAHLWEG, K. (1989). Maternal criticism, mother-child interaction, and bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research,* v. 33, p.469-476.

JONES, A (1990). Special report. *The Practioner,* v. 234, p. 219-221.

LAL, A.; KUMAR, L. & MALHOTRA, S. (1995). Knowledge of asthma among parents of asthmatic children. *Indian Pediatr.* v. 32, p. 649-655.

LAGRECCA,AM. &SCHUMAN, W.B. (1995). Adherence to prescribed medical regimens. In ROBERTS, M. C. (ed.). *Handbook of Pediatric Psychology.* 2nd ed. New York, Guilford. p.55-83.

LAVIGNE, LV. & FAIER-ROUTMAN, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatrics*, v.17, p.133-158.

MAWHINNEY, H.; SPECTOR, S.L.; KINSMAN, R.A; SIEGEL, S.C.; RACHELEFSKY, G.S., KATZ, R.M. & ROHR, AS. (1991). Compliance in clinical trials of two nonbronchodilator, antiasthma medications. *Annals of Allergy*, v. 66, p. 294-299.

MCCUBBIN, H.I.; MCCUBBIN, M.A; PATTERSON, J.M.; CAUBLE, A.E.; LON, L.R. & WARWICK, W. (1983). CHIP - Coping Health Inventory for parents: an assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *Journal ofMarriage and the Family*, v. 45, p. 359-370.

MILAVIC, G. (1985). Do chronically ill children beco me depressed? *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 27, p. 675-685.

MILLER, B.D. & STRUNK, RC. (1989). Circumstances surrounding the deaths of children due to asthma: a case control study. *American Journal of Diseases of Children*, v. 143, p. 1 294-1 299.

MILLER, K.A. (1982). Theophyline compliance In adolescent patients with chronic asthma. *Journal of Adolescent Health Care*, v. 3, p. 177-181.

MIYAZAKI, M.C.O.S. (1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães*. Campinas, 186p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, PUCCamp.

_ (1997a). Asma na infância: pesquisa e prática clínica em Psicologia Pediátrica. In D.R Zamignani (org.). *Sobre comportamento e cognição. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André, ESETec. p. 15-20.

_ (1997b). *Psicologia Clínica da Saúde: Desafios para o terapeuta comportamental*. Mesa redonda: Dificuldades na prática da Terapia Comportamental com adultos. Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. San-tos, 18 a 21 de setembro.

MIYAZAKI, M.C.O.S. & AMARAL, V.L.A.R (1995). Insti-tuições de saúde. In B. Rangé (org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas: Psy 11. p.235-244.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; AMARAL, V.L.A.R; RISSO, K.R & SALOMÃO, *I.B.* (1997). Asma pediátrica: Conhecimento, discriminação de sintomas e expectativas de mães. In: V Latini Dies e Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva, *3.Resumos*. Cascais, Portugal, 3 a 6 de abril.

MORRIS, E. & MYLOTTE, A. (1995). The management of childhood asthma through care pathways. *Nurs Times*, v. 9] , p.6-]2.

MRAZEK, D.A. (] 986). Chi]dhood asthma: two central questions for chi]d psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* v. 27, p.]-5.

NELMS, B.C. (] 989). Emotiona] behavior in chronically ill chi]dren. *Journal of Abnormal Child Psyhcology,* v. 17, p. 657-688.

PLAUT, T.E (1995). *Children with asthma. A manual for parents.* Amherst, Pedipress.

RACHELEFSKY, G.S. (] 995). He]ping patients live with asthma. *Hosp Pract,* v. 30, p. 5] -56.

RIBEIRO, J.D. (1982). Asma brônquica: definições e controle ambiental. *Arquivos Brasileiros de Medicina,* v. 56, p. 173- 174.

RIBES, E. (] 990). *Psicologia y saiud: Un análisis conceptual.* Barcelona: Martinez-Roca.

ROSARIO FILHO, N.A. (] 991). *Alergia e imunologia.* Rio de Janeiro: Cultura Médica.

SANDER, N. (] 994). *A parent's guide to asthma. How you can help your child control asthma at home, school, and play.* New York: Plume.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. CADAIS. COAS. *Formação do grupo multiprofissional para atendimento e orientação da asma brônquica.* s/d

SEIGEL, W.M.; GOLDEN, N.H.; GOUGH, J.W.; LASHLEY, M.S. & SACKER, 1M. (1990). Depression, self-esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care,* v. 11, p. 501-504

SILVA, P.A.; SEARS, M.R.; JONES, D.T.; HOLDAWAY, M.D.; HEWITT, C.J.; FLANNERY, E.M. & WILLIAMS, S. (1987). Some family social background, developmental, and behavioural characteristics of nine year old children with asthma. *New Zealand Medical Journal,* v. 824, p. 318-320.

SILVARES, E.F.M. (1995). Intervenção clínica comportamental com crianças. In: B.Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas.* Campinas, Psy 11. p.133-141.

STEINER, H.; HIGGS, C.M.B.; FRITZ, G.K.; LASZLO, G. & HARVEY, J.E. (1987). Defense style and the perception of asthma. *Psychosomatic Medicine,* v. 49, p. 35-44.

STRUNK, R.c. & MRAZEK, D.A. (1986). Deaths from asthma in childhood: can they be predicted? *NERAllergy Proc,* v. 7, p. 454-461.

TAYLOR, W.R. &NEWACHECK, P.W. (1992). Impactof childhood asthma on health. *Pediatrics,* v. 90, p. 657-662.

THOMPSON, R.J. & GUSTAFSON, K.E. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness.* Washington, DC: American Psychological Association.

TRAD, P. V. (1989). A nosological approach to assessing childhood psychiatric disorders. In C.G. LAST & M. HERSEN (eds.). *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York: Wiley. p. 12-27.

WALLANDER, J.L. & THOMPSON,JR., R.J. (1995). Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. In MC, ROBERTS. (ed) *Handbook ofPediairic Psychology*. 2nd ed. New York: Guilford.

WEISS, J.H. (1994). *Breathe easy. Young people's guide to asthma*. New York: Magination.

WEISS, K. B.; GERGEN, P.J. & HODGSON, T.A. (1992). An economic evaluation of asthma in the United States. *New England Journal of Medicine*, v. 326, p. 862-866.

WEISS, K.B. & W AGENER, D.K. (1990). Changing patterns of asthma mortality: Identifying target populations at risk. *Journal of the American Medical Association*, v. 264, p. 1638-1687.

INDEX BOOKS GROUPS

Capítulo 8

Pesquisa e intervenção no desenvolvimento de crianças com deficiência visual

Quando se faz um diagnóstico de deficiência visual (visão subnormal ou cegueira), muitas coisas mudam na vida do indivíduo e de seus familiares. O diagnóstico é seguido, na maioria das vezes, de tratamentos médicos, muitas vezes com retornos periódicos. Além disso, em caso de visão subnormal, o médico ou ortoptista poderá prescrever auxílios ópticos (óculos especiais, telescópios, lupas manuais, etc.) e sugerir auxílios não-ópticos (aumento do contraste figura-fundo, ampliação de textos, iluminação específica etc.), conforme Carvalho, Gasparetto, Venturini e Kara-José (1992).

A partir das constatações da incidência de problemas oftalmológicos, profissionais de saúde podem, também, propor programas de prevenção.

Apesar da extrema relevância de trabalhos como os citados, vem a pergunta: será que o trabalho dos profissionais de saúde, voltado para a pessoa com deficiência visual, termina aí? Será que deficiências visuais devem ser tratadas como problemas oculares?

Se ampliarmos nosso conceito de saúde, veremos que é preciso se preocupar com a pessoa e com as relações que estabelece

. "Cegos são aqueles que apresentam acuidade visual de 0 a 20/200 (enxergam a 20 pés de distância aquilo que o sujeito de visão normal enxerga a 200 pés), no melhor olho, após correção máxima, ou que tenham um ângulo visual restrito a 20° de amplitude.
São considerados indivíduos com visão residual (visão subnormal) aqueles que apresentam acuidade visual de 20/200 pés a 20n0 pés no melhor olho, após correção máxima." Amiralian, 1992, pág. 6, baseada em Lowenfeld, 1950, indicando que essa definição foi aprovada pela ONU em 1972.

com seu ambiente, abordadas por diferentes áreas do conhecimento. Neste texto, entretanto, dada nossa formação, estaremos nos restringindo às questões relativas ao desenvolvimento psicológico da criança com deficiência visual (DV).

A primeira questão a responder é a seguinte: ocorrem alterações no desenvolvimento da criança DV?

A resposta encontrada na literatura especializada é positiva. Observam-se alterações, destacando-se os seguintes aspectos: locomoção e exploração de objetos, desenvolvimento do pensamento e interação social. Pergunta-se, então: serão essas alterações inerentes à deficiência visual?

De acordo com vários autores, entre os quais destacamos Perrell (1996), educadora de crianças DV, os atrasos ocorrem porque uma série de situações de aprendizagem que dependem da visão e que ocorrem de forma incidental, "natural", na criança vidente, muitas vezes não acontecem na criança DV.

Um exemplo envolve a **locomoção e exploração de objetos.** Amiralian (1992) lembra que a busca de objetos é condição fundamental para que a criança comece a engatinhar, o que não ocorre na ausência dos estímulos externos habitualmente proporcionados pela visão. Para a autora, a cegueira cria um trágico dilema: o conceito de objetos no espaço só pode ser conseguido através da movimentação, e esta é motivada pela busca de objetos. A dificuldade no desenvolvimento da locomoção induzida pela cegueira interfere na descoberta do mundo pela criança cega: ela depende intensamente da locomoção para fazer distinções cruciais entre ela mesma e o mundo externo e construir o conceito de mundo. Mas, por outro lado, a ausência de visão dificulta o estabelecimento da mobilidade.

Isso pode ser mudado se as pessoas que a cercam passarem a prover situações alternativas de favorecimento da exploração de objetos. Pode-se, por exemplo, oferecer estimulação auditiva, tátil e cinestésica para propiciar a movimentação e a exploração de objetos.

Correlacionado a este, está o aspecto do desenvolvimento do pensamento. Este se inicia com a exploração do mundo, que depende, normalmente, em grande parte, do sentido visual. Segundo Ferrell (1996), na formação de conceito, o sentido visual tem um forte papel integrador: por exemplo, o conceito de gato depende da integração de sensações táteis, auditivas, olfativas e visuais. Entretanto, é a visão que leva à unificação das informações, favorecendo a formação do conceito (a criança toca a cabeça, o corpo, as pernas do gato, ouve seus miados e, ao mesmo tempo, está vendo a imagem do gato todo).

Isso pode ser feito, de forma alternativa, por adultos que, ao conversar com a criança, apontam para os aspectos relevantes dos objetos a partir dos quais se formará o conceito. De modo geral, em relação ao pensamento, a idéia é esta: é preciso prover formalmente, de forma planejada, experiências que a criança vidente tem de modo informal, não planejado, quando inserida em um ambiente rico de experiências.

O mesmo vale para a leitura e escrita. Segundo Koenig (1996), que tem atuado na área do ensino de leitura e escrita para crianças com deficiência visual, a base para a leitura e escrita, como de outras aprendizagens, vem de experiências do dia-a-dia, que vão permitir a compreensão de significados de textos escritos. Para crianças com deficiência visual, o autor recomenda que a família procure prover muitas dessas experiências, de forma a tornar significativas as leituras da criança.

Lembra que essa criança recebe menos informação incidental, tanto pela falta de visão como pelas imagens incompletas, tal vez imprecisas, devidas à visão subnormal. Sugere que a criança seja exposta a situações de leitura e escrita, em casa e na comunidade, pela relevância dessa exposição para leitura e escrita. Lembra que muito da exposição incidental a tais atividades não está disponível para crianças com deficiência visual, e dá sugestões especificas de como os pais poderiam provê-las (por exemplo, ler para a criança, oferecendo a oportunidade de contato com textos em tinta e em braile, e com gravuras comuns e com relevo, conforme o caso; favorecer a exploração de textos escritos em situações cotidianas; rotular objetos de uso constante, em braile e em tinta se for o caso; propiciar a expressão gráfica, utilizando materiais que produzam efeitos táteis etc.).

Um outro aspecto a ser lembrado é o da interação social. Uma criança com deficiência visual, habitualmente, não tem dificuldade para aprender a falar. Entretanto, ela muitas vezes não tem a percepção dos sinais não-verbais de comunicação: acenos de cabeça, expressões faciais de aprovação e desaprovação, gestos em geral (apontar, dar "tchau" etc.). De novo, é preciso que sejam providenciadas situações de convivência formal e informal que favoreçam a percepção de sinais de comunicação, em alguns casos, provendo-se formas altenativas de apresentação e interpretação de mensagens.

Respondendo-se, então, à questão sobre desenvolvimento, temos a afirmar que a criança com deficiência visual apre-senta, muitas vezes, alterações e atrasos em seu desenvolvimento. Esses são devidos, em grande parte, à ausência de experiências que, na

criança normal, são providas por múltiplas situações "naturais" de aprendizagem que, no caso da criança com deficiência visual, devem ser providas de forma planejada, através de interações com pessoas e objetos significativos. São, portanto, incidentais e superáveis pelo provimento de experiências adequadas.

Um outro fator na compreensão da questão refere-se à família. Tem sido bastante enfatizada a importância do estabelecimento do apego inicial com um ou mais adultos, como base para o estabelecimento dos demais relacionamentos (Rossetti-Ferreira, 1986), bem como a importância das interações com outras crianças para o desenvolvimento infantil (Carvalho e Beraldo, 1989). No caso da criança DV, a interação com a família pode ser prejudicada devido aos sentimentos que perpassam a constatação da deficiência. Segundo Herring (1996), quando os familiares recebem a notícia da deficiência visual, muitos sentimentos ocorrem: tristeza, culpa, medo e ansiedade, ressentimento, negação e raiva. Em parte, eles são superados, em parte, são recorrentes ao longo da vida. Podemos imaginar que esses sentimentos podem alterar as interações usuais entre os familiares, o que de fato é verificado pela literatura (Warren, 1994). Essas interações prejudicadas podem levar, entre outras práticas, à superproteção, que pode reduzir a exploração do ambiente e as iniciativas da criança; ao não-estabelecimento de limites e normas de conduta; e à redução de situações informais de aprendizagem.

Da família da criança DV, espera-se uma atuação mais sistemática e intensiva do que das famílias de crianças sem deficiências. E é justamente essa família que vivencia os sentimentos negativos acima citados, devido à deficiência da criança. Dessa forma, estão criadas condições, superáveis através de intervenções adequadas, que podem levar a alterações e atrasos no desenvolvimento da criança.

Estão, assim, estabelecidas as bases de um programa de intervenção no desenvolvimento da criança DV: orientação de pais no sentido de favorecer a superação dos sentimentos negativos e a adoção de uma postura atuante e positiva, orientação técnica na intervenção precoce (utilização do resíduo visual, quando existente, promoção do desenvolvimento, tanto de forma direta como através da orientação de pais), atendimentos a dificuldades associadas, etc.

Um exemplo de programa com essas características é o Programa Infantil DV do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (Cepre), desenvolvido através de equipe interdisciplinar que conta com assistente social, especialista em atividades da vida diária, fisioterapeuta, fonoaudióloga,

pedagogas, psicólogas e terapeutas ocupacionais. Uma das modalidades de serviço oferecida pelo Programa é o Prodevi (Programa de Desenvolvimento da Criança com Deficiência Visual), um programa integrado de pesquisa e intervenção desenvolvido pela presente autora, que será descrito a seguir.

O Prodevi foi formalizado em 1995, a partir da necessidade de prover situações de grupo, visando o processo de escolarização, às crianças que eram atendidas pela equipe interdisciplinar do Programa, a maioria delas desde bem pequenas.

1. Método

1.1. Sujeitos

O Prodevi foi planejado inicialmente para crianças com visão subnormal. Durante o estudo, algumas crianças tornaram-se funcionalmente cegas e foram mantidas no grupo. Considerou-se que este seria um momento, em que a manutenção do contato com os colegas já familiares seria de grande valia para essas crianças. Em geral, as crianças eram de famílias com baixo nível socioeconômico, algumas delas vivendo em habitações muito precárias. A maioria vinha de cidades próximas a Campinas (20 a 60 km). Muitas apresentavam algum atraso em seu desenvolvimento cognitivo e lingüístico, muitas não apresentavam comportamento social adequado para situações de grupo e algumas não apresentavam as habilidades psicomotoras mínimas necessárias para as atividades escolares.

1.2. Objetivos

Constituíam-se em objetivos do Prodevi:

• intervir no desenvolvimento global de crianças com deficiências visuais, de modo a prepará-las para a escola regular e/ou a acompanhar o processo de escolarização já iniciado, dando atenção individualizada às necessidades específicas de cada criança;

•desenvolver estratégias simples e material pedagógico de baixo custo, que favoreçam o trabalho conjunto de crianças cegas e com visão subnormal, bem como de crianças com e sem deficiências visuais;

•acompanhar o processo educacional regular (até que a criança esteja alfabetizada), de modo a detectar e procurar resolver as principais dificuldades.

1.3. Planejamento e atividades de grupo

Foram planejados encontros regulares para pequenos grupos de crianças, num máximo de seis por grupo. O esquema básico para cada grupo consistiu de um ou dois encontros semanais de 90 minutos, em dias não-consecutivos. Havia dois tipos de grupos: (a) **pré-escolares,** composto por crianças que não iam à escola ou que estavam na pré-escola (com idades entre 4 e 7 anos) e (b) **alfabetização,** composto por crianças no início do Primeiro Grau (atual Ensino Fundamental) e que não estavam plenamente alfabetizadas.

A definição de **metas educacionais** baseou-se na formulação de Kramer e colaboradores para a pré-escola, a saber: "a construção da autonomia e da cooperação, o enfrentamento e a solução de problemas, a responsabilidade, a criatividade, a formação do autoconceito estável e positivo, a comunicação e a expressão em todas as formas, particularmente no nível da linguagem" (Sonia Kramer e colaboradores, 1991, pág. 37).

Definiu-se que o trabalho abrangeria as seguintes **áreas do desenvolvimento e respectivos objetivos:**

• **cognitivo-linguística:** 1)favorecer o desenvolvimento das representações (linguagem oral, representação gráfica e plástica, expressão corporal, leitura e escrita) e do conhecimento (físico, lógico-matemático e social); 2)favorecer o desenvolvimento de hábitos e atitudes que propiciam o trabalho intelectual, tais como concentração e persistência na tarefa, participação em jogos e tarefas que requerem a formação de relações, comparação entre elementos ou conjuntos de elementos etc.

• **sócio-afetiva: 1)** estabelecer um relacionamento com adultos, que inclua comunicação e questionamento, colaboração nas tarefas propostas e atendimento de ordens simples; 2) estabelecer um relacionamento com outras crianças, que inclua cooperação, brincadeira compartilhada e negociação de conflitos; 3) promover a autoconfiança e auto-estima de todas as crianças.

Esses objetivos foram escolhidos devido a seu papel no favorecimento da participação nas atividades escolares.

• **psicomotora:** em interação com as áreas acima, favorecer o desenvolvimento das habilidades psicomotoras, centrando-se na percepção e na coordenação visomanual e/ou tátilmanual.

Esses objetivos foram vistos como auxiliares dos cognitivo-linguísticos, dada sua relevância no que se refere a crianças com problemas visuais.

O planejamento das atividades baseou-se em conhecimentos sobre crianças com deficiências visuais (Carvalho, Gasparetto, Venturini e Kara-José, 1992; Holbrook, 1996; Warren, 1994) e em proposições recentes sobre aprendizagem e desenvolvimento infantis (Browne Rego, 1993; Ferreiro, 1991;Kamii, 1989, entre outros).

Uma sessão típica incluía as atividades apresentadas na tabela a seguir.

<table>
<tr><th colspan="2">Grupos pré-escolares e de alfabetização</th></tr>
<tr><td colspan="2">- Crachás: distribuição e identificação
- Calendário: identificação do dia da semana, dia do mês e mês do ano</td></tr>
<tr><th>Grupos de pré-escolares</th><th>Grupos de alfabetização</th></tr>
<tr><td>- atividade e jogos educativos (por exemplo, bingo); incluindo conceitos e reconhecimentos de letras, palavras, quantidade, etc., alguns dos quais relacionados à história e a outras atividades significativas.
- contar histórias
- expressão gráfica e plástica
- brincadeira livre, playground, etc.</td><td>- atividades escolares: leitura, escrita e matemática, todas relacionadas ao trabalho que estava sendo desenvolvido na escola regular.
- atividades e jogos educativos
- contar histórias
- expressão gráfica e plástica, como contexto para novas atividades envolvendo tarefas escolares.
- brincadeira livre, playground, etc.</td></tr>
</table>

1.4. Procedimentos de registro

Uma vez que estávamos desenvolvendo um novo progra-ma, estávamos interessados em caracterizar nossa população e em descrever mudanças no desempenho das crianças. Para fazê-lo, escolhemos a técnica de registro contínuo e cursivo das interações entre crianças e adultos (Danna e Matos, 1982). Ao final de cada sessão, foi elaborada uma síntese dos três aspectos (cognitivo-linguístico, sócio-afetivo e psicomotor), referente ao desempenho de cada criança, com ênfase no primeiro aspecto (Batista, 1996). A avaliação individual de cada criança (uma por semestre) foi registrada com a mesma técnica. Foi, também, gravada em vídeo e transcrita.

1.5. Adaptação do material pedagógico

Foram desenvolvidas adaptações de materiais, de modo a possibilitar atividades conjuntas envolvendo crianças cegas e crianças com visão subnormal, conforme descrito a seguir:

•Crachás - o nome era escrito em letras grandes e em braile (a letra inicial era também apresentada em braile ampliado).

•Calendários individuais - após várias tentativas, decidiu-se pelo uso de dois tipos de calendários:

a) calendário do mês: conforme ilustrado abaixo:

Nome do mês (em letras grandes para crianças com visão subnormal, em letras grandes e em braile para crianças cegas)

Calendário do mês

(números em tamanho relativamente grande e em braile, como acima)

Nome da criança

(em tinta e em braile, como nos crachás)

No caso das crianças cegas ou com visão extremamente baixa, os calendários do mês eram colados sobre uma lixa grossa, de modo que o traçado no papel (marcação do dia correspondente) produzisse um feedback tátil.

b) calendário do semestre: consistindo de seis quadrados, um para cada mês, cada um com seu nome. As bordas dos qua-drados eram indicadas por ressaltos feitos com carretilha.

• Cartelas de bingo - feitas de cartolina grossa, em cor clara, com as formas (formas geométricas, quantidades variando de 1 a 6, etc.) recortadas em lixa preta, de forma que as crianças cegas poderiam reconhecê-las pelo tato.

1.6. Contatos com a escola

Para crianças com deficiência visual que frequentavam a escola regular (a maioria delas), buscou-se manter visitas periódicas à instituição e foram também mantidos contatos telefônicos. Para crianças que não estavam na escola, foram envidados esforços para que fossem matriculadas.

2. Resultados

2.1. Tendências gerais

As principais mudanças e melhoras observadas nos dois grupos de crianças são descritos a seguir. É importante ressaltar que essas melhoras podem ser associadas a vários fatores, entre os quais é importante destacar o atendimento no Programa Infantil DV, geralmente desde que as crianças eram bem pequenas.

Crianças pré-escolares: as principais mudanças notadas foram: (a) um aumento na participação em atividades de grupo (por exemplo, interação verbal com adultos e parceiros e mais ocorrências de compartilhar durante as brincadeiras); (b) crescente participação e compreensão de jogos com regras simples, abrangendo conceitos como formas, quantidades etc.; (c) aumento na atenção e compreensão durante o contar histórias; (d) início do reconhecimento dos dias da semana e dias do mês; (e) aumento no reconhecimento de palavras e de algumas letras (por exemplo, letras iniciais dos nomes dos membros do grupo); (f) início do desenho e da "assinatura" dos próprios nomes; (g) comparação de quantidades e início da contagem.

Crianças em fase de alfabetização: observou-se no grupo um reconhecimento crescente dos dias da semana, dias do mês e meses do ano, bem como de letras e palavras, estas principalmente no contexto de jogos como bingo ou pareamento de cartões (um cartão com uma palavra e outro com a mesma palavra e a figura correspondente). Observou-se, também, melhora na contagem e no uso correto de numerais (de 1 a 10, de **11** a 20 etc.). Na maioria dos casos, houve aumento na autoconfiança das crianças.

Trabalho conjunto: o trabalho conjunto entre crianças cegas e com visão subnormal mostrou-se viável com o uso do material especialmente utilizado, acima descrito. As técnicas desenvolvidas para trabalho conjunto têm sido atualmente de-monstradas para professores das escolas regulares como possí-veis estratégias a serem utilizadas na sala de aula.

2.2. Integração à escola

Para muitas das crianças que já estavam frequentando a escola, sua melhora no grupo foi acompanhada de melhora correspondente em sua integração escolar. Isso foi muito visível em crianças pré-escolares como Mi, um menino que era excessivamente tímido e que começou a participar de atividades de *playground*, a fazer solicitações (por exemplo: ser o primeiro a sortear num jogo) e

a pedir explicações para tarefas acadêmicas (por exemplo, como soletrar seu nome). Outro exemplo foi o de Is, uma menina com diagnóstico de síndrome de Bardet-Bield, com problemas no tronco cerebral, que afeta o equilíbrio estático e dinâmico, fala (um pouco tremida) e coordenação motora (dificuldade em movimentos precisos, tais como os necessários para encaixes de peças pequenas). Ela está atualmente numa escola regular particular, que aceita algumas crianças com deficiência. No final de 1996, estava numa classe para crianças de quatro anos, embora tivesse cinco. Atualmente, está na sala regular para crianças com seis anos, como resultado de seus progressos recentes, particularmente em sua habilidade de leitura (identificação de palavras e letras); seu desenho, entretanto, não corresponde ao esperado para a idade.

Os menores progressos têm sido obtidos por crianças que iniciam o Primeiro Grau. As demandas formais são maiores do que na pré-escola, as salas de aula têm muitos alunos (mais que na pré-escola) e, para os professores, é mais difícil dar atenção individualizada a crianças com necessidades especiais. Estamos tentando trabalhar com as principais tarefas escolares em nosso grupo e, na medida do possível, pedir para a mãe da criança colaborar conosco (por exemplo, a mãe de Ad, um menino, seguiu nossa orientação de melhorar sua escrita cursiva, que estava sendo solicitada pela professora).

Um caso especial é o de Ed, um menino cego que ainda não tinha ido à escola, e que está tendo uma boa integração social na escola regular de Primeiro Grau. Temos um bom prognóstico para seu caso, embora, do ponto de vista acadêmico, tenhamos observado algumas dificuldades, resultantes da comunicação deficiente entre suas professoras, ou seja, a da escola regular e a da sala de recursos para deficientes visuais. Ed foi avaliado em nosso grupo como muito autoconfiante e feliz (sempre fazendo brincadeiras), bem como interessado em tarefas de aprendizagem. Está mostrando o mesmo padrão na escola. Consideramos que ele não precisava mais participar das atividades de grupo do Prodevi no corrente ano e, como conseqüência, restringimos nossa tarefa às visitas regulares às suas duas professoras, em municípios próximos a Campinas, numa tentativa de aprimorar o planejamento de atividades, de forma a atender a suas necessidades educativas especiais.

Baseados em nossas experiências até o presente, sentimos que há uma grande distância entre a política oficial de integração de pessoas com deficiências e os recursos efetivamente disponíveis para viabilizá-la. Através dos progressos das crianças em nossos grupos, podemos favorecer, mas não garantir, as chances de sua efetiva integração escolar.

17/6/2015 INDEX BOOKS GROUPS

Consideramos que o presente programa integrado de pesquisa e intervenção se constitui em um dos meios importantes de promoção do desenvolvimento da criança DV, no que se refere, mais especificamente, à sua inserção escolar. O registro sistemático do desempenho das crianças ao longo do atendimento permite a elaboração de relatos sobre seu desenvolvimento, que é observado, principalmente, nos aspectos cognitivo-linguísticos e sócio-afetivos. O desenvolvimento de estratégias para atividades e brincadeiras conjuntas entre crianças cegas e com visão subnormal tem tido duas funções: de um lado, permite a manutenção das crianças que estão perdendo ou que perderam a visão nos mesmos grupos em que já estão entrosadas, e, de outro, demonstra a viabilidade de proposição de atividades conjuntas para crianças cegas e videntes, a serem sugeridas aos agentes educacionais. Isso é muito importante, na medida em que se valoriza cada vez mais a interação entre pares. Assim, a integração da criança DV não pode se resumir ao ensino de conteúdos acadêmicos, mas deve, também, abranger a facilitação da interação social que se dá, entre outros meios, através de jogos e brincadeiras. Dessa forma, aumenta-se a probabilidade de uma legítima inclusão de crianças DV ao ambiente escolar, conforme propõe Bishop (1997).

Agradecimentos

Agradecemos às colegas do Programa Infantil DV, pela oportunidade de desenvolvimento de um trabalho conjunto voltado às nossas crianças.

Queremos agradecer aos seguintes alunos de Psicologia, que têm participadQ do Prodevi de forma regular (no planejamento, execução, registro e análise de sessões): Elisete M. Pereira (95), Gisele Mendonça (95), Juliana R. Sousa (96 e 97), Mariana D.M. Jannini (96), Fabíola F. Oliveira (97) e Maria Odila Oliani (97), e aos seguintes psicólogos, alunos de Aprimoramento: Flávia V. Barbosa (95), João R. Franco (96) e Alessandra C. Pinto (97).

Bibliografia

AMIRALIAN, M.L.T.M. (1992). *Compreendendo o cego através do procedimento de desenhos-estórias: uma abordagem psicanalítica da influência de cegueira na organização da personalidade.* Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP.

BATISTA, C.G. (1996). Observação, registro e análise de dados em situação de intervenção psicopedagógica, *Revista Brasileira de Educação Especial,* 11 (4), 41-51.

BISHOP, VE. (1997). Educational inclusion: premise, practice and promise. *Anais da Xth World Conference do ICEVI (International Councilfor Education of People with visual impairment)* em disquete.

BROWNE REGO, L.M. (1993). O desenvolvimento cognitivo e prontidão para a alfabetização. Em Nunes Carraher, T. (Org.) *Aprender pensando: contribuições da Psicologia Cognitiva para a Educação.* Petrópolis: Vozes, 8iL ed.

CARVALHO, A. M. A. & BERALDO, K.E. (1989). Interação criança-criança: o ressurgimento de uma área de pesquisa e suas perspectivas. *Cadernos de Pesquisa,* 71, 55-61.

CARVALHO, K. M. *M.;* GASPARETTO, M. E. F.; VENTURINI, N. H. B. & KARA-JOSÉ,N.' (1992). *Visão sitbnormal - Orientações ao professor do ensino regular.* Campinas, S.P.: Editora da Unicamp.

DANNA, M.F. & MATOS, M.A. (1982). *Ensinando observação: uma introdução.* S.P.:Edicon.

FERREIRO, E. (1991). *Reflexões sobre a alfabetização.* Tradução por Horácio Gonzales et al, do original espanhol. S.P.: Cortez, Autores Associados, 21 ed.

FERRELL, K. A. (1996). Your child's development. Em Holbrook, M.C. (Org.) *Children with visual impairments: a parents' guide.* The Special-Needs Collection. EUA: Woodbine House.

HERRING, J. (1996). Adjusting to your child's visual impairment. Em Holbrook, M.C. (Org.) *Children with visual impairments: a parents' guide.* The Special-Needs Collection EUA: Woodbine House.

HOLBROOK, M. C. (1996). *Children with visual impairments: a parents' guide.* The Special-Needs Collection. EUA: Woodbine House.

KAMIL, C. (1989). *A criança e o número.* Campinas, S.P.: Papiros.

KOENIG, A. J. (1996). Growing into literacy. Em Holbrook, M.C. *Children with visual impairments: aparents' guide.* The Special-Needs Collection. EUA: Woodbine House.

KRAMER,S. (coord.);PEREIRA,A.B.C.; OSWALD,M.L.M.B. & ASSIS, R. (1991). *Com a pré-escola nas mãos: uma alternativa curricular para a educação infantil.* São Paulo: Ática.

ROSSETII-FERREIRA, M.C. (1986). *Mãe e criança: separação e reencontro: observação em situação de grupo.* S.P.: Edicon.

WARREN, D.H. (1994). *Blindness and Children: an individualdifferences approach.* EUA: Cambridge University Press.

Capítulo 9

Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação

Tania Moron Saes Braga
Rachel Rodrigues Kerbauy

Este trabalho tem como objetivo rever os estudos realizados para investigar comportamento e saúde, examinando a metodologia empregada e as possibilidades de intervenção. Incluiremos nesta revisão desde os estudos preliminares que se constituíram em verdadeiros ensaios até estudos completos mais abrangentes.

Entendemos que o comportamento participa da modulação dos estados biológicos. O fazer ou o não fazer, o fazer de certa maneira e o fazer diante de certas condições são elementos que definem um processo que resulta na presença ou ausência de doença. Este pensamento levou-nos ao trabalho inicial para compreender o comportamento, no contexto saúde e doença, Kerbauy e Braga (1985). Procuramos detectar que tipos de comportamento ou hábitos de vida estariam presentes em um grupo de pacientes residentes em pequena cidade do interior, que haviam sofrido enfarte do miocárdio. Foram utilizadas entrevistas gravadas com pacientes e familiares. Os resultados mostraram que essas pessoas enfartadas apresentavam comportamentos semelhantes aos descritos na literatura como PCTA (Padrão de Comportamento Tipo A), que é uma maneira de responder a exigências do meio ambiente com extrema ambição e competitividade, compreendendo também uma grande preocupação com compromissos assumidos e sensibilidade à pressão do tempo, busca de controle dos eventos e das pessoas. "O padrão de comportamento Tipo A ou estilo de vida

caracterizado por extrema competitividade, agressividade, algumas vezes reprimida, urgência, pressa, estado de alerta, inclui uma preocupação freqüente com prazo, sentimento de estar sob pressão de tempo e desafio de responsabilidade. Envolve também profundo comprometimento com a profissão ou vocação mais do que com outros aspectos da vida, que são negligenciados" (Friedman & Rosenman, 1974).

Características dos sujeitos estudados, como o baixo nível de escolaridade, o tipo de convênio médico pelo qual recebiam atendimento (INAMPS) e por não responderem a um instrumento padronizado, como questionário e escalas, levaram-nos a tentativas de apurar os nossos instrumentos de medida. Dessa maneira, continuamos aprimorando a entrevista a ser utilizada para essa população, ao mesmo tempo que continuávamos a investigação sobre instrumentos de medidas padronizados - como a escala de Blumenthal, aplicada a estudantes de Psicologia e familiares - apresentados no II Seminário Internacional de Psicologia da Saúde (1987 a). Não foi possível estabelecer correlações entre o padrão de comportamento dos pais e dos filhos. A escala, composta de 38 adjetivos, apresentou dificuldade com o significado de algumas palavras e a necessidade de substituição destas. Não foram realizados estudos conclusivos sobre a validade da medida.

A entrevista estruturada, a observação e o registro para medida do padrão de comportamento, baseada em Friedman,Rosenman e Jenkins (1967), foram utilizados com ampla amostra, demonstrando que são os mais efetivos para o propósito de identificar um padrão de comportamento. A entrevista permite avaliar os comportamentos abertos e o que observamos é a presença de suas características num determinado indivíduo. A avaliação depende de o sujeito exibir tal padrão e de o entrevistador "trazer à tona" o comportamento Tipo A. A entrevista estruturada é designada para eliciar as características do padrão.

Paralelamente, neste mesmo período, iniciávamos tentativas de intervenção visando estudar o padrão de comportamento para elaboração de um programa de intervenção (Braga & Kerbauy, 1987b). O procedimento empregado consistiu em sessões estruturadas, realizadas individualmente e gravadas. Nelas, conceituávamos os componentes do PCTA e analisávamos, juntamente com os sujeitos, sua presença e a necessidade de alteração. Descrevíamos os comportamentos, analisávamos e muitas vezes identificávamos o contexto em que ocorriam, destacando os antecedentes, os consequentes e a interação nem sempre percebida pelo sujeito. Eram

pedidos registros dos comportamentos, ou a sua identificação para posterior relato, e a prática de relaxamento. Para obter modificações, trabalhamos nesta seqüência: qual a situação, quais os comportamentos possíveis e as suas consequências. Com essa análise, era possível detectar as perdas e os ganhos, possibilitando a escolha da seqüência e deixando em aberto o interesse em mudar.

Consideramos modificação de comportamento quando foi possível identificar que o sujeito emitia novos comportamentos com o objetivo de alterar os anteriores, descritos como tendo relação com o evento cardíaco. Foram incluídos desde os comportamentos observáveis relatados - como iniciar um comportamento novo ou interromper um antigo - até os não-observáveis, relevantes para o controle, freqüência, magnitude ou topografia de comportamentos. Pudemos arrolar mudanças comportamentais agrupadas em indicadores como: na interação com o cônjuge, identificação de mudança emocional, retomada de atividade de lazer, comparação do comportamento atual com o anterior, evocação do pesquisador, prática de relaxamento.

A análise do programa como um todo, além de levantar esses indicadores de mudanças, permitiu levantar aspectos que interferiram na seqüência do programa, como os problemas familiares e de dieta alimentar, que sugerem possibilidades para futura investigação. Estas podem incluir aspectos de controle da atividade física, alimentar, emocional, como forma de acompanhamento multidisciplinar ao longo do tempo (Braga, 1989).

Os aspectos comportamentais da saúde, em particular os relacionados à sua promoção, prevenção de problemas, adesão a tratamento, influências da família e da escola, entre outros, continuaram sendo metas de investigação. Ainda que haja divisão entre psicólogos nas diferentes concepções teóricas, na prática, dirigem seus esforços para que as pessoas modifiquem padrões de comportamentos adotados e adquiram outros mais saudáveis. Um dos aspectos importantes, quando se pretende essas alterações, é justamente identificar o conceito de saúde e os comportamentos a ela direcionados por uma dada população, e como se relacionam problemas econômicos e sociais. Igualmente importante é conhecer as relações entre as concepções de saúde e estilo de vida e levantar os fatores de manutenção - como as primeiras experiências, apoio de parentes, amigos e profissionais - para prevenção. Em 1990, passamos a investigar o conceito de saúde, em vários segmentos, de pais de crianças portadoras - de deficiências e de estudantes. Os dados das entrevistas realizadas com os pais e dos questionários aplicados nos estudantes sugerem que, para a maioria, o

conceito de saúde envolve a relação físico-mental, sendo encontradas afirmações gerais que, embora ressaltem a importância da saúde, não especificam no que ela consiste. Os pais consideram que a saúde da população é responsabilidade do governo e dos médicos; já os estudantes afirmam que é da própria pessoa, juntamente com o governo através de seus órgãos competentes. Indicações das condições prejudiciais à saúde foram comuns aos pais e estudantes, sendo os mais citados alimentação, drogas, álcool, fumo. Hábitos alimentares são apon-tados como os comportamentos que mais se relacionam a "ficar doente". Essa opinião, para os estudantes, baseia-se apenas na alimentação pobre e deficiente. Interessante notar que a bebida foi apontada por um número pequeno de estudantes - apenas três -, embora houvesse, por parte da escola, uma preocupação com o fato de que um número maior de alunos estava tendo contato com bebida, sugerindo que se estudasse o assunto (Braga e Kerbauy, 1991 a).

Esses dados preliminares continuaram motivando a busca de abordagens mais acuradas de avaliação dos comportamentos relacionados à saúde. Em função dessas experiências e das evidências de que vários fatores de risco estão presentes ou começam a se desenvolver na infância - como obesidade, colesterol, pressão alta - passamos à observação do comportamento alimentar de estudantes durante a merenda escolar. Foram observadas as merendas servidas em uma escola da rede pública, e seus restos, as repetições e as verbalizações das crianças ao pegarem-nas, além de entrevistas com as merendeiras. Foram notados mais repetições das merendas salgadas e mais restos das doces. O pegar e repetir a merenda dá-se pela forma de olhá-la e por informações verbais dos companheiros, como: "está gostoso", "está quente", etc. A preferência por um tipo de alimento, como bolachas - o menos saudável dentre os consumidos no período de observação -, pode ter sido determinada por permitir o brincar concomitantemente. Parece que a qualidade, mais que a privação alimentar, determina a solicitação da merenda (Braga e Kerbauy, 1991 b).

Muitas questões de saúde podem ser produtivamente analisadas, como problemas de escolha e gratificação atrasadas. Repertórios de autocontrole modelados pelas histórias de vida não são tão diferentes, e a sua compreensão permitiria nortear programas de atuação.

A suposição de que, para cumprir as exigências do tratamento e prevenção, é necessário um repertório de comportamentos complexos levou-nos a estudar o repertório de autocontrole em pacientes hipertensos (Braga e Kerbauy, 1993). Foram sujeitos oito pacientes hipertensos, no ambulatório de especialidade do Centro

de Saúde, dos quais se solicitava resposta a um material adaptado de Rosembaum (1980) e Stuart (1978), que permitia respostas verbais detalhadas sobre os comportamentos de autocontrole. O material padronizado não pode ser utilizado com uma amostra maior de sujeitos, permitindo, no entanto, analisar como relatavam o controle para eliminar um mal hábito, superar atividades desagradáveis e as estratégias utilizadas na solução de problemas. Esses resultados impulsionaram a busca de identificação de variáveis que favoreçam a intervenção, já que a chave para a saúde exige mudança de comportamento, seja para prevenir ou para seguir tratamento.

Para realizar mudanças em comportamentos de risco na população, são necessários programas educacionais que esclareçam a importância do estilo de vida no desenvolvimento e controle da doença. A efetividade de toda mudança no estilo de vida depende da adesão a longo prazo. Ésabido que, entre os fatores que aumentam a adesão em seguir recomendações de mudanças comportamentais, é preciso que estas sejam sensíveis à cultura da população e do indivíduo e adaptadas a suas necessidades. As informações que o paciente possui e recebe sobre o problema de saúde e a monitoria para as atividades recomendadas podem levá-lo a interromper o tratamento. Essas constatações conduziram-nos a analisar, nos relatos verbais de pacientes hipertensos, seu conceito sobre a doença e os comportamentos emitidos para seguir o tratamento. Buscamos identificar situações e comportamentos que favorecem modificações na pressão arterial, como descrevem os seus sintomas e, enfim, levantar aspectos comportamentais que seriam relevantes para a construção de um programa de controle da hipertensão.

Optamos por descrever em detalhes o estudo a seguir, por considerar relevantes as variações metodológicas utilizadas. Foram sujeitos deste estudo 21 médicos, 56 hipertensos atendidos em ambulatórios, seis dos quais foram entrevistados em duas sessões ou seis sessões consecutivas, e três pacientes não hipertensos apresentando alta pressão arterial. O material utilizado nesse estudo constou de questionário, roteiros de entrevista e inventários de comportamento. Devido a dificuldades encontradas na aplicação de inventários a esse tipo de população, esses dados não foram analisados sistematicamente nesse trabalho, mas podem eventualmente ser mencionados quando considerados úteis e pertinentes.

O questionário exigia respostas curtas, para facilitar a obtenção dos dados; o pesquisador esperava fora da sala a devolução do questionário preenchido pelo médico. As questões sobre sintomas

solicitavam que os médicos indicassem a proporção de pacientes que relatam sintomas, quais sintomas são relatados pelo paciente, e quais os sintomas que os médicos pensam que o paciente efetivamente percebe.

O roteiro de entrevista com pacientes hipertensos foi elaborado a partir dos dados obtidos na análise dos questionários aplicados aos médicos, bem como de dados de análise de entrevistas-piloto realizadas com pacientes hipertensos no ambulatório de especialidades. Esses pacientes não foram incluídos na amostra descrita anteriormente. Além de fornecer informações para a elaboração do roteiro, essas entrevistas tinham como objetivo o conhecimento prévio da população para adequar o instrumento às suas características. O roteiro investiga dados pessoais, fatores de risco enfatizados na literatura da área, medicação utilizada, incluindo um levantamento histórico da doença, concepções a seu respeito e conhecimento de suas conseqüências e dos comportamentos necessários para seu controle. A entrevista incluiu ainda uma parte especifica sobre percepção de sintomas, isto é, investigar se pacientes hipertensos relatam alterações de sua pressão arterial, como as descrevem e se estabelecem algum tipo de relação com fatores ambientais. Para completar essas informações, foi apresentada uma lista de sintomas, baseada na análise preliminar do relato dos médicos e na literatura da área. Os sintomas eram apresentados oralmente, pelo pesquisador, para que o sujeito assinalasse o sintoma que sentia naquele momento e aqueles que já tinha sentido anteriormente. Procurando obter mais informações e, ao mesmo tempo, construir uma medida autodescritiva do comportamento hipertenso, foi elaborada uma questão aberta sobre como o sujeito se descrevia. Também foram empregadas nove afirmações, construídas pelo pesquisador, sobre como a doença influía na vida do hipertenso. A resposta consistia em assinalar uma opção em uma escala de sete pontos. Para os sujeitos com entrevistas consecutivas, utilizamos esse roteiro na primeira sessão. Nas outras sessões, foi utilizada apenas a parte do roteiro que se referia ao sintoma: nomeação espontânea e indicação na lista. Os dados, nesses casos, foram complementados com questões baseadas nos itens da escala de autocontrole de Rosenbaum (1980). Com essas questões, foram obtidos dados sobre:

a) a rotina de controle da medicação (horários, local de armazenamento, aquisição);

b) o que é importante para a longevidade;

c) estilo de vida (o que gosta de fazer e faz, o que não gosta de fazer e faz e o que não gosta e não faz);

d) como o paciente age diante de várias tarefas que precisam ser realizadas;

e) que comportamentos emite quando sente raiva;

f) em situações causadoras de aflição, o que faz;

g) comportamentos de adiar tarefas.

Para os sujeitos com várias sessões consecutivas, solicitávamos também um relato sobre os eventos da semana e aspectos relacionados à expressão de assertividade, depressão e ajustamento social.

Para os sujeitos não-hipertensos que compareceram ao atendimento de emergência, o roteiro foi adaptado, omitindo as questões sobre hipertensão e seu tratamento, enfatizando dados da história de vida, evento causador da vinda ao hospital, sintomas percebidos e providências tomadas. O objetivo principal, nesses casos, era identificar o evento causador da elevação de pressão arterial e a consequência dessa alteração na vida do sujeito.

Os resultados foram apresentados separadamente, de acordo com a fonte e o procedimento de coleta, na seguinte sequência:

I. Os dados dos questionários respondidos pelos médicos.

II. Os resultados das entrevistas com 50 sujeitos, salientando como descrevem a doença, sua descoberta, os sintomas e como se sentem em relação à doença e ao tratamento.

III. Os dados colhidos em ambulatório de emergência, e com os seis sujeitos entrevistados mais de uma vez, para os quais cabe uma análise mais qualitativa.

IV. A título de síntese de indicações fornecidas pelos itens anteriores e dos dados relevantes como subsídios para um programa de intervenção, foram agrupados e relacionados com objetivos comportamentais decorrentes e com as ações indicadas para prevenção e tratamento (Braga, 1995).

Embora a preocupação metodológica e com a adaptação de técnicas para esta população estudada estivesse presente nas diversas fases do trabalho, gostaríamos de fazer, de início, algumas considerações dessa ordem, principalmente sobre o roteiro de entrevista utilizado.

Nesse roteiro, o que à primeira vista pode parecer uma repetição de dados é, na verdade, uma estratégia com um objetivo bem definido. O mesmo dado é intencionalmente buscado de diversas formas, por resposta aberta à pergunta do pesquisador pela escolha de alternativas apresentadas oralmente pelo pesquisador, e pela

pontuação de afirmações, numa escala de sete pontos. Essa forma de compor a entrevista mostrou-se, pela consistência obtida entre os relatos, um excelente instrumento para coleta de dados, com linguagem adequada à população pesquisada, embora sua análise seja demorada.

A questão da utilização de escalas não parece resolvida. Apesar de neste trabalho ter sido utilizada com poucos sujeitos, as questões eram numerosas e foi necessário que o experimentador as apresentasse oralmente, o que estendeu excessivamente a duração da entrevista. Além disso, muitas questões geraram dificuldades de compreensão, tornando necessácias explicações adicionais, com grau variável de padronização. Essas adaptações necessárias para viabilizar a aplicação da técnica levantam questões sobre a possível distorção do instrumento original. Embora tivéssemos dúvidas quanto à validade de aplicar esse tipo de instrumento, consideramos que foi útil utilizá-lo neste trabalho; foi aproveitada, na medida do possível, a riqueza de informações contidas nos comentários espontâneos feitos a cada questão apresentada, tratando-as de forma qualitativa. Podemos questionar se esses comentários, em número significativo, teriam ocorrido em situação de uma única entrevista, já que, em nosso trabalho, foram aplicadas na fase em que sessões consecutivas estavam sendo realizadas.

Nossa experiência anterior tem mostrado que uma maneira vantajosa de conduzir uma investigação é se basear em itens de um instrumento padronizado (Braga e Kerbauy, 1993). Por exemplo, ao utilizar uma escala de autocontrole, apresentamos estímulos verbais para o sujeito relatar comportamentos emitidos nas referidas situações, solicitando a identificação das contingências. Nossa sugestão, para se trabalhar com população de baixa renda e escolaridade, é a de construir instrumentos que contenham apenas elementos pertinentes, próximos à sua realidade.

Outra característica metodológica predominante foi a utilização dos questionários e observação.

Os questionários, em aplicação individual ou coletiva, como instrumento único ou complementar, foram eficientes para o levantamento de dados, principalmente quando a forma de aplicação consistia no pedido do examinador para responder e na espera pela resposta. Os questionários apresentaram problemas quando enviados aos sujeitos pelo correio,já que o número de retomo foi muito pequeno. Tentativas realizadas para o trabalho com uma grande amostra de ex-alunos, com endereços obtidos na universidade, não garantiram o retomo esperado, por dois motivos: uma parte não respondeu e,

em outros casos, a correspondência voltou porque os endereços estavam desatualizados. Ainda sobre o uso de questionários, convém mencionar que não foram encontradas dificuldades adicionais quando este instrumento foi utilizado com deficientes sensoriais cegos e de visão subnormal, o que exigia questionários adaptados em braille ou em tipo ampliado (Braga e Barbosa, 1997). De modo geral, os questionários apresentam vantagens na avaliação, que se opera mais rapidamente. Por outro lado, encontramos desvantagens com a elaboração das questões para que sejam prontamente apreendidas e em número reduzido, para favorecer a motivação, que parece estar reduzida quando comparada à entrevista.

A entrevista depende, em parte, do desempenho do entrevistador e do seu adequado planejamento e precisão das perguntas utilizadas, mas sem dúvida permite, quando se tem os objetivos bem definidos, obter informações que esclarecem questões que, de outra forma, não seriam possíveis, inclusive pela oportunidade de observação. O procedimento contribui também para identificar possíveis direções para a intervenção.

De um modo geral, os resultados e conclusões dos estudos mostram a importância da entrevista, do questionário e da observação para levantar dados respondendo às perguntas dos pesquisadores e indicando caminhos para intervenção.

Bibliografia

BARBOSA, A. & BRAGA, T.M.S. (1997). Investigação sobre as dificuldades no treinamento em orientação e Mobilidade. *Boletim do COE*, n. 2, p. 97-115, .nov.

KERBAUY; RR & BRAGA, T.M.S. (1985). Relação entre comportamento e enfarte do miocárdio. *Boletim de Psicologia,* 35(84): 13-18

_ (1987a). Aplicação da Escala de Blumenthal para medir o padrão de comportamento Tipo A e B. *Resumo da 39 Reunião Anual da SBPC*, p. 863.

BRAGA, T.M.S. & KERBAUY, RR. (1987b). Relato de um programa para pacientes coronarianos visando analisar comportamentos específicos. *II Seminário Internacional de Psicologia da Saúde e I Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde*, outubro/1987, p. 219.

BRAGA, T.M.S. (1989). *Padrão de comportamento Tipo A (TABP): Identificação e Modificação de alguns componentes em indivíduos com infarto do miocárdio.* Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, SP.

_ (1991). Investigações sobre o conceito de Saúde com pais de crianças portadoras de deficiências e estudantes. In Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 43\1991, Rio de Janeiro, *Anais da 439 reunião Rio de Janeiro:* julho de 1991, Bloch Editores, p.25-G.2 849.

_ (1991 b). Alimentação Saudável e Merenda Escolar: Um Estudo Preliminar. In *Reunião Anual da Sociedade de Psicologia*, XXI, 1991, Ribeirão Preto, Programas e Resumos, p. 169.

_ (1993). Os comportamentos de autocontrole relatados por pessoas com hipertensão e sua relação com adesão a tratamento. Anais da Reunião Anual de Psicologia, p.144. Ribeirão Preto.

_ (1995). Hipertensão: Relato sobre condições de ocorrências. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart.* New York: Knof.

ROSENBAUM, M.A (1980). Schedule fOf assessing self control behaviors: preliminary findings. *Behavior therapy* 109-121.

Capítulo 10

Autocontrole e adesão a tratamento em diabéticos, cardíacos e hipertensos

Flávia Fonseca Guimarães
Rachel Rodrigues Kerbauy

As doenças crônicas apresentam problemas para pesquisadores de diversas disciplinas levando-os a investigar causas e mecanismos de doenças e também a forma pela qual os portadores obtêm informação que os auxiliem a prevenir e evitar conseqüências. As doenças crônicas, quando não são hereditárias, podem refletir a má qualidade de vida do portador: alimentação inadequada, hábitos indesejáveis, vida sedentária ou desregrada.

Vários estudos procuram determinar as variáveis relacionadas com a adesão a tratamento (Wing, Epstein, Nowalk e Lampaski, 1986). Lubkin (1986) propôs analisar a adesão ao tratamento através do exame da freqüência, ocorrência e variação do comportamento de adesão, em resposta às recomendações feitas pelo médico. Haynes (1976) identifica mais de 200 variáveis e Meichenbaum e Turk (1989) analisam fatores responsáveis pela adesão no tratamento de doenças crônicas. Burish e Bradley (1983) e Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines Suczek e Wiener (1984), Sherbourne, C.D., Hays, R.D. (1990), Kerbauy, Braz e Heller (1988) demonstraram que a família muitas vezes não só controla mas também influencia os portadores de doença crônica na adesão aos tratamentos médicos. Stachnik, Stoffelmayr e Hoppe (1983) sugerem, como causa do comportamento de não-adesão, o fato de os sujeitos associarem fatores de risco a restrições na qualidade de vida.

Muitas vezes, a história da vida do paciente mostra situações em que se identifica autocontrole, o que pode demonstrar maior capacidade de seguir o tratamento. Mesmo que o doente possa perder

o controle em algumas ocasiões, existem evidências de que é capaz de tomar decisão com relação ao regime e mantê-la. Compreendemos autocontrole como a emissão de uma resposta controladora que manipule condições antecedentes e consequentes e toma o comportamento controlado mais ou menos provável, dependendo de sua definição e da exigência de aumento ou decréscimo de frequência.

Meinchenbaum e Turk (1989) supõem que procurar por evidência de que o paciente exerceu algum comportamento de autocontroie na sua história de vida faz com que ele entenda que é capaz de fazer o mesmo com relação ao tratamento.

De fato, o conhecimento da necessidade de mudança no estilo de vida não é suficiente para haver a mudança efetiva. Southan e Dunbar (1986) apontam que a automonitoria apenas não seria suficiente para a adesão ao novo comportamento. As habilidades para a automonitoria incluiriam: registro, interpretação, respostas novas, que necessitariam ser ensinadas de forma eficaz e que sejam frequentemente reforçadas.

No presente estudo, procurou-se verificar o que portadores de três doenças crônicas - diabetes, hipertensão e cardiopatia - relatam sobre autocontrole e adesão ao tratamento.

1. Método

Sujeitos - Seis doentes crônicos, sendo dois portadores de diabetes (E, 57 anos, sexo masculino e R, 53 anos, sexo feminino), dois hipertensos (M, 24 anos, sexo masculino e J, 62 anos) e dois cardíacos (C, 58 anos, sexo masculino e N, 62 anos, sexo feminino), internados em hospitais da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. Foram selecionados segundo os seguintes critérios: a) diagnóstico médico da doença crônica há cinco anos ou mais; b) indicação de internação por dois ou mais meses no mesmo hospital, garantindo assim sua permanência durante a coleta de dados; c) inclusão de apenas um sujeito por enfermaria; d) exclusão de sujeitos, com quadro infeccioso, de risco ou terminal.

Procedimento - Foram empregadas entrevistas semi-estruturadas com todos os sujeitos. As perguntas foram construídas para assegurar informações sobre a doença crônica da qual o sujeito era portador, abrangendo: a doença, tratamento (nos aspectos dieta, medicação, cuidados e exercícios), sintomas, consequências, situações de autocontrole da história de vida e fontes de informação sobre a doença.

A realização das entrevistas variou em dias e horários, evitando indispor o sujeito à entrevista e respeitando a rotina hospitalar, refeições e horários de visitas.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram respeitados os regionalismos, erros de concordância ou neologismo. As pausas com mais de três segundos foram apresentadas por reticências.

O pesquisador lia as questões. Quando verificava que o sujeito não entendia a pergunta, seja por questionamento verbal por parte do sujeito seja pela qualidade da resposta, a pergunta era reformulada ou inseridas questões de ajuda. Essas dicas verbais poderiam ocorrer após cinco segundos de silêncio.

O procedimento obedeceu às características específicas de cada sessão tendo em vista os seus objetivos.

A transcrição das fitas foi feita pelo experimentador logo após realização de cada uma das sessões. Considerou-se verbalização ou fala as respostas às perguntas feitas ao longo das cinco sessões para todos os sujeitos portadores de doenças crônicas. As falas transcritas foram divididas em unidades de análise que foram então separadas nos seguintes agrupamentos: Tratamento, Doença, Sintomas, Conseqüências da Doença, Menção a Outros e Autocontrole. Esses agrupamentos foram divididos em temas, subdivisões dentro dos agrupamentos, que especificam os conteúdos relatados.

2. Resultados e discussão

O principal objetivo da terceira sessão era verificar ocorrência de verbalizações sobre comportamento de autocontrole ao lidar com doença crônica ou suas implicações. As falas sobre esse agrupamento ocorreram poucas vezes em outras sessões, optando-se por agrupá-los em um só conjunto.

O autocontrole foi considerado como manipulação das condições antecedentes e consequências para alterar a probabilidade de comportamentos de lidar com doença crônica. Inclui-se também as regras que facilitariam emissão de comportamentos e que tivessem a função de esperar por conseqüências favoráveis, considerando autocontrole quando se referiam à declaração de intenções, pois poderiam ter a função de instruções.

Os sujeitos indicaram intenções de mudança, mas não especificaram comportamentos relacionados com o tratamento.

Referir-se a autocontrole estava relacionado a emoções e eventos internos de modo geral, associados à doença e à procura de manter controle de si mesmo. Não detalham como manipulam o ambiente interno e externo, embora relatos de como seguir o tratamento permitem ao pesquisador inferir que o sujeito emite comportamentos para obter equilíbrio entre suas ações e o que sabia ser esperado para manter a doença sobre controle, "tentando contrabalançar tudo que eu fazia de errado em questão de dieta, em questão de medicamentos".

Pode-se supor que, de alguma maneira não explicitada, há um planejamento para facilitar emissões de comportamento.

Há sujeitos como "M" (hipertenso) que, de forma ambivalente, ora dizia controlar-se todo o tempo, ora relatava não conseguir. Observa-se a ocorrência de eventos ambientais que facilitam alteração das regras sobre controle de hábitos: "se fico muito tempo estudando, não tomo remédio" ou "se estou com amigos, não faço a dieta". O sujeito especifica em quais condições transgride as regras, mas não relata como soluciona e observa con-seqüências danosas ao organismo.

O que se observa é o sujeito colocar o problema como de responsabilidade de entidades divinas, seguido de regra que especifica o comportamento, para esperar uma conseqüência imprevisível: "Primeiro, eu rezo. Segundo, eu busco até o fim aquela coisa... até passando por cima de qualquer coisa, qualquer pessoa"; "é claro que você tem que pedir muito a Deus, porque eu peço, e sempre consigo".

O sujeito "M" considera que respostas de autocontrole, para o portador de hipertensão, apresentam dificuldades maiores, pelas características da doença: "eu acho que a gente tem que lutar por aquilo que mais quer na vida, principalmente uma pessoa que tem problema como eu de hipertensão, você tem que lutar duas vezes"; "eu tive que me controlar... eu diria que a hipertensão, ela tem problema de irritabilidade. Qualquer coisa eu fico transtornado, então eu tenho que passar todo o meu tempo me controlando e eu não me controlo". Suas falas denotam relação entre conseguir seu objetivo de controlar-se, que considera regra para mudança, e identificar conseqüências favoráveis por fazê-lo deixava claro que nem sempre consegue. "apesar disso tudo, eu me controlo, eu controlo, mantenho minha serenidade, mantenho minha calma, minha alegria"; "tem que fazer o controle de remédio"; "tem que aceitar! Depois que você passa a controlar, é uma outra coisa".

Quadro 1 - *Unidades de análise dos sujeitos sobre comportamentos de auto controlar-se*

Sujeitos portadores	Verbalizações de autocontrole
Sujeito M (Hipertenso)	- Tentando contrabalançar tudo que eu fazia de errado em questão de dieta, em questão de medicamento. - Primeiro, eu rezo. Segundo, eu busco até o fim aquela coisa... até passando por cima de qualquer coisa, qualquer pessoa. - Eu acho que a gente tem que lutar por aquilo que mais quer na vida, principalmente uma pessoa que tem problema como eu de hipertensão, você tem que lutar duas vezes. - Eu tive que me controlar... eu diria que é muito complicado porque, no meu caso, eu disse que a hipertensão, ela ter problema de irritabilidade. - Qualquer coisa eu fico transtornado, então eu tenho que passar todo o meu tempo me controlando e eu não me controlo! - Apesar disso tudo, eu me controlo, eu controlo, mantenho minha serenidade, mantenho minha calma, minha alegria. - Eu preciso me controlar o máximo possível! Tem que fazer o controle de remédio. Tem que aceitar! Depois que você passa a controlar, é uma outra coisa. - Eu acho que fundamentalmente é questão de força de vontade. Se a pessoa não tiver... - É claro que você tem que pedir muito a Deus, porque eu peço, e sempre consigo.
Sujeito J (Hipertenso)	- Graças a Deus. - Controlei minha tristeza. - Sempre cumprindo o meu dever.
Sujeito C (Cardíaco)	- Fico pensando. - Pedi a Deus. Tem que rezar.
Sujeito N (Cardíaco)	- Peço a Deus. - Me esforço. Converso com outras pessoas para orientação.
Sujeito E (Diabético)	- Eu fico num humor, sufoco o tenho que me conformar. - Eu faço tudo, tudo pra agradar. - No dia que eu ficava dismado assim, ficava sem beber... começava a me assustar, parava. Ficava uma semana, não sentia mais nada, aí eu digo, bem, já sei o que eu tenho que fazer. - Torro atrás. Sou muito persistente.
Sujeito R (Diabético)	- Falo pra mim: Você tem que parar de fumar! - Faço um esforço, querer é poder. - A gente querendo... e com fé em Deus a gente consegue o que quer. - Fiquei não revoltada com a vida e tive que me controlar, apelar pra Justiça.

O sujeito "E", portador de diabetes, foi o único que não se referiu a entidades divinas como recurso para conseguir modificação de comportamento através do autocontrole, embora descrevesse uma situação em que se controlou durante três anos para vingar-se de um vizinho. Mencionou o temperamento forte como dificuldade de controlar-se: "eu fico num humor, sufoco e tenho que me conformar"; "eu faço tudo, tudo pra agradar'".

O sujeito "E", relatando sobre seu problema de bebida e suas consequências, descreve mudança e controle de comportamento. Parece que o aumento de frequência ou intensidade dos sintomas é responsável pela adesão ao tratamento. Do mesmo modo, cessando os sintomas, o sujeito volta ao comportamento anterior: "no dia que eu ficava cismado assim, ficava sem beber... ficava uma semana, não sentia mais nada, aí eu digo. bom, *já sei o que eu tenho que fazer*".

O sujeito "R" descreve uma conduta em que é o falante e o ouvinte, como proposta para efetuar mudança: "*falo pra mim: você* tem que parar de fumar"; "faço um esforço, querer é poder". Novamente, são regras e busca de controle verbal do comportamento nem sempre condizentes com as ações executadas.

Recorrer a uma divindade foi utilizado, assim como à justiça pública, como fontes externas ao sujeito para auxiliar no controle de emoções e desejos de mudança de comportamentos. O sujeito refere-se a um vizinho que havia seduzido sua filha de 12 anos e que controlou seu desejo de matá-lo, recorrendo à Justiça: "a gente querendo... e com fé em Deus a gente consegue o que quer"; "fiquei tão revoltada com a vida e tive que me controlar, apelar pra Justiça".

Nos relatos, encontramos que comportamentos sociais são considerados mais importantes de serem controlados do que os relacionados com a saúde pessoal.

O sujeito "N" apresentou, além do comportamento de rezar, comportamentos adaptativos: busca de informação com relação à adesão ao tratamento "converso com outras pessoas para orientação". A própria forma como relata a doença em outras sessões mostra que o sujeito precisa de um interlocutor, na maioria das vezes um dos filhos, que diga o que tem e o que deve fazer.

Os sujeitos não relacionaram autocontrole com a doença crônica apesar de relatarem exemplo de análise de condições e conseqüência de respostas novas em diversos episódios de sua vida. As regras apresentadas incluem entidades superiores como detentoras da responsabilidade pelas mudanças que desejam ou alcançam. O controle das emoções parece ser o comportamento mais

desejado, sem uma análise das condições que a desencadeiam ou exemplificação clara dos comportamentos que foram eficazes.

Investigou-se sobre os comportamentos de autocontrole na história de vida dos sujeitos, para identificar se, encontrando verbalização de autocontrole, o portador seguiria o tratamento. A descrição do comportamento de autocontrolar-se, como de manipular condições para emissão de comportamento, não ocorre. De fato, esse repertório parece não existir, encontrando-se uma declaração de intenção de controle emocional. Também o fato de a doença ser compreendida como de responsabilidade da divindade toma os comportamentos eficientes menos prováveis. Rezar não é seguir tratamento, embora possa reduzir a ansiedade em relação à doença. Nos sujeitos, essa redução de ansiedade (se ocorreu) não levou a comportamentos eficazes de adesão ao tratamento.

Apenas um sujeito referiu-se a autocontrole como apoio ao tratamento. Outros sujeitos reconheceram as mudanças e conquistas em suas histórias de vida, creditando-as a entidades divinas, o que sugere passividade diante de dificuldades, necessidade de mudanças e, especialmente, falta de repertório de um conjunto de ações eficazes e análise de condições existentes. DiMatteo e DiNicola (1982) propõem que o profissional de saúde investigue,

junto ao paciente, evidência de comportamentos de autocontrole em sua história de vida, sugerindo ao portador que, se o desejar, poderá efetuar e manter mudanças em seu estilo de vida e novos dados, talvez diferenças culturais, não demonstram essa relação. De fato, o comportamento de autocontrolar-se seria solução possível, mas exigiria planejamento detalhado e especialmente modificação da filosofia de vida, centrando o próprio indivíduo como responsável para o planejamento de condições que favoreçam a emissão do comportamento para manter a doença crônica sob controle. É mostrar a responsabilidade pessoal pela saúde.

Concluindo, podemos afirmar que este estudo mostrou que os sujeitos dizem frases que poderiam ter a função de resposta controladora, mas não há evidência, em seus relatos, da eficácia delas. Uma frase clara que descreva quais os resultados esperados e produzidos é quase inexistente, especialmente se pensarmos em manutenção do comportamento. Procedimentos de autocontrole que descrevam técnicas além de instrução ou oração são raros. Este estudo demonstra que talvez ensinar estratégias de autocontrole, como definição clara de objetivos, análise dos problemas e treinamentos de respostas, reestruturação ambiental e liberação de consequências, entre outras, possa ser um caminho promissor para futuras pesquisas.

Bibliografia

BURISH, T. G. & BRADLEY, L. A. (1983). Coping with chronic disease: definition and issues. Em T. G. Burish e L. A. Bradley (Org.). *Coping with chronic disease: research and aplications* (cap. 1,3-12). New York: Academic Press Inc.

DiMATTEO, M. R & DiNICOLA, D. D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical pratitioner's role.* New York: Pergamon Press.

GLASGOW, R E. , McCAUL, K.D. , & Schafer, L. C. (1986). Barriers to regimen adherence among persons with insulin-dependents diabetes. *Journal of Behavioral Medicine, 9,* 65- 77.

HA YNES, R B. (1979). Determinants of compliance: the disease and the mechanics oftreatment. Em R. B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett, (Org.). *Coping with Chronic Illness,* Philadelphia: F. A. Davis, 215-243.

JENKINS, C. D. (1995). An integrated behavioral medicine approach to improving care of patients with diabetes mellitus. *Behavioral Medicine,* 21,2,53-65.

KERBAUY, R R; BRAZ, A. L. N. & HELLER, D. C. L. (1988). Estratégias levantadas para atuação com familiares de diabéticos. *Resumos da 46" R. A. da SBPC,* Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 960.

LUBKIN, J. M. (1986). Chronic Illness: Impact and interventions. Boston: Jones and Bartlett Publishers, Inc.

MEICHENBAUM, D. & TURK, D. C. (1989). *Facilitating treatmentadherence.* New York: Plenum Press.

OAKLEY, W. G.; PIKE, D. A. & TAYLOR, K. W. (1975). *Diabetes and its management* (2;& ed.). London: Blackwell Scientific Publications.

RAINWATER, N.; AYLLON, T.; FREDERIKSEN, L. W.; MOORE, E. J. & BONAR, J. R. (1985). Teaching self-management skills to increase diet complience in diabetics. *Adherence, Compliance and Generatization in Behavioral Medicine.* New York: Brunner/Mazel, Publishers.

RUBIN, R. R. & PEYROT, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes. *Diabetes Care,* vol. 25, 11, 1 640-1 657.

SHERBOURNE, C. D. & HAYS, R. D. (1990). Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior,* vol. 31, (December): 328-343.

SOUTHAM, M. A. & DUNBAR, J. M. (1986). Facilitating patient compliance with medica! interventions. Em K. Holroyd e T. Creer (Org.). *Self-management of Chronic Disease,* New York: Academic Press.

STACHINIK, STOFFELMAYR & HOPPE (1983). Prevention, behavior change and chronic disease. *Coping with Chronic Disease*. New York: Academic Press.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, 1.; FAGERHAUGH, S.; GLASER,B.; MAINES, D.; SUCZEK, B. & WIENER, C. (1984). *Chronic Illness and Quality of Life* (2il ed.). St. Louis: C. V. Mosby.

WATKINS, J. D.; WILLIAMS, F.; MARTIN, D. A.; HORGAN, M. D. & ANDERSON, E. (1967). A study of diabetic patients at home. *Amer. louro Publish Health*, 57, 452-459.

W ATTS, N. B. (1990). Individualized goal setting for diabetic control. *Diabetes Care*, 13(7), 811-812.

WING, R. L.; EPSTEIN, L. H.; NOWALK, M. P. & LAMPASKI, D. M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99, 78-89.

INDEX BOOKS GROUPS