

Programa de Orientação para Crianças e Adolescentes com Dermatoses Crônicas sob o Enfoque da Análise do Comportamento Aplicada à Saúde

Guidance Program for Children and Adolescents with Chronic Dermatoses under an Approach for Behavior Analysis Applied to Health

Programa de Orientación para Niños y Adolescentes con Dermatitis Crónicas bajo Enfoque del Análisis del Comportamiento Aplicado a la Salud

Marisa Richartz¹

Consultório particular

Cibely Francine Pacífico

Núcleo Evoluir

Claudia Razente Cantero

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Márcia Cristina Caserta Gon

Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Resumo

A análise do comportamento aplicada à área da saúde tem sido relevante para auxiliar pacientes com dermatoses crônicas e suas famílias a lidar melhor com sua condição orgânica, emocional e social. Assim, objetivou-se avaliar os resultados de um programa de orientação comportamental em grupo para crianças e adolescentes com dermatoses crônicas quanto aos problemas de comportamento e nível de estresse. Seis meninas entre 6 e 14 anos de idade com algum tipo de dermatose participaram do grupo de orientação. Em etapas de pré e pós-intervenção, as mães avaliaram problemas de comportamento de suas filhas e as participantes avaliaram níveis de estresse. A orientação comportamental mostrou-se eficaz devido à modalidade de atendimento, aos conteúdos abordados e à metodologia aplicada para o seu desenvolvimento. Além disso, constituiu-se de uma importante ferramenta terapêutica para intervenção com crianças e adolescentes com dermatose crônica, possibilitando interações interpessoais mais reforçadoras e redução de problemas de comportamento e níveis de estresse de duas participantes. *Palavras-chave:* Psicologia da Saúde, terapia de grupo, dermatoses crônicas, análise do comportamento aplicada à saúde, adesão ao tratamento.

Abstract

Behavior analysis applied to health is significantly relevant to help patients with chronic dermatosis and their families to cope better with their organic, emotional and social condition. Thus, we evaluated the results of a group behavioral orientation program for children and adolescents with chronic skin disease regarding behavioral problems and stress level. Six girls between 6 and 14 years of age with some type of dermatosis participated in the guidance group. In the pre and post intervention stages, mothers evaluated their daughters' behavioral problems and participants evaluated stress levels. Behavioral orientation proved to be effective in the modality of care, as a result of the content and methodology applied for its development. Thus, this program is an important therapeutic tool to work with children and adolescents with chronic dermatosis, enabling reinforced interpersonal interactions and reduction of behavioral problems, and stress levels of two participants.

Keywords: Health Psychology, group therapy, chronic diseases, applied behavior analysis in healthcare, adherence to treatment.

Resumen

El análisis del comportamiento aplicado al área de la salud ha sido relevante para ayudar a pacientes con dermatosis crónicas y sus familias a lidiar mejor con su condición orgánica, emocional y social. Así, el objetivo fue evaluar los resultados de un programa de orientación comportamental en grupo para niños y adolescentes con dermatosis crónicas, en cuanto a problemas de comportamiento y al nivel de estrés.

¹ Av. Visconde de Guarapuava, 3444, sala 607 – CEP: 80.250-220, Curitiba, PR, Brasil. Tel.: (41) 9 9975-0117. E-mail: marichartz@gmail.com

Seis niñas entre 6 y 14 años de edad, con algún tipo de dermatosis, participaron del grupo de orientación. En las etapas de pre y de post intervención, las madres evaluaron problemas de comportamiento y estrés de sus hijas y las participantes evaluaron niveles de estrés. La orientación comportamental se mostró eficaz, debido a la modalidad de atención, los contenidos abordados y la metodología aplicada para su desarrollo. Además, se constituyó una importante herramienta terapéutica para trabajar con niños y adolescentes con dermatosis crónica, posibilitando interacciones interpersonales más reforzadoras y una reducción de problemas de comportamiento y niveles de estrés en dos participantes.

Palabras clave: Psicología de la salud, terapia de grupo, dermatosis crónicas, análisis del comportamiento aplicado a la salud, adhesión al tratamiento.

Introdução

Doenças da pele, que ocorrem logo após o nascimento, são de longa duração, necessitam de tratamento médico e farmacológico para controle da manifestação e dos progressos dos sintomas, são definidas como dermatoses crônicas. Entre as principais dermatoses crônicas que atingem a população pediátrica, destacam-se a dermatite atópica (DA), o vitiligo, o hemangioma e a psoríase. Embora tenham a cronicidade de características em comum, a maneira como os sintomas se manifestam e os tipos de tratamentos prescritos variam (Sampaio & Rivitti, 1998). Na DA, há predomínio de prurido, vermelhidão e lesões em área de dobras em que há sudorese intensa (pescoço, posterior de joelhos e anterior de cotovelos) (Amaral, March, & Sant'Anna, 2012; Silva & Müller, 2007). Por sua vez, na psoríase, as lesões da pele são avermelhadas e recobertas por escamas brancas (Romiti, Maragno, Arnone, & Takahashi, 2009). Diferentemente dessas condições, no vitiligo ocorre a destruição de melanócitos, com perda da coloração natural da pele (Silva, Gontijo, Pereira, & Ribeiro, 2007), enquanto, no hemangioma, ocorrem tumores benignos que surgem após o nascimento, podendo se estender durante os cinco primeiros anos de vida (Chang et al., 2008).

O tratamento médico para controle dos sintomas e das recidivas deve ser realizado diariamente e diversas vezes ao dia, podendo ser necessário o uso de medicamentos tópicos (pomadas, óleos etc.) e sistêmicos (orais e/ou injetáveis). Em virtude disso, o tratamento demanda mudanças na rotina diária da criança e dos cuidadores. Na DA, por exemplo, devem ser evitados o contato com animais (como cachorros e gatos), o acúmulo de poeira, o uso de roupas de tecidos sintéticos ou de lã; em alguns casos, as restrições em atividades recreativas e de lazer podem ser necessárias (Balkrishnan, Housman, Carroll, Feldman, & Fleischer, 2003; Pires & Cestari, 2005; Sampaio & Rivitti, 1998).

Além das demandas exigidas pelo tratamento médico, crianças com doença crônica de pele podem sofrer discriminação social e ser consideradas diferentes das demais sem alterações na superfície cutânea. O preconceito em contextos sociais devido à aparência inestética da pele é uma das principais dificuldades enfrentadas por esses indivíduos que precisam aprender a lidar com tais adversidades desde a infância (Gon, Rocha, & Gon, 2005). Grupos sociais constroem significados estéticos a partir da aparência física da pele (Mota, Gon & Gon, 2009); assim, muitas pessoas que apresentam características cutâneas que não se enquadram nos padrões estéticos definidos pelo grupo podem ser expostas a reações de preconceito e de estigmatização (Silva & Silva, 2007).

A depender da gravidade dos sintomas, poderá haver incapacidade funcional e forte impacto negativo social, emocional, financeiro e em atividades cotidianas dos pacientes e seus

familiares (Alvarenga & Caldeira, 2009; Barbarot et al., 2007; Cazeau et al. 2017; Chamlin et al., 2015; Gon, Gon, & Zazula, 2013; Jager et al, 2011; Silva, Fortes, Miot, & Marques, 2013; Torres, Silva, Magalhães, Morcillo, & Velho, 2011; Weber, Lorenzini, Reinehr, & Lovato, 2012). Ansiedade, depressão e isolamento social são os principais problemas de comportamento nessa população (Bennet, 1994; Farrel, Donovan, Turner, & Walker, 2011; Fontes Neto et al., 2005; Gon, Menezes, Jacovozzi, & Zazula, 2013; Nelms, 1989; Piquart & Shen, 2011; Raychaudhuri & Gross, 2000).

Problemas de comportamento foram classificados por Achenbach e Edelbrock (1979) como: externalizantes, isto é, comportamentos emitidos em relação a outras pessoas, como desobediência, raiva, agressividade, entre outros; e internalizantes, isto é, comportamentos emitidos em relação ao próprio indivíduo, tais como depressão, ansiedade, isolamento social etc. Pesquisas em dermatologia pediátrica que investigam o desenvolvimento emocional e social de crianças com doenças crônicas de pele relatam maior ocorrência de problemas de comportamento nessa população, quando comparada às crianças sem tal condição (e.g., Fontes Neto et al., 2005; Gon et al, 2013b).

Em função das razões mencionadas a respeito da relação entre dermatoses crônicas na infância e problemas de comportamento, a demanda por intervenções psicológicas para essa população e seus cuidadores aumentou (Castoldi, Labrea, Oliveira, Paim & Rodrigues, 2010), assim como a demanda do psicólogo para atendê-la (Dias, Gon & Zazula, 2017). Em algumas dermatoses crônicas, como a DA, as queixas estão, sobretudo, relacionadas à adesão ao tratamento e aos problemas de comportamento (Zazula, Gon, & Sartor, 2015).

Ao longo do tratamento médico, os cuidadores de crianças com dermatoses crônicas necessitam de acompanhamento e de encorajamento para manter o tratamento médico, o qual demanda a participação ativa do paciente e dos cuidadores. Frequentemente, as orientações a serem passadas para o paciente e o cuidador durante a consulta médica tomam muito tempo e não são suficientes para a plena compreensão da doença. Mais detalhes, como os aspectos sociais e emocionais, fazem-se necessários a fim de ajudá-los no entendimento da condição de sua saúde (Lapsley, 2006; Ricci et al., 2009).

O analista do comportamento pode favorecer esse entendimento (Kirchner et al., 2017). Um exemplo disso é o programa de orientação comportamental direcionado para pais de crianças com DA, o qual incluiu como procedimentos de intervenção o uso de explicações verbais, demonstrações e instruções sobre doenças crônicas, adesão ao tratamento, razões da ocorrência de comportamentos, obediência e formas de favorecer a aprendizagem por modelagem (Carvalho & Gon, 2015). Outros programas de orientação comportamental com crianças que apresentam doenças crônicas têm sido desenvolvidos a fim de promover melhora da sua qualidade de vida e de suas famílias (e.g., Cantero, 2014; Fornazari & Librazi, 2009; Soares, Trassi, Pacifico, & Inácio, 2014; Staab et al., 2002).

Skinner (2003) define grupo social como um comportamento de duas ou mais pessoas em relação à outra ou a um conjunto em relação ao ambiente comum. É comum que crianças com doenças crônicas sintam-se diferentes de seus pares, por isso o atendimento em grupo oferece contexto para que percebam que outras pessoas estão passando pela mesma situação e apresentam sentimentos similares. Isso facilita a sua identificação com outros membros, o que favorece a troca de experiências e o auxílio mútuo (Derdyk & Sztamfater, 2008).

Intervenções comportamentais em grupo apresentam as seguintes vantagens em relação às intervenções individuais: (1) diferentes regras decorrentes da história de vida das participantes podem ser utilizadas como modelo para novos repertórios; (2) condições de aprendizagem são mais amplas por envolver a participação ativa ou a simples observação do comportamento do outro; (3) modelagem do comportamento das participantes por meio dos feedbacks que ocorrem na interação social se assemelha mais às contingências reais do ambiente e favorecem a generalização da aprendizagem (Delitti & Derdcky, 2008), além disso um grupo abrange maior número de pessoas por atendimento, com redução de custos (Coêlho & Barros, 2012). Uma modalidade de atendimento interdisciplinar, em grupo, que assistiu, ao mesmo tempo, crianças portadoras de DA e seus pais foi conduzida no Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (Castoldi et al., 2010). Foram realizados quatro encontros com as crianças, abordando os seguintes temas: (a) sensibilização para o tato e contato da pele a partir do manuseio de matérias com texturas distintas; (b) cuidado com a pele a partir de modelos de cuidado; (c); cuidado com a pele durante o período de férias; e (d) sentimentos relacionados à doença (Castoldi et al., 2010). Foram realizados também quatro encontros em grupo com os pais, nos quais foram abordados cuidado, evolução e orientação para tratamento, preconceito e compartilhamento de experiências (Castoldi et al., 2010). Os autores observaram, como resultados principais, aumento da adesão dos pais ao tratamento médico e maior aceitação e autonomia da criança para realizá-lo.

Considerando a relevância da análise do comportamento na área da saúde para auxiliar pacientes com doenças crônicas e seus cuidadores a lidar melhor com sua condição orgânica, emocional e social, buscou-se realizar uma avaliação comportamental em seis participantes com dermatoses crônicas, estruturar e aplicar um programa de intervenção analítico comportamental em grupo, para crianças e adolescentes com esse problema dermatológico, e avaliar os resultados da aplicação, quanto aos problemas de comportamento e nível de estresse.

Método

Participantes

Seis meninas entre 6 e 14 anos de idade (quatro com diagnóstico de DA e idades de 6, 11, 12 e 13 anos; uma de 14 anos com hemangioma; e uma de 11 anos com machucados na pele, mas sem diagnóstico definido) e suas respectivas mães. Estas foram convidadas com a finalidade de fornecer informações sobre o comportamento das filhas. Todas as participantes concordaram com os procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram consentimento dos pais para fazer parte da pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (processo 15717/2012, parecer CEP/UEL 071/2012 e CAAE 04227812.9.0000.5321).

Materiais e Instrumentos

Roteiro de Entrevista Inicial (Sartor, 2010)

O roteiro foi adaptado de um instrumento utilizado em um projeto de extensão universitária, intitulado “Atendimento psicológico para crianças com doenças crônicas de pele e seus pais: avaliação e intervenção clínica comportamental”. O roteiro tem o objetivo de direcionar a entrevista inicial com cuidadores (por exemplo, mães, pais, avós) e de obter informações sobre dados sociodemográficos, histórico de doenças, tratamentos anteriores e atuais, rotina de tratamento e comportamentos da criança durante a execução do tratamento.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (Child Behavior Checklist for ages 6/18 – CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001)

O inventário avalia o comportamento de crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos, por intermédio do relato dos pais. É composto por duas partes: a primeira avalia a competência em relação às atividades sociais, domésticas e escolares; a segunda investiga, a partir de 133 itens, problemas de comportamento nas escalas de ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo (Rocha, Araújo, & Silveiras, 2008).

Os problemas de comportamento são classificados a partir do T score como problema clínico, problema limítrofe ou problema não clínico. Em seguida, realiza-se a avaliação do perfil de problemas de comportamento internalizante e externalizante e os problemas totais de comportamento (Rocha et al., 2008). É possível, ainda, avaliar os dados e descrever os problemas de comportamento a partir dos transtornos delimitados pelo Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2003).

Escala de Estresse Infantil – ESI; Lipp & Lucarelli, 1998)

A escala é composta por 35 itens, respondidos pela própria criança, a respeito de seus comportamentos. É indicada para crianças entre 6 e 14 anos e permite avaliar indicativos de estresse. A escala categoriza quatro tipos de reação de estresse: físico, psicológico, psicológico com componente depressivo e psicofisiológico. A resposta de cada questão é feita por meio de uma escala *likert* de 0 a 5 pontos, sendo possível responder nunca, raramente, às vezes, com frequência e sempre (em que: nunca pontua 0, e sempre, 5 pontos). Após a somatória e análise dos itens, é possível estimar a existência ou não de estresse na crianças.

Carteira de Identidade Legal

Consiste em sulfite que simula uma carteira de identidade, com espaço para desenho do autorretrato, impressão digital e preenchimento dos dados pessoais e preferências da criança (“O que você mais gosta em você?”, “Qual é uma das coisas legais que você faz?”, “Quais são as coisas chatas que você faz?”, “O que você adora que alguém faça?”, “O que você detesta que alguém faça?”, “Quais são as coisas que você gosta de fazer?”, “Quais são as coisas que você não gosta de fazer?”, “Quais são as coisas que você gosta na sua casa?” e “Quais são as coisas que você não gosta na sua casa?”).

Ficha para atividade da caixinha

Consiste em uma folha sulfite com as seguintes perguntas: “Por que eu vim para esse grupo de pessoas com doenças na pele?” e “Como é o nome da minha doença?”. Além disso, as seguintes frases escritas na folha devem ser completadas: “O que eu sei sobre a minha doença é...”, “Estas são as coisas que eu gostaria de saber e perguntar sobre a minha doença...”, “Um psicólogo pode me ajudar com a minha doença de pele porque...”, “Eu acho que esse grupo vai ser...” e “Eu acho que ter uma doença de pele é...”. A ficha respondida deve ser colocada em uma caixinha.

Livro A Marca Angelical (Chueire, 1993)

É um livro para crianças que descreve, por meio de imagens, a história de uma criança que nasce com uma mancha na testa. A história apresenta situações de consultas médicas e reações de estranheza e de curiosidade das pessoas ao longo do cotidiano do personagem.

Música Ciranda da Bailarina

Letra e áudio da música “Ciranda a Bailarina”, composta por Chique Buarque e Edu Lobo, com gravação interpretada por Adriana Calcanhoto.

Histórias de interação social para atividade continuando histórias

Histórias impressas sobre situações aversivas de interação social que podem ocorrer com crianças que apresentam dermatose crônica. As histórias estão descritas no Quadro 1.

Solidão e preocupação com reações do outro

Ana está no 6º ano, e na sala dela tem 35 alunos. Ela gosta muito de sua professora e tem boas notas, mas, às vezes, não tem vontade de ir à escola. Ela gosta das aulas e das atividades propostas, mas durante o recreio sente-se muito triste e com raiva. Ana passa o recreio sozinha e sente que todos estão olhando para ela. Ela acha essa situação muito chata, mas não sabe o que fazer.

Agressividade diante de conflitos

Carla está no 7º ano, e, muitas vezes, sua mãe já foi chamada na escola porque os alunos reclamam que ela grita com os colegas e também bate neles. Ela fica triste com isso e, inclusive, percebe que, muitas vezes, todos a conhecem como briguenta e a comparam com a Mônica, dos gibis da Turma da Mônica. As brigas acontecem porque as pessoas falam e fazem coisas que deixam Carla triste e com raiva. Uma vez, uma colega falou que Carla parecia um abacaxi por causa de algumas espinhas que tinha no rosto. Carla percebe que quando é agressiva, as provocações param na hora e que se sente aliviada, mas ela fica incomodada porque começa a ter alguns problemas com a direção, a professora, os colegas e seus pais. Carla acha que precisa encontrar alguma outra coisa para fazer nessas horas que é provocada, mas não consegue ter nenhuma ideia.

Adesão ao tratamento

Selma tem um problema na pele desde que nasceu. Ela precisa de cuidados diários para que sua pele fique melhor. Ela tem que passar pomada e, muitas vezes, a mãe dela a ajuda, lembrando os horários ou passando para ela. Selma acha chato fazer essas coisas porque, na maioria das vezes, tem que parar suas atividades. Às vezes, ela não segue o tratamento, deixando de passar pomada ou descumprindo uma recomendação médica. Por exemplo, ela come algumas coisas que dão alergia e fazem mal para ela. Quando ela não segue o tratamento, sua pele acaba piorando, mas ela não consegue fazer tudo o que deveria.

Curiosidade do outro

Vânia tem algumas manchas na pele. Ela é uma pessoa legal, e todos seus amigos gostam da forma como ela conta histórias e sentem que podem confiar nela. Vânia realmente sabe guardar segredos e é uma amiga sempre disposta a ajudar. As manchas da Vânia ficam no rosto, pescoço, mãos e braços, e ela sempre tenta escondê-las. Vânia veste manga comprida e cachecol, mesmo se o tempo estiver quente. Ela não consegue esconder as manchas da mão e do rosto. Sempre que ela tem que sair de casa, fica preocupada e ansiosa, pois tem receio que as pessoas percebam e perguntem sobre as manchas. Muitas vezes, alguém olha a mancha e pergunta, com curiosidade, o que é aquilo. Vânia fica triste, não sabe o que dizer e já deixou de ir a lugares legais por causa disso. Ela gostaria de agir diferentemente, mas não sabe o que fazer.

Limitações consequentes da dermatose

Inês sempre tira notas baixas em Educação Física e tem fama de preguiçosa. Ela não participa de algumas aulas de Educação Física e diz para o professor que não pode fazer as atividades. Inês tem dermatite e, quando está com a pele machucada, não deve praticar exercícios físicos. O médico explicou que o suor pode fazer sua pele piorar, e ela percebe que, às vezes, quando faz exercícios, sua pele dói. Seu professor de Educação Física não sabe muito sobre dermatite e exige que ela participe das atividades. Inês fica dividida entre o que o médico disse e o que o professor fala. Ela sabe que, algumas vezes, não deve participar da Educação Física, mas não sabe o que fazer para resolver isso.

Quadro 1. Histórias de interação social para atividade continuando histórias.

Jogos e Materiais de Papelaria

Jogos (por exemplo, jogo da memória, dominó, UNO) que se adequem à idade e ao gosto das participantes; materiais de papelaria, como cartolina, lápis de cor, giz de cera, folhas sulfite.

Procedimento

O estudo foi realizado em três etapas: (1) avaliação comportamental antes da intervenção; (2) estruturação e aplicação do programa de orientação para crianças e adolescentes com doenças de pele; (3) avaliação comportamental após intervenção. Na Etapa 1 as mães participaram de uma entrevista individual realizada com o roteiro de entrevista inicial (Sartor, 2010), e responderam ao CBCL. Por sua vez, as crianças e adolescentes responderam a ESI. Na Etapa 2, as pesquisadoras elaboraram o programa de intervenção, descritos no quadro 2, a partir das informações levantadas durante a fase de avaliação comportamental e o aplicaram na amostra selecionada. Na Etapa 3, as mães responderam novamente ao CBCL, e as filhas a ESI, com objetivo de verificar possíveis alterações no comportamento das crianças após a intervenção.

| Atividade | Objetivos | Procedimento |
|-----------------------|--|--|
| Encontro 1 | | |
| Identidade legal | Apresentação | Confecção de carteira de identidade, apresentação dos integrantes do grupo a partir do material produzido e discussão das diferenças e semelhanças individuais. |
| Atividade da caixinha | Discussão, queixa e objetivos do grupo | Explicação dos objetivos do grupo, atividade para preencher ficha da atividade da caixinha e discussão sobre o que foi escrito. |
| Contrato | Discutir regras | Elaboração de regras do grupo em cartolina. |
| Encontro 2 | | |
| Marca angelical | Identificação dos impactos da doença | Escrever uma história a partir das ilustrações do Livro A Marca Angelical (Chueire, 1993). |
| Encontro 3 | | |
| Dança da cadeira | Integração | Realização de atividade de dança da cadeira. |
| Contando uma história | Discussão | Discussão das histórias escritas pelas participantes a partir da descrição de situações relatadas e reflexão de sentimentos e comportamentos emitidos e consequências. |
| Encerramento | Atividade reforçadora | Realização de atividade escolhida pelas participantes. |
| Encontro 4 | | |
| Música | Reflexão | Discussão da música Ciranda da Bailarina, a partir da música tocada e da letra impressa. |
| Continuando histórias | Desenvolvimento de repertório | Instruir as participantes a escrever finais para a história e realização dessa atividade. |
| Encontro 5 | | |
| Adoleta | Integração | Atividade "quebra-gelo" com brincadeira Adoleta. |
| Continuando histórias | Desenvolvimento de repertório | Discussão dos finais criados pelas participantes, apresentação de modelos de comportamento e discussão das consequências de comportamentos, como agressão e assertividade. |
| Encontro 6 | | |
| Encerramento | Fechamento | <i>Feedback</i> sobre realização do grupo. |
| Lanche | Confraternização | Realização de lanche com os pais. |

Quadro 2. Programa de Educação Terapêutica para crianças e adolescentes com doenças de pele.

Resultados

A partir da entrevista inicial realizada com as mães, foram coletadas informações sobre a doença de pele, queixas apresentadas, preconceito e tratamento. Esses dados estão descritos no quadro 3. Com exceção de uma participante, todas realizavam tratamento dermatológico. Por meio dos relatos das mães, foram constatadas as seguintes queixas de problemas de comportamento: sentimentos de ansiedade e tristeza, dificuldade em aceitar a doença, problemas no relacionamento interpessoal caracterizado por brigas, agressividade e dificuldade em defender-se e contestar o outro. Além disso, todas as mães afirmaram que as filhas sofriam preconceito devido à doença de pele.

| Participante / idade | Dermatose | Queixas | Preconceito | Tratamento dermatológico atual |
|----------------------|-------------------|--|-------------|--------------------------------|
| P1 (14) | Hemangioma | Brigas na escola, dificuldade em aceitar o problema na pele. | Sim | Não |
| P2 (12) | DA | Tristeza, cansaço, passividade. | Sim | Sim |
| P3 (11) | DA | Tristeza diante da doença. | Sim | Sim |
| P4 (11) | Sem especificação | Brigas na escola, situação de conflito familiar. | Sim | Sim |
| P5 (13) | DA | Nervosismo, ansiedade, sente-se diferente. | Sim | Sim |
| P6 (6) | DA | Nervosismo, agressão física. | Sim | Sim |

Quadro 3. Dados da avaliação comportamental obtidos durante a entrevista inicial

Corroborando as queixas apresentadas na entrevista com as mães, os resultados do CBCL indicaram perfil de problemas de comportamento, totais clínicos (P1, P2, P3 e P4) ou limítrofe (P5 e P6) e escore de competência limítrofe (P4, P5 e P6) ou clínico (P1, P2 e P3) para as participantes (Tabela 1).

Tabela 1

Indicação dos Problemas Clínicos (C), Não Clínico (NC) e Limítrofe (L) a Partir do T Escore dos Itens Avaliados pelo CBCL (Child Behavior Checklist for ages 6-18).

| | Itens do CBCL | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|--------------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Competência | Atividades | NC (37) | NC (57) | C (30) | NC (49) | L (33) | L (32) |
| | Social | NC (52) | NC (41) | NC (50) | NC (46) | NC (47) | NC (48) |
| | Escola | NC (37) | NC (43) | NC (55) | NC (41) | NC (55) | NC (46) |
| | Total competência | L (38) | NC (34) | C (36) | NC (46) | L (39) | C (36) |
| Escala de problema de comportamento | Ansiedade/depressão | NC (59) | NC (59) | C (76) | C (76) | NC (59) | L (68) |
| | Isolamento/depressão | NC (57) | C (93) | L (66) | C (80) | NC (60) | NC (52) |
| | Queixas somáticas | NC (59) | C (70) | NC (57) | C (74) | NC (56) | NC (50) |
| | Problemas sociais | NC (64) | C (80) | C (72) | C (84) | NC (58) | NC (57) |
| | Problemas de pensamento | NC (56) | C (70) | NC (51) | C (71) | NC (56) | NC (54) |
| | Problemas de atenção | NC (59) | NC (63) | NC (55) | C (83) | NC (59) | NC (59) |
| | Problemas de violar regras | NC (60) | NC (51) | NC (55) | L (68) | NC (57) | NC (55) |
| Comportamento agressivo | NC (64) | NC (58) | NC (61) | C (73) | L (66) | C (75) | |
| Perfil de problemas de comportamento | Internalizante | L (60) | C (73) | C (71) | C (81) | L (60) | L (61) |
| | Externalizante | L (63) | NC (55) | L (60) | C (72) | C (64) | C (71) |
| | Problemas totais | C (64) | C (70) | C (68) | C (77) | L (63) | L (63) |

| Itens do CBCL | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Transtorno afetivo | L (67) | C (75) | C (70) | C (81) | NC (63) | NC (63) |
| Transtorno de ansiedade | NC (64) | NC (60) | C (73) | C (73) | NC (60) | L (67) |
| Transtorno somático | NC (59) | C (70) | NC (61) | L (67) | NC (54) | NC (50) |
| Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade | L (69) | NC (52) | NC (60) | C (78) | NC (58) | NC (63) |
| Transtorno opositor desafiante | L (67) | NC (56) | NC (55) | C (70) | L (67) | C (70) |
| Problemas de conduta | NC (55) | NC (51) | NC (60) | NC (60) | NC (59) | NC (63) |
| Transtorno obsessivo-compulsivo | NC (62) | NC (50) | NC (59) | C (70) | NC (50) | NC (50) |
| Transtorno de estresse pós-traumático | L (66) | L (67) | L (66) | C (85) | L (66) | L (66) |

Na avaliação de problemas de comportamento, foi possível chegar aos seguintes resultados: (a) escore de problemas sociais foi clínico para três participantes (P2, P3 e P4); (b) escore de comportamento agressivo (P4, P5 e P6), problemas de ansiedade/depressão (P3 e P4), isolamento/depressão (P2 e P3) foi considerado clínico ou limítrofe para metade das participantes ($n = 3$). As seis participantes apresentaram o perfil internalizante avaliado como clínico (P2, P3 e P4) ou limítrofe (P1, P5 e P6) e apenas uma teve o perfil externalizante avaliado como não clínico (P2).

Em análise direcionada pelo DSM-IV-TR, os escores de quatro participantes foram clínicos ou limítrofes para transtornos afetivos (P1, P2, P3 e P4) e transtorno opositor desafiante (P1, P4, P5 e P6). Além disso, três participantes (P3, P4 e P6) tiveram o escore limítrofe ou clínico para transtorno de ansiedade, e todas as participantes foram avaliadas com escore limítrofe ou clínico para transtorno de estresse pós-traumático. Comportamentos apresentados pelas participantes durante as sessões podem ilustrar resultados obtidos nos instrumentos de avaliação, por exemplo, não querer relatar sentimentos relacionados à dermatose (P1, P2 e P4), chorar ao relatar problemas sociais enfrentados devido à condição da pele (P1 e P4), brigar com as pessoas nessas situações (P1, P4 e P6) e ficar sozinha na escola (P5).

Dados obtidos por meio da ESI (Tabela 2) indicaram que apenas P6 apresentava sinais significativos de estresse. Entre as demais participantes, o item reações físicas apresentou os menores escores se comparado ao item reações psicológicas. Os escores do item reações físicas para P1, P2, P4 e P5 foram menores que os escores dos itens reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas.

Tabela 2

Avaliação de estresse a partir da ESI (Escala de Estresse Infantil).

| Fatores de estresse | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Reações físicas | 6 | 5 | 6 | 8 | 6 | 24 |
| Reações psicológicas | 12 | 17 | 11 | 20 | 13 | 19 |
| Reações psicológicas com componente depressivo | 11 | 14 | 3 | 13 | 16 | 3 |
| Reações psicofisiológicas | 18 | 10 | 5 | 11 | 10 | 11 |
| Escore total | 47 | 46 | 25 | 52 | 45 | 57 |
| Resultado sobre sinais indicativos de estresse | Sem | Sem | Sem | Sem | Sem | Com |

Após a realização da avaliação inicial, o programa de orientação comportamental para crianças e adolescentes com dermatoses crônicas foi aplicado. Uma vez que apenas duas participantes completaram o programa (P1 e P4), será apresentado o resultado da avaliação pós-intervenção delas. Em relação ao CBCL, foi possível observar algumas alterações nos resultados, como evidenciado na Tabela 3.

Tabela 3

Comparação dos Resultados do CBCL na Fase Pré e Pós-Intervenção para P1 e P4.

| | Itens do CBCL | P1 (PRÉ) | P1 (PÓS) | P4 (PRÉ) | P4 (PÓS) |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Competência | Atividades | NC (37) | NC (43) | NC (49) | NC (39) |
| | Social | NC (52) | NC (45) | NC (46) | NC (37) |
| | Escola | NC (37) | NC (43) | NC (41) | NC (43) |
| | Total competência | L (38) | NC (41) | NC (46) | C (33) |
| Escalas de problema de comportamento | Ansiedade/depressão | NC (59) | NC (62) | C (76) | C (78) |
| | Isolamento/depressão | NC (57) | NC (54) | C (80) | C (89) |
| | Queixas somáticas | NC (59) | NC (53) | C (74) | C (78) |
| | Problemas sociais | NC (64) | L (66) | C (84) | C (78) |
| | Problemas de pensamento | NC (56) | NC (56) | C (71) | L (67) |
| | Problemas de atenção | NC (59) | NC (56) | C (83) | L (68) |
| | Problemas de violar regras | NC (60) | NC (60) | L (68) | NC (64) |
| | Comportamento agressivo | NC (64) | NC (61) | C (73) | C (70) |
| Perfil de problemas de comportamento | Internalizante | L (60) | NC (58) | C (81) | C (80) |
| | Externalizante | L (63) | L (61) | C (72) | C (69) |
| | Problemas totais | C (64) | L (62) | C (77) | C (75) |
| Problemas de comportamento orientado a partir do DSM-IV | Transtorno afetivo | L (67) | NC (63) | C (81) | C (75) |
| | Transtorno de ansiedade | NC (64) | NC (60) | C (73) | C (73) |
| | Transtorno somático | NC (59) | NC (50) | L (67) | C (77) |
| | Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade | L (69) | L (66) | C (78) | C (70) |
| | Transtorno opositor desafiante | L (67) | NC (59) | C (70) | C (71) |
| | Problemas de conduta | NC (55) | NC (61) | NC (60) | NC (63) |
| | Transtorno obsessivo-compulsivo | NC (62) | NC (59) | C (70) | C (70) |
| | Transtorno de estresse pós-traumático | L (66) | NC (58) | C (85) | C (84) |

Para P1, o escore de competência total, que envolve problemas de comportamentos na interação com os pares (isto é, dificuldade de relacionamento interpessoal, solidão, dependência dos adultos, rejeição de outras crianças, alvo gozações), passou de limítrofe para não clínico, com redução dos problemas de comportamento relacionados às competências social e acadêmica. Para P4, entretanto, houve uma alteração do escore de competência social de não clínico para clínico, com decréscimo do escore de competência social.

Em relação às escalas de problemas de comportamento, P1, que, antes da intervenção, apresentava problemas sociais classificados como não clínico, passou a apresentar problemas sociais correspondentes à classificação limítrofe. Para P4, o fator de problemas de

pensamento (isto é, distração, comportamento de lembrar e comportamentos repetitivos) também se alterou, passando de clínico para limítrofe. Essa participante apresentou alteração do fator de problemas de atenção (desatenção, falta de concentração, impulsividade, baixo desempenho escolar) de clínico para limítrofe, e a classe problemas de violar regras, de limítrofe para não clínico.

Em relação ao perfil externalizante, P1 passou de limítrofe para não clínico e de clínico para limítrofe na classe problemas totais. Por sua vez, P4 continuou apresentando perfis externalizantes, internalizantes e problemas totais como clínico, mas com menores escores.

Mediante a avaliação orientada pelo DSM-IV-TR, P1 passou de limítrofe para não clínico em transtornos afetivos, transtorno opositor desafiante e transtorno de estresse pós-traumático. Ao contrário da P1, P4 não apresentou melhora na avaliação orientada pelo DSM-IV-TR, e o item transtornos somáticos alterou-se de limítrofe para clínico. Apesar de não ser observada melhora significativa para P4, os escores de transtorno afetivos, déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de conduta e transtornos de estresse pós-traumático diminuíram.

Durante a realização dos encontros, observaram-se algumas alterações de comportamento das participantes, sobretudo quanto às dificuldades de interação social. P1 e P4, que, inicialmente, evitavam relatar suas dificuldades diante das dermatoses, passaram a fazê-lo com maior frequência. Além disso, relataram que a agressividade não era a melhor solução, sendo possível solicitar ajuda, compartilhar com amigos as dificuldades e ignorar provocações.

Em relação à ESI, ambas as participantes continuaram a não apresentar sinais significativos de estresse após a intervenção, porém o escore total e dos fatores avaliados (reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas) diminuiu.

Tabela 4

Comparação dos Resultados da ESI na Fase Pré-Intervenção e Pós-Intervenção para P1 e P4.

| Fatores avaliados | P1 (PRÉ) | P1 (PÓS) | P4 (PRÉ) | P4 (PÓS) |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Reações físicas | 6 | 4 | 8 | 5 |
| Reações psicológicas | 12 | 10 | 20 | 15 |
| Reações psicológicas com componente depressivo | 11 | 10 | 13 | 19 |
| Reações psicofisiológicas | 18 | 17 | 11 | 6 |
| Escore total | 47 | 41 | 52 | 45 |
| Resultado sobre sinais indicativos de estresse | Sem | Sem | Sem | Sem |

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar os resultados de um programa de orientação comportamental em grupo de crianças e adolescentes com dermatoses crônicas quanto aos problemas de comportamento e nível de estresse. Após a realização do estudo, constatou-se que as participantes (P1 e P4) apresentaram a diminuição nos escores referentes aos perfis de problemas de comportamento (internalizante, externalizante e problemas totais) do CBCL e aos fatores de estresse da ESI.

A partir dos resultados obtidos durante a avaliação comportamental conduzida com as mães, observou-se que uma das dificuldades vivenciadas pelas meninas eram questões

relativas aos seus relacionamentos interpessoais, que incluíram excessos de comportamentos agressivos e déficits de comportamentos pró-sociais, como expressar sentimentos, expor opiniões e responder a perguntas com conteúdo aversivo. Outra dificuldade relatada referiu-se a situações de preconceito, que diminuía a probabilidade de exposição a situações sociais. Os dados obtidos por meio do CBCL validam os relatos das mães, indicam a existência de problemas sociais, condições de ansiedade, depressão, isolamento, transtornos afetivos e transtornos de ansiedade nas participantes.

A partir desses dados da avaliação comportamental e dos relatos das participantes durante as sessões de intervenção, levantaram-se algumas hipóteses funcionais: (a) a condição de dermatose gera estímulos aversivos ao seu portador, uma vez que ele passa a vivenciar perguntas, punições sociais e desconforto físico; (b) diante dos problemas de interação, alguns participantes apresentam excesso de comportamentos de agressividade e outras respostas de fuga e esquiva na interação social; (c) ao emitir respostas de agressividade ou esquiva, as dificuldades na interação social permanecem, situação que pode produzir e manter uma condição de privação afetiva; (d) ao vivenciar situações de punição social, o portador de dermatose pode passar por um processo de condicionamento respondente, no qual estímulos da pele ou ambientais são emparelhados com a punição e passam a ter função de estímulo sinalizador de punição, eliciando respostas de ansiedade.

As hipóteses funcionais corroboram o fato de que indivíduos portadores de dermatoses crônicas vivenciam condições adversas devido ao aspecto inestético da pele, o qual se relaciona à ocorrência de preconceito, discriminação, estigmatização (Gon et al., 2005; Rocha et al., 2008), isolamento social, sentimentos de menosprezo, desvalia e baixa aceitação (Gon et al., 2013a; Santer et al., 2012). Em um estudo que objetivou demonstrar efeitos dos comportamentos estigmatizantes sob o relato verbal de crianças portadoras de dermatoses crônicas a partir de personagens de uma história infantil, constatou-se que crianças estigmatizadas pela doença estão expostas a consequências aversivas administradas mediante desaprovação, desprezo, ridicularização ou insulto e que carecem de reforçadores sociais positivos, como atenção, aprovação e afeto (Gon et al., 2005). Nessas condições, comportamentos de submissão, afastamento ou agressão são reforçados negativamente, pois cessam a continuidade das provocações e da condição de inferioridade (Gon et al., 2005).

Ao relacionar a presença de estímulos aversivos na vida do portador de dermatose com os dados do CBCL voltados ao DSM-IV-TR, as seguintes hipóteses são apresentadas: (a) o excesso de estímulos aversivos poderia justificar a classe de comportamentos relacionada ao transtorno de estresse pós-traumático; (b) as dificuldades na interação social descritas podem justificar os sentimentos de depressão e de isolamento que se relacionam à possível ocorrência de transtornos afetivos; e (c) a ausência de repertório social para responder aos problemas na interação e ao excesso de agressividade pode estar relacionado à ocorrência do transtorno opositor desafiante.

Os dados coletados na avaliação comportamental e a queixa descrita pelas participantes foram os critérios utilizados para definição do tema abordado nas sessões de intervenção. A estruturação do programa de intervenção pautou-se, sobretudo, no tema de relacionamento interpessoal, ao abordar aspectos sobre resolução de problemas, limitações da doença, preconceito, estigmatização e bullying.

Apesar de os temas abordados na intervenção terem sido escolhidos a partir da demanda apresentada pelas participantes, a adesão ao programa durante a sua aplicação foi baixa. Foram utilizados materiais com possíveis funções reforçadoras para crianças e adolescentes com o objetivo de aumentar a probabilidade de envolvimento delas, porém tal aspecto não foi suficiente para favorecer a adesão das participantes. Uma das possíveis variáveis para a baixa adesão pode estar relacionada a contingências que controlam o comportamento dos responsáveis pelas crianças de não se engajarem no tratamento psicológico. Indisponibilidade de tempo para acompanhar o participante em razão de compromissos de trabalho, ausência de informação sobre a relevância do tratamento psicológico ou ocorrência de consequências punitivas, tais como possível piora de sintomas na pele que ocorrem de forma não contingente à participação do tratamento psicológico, podem explicar a baixa adesão. Allen e Warzak (2000) afirmam que a participação dos pais nesse processo de tratamento produz consistência e efetividade na intervenção; assim, favorecer a adesão dos pais ao tratamento, a partir de uma análise funcional e posterior manejo de contingências de adesão, é relevante.

A participação e o envolvimento dos membros da família no tratamento são variáveis extremamente importantes (Amaral & Albuquerque, 2000; Castoldi, et al., 2010), pois estes servem de modelo para seus filhos e podem ensiná-los a aderir ao tratamento (Ferreira, Müller, & Jorge, 2006). Adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o envolvimento colaborativo, voluntário e mais ativo do paciente (Meichenbaum & Turk, 1987, citado por Amaral & Albuquerque, 2000), e, em se tratando de pacientes acometidos pela doença de pele na infância, inicialmente os cuidadores devem assumir a responsabilidade pela sua execução e continuidade. O incentivo e o conhecimento de práticas que favorecem o bem-estar da criança podem auxiliar no caso dos aspectos psicológicos relacionados à doença de pele.

Além disso, outra variável é que uma das participantes tinha apenas 6 anos de idade, o que implicou na adaptação das estratégias utilizadas e na atenção especial para auxiliá-la. Talvez, a melhor indicação seja formar grupos com membros em faixas etárias similares. Caso não seja possível, a adaptação das estratégias para diferentes faixas etárias e a participação de colaboradores treinados poderão ser uma alternativa viável e eficaz.

Embora o grupo tenha iniciado com número pequeno de participantes ($n = 6$) e que tenham ocorrido desistências, membros que permaneceram no grupo P1 e P4 apresentaram diminuição dos escores do CBCL. Ao final da intervenção, P1 apresentou escores menores nos perfis de problemas de comportamento, se comparados aos de P4. Houve, para P1, um aumento na emissão de comportamentos pró-sociais, diminuição na falta de atenção e na violação de regras.

Na avaliação direcionada ao DSM-IV-TR, notaram-se melhoras nos fatores de transtornos afetivos, transtorno opositor desafiante e transtorno de estresse pós-traumático. P4 apresentou mudanças comportamentais, porém em menor frequência, com melhora nos escores da classe de pensamento problemáticos e piora no fator de transtornos somáticos. Os escores das escalas de transtorno afetivos, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de conduta e transtornos de estresse pós-traumático diminuíram. Uma hipótese para a diferença nas alterações de comportamento entre as participantes é que P4 apresentou número maior de faltas quando comparada a P1. Além disso, durante a intervenção, P1 era a mais participativa nas atividades e discussões, verbalizando para o grupo sentimentos,

pensamentos e problemas cotidianos. Por sua vez, P4, durante a intervenção, apresentou dificuldade em falar de si quando questionada sobre seus sentimentos.

No decorrer do programa, foram observadas alterações do padrão comportamental de algumas das participantes com relação às estratégias para lidar com problemas (observaram-se alterações nos relatos de P1 e P4 sobre como poderiam lidar com provocações).

Conclui-se que a presente intervenção se mostrou eficaz na modalidade de atendimento adotada, conteúdos abordados e metodologia aplicada para o seu desenvolvimento, constituindo uma importante ferramenta terapêutica para trabalhar com crianças e adolescentes com dermatose crônica, contribuindo para ampliação do repertório destas e possibilitando interações interpessoais mais reforçadoras. Apesar da relevância observada, é necessário verificar e aprimorar os estudos acerca da efetividade do programa e identificar e alterar possíveis variáveis que possam interferir na adesão de alguns participantes. Sugere-se que o programa seja aplicado e avaliado a partir de outros delineamentos experimentais (como delineamento de grupo) e que, ao aplicar o programa, seja realizada análise funcional sobre variáveis que afetam a adesão dos pais e participantes para que possam ser manejadas pelos aplicadores.

Considerações Finais

É cada vez mais relevante a atuação do analista do comportamento na área de saúde, bem como na área da dermatologia. Diante do diagnóstico da doença, a criança pode se sentir insegura, já que tal situação inclui mudanças em sua rotina e, por vezes, alterações no aspecto físico de sua pele e restrições em suas atividades diárias. A intervenção em grupo direcionada ao atendimento de crianças é uma das alternativas para amenizar tais dificuldades. O grupo permite que um maior número de pessoas se beneficie com o processo, melhorando a compreensão sobre a doença e o tratamento, além de auxiliar na aquisição de padrões comportamentais adequados, facilitando a superação dos problemas enfrentados.

Portanto, a elaboração de um programa intervenção comportamental para crianças com dermatoses crônicas mostrou-se útil ao intervir em aspectos relacionados a problemas de comportamento. O programa permitiu, por meio da avaliação comportamental, a identificação e o manejo de variáveis que afetavam a vida de crianças com dermatoses crônicas. Investigar as contingências de reforço que determinam as condições de saúde (Kubo & Botomé, 2001) e desenvolver comportamentos saudáveis, de prevenção e de adesão ao tratamento, assim como reduzir ou eliminar comportamentos de risco, são focos do trabalho do analista do comportamento na área da saúde (Kirchner et al., 2017).

Trata-se de uma primeira proposta de intervenção em grupo para crianças e adolescentes com doença crônica de pele, estruturada de acordo com a avaliação de cuidadores. Embora estes sejam os responsáveis pelos cuidados com a saúde e a educação das crianças, é importante conhecer como as próprias crianças percebem a sua condição de saúde e como podem ou não contextualizar possíveis dificuldades emocionais e sociais.

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. doi: 10.1037/0022-006X.47.2.223
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Allen, K. D., & Warzak, W. J. (2000). The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: effective treatment is not enough. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*(3), 373-391.
- Alvarenga, T. M. M., & Caldeira, A. P. (2009). Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. *Jornal de Pediatria, 85*, 415-420.
- Amaral, V. L. A. R., & Albuquerque, S. R. T. P. (2000). Crianças com problemas crônicos de saúde. In: E. F.M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental infantil, 1*, 219-232. Campinas: Papyrus.
- Amaral, C. S. F. do, March, M. de F. B. P., & Sant'Anna, C. C. (2012). Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia, 87*(5), 717-723. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500008
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV - TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Balkrishnan, R., Housman, T. S., Carroll, C, Feldman, S. R., & Fleischer, A. B. (2003). Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Archives of Disease in Childhood - BMJ Journals, 88*, 423-427.
- Barbarot, S., Gagnayre, R., Bernier, C., Chavigny, J. M., Chiaverini, C., Lacour, J. P., . . . Stalder, J. F. (2007). Dermatite atopique: Un référentiel d'éducation du malade. *Annals of Dermatology Venereology, 134*(2), 121-127. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0151-9638(07)91602-6
- Bennett, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 19*(2), 149-169. doi:10.1093/jpepsy/19.2.149
- Cantero, C. R. (2014). *Análise da interação de crianças com dermatoses crônicas e suas mães na realização de tarefas aversivas* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil).
- Carvalho, J., & Gon, M. C. C. (2015). Obediência infantil: orientação comportamental para mães de crianças com dermatite atópica. *Temas em Psicologia, 23*(2), 371-381, doi:10.9788/TP2015.2-10
- Castoldi, L., Labrea, M. G. A., Oliveira, G. T., Paim, B. S., & Rodrigues, C. R. B. (2010). Dermatite atópica: experiência com grupo de crianças e familiares do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. *Psico, 41*(2), 201-207.
- Cazeau, C., Blei, F., Gonzáles Hermosa, M. D. R. F., Cavalli, R., Boccara, O., Fölster-Holst, R., & Voisard, J. J. (2017). Burden of Infantile Hemangioma on Family: An International Observational Cross-Sectional Study. *Pediatric dermatology, 34*(3), 295-302.
- Chamlin, S. L., Mancini, A. J., Lai, J. S., Beaumont, J. L., Cella, D., Adams, D., & Holland, K. (2015). Development and validation of a quality-of-life instrument for infantile hemangiomas. *Journal of investigative dermatology, 135*(6), 1533-1539.

- Chang, L. C., Haggstrom, A. N., Drolet, B. A., Baselga, E., Chamlin, S. L., Garzon, M. C., . . . Frieden, I. J. (2008). Growth characteristics of infantile hemangiomas: implications for management. *Pediatrics*, *122*(2), 360-367.
- Chuerie, C. (1993). *A marca angelical*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Coêlho, C. C. B., & Barros, M. F. F. (2012). *Psicoterapia comportamental em grupo* (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Maranhão).
- Delitti, M., & Derdcky, P. (2008). *Terapia analítico-comportamental em grupo*. Santo André, SP: ESETEC/Editores Associados.
- Derdyk, P. R. & Sztamfater, S. (2008). Tornando-se um terapeuta de grupo. In M. Delitti & P. C. Derdyk (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 249-261). Santo André, SP: ESETEC/Editores Associados.
- Dias, N. G., Gon, M. C. C., & Zazula, R. (2017). Comparação do perfil comportamental de crianças com diferentes dermatoses crônicas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *35*(3), 559-570.
- Farrell, L. J., Donovan, C., Turner, C. M., & Walker, J. R. (2011). Anxiety disorders in children with chronic health problems. In D. McKay & E. A. Storch (Eds.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 479-503). New York: Springer.
- Ferreira, V. R. T., Müller, M. C., & Jorge, H. Z. (2006). Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: Um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, *11*(3), 617-625.
- Fontes Neto, P. T. L., Weber, M. B., Fortes, S. D., Cestari, T. F., Escobar, G. F., Mazotti, N., . . . Pratti, C. (2005). Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *27*(3), 279-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300007>
- Fornazari, S. A., & Librazi, L. M. (2009). Redução de comportamentos aberrantes em crianças com deficiência mental severa ou múltipla utilizando o procedimento de reforçamento diferencial de outros comportamentos (DRO). In E. J. Manzini, M. C. Marquezine, R. M. Busto, E. D. O. Tanaka, & D. S. Fujisawa (Eds.), *Procedimentos de ensino e avaliação em educação especial: Estudos multidisciplinares em educação especial* (pp. 49-60). Londrina, PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- Gon, M. C. C., Rocha, M., & Gon, A. S. (2005). Análise do conceito de estigma em crianças com dermatoses crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *3*(1), 15-20.
- Gon, M. C. C., Gon, A. dos S., & Zazula, R. (2013a). Análise comportamental de relatos verbais de mães de crianças com dermatose crônica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *15*(3), 57-71.
- Gon, M. C. C., Menezes, M. C., Jacovozzi, F. M., & Zazula, R. (2013b). Perfil comportamental de crianças com dermatoses crônicas de acordo com avaliação de cuidadores. *Psico*, *44*(2), 167-173.
- Jager, D., Michelle, E., De, J. O. N. G., Elke, M., Evers, A. W., Van De Kerkhof, P. E. T. E. R., & Seyger, M. (2011). The burden of childhood psoriasis. *Pediatric dermatology*, *28*(6), 736-737.
- Kirchner, L. F., Calheiros, T. C., Richartz, M., Zazula, R., Carvalho, J. F. & Ruiz, L. P. (2017). Temas relevantes em saúde para a Análise do Comportamento. In D. L. O., Vilas Boas, F.

- Cassas, H. L. Gusso, & P. C. M. Mayer, *Comportamento em foco* (Vol. 6, pp. 143-155). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC.
- Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia*, 5(1), 93-122. doi: 10.5380/psi.v5il.3319
- Lapsley, P. (2006). The double benefits of educational programmers for patients with eczema. *British Medical Journal*, 332(936), 923-924.
- Lipp, M. E. N.; & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de stress infantil – ESI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mota, C. M. C., Gon, M. C. C., & Gon, A. S. (2009). Análise comportamental de problemas de interação social. *Interação em Psicologia*, 13(1), 155-164.
- Nelms, B. C. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(6), 657-668. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00917729>
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003-1016. doi: 10.1093/jpepsy/jsr042
- Pires, M. C., & Cestari, S. da C. P. (2005). *Dermatite atópica*. Rio de Janeiro: Diagraphic. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01206501-200506000-45>
- Raychaudhuri, S. P., & Gross, J. (2000). A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatric Dermatology*, 17(3), 174-178.
- Ricci, G., et al. (2009). Three years of italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: Improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 26(1), 1-5.
- Rocha, M. M., Araújo, L. G. S., & Silveiras, E. F. M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto Avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia: Teoria e prática*, 10(1), 14-24.
- Romiti, R., Maragno, L., Arnone, M., & Takahashi, M. D. F. (2009). Psoríase na infância e na adolescência. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(1), 9-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000100002>
- Sampaio, S. A. P. & Rivitti, E. A. (1998). *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas.
- Santer, M., Burgess, H., Yardley, L., Ersser, S., Lewis-Jones, S., Muller, I., . . . Little, P. (2012). Experiences of carers managing childhood eczema and their views on its treatment: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 62(597), e261-e267. doi: 10.3399/bjgp12X636083.
- Sartor, M. S. (2010). *Análise funcional do comportamento de desobediência ao tratamento médico de crianças com dermatite atópica* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil).
- Silva, K. S., & Silva, E. A. T. (2007). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, 46(2), 1-13.
- Silva, M. F. P. da, Fortes, M. R. P., Miot, L. D. B., & Marques, S. A. (2013). Psoriasis: Correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before

- and after systemic treatment. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 88(5), 760-763. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132052
- Silva, C. M. de R., Gontijo, B., Pereira, L. B., & Ribeiro, G. de B. (2007). Vitiligo na infância: Características clínicas e epidemiológicas. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 82(1), 47-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962007000100006>
- Silva, J. D. T. da, & Müller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 247-256.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Soares, M. R. Z., Trassi, A. P., Pacifico, C. F., & Inácio, F. F. (2014). Manejo comportamental de crianças com câncer: Uma proposta de intervenção em grupo com cuidadores. In E. M. F. Seidl & M. C. O. S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: Pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 225-244). Curitiba, PR: Juruá.
- Staab, D., Diepgen, T. L., Fartasch, M., Kupfer, J., Lob-Corzilius, T., Ring, J., . . . Gieler, U. (2006). Age related, structured educational programs for the mangement of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 332, 933-938. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7547.933>
- Torres, R. A. T., Silva, S. A. da, Magalhães, R. F., Morcillo, A. M., & Velho, P. E. N. F. (2011). Comparação entre questionários de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 45-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100005>
- Weber, M. B., Lorenzini, D., Reinehr, C. P. H., & Lovato, B. (2012). Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 87(5), 697-702. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500004>
- Zazula, R., Gon, M. C. C., & Sartor, M. (2015). Avaliação comportamental em psicologia pediátrica: estudos sobre adesão ao tratamento, problemas de comportamento e práticas parentais em pacientes com dermatite atópica. In C. M. de Melo, J. C. Luzia, N. Kienen, & S. A. Fornazari (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: saúde e processos educativos* [livro eletrônico]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Disponível em <http://www.uel.br/ccb/pgac/pages/arquivos/Livro1%20PsicoeAnaliseComportamento.pdf>

Recebido: 30/07/2017

Última revisão: 12/10/2017

Aceite final: 02/11/2017

Sobre os autores:

Marisa Richartz: Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Terapia Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Psicóloga pela Universidade Federal do Paraná. **E-mail:** marichartz@gmail.com

Cibely Francine Pacifico: Especialista em Neuropsicologia pelo Centro de Diagnóstico Neuropsicológico (CDN). Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Sócia-fundadora do Núcleo Evoluir-Psicoterapia, Neuropsicologia e Ciência do Comportamento. **E-mail:** cibelypacifico@gmail.com

Claudia Razente Cantero: Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Análise do Comportamento pela Universidade Filadélfia (UNIFIL). Psicóloga clínica. Docente do curso de Psicologia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e Sócia-fundadora do Núcleo Evoluir - Psicoterapia, Neuropsicologia e Ciência do Comportamento. **E-mail:** claudia.razente@gmail.com

Márcia Cristina Caserta Gon: Doutorado e Mestrado em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo- campus de Ribeirão Preto. Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professor Associado C do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da UEL. **E-mail:** marciagon@sercomtel.com.br