



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATÁLIA GUIMARÃES DIAS

**AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS DE PELE A PARTIR DE RELATOS
DE SUAS MÃES**

NATÁLIA GUIMARÃES DIAS

**AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS DE PELE A PARTIR DE RELATOS
DE SUAS MÃES**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento, ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon.

Londrina
2010

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D541a	<p>Dias, Natália Guimarães. Avaliação comportamental de crianças com doenças crônicas de pele a partir de relatos de suas mães / Natália Guimarães Dias. – Londrina, 2010. 74 f.: il.</p> <p>Orientadora: Márcia Cristina Caserta Gon. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós- Graduação em Análise do Comportamento, 2010. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Comportamento – Avaliação – Teses. 2. Doenças crônicas – Crianças – Comportamento – Teses. 3. Psicologia infantil – Teses. 4. Pele – Doenças crônicas – Teses. I. Gon, Márcia Cristina Caserta. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 159.9.019.43</p>
-------	---

NATÁLIA GUIMARÃES DIAS

**AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS DE PELE A PARTIR DE RELATOS DE SUAS MÃES**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Maura Alves Nunes Gongora
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Felipe D'Alessandro F. Corchs
USP – São Paulo - SP

Londrina, 29 de novembro de 2010.

DEDICO

Às minhas avós Heny e Izaura, que se foram durante esse processo, mas me ensinaram a enfrentar as dificuldades com força e ternura.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon, orientadora dessa dissertação, por quem tenho profundo respeito, carinho e admiração, pela confiança, paciência e respeito desde a graduação, por ter me apresentado e me dado a oportunidade de participar desde o primeiro ano da faculdade de um projeto de pesquisa, me permitindo entrar em contato com esse contexto, e por ter me acolhido em todos os momentos, principalmente no mestrado, manifestando gentileza, cuidado e disponibilidade em compreender meus momentos de instabilidade. Agradeço, sobretudo, por ter discutido tantas vezes comigo esse trabalho, compartilhando seu tempo, conhecimento e contribuindo para que eu desenvolvesse repertórios importantes para vários contextos da minha vida.

Aos alunos e professores do Mestrado em Análise do Comportamento pelos ensinamentos e discussões enriquecedoras.

À Profa. Dra. Maria Luiza Marinho, professora e coordenadora do mestrado quando comecei a cursá-lo, pelo respeito, apoio e consideração em todos os momentos do curso.

À Profa. Dra. Cynthia Borges de Moura pelos ensinamentos e incentivo, não só no mestrado, mas durante a graduação e, sobretudo, por ter despertado em mim a paixão pelo mundo da criança.

À Prof. Dra. Josy Muriana, pelas contribuições feitas ao trabalho durante a banca de qualificação.

À Prof. Dra. Maura Alves Nunes Gongora, pela dedicação, competência e gentileza durante todo o curso, pelas contribuições durante a banca de qualificação e a disposição em discutir novamente o trabalho na banca de avaliação, contribuindo novamente com sua construção.

Ao Prof. Dr. Felipe D'Alessandro F. Corchs por aceitar tão prontamente participar da banca de avaliação e pelas contribuições feitas ao trabalho.

Ao Jonas, secretário do mestrado, pela gentileza e disponibilidade durante esse processo.

Aos alunos Robson e Jaderson, por terem realizado a categorização dos relatos.

Às companheiras de estudo e apartamento Mariana Salvadori Sartor e Ticiane Siqueira Ferreira, por todas as vezes que leram esse trabalho e contribuíram para o seu desenvolvimento e por todo o carinho, respeito e amizade que compartilharam comigo nesse período.

A meu pai João Carlos e minha mãe Sônia pelas contribuições e confiança na importância do processo educativo, dando suporte financeiro e emocional e pela prontidão em me socorrer sempre que necessário, muitas vezes sem que eu precisasse solicitar.

A meu irmão Guilherme, que compartilha comigo o gosto pelo conhecimento, pelo apoio incondicional e suporte constante, ainda que distante, e por ter sido um modelo de competência e conduta disponível em minha vida desde que me lembro.

A meu primo Daniel, pelo carinho, cuidado e acolhimento em todos os meus momentos de fragilidade.

A meu primo João Amilcar, pela disponibilidade e gentileza, por imprimir meus trabalhos, renovar minhas matrículas, me receber em sua casa, mas principalmente pelo acolhimento, carinho, amizade e confiança sempre presentes.

A meu marido Caio, por ter me esperado durante a graduação e o mestrado, por ter sido sempre tão carinhoso e compreensivo, me ajudando a aceitar minhas fraquezas e me permitindo ser mais frágil e delicada, ainda que “suportando” a minha “braveza” característica. Agradeço principalmente, por nunca ter me pedido para desistir ou ao menos não tentar, me acolhendo e incentivando durante todo o tempo que estamos juntos.

DIAS, Natália Guimarães. **Avaliação comportamental de crianças com doenças crônicas de pele a partir de relatos de suas mães.** 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

O prognóstico, a evolução, a rotina de cuidados requeridos e a visibilidade da condição da pele são variáveis que podem afetar negativamente o comportamento de crianças com dermatite atópica, psoríase ou vitiligo. Estresse, ansiedade e depressão infantil são as classes comportamentais relatadas com mais frequência em pesquisas realizadas com esta população. Além disso, o desconhecimento ou má compreensão que o cuidador tem sobre a etiologia, tratamento e prognóstico da doença é um fator que pode dificultar a aceitação do problema e adesão ao tratamento. Os pais, em especial, as mães, são responsáveis pelos cuidados da criança e têm grande influência no desenvolvimento de seus padrões comportamentais. Por esta razão, é importante conhecer, mediante seu ponto de vista, como avaliam o comportamento de sua criança com dermatose crônica e como explicam o aparecimento e exacerbação dos sintomas da doença. Realizaram-se dois estudos, utilizando os relatos de mães que procuraram por atendimento psicológico em grupo para pais de crianças com dermatose crônica, oferecido por uma universidade pública do Paraná. O primeiro investigou competências sociais e problemas de comportamento (internalização e externalização) em crianças com dermatite atópica, psoríase ou vitiligo, segundo avaliação de 26 mães por meio do CBCL. No segundo, fez-se a análise de relatos de 13 destas mães, as quais avaliaram a criança como clínica para problema de comportamento, quanto à atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose. Agruparam-se os dados em cinco categorias (fatores ambientais, genéticos e biológicos, situacionais, da interação da mãe/pai com a criança e emocionais) e fez-se o cruzamento destas com (1) o tipo de dermatose e (2) o perfil para o qual a criança foi avaliada como clínica no estudo 1. Os resultados encontrados no estudo 1 sugerem que crianças com dermatite atópica são menos competentes socialmente do que aquelas com psoríase ou vitiligo, sobretudo para atividades. Para as três doenças houve maior porcentagem de crianças clínicas do que não-clínicas quanto a problema total. Porcentagens mais elevadas de crianças com dermatite atópica e psoríase foram avaliadas como clínicas para os perfis internalizante e externalizante. A maioria das crianças com vitiligo não foram consideradas clínicas para os dois perfis. No estudo 2, houve atribuição de causa ao aparecimento e/ou exacerbação dos sintomas relacionada a fatores ambientais, genéticos e biológicos (dermatite atópica), fatores ambientais e emocionais (psoríase) e a fatores emocionais, situacionais e da interação da mãe/pai com a criança (vitiligo). Mães de crianças que avaliaram os filhos como clínicos para perfil internalizante e ambos (INT+EXT) relacionaram mais a dermatose a fatores emocionais, do que aquelas avaliadas somente para o perfil externalizante. Tomados juntos, os resultados indicam que: 1- é relevante considerar a condição de saúde como uma variável que pode interferir na avaliação das mães quanto a problemas de comportamento de sua criança e 2 - há uma relação entre o perfil

comportamental da criança avaliado no CBCL e o modo como elas relatam fatores que influenciam ao surgimento da doença e/ou exacerbação dos sintomas.

Palavras-chave: Doenças crônicas de pele infantis. Mães. Avaliação Comportamental. Relatos. CBCL.

DIAS, Natália Guimarães. **Behavioral assessment of children with chronic skin disease from their mother's reports.** 2010. 74 f. Dissertation (Master's Degree in Behavior Analysis) – State University of Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Prognosis, evolution, the routine of required care and the visibility of the skin condition are variables that can negatively affect behavior of infants with atopic dermatitis, psoriasis or vitiligo. Stress, anxiety and infant depression are the most frequently reported behavioral classes in surveys carried out within this population. Besides, the lack of knowledge or misinformation the caretaker has about etiology, treatment and prognosis of the disease are factors that can make it difficult to accept the problem and to adhere to treatment. Parents, especially mothers, are the main caretakers and have great influence upon the development of their children's behavioral patterns. Thus, it is important to know, from their points of view, how they assess behavior of their infant who has a chronic dermatosis and how they explain the emergence and exacerbation of the symptoms of the disease. Two studies have been performed, using reports from mothers that sought for psychological help in a support group for parents in a public university in the state of Paraná. The first investigated social competences and behavioral problems (internalization and externalization) among children with atopic dermatitis, psoriasis or vitiligo, according to assessments of 26 mothers through CBCL. For the second study, we analysed the reports of 13 mothers of this group, who evaluated their children as clinical for behavioral problem, regarding attribution of cause for the emergence and/or exacerbation of symptoms of the dermatosis. Data were grouped in five categories (environmental, genetic and biological, situational, interaction between the mother/father with child factors as well as emotional) and we crossed them with (1) the kind of chronic dermatosis and (2) the child's clinical profile according to study 1. Study 1 suggested that children with atopic dermatitis are less socially competent than those with psoriasis or vitiligo, especially for activities. Among the three diseases, we found a larger percentage of clinical children compared to nonclinical ones as for total problem. We evaluated higher percentages of children with atopic dermatitis and psoriasis as clinicals for the internalizing and externalizing profiles. The majority children with vitiligo were not considered clinical for both profiles. Study 2 showed attribution of cause to the emergence and/or exacerbation of symptoms in terms of environmental, genetic and biological factors (atopic dermatitis), environmental and emotional factors (psoriasis) as well as emotional and situational ones and interaction mother/father with child (vitiligo). Mothers who evaluated their children as clinical for internalizing profile as well as both (INT+EXT) linked the dermatosis more strongly with emotional factors, as which those only evaluated for the externalizing profile. Taken together, such results indicate that 1 – it is relevant to consider health condition as a variable that can interfere in the way mothers assess their children's behavior and 2 – there is a connection between the child's behavioral profile evaluated on the CBCL and the way they report factors that influence the emergence and/or exacerbation of the symptoms of the disease.

Keywords: Infant chronic skin disease. Mothers. Behavioral assessment. Reports. CBCL.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Descrição das categorias dos relatos das mães50
- Figura 2** – Palavras extraídas dos relatos das agrupadas nas cinco categorias51

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características da amostra quanto ao tipo de doença, sexo e idade da criança e idade, escolaridade e estado civil da mãe.....33
- Tabela 2** – Avaliação das mães do comportamento da criança no CBCL quanto a competência social e tipo de dermatose crônica34
- Tabela 3** – Avaliação das mães do comportamento da crianças no CBCL quanto a problemas de comportamentos e tipo de dermatose crônica35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBCL	Child Behavior Checklist
CL	Clínico
DA	Dermatite Atópica
EXT	Externalizante
INT	Internalizante
INT+EXT	Internalizante e Externalizante
NC	Não-clínico
PSO	Psoríase
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VIT	Vitiligo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	14
1.1 DESCRIÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO	20
1.1.1 Instrumentos	21
1.1.2 Procedimento	23
CAPÍTULO 2 – ESTUDO 1	25
2.1 MÉTODO	29
2.1.1 Participantes.....	29
2.1.2 Instrumento	29
2.2.1 Procedimento	31
2.2.2 Análise dos Dados	31
2.2.3 Resultados	32
2.3.1 Discussão.....	35
2.3.2 Considerações Finais.....	41
2.3.3 Conclusão	43
CAPÍTULO 3 – ESTUDO 2	44
3.1 MÉTODO	48
3.1.1 Participantes.....	48
3.1.2 Instrumentos.....	48
3.3.1 Procedimento	49
3.3.3 Análise dos Dados	50
3.3.4 Resultados	50
3.4.1 Discussão.....	57
3.4.2 Considerações Finais.....	64
3.4.3 Conclusão	66
CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70

CAPÍTULO 1

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

São observadas na área da saúde, diversas doenças crônicas que oneram o Sistema de Saúde Pública (SUS) com tratamentos contínuos, consultas recorrentes e custos de medicamentos para controle, os quais se mostram insuficientes, sendo eficazes apenas em atenuar o sofrimento daqueles que convivem com a doença. (SILVA; MÜLLER, 2007).

Estão entre essas doenças, dermatoses crônicas, as quais têm em comum insuficiência de recursos médicos-farmacológicos disponíveis para curá-la, duração prolongada, períodos críticos de exacerbação dos sintomas, necessidade de tratamentos e supervisão contínuos, acometimento patológico da pele e uso de medicação tópica para controle dos sintomas. (PIRES; CESTARI, 2005).

Entre as dermatoses que podem acometer crianças estão a dermatite atópica, a psoríase e o vitiligo, as quais embora tenham em comum as características acima, tem diferenças quanto à forma de manifestação na pele, sendo estas descritas a seguir. (PIRES; CESTARI, 2005).

A dermatite atópica é uma doença crônica de pele caracterizada por períodos de exacerbação e remissão dos sintomas; tem início precoce, em geral, no primeiro ano de vida. Em 95% dos casos se inicia antes dos cinco anos e em menos de 1%, na vida adulta. Suas principais manifestações são: pele seca, prurido e curso crônico, com surtos de agudização. (PIRES; CESTARI, 2005).

Para diagnosticar a dermatite atópica são necessários exame clínico e anamnese detalhados, devendo ser analisados: características das lesões de pele, presença e características do prurido, curso e evolução da doença, fatores agravantes ou desencadeantes ou de melhora, e investigação de doenças associadas (sendo comum a apresentação de outras doenças do terreno atópico como asma e rinite sazonal). (PIRES; CESTARI, 2005).

O tratamento clássico da dermatite atópica tem por objetivo a melhora de sintomas e sinais, a prevenção de recorrência e das exacerbações. Para isso, devem ser tomadas medidas educativas e de cuidados com a pele. Por medidas educativas entende-se bom relacionamento médico/paciente e compreensão da família sobre a doença e seus tratamentos. Já com relação aos

cuidados com a pele podem-se enumerar vários cuidados que devem ser tomados como: banhos rápidos e com água morna; diminuição no uso de sabonetes e dar preferência aos líquidos e infantis; preferência por banhos de imersão ao invés de duchas; evitar toalhas muito ásperas; enxugar sem coçar a pele; aplicar hidratante logo após o banho; aplicar medicação tópica com a pele levemente úmida; evitar contato com substâncias irritantes como sabão e detergentes; usar roupas leves, claras, de algodão e evitar contato com lã; lavar roupas novas antes de usá-las; preferir sandálias ao invés de tênis; evitar roupas apertadas; remover etiquetas das roupas; preferir roupas íntimas brancas, de algodão e que não dobrem; manter-se, sempre que possível em temperatura ambiente estável, evitando atividades que levem a sudorese; evitar carpete, cortinas, objetos de pelúcia e móveis estofados; não coçar ou atritar a pele e manter as unhas bem curtas para não escoriar. (PIRES; CESTARI, 2005).

Já a psoríase é uma enfermidade inflamatória da pele caracterizada por lesões avermelhadas na pele recobertas por escamas, que pode acometer pessoas de diferentes idades, sendo, entretanto, mais comum na faixa etária de 10 a 40 anos. (BRUFARU; BERNA; REDONDO; ANDREO; GRAS, 2010). Sua causa é ainda desconhecida e seu curso é crônico e imprevisível, caracterizado por períodos de exacerbações e remissões dos sintomas. Na infância, pode afetar áreas como genitália, região glútea e periumbilical. (ROMITI; MARAGNO; ARNONE; TAKAHASHI, 2009).

Sabe-se que aproximadamente um terço dos adultos com psoríase relata seu início antes dos 16 anos, sendo, porém, mais grave a evolução da doença, quanto mais precoce for a sua manifestação. No tratamento, algumas das técnicas utilizadas com adultos têm indicação limitada na infância, sendo por isso, o tratamento feito, em geral, com medicações tópicas semelhantes às usadas com adultos, como coaltar, corticoesteroides, antralina e calcipotriol. É também recomendado o uso de emolientes e/ ou umectantes (lactato de amônio, vaselina, ceramidas ou óleo mineral) usados como coadjuvantes ou alternados com produtos ativos ou ainda em fases assintomáticas da doença. (GONTIJO; ROMITI, 2007).

O vitiligo, por sua vez, é uma doença crônica de pele caracterizada pela destruição de melanócitos e conseqüente perda de melanina. Em geral seu diagnóstico clínico é fácil devido à presença de máculas acrômicas e, portanto, à ausência total de pigmentação na pele (acromia), diferenciando-se assim, de outras

dermatoses que evoluem com diminuição da pigmentação. Sua etiologia é ainda desconhecida, entretanto, alguns fatores precipitantes como estresse, exposição solar intensa e exposição a determinados pesticidas parecem associadas ao surgimento do problema de pele. Embora possa afetar áreas diversas, acomete preferencialmente regiões como: face, punhos, dorso dos dígitos, genitália, dobras naturais da pele, eminências ósseas (cotovelos, maléolos) e cabelos. (ROSA; NATALI, 2009).

De acordo com Silva, Gontijo, Pereira e Ribeiro (2007), 5% dos casos de vitiligo têm início antes dos vinte anos de idade e 25%, antes dos 10 anos, embora haja relatos de casos com início nos primeiros seis meses de vida. Quanto ao tratamento, recomenda-se o uso de medicação tópica à base de corticóides para lesões pequenas e de corticóides por via oral se as manchas estiverem se alastrando rapidamente. O tratamento mais utilizado é a fototerapia, na qual a pessoa deve ficar sob o sol após fazer uso de substâncias fotossintetizantes que estimulam a pigmentação da pele. (ROSA; NATALI, 2009).

Dermatite atópica, vitiligo e psoríase são dermatoses crônicas nas quais o prognóstico, a evolução, a rotina de cuidados requeridos e a visibilidade da condição, podem ser identificadas como variáveis “capazes” de afetar o comportamento do paciente e de sua família. (GON; ROCHA; GON, 2005). Crianças com doenças crônicas de pele e suas famílias sofrem uma série de alterações em sua rotina habitual, já que são necessárias visitas a médicos e a inclusão de diversos cuidados com a pele no seu dia-a-dia, como usar medicação tópica, por exemplo.

Estudos têm investigado a relação entre problemas de pele e características comportamentais. Neles têm sido descritos comportamentos comuns entre crianças com dermatoses crônicas como: estresse (BRUFARU et al., 2010; LUDWIG; OLIVEIRA; MÜLLER; GONÇALVES, 2008b), redução na qualidade de vida da criança e da família (BRUFARU et al., 2010, LUDWIG; OLIVEIRA; MÜLLER; MORAES, 2009), ansiedade, tristeza, retraimento (LUDWIG et al., 2008b; LUDWIG et al., 2009) e dificuldades de interação social. (MOTA; GON; GON, 2009).

No caso da dermatite atópica, há cerca de 50 anos vêm sendo estudadas essas relações, as quais são ainda discutidas, sendo evidenciados comportamentos que parecem frequentes entre crianças com tal dermatose como: depressão, retraimento (NETO et al., 2005; SILVA; MÜLLER, 2007), ansiedade

(KIEBERT et al., 2002; NETO et al., 2005; SILVA; MÜLLER, 2007), sofrimento, redução do bem-estar, redução da capacidade funcional, problemas de sono e dificuldades de socialização. (KIEBERT et al., 2002; LUDWIG et al., 2008b; WARSCHBURGER; BUCHHOTZ; PETERMAN, 2004).

No caso da psoríase e do vitiligo os estudos relacionados à infância parecem mais voltados a descrições médicas referentes a tais doenças. Entretanto, estudos realizados com adultos com essas dermatoses têm apontado padrões comportamentais relevantes como: baixa auto-estima, no caso do vitiligo (SILVA; SILVA, 2005); vergonha (BRUFARU et al., 2010; MAGIN et al., 2009; MOTA et al., 2009), culpa (MOTA et al., 2009), dificuldades interpessoais (BRUFARU et al., 2010; MOTA et al., 2009), baixa auto-estima (BRUFARU et al., 2010), vulnerabilidade ao estresse, ansiedade e depressão. (BRUFARU et al., 2010; SILVA; SILVA, 2005), em indivíduos com psoríase.

Embora as pesquisas aqui referidas demonstrem serem relevantes os estudos de possíveis relações entre dermatoses crônicas e características comportamentais, a literatura é escassa e inconclusiva ao investigá-las em crianças. Até o momento, não é possível descrever um perfil comportamental peculiar a crianças com dermatoses crônicas, além de não ser possível afirmar se os comportamentos-problema apresentados por crianças com determinada doença crônica de pele (como as características de crianças com dermatite atópica descritas acima) se estenda a crianças outras dermatoses. (BRUFARU et al., 2010; KIEBERT et al., 2002).

No caso da Análise do Comportamento, nenhum estudo foi encontrado que procurasse investigar o perfil comportamental de crianças com doenças crônicas de pele. Tal temática, no entanto, é pertinente à investigação do analista do comportamento, já que uma doença crônica pode ser entendida como uma importante variável capaz de afetar o comportamento da criança e de sua família, podendo favorecer o contato dos mesmos com contingências para as quais ainda não estão adaptados, como as rotinas de tratamento e o enfrentamento de situações de estigmatização, por exemplo, podendo ser por isso, um contexto favorável à emissão de comportamentos desadaptativos por crianças com tal condição de saúde e sua família.

A inclusão dos pais nesses estudos é, portanto, relevante, pois o ambiente familiar é o primeiro ambiente social da criança, aquele onde passa mais

tempo e tem acesso ao maior número de consequências reforçadoras, sendo as interações ali desenvolvidas de grande influência no desenvolvimento de seus padrões comportamentais. (SILVARES, 2004; WAHLER, 1976).

No caso de crianças com doenças crônicas de pele, é possível que tal inclusão seja ainda mais relevante, sobretudo das mães, já que observações clínicas demonstraram serem as mesmas as responsáveis pela maioria dos cuidados com a criança e o tratamento, o que exige a sua participação em um número ainda maior de atividades da vida da criança. Acrescenta-se ainda o papel das mães como modelo de interação com a doença, assim como importante fonte de informações sobre o problema de pele, sendo clara a sua importância na adaptação da criança a todo o contexto envolvendo a dermatose.

Entretanto, mães e cuidadores, assim como a criança, podem ter dificuldade em compreender a doença, e por isso, relacionarem o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose da criança a eventos que não estejam relacionados à sua etiologia, prognóstico e tratamento, o que pode dificultar a aceitação do problema, a adesão ao tratamento e o manejo de contingências favoráveis à manifestação dos sintomas da doença crônica de pele.

Apesar de não existirem evidências empíricas conclusivas que mostrem uma relação direta entre estresse e doença crônica de pele, estudos feitos com adultos diagnosticados com psoríase e vitiligo têm encontrado atribuição de causa pelo paciente ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas a situações de perdas, como morte ou separação de uma pessoa próxima. (SOUZA et al., 2005).

Gon et al. (2005) investigaram situações de estigmatização em crianças com algum tipo de dermatose crônica, mediante situações apresentadas em um livro de estória infantil. A partir da narração das crianças, os autores observaram que algumas atribuíam o aparecimento de sua doença a causas fictícias como a algo que a mãe havia desejado comer durante a gravidez e não o fez. Relataram também nervosismo, tristeza e problemas na escola, como possíveis causas para o aparecimento ou piora dos sintomas da dermatose. Segundo os autores, este tipo de atribuição causal pode ser devido à falta de informações recebidas de seus pais, os quais podem não transmiti-las por receio de trazer-lhes mais sofrimento, ou ainda, por não terem tido acesso ou não compreenderem as informações que receberam, o que favorece explicações do senso comum ao tentar entender a doença. Discutem ainda, que uma compreensão adequada dos

cuidadores sobre a dermatose, suas possíveis causas e prognóstico, poderiam favorecer o manejo adequado de todo o contexto envolvendo a doença crônica de pele da criança.

Analistas do comportamento entendem que o conhecimento das variáveis das quais um comportamento é função permite prever a sua ocorrência e assim, manejar contingências para tornar a sua emissão mais ou menos provável. (SKINNER, 1953/2003). Dessa forma, é possível que mães de crianças com doenças crônicas de pele que reconheçam relações de contingência favoráveis ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas, sejam capazes de prever e controlar tais condições, reduzindo sua probabilidade de ocorrência. Contudo, a atribuição feita a situações apresentadas pelas crianças no parágrafo anterior não descrevem as contingências que possam estar, de fato, envolvidas na manifestação dos sintomas da doença. Esta não descrição ou uma descrição incompleta podem dificultar o seu manejo de contingências de forma mais eficiente.

Assim, é possível que o levantamento da avaliação que mães fazem do comportamento das crianças, assim como dos eventos que relacionam ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas do problema de pele de seu filho, sejam relevantes para a formulação de futuros estudos que permitam melhor compreensão das variáveis das quais tais comportamentos são função, favorecendo o desenvolvimento de programas de intervenção pertinentes às necessidades dessa população.

Com base nessas premissas, pretendeu-se nessa dissertação de mestrado em Análise do Comportamento, investigar a avaliação comportamental feita por mães de crianças de 6 a 12 anos de idade com diagnóstico médico dermatológico de dermatite atópica, psoríase ou vitiligo. Para isso, foram realizados dois estudos, sendo cada um deles apresentado de forma independente e em formato de artigo científico, já que se pretende enviá-los separadamente para publicação.

No estudo 1, investigou-se a avaliação de 26 mães do comportamento de seus filhos com dermatite atópica, psoríase e vitiligo, por meio do Child Behavior Checklist (CBCL), quanto a competência social (competência total, atividades, escolares e sociabilidade) e problemas de comportamento (problema total, perfil internalizante e perfil externalizante).

No estudo 2, foram investigados relatos de 13 mães quanto às causas que atribuem ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença crônica de pele do seu filho, considerando o diagnóstico médico dermatológico da criança (dermatite atópica, psoríase ou vitiligo) e o perfil para o qual foram considerados clínicos no estudo 1 (perfil internalizante, externalizante ou ambos).

Em ambos os casos tratam-se de estudos retrospectivos, sendo os dados utilizados coletados no período de 2003 a 2007, durante realização de um projeto de extensão à comunidade que previa avaliação e atendimento psicológico para crianças com dermatoses crônicas e suas famílias, oferecido pelo curso de psicologia da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Professora Doutora Márcia Cristina Caserta Gon, intitulado “Atendimento Psicológico para crianças com doenças crônicas de pele e seus pais: avaliação e intervenção clínica comportamental”. (PROEX 004.001.146.000).

A decisão pela utilização desses dados foi tomada por motivo de conveniência, por estar de acordo com os objetivos do estudo e pela dificuldade em reunir uma amostra tão significativa (n=26) de mães de crianças com doenças crônicas de pele que se dispusesse a participar do estudo em tempo hábil para sua realização dentro dos prazos previstos para o programa de Mestrado em Análise do Comportamento.

Estão descritas a seguir algumas características do projeto realizado no período de 2003 a 2007, pertinente à melhor compreensão dos dados empregados e dos instrumentos selecionados para os dois estudos apresentados nessa dissertação.

1.1 DESCRIÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO

Tratava-se de um projeto de extensão à comunidade intitulado “Atendimento Psicológico para crianças com doenças crônicas de pele e seus pais: avaliação e intervenção clínica comportamental” (PROEX 004.001.146.000), desenvolvido no período de 2003 a 2007, por alunos da graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), orientados pela Professora Doutora Márcia Cristina Caserta Gon.

Esse projeto previa avaliação e atendimento psicológico em grupo para crianças de 6 a 12 anos com diferentes doenças crônicas de pele, tais como

vitiligo, dermatite atópica, psoríase, hemangioma de face, entre outras. Além do atendimento a crianças, foram formados também nesse período, grupos de orientação às mães. Seu objetivo era identificar as principais queixas familiares e ajudar a criança e sua família a lidarem melhor com a doença e o tratamento.

Anualmente, antes de serem formados os grupos, era feita divulgação do projeto na cidade de Londrina em jornais locais, rádio, televisão, folder e cartazes afixados em ônibus urbanos, postos de saúde e hospitais do município.

Todas as mães que procuravam o projeto eram informadas sobre objetivos, metodologia e aspectos éticos referentes a sua participação no estudo. Aquelas que se dispunham a participar liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual consentiam participação da criança e da família nas atividades referentes ao projeto e também a utilização dos dados coletados em pesquisas, assim como sua divulgação em eventos e espaços acadêmicos e científicos, desde que respeitando critérios éticos de privacidade.

Após a assinatura do Termo de Consentimento, todas as mães eram incluídas no projeto, sendo as mesmas ou seus filhos, incluídos respectivamente, em grupos de atendimento ou orientação psicológica. Antes de iniciar a intervenção, no entanto, todas preenchiam uma ficha de triagem e respondiam a uma entrevista semi-estruturada e a um instrumento padronizado de avaliação comportamental denominado "Child Behavior Checklist" (CBCL). Todos os instrumentos eram respondidos em sessões individuais realizadas em salas da clínica-escola de psicologia da UEL.

1.1.1 INSTRUMENTOS

Entrevista de triagem infantil - A entrevista de triagem infantil é um roteiro de entrevistas usado para levantar dados mais gerais sobre os participantes como: nome, idade, endereço, telefone, escolaridade, dados do núcleo familiar como composição da família, número de pessoas que residem na casa com a criança, idade e sexo das pessoas que compõem o núcleo familiar, renda e estado civil dos pais, além de informações sobre o encaminhamento, uso de medicação pela criança e histórico de atendimento psicológico ou psiquiátrico atual ou anterior ao estudo. Tal instrumento foi usado no projeto por permitir conhecer características relevantes sobre a população estudada.

Roteiro de entrevista semi-estruturado - A formulação das questões que constam nesse roteiro foi baseada em referencial teórico sobre dermatoses crônicas na infância e nos objetivos do projeto de extensão, permitindo abordar os seguintes tópicos: tratamentos/história da doença; pressões psicológicas sobre os pais; estilo de vida da família; distúrbios de sono; escola; efeitos da doença no comportamento da criança; vida social, relacionamento familiar; apoio fornecido pelos médicos; aspectos financeiros; expectativas quanto à participação no projeto de extensão.

Child Behavior Checklist for ages 4 – 18 (Achenbach, 1991) - A versão do inventário utilizada nesse estudo é a versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) validada por Bordin, Mari e Caieiro (1995), que recebeu o nome de “Inventário de comportamentos da infância e adolescência”. A tradução e validação cultural desse instrumento tiveram sugestões do próprio autor do CBCL (Achenbach, 1991). Para atender às necessidades da população brasileira foram necessárias algumas alterações como: vocabulário mais simples e inclusão de expressões populares, além de modificações em alguns itens de competência social a fim de que fizessem sentido para a população brasileira.

O CBCL tem por objetivo a avaliação do comportamento de crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, segundo seus pais ou responsáveis. Trata-se de um instrumento de rápida aplicação (em geral 25 a 30 minutos) e que pode ser completado de forma independente, desde que os participantes tenham habilidade de leitura.

O instrumento é composto por 138 itens, dos quais 20 destinam-se à avaliação de competência social da criança ou adolescente e 118 à avaliação de problemas de comportamento.

Os itens relacionados à Competência Social são referentes ao envolvimento da criança ou adolescente em atividades diversas, participação em organizações grupais, relacionamento com pessoas, independência no brincar ou trabalhar e desempenho escolar. Essas questões são divididas em três escalas independentes: escolares, atividades e sociabilidade, que quando somadas dão origem ao perfil da criança ou adolescente na Escala Total de Competência Social. Para responder a esses itens é necessário que os pais comparem comportamentos

de seu filho aos de outras crianças de mesma idade (nos últimos seis meses), classificando-os como: na média, abaixo da média, ou acima da média.

Já os 118 itens de problemas de comportamento são constituídos por descrições de comportamentos que podem estar presentes ou ausentes na vida da criança ou adolescente nos últimos seis meses e incluem as seguintes pontuações para cada resposta: 0 (nunca ocorrem), 1 (ocorrem às vezes) e 2 (sempre ocorrem). Essas questões são agrupadas em nove escalas individuais: isolamento social, queixas somáticas, ansiedade/ depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamentos de quebrar regras, comportamentos agressivos e problemas sexuais (sendo esta só avaliada em crianças entre quatro e 11 anos de idade). Os dados de algumas dessas escalas são novamente reagrupados, dando origem a duas novas escalas: Internalizante, que inclui as escalas de queixas somáticas, isolamento social e ansiedade/depressão; e Externalizante, que inclui as escalas de comportamento agressivo e de quebrar regras. A soma dos pontos marcados em cada uma dessas duas escalas delimita o perfil da criança na Escala Total de Problemas de Comportamento.

Para elaboração dos perfis comportamentais e sociais do CBCL, utiliza-se um programa computadorizado específico para sua correção, no qual a pontuação bruta obtida em cada uma das escalas descritas é transformada em escores T, permitindo a inclusão das crianças nas categorias clínica, limítrofe ou limítrofe.

1.1.2 PROCEDIMENTO

Os dados foram coletados por seis alunos do 4º e 5º anos de graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, previamente treinados pela orientadora do projeto para aplicação da entrevista de triagem, do roteiro de entrevista semi-estruturado e aplicação do instrumento CBCL. Durante o treinamento os alunos foram orientados pela supervisora segundo o modelo de Entrevista Clínica Inicial (ECI) proposta por Silveiras e Gongora (1998).

As entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e transcritas por dois alunos do 3º ano do mesmo curso. Esses alunos foram também responsáveis pela

transcrição das respostas das mães no CBCL para um programa de computação, no qual foi feita sua correção.

Todos os instrumentos foram respondidos pelas mães em sessões individuais, iniciadas após informações sobre os objetivos e propostas do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por aquelas que decidiram participar.

Os alunos participantes da coleta de dados foram orientados pela coordenadora a ouvirem as fitas e transcreverem o relato da mesma forma como mães e entrevistadores haviam verbalizado; nenhuma interpretação ou resumo das falas deveria ser feito.

Os mesmos alunos foram treinados pela coordenadora do projeto para transcreverem exatamente as respostas assinaladas pelas mães no CBCL para um programa computadorizado que fez a correção final do inventário, sendo os resultados apresentados nas categorias clínico, limítrofe e não-clínico, para competências sociais e problemas de comportamento, de acordo com as delimitações feitas por Achenbach (1991).

CAPÍTULO 2

ESTUDO 1

AVALIAÇÃO DAS MÃES SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO COM DERMATOSE CRÔNICA A PARTIR DO CBCL: COMPETÊNCIA SOCIAL E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

RESUMO

Estudos têm investigado a relação entre doenças crônicas de pele infantil e comportamento. Estresse, redução na qualidade de vida da criança, ansiedade, tristeza, retraimento e dificuldades de interação social são os problemas mais comumente identificados nas pesquisas. No entanto, não há evidências empíricas conclusivas que mostrem existir um perfil comportamental peculiar a crianças com dermatoses crônicas e que se diferencie (ou não) conforme o tipo de doença de pele que elas apresentam, ou em relação a outro problema crônico de saúde. Investigou-se neste estudo se há diferença na avaliação que mães fazem do comportamento de sua criança com dermatite atópica, psoríase ou vitiligo, por meio do CBCL (Child Behavior Checklist), quanto a competências sociais, internalização e externalização. Vinte e seis mães que procuraram por um grupo de orientação para pais de crianças com doença crônica de pele, de uma universidade pública, responderam ao CBCL durante entrevista inicial. Os resultados encontrados sugerem que, de acordo com a avaliação das mães, crianças com dermatite atópica são menos competentes socialmente do que aquelas com psoríase ou vitiligo, sobretudo para atividades. Com relação a problemas de comportamento, foi encontrada para as três doenças maior porcentagem de crianças clínicas do que não-clínicas quanto a problema total. Ainda, porcentagens mais elevadas de crianças com dermatite atópica e psoríase foram avaliadas como clínicas para os perfis internalizante e externalizante. A maioria das crianças com vitiligo não foram consideradas clínicas para os dois perfis. Discute-se que características comportamentais apresentadas pelas crianças, do ponto de vista de suas mães, podem relacionar-se com o tipo de dermatose crônica infantil.

Palavras-chave: Doença crônica de pele infantil. CBCL. Competência social. Internalização. Externalização.

ABSTRACT

Studies have been performed about the relationship between chronic skin diseases in children and behavior. Stress, reduction in life quality, anxiety, sadness, shyness and difficulties in social interaction are the major problems indicated in such surveys. Nevertheless, there is no conclusive empirical evidence showing the existence of a particular behavioral profile among children with chronic skin diseases, especially one that be different (or not), according to the kind of skin disease they show or to other chronic health problems. In this study, we investigated whether there is any difference in the evaluation mothers hold about their children's behavior depending on their having atopic dermatitis, psoriasis or vitiligo. We used the CBCL as for social competence, internalization and externalization. Twenty six mothers, who looked for guidance in support groups in a public university for children with skin diseases, answered the CBCL during the initial interview. Results suggest that according to mothers' evaluations, children with atopic dermatitis are less socially competent than those with psoriasis or vitiligo, especially for activities. Regarding behavioral problems, we found a larger percentage of clinical children compared to nonclinical ones as for total problem. Furthermore, we evaluated higher percentages of children with atopic dermatitis and psoriasis as clinicals for the internalizing and externalizing profiles. The majority of the children with vitiligo were not considered clinical for both profiles. We discuss that behavioral traits shown by children – from their mothers' point of view – can be related to the kind of chronic skin disease they have.

Keywords: Infant chronic skin disease. CBCL. Social Competence. Internalization. Externalization.

Dermatite atópica, psoríase e vitiligo são doenças crônicas de pele que têm como principais características o curso crônico e imprevisível e exigem rotinas de tratamento e cuidados constantes. A etiologia destas doenças ainda não é completamente conhecida e o uso de medicação tópica é necessário para o controle dos sintomas. (SAMPAIO; RIVITTI, 1998).

Apesar de estas doenças terem características em comum, elas se diferenciam quanto à forma de manifestação dos sintomas na pele. Na dermatite atópica (DA) há presença de coceira de intensidade variada e predominância de lesões na pele em áreas de intensa sudorese como pescoço, joelhos e cotovelos. (PIRES; CESTARI, 2005; SILVA; MÜLLER, 2007). A psoríase apresenta-se como lesões avermelhadas na pele, recobertas por escamas e quando se manifesta já na infância, acomete áreas como genitália, região glútea e periumbilical. (ROMITI; MARAGNO; ARNONE; TAKAHASHI, 2009). Por sua vez, o vitiligo caracteriza-se por destruição de melanócitos e consequente perda de melanina. Em geral seu diagnóstico clínico é fácil devido à presença de máculas acrômicas e, portanto, à ausência total de pigmentação na pele. (SILVA; GONTIJO; PEREIRA; RIBEIRO, 2007).

Estudos têm investigado a relação entre doenças crônicas de pele infantil e comportamento. Estresse, redução na qualidade de vida da criança, ansiedade, tristeza, retraimento e dificuldades de interação social são os problemas mais comumente identificados nestas pesquisas. (BRUFARU; BERNÁ; REDONDO; ANDREO; GRAS, 2010; LUDWIG; OLIVEIRA; MÜLLER; GONÇALVES, 2008B; LUDWIG; OLIVEIRA; MULLER; MORAES, 2009; MOTA; GON; GON, 2009).

No entanto, não há evidências empíricas conclusivas que mostrem existir um perfil comportamental peculiar a crianças com dermatoses crônicas e que se diferencie (ou não) conforme o tipo de doença de pele que elas apresentam, ou em relação a outro problema crônico de saúde. (BRUFARU et al., 2010; KIEBERT et al., 2002). Apesar disso, pais de crianças com dermatite atópica, por exemplo, relatam tanto a presença de problemas de comportamento caracterizados como internalizantes, como ansiedade, depressão, queixas somáticas e isolamento social, quanto a de externalizantes como irritabilidade, desobediência e temperamento difícil. (LAWSON; LEWIS-JONES; FINLAY; OWENS, 1998; LEWIS-JONES; FINLAY, 1995; LEWIS-JONES; FINLAY; DYKES, 2001; NETO et al., 2005; PAULI-POTT; DARUI; BECKMANN, 1999).

Neto et al. (2005) realizaram uma avaliação sócio comportamental por meio do Child Behavior Checklist (CBCL) e encontraram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões globais de internalização e externalização. As crianças com dermatite atópica mostraram mais sintomas relacionados com ansiedade, depressão, alterações de pensamento e

comportamento agressivo quando comparadas com os seus controles sem a doença.

Contudo, estudos sobre doença crônica de pele e comportamento infantil, a exemplo de Neto et al. (2005), concentram suas investigações em um único tipo de doença, em especial, a dermatite atópica. Apesar dos resultados encontrados nestas pesquisas indicarem possíveis relações entre dermatite atópica e o perfil comportamental da criança - o que é importante para o melhor direcionamento de intervenções comportamentais para esta população - não foram encontrados estudos que investigassem possíveis semelhanças ou diferenças no comportamento da criança de acordo com o tipo de doença crônica de pele que ela apresenta. Investigações como esta são relevantes para mostrar se a forma de manifestação dos sintomas na pele é uma variável que pode afetar o comportamento da criança e se será possível, futuramente, identificar um perfil comportamental de acordo com a doença.

Estudos sobre esta temática são importantes, sobretudo aqueles que se propõem a investigar relações entre a presença de uma dermatose crônica infantil e comportamento da criança. Os resultados encontrados poderiam auxiliar na compreensão sobre como o contato da mesma com contingências para as quais ainda não foi exposta ou não aprendeu a se comportar adequadamente, como as rotinas de tratamento e enfrentamento de situações de estigmatização, por exemplo, afetariam a emissão de comportamentos considerados desadaptativos ou problemáticos.

Assim, pretendeu-se nesse estudo investigar se há diferença na avaliação que mães fazem do comportamento de crianças com dermatite atópica, psoríase e vitiligo, por meio do CBCL, quanto a competências sociais, internalização e externalização.

A inclusão das mães no processo de avaliação é importante ao investigar o comportamento de uma criança uma vez que qualquer comportamento, independentemente do status de normalidade ou anormalidade que lhe é atribuído, deve ser entendido na sua relação com o ambiente e as pessoas que dele fazem parte, nos diversos contextos em que está inserido. Sabendo-se que o ambiente familiar é onde as crianças passam, em geral, a maior parte do tempo e as interações ali desenvolvidas são de grande influência no desenvolvimento de seus padrões comportamentais, é de extrema relevância, ao investigar comportamentos

que fazem parte do repertório de uma criança, a participação dos pais no processo de avaliação. (SILVARES, 2004).

2.1 MÉTODO

2.1.1 Participantes

Vinte e seis mães de crianças entre seis e 12 anos de idade com algum tipo de doença crônica de pele diagnosticada por médico dermatologista e que se inscreveram para participar do projeto de Extensão à Comunidade “Atendimento Psicológico para crianças com doenças crônicas de pele e seus pais: avaliação e intervenção clínica comportamental” (PROEX 004.001.146.000), no período de 2003 a 2007, na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

2.1.2 Instrumentos

Formulário de entrevista para triagem infantil - Foi usado para levantar informações gerais sobre a criança e sua família como: nome, idade, sexo, escolaridade, dados residenciais, constituição familiar e histórico de doença da criança.

Child Behavior Checklist for ages 4-18 (CBCL- Achenbach, 1991) - Foi escolhido para a presente pesquisa por permitir levantar dados sobre a avaliação das mães do comportamento da criança com doença crônica de pele quanto a: competência social (competência total, atividades, escolares e sociabilidade) e problemas de comportamento (problemas totais e perfis internalizante e externalizante).

A versão aqui utilizada foi validada no Brasil por Bordin, Mari e Caiero (1995) e recebeu o nome de Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência. Seu objetivo é o de identificar problemas de competência social e de comportamento de crianças entre quatro e 18 anos segundo avaliação de seus pais ou responsáveis.

O instrumento é composto por 138 itens, dos quais 20 avaliam competência social e 118, problemas de comportamento. Nas questões relacionadas

à competência social é investigado o envolvimento da criança ou adolescente em atividades diversas, participação em organizações grupais, relacionamento com pessoas, independência no brincar ou trabalhar e desempenho escolar. Ao responderem a esses itens os pais devem comparar o comportamento de seus filhos aos de outras crianças ou adolescentes de mesma idade, classificando-os como na média, abaixo da média, ou acima da média. A soma dos pontos atribuídos pelos pais a cada questão delimita sua inclusão nas categorias clínica (score T menor do que 37), limítrofe (score T entre 37 e 40) ou não-clínico (score T maior do que 40).

Na avaliação sobre problemas de comportamento são apresentados comportamentos que podem estar presentes ou ausentes na vida da criança ou adolescente, para o que os pais pontuam suas respostas de acordo com a frequência com que ocorrem: 0 (nunca ocorrem), 1 (ocorrem às vezes) e 2 (sempre ocorrem). A soma dessa pontuação é a condição para que o comportamento da criança seja classificado como clínico (score T acima de 63 pontos), limítrofe (entre 60 e 63) ou não-clínico (score T abaixo de 60).

O CBCL inclui também a medida de oito escalas individuais: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/ depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo. Essas escalas são apresentadas em dois grupos nos quais a criança também é avaliada como clínica, não clínica ou limítrofe para os perfis internalizante (formado pelas classes de respostas isolamento social, queixas somáticas e ansiedade/ depressão) e externalizante (que inclui comportamento agressivo e de quebrar regras). A correção do instrumento é feita por meio de um programa computadorizado específico.

Embora, como descrito acima, o CBCL conte com três categorias nas quais o comportamento da criança avaliado pelo cuidador possa ser incluído (clínica, limítrofe e não-clínica), neste estudo foram considerados conjuntamente os casos limítrofes e clínicos, conforme recomendação de Achenbach (1991). Esta inclusão foi feita, pois os escores denominados limítrofe e clínico são aqueles incompatíveis com o esperado para a faixa etária na qual a criança se encontra, justificando sua importância para programas de intervenção comportamental, ainda que em caráter preventivo. (BORDIN et al., 1995).

Dessa forma, os resultados da avaliação do comportamento da criança feita por sua mãe no CBCL serão apresentados nesse estudo, considerando apenas duas categorias: categoria clínica (CL) e não-clínica (NC).

2.2.1 Procedimento

Na época da coleta de dados, seis alunos do curso de graduação em Psicologia da UEL foram treinados pela coordenadora do projeto para realizarem a entrevista de triagem e aplicar o CBCL. Esses foram responsáveis pelo preenchimento da ficha de triagem e pela correção do CBCL.

Ambos os instrumentos foram respondidos em sessões individuais, iniciadas após informações sobre os objetivos e propostas do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por aquelas que concordaram em participar.

2.2.2 Análise dos Dados

As informações contidas na ficha de triagem e os resultados corrigidos do CBCL foram organizados em tabelas e gráficos para serem analisados, como descritos a seguir.

Características sócio-demográficas da amostra - Os dados referentes às informações gerais sobre a criança e sua mãe foram organizados em três grupos, de acordo com a dermatose crônica de cada uma delas [DA (dermatite atópica); VIT (vitiligo) e PSO (psoríase)]. Foi feito o cálculo de porcentagem para cada grupo separadamente, pois eram formados por um número diferente de crianças.

Avaliação do comportamento da criança por meio CBCL - Foi realizada a descrição e análise dos resultados da avaliação do comportamento da criança feita pelas mães. Assim como para a caracterização sócio-demográfica da amostra, foi realizado em cada um dos três grupos o cálculo de porcentagens considerando o número de crianças em cada um deles e suas respectivas avaliações no CBCL. Foram feitos dois tipos de comparações: intra e intergrupos.

Na primeira, cada grupo foi delimitado pelo tipo doença crônica de pele apresentado pela criança (DA; VIT; PSO). Realizou-se em cada um deles cruzamentos comparativos entre os resultados do CBCL para competência social (competência total, atividades, escolares e sociabilidade) e problemas de comportamento (perfis total, internalizante e externalizante) da criança referentes às categorias clínica (CL) e não-clínica (NC). Na segunda, compararam-se esses mesmos resultados do CBCL entre os três grupos de doenças.

2.2.3 Resultados

Caracterização da amostra quanto ao tipo de dermatose e variáveis sócio-demográficas

Em relação ao tipo de doença de pele, observa-se que 50% das crianças (13) tinham diagnóstico médico de vitiligo, 34,62% (9) de dermatite atópica e 15,38% (4) de psoríase. Considerando-se os três grupos (amostra total), houve uma porcentagem mais elevada de crianças do sexo feminino (73,08%). Sobre a faixa etária, no grupo DA houve o predomínio de crianças de 11 anos (44,44%); no grupo VIT, de 8 e 9 anos (23,08% para cada idade) e no grupo PSO, as idades de 6, 8, 9 e 12 anos distribuíram-se igualmente (25% de cada uma). Não houve crianças de 6 e 8 anos entre as crianças com DA, de 11 anos entre aquelas com vitiligo e de 7, 10 e 11 anos entre as crianças com psoríase.

Com relação às características das mães, observou-se concentração maior na amostra da faixa etária de 30 a 40 anos (50% da amostra total), a qual atingiu 100% no grupo PSO. Com relação ao seu nível de escolaridade, constatou-se porcentagem mais elevada de mães com Ensino Médio completo (30,77%), à exceção do grupo VIT, no qual a porcentagem maior foi de mães com Ensino Fundamental Incompleto (30,77%). Quanto à situação conjugal, a maioria era casada (76,92%).

Tabela 1 – Características da amostra quanto ao tipo de doença, sexo e idade da criança e idade, escolaridade e estado civil da mãe

Variáveis Sócio-demográficas	DA (n=9) %	Vitiligo (n=13) %	Psoríase (n=4) %	Amostra (n=26) %
Sexo da criança				
Masculino	22,22	30,77	25	26,92
Feminino	77,78	69,23	75	73,08
Idade da criança				
6	0	15,38	25	11,54
7	22,22	15,38	0	15,38
8	0	23,08	25	15,38
9	11,11	23,08	25	19,23
10	11,11	7,69	0	7,69
11	44,44	0	0	15,38
12	11,11	15,38	25	15,38
Idade das mães				
20 a 30 anos	11,11	23,08	0	15,38
31 a 40 anos	44,44	38,46	100	50
41 a 50 anos	44,44	23,08	0	26,92
Escolaridade materna				
Ensino Fundamental incompleto	11,11	30,77	25	19,23
Ensino Fundamental completo	0	7,69	25	7,69
Ensino Médio incompleto	11,11	7,69	0	7,69
Ensino Médio completo	33,33	23,08	25	30,77
Graduação incompleto	0	15,38	25	11,54
Graduação completo	33,33	0	0	11,54
Pós-graduação incompleto	0	0	0	0
Pós-graduação completo	11,11	0	0	3,85
Situação conjugal da mãe				
Solteira	11,11	0	0	3,85
Casada	77,78	76,92	75	76,92
Divorciada	11,11	23,08	25	19,23

Avaliação de competência social da criança no CBCL e tipo de dermatose crônica

Conforme observado na Tabela 2, foi encontrada maior porcentagem de crianças consideradas clínicas do que não-clínicas pelas mães apenas no grupo DA e para competência total (55,55%) e atividades (55,55%). Por outro lado, foi menor a porcentagem de crianças consideradas clínicas do que não-clínicas nos

três grupos quanto a competências escolares (DA=33,33%, PSO= 33,33% e VIT= 30,77%) e sociabilidade (DA= 22,22%, PSO= 33,33% e VIT= 46,15%).

No grupo VIT, observou-se porcentagem maior de crianças consideradas clínicas para sociabilidade (46,15%) do que para as outras categorias de competência social. Esta porcentagem foi mais elevada também em relação às obtidas para os grupos DA (33,33%) e PSO (22,22%) nessa mesma categoria. Para atividades, a menor porcentagem de crianças clínicas foi registrada para o grupo VIT (15,38%), seguida pelo grupo PSO (33,33%) e grupo DA (55,55%). Quanto a competências escolares foram encontradas porcentagens iguais de crianças clínicas nos grupos PSO (33,33%) e DA (33,33%) e um pouco mais baixa para o grupo VIT (30,77%).

Tabela 2 – Avaliação das mães do comportamento da criança no CBCL quanto a competência social e tipo de dermatose crônica

Competências sociais	DA %	PSO%	VIT %
Total			
CL	55,55	33,33	38,46
NC	44,45	66,67	61,54
Atividades			
CL	55,55	33,33	15,38
NC	44,45	66,67	84,62
Sociabilidade			
CL	22,22	33,33	46,15
NC	77,78	66,67	53,85
Escolares			
CL	33,33	33,33	30,77
NC	66,67	66,67	69,23

Avaliação de problemas de comportamento da criança no CBCL e tipo de dermatose crônica

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, foi encontrada maior porcentagem de crianças avaliadas como clínicas pelas mães para problema total, independentemente do tipo de dermatose (DA= 77,78%, PSO= 75% e VIT=

53,85%). No entanto, apenas as crianças dos grupos DA e PSO foram avaliadas como clínicas para os perfis internalizante (DA= 77,78% e PSO= 75%) e externalizante (DA= 66,67% e PSO= 75%). O grupo PSO teve porcentagem maior de crianças clínicas para perfil externalizante e o grupo DA para perfil internalizante.

Na comparação intra-grupos, observou-se no grupo DA que a porcentagem de crianças clínicas para perfil internalizante foi maior do que para perfil externalizante (77,78% e 66,67%, respectivamente). Não houve, porém, diferença entre as porcentagens obtidas para os dois perfis nos grupos PSO (75%) e VIT (38,46%).

Tabela 3 – Avaliação das mães do comportamento da criança no CBCL quanto a problemas de comportamentos e tipo de dermatose crônica

Problemas de comportamento	DA%	PSO%	VIT%
Total			
CL	77,78	75	53,85
NC	22,22	25	46,15
Internalizante			
CL	77,78	75	38,46
NC	22,22	25	61,54
Externalizante			
CL	66,67	75	38,46
NC	33,33	25	61,54

2.3.1 Discussão

Os resultados apresentados no presente estudo sugerem que, de acordo com a avaliação das mães, crianças com DA são menos competentes socialmente do que aquelas com psoríase ou vitiligo, sobretudo para atividades. O índice mais elevado de crianças consideradas clínicas no grupo DA para esta categoria pode ser esperado, já que os sintomas e tratamentos da doença impõem sérias restrições à participação da criança (e mesmo da família) em atividades sociais e esportivas, assim como destacado na literatura. (ANTHONY; GIL; SCHANBERG, 2003; LAWSON et al., 1998). A restrição à participação nestes tipos de atividades pode acontecer, pois é necessário que a criança evite situações que

possam provocar sudorese (práticas esportivas, brincadeiras ao ar livre), ressecamento da pele (natação) e contato direto com fatores ambientais precipitantes (como poeira). (PIRES; CESTARI, 2005).

Os achados da presente pesquisa sobre a participação em atividades corroboram os de um estudo brasileiro realizado por Neto et al. (2005) no qual foram encontradas diferenças significativas entre o comportamento de crianças com e sem dermatite atópica, somente quanto às atividades realizadas como brincar ao ar livre, nadar, jogar bola, entre outras. Portanto, ter uma doença crônica de pele, em especial, como a dermatite atópica, pode levar a um menor envolvimento da criança nestes tipos de atividades.

Este resultado pode ser ainda sustentando ao compará-lo com aqueles obtidos para as crianças dos grupos PSO e VIT e para os quais foram obtidas porcentagens menores de crianças com escore clínico do que não-clínico para atividades. Esta diferença pode ser discutida tomando-se por base as peculiaridades dos sintomas e cuidados requeridos para cada dermatose. Na psoríase e vitiligo não há restrições quanto à participação da criança nas atividades mencionadas. Entretanto, a porcentagem maior de crianças clínicas no grupo PSO nessa categoria em relação ao grupo VIT pode ter ocorrido em virtude do desconforto físico decorrente dos sintomas da psoríase como prurido, ardência, sensibilidade dolorosa das lesões e descamações. A presença destas condições físicas pode prejudicar a participação da criança em atividades, o que não ocorreria nas crianças com vitiligo. Nesta última, o cuidado mais importante que deve ser tomado é o uso de protetor solar e menor tempo de exposição ao sol uma vez que a deficiência de produção de melanina deixa a pele ainda mais sensível à radiação solar.

Por sua vez, as crianças do grupo VIT foram avaliadas como apresentando mais problemas de sociabilidade, seguidas pelos grupos PSO e DA. Enquanto um menor prejuízo no aspecto social em crianças com DA tenha sido também verificado por Ludwig et al. (2009), o maior prejuízo encontrado em sociabilidade para crianças com vitiligo do que em outras áreas de competência social pode ser esperado. Diferentemente da psoríase e da dermatite atópica, o vitiligo é uma doença caracterizada pela despigmentação da pele (manchas brancas) e na qual não há desconforto físico ou restrições de atividades em virtude disso (Rosa & Natali, 2009). Assim, é possível que a maior porcentagem de crianças

consideradas clínicas para socialização do que para as outras categorias de competência social no grupo VIT seja em razão da reação negativa das pessoas à condição da pele e não aos sintomas da doença propriamente. Como afirma Gongora (2003), as pessoas sofrem o efeito não diretamente de sua condição genética ou biológica, mas da reação das pessoas a tal condição.

Exigências atuais de estética podem ser responsáveis por sentimentos de inadequação, enfrentamento de situações de estigmatização e conseqüentemente, prejuízo na interação social de indivíduos que tem a pele comprometida por uma doença. (LUDWIG et al., 2009; MOTA et al., 2009; SILVA; MÜLLER, 2007). Foi mencionado por Ludwig et al. (2009), que pessoas podem se afastar de indivíduos com dermatoses por acreditarem ser a mesma contagiosa ou resultado de descuido. Discussões semelhantes foram feitas por Gon, Rocha e Gon (2005), que mostraram situações de estigmatização em crianças com algum tipo de doença crônica de pele, por meio de uma estória infantil, nos diversos contextos sociais em que estavam inseridas.

Alguns autores destacaram, ainda, a visibilidade da lesão da pele como um importante preditor de desajustamento social em adultos com dermatose crônica, sendo encontrado maior prejuízo em pacientes com lesões de maior visibilidade e de difícil camuflagem como face e mãos. (LUDWIG et al., 2008b; LUDWIG et al., 2009; NELMS, 1989). Este deve ser também um fator importante a ser considerado em futuras investigações sobre o comportamento de crianças com doenças crônicas de pele.

Entretanto, Ludwig et al. (2009), observaram em seu estudo que mesmo discriminados, alguns indivíduos adultos com dermatose crônica não deixam de participar de atividades nas quais é possível o uso de roupas como camuflagem (por exemplo, ir a uma festa ou reunião social usando calças quando a lesão é na perna). Embora seja uma hipótese a ser considerada e investigada em outras pesquisas, é possível que isso já esteja ocorrendo com algumas crianças do estudo visto que nos três grupos foram encontradas maiores porcentagens de crianças consideradas não clínicas do que clínicas para sociabilidade.

Outro fator que poderia justificar o resultado sobre a sociabilidade seria a possibilidade de que algumas crianças, sobretudo dos grupos DA e PSO, já estejam sendo expostas a contextos de maior participação em grupos (como participar de um coral e fazer aulas para aprender a tocar piano), atividades e jogos

que não sejam esportivos (como cantar, desenhar, brincar de bonecas) e, ao mesmo tempo, desenvolvendo interações adequadas com pais, irmãos e colegas, nas quais provavelmente obtenham reforçadores importantes para a socialização como atenção, elogios e aprovação. Se isto já acontece com algumas crianças, supõe-se que padrões de comportamento mais adaptativos e compatíveis com os de seus pares estão sendo aprendidos. Estas interações possivelmente ofereceriam condições mais propícias para a aceitação da criança no grupo e as auxiliariam também a conviver melhor com o problema crônico de saúde que afeta sua pele.

Ainda, porcentagens mais baixas de crianças consideradas clínicas do que não-clínicas pelas mães quanto a competências escolares foram observadas nos três grupos de dermatoses. Este resultado demonstra, possivelmente, pouca interferência das características físicas de cada uma das dermatoses no desempenho acadêmico da criança (o que inclui a investigação da nota/média das crianças nas disciplinas regulares, presença ou ausência de problemas de aprendizagem, repetência e se freqüentam ou não classe especial). O pouco prejuízo nessa área que foi encontrado na amostra avaliada está de acordo com estudo de Milavic (1985) o qual destaca o comportamento de desaprovação pelos pares como o principal problema para as crianças com doenças crônicas em idade escolar.

Portanto, diante do exposto sobre a competência social, é possível que os déficits comportamentais das crianças com doenças crônicas de pele relatados por suas mães no presente estudo, possam ser considerados: 1- como produto da condição biológica da pele (sintomas), impondo restrições à participação em diversas atividades que possam ser reforçadoras e/ou 2- da exposição à situações aversivas, como críticas, ofensas, brincadeiras e afastamento de outras pessoas devido a esta condição.

É importante enfatizar, também, que em ambas as situações, é possível que dificuldades da criança em se comportar de modo eficaz contribuam para a manutenção dos problemas relatados. Estas dificuldades podem acontecer uma vez que alguns pais de filhos que têm problemas crônicos de saúde se preocupem muito com a condição física da criança e por percebê-las como mais vulneráveis, limitem sua participação em atividades escolares, esportivas e sociais além do que é necessário. (ANTHONY et al., 2003). Esta limitação pode levar a criança a reduzir a apresentação de comportamentos de exploração a ambientes

novos ou de interação social. (MATOS, 1983). Valendo-se disso, pesquisas sobre o tema devem incluir investigações sobre o comportamento dos cuidadores em relação a sua criança com dermatose crônica.

Com relação à avaliação das mães sobre problemas de comportamento de seus filhos, foram encontrados nos três grupos maiores porcentagens de crianças clínicas do que não-clínicas quanto a problema total, corroborando achados da literatura que demonstram susceptibilidade de crianças com doenças crônicas ao desenvolvimento de problemas comportamentais. (ANTHONY et al., 2003; BENNETT, 1994; BRUFARU et al., 2010; CASTRO; PICCININI, 2002; GARRALDA, 1994; LUDWIG et al., 2008a; NELMS, 1989).

No entanto, porcentagem maior de crianças não-clínicas do que clínicas para os perfis internalizante e externalizante foram encontradas no grupo VIT, diferentemente dos resultados dos grupos DA e PSO. Ambos tiveram maior porcentagem de crianças consideradas clínicas nos dois perfis.

Estudos feitos com crianças com doenças crônicas encontraram maior frequência de comportamentos internalizantes, como ansiedade e depressão, do que externalizantes, como agressividade e comportamento de quebrar regras. (BENNETT, 1994; MILAVIC, 1985; NELMS, 1989). Tais achados são condizentes com os resultados desse estudo apenas para o grupo DA, sendo este o único que apresentou maior porcentagem de crianças consideradas clínicas para perfil internalizante do que externalizante. O grupo PSO teve porcentagem um pouco mais elevada de crianças clínicas para perfil externalizante em relação ao grupo DA.

Pode-se considerar, então, que crianças com dermatite atópica e psoríase foram aquelas que mostraram alta frequência de comportamentos avaliados pelas mães como inadequados, tanto internalizantes quanto externalizantes. Elas relataram também uma redução na participação de sua criança em atividades esportivas e pouca habilidade para realizá-las de forma compatível com a sua faixa etária. Este resultado pode ser analisado como um fator ambiental de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças com doença crônica de pele, sobretudo para dermatite atópica e psoríase.

Além disso, se a condição física da pele pode ser considerada, como mencionado em parágrafos anteriores, como muito aversiva para a criança e que nem sempre será removida mediante respostas adequadas da criança e da família (como seguir adequadamente as recomendações médicas prescritas), então é

possível que, em alguns casos, isto contribua para a emissão de comportamentos considerados inadequados. Mesmo não tendo mais coceira ou lesões na pele, hidratantes devem ser passados diariamente logo após o banho, tornando-se um hábito para as crianças com dermatite atópica. A não remoção dos sintomas (reforço negativo) quer a curto ou longo prazo (dias, semanas ou meses) ou a manutenção de condutas médicas mesmo na ausência de sintomas, pode favorecer a apresentação de comportamentos como irritabilidade (por exemplo, na dermatite, em consequência da própria coceira) ou agressividade (contingente a reação das pessoas à aparência da pele, ou a não poder fazer coisas que gosta como ir à piscina ou jogar futebol; ou que não gosta como passar pomadas e cremes).

Se isso ocorre, é possível ainda que, para algumas crianças (e/ou mães), a emissão de respostas adequadas apresentadas para controlar os sintomas da doença e que não sejam seguidas por uma consequência reforçadora imediata (já que em geral, a remoção dos sintomas não ocorre nos primeiros dias do tratamento) possa tornar menos provável a emissão e manutenção de outra classe de respostas no repertório da criança, a obediência ao tratamento. Se a criança e/ou o cuidador apresentam, inicialmente, respostas adequadas, compatíveis ao seguimento de regras do tratamento, e a remoção dos sintomas não acontece como ela ou o cuidador esperam, poderá ocorrer um processo de enfraquecimento ou extinção desse comportamento. Se isso acontecer, pode haver uma piora dos sintomas e conseqüentemente, aumento da frequência e/ou intensidade de comportamentos de irritabilidade e agressividade, considerados no perfil externalizante. Pode ocorrer também, um processo de generalização destes comportamentos. Por exemplo, se houver situações que se assemelhem aquelas nas quais a criança deve seguir determinadas regras e que indiquem/sinalizem a probabilidade de não reforçamento desses comportamentos.

Tal processo pode já ocorrer para algumas crianças, em especial as dos grupos DA e PSO. A participação dos cuidadores neste processo de aprendizagem é muito importante. Dependendo da forma como interagem com a criança, se reforçam ou punem estes comportamentos considerados inadequados, não identificando e descrevendo as condições presentes que as levam a se comportar agressivamente, por exemplo, pode favorecer-se a avaliação da criança como “agressiva” e “irritável”, como tem sido mostrado em estudos correlacionais sobre comportamentos de criança com dermatite atópica. (HOWLETT, 1999;

LAWSON et al., 1998; NETO et al., 2005; NETO; WEBER; FORTES; CESTARI, 2006; WARSCHBURGER; BUCHHOLS; PETERMANN, 2004). Howlett (1999) afirmou que a disciplina é a área de maior dificuldade para pais de crianças com dermatite atópica, os quais se mostraram relutantes a impor limites e punir comportamentos inadequados da criança. Eles relataram receio de trazer-lhes mais sofrimento, ou mesmo agravar os sintomas da dermatose.

2.3.2 Considerações Finais

Embora se trate de um estudo do tipo retrospectivo, feito por meio de um único documento padronizado e com amostra reduzida de participantes em cada grupo (sobretudo o grupo PSO, com quatro crianças), foram levantadas características comportamentais relevantes apresentadas pelas crianças do ponto de vista de suas mães e suas possíveis relações com o tipo de dermatose crônica.

Os resultados desse estudo sugerem que o comportamento da criança pode estar relacionado com o tipo de doença crônica de pele (dermatite atópica, psoríase e vitiligo). Em síntese, a avaliação das mães sobre o comportamento de seu filho quanto à competência social mostrou que: 1- crianças com dermatite atópica são menos competentes para atividades; 2- crianças com vitiligo são menos competentes para sociabilidade e 3- a doença parece não prejudicar a competência escolar. Para problemas de comportamento, os resultados indicam que: 1- há porcentagem maior de crianças avaliadas como clínicas do que não-clínicas nos três grupos para problema total; 2- crianças com dermatite atópica e psoríase apresentam mais problemas de comportamentos (perfis internalizante e externalizante) e 3- há maior porcentagem de crianças com vitiligo não-clínicas do que clínicas para os dois perfis.

Não se afirma, porém, no presente estudo, que os comportamentos das crianças relatados como inadequados ocorram por causa da doença. Algumas crianças já poderiam apresentá-los antes do aparecimento dos sintomas. Independentemente de quando passou a ocorrer, o que é importante é a continuidade de estudos empíricos sobre o tema. Além do conhecimento de padrões comportamentais das crianças com dermatose crônica, são também importantes estudos futuros que investiguem as variáveis das quais tais comportamentos são função. Estes estudos permitirão o desenvolvimento de programas de intervenção

mais adequados a essa população e que favoreçam a adaptação da criança e da família à condição crônica da pele.

Segundo Skinner (1953/2003), qualquer comportamento (independentemente do status de normalidade ou anormalidade que lhe é atribuído), faz parte de um repertório complexo de comportamentos modelados e mantidos por contingências de reforçamento. Por esta razão, ao analisar um comportamento deve-se verificar as diversas variáveis das quais ele é função, ressaltando-se que as mais importantes encontram-se fora do organismo, em seu ambiente imediato e em sua história ambiental.

Mas para Skinner (1953/2003), o organismo também deve ser levado em consideração para uma análise funcional, ele importa e é a condição na qual as variáveis do ambiente atuam. De acordo com Amaral e Albuquerque (2000), crianças com doença crônica têm uma condição orgânica diferente de crianças que não as possuem. Para as autoras, “a relação entre variáveis ambientais e o organismo está de alguma forma prejudicada e elas terão, certamente, características, diferentes daquelas que possuem organismo intacto” (p. 219). É por meio do condicionamento operante que o meio ambiente (físico e social) modela o repertório comportamental do indivíduo, de forma que qualquer mudança nesse ambiente, como uma doença crônica, por exemplo, poderá alterar a forma de o organismo responder a determinadas contingências. (SKINNER, 1953/2003). Por exemplo, o ressecamento da pele é um dos sintomas da dermatite atópica (condição biológica) e por causa disso a criança deve evitar banhos quentes e prolongados, ir com muita frequência a piscinas ou evitar atividades nas quais transpire muito. Ainda, deverá fazer do uso de cremes e hidratantes, um hábito diário, como medida de proteção para a pele. Assim, mediante a exposição a estas novas contingências, comportamentos alternativos devem ser aprendidos, permitindo a apresentação de respostas que sejam mais eficazes na promoção de saúde. Para isso, parece relevante o incentivo à criança para participar de atividades sociais e esportivas, buscando aquelas mais adequadas ao tipo de doença de pele, as quais podem também favorecer interações mais reforçadoras com seu ambiente.

2.3.3 Conclusão

O levantamento e análise de características comportamentais que possam ser peculiares a crianças com doenças crônicas de pele e seu cuidador, por meio de mais de uma medida de avaliação, além do CBCL, é de fundamental importância para a formulação de estudos futuros. Estes permitirão aos pesquisadores investigar variáveis relacionadas à interação da criança e da família com a doença e auxiliarão profissionais de saúde a desenvolverem programas de intervenção mais pertinentes às necessidades dessa população.

CAPÍTULO 3

ESTUDO 2

RELATOS DE MÃES QUANTO À ATRIBUIÇÃO DE CAUSA AO SURGIMENTO E/OU EXACERBAÇÃO DOS SINTOMAS DE CRIANÇAS COM DERMATOSES CRÔNICAS E RELAÇÃO COM PERFIS INTERNALIZANTE E EXTERNALIZANTE

RESUMO

Dificuldades dos pais como cuidadores principais em explicar claramente a doença, assim como as suas conseqüências podem levar a criança a apresentar uma avaliação errônea sobre sua dermatose. Em virtude disso, poderá haver prejuízos na aceitação da doença e adesão ao tratamento. É necessário identificar a quais variáveis cuidadores atribuem o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas uma vez que são eles os mediadores diretos do comportamento da criança, podendo a forma como o fazem, ser um modelo importante a ser seguido pela criança. Ainda, poderia haver uma relação entre o comportamento da criança avaliado como problemático pelo cuidador e as explicações que dão para o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas? Foram selecionados relatos de 13 mães de crianças com dermatose crônica (dermatite atópica, psoríase e vitiligo), obtidos em entrevista inicial, que procuraram por um grupo de orientação para pais de crianças com doença crônica de pele, de uma universidade pública do Paraná. Estas avaliaram a criança como clínica para problema de comportamento (internalizante e/ou externalizante). Foram feitos recortes de relatos de atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença. Os dados foram agrupados em cinco categorias (fatores ambientais, genéticos e biológicos, situacionais, da interação da mãe/pai com a criança e fatores emocionais) e fez-se o cruzamento destas com (1) o tipo de dermatose crônica e (2) o perfil para o qual a criança foi avaliada como clínica no CBCL (Children Behavior Checklist). Houve atribuição de causa ao aparecimento e/ou exacerbação dos sintomas relacionada a fatores ambientais, genéticos e biológicos (dermatite atópica), fatores ambientais e emocionais (psoríase) e a fatores emocionais, situacionais e interação da mãe/pai com a criança (vitiligo). Mães de crianças que avaliaram os filhos como clínicos para perfil internalizante e ambos (INT+EXT) relacionaram mais a dermatose a fatores emocionais, do que aquelas avaliadas somente para o perfil externalizante. Observou-se uma relação entre o perfil comportamental da criança avaliado no CBCL e o modo como elas relatam fatores que influenciam ao surgimento da doença e/ou exacerbação dos sintomas.

Palavras-chave: Doenças crônicas de pele. Crianças. Mães. Atribuição de causa. CBCL.

ABSTRACT

The difficulties parents have to explain to their children about their disease as well as their consequences can lead infants to show an erroneous assessment about their dermatosis. Because of this, there may be hindrances in accepting the disease and adhering to treatment. It is necessary to identify to which variables caretakers attribute the emergence and/or exacerbation of symptoms, once they are the mediators of the child's behavior. The way caretakers do that can be an important model to be followed by the infant. Also, could there be a relationship between the child's behavior evaluated as troublesome by the caretaker and the explanations the latter give to the emergence and/or exacerbation of symptoms? We selected reports of 13 mothers of children with chronic dermatosis (atopic dermatitis, psoriasis and vitiligo), obtained in initial interviews. Those mothers had sought for a support group for parents of infants with chronic skin diseases, which works in a public university in the state of Paraná. They evaluated the child as clinical for behavioral problems (internalizing and/or externalizing). We chose parts of reports that explain the emergence and/or exacerbation of symptoms. Data were grouped in five categories (environmental, genetic and biological, situational, interaction between the mother/father with children as well emotional factors) and we crossed them with (1) the kind of chronic dermatosis and (2) the child's clinical profile according to the CBCL. Emergence and/or exacerbation of symptoms were explained in terms of environmental, genetic and biological factors (atopic dermatitis), environmental and emotional (psoriasis) as well as emotional and situational ones and interaction with father/mother (vitiligo). Mothers who evaluated their children as clinical for internalizing profile as well as both (INT+EXT) linked the dermatosis more strongly with emotional factors, as which those only evaluated for the externalizing profile. We observed a connection between the child's behavioral profile, as evaluated in the CBCL, and the way they narrate factors that influence the emergence and/or exacerbation of symptoms.

Keywords: Chronic skin diseases. Children. Mothers. Cause Attribution. CBCL.

Dermatite atópica, vitiligo e psoríase são doenças crônicas de pele que têm em comum o acometimento patológico da pele, causa desconhecida, curso crônico e imprevisível com períodos de exacerbação e remissão, rotinas de tratamento e de cuidados com a pele e uso de medicação tópica (Sampaio & Rivitti, 1998).

Embora tenham estas características em comum, as formas de manifestação dos sintomas na pele variam de acordo com a doença. Na dermatite atópica (DA) há coceira de intensidade variada e predominância de lesões em áreas de intensa sudorese como pescoço, joelhos e cotovelos. (SILVA; MÜLLER, 2007). No vitiligo (VIT), ocorre a destruição de melanócitos e consequente perda de melanina o que pode levar à ausência total de pigmentação (acromia) (Silva, Gontijo, Pereira, & Ribeiro, 2007). Na psoríase (PSO), observam-se lesões avermelhadas na pele recobertas por escamas; em crianças, pode afetar áreas como genitália, região glútea e periumbilical. (ROMITI; MARAGNO; ARNONE; TAKAHASHI, 2009).

Nestas dermatoses, a rotina de tratamento, cuidados constantes com a pele, restrição na participação em atividades esportivas e de lazer, e exposição a situações de estigmatização (visibilidade da lesão), podem dificultar a adaptação à doença e favorecer a emissão de comportamentos disfuncionais pela criança e sua família, tornando-se um evento estressor constante. (CASTRO; PICCININI, 2002; GON; ROCHA; GON, 2005; PIRES; CESTARI, 2005). Pode-se acrescentar a esse contexto, a dificuldade que alguns pacientes e familiares têm de compreender a doença claramente e, por esta razão, atribuírem causas ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas que não estariam relacionados à sua etiologia, prognóstico e tratamento. Esta dificuldade pode ser considerada como um fator que prejudica a aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Apesar de não existirem evidências científicas conclusivas que mostrem uma relação direta entre estresse e doença crônica de pele, estudos feitos com adultos diagnosticados com psoríase e vitiligo têm encontrado atribuição de causa pelo paciente ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas a situações de perdas, como morte ou separação de uma pessoa próxima. (SOUZA et al., 2005). Em crianças, Gon et al. (2005) investigaram situações de estigmatização em crianças com algum tipo de dermatose crônica, mediante situações apresentadas em um livro de estória infantil. A partir da narração das crianças, os autores observaram que algumas atribuíam o aparecimento de sua doença a causas fictícias

como a algo que a mãe havia desejado comer durante a gravidez e não o fez. Relataram também nervosismo, tristeza e problemas na escola como possíveis causas para o aparecimento ou piora dos sintomas.

Analistas do comportamento entendem que o conhecimento das variáveis das quais um comportamento é função permite prever a sua ocorrência e assim, manejar contingências para tornar a sua emissão mais ou menos provável. (SKINNER, 1953/2003). Dessa forma, é possível que mães de crianças com doenças crônicas de pele que reconheçam relações de contingência favoráveis ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas, sejam capazes de prever e controlar tais condições, reduzindo sua probabilidade de ocorrência. Contudo, a atribuição feita a situações apresentadas pelas crianças no parágrafo anterior não descrevem as contingências que possam estar, de fato, envolvidas na manifestação dos sintomas da doença. Esta não descrição ou uma descrição incompleta, pode dificultar o seu manejo de contingências de forma mais eficiente.

Segundo Skinner (1953/2003), as emoções, a exemplo do nervosismo, estão entre as principais causas fictícias às quais atribuímos comportamentos. Neste caso, não há menção a situações antecedentes ou aspectos da história de vida do indivíduo com as quais o comportamento investigado possa, de fato, estar relacionado e ser passível de previsão e controle.

Sendo os pais os principais mediadores diretos do comportamento da criança e se a forma como age pode se tornar um modelo importante a ser seguido por ela, é provável que os relatos obtidos por Gon et al. (2005) mostrem como os cuidadores reagem diante da doença de seu filho.

Ainda, se como mostram alguns estudos, crianças com doença crônica são mais susceptíveis a apresentarem problemas de comportamento como ansiedade, depressão, isolamento (BENNETT, 1994; DIAS; GON, não publicado; MILAVIC, 1985; NELMS, 1989), seria importante investigar se há relação entre a maneira como os cuidadores relatam condições que possam desencadear ou piorar os sintomas da doença e como avaliam sua criança quanto a apresentação de problemas de comportamento. Esta investigação poderia auxiliar na elaboração de propostas interventivas direcionadas a necessidades específicas de cuidadores e sua criança com dermatose crônica.

Assim, pretendeu-se nesse estudo categorizar os relatos das mães quanto às causas que atribuem ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da

dermatose crônica do seu filho (o que falam e como falam) e relacioná-los ao (1) tipo de dermatose crônica (dermatite atópica, psoríase ou vitiligo) e o (2) perfil para o qual a criança foi avaliada por elas como clínica no CBCL (internalizante e/ou externalizante).

3.1 MÉTODO

3.1.1 Participantes

Foram selecionados relatos verbais de 13 mães de crianças de seis a 12 anos de idade, com diagnóstico médico dermatológico de dermatite atópica (n=6), vitiligo (n=4) e psoríase (n=3) e que foram avaliadas por elas como clínicas para os perfis internalizante, externalizante ou ambos no CBCL. Estas mães se inscreveram para participar do projeto de extensão à comunidade “Atendimento Psicológico para crianças com doenças crônicas de pele e seus pais: avaliação e intervenção clínica comportamental” (PROEX 004.001.146.000), no período de 2003 a 2007, na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

3.1.2 Instrumentos

Roteiro de entrevista semi-estruturada – foi utilizado nesta pesquisa para levantar os relatos das mães sobre atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose crônica da criança. Foi elaborado pela coordenadora do projeto de extensão à comunidade, com o objetivo de coletar informações das mães, em entrevista inicial, sobre a interação da criança e de sua família com a doença e o tratamento, assim como possíveis queixas dos familiares sobre o comportamento da criança. A estrutura do roteiro é composta dos seguintes tópicos para investigação: tratamentos e história da doença; pressões psicológicas sobre os pais; estilo de vida da família; distúrbios de sono; escola; efeitos da doença e o tratamento no comportamento da criança; vida social; relacionamento familiar; apoio fornecido pelos médicos; aspectos financeiros e expectativas para o tratamento que seria realizado.

Child Behavior Checklist for ages 4-18 (CBCL- Achenbach, 1991)- Utilizou-se a versão brasileira do instrumento, validada por Bordin, Mari e Caiero (1995), denominada “Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência” para identificar, segundo a avaliação das mães, a presença (crianças cujo resultado ficou na faixa clínica) ou ausência de problemas de comportamento (crianças cujo resultado da avaliação da mãe do seu comportamento no CBCL ficou na faixa não-clínica) da criança quanto aos perfis Internalizante (INT), Externalizante (EXT) ou ambos (INT + EXT). Optou-se pela inclusão desta última categoria em virtude de que os relatos das mães pudessem ser diferentes quando a criança fosse avaliada como clínica nos dois perfis em relação àquela que foi avaliada em apenas um ou outro.

3.2.1 Procedimento

O roteiro de entrevista e o CBCL foram respondidos pelas mães em sessões individuais e após receberem informações sobre objetivos e propostas do projeto. Aquelas que mostraram interesse em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual concordavam que os dados coletados fossem divulgados à comunidade científica (eventos, livros e periódicos).

Alunos do 4^o e 5^o anos de graduação em Psicologia foram responsáveis pela: 1- aplicação dos instrumentos, 2- transcrição exata das respostas das mães no CBCL a um programa computadorizado para a correção dos dados e 3- transcrição dos relatos gravados durante a entrevista, sem qualquer interpretação ou resumo das falas.

As entrevistas transcritas foram lidas repetidas vezes pela pesquisadora para a organização dos relatos. Esta realizou o recorte de frases e agrupou-as em categorias. Este agrupamento foi feito tomando-se por base as partes dos relatos das mães que indicassem fatores de atribuição causal ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença de sua criança.

Avaliação da fidedignidade das categorias organizadas- Dois alunos do programa de Mestrado em Análise do Comportamento (PGAC/ UEL), ingênuos em relação ao procedimento e objetivos do estudo, leram as partes dos relatos selecionadas pela pesquisadora e classificaram-nas de acordo com as

categorias previamente organizadas. Fez-se, então, a comparação entre os resultados das duas classificações a fim de verificar a fidedignidade das categorias.

3.2.2 Análise dos Dados

Foram feitas comparações descritivas considerando-se: 1- a categorização dos relatos, 2- o tipo de dermatose crônica infantil (dermatite atópica, vitiligo e psoríase) e 3- o perfil para o qual a criança foi considerada clínica de acordo com avaliação das mães sobre seu comportamento no CBCL (INT, EXT e INT+ EXT).

3.2.3 Resultados

Foram organizadas cinco categorias: 1- Fatores ambientais, 2- Fatores biológicos e genéticos, 3- Fatores situacionais relacionados à história de vida da criança, 4- Fatores da interação da mãe/pai com a criança, 5- Fatores emocionais (divididos em duas subcategorias: atribuídos pelas mães e pelos médicos). A Figura 1 apresenta as categorias e suas respectivas descrições.

Figura 1 – Descrição das categorias dos relatos das mães

Categorias	Crítérios para inclusão dos relatos
1: fatores ambientais.	Produtos de limpeza, animais de estimação, peças de vestuário, temperatura, alimentação, pomada, medicação, medicação alternativa.
2: fatores biológicos e genéticos.	Bactérias, vírus, fatores congênitos, hereditariedade ou predisposição à doença.
3: fatores situacionais relacionados à história de vida da criança.	Eventos marcantes, únicos e pontuais da vida da criança ou da família já ocorridos como: separação dos pais, nascimento de um irmão, morte de um membro da família, assalto, acidente.
4: fatores relacionados à interação da mãe/pai com a criança.	Práticas educativas maternas e/ou paternas para o controle do comportamento da criança.
5A: fatores emocionais atribuídos pelas mães.	Sentimentos, pensamentos, emoções.
5B: fatores emocionais atribuídos por médicos ou outros profissionais de saúde.	Sentimentos, pensamentos, emoções.

Na Figura 2 é apresentado o que as mães falaram (palavras como substantivos, adjetivos, verbos, etc.) quando questionadas durante a entrevista sobre possíveis causas para o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença. As palavras foram agrupadas em cada uma das cinco categorias, considerando-se a dermatose crônica infantil (DA, PSO e VIT), os perfis internalizante (INT), externalizante (EXT) e internalizante e externalizante (INT+EXT). Não há inclusão, nesta Figura, de crianças com psoríase como internalizante, pois as mães não as avaliaram como clínicas isoladamente para esse perfil.

Figura 2 – Palavras extraídas dos relatos das mães e agrupadas nas cinco categorias

Doença	Perfil	C1	C2	C3	C4	C5A	C5B
DA	INT (n=1)	Alimentos	Bactéria	-	-	-	-
	EXT (n=2)	Alimentação Pó Cobertor	Alérgico Problema respiratório	Morte da avó Gravidez	Pai não está	-	Emocional
	INT+ EXT (n=3)	Alimentar Cortina Carpete Tapete Animais Poeira Pomada Calor Verão Transpiração Banho Amaciante e Roupas	Família é alérgica Tia tem DA	Conhece o pai	Brigar Levar um tapa Pegar no pé Falar muito	Nervoso Triste Ansiosa Agressiva Preocupada Saudade Emocional Agitação	Psicológico Ansiedade
VIT	INT (n=2)	Inverno	Sangue	Piscina Acidente Avô morreu	Pai bebe Brigar	Emocional	Emocional
	EXT (n=1)	-	-	Gravidez	Briga	Agitada Nervosa Frustrada Psicológico Temperamento	Estresse Psicológico
	INT+ EXT (n=1)	-	-	Gravidez	Falar	Nervosa Irritada	Nervosa Irritada

PSO	EXT (n=1)	Inverno Alimentos Bichos de pelúcia	Genético Pai e tia tem psoríase	-	-	Ansiosa	Psicológic a Nervosa
	INT+ EXT (n=2)	Tênis Meia	-	Separar e voltar (pais) Agressã o Visita ao colégio	Pai bebe Ficar sem ver o pai	Tensão Nervoso Estresse	Nervoso Estresse

Na categoria 1 (Fatores ambientais) teve-se as palavras: alimentos/alimentar/ alimentação, encontradas em 7 relatos (dos quais 6 foram feitos por mães de crianças com DA e um de PSO EXT); pó/poeira observada em 3 relatos (1 de DA EXT e 2 de DA INT+EXT); cobertor, encontrada em um relato (DA EXT); cortina, carpete, tapete, animais, calor, verão, transpiração, encontrados em três relatos (DA INT+EXT); pomada, amaciante, roupas, extraídas de um relato (DA-INT+EXT); inverno, encontrada em dois relatos (1 de VIT INT e 1de PSO EXT); bichos de pelúcia, observada em um relato (PSO EXT); tênis e meia, recortadas de um relato (PSO INT+EXT).

Entre as palavras/expressões incluídas na categoria 2 (Fatores genéticos e biológicos), encontraram-se: problema respiratório, observada em um relato (DA EXT); alérgico/família é alérgica, recortadas de quatro relatos (2 de DA EXT, 2 de DA INT+EXT); tia tem DA, encontrada em um relato (DA INT+EXT); bactéria, observada em um relato (DA INT); sangue, encontrada em um relato (VIT INT); genético, pai e tia tem psoríase, recortadas de três relatos (PSO EXT).

Já na categoria 3 (Fatores situacionais relacionados à história de vida da criança), observou-se entre as palavras/expressões relatadas pelas mães: morte do avô/avó, encontradas em dois relatos (DA EXT, VIT INT); gravidez, encontrada em três relatos (DA EXT, VIT EXT, VIT INT+EXT); conheceu o pai, observada em um relato (DA INT+EXT); acidente, encontrada em dois relatos (VIT INT); separar e voltar (pais), agressão, e visita ao colégio, cada uma encontrada em um relato (PSO INT+EXT).

Na categoria 4 (Fatores da interação da mãe/pai com a criança), foram observadas entre as palavras/expressões relatadas: pai não está/ficar sem ver o pai, encontradas em dois relatos (DA EXT; PSO INT+EXT); briga/brigar/brigou,

encontradas em seis relatos (3 de DA INT+EXT, 2 de VIT INT, e 1 de VIT EXT); levar um tapa, pegar no pé, encontradas em um relato (DA INT+EXT); falar/ falar muito, encontradas em dois relatos (DA INT+EXT, VIT INT+EXT), pai bebe, encontradas em dois relatos (VIT INT; PSO INT+EXT).

Na categoria 5A (Fatores emocionais - mães), foram incluídas as palavras: nervoso (a) que apareceu em sete relatos (3 de DA INT +EXT; 1 de VIT EXT, 1 de VIT INT+EXT; e 2 de PSO INT+EXT); triste, encontrada em três relatos (DA INT+EXT); ansioso (a), recortada de quatro relatos (3 de DA INT+EXT; 1 de Psoríase EXT); agressivo (a) recortada de um relato (DA INT+EXT); preocupado(a) encontrada em um relato (DA INT+EXT); saudade, observada em um relato (DA INT+EXT); emocional, encontrada em cinco relatos (3 de DA INT+EXT; 2 de VIT INT); agitação, recortada de um relato (VIT EXT); psicológico, um relato (VIT EXT); frustração, um relato (VIT- EXT); irritada, um relato (VIT INT+EXT); temperamento, um relato (VIT EXT); tensão e estresse, encontradas em dois relatos (PSO INT+EXT).

Na categoria 5B (Fatores emocionais – médicos e outros profissionais de saúde), foram encontradas nos relatos das mães as palavras: emocional, encontrada em quatro relatos (2 de DA EXT, e 2 de VIT INT); psicológico, encontrada em cinco relatos (3 de DA INT+EXT, 1 de VIT EXT, 1 de PSO EXT); ansiedade, recortada de três relatos (DA INT+EXT); estresse, observada em três relatos (1 de VIT EXT, 3 de PSO INT+EXT); nervosismo/nervoso (a) encontradas em quatro relatos (1 de VIT INT+EXT, 1 de PSO EXT, 2 de PSO INT+EXT); irritado (a), observada em um relato (VIT INT+ EXT).

Assim, todas as mães de crianças com DA atribuíram causa do surgimento e/ou exacerbação dos sintomas a fatores ambientais (C1) e fatores genéticos e biológicos (C2); todas as mães de crianças com vitiligo atribuíram causa a fatores situacionais (C3), fatores da interação da mãe/pai com a criança (C4), fatores emocionais, atribuídos pelas mães (C5A) e pelos médicos (C5B); todas as mães de crianças com psoríase, atribuíram causa a fatores ambientais (C1) e fatores emocionais, atribuídos por elas (C5A) e pelos médicos (C5B). Todas as mães que avaliaram os filhos como clínicos para perfil internalizante e externalizante relacionaram o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose da criança a fatores situacionais (C3), fatores da interação da mãe/pai com a criança (C4) e fatores emocionais (mães- 5A e médicos- 5B).

As palavras incluídas em cada uma das cinco categorias foram recortadas de contextos (frases), os quais foram organizados considerando a dermatose crônica da criança (DA, VIT, PSO) e o perfil para o qual foram consideradas clínicas no CBCL (INT, EXT, INT+EXT).

Os contextos dos quais os relatos de atribuição de causa a fatores ambientais (C1) feitos por mães de crianças com DA foram recortados podem ser observados em: "... **alimentos** como chocolate, peixes e frutos do mar" (INT); "... não dorme com **coberta** de pelinho" (EXT); "... **verão** assim é muito freqüente devido à **transpiração** na dobra" (INT+EXT).

Já o relato da mãe de criança com vitiligo que atribuiu causa a fatores ambientais pode ser observado na frase: "... na época do **inverno** aumenta, porque não tem sol" (INT).

Entre mães de crianças com psoríase foram observados os contextos dos quais as palavras incluídas nessa categoria foram extraídas como em: "... nessa época do **inverno**, cada dia aparece em um lugarzinho" (EXT); "... às vezes eu fico imaginando que é a **meia**, eu troco a meia; às vezes eu penso que é **tênis**, eu mando ele usar um pouco a sandália para tomar ar..." (INT+EXT).

Na categoria 2 (fatores genéticos e biológicos), foram incluídos relatos de mães de crianças com DA, extraídos de contextos como: "... eu achava que fosse **problema respiratório**, muita gripe, uma atrás da outra, muito antibiótico, mas também já passou" (EXT); "... Eu acho que eu achei normal, porque em casa nós já somos os quatro **alérgicos**" (INT+EXT).

O contexto do qual o relato da mãe de criança com vitiligo incluído nessa categoria foi recortado pode ser observado em: "... foi o que a médica me disse, esperar para ver esses resultados dos exames que ta la pronto, mas não veio retorno com o médico, para ver se quem sabe nesses exames de **sangue** da algum problema e daí tem a explicação para saber porque saiu esse vitiligo" (INT).

Os relatos da mãe de uma criança com psoríase incluídos nessa categoria foram recortados de contextos como: "... é, no sentido, isso também pode ser no caso **genético**, uma coisa que ainda assim não sabe..." (EXT).

Na categoria 3 (fatores situacionais), os relatos de mães de crianças com DA foram extraídos de contextos como: "a única coisa que o médico falou é eu ter **engravidado**" (EXT); "... acho que tem alguma coisa a ver com a **morte da mãe, da minha mãe**" (EXT); "porque ela **não conhecia o pai, agora esse ano que ela**

conheceu... então tem época que ela fica assim triste que ela sente saudade... Eu já reparei que quando ela começa a ficar assim, quando ela está muito **nervosa, ansiosa** com alguma coisa, aí que dana essa coceira na barriga e onde ela tem as marcas” (INT+EXT).

Entre as mães de crianças com vitiligo, os contextos dos quais os relatos incluídos nessa categoria foram extraídos podem ser observados em: “... foi um **acidente de carro** que a gente teve, bateram na gente, ou foi **meu sogro que morreu e ele era apegado**, não sei...” (INT); “... a **minha gravidez...** pode ser que tenha ocasionado, que foi mais ou menos nessa época mesmo que começou” (EXT); “ antes tava controlando, aí eu **engravidai** e pronto! Daí que **mexeu mais com ela.**” (INT+EXT).

Relatos de mães de crianças com psoríase incluídos nessa categoria foram retirados de contextos como: “... as pintinhas nas costas foi uma semana que ele foi ficar de férias na casa dos avós dele no sítio. Aí tem a madrinha dele e ela falou assim ‘M, eu vou **fazer uma visita para você no colégio**’. Ela nem foi. Agora a gente não sabe se ele de ter ficado **nervoso** dela ir fazer essa visita no colégio” (INT+EXT).

Relatos de atribuição de causa a fatores da interação da mãe/pai com a criança (C4) feitos por mães de crianças com DA podem ser observados nos contextos dos quais foram extraídos como: “... uns falam que pode ser porque o **pai dela não está aí**, né. O psicólogo acha, ele fala que pode ser um forte indício” (EXT); “... (piora) quando está **triste** porque eu a **magoei** em alguma coisa, ou se eu **briguei com ela**, ou se ela **levou um tapa...** ou então se eu começo **a pegar muito no pé dela, a falar muito na cabeça dela**, aí ela fica sabe...” (INT+EXT).

Entre as mães de crianças com vitiligo, pode-se observar os contextos dos quais os relatos incluídos nessa categoria foram extraídos em: “meu **marido bebe**, é uma pessoa responsável, mas **bebe bastante**, hein... Nossa! Nas folgas assim mesmo, **ele bebe, é briga**, ih, é tudo dentro de casa. E isso também eu acho que afeta o B, porque **é o emocional** dele né? Também, quem gosta de **ver os pais brigando?**” (INT); “... (a médica) pediu pra gente evitar de **brigar** na frente dela, pra gente ter mais calma”(EXT); “ a gente tem **medo de falar alguma coisa**, e a mancha aumentar mais ainda” (INT+EXT).

Os contextos dos quais relatos de mães de crianças com psoríase, compatíveis com a categoria 4 foram recortados, podem ser observados, por

exemplo, em: “... meu **marido ficou sem ver as crianças**, os **filhos** também **não queriam ver** porque estavam com raiva dele” (INT+EXT).

Quanto ao contexto do qual as palavras incluídas na categoria 5A (fatores emocionais atribuídos pelas mães) foram recortadas, teve-se entre as mães de crianças com DA (INT+EXT): “... a A eu acho que é um pouco mais é **emocional**, porque tem época que quando ela fica muito **triste**, já reparei que quando começa a ficar muito assim, quando ela está muito **nervosa**, **ansiosa** com alguma coisa, aí que dana essa coceira na barriga e onde ela tem as marcas”.

Entre as mães de crianças com vitiligo, que tiveram relatos compatíveis com essa categoria, podem-se observar contextos como: “... já tava escurecendo a mancha, mas depois... não sei, acho que quando ela fica **nervosa** e **irritada**, daí aumenta mais” (INT+EXT); “... ah, eu acho que se for **emocional**, vocês vão ajudar muito” (INT); “... ela fica **nervosa**, ela fica **frustrada**. Eu acho que é isso aí que ocasionou isso nela, para mim é, no meu entender acho que é isso” (EXT).

As palavras extraídas dos relatos de mães de crianças com psoríase, incluídas na categoria 5A, foram encontradas em frases como: “piora assim, quando ela está muito assim **ansiosa**, né, que ela é bem **ansiosa**” (EXT); “... parece que dá uma **tensão** ela começa a se coçar” (INT+EXT).

Relatos de atribuição de causa a fatores emocionais pelos médicos relatados por mães de crianças com DA podem ser observados em contextos como: “... o fono acha que é **emocional**” (EXT); “a médica já pediu para eu observar se era alimentar, se era **psicológico**, se era alguma coisa do comportamento dela, uma **ansiedade**, que ela é muito **ansiosa**” (INT+EXT).

As palavras relatadas por mães de crianças com vitiligo, foram observadas em frases como: “... a médica lá fala que é problema **emocional**” (INT); “...(a médica) falou que pelo que ela passou é problema de **estresse**, perguntou bastante sobre isso” (EXT); “Então, a gente tem medo de falar alguma coisa e a mancha aumentar mais ainda, porque o médico já falou que depende muito da criança. Tem criança que é muito **nervosa**, muito **irritada**. E cada vez vai aumentando mais” (INT+EXT).

Relatos de mães de crianças com psoríase compatíveis com a categoria 5B, podem ser encontradas em contextos como: “tanto um quanto o outro [médicos] já me falaram que um pouco é a questão **psicológica**, né, que geralmente quando a criança é mais assim **nervosa**, isso é que pode agravar” (EXT); “a

doutora disse: ‘vai curar você, mas só que você tem que se manter calmo, não pode ficar assim **nervoso**’ (INT+EXT).

3.3.1 Discussão

Os relatos das mães de atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose crônica da criança foram incluídos em cada uma das cinco categorias e avaliados considerando a dermatose (DA, VIT, PSO) e o perfil da criança no CBCL (INT, EXT, INT+EXT). Discuti-se a seguir os resultados encontrados mediante cruzamento de tais variáveis.

Na categoria 1 (fatores ambientais), os relatos das mães de crianças com DA de fatores ambientais desencadeantes do surgimento e/ou exacerbação dos sintomas, coincidiram com o que é descrito na literatura e na qual são destacados os cuidados necessários com a pele para prevenir ou minimizar a intensidade dos sintomas (por exemplo, banhos rápidos, com água morna e de imersão ao invés de ducha; aplicação de medicamentos tópicos com a pele levemente úmida; evitar contato com substâncias irritantes; uso de roupas claras, leves e de algodão; manter a temperatura ambiente estável; evitar atividades físicas que produzam sudorese; evitar uso de carpetes, cortinas e objetos de pelúcia). (PIRES; CESTARI, 2005).

Os relatos sobre os fatores ambientais precipitantes para o vitiligo foram encontrados apenas no relato de uma das mães, a qual avaliou seu filho como clínico para perfil internalizante, relacionando o início ou agravamento da lesão da pele no inverno. Embora não se tenham dados suficientes para suportar tal afirmação, pode-se levantar como hipótese que o aumento ou a não diminuição das manchas da pele nessa estação climática seja devido à dificuldade de manutenção do tratamento médico, o qual implica na necessidade de a criança permanecer por um tempo sob o sol após aplicar a pomada. Esta hipótese pode ser sustentada pelo relato da mãe de que “... na época do inverno aumenta porque não tem sol...”.

Entre as palavras recortadas dos relatos de mães de crianças com psoríase, foram encontradas semelhanças com os fatores descritos na literatura que levam à piora dos sintomas como o inverno e ingestão de determinados alimentos. (BRUFARU; BERNÁ; REDONDO; ANDREO; GRAS, 2010). Porém, os outros fatores relacionados por elas como uso de tênis e meia e bichos de pelúcia não são referenciados como desencadeantes da doença. É possível que essas verbalizações

sejam devidas, portanto, a relações de contigüidade e não de contingência ao aparecimento e/ou piora dos sintomas. Nestes casos poderia ter havido uma coincidência entre o fato de a criança ter usado calçado fechado (necessário em dias frios) e as lesões do pé terem piorado.

A atribuição de causa a fatores genéticos e biológicos (categoria 2) foi encontrada nos relatos de mães de crianças com dermatite atópica, independentemente de seu perfil comportamental, sendo apontados alergia, problema respiratório, histórico de alergia ou dermatose na família. A referência a alergias e problemas respiratórios assim como a menção ao fator genético é esperada, já que tais manifestações fazem parte do quadro crônico da doença. (CHACHA; AYACHE; ANDRADE; SUGAI; WIZIACK, 2009).

Assim como observado na categoria 1, foi encontrado relato de uma das mães de crianças com vitiligo e perfil internalizante compatível com a categoria 2, a qual relatou somente fatores da fisiologia interna do organismo como causa para a doença, como pode ser observado na transcrição: "... to esperando retorno com o médico para ver se nesses exames de sangue dá algum problema e daí tem a explicação para saber porque saiu esse vitiligo". Estudos têm demonstrado a possibilidade de que mecanismos genéticos, auto-imunes, metabólicos e neurais estejam relacionados ao surgimento e/ou agravamento do vitiligo, mas sua etiologia não está elucidada completamente. (ROSA; NATALI, 2009; SANT'ANNA; GIOVANETTI; CASTANHO; BAZHUMI; SELVA, 2003). No entanto, estes fatores não são identificados em exames sangüíneos como relatou a mãe.

Entre as mães de crianças com psoríase, foram obtidos relatos de atribuição de causa a fatores genéticos (histórico na família) apenas para uma das mães, a qual avaliou seu filho como clínico para perfil externalizante. Antecedentes familiares na etiologia da psoríase têm sido encontrados em 50% dos pacientes que manifestam ou manifestaram os sintomas ainda na infância. (BRUFARU et al., 2010).

De acordo com o exposto, mães de crianças com doenças crônicas de pele identificaram corretamente (à exceção de alguns relatos já discutidos) fatores ambientais (categoria 1), genéticos e biológicos (categoria 2), relacionados ao surgimento e piora dos sintomas. No entanto, relataram também atribuição de causa a outros fatores que não biológicos e/ou ambientais, como os relatos das mães de atribuição de causa a fatores situacionais relacionados à história de vida da

criança (categoria 3), interação da criança com pai/mãe (categoria 4) e fatores emocionais (categoria 5, relatados por elas e por médicos e outros profissionais de saúde).

Na categoria 3 (fatores situacionais relacionados à história de vida da criança), foram encontrados relatos de mães de crianças com dermatite atópica cujo comportamento foi avaliado por elas como clínicos para os perfis internalizante e externalizante conjuntamente e perfil externalizante apenas. Nestes foram apresentadas situações pontuais como morte de um membro da família, gravidez e conhecer o pai. Morte de um membro da família foi também encontrado por Souza et al. (2005) como um dos fatores relatados por adultos e cuidadores de crianças com dermatite atópica como responsáveis pelo surgimento ou agravamento das lesões.

Por sua vez, foram encontrados nos relatos de mães de crianças com vitiligo, independentemente do perfil da criança no CBCL, fatores situacionais semelhantes àqueles mencionados pelas mães de crianças com dermatite (por exemplo, morte de um membro da família, gravidez e acidente), sendo tais relatos condizentes com o encontrado na literatura quanto à atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença por adultos com vitiligo. (HAAG; ROCHA; MULLER, 2004 apud SOUZA et al., 2005; MÜLLER, 2001; PINTO, 1996; SOUZA et al., 2005).

Mães de crianças com psoríase e avaliadas como clínicas para os perfis internalizante e externalizante conjuntamente apresentaram relatos compatíveis com a categoria 3, mas que se diferenciaram das situações descritas para as crianças com dermatite atópica e vitiligo. Foram relatadas situações como separação dos pais, violência familiar, reconciliação dos pais, visita à escola da criança. Brufaru et al. (2010) e Souza et al. (2005) encontraram atribuições de causa a perdas, morte ou afastamento de membros da família entre adultos com psoríase.

As mesmas mães que atribuíram causa aos fatores situacionais, também apresentaram relatos de atribuição de causa a fatores da interação da criança com pai/mãe (categoria 4). Assim, mães de crianças com DA (perfil INT+EXT e EXT) citaram brigas, “pegar no pé”, “levar um tapa”, “falar muito” e afastamento do pai como possíveis causas para a piora dos sintomas da doença. Este achado corrobora os de Ludwig et al. (2008a) e Souza et al. (2005) nos quais foram relatados a influência das interações familiares no desenvolvimento da dermatite atópica.

Mães de crianças com vitiligo, independentemente do perfil comportamental de seu filho no CBCL, tiveram relatos compatíveis com essa categoria, sendo citados o alcoolismo do pai e brigas como fatores causais. Afastamento de parentes próximos e interação com parente alcoolista foram apontados por adultos com vitiligo como relacionados ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença. (HAAG et al., 2004 apud SOUZA et al., 2005).

Finalmente, foram encontrados relatos de atribuição de causa a fatores da interação da criança com pai/mãe apenas entre as mães de crianças com psoríase avaliadas como clínicas para os perfis internalizante e externalizante em conjunto. Foram relatados: dificuldades de relacionamento familiar, alcoolismo e afastamento do pai, sendo esse último fator também encontrado por Souza et al. (2005) ao avaliar atribuição de causa ao aparecimento da doença por adultos com psoríase.

Não foram encontrados estudos que identificassem atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas à interação da criança com pai/mãe, o que possivelmente é devido à concentração dos estudos com pacientes dermatológicos adultos, sobretudo daqueles com diagnóstico de psoríase e vitiligo. Nesta população, outros contextos são mais relevantes para pesquisa, como interações sociais no trabalho ou com parceiros.

Portanto, mesmo existindo diferenças entre as situações e entre os aspectos da interação da criança com pai/mãe citados pelas mães como fatores possíveis para o desencadeamento da doença e/ou dos sintomas, o que se observa é que têm em comum o fato de serem expostos a contextos muito aversivos. Em ambas as categorias (3 e 4) há retirada de reforçadores, em especial do tipo social, importantes para a criança (morte, separação, afastamento do pai) ou apresentação de estímulos aversivos (interação com parente alcoolista, brigas e discussões). De acordo com Skinner (1953/2003) pessoas expostas à estimulação aversiva, sobretudo por tempo prolongado, podem desenvolver comportamentos disfuncionais como as classes de respostas ansiedade, depressão, raiva, frustração, entre outras respostas emocionais, as quais podem ser entendidas como subprodutos da exposição do indivíduo a essa estimulação.

Com relação aos relatos incluídos na categoria 5 (fatores emocionais atribuídos pelas mães e por médicos e outros profissionais de saúde), teve-se que as

mães de crianças com vitiligo e psoríase, independentemente do perfil no CBCL, e as de crianças com dermatite atópica avaliadas como clínicas para os dois perfis (INT+EXT) atribuíram a fatores emocionais (categoria 5A) a causa do aparecimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença. Todas essas mães também relataram tal atribuição por médicos e outros profissionais de saúde (categoria 5B). Pode-se levantar como hipótese que as mães já façam relação entre fatores emocionais e o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença, já que este é o modelo de atribuição causal predominante na cultura, sendo tal atribuição mantida pelo relato dos médicos que também fazem tal atribuição.

Foram semelhantes também o conteúdo dos relatos de atribuição de causa por mães e médicos, sendo evidenciados fatores como nervosismo, ansiedade, irritabilidade, tensão, estresse, fatores psicológicos e emocionais. Resultados semelhantes foram encontrados por autores que discutiram o surgimento ou agravamento da lesão de pele como devido a fatores emocionais (Ludwig et al., 2008a; Mingnorange, Loureiro, Okino, & Foss, 2001; Silva & Müller, 2007; Silva & Silva, 2005). Além do que foi discutido no parágrafo anterior, pode ser também levantado como hipótese que a fala do médico seja um modelo de atribuição de causa para a mãe, podendo sua fala funcionar como um estímulo discriminativo verbal para a observação da ocorrência desses fatores, como pode ser observado em: “a médica já pediu para eu observar se era alimentar, se era **psicológico**, se era alguma coisa do comportamento dela, uma **ansiedade**, que ela é muito ansiosa...” (sic).

Em ambos os casos, o que se observa, no entanto, é atribuição de causa a emoções, o que inviabiliza a identificação e, portanto, a manipulação de variáveis que favoreçam ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença crônica de pele da criança, impedindo assim, o manejo adequado do contexto envolvendo a dermatose, como a prevenção de recorrências, por exemplo. O desconhecimento desses fatores pode dificultar a adaptação da criança e a família à doença e a adesão ao tratamento.

A apresentação de fatores emocionais como causa do surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença, ou seja, precedendo o aparecimento de uma doença, relação essa enfocada pelos médicos (e alguns psicólogos de orientação mentalista), encontram-se de acordo com os princípios do chamado “modelo médico”, o qual tem como uma de suas premissas, que a causa de

qualquer comportamento é interna, encontrada dentro do organismo. A descrição desse pressuposto deixa claro, no entanto, o abandono da investigação de variáveis ambientais, externas ao organismo, das quais determinado comportamento possa ser função.

A atribuição de causa a eventos privados como emoções, por exemplo, são amplamente discutidos e combatidos no Behaviorismo Radical. Isso não ocorre, no entanto, por não creditar-se importância ao que é sentido introspectivamente, ao contrário, acredita-se que eventos privados existem em relação a eventos públicos, sendo ambos de mesma natureza, ficando assim, o problema de sua “utilização”, circunscrito à forma de acessá-los para uma análise científica.

Skinner (1953/2003; 1982) destacou que a atribuição de causa a eventos privados pelo leigo pode ser um instrumento importante, que lhe permite aproximar-se de uma previsibilidade do comportamento, como por exemplo, quando uma mãe diz que a lesão de pele de seu filho piora quando está triste ou agressivo, e consegue dessa forma prever que ele se coçará mais quando tais comportamentos forem observados (no caso da agressividade) ou relatados pela criança (no caso da tristeza). Além disso, é comum que explicações como essas, satisfaçam a curiosidade do leigo, cessando nesse ponto a investigação de um comportamento. Embora a utilidade desse procedimento para o leigo já tenha sido apontada, Skinner destacou a importância de que o mesmo não se repita numa análise científica, já que, para que se cumpra a tarefa de uma ciência pragmática, como a Análise do Comportamento, é necessário que se possa não só prever, mas alterar um comportamento, para o que é preciso conhecer as variáveis das quais ele é função, considerando assim, a ação seletiva das variáveis externas, das quais eventos públicos e privados foram originados, mediante contingências vigorosas de reforço positivo. (GONGORA; ABIB, 2001; SKINNER, 1953/2003).

Segundo Skinner (1953/2003), uma condição interna, como um estado fisiológico ou uma emoção, pode ser identificada como o segundo elo em uma cadeia causal de três termos, na qual o primeiro seria uma operação efetuada de fora do organismo e o terceiro um comportamento. Embora seja possível prever o terceiro elo a partir do segundo, o tipo de previsão que se faz dessa forma é, muitas vezes, redundante, assim como quando se diz que a mãe bateu ou gritou com o filho porque estava com raiva. Ainda que tal redundância não seja observada diretamente

por meio dos relatos ela pode existir. Por exemplo, no relato de uma delas : “... sempre que ela fica **triste ou nervosa**, ai começam as coceiras” (sic). Pode-se supor que se a mãe fosse questionada sobre o que levaria a criança a coçar-se, ela responderia porque está triste ou nervosa. Neste caso hipotético, nada poderia ser feito para alterar diretamente esse estado de tristeza ou nervosismo, não tendo por isso, tal explicação, utilidade prática na manipulação das contingências mantenedoras deste comportamento ou para o qual se buscam as causas, nesse caso, o coçar.

Observou-se em alguns momentos, como nos relatos de atribuição de causa compatíveis com as categorias 3 e 4, feitos por mães que avaliaram os filhos como clínicos para o perfil externalizante, a apresentação de uma operação efetuada de fora do organismo (primeiro elo), em geral situações que antecederam de imediato a manifestação dos sintomas ou mesmo que faziam parte da história de vida da criança e/ou família, seguidas pela descrição do comportamento identificado como manifestação dos sintomas, como em “... durante a minha **gravidez**, sabe, ela tinha a maior vontade de ter a irmã... bom, também não sei, né, **pode ser que tenha ocasionado**, que foi nessa fase mesmo que começou” (sic). Assim como pode ser observado, a não ser que haja uma falha no encadeamento causal, é possível prever o terceiro elo do primeiro, já que ambos devem ser ordenadamente relacionados. (SKINNER, 1953/2003).

Quando tais relatos foram feitos por mães que avaliaram os filhos como clínicos para o perfil internalizante e externalizante (INT+EXT) conjuntamente e o perfil internalizante (INT), no entanto, ainda que fossem levantados eventos como alcoolismo do pai e briga com mãe/pai, por exemplo, era delegado estatuto causal a eventos internos como tristeza, raiva ou saudade, como pode ser observado nos relatos “... porque ela **não conhecia o pai, agora esse ano que ela conheceu**. Então tem época que ela fica assim **triste**, que ela **sente saudade**...então eu já reparei que **quando ela está muito nervosa, ansiosa com alguma coisa, aí que dana essa coceira na barriga e onde tem as marcas**” (sic). Assim, embora discriminassem e relatassem o primeiro elo da cadeia causal (conhecer o pai e passar um tempo sem vê-lo), ao atribuírem causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose de seu filho compatíveis com as categorias 3 e 4, recorriam ao segundo elo como causador dos sintomas observados (sentir tristeza, saudade, nervosismo, ansiedade), inviabilizando novamente, a

manipulação de condições ambientais antecedentes à manifestação dos sintomas da doença.

É possível que diferenças entre a forma de relatar observadas em mães de crianças que avaliaram os filhos como clínicos para externalizantes quando comparadas às mães de crianças com outros perfis, independentemente da dermatose da criança, possam ser devidas a acessibilidade, já que comportamentos descritos como externalizantes (comportamentos agressivos e de quebrar regras) são referentes à comportamentos que se manifestam no domínio público permitindo assim a observação de seu comportamento, sendo mais fácil, provavelmente, identificar as variáveis das quais ele é função.

Embora fossem necessários mais estudos para que tais hipóteses pudessem ser confirmadas, é possível que as causas atribuídas por mães que reconhecem comportamentos-problema no repertório de seus filhos compatíveis com comportamentos privados como tristeza, ansiedade e retraimento, por exemplo, atribuam mais causa do surgimento e/ou exacerbação dos sintomas do problema de pele da criança a eventos privados (mesmo quando relatam alguma situação antecedente ou presente), diferente das atribuições de mães que observam e relatam comportamentos-problema públicos como parte do repertório de seu filho, como na classe de respostas agressividade (gritar, falar alto, bater, estragar coisas de outras pessoas, por exemplo), já que nesses casos, é mais fácil identificar situações presentes ou antecedentes à sua manifestação e evitar a atribuição a causas fictícias que não contribuem para a identificação de contingências favoráveis à manifestação da dermatose da criança. Ainda, quando ambos os comportamentos-problema são identificados pelas mães, as relações estabelecidas identificadas pelas mesmas como responsáveis pelo surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença crônica de pele da criança sejam também diferentes, já que observam maior frequência e intensidade de comportamentos disfuncionais no repertório da criança.

3.3.2 Considerações Finais

Foi realizada análise descritiva dos relatos das mães, considerando os relatos de atribuição de causa ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose crônica da criança incluídos em cada uma das cinco categorias,

relacionados ao diagnóstico da doença de pele da criança (dermatite atópica, vitiligo e psoríase) e a avaliação do comportamento da criança no CBCL (perfil internalizante, externalizante e internalizante e externalizante).

Resultados demonstraram que: todas as mães de crianças com dermatite atópica relacionaram fatores ambientais e fatores genéticos e biológicos ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas; todas as mães de crianças com vitiligo atribuíram causa a fatores emocionais, situacionais e interação da criança com pai/mãe; mães de crianças com perfil internalizante e perfil internalizante e externalizante, recorreram a fatores emocionais ao atribuírem causa a fatores situacionais e da interação da criança com pai/mãe; mães que relataram atribuição de causa a fatores emocionais por médicos e psicólogos também apresentaram relatos de atribuição de causa a fatores emocionais (DA- INT+EXT; VIT- INT, EXT, INT+EXT; PSO- EXT, INT+EXT), o que não aconteceu quando tal atribuição foi feita por outro profissional, um fonoaudiólogo (DA- EXT). Todas as mães que atribuíram causa a fatores situacionais, também relacionaram o surgimento e/ou exacerbação dos sintomas a fatores da interação da criança com pai/mãe (DA- EXT, INT+EXT; VIT- INT, EXT, INT+EXT; PSO- INT+EXT).

Embora sejam necessários mais estudos que investiguem tais relações, é possível que programas de intervenção dirigidos a cuidadores de crianças com dermatoses crônicas que os auxiliem a identificar relações de contingências favoráveis ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da doença de pele de seu filho, tenha papel fundamental na possibilidade de prevenção de recorrências por meio da manipulação de variáveis das quais determinado comportamento é função, assim como na aceitação da doença e adesão ao tratamento. Embora fossem necessárias maiores investigações acerca dessa variável, é possível que intervenções destinadas a crianças avaliadas como clínicas para perfil externalizante fossem diferentes daquelas avaliadas como clínicas para os outros perfis, dado que as mesmas parecem já identificar tais relações, não conseguindo, no entanto, manipulá-las.

Parece também relevante, a realização de estudos que investiguem a relação entre a atribuição de causa por médicos e a atribuição feita por cuidadores, já que foi aqui levantada a hipótese de que suas verbalizações funcionem como estímulo discriminativo para a observação de tais variáveis pelas mães, assim como modelo de atribuição de causa a ser seguido, provavelmente

devido ao estatuto social desse profissional, muitas vezes tido como detentor de um conhecimento absoluto. Assim, é possível que programas de intervenção que instrumentalizem tais profissionais a identificar relações de contingência favoráveis ao surgimento ou exacerbação dos sintomas do problema de pele e a sua “transmissão” à criança e/ou o cuidador, favoreçam a adaptação de ambos a todo o contexto envolvendo a doença crônica de pele da criança.

Autores destacam a relevância de que o paciente conheça características peculiares a seu problema de saúde, como etiologia, tratamento, prognóstico e contingências favoráveis à exacerbação dos sintomas, a fim de que desenvolva estratégias de enfrentamento que lhe permitam maior adaptabilidade à condição da sua pele. (ANTHONY; GIL; SCHANBERG, 2003; CASTRO; PICCININI, 2002; DROTAR, 1997; LUDWIG et al., 2008A; LUDWIG; OLIVEIRA; MÜLLER; GONÇALVES, 2008B; LUDWIG; OLIVEIRA; MULLER; MORAES, 2009; PIRES; CESTARI, 2005; SILVA; MÜLLER, 2007; SOUZA et al., 2005).

No entanto, para que seja possível a identificação e manipulação de variáveis favoráveis ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose da criança, faz-se necessário abandonar o hábito de buscar explicações internas para o comportamento, como foi amplamente observado nesse estudo, já que tais explicações podem tirar o foco das variáveis externas ao organismo, encontradas em seu ambiente imediato e sua história ambiental, compatíveis com uma análise científica e passíveis de análise funcional. Ainda, segundo Skinner: “Não é possível dar conta do comportamento de nenhum sistema enquanto permanecemos inteiramente dentro dele; finalmente será preciso buscar forças que operam sobre o organismo agindo de fora” (1953/2003, p.37). Tal citação reafirma a importância de programas de intervenção dirigidos a mães e/ou cuidadores e profissionais de saúde que lhes auxiliem a identificar e manejar relações de contingências favoráveis ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas da dermatose da criança, assim como maior adaptabilidade da criança e a família a todo o contexto envolvendo a dermatose.

3.3.3 Conclusão

O levantamento e análise de fatores relacionados ao surgimento e/ou exacerbação do problema de pele da criança, considerando o diagnóstico

medico dermatológico (dermatite atópica, psoríase e vitiligo) e o perfil para o qual foi considerado clínico no CBCL (internalizante, externalizante, internalizante e externalizante), segundo avaliação de suas mães, por meio de mais de uma medida de avaliação, são de extrema relevância para a formulação de estudos futuros, que permitam aos pesquisadores conhecer variáveis relacionadas ao conhecimento da criança e da família da etiologia, tratamento e prognóstico da doença, assim como identificação e manejo de contingências favoráveis à manifestação dos sintomas. Espera-se que o conhecimento dessas variáveis favoreça o desenvolvimento de programas de intervenção peculiares a essa população e que favoreçam a aceitação da doença, adesão ao tratamento e prevenção de recorrência e exacerbações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram apresentados dois estudos retrospectivos, que investigaram a avaliação de mães de crianças com dermatoses crônicas sobre o comportamento de seus filhos tendo como instrumentos relatos verbais (entrevista semi-estruturada, CBCL). O uso de medidas indiretas de avaliação, embora faça parte da prática de muitos psicólogos e pesquisadores na área da saúde, é amplamente discutido na Análise do Comportamento. Ainda que se reconheçam as limitações inerentes a essas medidas, tais instrumentos são relevantes em fases iniciais do desenvolvimento de uma área, nas quais, em geral, não há dados suficientes que permitam a elaboração de um estudo empírico. Além disso, são de extrema utilidade na investigação de comportamentos que dificilmente seriam acessados de outra maneira como eventos da história de vida do sujeito e acesso a comportamentos encobertos.

Os resultados encontrados no estudo 1 demonstraram a relevância de que mais estudos sejam desenvolvidos tendo como foco essa população. Embora houvesse poucos participantes em cada grupo, é possível dizer que restrições na participação em atividades em decorrência de desconfortos físicos produzidos, podem representar fatores de risco para desenvolvimento de padrões de comportamentos disfuncionais em crianças com dermatoses crônicas, em especial entre aquelas com dermatite atópica e psoríase.

A relevância de estudos que investiguem relatos de mães de crianças com diferentes doenças de pele e perfil clínico quanto aos eventos que relacionam ao surgimento e/ou exacerbação dos sintomas, são também evidentes, já que resultados mostraram diferenças entre as doenças quanto aos fatores aos quais atribuem causa e entre os perfis quanto à descrição dos contextos dos quais tais fatores foram recortados. A descrição e análise das possíveis diferenças entre esses fatores são de extrema importância para a formulação de programas de intervenção efetivos.

Parecem ainda relevantes, estudos que investiguem variáveis referentes à influência de médicos e outros profissionais de saúde na adaptação da criança e a família à doença. Caso seja confirmada a hipótese aqui levantada, de que o relato verbal de médicos e psicólogos funcione como um estímulo discriminativo para a observação de eventos e estabelecimento de relações entre

eles por mães de crianças com doenças crônicas de pele, é interessante o desenvolvimento de planos de intervenção que instrumentalizem tais profissionais a identificarem relações de contingências favoráveis à manifestação dos sintomas da dermatose e a manejá-las. Eles poderiam também ensinar mães e crianças a fazê-lo. Esta aprendizagem teria efeito significativo na adaptação da criança e a família à dermatose.

Conclui-se então que futuros estudos que investiguem as variáveis aqui apontadas devam ser desenvolvidos. Os resultados subsidiarão a implantação de propostas de intervenção que favoreçam a adaptação da criança e a família à doença e o tratamento, assim como à redução da frequência e intensidade de apresentação de comportamentos disfuncionais por crianças com dermatoses crônicas.

REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. (1991). *Manual for child behavior checklist*. Burlington: University of Vermont.
- AMARAL, V. L. A. R.; ALBUQUERQUE, S. R. T. P. Crianças com problemas crônicos de saúde. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papyrus, 2000. p. 219-232.
- ANTHONY, K. K.; Gil, K. M.; SCHANBERG, L. E. Brief report: parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*. v. 28, n. 3, p. 185–190, 2003.
- BARROS, R. Uma introdução ao comportamento verbal. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, n. 1, p. 73 – 82, 2003.
- BENNETT, D. S. Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 19, n. 2, p. 149-169, 1994.
- BORDIN, I. A. S. J.; MARI, J. J.; CAIERO, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, v. 17, n. 2, p. 55-56, 1995.
- BRUFARU, R. M.; BERNÁ, J. C.; REDONDO, C. B.; ANDREO, R. M. L.; GRAS, R. M. L. Estilos de personalidad em pacientes con psoriasis. *Anales de Psicología*, v. 26, n. 2, p. 335-340, 2010.
- CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002.
- CHACHA, J. J.; AYACHE, D. C. G., ANDRADE, S. M., SUGAI, J. K.; WIZIACK, N. C. Dermatite atópica: avaliação de terapêutica complementar. *Pediatria*, v. 31, n. 3, p. 204-210, 2009.
- DEROGATIS, L. R.; FLEMING, M. P.; SUDLER, N. C.; PIETRA, L. D. Psychological Assessment. In: P. H. Necasso; T. H. Smith (Org.), *Chronic illness: a biopsychological perspective*. Washington: American Psychological Association, 1995.
- DE ROSE, J. C. O relato verbal segundo a perspectiva da Análise do Comportamento: contribuições conceituais e experimentais. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*. São Paulo: Arbytes, 1999.
- DIAS, N. G.; GON, M. C. C. (não publicado). *Avaliação das mães sobre o comportamento de seu filho com dermatose crônica: competência social, internalização e externalização*.

DROTAR, D. Relating parent and family functioning to the psychological adjustment of children with chronic health conditions: What have we learned? What do we need to know? *Journal of Pediatric Psychology*, v. 22, p. 149-165, 1997.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 55-58, 2002.

GARRALDA, M. E. Chronic physical illness and emotional disorder in childhood. *British Journal of Psychiatry*, v. 164, p. 8-10, 1994.

GON, M. C. C.; ROCHA, M. M.; GON, A. S. Análise do Conceito de Estigma em Crianças com Dermatoses Crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 7, n. 1, p. 15-20, 2005.

GONGORA, M. A. N.; ABIB, J. A. D. Questões referentes à causalidade e eventos privados no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 3, n. 1, p. 9-24, 2001.

GONGORA, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In: C. E.

COSTA, J. C. Luzia; H. H. N. SANT'ANA. (Orgs.)., *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*. Santo André: Esetec.

GONTIJO, B.; ROMITI, R. Psoríase na Infância e Adolescência. *Brasileiros de Dermatologia*, v. 28, n. 1, 2007.

HOWLETT, S. Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, v. 140, p. 381-384, 1999.

KIEBERT, G.; SORENSEN, S. V.; REVICKI, D.; FAGAN, S. C.; DOYLE, J. D.; COHEN, D. et al. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International Journal of Dermatology*, v. 41, n. 3, p. 151-158.

LAVIGNE, J.; FAIR-ROUTMAN, J. Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review. *Journal of Pediatrics*, v. 17, p. 133-158, 1992.

LAWSON, V.; LEWIS-JONES, M.; FINLAY, A.; REID, P.; OWENS, R. The family impact of childhood atopic dermatitis: the dermatitis family impact questionnaire. *British Journal of Dermatology*, v. 138, n. 1, p. 107-113, 1998.

LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol*, v. 132, p. 942-949, 1995.

LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A.Y.; DYKES, P. J. The infants' dermatitis quality of life index. *British Journal of Dermatology*, v. 144, n. 1, p. 104-110, 2001.

LUDWIG, M. W. B.; MULLER, M. C.; REDIVO, L. B.; CALVETTI, P. D.; SILVA, L. M.; HAUBER, R. S. et al. (2008a). Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Psicologia da Saúde*, v. 16, n. 1, p. 37-42.

LUDWIG, M. W. B.; OLIVEIRA, M. S.; MULLER, M. C.; GONÇALVES, A. M. B. F. (2008b). Localização da lesão e níveis de estresse em pacientes dermatológicos. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 3, p. 342-352.

LUDWIG, M. W. B.; OLIVEIRA, M. S.; MULLER, M. C.; MORAES, J. F. D. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 84, n. 2, p. 143-150, 2009.

MAGIN, P.; SIBBRITT, D.; BAILEY, K. The Relationship Between Psychiatric Illnesses and Skin Disease: A Longitudinal Analysis of Young Australian Women. *Archives of Dermatology*, v. 145, n. 8, p. 896, 2009.

MATOS, M. A. A medida do ambiente de desenvolvimento infantil. *Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 5-18, 1983.

MILAVIC, G. Do cronicall ill and handicapped children become depressed? *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 27, p. 675-685, 1985.

MINGNORANCE, R. C.; LOUREIRO, S. R.; OKINO, L. Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 77, n. 2, p. 147-159, 2002.

MOTA, C. M. S.; GON, M. C. C.; GON, A. S. Análise comportamental de problemas de interação social de indivíduos com psoríase. *Interação em Psicologia*, v. 13, n. 1, p. 155-164, 2009.

MÜLLER, M. C. *Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. 2001. Dissertação (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

PINTO, W. Stress, qualidade de vida e vitiligo. In: M. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil*. São Paulo: Papirus, 1996.

NELMS, B. C. Emotional Behaviors in Chronically Ill Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 17, n. 6, p. 657-668, 1989.

NETO, P. T. L. F.; WEBER, M.; FORTES, S.; CESTARI, T.; ESCOBAR, G.; MAZOTTI, N. et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, n. 3, p. 279-291, 2005.

NETO, P. T. L. F.; WEBER, M. B.; FORTES, S. D.; CESTARI, T. F. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, n. 1, p. 78-82, 2006.

PIRES, M.; CESTARI, S. *Dermatite atópica*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

PAULI-POTT, U.; DARUI, A.; BECKMANN, D. Infantis with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy Psychosomatic*, v. 68, p. 39-45, 1999.

ROMITI, R.; MARAGNO, L.; ARNONE, M.; TAKAHASI, M. D. F. Psoríase na infância e adolescência. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 84, n. 1, p. 9-22, 2009.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

SILVA, C. M. R.; GONTIJO, B.; PEREIRA, L. B.; RIBEIRO, G. B. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 82, n. 1, p. 47-51, 2007.

SILVA, J. D. T.; MÜLLER, M. C. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 247-256, 2007.

SILVA, K. S.; SILVA, E. A. T. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 7, n. 1, 2005.

SILVARES, E. *Porque trabalhar com a família quando se promove terapia comportamental de uma criança*. Centro de estudos em psicologia: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

SILVARES, E.; GONGORA, M. A. N. *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: EDICON, 1998.

SKINNER, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução de J. Todorov; R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 1953.

SKINNER, B. F. *Sobre o Behaviorismo*. Tradução de M. P. Villalobos. São Paulo: Editora, 1982.

SOUZA, A. P. F. S.; CARVALHO, F. T.; ROCHA, K. B.; LAGES, M. N.; CALVETTI, P. U.; CASTOLDI, L. Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. *PSICO*, v. 36, n. 2, p. 167-174, 2005.

ROSA, E. C.; NATALI, M. R. M. Vitiligo: um problema que não pode passar em branco. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 1, p. 119-126, 2009.

SANT'ANNA, P. A.; GIOVANETTI, R. M.; CASTANHO, A. G.; BAZHUMI, N. F. N.; SELVA, V. A. A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. *Psicologia: teoria e prática*, v. 5, n. 1, p. 81-96, 2003.

THOMPSON, R. J.; GUSTAFSON, R. E. *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association, 1996.

TOURINHO, E. Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. *Interação em Psicologia*, v. 10, p. 1-18, 2006.

WAHLER, R. Comportamento desviante de crianças dentro da situação familiar: especulações sobre o desenvolvimento e estratégias de mudanças comportamentais. In: H. Leiterberg (Org.), *Handbook of Behavior Modification and Behavior Theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1976.

WARSCHBURGER, P.; BUCHHOLS, H.TH.; PETERMANN, F. Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *British Journal of Dermatology*, v. 150, p. 304-311, 2004.