



**UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA**

---

ROBSON ZAZULA

**OBEDIÊNCIA DE CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA  
ÀS INSTRUÇÕES DO CUIDADOR PARA REALIZAR  
TRATAMENTO MÉDICO**

ROBSON ZAZULA

**OBEDIÊNCIA DE CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA ÀS  
INSTRUÇÕES DO CUIDADOR PARA REALIZAR  
TRATAMENTO MÉDICO**

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

Orientadora: Profa. Márcia Cristina Caserta Gon

Pesquisa financiada pela CAPES.

Londrina  
2011

**CATALOGAÇÃO ELABORADA PELA DIVISÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS DA  
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

Z39o Zazula, Robson.

Obediência de crianças com dermatite atópica às instruções do cuidador para realizar tratamento médico / Robson Zazula. – Londrina, 2011.  
64 f. : il.

Orientador: 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, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Crianças – Comportamento verbal – Avaliação – Teses. 2. Crianças – Obediência – Avaliação – Teses. 3. Crianças – Doenças crônicas – Comportamento – Teses. 4. Pele – Doenças – Crianças – 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.

CDU 159.9.019.43

ROBSON ZAZULA

**OBEDIÊNCIA DE CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA ÀS  
INSTRUÇÕES DO CUIDADOR PARA REALIZAR TRATAMENTO  
MÉDICO**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

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

---

Prof. Carlos Eduardo Costa  
UEL – Londrina - PR

---

Profa. Ana Lúcia Alcântara de Oliveira Ulian  
UFBA – Salvador - BA

Londrina, 23 de agosto de 2011.

**DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais,  
João e Jení.*

## AGRADECIMENTOS

*Embora tenha superado inúmeras etapas durante o mestrado, que envolveram desde a delimitação do tema de pesquisa, ainda durante a disciplina de Metodologia de Pesquisa em Análise do Comportamento, passando pela confecção do projeto de pesquisa, banca de qualificação, recrutamento dos participantes, coleta de dados e, finalmente, confecção desta dissertação para a banca de defesa, acredito que a parte mais difícil foi escrever os agradecimentos. Por quê?*

*Acredito que seria impossível citar os nomes de todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, na confecção deste trabalho. Fica aquela sensação: será que me lembrei de todos? Dessa forma, a todos que de alguma forma me ajudaram nessa caminhada, meus sinceros Muito Obrigado!*

*Entretanto, gostaria de fazer alguns agradecimentos especiais:*

*Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, João e Jeni, por todo apoio e dedicação não apenas durante o mestrado, mas em toda a minha vida. Obrigado por me ensinarem que qualquer obstáculo pode ser superado com muita garra e determinação. Obrigado por acreditarem em mim, apoiar-me em todos os momentos e a valorizarem minhas conquistas. Sou muito grato a vocês por tudo que me fizeram!*

*Ao meu irmão Renan, pelo carinho e apoio incondicional.*

*À Monique Desirée Ribeiro Rezende, que sempre foi uma companheira de trabalho, colega de profissão e, mais do que isso, uma importante e valiosa amiga! Obrigado pelo seu apoio enquanto amiga, desde nossos momentos de colegas de faculdade!*

*À Grazielle Noro, pela amizade e pelo apoio incondicional nestes últimos dois anos. Obrigado pela sua amizade e muito sucesso em sua nova jornada!*

*À Renatha El Rafihi Ferreira pelas inúmeras conversas, on-line ou não, que mais do que pequenos momentos de alegria e felicidade, proporcionaram um imenso aprendizado.*

*À Priscila Martins dos Santos, Priscila Teixeira, Leda, Sabrina Borges, Érica Coelho, Kátia Biscouto e demais amigos e colegas que acreditaram em meu potencial.*

*Aos colegas da turma de mestrado, em especial, Bruna Del Giudice Machado Godinho, Grazielle Farias de Bueno Pellizzetti, Talita de Lima Cunha e Renata Garcia de Almeida Moraes, que mais do que colegas, foram incríveis companheiras de estudo, em momentos bons ou ruins. Sou muito grato a vocês!*

*À Mariana Salvadori Sartor e Jardson Fragoso Carvalho, pelo companheirismo e valiosa contribuição para a concretização deste trabalho e pela amizade que nasceu destes*

*encontros.*

*À professora Dra. Márcia Cristina Caserta Gon, que mais do que uma orientadora, foi companheira, amiga e colega de trabalho. Sou muitíssimo grato pela sua dedicação, empenho, paciência e muito carinho com que você me orientou. Muito obrigado por acreditar em meu potencial e por despertar o interesse e a satisfação em ser pesquisador. Fico muito feliz por ter vivido esta importante etapa em minha vida com uma pessoa tão especial quanto você. Muito Obrigado!*

*À Professora Dra. Maria Luiza Marinho-Casanova pelas valiosas contribuições ao meu trabalho após a disciplina de Seminários de Pesquisa em Análise do Comportamento e na Banca de Qualificação.*

*Ao Professor Dr. Carlos Eduardo Costa (Caê) por aceitar participar da Banca de Defesa, pelas contribuições na banca de qualificação, pelas aulas, ainda durante a disciplina de Princípios em Análise do Comportamento, e pela dedicação na coordenação do programa de mestrado em Análise do Comportamento.*

*À Professora Dra. Ana Lucia Alcântara de Oliveira Ulian que, mesmo de tão longe, aceitou vir a Londrina e participar da Banca de Defesa. Meus sinceros agradecimentos!*

*Aos estagiários Deivid, Bruna Larissa e Bruna Souza, que trabalharam duro durante a coleta de dados e registro dos comportamentos dos participantes e às alunas do projeto de extensão para atendimento de crianças com doenças crônicas de pele (Francielly, Magaly Bruna, Valquíria e Vivian), pela valiosa ajuda no recrutamento dos participantes e coleta de dados.*

*Ao Jonas, secretário do programa de mestrado em Análise do Comportamento, e à Inês, secretária do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC), pela competência e disponibilidade em ajudar em todos os momentos.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro durante o curso.*

*E, não menos importante, um agradecimento às mães que, juntamente com suas filhas, aceitaram participar do projeto de pesquisa. Sem vocês o trabalho não seria possível!*

**MUITO OBRIGADO a todos!**

ZAZULA, Robson. **Obediência de crianças com dermatite atópica às instruções do cuidador para realizar tratamento médico.** 2011. 64 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2011.

## RESUMO

A dermatite atópica é uma doença crônica de pele com etiologia desconhecida e alta incidência na população infantil. Tem como principais sintomas: prurido, inflamação e lesões crostosas. Uma das queixas mais frequentes de cuidadores de pacientes pediátricos é o seguimento de recomendações médicas. Embora tal atitude seja fundamental para o controle dos sintomas, observam-se baixos índices de adesão em pacientes com DA e seus cuidadores. Este comportamento pode ser compreendido como um processo comportamental governado verbalmente e as recomendações, na forma de instruções, uma importante variável para compreendê-lo. Entretanto, são escassos os estudos em Análise do Comportamento, em especial na Dermatologia, que descrevam os efeitos do controle instrucional sobre o comportamento de seguir recomendações médicas. Os resultados deste trabalho estão organizados em dois estudos. O Estudo 1 tem como objetivo apresentar e discutir a instrução, enquanto evento antecedente, que controla o comportamento de seguir recomendações médicas de crianças com dermatite atópica. Este controle foi discutido com base nas interações entre crianças com a doença e seus cuidadores, por meio da descrição do papel desempenhado por instruções simples, complexas, diretas, indiretas, completas e incompletas, bem como as consequências imediatas e atrasadas ao responder. Além disso, foram descritas as condições físicas e/ou biológicas, o controle social e o papel da história de reforçamento do indivíduo como variáveis que podem alterar o controle exercido pelas instruções para realizar o tratamento médico. O Estudo 2 tem como objetivo avaliar o controle exercido por instruções verbais diretas e indiretas, verbalizadas pela mãe, na emissão de comportamentos de obedecer de crianças com DA, em uma situação estruturada de tratamento médico. Além disso, avaliou-se também o relato da mãe acerca do comportamento da criança, por meio do *Children Behavior Check-list for ages 6/18* (CBCL-6/18). Os resultados mostraram que todas as crianças foram avaliadas como clínica e/ou limítrofe para competências e problemas de comportamento. O uso de instruções diretas aumentou a probabilidade de comportamentos de obediência, sobretudo quando associadas à orientação física e elogios, independentemente do perfil comportamental apresentado no CBCL-6/18. Estes resultados poderão auxiliar na elaboração de propostas de intervenções comportamentais individuais ou em grupos para crianças com DA e seus cuidadores, com objetivo de elevar os índices de adesão ao tratamento nesta população.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica. Tratamento médico. Instruções verbais. Adesão. Variáveis antecedentes.

ZAZULA, Robson. **Compliance of children with atopic dermatitis to caregivers' instructions to medical treatment.** 2011. 64 f. Dissertation. (Master's Degree in Behavior Analysis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brazil. 2011.

### ABSTRACT

The atopic dermatitis is a skin chronic disease with unknown etiology and high incidence in childhood. It has as main symptoms: prurigo, inflammation, crusted injuries and lichenification. One of the most frequently caregivers' complain is the following of medical recommendations, with high rates of non-following prescriptions. This behavior can be understood as a rule-governed behavior process, and the recommendations, in the form of verbal instructions, an important variable. However, studies that describe the effects of instructional control in the following of medical recommendations' behavior in caregiver-child interactions are scarce in Pediatric Dermatology, especially in caregiver-child interaction. The outcomes of this study are organized into two studies. Study 1 aims to present and discuss the instruction, as an antecedent variable, which controls the response of following medical recommendations. This control was discussed on the basis of the interactions between children and their caregivers, through the description of the role of simple, complex, direct, indirect, complete and incomplete instructions, as well as immediate and later consequences. Moreover, physical and/or biological conditions, the social control and the role of reinforcement histories were describe as variables that can change the control of verbal instructions in medical treatment. Study 2 aims evaluate the control exercised by direct and indirect instructions, verbalized by mothers, in compliance and noncompliance behavior of their children in a structured treatment situation. Moreover, the mothers' reports about their children's behavior were evaluated through the Children Behavior Checklist for ages 6/18. The outcomes showed that all children were evaluated as clinical and/or borderline for competences and behavior problems. However, the use of direct instructions increases the probability of compliance behaviors, especially when associated with physical guiding and praise, regardless behavioral profiles identified in CBCL-6/18. It can be important to develop groups or individuals intervention programs, directed to children with DA and their caregivers, which aims to increase the rates of adherence behavior in this population.

**Key words:** Atopic dermatitis. Medical treatment. Verbal instructions. Adherence. Antecedent variables.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> - Perfis para competências e problemas de comportamento das crianças avaliadas mediante relato dos pais por meio do CBCL-6/18 .....	33
---	----

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> - Descrição das variáveis antecedentes e consequentes aos comportamentos de obediência e desobediência nas condições LB, ID e II para realização da tarefa em situação de tratamento .....	39
--	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Percentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D1 .....	40
<b>Figura 2</b> - Percentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D2 .....	41
<b>Figura 3</b> - Percentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D3 .....	42
<b>Figura 4</b> - Percentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D4 .....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHC/UEL	Ambulatório de Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina
ANT	Antecedentes
CBCL/6-18	<i>Child Behavior Check-list for ages 6-18</i>
CL	Clínico(a)
CONS	Consequentes
CP-UEL	Clínica Psicológica – Universidade Estadual de Londrina
D1	Díade 1
D2	Díade 2
D3	Díade 3
D4	Díade 4
DA	Dermatite atópica
ID	Instrução direta
ID <sub>1</sub>	Primeira condição de instrução direta
ID <sub>2</sub>	Segunda condição de instrução direta
II	Instrução indireta
II <sub>1</sub>	Primeira condição de instrução indireta
II <sub>2</sub>	Segunda condição de instrução indireta
LB	Linha de base
LIM	Limítrofe
Min	Minutos
NC	Não clínico(a)
OMS	Organização Mundial de Saúde
S	Segundos
T	Escore
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>ESTUDO 1 - INSTRUÇÕES COMO EVENTOS ANTECEDENTES PARA O COMPORTAMENTO DE SEGUIR RECOMENDAÇÕES MÉDICAS DE CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA .....</b>	<b>15</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>16</b>
<b>Referências.....</b>	<b>24</b>
<b>ESTUDO 2 - DERMATITE ATÓPICA INFANTIL: PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E OBEDIÊNCIA À INSTRUÇÃO DA MÃE PARA REALIZAR O TRATAMENTO MÉDICO .....</b>	<b>28</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>29</b>
<b>Método.....</b>	<b>31</b>
<b>Delineamento .....</b>	<b>31</b>
<b>Participantes .....</b>	<b>31</b>
<b>Caracterização dos participantes.....</b>	<b>32</b>
<b>Local .....</b>	<b>33</b>
<b>Instrumentos, Materiais e Instrumentos.....</b>	<b>33</b>
<b>Categorização das Classes de Respostas da Criança .....</b>	<b>34</b>
<b>Integridade do Procedimento .....</b>	<b>34</b>
<b>Registros dos dados e concordância entre observadores .....</b>	<b>35</b>
<b>Procedimento .....</b>	<b>35</b>
<b>Etapa 1 – Encaminhamento dos participantes e aplicação do CBCL-6/18.....</b>	<b>36</b>
<b>Etapa 2 – Adaptação à sala e à filmadora .....</b>	<b>36</b>
<b>Etapa 3 – Orientação à mãe sobre como agir com a criança na condição LB.....</b>	<b>36</b>
<b>Etapa 4 – Condição de LB .....</b>	<b>36</b>
<b>Etapa 5 – Orientações à mãe para a realização das condições de avaliação de tratamento.....</b>	<b>37</b>
<b>Etapa 6 – Condições de avaliação de tratamento .....</b>	<b>37</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>39</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>44</b>

<b>Considerações finais.....</b>	<b>50</b>
<b>Referências.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO A - CHILD BEHAVIOR CHECK-LIST FOR AGES 6/18 (cbcl /6-18).....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A - FOLHA DE INSTRUÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE AVALIAÇÃO PARA AS MÃES .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE B - DEFINIÇÕES DO COMPORTAMENTO DE OBEDIÊNCIA E DESOBEDIÊNCIA LISTA DE VERIFICAÇÃO SOBRE OS CONHECIMENTOS DA MÃE .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE C - SOBRE COMO AGIR COM A CRIANÇA DURANTE A AVALIAÇÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE D - FOLHA DE REGISTRO DOS COMPORTAMENTOS DAMÃE E DA CRIANÇA.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>64</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho descreve uma pesquisa desenvolvida na Universidade Estadual de Londrina, no programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Análise do Comportamento. Uma das queixas mais frequentes de cuidadores de pacientes pediátricos é o seguimento de recomendações médicas. Devido ao curso crônico e tratamento em contexto ambulatorial, o comportamento de seguir recomendações médicas é imprescindível para o controle da doença. Este pode ser compreendido como um processo comportamental governado verbalmente e as recomendações, na forma de instruções, uma importante variável para compreendê-lo. Entretanto, são escassos os estudos na área de Dermatologia Pediátrica que descrevam os efeitos do controle instrucional sobre o comportamento de seguir recomendações médicas, sobretudo na interação cuidador-criança.

O resultado deste trabalho está organizado em dois estudos. O primeiro, intitulado *Instruções como eventos antecedentes para o comportamento de seguir recomendações médicas*, teve como objetivo apresentar e discutir a instrução, enquanto evento antecedente, que controla o comportamento de seguir recomendações médicas de crianças com dermatite atópica. O segundo estudo, intitulado *Dermatite atópica infantil: problemas de comportamento e obediência à instrução da mãe para realizar o tratamento médico*, teve como objetivo avaliar o controle exercido por instruções verbais diretas e indiretas, verbalizadas pelo cuidador, na emissão de respostas de obedecer e desobedecer de crianças com DA, em uma situação estruturada de tratamento e comparar os resultados com o relato da mãe acerca do comportamento da criança, obtido por meio do CBCL-6/18 (*Children Behavior Check-list for ages 6/18*).

## ESTUDO 1

### INSTRUÇÕES COMO EVENTOS ANTECEDENTES PARA O COMPORTAMENTO DE SEGUIR RECOMENDAÇÕES MÉDICAS DE CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA

**Resumo:** A dermatite atópica é uma doença crônica de pele com etiologia desconhecida e alta incidência na população infantil. Devido ao curso crônico e tratamento em contexto ambulatorial, o comportamento de seguir recomendações médicas é imprescindível para o controle da doença. Este comportamento pode ser compreendido como um processo comportamental governado verbalmente e as recomendações, na forma de instruções, uma importante variável para compreendê-lo. Entretanto, são escassos os estudos na área de Dermatologia Pediátrica que descrevam os efeitos do controle instrucional sobre o comportamento de seguir recomendações médicas, sobretudo na interação cuidador-criança. Pesquisas sobre esta temática são importantes, uma vez que os cuidadores são os responsáveis pelo tratamento da criança e devem assumir e supervisionar ativamente o seguimento das recomendações médicas em casa. O objetivo deste estudo é apresentar e discutir a instrução, enquanto evento antecedente, que controla o comportamento de seguir recomendações médicas de crianças com dermatite atópica. Este controle foi discutido com base nas interações entre crianças com a doença e seus cuidadores, por meio da descrição do papel desempenhado por instruções simples, complexas, diretas, indiretas, completas e incompletas, bem como as consequências imediatas e atrasadas ao responder. Além disso, foram descritas as condições físicas e/ou biológicas, o controle social e o papel da história de reforçamento do indivíduo como variáveis que podem alterar o controle exercido pelas instruções para realizar o tratamento médico.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica. Instrução. Seguir instruções. Tratamento médico. Interação cuidador-criança.

**Abstract:** The atopic dermatitis is a skin chronic disease with unknown etiology and high incidence in childhood. Due to its chronic course and outpatient treatment, the following to medical recommendations behavior is indispensable to the disease control. This behavior can be understood as a rule-governed behavior process, and the recommendations, in form of verbal instructions, an important variable. However, studies that describe the effects of instructional control in the behavior of following medical recommendations behavior in caregiver-child interactions are scarce in Pediatric Dermatology. Researches about this theme are important because the caregivers are responsible for the treatment, and should take on and supervise actively the following of medical recommendations by children at home. The aim of this study is to present and discuss the instruction, as an antecedent variable that controls medical recommendations behavior. This control was discussed in the interactions between children and their caregivers, through the description of the role of simple, complex, direct, indirect, complete and incomplete instructions, as well as immediate and latter consequences. Moreover, physical and/or biological conditions, the social control and the role of reinforcement histories were described as variables that can change the control of verbal instructions in medical treatment.

**Key words:** Atopic dermatitis. Instruction. Follow instructions. Medical treatment. Caregiver-child interaction.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são consideradas doenças crônicas as alterações clínicas com duração mínima de três meses e ocorrência de sintomas por períodos prolongados (Thompson & Gustafson, 1996). No caso de doenças da pele, estas são consideradas crônicas quando há o acometimento patológico da pele por um período superior a seis semanas. Dentre todas as doenças existentes, a dermatite atópica (DA) é a que apresenta maior incidência na população infantil (Pires & Cestari, 2005; Willians, 2005).

Dados epidemiológicos indicam que entre 15% e 30% da população infantil mundial apresentam DA (Bieber, 2010). Cerca de 90% dos casos iniciam-se até o quinto ano de vida (Misery et al., 2007). Além disso, em aproximadamente 30% dos casos há correlação com outras condições crônicas, em especial asma ou rinites alérgicas (Willians, 2005).

A DA possui etiologia multifatorial. Caracteriza-se por prurido, lesões crostosas, inflamações na pele, sobretudo nas regiões da face e das articulações (joelhos, cotovelos e tornozelos), além da ocorrência de eritemas (i.e., coloração avermelhada da pele, devido à constrição de vasos capilares) e edemas (i.e., acúmulos excessivos de líquido no espaço intersticial da pele) pelo corpo (Bieber, 2010; Mozaffari et al., 2007; Pires & Cestari, 2005). Outra constatação clínica é a pele seca, cuja fase mais aguda da doença pode ocasionar descamação fina e espessamento da pele (Willians, 2005).

O tratamento médico-farmacológico da DA é realizado por meio do uso de medicamentos tópicos (e.g., pomadas, cremes hidratantes e/ou óleos), podendo haver, nos casos mais graves, o uso de medicamentos sistêmicos (e.g., orais e/ou injetáveis). No entanto, dada a etiologia da doença, o efeito desses medicamentos pode ser limitado, além de apresentar reações adversas (e.g., aumento do peso, irritabilidade, insônia, etc.), sobretudo quando utilizados por períodos prolongados (Pires & Cestari, 2005; Willians, 2005).

Devido ao curso crônico da DA, algumas recomendações são realizadas visando minimizar a ocorrência dos sintomas e o agravamento da doença. Dentre as principais recomendações médicas, destacam-se: a) orientações quanto ao contato com substâncias irritantes (e.g., sabão e produtos de limpeza, cosméticos, roupas de lã ou sintéticas), b) contato com substâncias aeroalergênicas (e.g., poeira, pelo de animais, perfumes ou fumaça), c) hidratação da pele, d) uso adequado dos medicamentos tópicos e/ou orais; e) evitar coçar ou irritar a pele e f) manter as unhas curtas para evitar escoriações (Kienast & Hoeger, 2010; Sampaio & Rivitti, 1998).

Especialmente no caso de pacientes dermatológicos, o comportamento de seguir recomendações médicas é imprescindível para o sucesso do tratamento, uma vez que este ocorre, na maioria dos casos, em contexto ambulatorial (Greenlaw, Yentzer, O'Neill,

Balkrishnan, & Feldman, 2010). Apesar de haver uma relação diretamente proporcional entre maiores índices no seguimento das recomendações e consequente melhora dos sintomas, observa-se que entre 30% e 50% dos pacientes com DA não realizam o tratamento médico (Serup et al., 2006).

De acordo com Moraes, Rolim e Costa (2009), o seguimento de recomendações médicas de maneira correta envolve uma ampla gama de comportamentos em prol da saúde. Dentre os principais, destacam-se aqueles relacionados diretamente ao tratamento (e.g., ingerir ou aplicar determinado medicamento, controlar a alimentação) ou que vão além, envolvendo mudanças no repertório total do indivíduo (e.g., identificar fatores orgânicos e/ou ambientais que podem provocar exacerbação dos sintomas).

Tais comportamentos devem ser emitidos independentemente de suas consequências imediatas, a partir da descrição de contingências de reforço, ou seja, os comportamentos que seguem à apresentação da regra são aqueles especificados por ela e não são afetados pelas consequências em curto prazo por ele produzidas (Albuquerque, Matos, de Souza, & Paracampo, 2004; Paracampo & Albuquerque, 2005). Neste sentido, pode-se afirmar que o ato de seguir recomendações médicas é compreendido como um processo comportamental governado verbalmente e as instruções, uma importante variável para sua compreensão (Luciano & Herruzo, 1992).

Baseado em aspectos culturais estima-se que, aproximadamente, a partir dos sete anos de idade a criança comece a desempenhar um papel mais ativo quanto aos cuidados em relação à sua saúde (Sanz, 2003). Por esta razão ela passa a ser responsável pela realização de algumas tarefas relacionadas ao tratamento, apresentando comportamentos de prevenção e promoção à saúde, como utilizar alguns medicamentos, controlar fatores que interfiram no controle dos sintomas e buscar informações sobre a doença. Esta classe comportamental é denominada de autocuidado e tem como principal função o controle dos sintomas, promoção e manutenção da boa condição de saúde. Portanto, quando se trata de indivíduos que apresentam algum problema de saúde, agudo ou crônico, o autocuidado inclui comportamentos relacionados ao tratamento da doença e que são, em um primeiro momento, controlados especialmente por instruções verbalizadas por outras pessoas, tais como cuidadores e profissionais de saúde (Giarelli, Bernhardt, & Pyeritz, 2010; Kyngås, 2000; Buston & Woods, 2000).

Inúmeros estudos em Análise do Comportamento têm demonstrado o papel importante do controle instrucional em diferentes contextos, tais como clínico (e.g., Roberts, McMahon, Forehand, & Humphreys, 1978), ambulatorial (e.g., Harding, Wacker, Cooper, Millard, &

Jensen-Kovalan, 1994), escolar (e.g., Braam & Mallot, 1990; Hupp & Reitman, 1999; Reitman & Gross, 1996) e institucional (Robles & Gil, 2006). Também são foco de estudo as avaliações comportamentais (e.g., Hupp, Reitman, Forde, Schiver, & Kelley, 2008), realizadas com diferentes populações, tais como indivíduos portadores de necessidades especiais (e.g., Bouxsein, Tiger, & Fisher, 2008), crianças com desenvolvimento típico de diferentes faixas etárias (e.g., Harding et al., 1994) ou com diagnósticos de problemas de comportamento ou ainda com transtorno de *déficit* de atenção (e.g., Hupp et al., 2008; Hupp & Reitman, 1999). Apesar disso, são escassos os estudos em Psicologia da Saúde, em especial na Dermatologia Pediátrica, que descrevam os efeitos do controle instrucional sobre o comportamento de seguir recomendações médicas.

Embora o seguir recomendações médicas seja um tipo de comportamento governado verbalmente, não há na literatura estudos que aplique tais princípios ao contexto de tratamento de crianças com DA. Dessa forma, objetiva-se com o presente trabalho apresentar e discutir a instrução, enquanto evento antecedente, que controla o comportamento de seguir recomendações médicas. Para tanto, serão utilizados exemplos hipotéticos de interação entre crianças com a doença e seus cuidadores uma vez que estes são responsáveis pela criança e devem assumir e supervisionar ativamente a condução do tratamento médico em casa. Será descrito neste estudo o papel desempenhado por instruções completas, incompletas, simples, complexas, diretas e indiretas na interação entre crianças com DA e seus cuidadores durante a realização de procedimentos médicos, bem como as consequências imediatas e atrasadas do responder do paciente. Além disso, serão descritas as condições físicas e/ou biológicas, o controle social e o papel da história de reforçamento do indivíduo como variáveis que podem alterar o controle exercido pelas instruções para realizar o tratamento médico prescrito.

Segundo Catania (1998), o controle instrucional pode ser compreendido como a relação entre o comportamento emitido por uma pessoa (o ouvinte) ou como consequência do comportamento verbal vocal aberto emitido por outra pessoa (o falante). A emissão desse comportamento pode ocorrer independentemente de suas consequências naturais imediatas (Skinner, 1969).

De acordo com Paracampo e Albuquerque (2005), instruções, enquanto exemplo particular de regras, podem ser definidas como estímulos antecedentes verbais que especificam contingências. Isso significa que elas descrevem o comportamento a ser emitido, as condições sob as quais deve ocorrer e suas possíveis consequências, sendo alguns exemplos instruções, avisos, orientações, conselhos, ordens, etc. Além disso, podem exercer muitas funções, a saber: a) antecedentes verbais, b) alteradores de função ou c) operações

estabelecedoras. No presente artigo as instruções serão tratadas como estímulos discriminativos, integrando um conjunto de contingências comportamentais.

Para Robles e Gil (2006), instruções são eventos presentes nas interações sociais e culturais e, no contexto da saúde, podem ser observadas na comunicação entre profissionais e pacientes e, entre cuidadores e crianças e adolescentes. Estudos apontam a comunicação como importante fator no seguimento de recomendações médicas (Oliveira & Gomes, 2004; Hanna & Guthrie, 2001). Nesse sentido, pode-se afirmar que as instruções de profissionais e/ou cuidadores que especifiquem adequadamente contingências e classes comportamentais pró-saúde a serem emitidas pela criança podem aumentar a frequência de comportamentos relacionados à adesão ao tratamento médico, além de desempenhar um importante papel no desenvolvimento da autonomia e autocuidado por crianças e adolescentes (McMahon & Forehand, 2005).

Luciano e Herruzo (1992) analisam a adesão ao tratamento médico ou psicológico como um tipo de comportamento de seguir regras. As prescrições médicas são, algumas vezes, compostas por uma série complexa de instruções a serem cumpridas pelo paciente e/ou seu cuidador em uma sequência específica, ou em outros casos, compostas por instruções simples a serem seguidas repetidamente por curtos ou longos períodos de tempo. Elas podem conter informações simples ou complexas sobre os comportamentos que devem ser emitidos e possíveis reforçadores contingentes a esta emissão (Baron & Galizio, 1983; Bentall & Lowe, 1987; Luciano & Herruzo, 1992; Roberts et al., 1978).

As instruções simples envolveriam descrições de contingências comportamentais com baixa complexidade e que deveriam ser realizadas repetidamente ao longo de um determinado período de tempo (Luciano & Herruzo, 1992). Um exemplo hipotético seria o cuidador instruir a criança para aplicar o medicamento tópico da seguinte forma: “Você deve passar a pomada que o médico receitou nas partes de seu corpo que estão coçando ou que estão irritadas e avermelhadas, pois isso diminuirá a coceira”.

Séries complexas de instruções envolvem, por sua vez, extensas cadeias comportamentais que devem ser emitidas em determinadas condições e/ou sequência (Luciano & Herruzo, 1992). No caso de pacientes pediátricos com DA, um exemplo seria o cuidador instruir a criança da seguinte forma: “a) logo ao sair do chuveiro, b) você deve apenas enxugar-se com a toalha sem esfregá-la na pele e c) espalhar bastante hidratante em todas as partes de seu corpo, ficando ‘bem melecado’, porque isso diminuirá o ressecamento de sua pele e ajuda a diminuir as coceiras”.

Luciano e Herruzo (1992) enfatizam ainda que, para aquelas crianças e adolescentes

que apresentam repertórios comportamentais verbais e não verbais para executar tarefas relacionadas ao tratamento médico, a verbalização de instruções acerca dos comportamentos-alvo devem ser sistemáticas, em especial, nas primeiras fases do tratamento. A verbalização dessas instruções em partes, de modo sistemático e contínuo, pode diminuir o grau de complexidade da tarefa aumentando, assim, a probabilidade em seguir as recomendações. Outro fator destacado pelos autores, que justificaria a repetição sistemática das instruções do cuidador para a criança, é que algumas prescrições, por envolverem cadeias complexas de comportamentos, podem ser difíceis de serem seguidas. Portanto, instruções verbalizadas em partes, com uma sequência específica e de modo sistemático, aumentam a probabilidade de a criança apresentar comportamentos de autocuidado.

Entretanto, mesmo com base nas prerrogativas acima descritas, implica registrar que uma instrução simples não deve ser limitada. Isso porque, conforme discutem Baron e Galizio (1983), quanto mais limitadas forem as instruções verbalizadas pelo falante, menor será o controle exercido por elas sobre o comportamento do ouvinte. Além disso, Bentall e Lowe (1987) constataram que, mesmo em crianças de diferentes faixas etárias, quanto mais específica e completa for a instrução, maior a probabilidade de que ela siga as recomendações e mais precisa será a resposta. Esta discussão de Baron e Galizio (1983) e Bentall e Lowe (1987) também é sustentada por Roberts et al. (1978), Lowe (1979), Bramm e Mallot (1990), Reitman e Gross (1996) e, mais recentemente, por Hupp et al. (2008). Estes pesquisadores afirmaram que a forma como a instrução é verbalizada para a criança pode influenciar no seguimento ou não das recomendações a serem seguidas para a aplicação do medicamento. Além disso, instruções apresentadas de modo claro, simples e direto são mais prováveis de serem seguidas do que as genéricas, ambíguas ou hesitantes.

Segundo Harding et al. (1994) e Bouxsein et al. (2008), instruções genéricas, ambíguas ou hesitantes podem ser compreendidas como aquelas cujo direcionamento do indivíduo para a emissão de comportamentos ocorre de modo não específico ou pouco claro. Além disso, apresentam menos probabilidade de seguimento, podendo levar o indivíduo a responder de forma errática e variável (Lowe, 1979). No caso da DA, a verbalização de instruções vagas ou pouco claras pode dificultar a realização de determinados procedimentos médicos pela criança (e.g., descrição imprecisa e não direcionada à criança acerca de como aplicar medicamentos tópicos, descrever genericamente condições ambientais que aumentam a probabilidade de exacerbação dos sintomas, quais classes de respostas emitir, etc.). Como exemplo, pode-se citar uma situação hipotética na qual a pele começa a ficar avermelhada e a criança se coça. A mãe, ao ver o que está acontecendo, verbaliza a seguinte instrução: “Precisa

cuidar”.

De acordo com Braam e Mallot (1990), uma descrição para ser caracterizada como completa deve especificar quais os comportamentos que o indivíduo deve emitir, em qual contexto deve ocorrer e quais são as consequências efetivas daquele responder, o que não é observado no exemplo hipotético mencionado no parágrafo anterior. Assim, em se tratando de pacientes pediátricos com DA, é importante que as instruções sejam completas e especifiquem qual medicamento deverá ser aplicado, qual o intervalo entre as aplicações, como aplicá-lo e quais as consequências efetivas desse tratamento.

Além disso, a descrição das consequências do responder é um componente crítico para aumentar a probabilidade de um indivíduo seguir regras, o que não é diferente em relação a adesão ao tratamento, uma vez que se trata de um comportamento governado verbalmente (Luciano & Herruzo, 1992). As consequências podem ser de ação direta ou imediata, com alta probabilidade de ocorrência e efeito significativo sobre o responder do indivíduo, e de ação indireta ou atrasada, que apresentam baixa probabilidade de ocorrência, efeito pouco significativo sobre o responder ou cumulativo ao longo do tempo (Braam & Mallot, 1990; Luciano & Herruzo, 1992).

Em relação ao tratamento médico de crianças com DA, são exemplos de consequências imediatas que agem diretamente sobre o organismo, a descrição pelo cuidador de condições orgânicas aversivas imediatas, como a dor, a irritação da pele e coceira e a alta probabilidade de piora dos sintomas caso ela não aplique a pomada nas lesões. Neste sentido, a aplicação do medicamento tópico apresenta consequências com alta probabilidade de ocorrências e imediatas, tal como alívio da irritação e prurido.

Quanto à descrição de consequências atrasadas, um exemplo seria a probabilidade de a criança ter a condição da pele piorada por não seguir as recomendações para o tratamento. Neste caso, a instrução descreve consequências para os comportamentos da criança cujas consequências atrasadas não afetam diretamente seu responder, ou ocorrem apenas após os efeitos cumulativos da emissão de uma série de comportamentos. No caso de pacientes com DA, para a melhora dos sintomas é necessário, dentre outros comportamentos, que a criança tome banhos mais curtos, com a água em temperatura de morna a fria, não esfregue a toalha sobre a pele ao se enxugar e, em seguida, aplique o hidratante.

Embora as instruções verbais sejam importantes para o seguimento de recomendações médicas, deve-se considerar também o comportamento do indivíduo em segui-las. Ao se compreender a instrução como um estímulo discriminativo para a emissão deste comportamento, deve-se analisar a relação existente entre a instrução e o comportamento do

ouvinte para se determinar as variáveis ambientais que podem afetar seu responder (Schutte & Hopkins, 1970). Neste sentido, considera-se importante analisar o comportamento do ouvinte ao seguir instruções e sua relação com a obediência, especialmente relacionada ao tratamento médico.

Segundo Bueno, Santos e de Moura (2010), obediência é um termo usado para descrever o comportamento do indivíduo em seguir instruções, ordens ou pedidos. O termo pode ser compreendido como a realização de tarefas relacionadas ao tratamento, a partir das recomendações médicas (i.e., instruções verbais). Estas podem ser verbalizadas pelos profissionais de saúde ou cuidadores que acompanham o tratamento de suas crianças no dia a dia, envolvendo, neste sentido, o seguimento de recomendações médicas (Arruda & Zannon, 2002).

O obedecer a instruções é um comportamento modelado ao longo da história de vida do indivíduo e é controlado por contingências que envolvem operações de consequenciação (Bentall & Lowe, 1987). Dentre as variáveis que influenciam na modelagem deste comportamento, pode-se citar o repertório verbal apresentado pela criança, o comportamento daquele que a instrui, as instruções verbais enquanto estímulos antecedentes, bem como as consequências para o comportamento de seguir instruções (Bueno et al., 2010). Embora o comportamento seja especificado pela instrução, o responder ocorre apenas quando a ocasião para a obediência for estabelecida (Cerutti, 1989), tornando-se importante a compreensão das demais variáveis.

Além disso, as classes de respostas consideradas obedientes ou desobedientes podem variar também de acordo com a faixa etária, segundo os repertórios comportamentais apresentados pela criança (Bentall & Lowe, 1987). No caso de pacientes pediátricos mais novos, em idade pré-escolar, observa-se que a obediência em relação às tarefas do tratamento ocorre de modo unidirecional, com maior participação dos cuidadores. Com estas, é maior a probabilidade de o cuidador instruir a criança de modo simples e direto para realizar uma tarefa específica e ao mesmo tempo orientá-la fisicamente para fazê-la (Sartor, 2010). Com crianças em idade escolar e adolescentes, é esperado que o uso de orientação física pelo cuidador diminua e o comportamento considerado obediente fique mais diretamente sob controle das solicitações para realização do tratamento, bem como cadeias mais complexas.

No caso de crianças pequenas com DA, pode-se considerar um comportamento obediente o fato de seguir instruções verbais simples e específicas em relação ao tratamento médico, com supervisão direta dos cuidadores, (e.g., aplicação de medicamentos tópicos, como pomadas ou óleos) ou ainda a condução do tratamento pelo próprio cuidador, exigindo

da criança a emissão de comportamentos que favoreçam a realização do tratamento pelo cuidador (e.g., levantar os braços para aplicação pomada, abaixar a cabeça para aplicação de xampu dermatológico sobre o couro cabeludo ou levantar partes das roupas para aplicar creme hidratante em locais com exacerbação dos sintomas). Para crianças mais velhas ou adolescentes com DA, considera-se comportamento de obediência o seguimento de instruções verbais para a realização de tarefas relacionadas ao tratamento com maior complexidade e de modo autônomo, como aplicação da pomada após o banho sem supervisão direta do cuidador, identificação de fatores agravantes e a emissão de comportamentos de modo a evitá-los ou diminuir seus efeitos.

Entretanto, outras variáveis devem ser consideradas ao se avaliar a aquisição e manutenção do comportamento de obediência às recomendações médicas em pacientes com DA. De acordo com Paracampo e Albuquerque (2005), o seguimento de instruções depende mais da combinação de uma série de condições favoráveis do que de uma condição ou outra isoladamente. Dentre essas, destacam-se as condições físicas e/ou biológicas que aumentam a probabilidade de respostas de obediência, tais como a disponibilidade de medicamentos aos cuidadores e à criança e melhora dos sintomas após a aplicação dos medicamentos; o monitoramento pelos cuidadores da realização de tarefas relacionadas ao tratamento médico. Este monitoramento pode aumentar a probabilidade de emissão de respostas de autocuidado pela criança e/ou adolescentes no futuro, quando os pais poderão estar ausentes.

É importante destacar também o papel desempenhado pela história de reforçamento do indivíduo, uma vez que o comportamento sob controle de instruções é determinado por esta (Paracampo & Albuquerque, 2005). Assim, as instruções poderiam ser atendidas porque o seguimento em situações semelhantes evitou punição social ou foi positivamente reforçado no passado. Neste contexto, o papel desempenhado pelo indivíduo que dá a instrução para realizar as prescrições é extremamente importante na adesão ao tratamento (Masur & Anderson, 1988).

De acordo com Luciano e Herruzo (1992), o tipo de interação estabelecida pelo paciente e esta pessoa pode aumentar ou diminuir a probabilidade de adesão ao tratamento. No caso de crianças e adolescentes, quanto mais positivas as interações com seu cuidador, maior a probabilidade de seguimento das solicitações, bem como a modelagem e manutenção de repertórios comportamentais relacionados ao tratamento médico. Neste sentido, pode-se hipotetizar que as crianças com DA, cujos cuidadores estabelecerem interações mais positivas com seus filhos, apresentarão maior probabilidade de emitir comportamentos relacionados ao tratamento do que aquelas cujos cuidadores estabeleceram interações aversivas ou punitivas.

Como exemplos hipotéticos de interações positivas, podem-se citar uma mãe que conta histórias divertidas ao seu filho no momento em corta suas unhas ou uma mãe que após o banho permite ao seu filho brincar com os cremes. No primeiro exemplo, as histórias poderiam ser consideradas um reforçador positivo arbitrário para o comportamento de cortar unhas e, no segundo exemplo, a mãe poderia elogiar a criança em relação à emissão de comportamentos pró-saúde, mesmo que esta não esteja fazendo de forma correta.

Dessa forma, ao se avaliar as instruções verbais enquanto eventos antecedentes para o comportamento de seguir instruções, um amplo conjunto de condições deve ser analisado. Para o comportamento de seguir recomendações médicas isso não é diferente, uma vez que este deve ser compreendido como um tipo de comportamento governado verbalmente e de fundamental importância na adesão ao tratamento. No caso de pacientes pediátricos com DA, observa-se que, além de avaliar as condições favoráveis para o seguimento de recomendações médicas, é importante compreender aquelas que afetam a aquisição deste comportamento, uma vez que a doença atinge predominantemente crianças. Neste sentido, sugere-se, como propostas de estudos futuros, a realização de um maior número de pesquisas empíricas e teóricas de investigação das variáveis que influenciam o seguimento de recomendações médicas por pacientes pediátricos com DA possibilitando, assim, o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas a esta população.

### Referências

- Albuquerque, L. C., Matos, M. A., de Souza, D. G., & Paracampo, C. C. P. (2004). Investigação do controle por regras e do controle por histórias de reforço sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 395-412.
- Arruda, P. M. A., & Zannon, C. M. L. C. (2002). Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. In C. M. L. C. Zannon (Org.), *Tecnologia Comportamental em Saúde* (pp. 1-13). Santo André: ESETec.
- Baron, A., & Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The Psychological Record*, 33, 495-520.
- Bentall, R. P., & Lowe, C. F. (1987). The role of verbal behavior in human learning: III. Instructional effects in children. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 47(2), 177-190.
- Bieber, T. (2010). Atopic dermatitis. *Annals of Dermatology*, 22(2), 125-137.

- Bouxsein, K. J., Tiger, J. H., & Fisher, W. W. (2008). A comparison of general and specific instructions to promote task engagement and completion by a young man with asperger syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*(1), 113-116.
- Braam, C., & Malott, R. W. (1990). "I'll do it when the snow melts": the effects of deadlines and delayed outcomes on rules-governed behavior in preschool children. *The Analysis of Verbal Behavior, 8*, 67-76.
- Bueno, A. C. W., Santos, B. C., & de Moura, C. B. (2010). Obediência infantil: conceituação, medidas comportamentais e resultados de pesquisas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(2), 203-216.
- Buston, K. M., & Wood, S. F. (2000). Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management. *Family Practice, 17*(2), 134-138.
- Catania, A. C. (1998). *Learning*. (4<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rulegoverned behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 51*, 259-276.
- Giarelli, E., Bernhardt, B. A., & Pyeritz, R. E. (2010). Self-surveillance by adolescents and young adults transitioning to self-management of a chronic genetic disorder. *Health Education & Behavior, 37*(1), 133-150.
- Greenlaw, S. M., Yentzer, B. A., O'Neill, J. L., Balkrishnan, R., & Feldman, S. R. (2010). Assessing adherence to dermatology treatments: a review of self-report and electronic measures. *Skin Research and Technology, 16*(2), 253-258.
- Hanna, K. M., & Guthrie, D. (2001). Parents' and adolescents' perceptions of helpful and no helpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 24*, 209-223.
- Harding, J., Wacker, D. P., Cooper, L. J., Millard, T., & Jensen-Kovalan, P. (1994). Brief hierarquical assessment of potential treatment components with children in an outpatient clinic. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*(2), 291-300.
- Hupp, S. D., & Reitman, D. (1999). The effects of stating contingency-specifying stimuli on compliance in children. *The Analysis of Verbal Behavior, 16*, 17-27
- Hupp, S. D., Reitman, D., Forde, D. A., Schiver, M. D., & Kelley, M. L. (2008). Advancing the assessment of parent-child interaction: development of the Parent Instruction-Giving Game with the Youngster. *Behavior Therapy, 39*, 91-106.

- Kienast, A. K., & Hoeger, P. H. (2010). Atopic dermatitis in children: what to do when nothing works. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, *145*(2), 303-308.
- Kyngås, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, *9*, 549-556.
- Lowe, C. F. (1979). Determinants of human operant behavior. In M. D. Zeiler, & P. Harzem (Eds.), *Advances in Analysis of Behavior: Reinforcement and the Organization of Behavior* (pp. 159-192, vol. 1). Chichester, England: Wiley.
- Luciano, M. C., & Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *23*(2), 117-124.
- Masur, F. T., & Anderson, K. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *20*(1), 103-126.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. L. (2005). *Helping the Noncompliance Child: Family-Based Treatment for Oppositional Behavior*. New York: Guilford Press.
- Misery, L., Finlay, A. Y., Martin, N., Nguyen, C., Myon, E., & Taieb, C. (2007). Atopic dermatitis: impact on the quality of life of patients and their partners. *Dermatology* *215*, 123-129.
- Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa, A., Júnior (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *11*(2), 329-345.
- Mozaffari, H., Pourpak, Z., Pourseyed, S., Farhoodi, A., Aghamohammadi, A., Movahadi, M., ... Moin, M. (2007). Quality of life in atopic dermatitis patients. *Journal of Microbiology and Immunology Infect*, *40*, 260-264.
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *9*(3), 459-469.
- Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. (2005). Comportamento controlado por regras: revisão crítica de proposições conceituais e resultados experimentais. *Interação em Psicologia*, *9*(2), 227-237.
- Pires, M. C., & Cestari, S. C. P. (2005). *Dermatite Atópica*. Rio de Janeiro: Digrafica.
- Reitman, D., & Gross, A. M. (1996). Delayed outcomes and rule-governed behavior among

- “noncompliant” and “compliant” boys: a replication and extension. *The Analysis of Verbal Behavior*, 13, 65-77.
- Roberts, M. W., McMahon, R. J., Forehand, R., & Humphreys, L. (1978). The effect of parental instruction-giving on child compliance. *Behavior Therapy*, 9, 793-798.
- Robles, H. S. M., & Gil, M. S. C. A. (2006). O controle instrucional na brincadeira entre crianças com diferentes repertórios. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 197-205.
- Sampaio, S. A. P., & Rivitti, E. (1998). *Dermatologia*. São Paulo: Artes médicas.
- Sanz, E. J. (2003). Concordance and children’s use of medicines. *British Medical Journal*, 327, 858-860.
- Sartor, M. S. (2010). *Análise funcional do comportamento de desobediência ao tratamento médico de crianças com dermatite atópica*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR.
- Schutte, R. C., & Hopkins, B. L. (1970). The effects of teacher attention on following instructions in a kindergarten class. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3(2), 117-122.
- Serup, J., Kettis, L., Åsa, M., Kjellgren, K. I., Niklasson, E., Ring, L., & Ahlner, J. (2006). To follow or not to follow dermatological treatment – a review of the literature. *Acta Dermato-Venereologica*, 86(3), 193-197
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Thompson, R. J., & Gustafson, R. E. (1996). *Adaptation to Chronic Childhood Illness*. Washington: American Psychological Association.
- Willians, H. C. (2005). Atopic Dermatitis. *The New England Journal of Medicine*, 22(352), 2314-2324.

## ESTUDO 2

### DERMATITE ATÓPICA INFANTIL: PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E OBEDIÊNCIA À INSTRUÇÃO DA MÃE PARA REALIZAR O TRATAMENTO MÉDICO

**Resumo:** A dermatite atópica é uma doença crônica de pele com etiologia desconhecida e alta incidência na população infantil. Embora o seguir as recomendações médicas seja um comportamento importante para o controle dos sintomas, observam-se elevados índices de não seguimento das prescrições, muitas vezes definidos como desobediência e compreendido como um sintoma de problema de comportamento. Além disso, pouca importância é dada às variáveis ambientais antecedentes ao comportamento de não seguir recomendações médicas, especialmente instruções verbais. O objetivo do presente estudo foi avaliar o controle exercido por instruções verbais diretas e indiretas, verbalizadas pela mãe, na emissão de comportamentos de obedecer de crianças com DA, em uma situação estruturada de tratamento médico. Além disso, avaliou-se também o relato da mãe acerca do comportamento da criança por meio do *Children Behavior Check-list for ages 6/18* (CBCL-6/18). Os resultados mostraram que todas as crianças foram avaliadas como clínica e/ou limítrofe para competências e problemas de comportamento. Constatou-se que o uso de instruções diretas aumentou a probabilidade de comportamentos de obediência, sobretudo quando associadas à orientação física e elogios, independentemente do perfil comportamental apresentado no CBCL-6/18. Propõe-se considerar estes resultados na elaboração de propostas de intervenções comportamentais individuais ou em grupos para crianças com DA e seus cuidadores, com objetivo de elevar os índices de adesão ao tratamento nesta população.

**Palavras-chave:** Instruções. Recomendações médicas. Avaliação comportamental. Dermatite atópica. Problemas de comportamento.

**Abstract:** The atopic dermatitis is a skin chronic disease with unknown etiology and high incidence in childhood. Although the response of following medical recommendations is an important behavior to control the symptoms, there are high rates responses of non-following prescriptions that are often described as noncompliance and understood as a symptom of problem behavior. In addition, less importance is assigned to the antecedent environmental variables of following medical prescriptions, especially verbal instructions. The aim of this study was evaluate the control exercised by direct and indirect instructions, verbalized by mothers, in compliance and noncompliance behavior of their children in a structured treatment situation. Moreover, the mothers' reports were evaluated concerning children's behavior through the Children Behavior Checklist for ages 6/18. The outcomes showed that all children were evaluated as clinical and/or borderline for competences and behavior problems. However, the use of direct instructions increases the probability of compliance behaviors, especially when associated with physical guiding and praise, independently of behavioral profiles identified in CBCL-6/18. It can be important to develop groups or individuals interventions programs, directed to children with DA and their caregivers, which aims increase the rates of adherence behavior in this population.

**Key words:** Atopic dermatitis. Medical treatment. Verbal instructions. Behavioral assessment. Antecedent variables.

A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica de pele com etiologia desconhecida e alta incidência na população infantil (entre 15% e 30%). Caracteriza-se por prurido intenso, lesões crostosas e inflamação da pele, sobretudo nas regiões das articulações (Bieber, 2010; Pires & Cestari, 2005; Willians, 2005). O tratamento médico é realizado por meio do uso de medicamentos tópicos (e.g., pomadas, cremes hidratantes e óleos), podendo haver, nos casos mais graves, o uso de medicamentos sistêmicos (e.g., orais e/ou injetáveis). Constitui também como parte do tratamento o controle de fatores desencadeantes da DA, como frio ou calor intensos, uso de tecidos sintéticos ou lã e ingestão de alguns alimentos (Willians, 2005).

Por ser uma doença de curso crônico, a adesão ao tratamento médico é de fundamental importância para seu controle, especialmente para a diminuição da intensidade dos sintomas e frequência de recaídas (Pires & Cestari, 2005; Willians, 2005). O controle deve ocorrer diariamente e deve ser conduzido pelo paciente e/ou cuidadores, sobretudo no caso de pacientes pediátricos. Apesar disso, é comum o não seguimento das recomendações médicas prescritas (Krejci-Manwaring et al., 2007).

Estudos sobre adesão ao tratamento destacam a comunicação entre o cuidador e a criança e/ou adolescente como um dos fatores mais importantes para o seguimento de recomendações médicas em qualquer fase do tratamento (Oliveira & Gomes, 2004; Hanna & Guthrie, 2001; Luciano & Herruzo, 1992). Estes autores afirmam que verbalizações sistemáticas do cuidador acerca do comportamento-alvo que a criança deve emitir (i.e., classes de respostas relacionadas ao tratamento) são necessárias para que ocorra a transição gradual entre os cuidados recebidos pelo cuidador que ajudarão a formar a aquisição de repertórios de autocuidado em relação à saúde (e.g., aplicar medicamento tópico sobre a pele, evitar fatores desencadeantes, etc.).

Entretanto, esta transição ocorreria apenas se o comportamento de seguir instruções, observado por meio de respostas de autocuidado, estivesse instalado e sob o controle de regras. Crianças em idade pré-escolar são menos suscetíveis ao controle exercido por instruções verbais, sendo o tratamento médico realizado inteiramente pelos pais. Por sua vez, crianças em idade escolar e os adolescentes ficam sob maior controle de instruções verbais do que as mais novas, condição esta que aumenta a probabilidade de seguir instruções para a realização de tarefas (Bentall & Lowe, 1987). Por esta razão, geralmente o tratamento deixa de ser conduzido exclusivamente pelos cuidadores e passa a ser realizado pela criança.

Repertórios de autocuidado em relação à saúde, segundo Luciano e Herruzo (1992), podem ser considerados um tipo de comportamento governado verbalmente, envolvendo contingências de curto e longo prazo. No caso do seguimento de recomendações médicas, em

um primeiro momento, o responder da criança poderia ficar sob controle das consequências imediatas (i.e., instruções verbais e as consequências do cuidador, tal como elogios ou atenção). Posteriormente, após um processo de modelagem com descrição das consequências em curto e longo prazo, o responder da criança poderia passar a ficar sob controle destas (e.g., melhora da condição de saúde da pele) apresentadas durante este processo.

Apesar de ser esperado que crianças mais velhas apresentem maior probabilidade de responder discriminativamente às contingências descritas por instruções verbais, estudos demonstram baixos índices de seguimento de recomendações médicas entre estes pacientes, quando comparado aos de outras faixas etárias, tais como adultos ou crianças em idade pré-escolar (Wysocki, 2006; Kyngås, 2000). Em muitos casos, o fato de não seguir recomendações médicas é compreendido como um sintoma de problemas de comportamento, assim como prenunciam Reitman e Gross (1996). Nesse sentido, pode-se reconhecer o não seguimento de instruções como um problema de comportamento, mantido por contingências reforçadoras ou punitivas que faz parte de classes mais amplas consideradas, por definição, internalizantes (e.g., chorar, ignorar solicitações, nervosismo, isolamento social) e externalizantes (e.g., gritar, bater nas coisas e/ou pessoas, desrespeitar regras) (Achenbach & Edelbrock, 1979). No caso de crianças com DA, inúmeras pesquisas correlacionam a doença a problemas de comportamento do tipo internalizante e externalizante (Fontes et al., 2005; Pauli-Pott, Darui, & Beckmann, 1999; Dennis, Rostill, Reed, & Gill, 2006; Wamboldt, Schmitz, & Mrazek, 1998).

Não obstante a isso, pesquisas têm evidenciado que a forma como o cuidador instrui a criança ou adolescente para realizar determinada tarefa, se direta ou indiretamente, altera a probabilidade de emissão do comportamento de seguir a instrução (Braam & Mallot, 1990; Bouxsein, Tiger, & Fisher, 2008; Harding, Wacker, Cooper, Millard, & Jensen-Kovalan, 1994; Reitman & Gross, 1996; Roberts, McMahon, Forehand, & Humphreys, 1978).

Reitman e Gross (1996) investigaram o controle exercido por diferentes instruções verbais no comportamento de obedecer de crianças de 4 a 6 anos. Observou-se que, apesar da história prévia de desobediência, avaliada a partir do relato de professores e por meio do uso de instrumentos específicos para avaliação, as crianças, quando instruídas mediante instruções diretas e completas com especificação dos comportamentos necessários para a realização de algumas atividades com brinquedos, apresentavam elevados índices de obediência.

No estudo conduzido por Roberts et al. (1978), investigou-se o efeito de instruções diretas e *time-out* no comportamento de obediência de crianças. Para tanto, as díades participantes do estudo foram distribuídas em três grupos: a) treino de instruções, b) treino de

instruções e *time-out* e c) placebo (i.e., sem treino de instruções com os pais). Após a avaliação das díades, constatou-se maior frequência de comportamentos de obediência em crianças cujos pais receberam algum tipo de treino, em especial quanto ao uso de instruções. Resultados semelhantes foram obtidos por Bouxsein et al. (2008), Braam e Mallot (1990) e Harding et al. (1994), os quais demonstram a importância de se utilizar instruções verbais claras e objetivas, com indicação dos comportamentos esperados e prováveis consequências, como forma de aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de obediência.

Assim, considerando-se: a) alta incidência de pacientes com DA; b) dificuldades na adesão ao tratamento em população pediátrica com DA; c) maior incidência de diagnóstico de problemas de comportamento do tipo internalizante e/ou externalizante em pacientes pediátricos crônicos com DA; d) maior controle exercido pelo comportamento verbal no responder de crianças mais velhas e adolescentes; e e) o efeito de instruções diretas e indiretas sobre o comportamento de obediência e desobediência, o objetivo do presente estudo foi avaliar qual o controle exercido por instruções verbais diretas e indiretas, verbalizadas pelo cuidador, na emissão de respostas de obedecer e desobedecer de crianças com DA, em uma situação estruturada de tratamento. Além disso, como forma de caracterizar a população pesquisada, avaliou-se o relato da mãe acerca do comportamento da criança, por meio do CBCL-6/18 (*Children Behavior Check-list for ages 6/18*).

## **Método**

### **Delineamento**

Foi utilizado o delineamento experimental de sujeito único de multielementos, por meio do qual pode se avaliar o efeito da manipulação de dois ou mais elementos, de uma ou mais variáveis independentes. As condições de avaliação foram apresentadas alternadamente entre os participantes. Foi realizada uma condição de linha de base (LB), seguida por uma condição de instrução direta (ID) ou instrução indireta (II), dependendo da ordem de contrabalanceamento.

### **Participantes**

Quatro díades mãe-criança. As crianças eram do gênero feminino e tinham 9 anos (D1

e D2), 12 anos (D3) e 14 anos (D4). Foram critérios de inclusão para participação da criança: a) ter diagnóstico de DA e; b) estar em tratamento médico durante a realização da avaliação comportamental. Para as mães, o critério de inclusão utilizado foi o fato de ser alfabetizada.

### **Caracterização dos participantes**

Conforme a avaliação da mãe realizada por meio do CBCL-6/18, a criança D1 apresentou perfil clínico para competência escolar ( $T=27$ ) e perfil normal para sociabilidade ( $T=44$ ) e atividades ( $T=42$ ). Quanto à competência global, apresentou perfil clínico ( $T=35$ ). Com relação a problemas de comportamento, ela apresentou perfil clínico para aqueles do tipo internalizante ( $T=68$ ) e normal para externalizante ( $T=53$ ).

A criança D2 apresentou perfil clínico para competência escolar ( $T=27$ ), limítrofe para sociabilidade ( $T=35$ ) e normal para atividades ( $T=47$ ). No que tange à competência global, ela apresentou perfil clínico ( $T=34$ ). Com relação a problemas de comportamento, apresentou perfil clínico para aqueles do tipo internalizante ( $T=68$ ) e externalizante ( $T=71$ ).

Quanto à criança D3, observou-se perfil normal para competência escolar ( $T=50$ ), sociabilidade ( $T=39$ ) e atividades ( $T=40$ ). Apesar disso, apresentou perfil limítrofe ( $T=37$ ) para competência global. Com relação a problemas de comportamento, a criança D3 apresentou perfil clínico para os do tipo internalizante ( $T=69$ ) e limítrofe para os do tipo externalizante ( $T=60$ ).

A criança D4 apresentou perfil limítrofe para sociabilidade ( $T=35$ ) e atividades ( $T=32$ ) e normal para escolar ( $T=50$ ). No que tange à competência global, apresentou perfil clínico ( $T=29$ ). Para problemas de comportamento, a criança D4 apresentou perfil clínico para aqueles do tipo internalizante ( $T=75$ ) e externalizante ( $T=68$ ). Os resultados apresentados pelas crianças quanto às competências sociais e problemas de comportamento estão sumarizados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Perfis para competências e problemas de comportamento das crianças avaliadas mediante relato dos pais por meio do CBCL-6/18

Criança	Competências		Problemas de comportamento			
	Áreas		Global	Perfil		Global
D1	Atividades	NC	<b>CL</b>	Externalizante Internalizante	NC	<b>CL</b>
	Sociabilidade	NC			NC	
	Escolar	<b>CL</b>			<b>CL</b>	
D2	Atividades	NC	<b>CL</b>	Externalizante Internalizante	NC	<b>CL</b>
	Sociabilidade	<i>LIM</i>			<b>CL</b>	
	Escolar	<b>CL</b>			<b>CL</b>	
D3	Atividades	NC	<i>LIM</i>	Externalizante Internalizante	<i>LIM</i>	<b>CL</b>
	Sociabilidade	NC			<b>CL</b>	
	Escolar	NC				
D4	Atividades	<i>LIM</i>	<b>CL</b>	Externalizante Internalizante	NC	<b>CL</b>
	Sociabilidade	<i>LIM</i>			<b>CL</b>	
	Escolar	NC			<b>CL</b>	

*Nota:* CL – Clínico; NC – Não Clínico; LIM – Limítrofe. Elaborado pelo autor.

## Local

A pesquisa foi realizada no setor de Dermatologia do HC/UEL, local onde os participantes foram selecionados e na Clínica Psicológica da UEL (CP-UEL), onde ocorreu a coleta de dados.

## Instrumentos, Materiais e Equipamentos

- *Child Behavior Check-List for Ages 6/18 (CBCL/6-18)* (Achenbach & Rescorla, 2001/2007). Caracteriza-se por ser um questionário que, a partir da apreciação global e comportamental realizada pelos pais sobre seus filhos, fornece taxas padronizadas de competência social e problemas de comportamento de crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos. Está dividido em duas partes. A primeira avalia a competência social da criança por meio de questões relacionadas às atividades que ela desempenha e a segunda, investiga os problemas de comportamento por meio dos perfis internalizante e/ou externalizante, mediante questões relacionadas ao comportamento da criança no dia a dia. Ambas as partes do instrumento classificam as crianças como clínica, não clínica ou limítrofe (Anexo A);
- *Folha de instrução sobre as condições de avaliação para as mães*. Utilizada como material de apoio para a orientação da mãe sobre como se comportar nas condições de avaliação (Apêndice A);

- *Definições operacionais de comportamentos de obediência e de desobediência* (Apêndice B);
- *Lista de verificação de conhecimentos da mãe sobre como agir com a criança durante a avaliação*. Aplicada após a etapa de orientações à mãe sobre como agir com a criança (Apêndice C);
- *Folha de registro dos comportamentos da mãe e da criança*. Utilizada pelos observadores para registrar as respostas emitidas durante a interação mãe-criança, em cada condição de avaliação (Apêndice D);
- *Software ADM 7.2*. Utilizado para analisar as respostas das mães aos itens do CBCL/6-18 (Achenbach, 2007);
- *Ponto eletrônico sem fio*.

### **Categorização das Classes de Respostas da Criança**

Três categorias de comportamento da criança foram mensuradas:

- *Comportamento de obediência às instruções da mãe relacionadas ao tratamento médico*: iniciar a realização de uma tarefa, a partir da instrução da mãe, em até 5 s e concluí-la;
- *Comportamento de desobediência às instruções da mãe relacionadas ao tratamento médico*. Não iniciar a tarefa em até 5 s, a partir da instrução da mãe ou não concluí-la;
- *Comportamento inadequado*. Emissão de respostas verbais ou não verbais que pudessem ter função de fuga ou esquiva da tarefa (e.g., gritar, chorar, suspirar, resmungar, bater em pessoas ou objetos, tentar sair da sala, puxar cabelo).

### **Integridade do procedimento**

De modo a assegurar que a frequência dos comportamentos emitidos pela criança durante as condições de avaliação variaram devido à manipulação do tipo de instrução verbalizada pela mãe, cinco categorias de comportamentos maternos foram registradas: duas antecedentes e três consequentes.

- *Categorias antecedentes*. a) Instrução direta, isto é, a verbalização de uma ordem, pedido ou exigência de modo claro, simples e direto visando indicar o comportamento esperado da criança. Esta instrução deveria possibilitar que a criança realizasse a tarefa sozinha (e.g., “Passe o creme no seu braço.”, “Passe óleo no seu cotovelo.”, “Coloque menos creme na mão.”, “Coloque o tubo de pomada de novo na mesa.”); e b)

Instrução indireta, como a verbalização de uma ordem, exigência ou direcionamento de modo não específico para a emissão de uma resposta comportamental. A instrução poderia ocorrer na forma de uma questão ou orientação, realizada de modo ambíguo ou hesitante (e.g., “Precisa passar óleo.”, “A pomada não chegou sozinha aqui!”, “Quem vai buscar a pomada?”);

- *Categorias consequentes.* a) Elogios descritivos e/ou não descritivos para comportamentos de obediência da criança, com descrição do comportamento da criança (e.g., “Que bom que você está passando a pomada no rosto!”, “Como você passou bem o creme no joelho!”, “Eu gosto da forma como você faz quando eu peço.”) ou não (e.g., “Bom trabalho!”, “Parabéns!”, “Que legal!”, “Obrigada!”, sinal de joia, acenar com a cabeça indicando aprovação, sorrir); b) Repreensão em relação ao comportamento de desobedecer e/ou inadequado da criança, de modo verbal (e.g., “Hum... vou chorar.”, “Não pode xingar a mãe!”, “Assim você vai se machucar e vai sair sangue da sua perna.”) ou não verbal (e.g., tapas no braço, olhar, acenar com a cabeça indicando desaprovação); e c) Orientação física, tal como dirigir a criança fisicamente para emissão de comportamentos de obediência em relação à tarefa (e.g., puxá-la pela mão, buscá-la em um canto da sala, colocar o tubo de pomadas em sua mão e abri-lo juntamente com a criança).

### **Registros dos Dados e Concordância entre Observadores**

Os comportamentos das díades mãe-criança foram observados pelo pesquisador através de espelhos unidirecionais instalados na sala de avaliação, que era equipada com aparelhos digitais de áudio e vídeo. Após as avaliações, dois estagiários previamente treinados assistiram, de forma independente, aos vídeos e registraram os comportamentos emitidos pela díade mãe-criança, de acordo com categorias previamente definidas, em intervalos parciais de 6 s. O critério de concordância adotado entre os observadores foi de 90%.

### **Procedimento**

O procedimento de coleta de dados foi dividido em cinco etapas: a) encaminhamento dos participantes e aplicação do CBCL-6/18, b) adaptação à sala e à filmadora, c) orientação à mãe sobre como agir com a criança na condição LB, d) condição LB, e) orientação à mãe para a realização da avaliação em situação de tratamento, e f) condição de avaliação em situação de tratamento.

### **Etapa 1 – Encaminhamento dos participantes e aplicação do CBCL-6/18**

As díades mãe-criança que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram encaminhadas pelos médicos do setor de dermatologia do AHC/UEL para o pesquisador. Aquelas mães que aceitaram participar da pesquisa, foram convidadas a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) e em seguida a responderem ao CBCL-6/18 (Anexo A).

### **Etapa 2 – Adaptação ao local e à filmadora**

A criança e a mãe foram conduzidas à sala de coleta de dados para adaptação ao local e à filmadora, onde permaneceram por um período de 10 min. A sala foi preparada com uma filmadora digital e recursos lúdicos. Essa etapa do procedimento objetivou diminuir possíveis interferências da presença da filmadora e dos brinquedos na interação da díade mãe-criança nas condições LB e de avaliação de tratamento.

### **Etapa 3 – Orientação à mãe sobre como agir com a criança na condição LB**

Ao final da etapa de adaptação ao local e à filmadora, o pesquisador convidou a mãe para sair da sala de coleta de dados e dirigir-se à sala de treinamento. A criança permaneceu na sala de coleta de dados com um estagiário, enquanto o pesquisador conversou com sua mãe em outra sala por alguns minutos. Nesse momento o pesquisador orientou a mãe sobre como agir na condição LB mediante a seguinte instrução:

“Eu deixarei você e sua criança sozinhos por alguns minutos. Fiquem à vontade. Agora, além dos brinquedos, foi deixado o creme/pomada/óleo que você está acostumado a usar. Comece brincando com seu/sua filho(a) e depois tente fazer o que faz em casa, quando é preciso passar o creme/pomada/óleo.”

Tais instruções foram importantes, uma vez que a mãe era única pessoa presente na sala com a criança durante a coleta de dados.

### **Etapa 4 – Condição LB**

Após a orientação, a mãe foi reconduzida à sala de coleta de dados, onde estavam disponíveis pomada, creme hidratante e/ou óleo prescritos pelo médico, além de diferentes recursos lúdicos. A mãe deveria solicitar à criança que se comportasse como fazia em casa, nos momentos em que deveria realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico.

Ao sair da sala de coleta de dados, o pesquisador verbalizou à díade mãe-criança: “Eu

preciso sair por alguns instantes, voltarei logo.”. Esta condição teve duração de 5 min.

### **Etapa 5 – Orientações à mãe para a realização das condições de avaliação de tratamento**

Os objetivos propostos para essa etapa foram: a) apresentar à mãe as definições dos comportamentos de obediência e desobediência e b) orientar a mãe sobre como se comportar nas condições de avaliação de tratamento.

Para isso, ao final da condição LB, a mãe foi convidada pelo pesquisador a sair da sala de coleta de dados. Enquanto isso, um estagiário permaneceu na sala em companhia da criança. Nenhuma informação específica do procedimento foi fornecida à criança pelo estagiário.

Inicialmente foram entregues duas folhas para a mãe: a folha com instruções sobre as condições de avaliação (Apêndice A) e as definições dos comportamentos de obediência e desobediência (Apêndice B). Após a leitura do material, o pesquisador realizou um treinamento por meio de simulação das situações de avaliação com a mãe. Ao final das orientações, a mãe respondeu a lista de verificação sobre seus conhecimentos em como agir com a criança durante a avaliação (Apêndice C). O critério de aptidão estabelecido para essa lista foi 90% de acertos.

### **Etapa 6 – Condições de avaliação de tratamento**

Após a etapa de orientações, a mãe retornou à sala de coleta de dados, onde a criança permaneceu em companhia do estagiário. No local continuavam disponíveis os recursos lúdicos e os medicamentos utilizados pela criança para o tratamento da DA. Por meio do ponto eletrônico o pesquisador verbalizava comandos para a mãe sobre como agir durante o procedimento. Esta etapa teve duração máxima de 12 min e foi composta por quatro condições de avaliação, apresentadas alternadamente (condições ID e II). Cada uma delas teve duração máxima de 3 min e serão descritas a seguir:

- *Condição ID – Instrução direta para a realização das tarefas relacionadas ao tratamento.* A mãe deveria dar uma ordem, fazer um pedido ou exigir verbalmente a emissão de um determinado comportamento pela criança de forma clara, indicando o comportamento esperado e permitindo que ela o executasse sozinha (e.g., “Passe o creme no seu braço.”, “Coloque menos creme na mão.”, “Coloque o tubo de pomada na mesa.”, etc.). A condição iniciava-se a partir da palavra ‘COMANDO’, verbalizada pelo pesquisador por meio do ponto eletrônico para a mãe, indicando que ela deveria

verbalizar uma instrução direta para a criança executar uma tarefa relacionada ao tratamento. Se transcorridos 5 s da instrução a criança não iniciasse a tarefa, o pesquisador pediria, por meio da palavra ‘REPITA’, que a mãe repetisse a instrução verbalizada anteriormente. Caso a criança não cumprisse novamente a tarefa, o pesquisador verbalizaria a palavra ‘REPITA’ para a mãe a cada 35 s, até que ela o fizesse ou até que 3 min da condição fossem completados. Se a criança realizasse a tarefa em até 5 s, a mãe deveria consequenciar esse comportamento e verbalizar uma nova instrução direta. Por exemplo, se a mãe instrísse a criança a pegar o tubo de pomada e ela o fizesse em até 5 s, ela deveria imediatamente elogiar a criança e, por meio de uma nova instrução direta, solicitar que abrisse o tubo. Se a criança obedecesse à instrução, a mãe deveria elogiar o comportamento e solicitar que ela colocasse um pouco de pomada na mão, e assim, sucessivamente. Caso a criança aplicasse o medicamento em duas partes do corpo, esta condição seria encerrada e a condição seguinte seria iniciada;

- *Condição II – Instrução indireta para a realização das tarefas relacionadas ao tratamento.* A mãe deveria dar uma ordem, pedir, exigir verbalmente, ou direcionar um determinado comportamento da criança de modo não específico, não implícito ou na forma de uma questão relacionado à tarefa (e.g., “Precisa passar óleo.”, “A pomada não vai chegar sozinha aqui!”, “Quem vai buscar a pomada?”). Poderia ser uma instrução indireta também se a mãe instrísse o comportamento da criança de modo ambíguo ou hesitante (e.g., “Será que precisa passar pomada hoje?” [observando que a pele da criança está avermelhada], etc.). A condição iniciava-se a partir da palavra ‘INSTRUÇÃO’, verbalizada pelo pesquisador por meio do ponto eletrônico, indicando que ela deveria verbalizar uma instrução indireta para a criança executar uma tarefa relacionada ao tratamento. Se transcorridos 5 s da instrução a criança não iniciasse a tarefa, o pesquisador pediria, mediante a palavra ‘REPITA’, que a mãe repetisse a instrução verbalizada anteriormente. Caso a criança não cumprisse a tarefa novamente, o pesquisador verbalizaria a palavra ‘REPITA’ para a mãe a cada 35 s até que a criança o fizesse ou até que 3 min da condição fossem completados. Caso a criança realizasse a tarefa em até 5 s, a mãe deveria consequenciar o comportamento e verbalizar uma nova instrução indireta. Por exemplo, se a mãe instrísse a criança a pegar o tubo de pomada e ela o fizesse em até 5 s, ela deveria imediatamente elogiar a criança e, por meio de uma nova instrução indireta, solicitar que ela o abrisse. Caso a criança obedecesse à instrução, a mãe deveria elogiar o comportamento e solicitar que

ela colocasse um pouco de pomada na mão e, assim, sucessivamente. Se a criança aplicasse o medicamento em duas partes do corpo, esta condição seria encerrada e a condição seguinte seria iniciada. Ao longo desta etapa de avaliação de tratamento, quatro condições foram realizadas, sendo apresentadas alternadamente, conforme contrabalanceamento. Ao final da quarta condição, o procedimento era encerrado.

As condições LB, ID e II estão sumarizadas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Descrição das variáveis antecedentes e consequentes aos comportamentos de obediência e desobediência nas condições LB, ID e II para realização da tarefa em situação de tratamento.

Condição	Variáveis antecedentes	Comportamentos da criança	Variáveis consequentes (apresentadas pela mãe)
Condição LB	- Medicamento tópico; - Brinquedos; - Verbalizações da mãe dirigida à criança, para realizar o procedimento médico.	Obediência	Nenhuma orientação foi dada à mãe sobre como consequenciar os comportamentos da criança após solicitações para realizar procedimentos médicos.
		Desobediência / inadequado	
Condição ID	- Medicamento tópico; - Brinquedos; - Mãe para a criança: instrução direta para realização de tarefas relacionadas ao tratamento médico.	Obediência	Elogio e nova instrução direta.
		Desobediência / inadequado	Repetir a instrução direta.
Condição II	- Medicamento tópico; - Brinquedos; - Mãe para a criança: instrução indireta para realização de tarefas relacionadas ao tratamento médico.	Obediência	Elogio e nova instrução indireta.
		Desobediência / inadequado	Repetir a instrução indireta.

**Nota:** Elaborado pelo autor.

## Resultados

Quanto aos resultados obtidos mediante avaliação direta, a criança D1 apresentou 100% de comportamentos de obediência às solicitações da mãe em LB. Esta porcentagem diminuiu para 38% na condição II<sub>1</sub>, elevando-se novamente nas demais condições (ID<sub>1</sub>, ID<sub>2</sub> e II<sub>2</sub>), mas com porcentagens inferiores àquelas registradas em LB (ID<sub>1</sub>= 75%; ID<sub>2</sub>= 80%; e II<sub>2</sub>=75%). A criança apresentou baixas porcentagens de comportamentos inadequados em

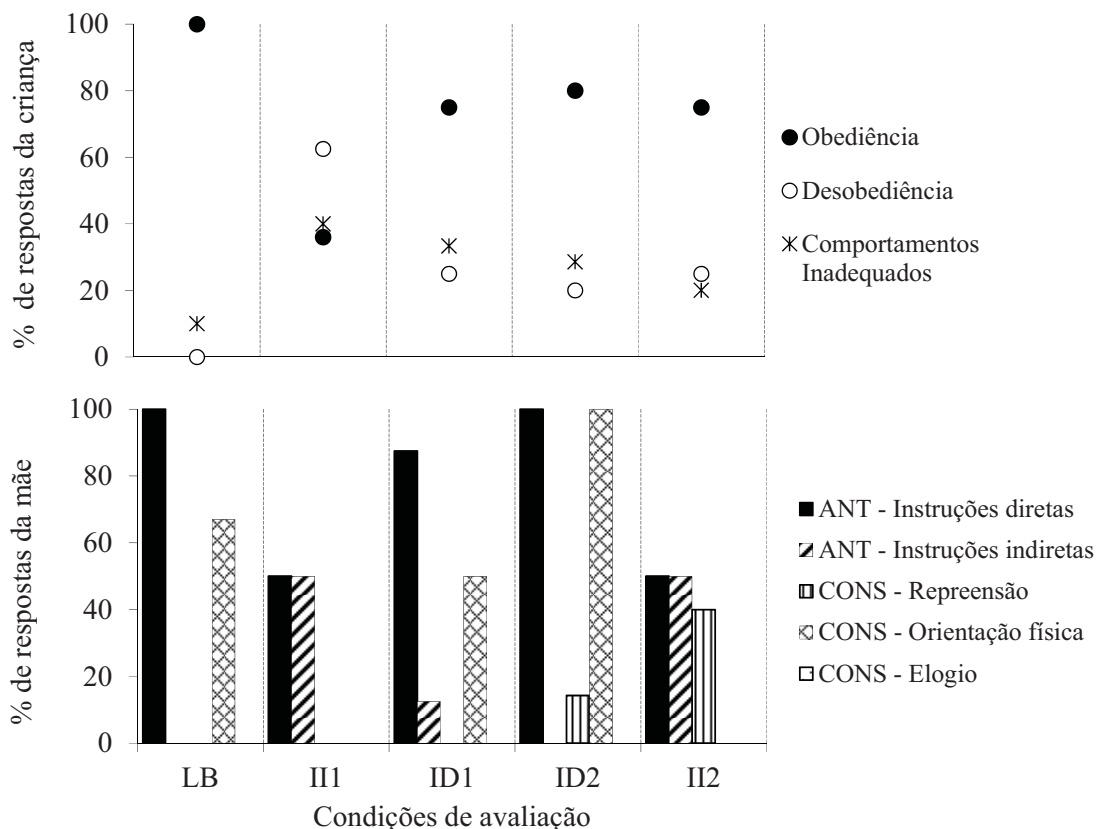
todas as condições de avaliação, sendo a maior em II<sub>1</sub>, que foi 39%.

Com relação ao comportamento da mãe, esta apresentou 100% de instrução direta e 66% de orientação física em LB. Nas condições ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> ela verbalizou instruções diretas para a criança realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico em 80% e 100% das vezes, respectivamente. Entretanto, houve orientação física em ambas as condições (ID<sub>1</sub>=50%; ID<sub>2</sub>=100%). A mãe verbalizou instruções indiretas somente em ID<sub>1</sub> (13%).

Nas condições II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>, nas quais a mãe deveria instruir indiretamente a criança para realizar tarefas relacionadas ao tratamento, ela o fez 50% das vezes em cada. A mãe verbalizou 50% de instruções diretas em II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>. Não houve orientação física nas condições.

Em nenhuma condição de avaliação a mãe elogiou os comportamentos de obediência da criança contingentes às instruções para realizar o tratamento médico. Houve repreensão aos comportamentos de desobediência e/ou inadequados da criança em ID<sub>2</sub> (14%) e II<sub>2</sub> (40%)

**Figura 1** - Percentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D1



**Nota:** Elaborada pelo autor.

Com relação aos dados da avaliação direta, a criança apresentou 75% de comportamentos de obediência às solicitações da mãe em LB. Esta porcentagem diminuiu

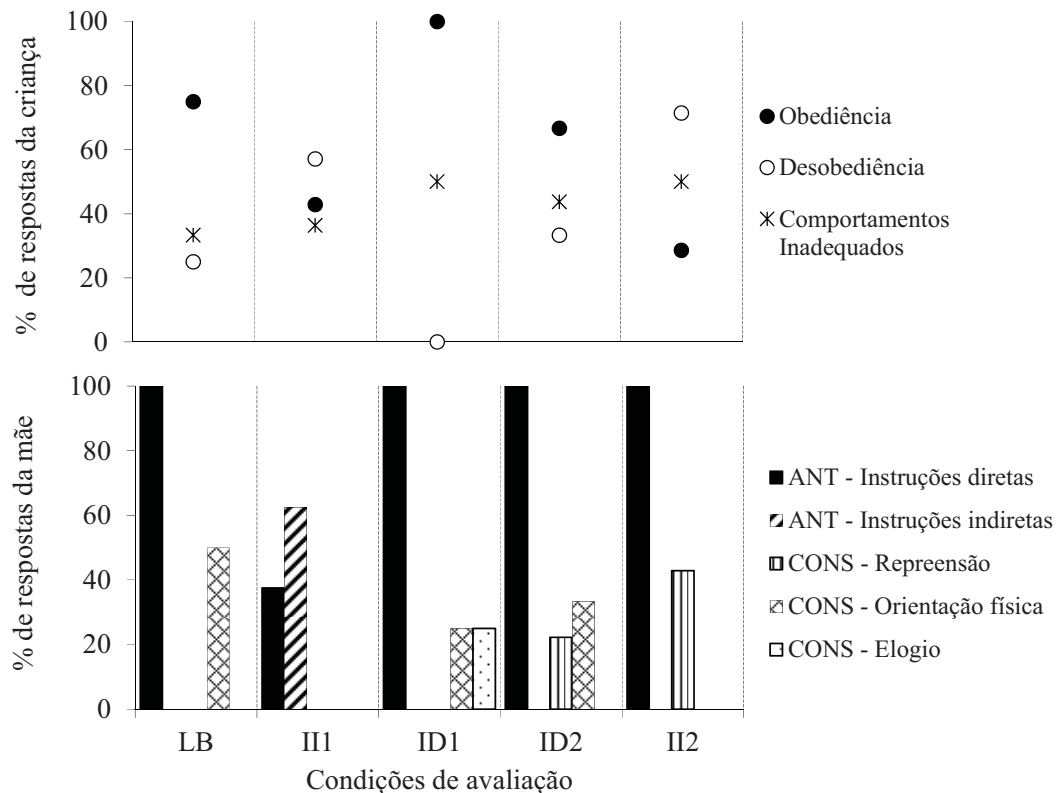
para 43% em II<sub>1</sub>, elevou-se nas condições ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> (100% e 66%, respectivamente), e diminuiu novamente em II<sub>2</sub>, na qual apresentou a menor porcentagem, quando comparado às demais condições (28%). Porcentagens elevadas de comportamentos inadequados foram observadas em todas as condições, especialmente em ID<sub>1</sub> (50%) e II<sub>2</sub> (50%).

Sobre o comportamento da mãe, esta apresentou 100% de instrução direta e 50% de orientação física em LB. Nas condições ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> solicitou a realização de tarefas relacionadas ao tratamento mediante instruções diretas, 100% das vezes em cada condição. Porém houve orientação física em ambas as condições (ID<sub>1</sub>= 25% e ID<sub>2</sub>=33%).

Nas condições II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>, nas quais a mãe deveria verbalizar instruções indiretas para a realização de tarefas relacionadas ao tratamento, ela o fez apenas em II<sub>1</sub>(62%). Em II<sub>2</sub> a mãe verbalizou 38% de instruções diretas e em II<sub>1</sub> o fez em 100% das vezes. Não houve orientação física da criança em ambas as condições.

A mãe elogiou os comportamentos de obediência da criança contingentes às instruções para realizar tarefas relacionadas ao tratamento apenas em ID<sub>1</sub>. Houve repreensão aos comportamentos de desobediência e/ou inadequados da criança nas condições ID<sub>2</sub> (22%) e II<sub>2</sub> (43%) (Figura 2).

**Figura 2** - Porcentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D2.



**Nota:** Elaborada pelo autor.

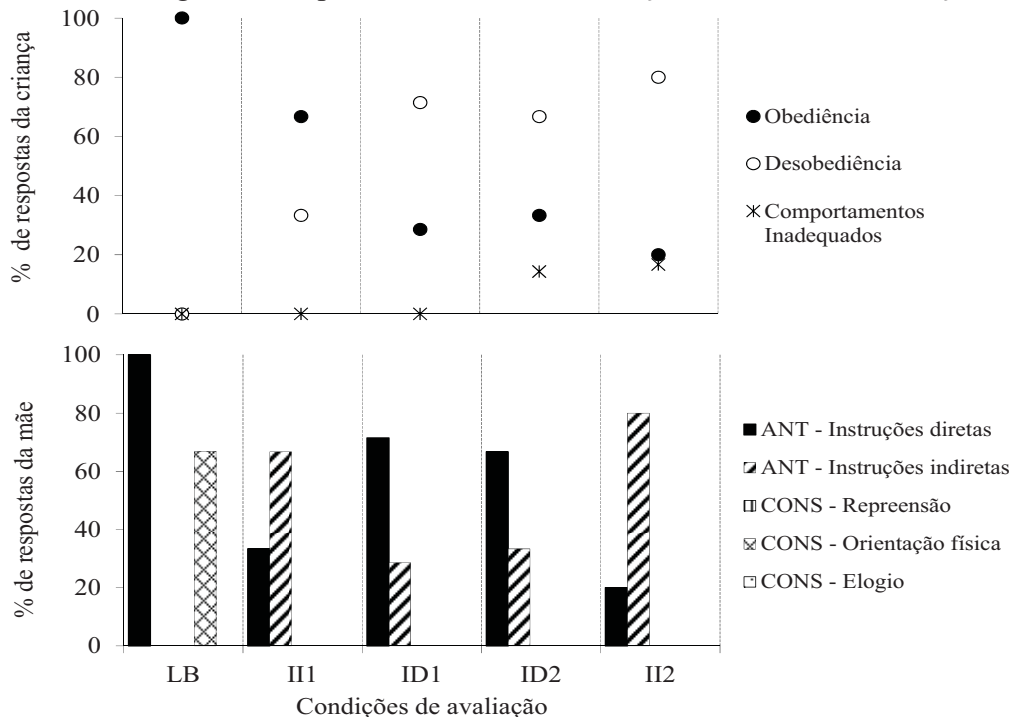
No que tange aos dados da avaliação direta, a criança D3 apresentou 100% de comportamentos de obediência às solicitações da mãe em LB. Esta porcentagem diminuiu para 66% em II<sub>1</sub>, 28% na condição ID<sub>1</sub>, elevou-se para 57% em ID<sub>2</sub>, diminuindo novamente na condição II<sub>2</sub> (20%). A criança D3 apresentou comportamentos inadequados somente nas condições ID<sub>2</sub> e II<sub>2</sub> (14% e 16%, respectivamente).

Sobre o comportamento da mãe, esta verbalizou 100% de instrução direta em LB com 66% de orientação física. Nas condições ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> verbalizou, respectivamente, 66% e 71% de instrução direta para a criança realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico. Nas condições de instrução direta a mãe apresentou baixas porcentagens de instruções indiretas para a criança (ID<sub>1</sub>=33%; ID<sub>2</sub>= 28%). Não houve orientação física em ID<sub>1</sub>, ID<sub>2</sub>, II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>.

Nas condições II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>, nas quais a mãe deveria verbalizar instruções indiretas para a criança realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico, ela o fez em 66% das vezes em II<sub>1</sub>, e 80% em II<sub>2</sub>. Apesar disso, verbalizou 33% de instrução direta em II<sub>1</sub> e 20% em II<sub>2</sub>. Tal qual em ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub>, não houve orientação física em II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>.

Em nenhuma das condições de avaliação a mãe elogiou os comportamentos de obediência da criança contingentes às instruções para realizar o tratamento. Além disso, também não houve repreensão aos comportamentos de desobediência e/ou inadequados da criança em todas as condições de avaliação (Figura 3).

**Figura 3** - Porcentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D3.



**Nota:** Elaborada pelo autor.

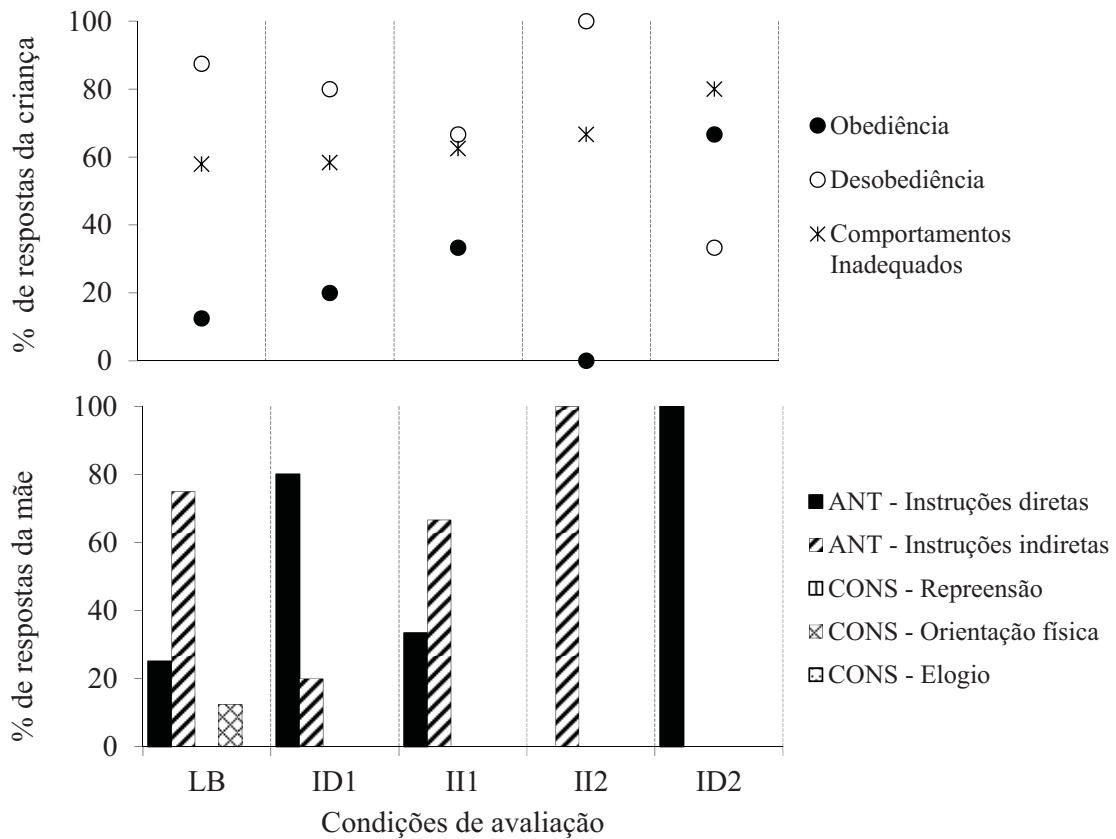
Na avaliação direta a criança apresentou somente 13% de comportamentos de obediência às solicitações da mãe em LB. A porcentagem elevou-se nas duas condições seguintes ( $ID_1=20\%$  e  $II_1=33\%$ ) e voltou a diminuir em  $II_2$ , na qual não houve comportamentos de obediência. Porém, em  $ID_2$  a criança obedeceu às instruções da mãe em 67% das vezes. Esta foi a mais elevada porcentagem de respostas de obedecer durante as condições de avaliação. Quanto aos comportamentos inadequados, observaram-se elevadas porcentagens em todas as condições de avaliação, especialmente em  $II_2$  (67%) e  $ID_2$  (80%).

Com relação ao comportamento da mãe, esta apresentou 75% de instrução indireta e 13% de orientação física em LB. Nas condições  $ID_1$  e  $ID_2$ , a mãe verbalizou, respectivamente, 80% e 100% de instrução direta para a criança realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico. Instruções indiretas foram verbalizadas apenas em  $ID_1$  (20%). Não houve orientação física em ambas as condições.

Nas condições  $II_1$  e  $II_2$ , nas quais a mãe deveria instruir indiretamente a criança para realizar tarefas relacionadas ao tratamento médico, ela o fez 66% das vezes em  $II_1$  e 100% das vezes em  $II_2$ . A mãe verbalizou instruções diretas apenas em  $II_1$  (33%). Não houve orientação física da criança nas condições  $II_1$  e  $II_2$ .

Em nenhuma das condições de avaliação a mãe elogiou os comportamentos de obediência e/ou adequados da criança contingentes às instruções diretas ou não. Além disso, não houve repreensão aos comportamentos de desobediência e/ou inadequados da criança em todas as condições de avaliação (Figura 4).

**Figura 4** - Porcentagens de respostas avaliadas na interação da díade mãe-criança D4.



**Nota:** Elaborada pelo autor.

## Discussão

Dados obtidos a partir dos relatos das mães, por meio do CBCL-6/18, demonstraram que as crianças D1, D2 e D4 apresentaram perfil clínico e a criança D3 perfil limítrofe para competência global. Segundo Antony, Gil e Schanberg (2003), crianças com doenças crônicas possuem maior probabilidade de apresentar menores índices de competência, uma vez que os sintomas e o tratamento impõem sérias restrições para a participação delas em diversos contextos (e.g., escola, esportes, lazer).

No caso de crianças com DA, dentre as principais restrições, destacam-se o relacionamento interpessoal, a realização de atividades esportivas e de brincadeiras ao ar livre, as quais, além de aumentar a probabilidade de piora dos sintomas da doença, podem prejudicar a socialização e o desempenho escolar da criança (Fontes et al., 2005; Lawson, Lewis-Jones, Finlay, Reid, & Owens, 1998).

Quanto aos problemas de comportamento, observou-se que todas as crianças avaliadas

apresentaram perfil clínico para aqueles do tipo internalizante. Este resultado corrobora aqueles dos estudos de avaliação comportamental realizados em crianças com DA, que verificaram uma maior probabilidade de indivíduos dessa população em apresentar problemas de comportamento do tipo internalizante, quando comparada às pessoas sem a doença (Buske-Kirschbaum, Ebrecht, Kern, & Hellhammer, 2008; Dennis et al., 2006; Fontes, 2005; Lawson et al., 1998; Pauli-Pott et al., 1999; Wamboldt et al., 1998).

Como possíveis hipóteses para a maior frequência de problemas de comportamento do tipo internalizante, pode-se citar a estigmatização e o isolamento social sofrido por estas crianças em diversos contextos, sobretudo devido à aparência da pele. Dentre os principais problemas que podem ser identificados, destacam-se elevados níveis de ansiedade, dificuldade de relacionamento interpessoal especialmente com cuidadores, maior vulnerabilidade ao estresse e choro excessivo (Buske-Kirschbaum et al., 2008).

Além disso, observou-se também que as crianças D2 e D4 apresentaram perfil clínico e a criança D3 perfil limítrofe para problemas de comportamento do tipo externalizante. Embora pesquisas indiquem maior frequência de perfis internalizantes em crianças com DA, uma possível hipótese para explicar o perfil clínico para problemas de comportamento do tipo externalizante nestas duas crianças seriam os *déficits* comportamentais identificados na avaliação das competências sociais em diferentes contextos, tais como sociabilidade e atividades. Segundo Buske-Kirschbaum et al. (2008), os baixos escores para problemas de comportamento internalizantes e/ou externalizantes, identificados em pacientes com DA, podem estar diretamente relacionados com baixos escores de competência social. Os autores explicam que a frequente estigmatização e isolamento social sofrido por estas crianças, bem como as demais limitações impostas pela doença para a emissão de alguns comportamentos (e.g., brincadeiras, lazer, atividades escolares ou outras que envolvam relacionamento com outras crianças) influenciam diretamente a modelagem do repertório social.

Apesar de as crianças apresentarem perfis clínicos para problemas de comportamento e de competência global nas avaliações mediante o CBCL-6/18, nas observações da interação mãe-criança constatou-se elevadas porcentagens de comportamento de obediência nas condições em que a mãe solicitava a realização de tarefas relacionadas ao tratamento por meio de instruções diretas. Por exemplo, em ID<sub>1</sub>, para a criança D2, e em ID<sub>2</sub> para a criança D4, condições nas quais as mães utilizaram instrução direta 100% das vezes, as crianças apresentaram, respectivamente, 100% e 65% de comportamentos de obediência. Em contrapartida, observaram-se baixas porcentagens quando as mães solicitavam indiretamente a realização de tarefas relacionadas ao tratamento. Pode-se citar como exemplo a criança D4,

que não apresentou comportamentos de obediência em II<sub>2</sub>, condição na qual a mãe instruiu indiretamente o comportamento da criança 100% das vezes.

Com base nestes resultados, pode-se hipotetizar que solicitar, mediante instruções diretas, que a criança realize tarefas, aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos de obediência, corroborando os resultados de Roberts et al. (1978). Estes autores constataram maior frequência de comportamentos de obediência em crianças descritas como desobedientes pelos pais após eles terem sido treinados a instruí-las de modo simples e direto para a execução de tarefas. Além disso, Harding et al. (1994) e Bouxsein et al. (2008), em estudos que também investigaram o efeito de instruções verbais na realização de tarefas, constataram que solicitações mediante instruções específicas, dirigidas ao indivíduo e com clara delimitação das respostas a serem emitidas, aumentava a probabilidade de ocorrência de comportamentos de obediência.

Partindo dessa premissa, pode-se afirmar que a forma como a instrução foi verbalizada pelas mães para a execução de tarefas relacionadas ao tratamento médico pode ser considerada uma importante variável antecedente que aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos de obediência pela criança, independentemente do perfil comportamental apresentado no CBCL-6/18 (i.e., internalizante e/ou externalizante). Embora os dados sejam inconsistentes, os resultados apresentados pelos participantes em algumas condições permitem realizar tais inferências.

Porém, mesmo sendo observada uma maior eficácia das instruções diretas sobre o comportamento da criança em segui-las, este resultado deve ser analisado com cautela, uma vez que a integridade do procedimento foi parcial. Para as díades D1, D2 e D3, as mães não cumpriram integralmente as orientações do pesquisador durante o procedimento, especialmente quanto ao uso de instrução direta nas condições de instrução indireta e uso de orientação física nas condições de instrução direta. Ainda houve consequenciação negativa (i.e., repreensão verbal e/ou não verbal) contingente ao comportamento de desobediência em algumas condições.

Para tanto, algumas hipóteses podem ser formuladas para explicar estes comportamentos apresentados pelas mães, tais como o tempo destinado para o treinamento, dificuldade para diferenciar uma instrução direta de uma indireta e padrão de comportamento previamente estabelecido na interação com sua criança, durante a condução do tratamento (i.e., história de aprendizagem estabelecida com a mãe).

Uma possível dificuldade da mãe para diferenciar uma instrução direta de uma indireta pode ser observada ao se analisar os dados da díade D3. A mãe, embora tenha apresentado

elevadas porcentagens de instrução direta em ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> e de instrução indireta em II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>, apresentou porcentagens consideráveis de instrução indireta em ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> e de instrução direta em II<sub>1</sub> e II<sub>2</sub>. Durante a etapa de orientação para a realização das condições de avaliação de tratamento, foi necessário maior tempo de treinamento e que ela respondesse à lista de verificação sobre os conhecimentos em como agir com a criança durante as condições de avaliação por duas vezes, uma vez que não atingiu o critério de aptidão estabelecido na primeira aplicação. Tais resultados indicam a necessidade de estudar os procedimentos adotados no ensino às mães quanto ao tipo de instrução que deve ser verbalizada.

Outra hipótese para explicar a baixa integridade do procedimento seria o padrão comportamental previamente estabelecido pela mãe na interação com sua criança. Ao se analisar os resultados da criança D2 na LB, condição na qual nenhuma orientação foi dada à mãe sobre como agir, observou-se elevada porcentagem de instrução direta. Embora a mãe tenha instruído indiretamente a criança em 62% das vezes em II<sub>1</sub>, ela não o fez nas condições ID<sub>1</sub>, ID<sub>2</sub> e II<sub>2</sub>, nas quais utilizou apenas instruções diretas. A partir destes dados, levanta-se a hipótese de que a mãe da criança D2 instrua de modo direto o comportamento da criança, bem como a condução do tratamento no dia a dia. Devido à similaridade das condições presentes no procedimento àquelas vivenciadas em casa, o comportamento da mãe de instruir ficaria, então, mais sob controle desta contingência (instrução direta e obediência da criança) do que das orientações do pesquisador.

Outro exemplo de padrão comportamental previamente estabelecido seria o uso de instrução direta com orientação física. Isso é claramente observado ao se comparar os resultados da criança D1 na LB, condição em que a mãe utilizou instrução direta (100% das vezes) e orientação física (67%), com as condições ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub>. Diferentemente da LB, na qual nenhuma orientação de como agir com a criança foi verbalizada à mãe pelo pesquisador, em ID<sub>1</sub> e ID<sub>2</sub> ela foi instruída apenas a solicitar a realização da tarefa mediante instrução direta. Entretanto, nestas duas condições ela o fez com elevada porcentagem de orientação física (50% e 100%, respectivamente).

Ainda em relação à orientação física é importante destacar que para três das quatro mães (D1, D2 e D3), este comportamento ocorreu apenas nas condições em que ela apresentou elevadas porcentagens de instrução direta. Uma possível hipótese para explicar este comportamento seria que a instrução direta e a orientação física neste contexto fariam parte de uma mesma classe funcional. Harding et al. (1994) investigaram o efeito de variáveis antecedentes e consequentes no comportamento da criança em contexto ambulatorial, com destaque para instrução genérica e específica. A primeira consistia em solicitações sem que

houvesse condução física da criança para a realização da tarefa, além da especificação dos comportamentos a serem emitidos e prazo para finalização desta; e a segunda consistia na verbalização, pelo falante, do nome da criança, aproximação e contato visual, descrição do comportamento a ser emitido, direcionamento físico e uma breve demonstração de como a tarefa deveria ser executada (de modo verbal ou não).

De acordo com os autores, o emprego de instruções específicas aumentaria a probabilidade de ocorrência de comportamentos apropriados por diminuir as exigências para a realização da tarefa, ao descrever claramente as expectativas do falante e os comportamentos necessários para a realização desta, diferentemente da instrução genérica. Com base nestas constatações, pode-se afirmar que no caso do tratamento de crianças com DA, a instrução direta poderia estar relacionada a verbalizações que indiquem o comportamento esperado da criança e a orientação física como estratégia de demonstração e/ou direcionamento físico para a realização de tarefas relacionadas ao tratamento médico. Nesse sentido, pode-se afirmar que ambas as variáveis, a instrução direta e a orientação física, estão inter-relacionadas e, no dia a dia, são importantes para aumentar a probabilidade de realização de tarefas relacionadas ao tratamento médico e modelagem de repertórios de autocuidado.

Análise semelhante quanto à relação entre instruções verbais e orientação física foi formulada por Kern, Delaney, Hilt, Bailin e Elliot (2002). De acordo com os autores, a orientação física é frequentemente empregada associada a instruções verbais para aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de obediência e como estratégia para ensinar uma ampla variedade de comportamentos (Neef, Shafer, Egel, Cataldo, & Parrish, 1983; Russo, Cataldo, & Cusing, 1981). Portanto, é possível que as mães tenham aprendido essa relação e a empregam como estratégia para aumentar a probabilidade de que a criança realize tarefas relacionadas ao tratamento, bem como para modelar os repertórios comportamentais de cuidado com a própria saúde.

Por outro lado, é importante atentar-se para outras funções que a orientação física pode ter adquirido ao longo da história de vida destas mães nas interações com suas crianças. Tal como apontado anteriormente, utilizar orientação física aumenta a probabilidade de que a criança siga a instrução. Em contrapartida, tanto o comportamento da mãe de instruir quanto a obediência da criança poderiam ser mantidos pela esquiva de contingências aversivas. Por exemplo, para a mãe, orientar fisicamente a criança pode ser um comportamento reforçado negativamente, pois evitaria consequências aversivas mais imediatas da tarefa (e.g., piora dos sintomas, possíveis reclamações da criança sobre as coceiras) bem como consequências atrasadas (e.g., continuidade da doença por mais tempo, ter que explicar ao médico e a outras

peessoas porque os sintomas não melhoram após um período de tratamento, receber críticas quanto a falta de cuidado com a pele da criança). Para a criança, pode ser um evento antecedente (com função de operação estabelecadora) que evocaria a ocorrência de comportamentos de obediência.

Ainda foi observado pelo pesquisador que a mãe da criança D1 não aguardava o tempo necessário para a criança realizar a tarefa, orientando-a fisicamente para fazê-la. Esta mãe também utilizava orientação física quando a criança apresentava comportamentos inadequados (e.g., chorava, xingava, reclamava ou recusava-se a cumprir a tarefa instruída). Assim, usar orientação física, para esta mãe, pode ser uma estratégia aprendida ao longo de sua história de interação com a criança em situação de tratamento, a qual, anteriormente, inibiu a ocorrência de comportamentos de desobediência e/ou inadequados. Assim o fazendo, a mãe pode interromper, momentaneamente, a emissão de comportamentos inadequados da criança, além de cumprir as recomendações médicas para o tratamento, evitando consequências aversivas de não fazê-lo para ela e para a criança (como aquelas mencionadas anteriormente). Porém, de acordo com Kern et al. (2002), a orientação física, quando contingente ao comportamento de desobediência, pode agir como reforçador deste, aumentando sua probabilidade de ocorrência. Além disso, não permite que a criança aprenda comportamentos de autonomia em relação aos cuidados com sua pele (i.e., autocuidado), especialmente as mais velhas e os adolescentes.

Outro fator que contribui para explicar a ocorrência de comportamentos de desobediência e/ou inadequados seria o alto custo das respostas relacionadas ao tratamento e a aversividade da tarefa. O tratamento da DA apresenta alto custo de resposta, pois envolve a emissão de uma ampla classe de comportamentos, destacando-se a aplicação de um ou mais medicamentos tópicos algumas vezes ao dia em extensas áreas do corpo (e.g., braços, face, mãos), prevenção de fatores que exacerbam os sintomas (e.g., banhos quentes, exposição ao sol), dentre outros. Além disso, apresentam consequências aversivas em curto prazo, tais como sensação desagradável sobre a pele, provocada pelas pomadas ou cremes e com baixo valor reforçador, uma vez que a melhora do estado de saúde e aparência da pele são consequências observadas apenas em longo prazo. Diante disso, é provável que as elevadas porcentagens de comportamentos de desobediência (especialmente para as crianças D1, D3 e D4) e inadequados (especialmente para as crianças D2 e D4) tenham a função de fuga e esquiva do tratamento. Possivelmente, em ambiente natural a emissão de comportamentos de desobediência e/ou inadequados possa ser negativamente reforçada pelo adiamento ou até não aplicação do medicamento sobre a pele, ou ainda a mãe ter que fazê-lo pela criança. Esta

hipótese poderá ser melhor investigada em estudos posteriores.

### **Considerações Finais**

A realização de tarefas relacionadas ao tratamento da DA, além de impor restrições ao comportamento da criança (e.g., prática de atividades físicas ao sol ou em piscinas, ingestão de determinados alimentos, ter bichos de estimação), provoca mudanças significativas em sua rotina e de sua família. Isso exige que a criança emita uma ampla classe de comportamentos de cuidados em relação à sua pele, de modo contínuo (i.e., diariamente e/ou por longos períodos). Entretanto, devido às consequências pouco reforçadoras desses comportamentos em curto prazo, é provável que algumas recomendações não sejam cumpridas ou ainda que a criança resista em segui-las. Nesse sentido, a intensidade e a frequência dos comportamentos de desobediência e/ou inadequados durante a execução do tratamento e sua função precisam ser analisadas.

Outro importante fator a ser considerado é o comportamento das mães. Durante as avaliações realizadas mediante observação direta, constatou-se que os comportamentos apresentados pelas crianças não foram condizentes com o relato materno. Embora todas as crianças tenham apresentado perfil clínico para problemas de comportamento e competência social, durante as avaliações diretas, observaram-se elevadas porcentagens de comportamentos inadequados apenas para uma das crianças (D4). Quanto às porcentagens de comportamento de desobediência, houve elevadas porcentagens de desobediência em algumas condições, ao passo que em outras se observaram baixas porcentagens, de acordo com as variáveis manipuladas. Assim, independentemente da avaliação das mães sobre o comportamento de suas crianças, considera-se necessário o emprego de estratégias que visem aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de obediência, bem como a modelagem de repertórios comportamentais. Dentre as principais, destaca-se a manipulação de variáveis antecedentes, tal como a instrução verbal, investigada neste estudo.

Além disso, a manipulação de uma ou mais variáveis antecedentes, combinadas com a manipulação de variáveis consequentes aumentaria a probabilidade de ocorrência de comportamentos de obediência, quando comparada à manipulação de apenas uma variável antecedente ou consequente (Roberts, Tingstrom, Olmi, & Bellipanni, 2008). Isso pôde ser observado ao analisar os resultados da díade D2, que apresentou porcentagem de comportamento de obediência ligeiramente superior na condição em que houve elogios aos comportamentos de obediência e/ou adequados utilizados pela mãe (ID<sub>1</sub>), quando comparado

aos resultados das condições em que repreendia os comportamentos de desobediência e/ou inadequados da criança (ID<sub>2</sub> e II<sub>2</sub>). Embora estes resultados tenham sido observados apenas para esta díade, uma vez que as outras mães não elogiaram os comportamentos de obediência e/ou adequados das crianças, pode-se afirmar que usar elogios contingentes aos comportamentos de obediência e/ou adequados da criança, durante a execução do tratamento, aumenta a probabilidade de sua realização. No caso do tratamento médico de crianças com DA, é possível considerar os elogios como uma importante variável consequente na aquisição e manutenção de comportamentos de cuidados em relação à própria saúde, em adição ao uso de instruções diretas, enquanto variável antecedente. Deste modo, sugere-se a realização de um maior número de pesquisas que investiguem os efeitos da manipulação de variáveis antecedentes e consequentes durante a realização de procedimentos médicos, de modo a subsidiar o planejamento de programas de intervenção em grupo ou individuais para pacientes pediátricos com DA e seus cuidadores.

### Referências

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 223-233.
- Achenbach, T. M. (2007). *ADM* (Version 7.2) [Programa de computador]. Burlington, VT: ASEBA.
- Anthony, K. K., Gil, K. M., & Schanberg, L. E. (2003). Brief report: parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(3), 185-190.
- Bentall, R. P., & Lowe, C. F. (1987). The role of verbal behavior in human learning: III. Instructional effects in children. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 47*(2), 177-190.
- Bieber, T. (2010). Atopic dermatitis. *Annals of Dermatology, 22*(2), 125-137.
- Bouxsein, K. J., Tiger, J. H., & Fisher, W. W. (2008). A comparison of general and specific instructions to promote task engagement and completion by a young man with asperger syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*(1), 113-116.
- Braam, C., & Malott, R. W. (1990). "I'll do it when the snow melts": the effects of deadlines

- and delayed outcomes on rules-governed behavior in preschool children. *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 67-76.
- Buske-Kirschbaum, A., Ebrecht, M., Kern, S., Gierens, A., & Hellhammer, D. H. (2008). Personality characteristics in chronic and non-chronic conditions. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 762-768
- Dennis, H., Rostill, H., Reed, J., & Gill, S. (2006). Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. *Journal of Child Health Care*, 10(2), 126-139.
- Fontes, P. L. T., Neto, Weber, M. B., Fortes, S. D., Cestari, T. F., Escobar, G. F., Mazotti, N., ... Pratti, C. (2005). Avaliação dos sintomas emocionais e de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 27(3), 279-291.
- Hanna, K. M., & Guthrie, D. (2001). Parents' and adolescents' perceptions of helpful and nonhelpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 209-223
- Harding, J., Wacker, D. P., Cooper, L. J., Millard, T., & Jensen-Kovalan, P. (1994). Brief hierarchical assessment of potential treatment components with children in an outpatient clinic. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 291-300.
- Kern, L., Delaney, B.A., Hilt, A., Bailin, D. E., & Eliot, C. (2002). An analysis of physical guidance as reinforcement for noncompliance. *Behavior Modification*, 26(4), 516-536.
- Krejci-Manwaring, J., Tusa, M. G., Carroll, C., Camacho, F., Kaur, M., Carr, D., Fleischer, A. B., ... Feldman, S. (2007). Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis. *Journal of Academy of Dermatology*, 56(2), 211-216.
- Kyngås, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 549-556.
- Lawson, V., Lewis-Jones, M., Finlay, A., Reid, P., & Owens, R. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire. *British Journal of Dermatology*, 138(1), 107-113.
- Luciano, M. C., & Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(2), 117-124.
- Neef, N. A., Shafer, M. S., Egel, A. L., Cataldo, M. F., & Parrish, J. M. (1983). The class specific effect of compliance training with "do" and "don't" requests: Analogue analysis

- and classroom application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 81-99.
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 459-469.
- Pauli-Pott, U., Darui, A., & Beckmann, D. (1999). Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child – rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 39-45.
- Pires, M. C., & Cestari, S. C. P. (2005). *Dermatite atópica*. Rio de Janeiro: Digrafica.
- Reitman, D., & Gross, A. M. (1996). Delayed outcomes and rule-governed behavior among “noncompliant” and “compliant” boys: a replication and extension. *The Analysis of Verbal Behavior*, 13, 65-77.
- Roberts, D. S., Tingstrom, D. H., Olmi, D. J., & Bellipanni, K. D. (2008). Positive antecedent and consequent components in child compliance training. *Behavior Modification*, 32, 21-38.
- Roberts, M. W., McMahon, R. J., Forehand, R., & Humphreys, L. (1978). The effect of parental instruction-giving on child compliance. *Behavior Therapy*, 9, 793-798.
- Russo, D. C., Cataldo, M. F., & Cushing, P. (1981). Compliance training and behavioral covariation in the treatment of multiple behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 209-222.
- Silvares, E. F. M., Rocha, M. M., & Equipe Projeto Enurese (2007). *Versão brasileira não publicada do inventário “Child Behavior Checklist for ages 6-18”* (Achenbach & Rescorla, 2001).
- Wamboldt, M. Z., Schmitz, S., & Mrazek, D. (1998). Genetic association between atopy and behavioral symptoms in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 1007-1016.
- Willians, H. C. (2005). Atopic Dermatitis. *The New England Journal of Medicine*, 22(352), 2314-2324.
- Wysocki, T. (2006). Behavioral assessment and intervention in pediatric diabetes. *Behavior Modification*, 30(1), 72-92.

**ANEXO**

ANEXO A – CHILD BEHAVIOR CHECK-LIST FOR AGES 6-18

INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS (CBCL)

ID (para uso exclusivo do aplicador):

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE:

IDADE ANOS	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	RAÇA OU ETNIA	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Por favor, seja específico - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).
DATA DE HOJE: Dia Mês Ano	DATA DE NASCIMENTO: Dia Mês Ano		
SÉRIE ESCOLAR:  SÉRIE	Por favor, responda todos os itens de acordo com o modo como você vê o comportamento de seu/sua filho(a), mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2. CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.		TIPO DE TRABALHO DO PAI: TIPO DE TRABALHO DA MÃE: FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO):  SEU SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> MÃE/PAI BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> PADRASTO/MADRASTA <input type="checkbox"/> AVÔ/AVÓ <input type="checkbox"/> MÃE/PAI ADOTIVO <input type="checkbox"/> CUIDADOR(A) <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE)
<input type="checkbox"/> Não frequenta a escola			

I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.

nenhum

- a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?

Menos Igual Mais Não sei

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses esportes é:

Pior Igual Melhor Não sei

II. Por favor, cite os hobbies, atividades e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)

nenhum

- a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?

Menos Igual Mais Não sei

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses passatempos é:

Pior Igual Melhor Não sei

III. Por favor, cite quaisquer organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence. Por exemplo: turma de amigos fora da escola, grupo de igreja, teatro, música etc.

nenhum

- a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um?

Menor Igual Maior Não sei

IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que seu/sua filho(a) tenha. Por exemplo: office-boy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. (incluir tanto trabalhos pagos como não pagos).

nenhum

- a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um?

Menor Igual Melhor Não sei

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

COPYRIGHT 2001 T. ACHENBACH & RESCORLA. REPRODUCED UNDER LICENSE #201-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silves, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2007). Versão brasileira não publicada do inventário "Child Behavior Checklist for ages 6-18" (Achenbach & Rescorla, 2001).

Profª Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silves  
Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo  
Av. Prof. Melo Moraes, 1721 / São Paulo – SP  
efdmsilv@usp.br

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

V.

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos amigos próximos? (Não incluir irmãos e irmãs)

- Nenhum     1     2 ou 3     4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)

- Menos que 1     1 ou 2     3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, até que ponto seu/sua filho(a):

- a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?  
b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescente?  
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?  
d) Consegue fazer coisas sozinho(a)?

Pior    Igual    Melhor

Não tem irmãos

VII. Desempenho nas disciplinas escolares:

Não frequenta a escola porque \_\_\_\_\_

Avalie cada uma das disciplinas

a) Português  
b) História ou Estudos Sociais  
c) Matemática  
d) Ciências  
e) \_\_\_\_\_  
f) \_\_\_\_\_  
g) \_\_\_\_\_

Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês, espanhol. Não inclui educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.

Abaixo da média exigida pela escola    Pior que a média    Igual a média    Melhor que a média

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

2. O seu filho(a) frequenta alguma escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial?  Não  Sim - que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?  Não  Sim - Cite as séries que repetiu e as razões.

4. O seu filho(a) teve algum problema no desempenho escolar ou outro tipo de problema na escola?  Não  Sim - Descreva-o, por favor:

Quando esses problemas começaram? \_\_\_\_\_

Os problemas mencionados já foram resolvidos?  Não  Sim - quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?  Não  Sim - Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho(a).

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) neste momento ou nos últimos seis meses, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira em relação ao seu filho(a). Se a afirmação não é verdadeira em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao seu filho(a).

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade		0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	2. Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva): _____		0 1 2 33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	3. Discute muito		0 1 2 34. Acha que os outros o(a) perseguem
0 1 2	4. Não termina as coisas que começou		0 1 2 35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas lhe dão prazer		0 1 2 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário		0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	7. É convencido(a), conta vantagem		0 1 2 38. É alvo de muitas provocações
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo		0 1 2 39. Anda com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____		0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)		0 1 2 41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente		0 1 2 42. Prefere estar sozinho(a) á ficar em companhia de outros
0 1 2	12. Reclama de solidão		0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)		0 1 2 44. Rói as unhas
0 1 2	14. Chora muito		0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	15. É cruel com animais		0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros		0 1 2 47. Tem pesadelos
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos		0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicídio		0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0 1 2	19. Exige que prestem muita atenção nele(a)		0 1 2 50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	20. Destrói suas próprias coisas		0 1 2 51. Sente tontura ou zonzeira
0 1 2	21. Destrói coisas de sua família ou de outros		0 1 2 52. Sente-se muito culpado(a)
0 1 2	22. É desobediente em casa		0 1 2 53. Come demais
0 1 2	23. É desobediente na escola		0 1 2 54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	24. Não come bem		0 1 2 55. Está acima do peso
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes		56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal		0 1 2 a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade		0 1 2 b) Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares		0 1 2 c) Náuseas, Enjôos
0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____		0 1 2 d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola		0 1 2 e) Assaduras ou outros problemas de pele
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má		0 1 2 f) Dores de estômago ou de barriga
			0 1 2 g) Vômitos
			0 1 2) h) Outros (descreva): _____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - FOLHA DE INSTRUÇÃO SOBRE AS CONDIÇÕES DE AVALIAÇÃO

### Condição A – Instrução direta para a realização da tarefa em condição de tratamento

Nesta condição sempre que ouvir COMANDO, você pedirá ao seu filho(a) para que faça alguma tarefa relacionada ao tratamento, explicando direitinho o que tem que fazer e como fazer. Por exemplo: “Passe o creme no seu braço”, “vá buscar o tubo de pomada que está na mesa”, “coloque menos creme na mão”, dentre outras.

Se o seu filho(a) agir de modo obediente, elogie ou diga algo para ele e assim que ouvir a palavra COMANDO, peça para que ele faça alguma outra tarefa relacionada ao tratamento, explicando direitinho o que tem que fazer e como fazer, tal como passar pomada em alguma outra parte do corpo, devolver o tubo de pomada na mesa onde estava, fechar o creme hidratante, etc.

Caso seu filho(a) aja de forma desobediente, você deve aguardar até ouvir a palavra REPITA. Quando você ouvir esta palavra, você deve pedir novamente aquilo que você pediu e a criança não fez. Você pode repetir igual da primeira vez, a mesma coisa com palavras diferentes, pedir ou falar de modo diferente, escolhendo um comportamento especificamente. Assim como a primeira instrução, explique direitinho o que a criança deve fazer e como fazer.

### Condição B – Instrução indireta para a realização da tarefa em condição de tratamento

Nesta condição, sempre que você ouvir INSTRUÇÃO, você pedirá para seu filho(a) algo bem geral, tal como uma pergunta para si mesmo, uma coisa que parece ser outra ou fingir que está pedindo alguma coisa para outra pessoa, sempre relacionado ao tratamento, tal como falar “precisa passar óleo”, “a pomada não chegou aqui sozinha”.

Se o seu filho(a) agir de modo obediente, elogie ou diga algo para ele e assim que ouvir novamente a palavra INSTRUÇÃO, peça para que ele faça alguma outra coisa relacionada ao tratamento, algo bem geral, tal como uma pergunta para si mesmo, uma coisa que parece ser outra ou fingir que está pedindo alguma coisa para outra pessoa.

Caso seu filho(a) aja de forma desobediente, você deve aguardar até ouvir a palavra REPITA. Quando você ouvir esta palavra, você deve pedir novamente aquilo que você pediu e a criança não fez. Você pode repetir igual à primeira vez ou pedir a mesma coisa com palavras diferentes. Assim como a instrução anterior, peça algo bastante geral.

## **APÊNDICE B - DEFINIÇÕES DE COMPORTAMENTO DE OBEDIÊNCIA E DE DESOBEDIÊNCIA**

### **Comportamento de OBEDECER é...**

Fazer aquilo que você pediu para ele fazer, rapidamente após você falar. Por exemplo, quando ele pegar o tubo de pomada, depois de você pedir; abrir o creme hidratante e passar no braço, logo após você falar para ele fazer isso. Para ser obediência, ele tem que terminar o que você pediu para ele fazer.

### **Comportamento de DESOBEDECER é...**

Deixar de fazer aquilo que você pediu, começar a fazer e não terminar. Por exemplo, demorar para abrir o tubo de pomada e começar a passar no braço, depois de você pedir, demorar para buscar a pomada, porque esta terminando o quebra-cabeças, mesmo que você tenha pedido para ele(a); começar a passar pomada e não terminar; não fechar o tubo de pomada quando você pedir.

**APÊNDICE C – LISTA DE VERIFICAÇÃO SOBRE OS CONHECIMENTOS DA MÃE SOBRE COMO AGIR COM A CRIANÇA DURANTE A AVALIAÇÃO**

Coloque **D** para aquelas alternativas que você considerar ser uma **instrução direta** (onde você explica com mais detalhes tudo o que deve ser feito) e **I** para aquelas alternativas que você considerar ser uma **instrução indireta** (onde você diz, de modo bem geral, o que deve ser feito)

Por exemplo:

( I ) Instrução Indireta.

( D ) Instrução direta.

- ( ) Pega a pomada naquela mesinha lá no canto da sala.
- ( ) Humm... Esse cotovelo tá tão vermelho... Se você quiser pomada tem ali na mesa.
- ( ) Será que não precisa de creme hidratante no joelho?
- ( ) Precisa passar creme.
- ( ) Devolva o creme sobre a mesa.
- ( ) Passe óleo na nuca.
- ( ) Filho(a), passe creme perto do olho, tá avermelhado.
- ( ) A pomada não chegou sozinha aqui...
- ( ) E essa pomada? Vai ficar assim?
- ( ) Passa creme agora entre os dedos.

Quando eu ouvir a palavra INSTRUÇÃO, eu devo:

---

Quando eu ouvir a frase COMANDO, eu devo:

---

Quando eu ouvir a frase REPITA, eu devo:

---



## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados senhor(a):

Gostaríamos de convidá-los, você e seu filho(a), a participar de uma pesquisa em Análise do Comportamento. Ela tem como objetivo investigar os comportamentos de crianças com doenças crônicas de pele durante uma situação em que está com seu cuidador. Nosso principal interesse é o de estudar os comportamentos das crianças durante a interação com você para que possamos compreender as situações em que os comportamentos ocorrem, entendendo a relação entre o que e como os pais falam sobre as tarefas relacionadas ao tratamento, com sua criança no dia-a-dia.

Assim, vocês devem estar cientes que:

- O objetivo da pesquisa é analisar algumas interações entre você e seu filho(a) que influenciam nos comportamentos dele(a) no momento da realização do tratamento médico;
- Para isto, será realizada uma sessão de interação entre você e seu(sua) filho(a). Esta sessão será previamente agendada e ocorrerá em um único dia, com uma duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos;
- As sessões serão gravadas em vídeo para que possam ser analisadas posteriormente pelo pesquisador;
- **Riscos:** o procedimento utilizado não constitui risco para a integridade física ou moral dos participantes. Além disso, os participantes poderão abandonar o procedimento a qualquer momento se achar conveniente, sem que haja qualquer tipo de pena;
- **Sigilo:** a identidade dos participantes será preservada e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e revistas científicas, respeitando o anonimato das pessoas envolvidas;
- **Destino das gravações:** As gravações em áudio (CDs) e em vídeo (DVDs) realizadas durante a pesquisa serão destruídas após a publicação dos dados da pesquisa em revistas científicas;
- **Testes:** os questionários e testes psicológicos aplicados serão destruídos após a publicação dos dados da pesquisa em revistas científicas.

Dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser obtidos diretamente com o pesquisador ou através do contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UUEL, através do telefone (43) 3371-2490.

Antecipadamente agradecemos,

\_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon  
 Orientadora da Pesquisa  
 (43) 3371-4227

\_\_\_\_\_  
 Robson Zazula  
 Pesquisador (43) 9986-2024

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) de RG \_\_\_\_\_ declaro que estou ciente dos itens neste Termo descritos acima e concordo em participar desta pesquisa.

Londrina, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_.