

[Psicologia: Reflexão e Crítica](#)

versão impressa ISSN 0102-7972 versão On-line ISSN 1678-7153

Psicol. Reflex. Crit. v.12 n.1 Porto Alegre 1999

<https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000100007>

Psico-Oncologia e manejo de procedimentos invasivos em Oncologia pediátrica: uma revisão de literatura

Áderson L. Costa Jr.¹
Universidade de Brasília

Resumo

Este texto descreve alguns tópicos de pesquisa em Psico-Oncologia Pediátrica, discutindo-se a necessidade da implementação de estudos de intervenção que investiguem, entre outros temas, o manejo de procedimentos médicos invasivos em Oncologia e o(s) efeito(s) das intervenções efetuadas, pelos profissionais de saúde, sobre o repertório de comportamentos da criança. Descreve-se e analisa-se, criticamente, as principais medidas tomadas em estudos que avaliam o comportamento de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos, apontando-se a pesquisa comportamental como útil à geração de informações acerca da relação funcional entre o contexto de procedimentos invasivos e os comportamentos da criança.

Palavras-chave: Psico-Oncologia Pediátrica; procedimentos invasivos em Oncologia; preparação psicológica para procedimentos invasivos; pesquisa comportamental.

Psychoncology and the management of Invasive procedures in pediatric Oncology: a literature review

Abstract

This paper intends to describe the main research topics on Pediatric Psychooncology. It discusses the intervention studies implementation needs, that tends to investigate medical invasive procedures management on Oncology and effects of interventions, made by health professionals, about child behavior. We describe and analyse the main actions taken on studies evaluate child behavior on invasive medical procedures. Finally, it point out behavioral research as a useful tool for information supply about the functional relationship in between invasive procedures context and child behaviors.



Keywords: Pediatric Psychooncology; invasive procedures; psychological preparation for medical invasive procedures; behavioral research.

A Oncologia Pediátrica e a Psicologia





Considerando a Oncologia Pediátrica como a área da Medicina que estuda o câncer em crianças, a Psico-Oncologia Pediátrica pode ser caracterizada como o campo da Psicologia da Saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento e a manifestação do câncer infantil.

Serviços Personalizados

Journal

-  SciELO Analytics
-  Google Scholar H5M5 (2020)

Artigo

-  Artigo em XML
-  Como citar este artigo
-  SciELO Analytics
-  Tradução automática

Indicadores

Links relacionados

Compartilhar

-  Mais
- Mais

-  Permalink

Embora a investigação de fatores etiológicos e de variáveis psicológicas que pudessem explicar a vulnerabilidade individual ao câncer tenha mais de um século de história, o primeiro estudo publicado sobre a descrição de variáveis psicológicas em pacientes oncológicos ocorreu no início da década de 50. Holland (1991), todavia, ressalta que os avanços mais significativos em Psico-Oncologia foram obtidos, somente, a partir da década de 80, com o delineamento de pesquisas que buscavam identificar variáveis sociais intervenientes sobre o ciclo do câncer (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação); uma abordagem mais humanística ao paciente, incluindo estudos sobre controle de dor, medidas de qualidade de vida, efeitos de intervenções multiprofissionais e estratégias de suporte psicossocial ao paciente constituíram algumas temáticas incluídas nas preocupações de pesquisadores e profissionais da área.

Na mesma direção, Bayés (1996), reconhecendo os avanços do conhecimento em Psico-Oncologia, observa que, até o início da década de 80, investigações detalhadas acerca da influência de fatores de natureza psicológica sobre o desenvolvimento do câncer não constituíam atividades de rotina em centros médicos especializados. Investigações clínicas, por exemplo, não permitiam esclarecer, suficientemente, o impacto de variáveis psicossociais, consideradas isoladamente ou em conjunto, sobre o tratamento do câncer. Crianças com quadros clínicos semelhantes, incluindo diagnósticos e prognósticos, apresentavam evoluções clínicas diferenciadas sem que os profissionais da saúde pudessem apontar elementos explicativos suficientes.

Atualmente, embora reconhecidos como condicionantes sobre a manifestação do câncer e intervenientes sobre os tratamento(s) dispensado(s) ao paciente, os fatores psicológicos necessitam de delimitações operacionais mais precisas.

A pesquisa em Psico-Oncologia Pediátrica

Embora estudos desenvolvidos a partir da década de 80 busquem uma melhor compreensão do papel desempenhado por variáveis psicossociais em crianças com câncer e seus familiares, Bearison e Mulhern (1994), enfatizam o caráter descritivo da maioria, em detrimento do desenvolvimento de perspectivas teóricas específicas em Psico-Oncologia, bem como, de hipóteses experimentais que pudessem contribuir para o esclarecimento da relação estabelecida entre variáveis psicossociais do paciente e variáveis de natureza ambiental do tratamento.

Estudos recentes em Oncologia têm enfatizado a relevância da valorização de atitudes, e comportamentos, de prevenção ao câncer (Cassileth & Chapman, 1996) e o aumento do tempo de sobrevida, com qualidade, de pacientes oncológicos (Cole & Rodu, 1996; Miller, Young & Novakovic, 1994), apontando para o reconhecimento do acompanhamento psicológico do paciente, em todas as etapas da doença, como um elemento indispensável da assistência prestada (Dahlquist, Czyzewski & Jones, 1996; Gimenes, 1996; 1994; Phillips, Ruth & Wagner, 1994). Todavia, ainda há uma carência de estudos mais sistemáticos, por exemplo, relacionados à investigação do papel de variáveis contextuais sobre os efeitos de procedimentos médicos invasivos ou outras experiências relacionadas a contingências aversivas do tratamento do câncer em crianças.

Coerente com as observações de Holland (1991) e Bayés (1996), um levantamento do perfil da Psico-Oncologia no Brasil, descrito por Costa Jr. e Seidl (1996), apontou a inexistência de um corpo sistematizado de conhecimento, sugerindo-se a necessidade de algumas providências: 1) ampliação do espectro de situações, em Oncologia, em que o psicólogo poderia atuar profissionalmente; 2) elevação do nível técnico em que se dá a intervenção psicológica junto ao paciente oncológico; 3) prioridade para utilização de modelos de assistência integral à saúde do paciente e; 4) maior estreitamento entre a produção do conhecimento (a investigação científica com rigor metodológico) e a prestação de serviços profissionais em Psico-Oncologia.

As providências anteriormente sugeridas não são casuais; Bayés (1985) já observava que o avanço da Psico-Oncologia, em serviços especializados de atendimento a pacientes com câncer, poderia ser obtido com a consideração de algumas evidências: 1) a necessidade de substituição de modelos médico-organicistas por abordagens que priorizassem a atenção global ao paciente; 2) o reconhecimento da relevância da adesão do paciente, ao tratamento prescrito, como variável interveniente sobre o prognóstico clínico; 3) a possibilidade de substituir, total ou parcialmente, tecnologia medicamentosa por tecnologia comportamental e cognitiva no campo da saúde e; 4) o reconhecimento de que a etiologia e o tratamento do câncer está associado a fatores de natureza psicossocial, indicando a necessidade do desenvolvimento de estratégias eficientes que pudessem assegurar a participação ativa do paciente nas diversas fases do tratamento.

Holland (1991), sobre o avanço do conhecimento em Psico-Oncologia Pediátrica, apontava a identificação de áreas prioritárias de pesquisa: 1) adaptação comportamental e psicossocial da criança ao câncer; 2) aplicações da Medicina Comportamental à Oncologia; 3) estudo de aspectos específicos do câncer pediátrico, incluindo suporte social e medidas de qualidade de vida; 4) prevenção e detecção de fatores de risco na infância; 5) novas aplicações da Farmacologia ao tratamento do câncer e; 6) desenvolvimento de modelos de intervenção psicossocial.

A divisão em áreas prioritárias, embora um recurso de análise útil, é discutível. Primeiro, a divisão é arbitrária; as áreas de pesquisa em Psico-Oncologia não podem ser consideradas isoladamente. Estudos sobre o processo de adaptação e de adesão da criança ao tratamento do câncer (incluindo a execução de procedimentos médicos invasivos), por exemplo, envolvem, pelo menos, quatro áreas: a identificação de variáveis psicossociais do

paciente e de seus familiares, a consideração de possíveis elementos quimioterápicos utilizados e seus efeitos, a

demonstração de indicadores de qualidade de vida do paciente ao longo do tratamento e a definição de modelos de intervenção psicossocial.

Segundo, a inexistência de um corpo consistente de conhecimento em Psico-Oncologia dificulta a identificação de áreas prioritárias de pesquisa. Uma das maiores dificuldades nesta área é a inexistência de critérios uniformes que pudessem definir determinados problemas de pesquisa, a metodologia a ser empregada e a interpretação dos resultados; por conseguinte, várias suposições, baseadas na orientação teórico-filosófica de cada pesquisador, guiam a pesquisa em Psico-Oncologia Pediátrica (Harper, 1991; Burish, 1994). Bearison e Mulhern (1994), por exemplo, se referem aos conceitos de enfrentamento, adaptação e ajustamento - termos que apresentam significados aparentemente comuns no dia-a-dia e que permitem distinções conceituais bastante refinadas no contexto da pesquisa em Psico-Oncologia.

Outro exemplo é a pesquisa sobre o manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica (inclusive a denominada preparação psicológica para procedimentos invasivos) que permite a consideração de uma ampla variabilidade conceitual e metodológica, incluindo: 1) apenas o fornecimento prévio de informação ao paciente, em uma tentativa de colocar seu comportamento sob controle instrucional; 2) a execução de um programa de modificação de comportamentos disruptivos (ampla classe de comportamentos, operantes e respondentes, que impedem ou dificultam a execução do procedimento médico); 3) a construção de um repertório instrumental de comportamentos que auxiliem o paciente e o profissional de saúde durante a execução do procedimento; 4) a identificação de fatores de personalidade (intrapsíquicos), indicadores antecipatórios de comportamentos do paciente na situação.

Por outro lado, a análise da literatura especializada em Psico-Oncologia já permite a delimitação de circunstâncias em que é indicada a necessidade de ajuda psicológica ao paciente com câncer; a maioria fundamenta-se na identificação de variáveis de natureza psicossociais do paciente e seu familiar: 1) quando as reações emocionais do paciente (ou da família) o impedem de buscar tratamento, cooperar com o tratamento em andamento, ou, interferem negativamente sobre o processo de tratamento; 2) quando o repertório de comportamentos do paciente parece provocar-lhe maior experiência de dor, ou, sentimentos de degradação corporal; 3) quando as reações emocionais do paciente parecem perturbar o desempenho de atividades que, sem as reações emocionais, seriam mais facilmente desempenhadas, tais como o estabelecimento de situações reforçadoras, a manutenção de contatos sociais e a execução de atividades de entretenimento variado e; 4) quando as reações emocionais do paciente se manifestam sob a forma de sintomas psiquiátricos convencionais ou sintomas psicológicos desadaptativos (Bayés, 1985).

Em relação às variáveis psicossociais, Adams-Greenly (1991) e Carvalho (1996), ressaltam que a assistência ao paciente com câncer e seu familiar deveria envolver a compreensão da interação entre diversos fatores: 1) desenvolvimentais, considerados os diferentes contextos de desenvolvimento de uma criança; 2) sócio-econômicos e culturais do paciente e dos familiares; 3) capacidade de enfrentamento de situações estressantes (cujo comportamento poderia ser controlado por contingências aversivas); 4) nível de coesão e facilidade de comunicação entre os membros da família e; 5) história pessoal e familiar do paciente. A compreensão mais precisa da influência destes fatores poderia ajudar a delimitar, inclusive metodologicamente, a intervenção profissional da Psicologia dentro da Oncologia.

Apesar do reconhecimento de variáveis psicossociais envolvidas no ciclo do câncer pediátrico, Carpenter (1991), em uma descrição crítica da área, apontava a necessidade do delineamento de estudos relacionados à investigação de procedimentos médicos invasivos e outras experiências potencialmente aversivas. O autor já ressaltava que intervenções de caráter comportamental poderiam se constituir em ajuda adicional às crianças para o enfrentamento de variadas experiências durante o tratamento do câncer, principalmente quando uma combinação de estratégias e condutas médicas eram exigidas.

Mesmo considerando que estudos em Psico-Oncologia Pediátrica já permitiram a delimitação de circunstâncias em que é indicada a necessidade de ajuda psicológica à criança com câncer, nem todas as variáveis envolvidas estão suficientemente consideradas; a amplitude dos fatores psicossociais ainda impede o estabelecimento de relações funcionais entre o manejo de procedimentos invasivos (incluindo as intervenções efetuadas pelo profissional ou pesquisador) e os efeitos sobre o comportamento do paciente.

O manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica

Uma das principais implicações dos estudos em Psico-Oncologia parece ir muito além da identificação de variáveis de risco psicossocial ou da delimitação de circunstâncias em que é indicada a necessidade de ajuda psicológica ao paciente. As intervenções tornar-se-iam mais eficientes se, antes de serem implementadas, fosse efetuado um planejamento ambiental orientado ao desenvolvimento comportamental do paciente. A delimitação de circunstâncias específicas ou a definição de variáveis psicossociais isoladas não são suficientes; a Psico-Oncologia parece apontar para a necessidade da compreensão mais precisa da relação funcional entre o paciente e o ambiente em que são dispensados os cuidados com o tratamento (hospitalar, doméstico, ou outro).

A descrição detalhada das contingências ambientais em que se dá o tratamento do câncer se justifica, também, por estudos que sugerem a relevância de intervenções ambientais para a promoção de condições favoráveis à

reabilitação dos efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento comportamental da criança, conforme descrito em Costa Jr. (1997).

Saile, Burgmeier e Schmidt (1988), em uma revisão sobre programas de preparação psicológica para procedimentos médicos, por exemplo, apontam a necessidade de mudanças na ecologia dos hospitais infantis, objetivando adaptá-los às necessidades (sociais e afetivas) das crianças. Zannon (1991) observa que enfermidades que impõem restrições orgânicas à criança, condicionam as oportunidades ambientais de seu desenvolvimento. Como o ambiente hospitalar apresenta uma organização voltada para o tratamento da enfermidade, nem sempre há planejamento para atender à individualidade comportamental da criança.

Nesse sentido, considerando o câncer como uma destas enfermidades, a Psico-Oncologia deveria se preocupar com a identificação de processos psicológicos básicos envolvidos na assistência à criança com câncer; tais estudos poderiam buscar intervenções ambientais que promovessem condições favoráveis ao enriquecimento ou à reabilitação comportamental destas crianças, mesmo quando submetidas a contingências aversivas, tais como a de procedimentos invasivos.

Na busca de intervenções ambientais favoráveis às necessidades comportamentais da criança, Worchel, Copeland e Baker (1987), investigaram a relação entre as estratégias de controle utilizadas por crianças com câncer e seu ajustamento emocional a situações estressantes e concluíram que o controle comportamental era o melhor preditor de ajustamento emocional. Os autores ressaltam que não é a quantidade, mas a qualidade da estratégia comportamental que permite uma melhor adaptação à situação estressante; uma ou duas técnicas comportamentais, consistentes e bem utilizadas, poderiam ser aplicadas a uma variedade de situações potencialmente geradoras de efeitos estressantes.

Outros estudos, investigando eficácia de estratégias comportamentais para a redução de efeitos adversos de procedimentos médicos invasivos têm mostrado resultados promissores; tais estudos incluem a utilização de várias estratégias, tais como, distração, relaxamento, hipnose, visualização ativa, modelagem e treino de autocontrole (Bearison & Mulhern, 1994; Carpenter, 1991; Dahlquist, Power & Carlson, 1995; Katz, Kellerman & Siegel, 1980; Peterson & Shigetomi, 1981).

Em outro estudo, Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle, Schorr e Rapkin (1990) propõem um modelo de intervenção que combinava quatro componentes: distração (de atenção) da criança, substituição de uma resposta incompatível por um comportamento desejável, reforçamento positivo de respostas desejáveis e envolvimento familiar. A distração envolvia a utilização de um balão de gás que era enchido pela criança, durante a punção venosa, enquanto um familiar era instruído a contar, em voz alta, o número de expirações da ar da criança que aumentavam o volume do balão. Os resultados mostraram uma redução significativa de estresse da criança, quando submetida à punção venosa, e redução da ansiedade parental durante a execução do procedimento. McCaul e Malott (1984) já demonstraram, também, que a utilização de estratégias de distração de atenção era o principal fator que contribuía para a diminuição da frequência de respostas de ansiedade em crianças submetidas a situações estressantes.

Saile, Burgmeier e Schmidt (1988) dividiram as estratégias utilizadas em programas de preparação psicológica para procedimentos médicos em três grupos: 1) modelagem (modelos de enfrentamento utilizando filme, modelos encobertos e apresentação seqüencial de slides); 2) intervenções comportamental-cognitivas (técnicas de autocontrole e dessensibilização); e 3) pacotes cognitivo-comportamentais (promoção e suporte de cuidados gerais, técnicas expressivas e psicodramáticas, fornecimento de informação e técnicas de relaxamento). Os autores detectaram efeitos mais significativos, sobre o comportamento da criança, quando da utilização de estratégias que também apresentavam as maiores variabilidades individuais (relaxamento, dessensibilização e fornecimento de informação, respectivamente); tais resultados foram atribuídos à interferência de variáveis moderadoras, não suficientemente compreendidas pelos pesquisadores.

Uma crítica que pode ser formulada quanto a estes estudos, é que a intervenção efetuada pelo profissional nem sempre é contingente (muitas vezes sequer é sistemática) aos efeitos sobre o comportamento da criança, uma vez que a complexidade da situação dificulta a manipulação proposital de variáveis relevantes, ou seja, os resultados dos estudos nem sempre esclarecem a funcionalidade das mudanças sobre o comportamento da criança.

Dahlquist, Power e Carlson (1995), por exemplo, ressaltam que as diferenças individuais, de pacientes e familiares, em resposta a procedimentos médicos permanecem sem o entendimento suficiente dos pesquisadores; a compreensão da funcionalidade destas diferenças individuais é indispensável para a eliminação de danos psicológicos produzidos por procedimentos médicos invasivos.

Apesar da variabilidade de estratégias utilizadas e da aparente eficiência das tecnologias comportamentais aplicadas à Oncologia Pediátrica, é necessário o desenvolvimento de estratégias que possam considerar as diferenças individuais de respostas das crianças, sendo funcionalmente úteis a grupos específicos de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos [por exemplo, grupo que já tenham experiência(s) de tratamento, grupos definidos por idades ou por diagnósticos específicos].

Saile, Burgmeier e Schmidt (1988), revisando 75 estudos diferentes sobre preparação psicológica para procedimentos médicos, publicados entre 1953 e 1985, observaram que 38% dos procedimentos médicos referiam-se a pequenas cirurgias, tais como amidelectomia; 32% referiam-se a restaurações dentárias,

nemogramas e aplicação de injeções; e apenas 1% dos estudos referiam-se a procedimentos invasivos relacionados a doenças crônicas. Os autores enfatizam a limitação destes estudos em demonstrar evidências de

efeitos específicos da manipulação de variáveis de programas de preparação psicológica sobre o comportamento da criança. Mais recentemente, Palermo e Drotar (1996) observam que, apesar de muitos estudos, dificuldades metodológicas e conceituais ainda limitam as conclusões acerca de efeitos (psicológicos) de procedimentos médicos invasivos.

Uma outra questão relevante quando da utilização de tecnologias comportamentais em Oncologia Pediátrica parece ser a possibilidade do resgate da percepção de (auto) controle do tratamento à criança. O desenvolvimento do câncer e a natureza dos procedimentos médicos invasivos parece aumentar a dependência da criança em relação aos pais e aos membros da equipe de saúde (Worchel, Copeland & Baker, 1987), fazendo com que a criança perceba seu repertório de comportamentos como impotente diante da execução de tais procedimentos. Esta impotência pode interferir negativamente sobre o processo de desenvolvimento, estendendo os efeitos adversos do tratamento para muito além do período de internação (quando for o caso) e de execução dos procedimentos médicos. Para Carpenter (1991), as crianças que percebem falta de controle ou inabilidade para enfrentar os estressores físicos e psicológicos dos procedimentos médicos invasivos são aquelas que, prioritariamente, mais precisam de ajuda.

Levanta-se a hipótese de que algumas estratégias poderiam ser utilizadas para ensinar, pontualmente, a criança a dispor de um repertório comportamental de controle diante da contingência aversiva de procedimentos médicos invasivos específicos. Comportamentos, respondentes e operantes, da criança (choro, gritos, rigidez muscular, gestos e comportamentos verbais, por exemplo), em situação de punção venosa em quimioterapia, poderiam ser investigados a partir dos eventos ambientais que os antecedem, possibilitando que a própria criança controlasse as conseqüências de seu comportamento, bem como auxiliasse o agente executor a manejar o procedimento invasivo.

A mensuração de comportamentos de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos

Quando se trata da mensuração de comportamentos de crianças submetidas a procedimentos invasivos, uma breve descrição da literatura especializada demonstra a utilização de três modalidades diferenciadas: 1) metodologia observacional (escalas de observação de comportamento, escalas de Likert ou inventários de tipo check-list), registrada por observadores treinados, pais (ou outros familiares) ou membros da equipe de saúde; 2) indicadores fisiológicos (pressão arterial, batimentos cardíacos) tomados em diferentes momentos do procedimento e; 3) auto-registros - autopercepção de dor e de medo, escalas gráficas e questionários auto-respondidos (Bachanas & Roberts, 1995; Blount, Landolf-Fritsche, Powers & Sturges, 1991; Blount, Sturges & Powers, 1990; Gauvain-Piquard, Rezvani & Lemerle, 1987; Philips, Fairclough & Mulhern, 1995; Saile, Burgmeir & Schmidt, 1988; Sanger, Copeland & Davidson, 1991).

Os estudos observacionais utilizam-se de instrumentos de avaliação de comportamento, previamente construídos, que pretendem medir o estresse em crianças (definido através de respostas que impeçam ou interfiram sobre o procedimento médico em execução). Por exemplo: a) *Procedure Behavior Rating Scale* (PBRS) - desenvolvida por Katz, Kellerman e Siegel (1980) - composta de 13 categorias de comportamentos, definidas operacionalmente e registradas como presentes ou ausentes, em sistema de check-list, durante a realização do procedimento médico; b) *Procedure Behavior Checklist* (PBCL) - desenvolvida por Lebaron e Zeltzer (1984; citado por Elliot, Jay & Wood, 1993) - versão do PBRS com oito categorias, definidas operacionalmente, e utilizada de modo semelhante à anterior; c) *Observation Scale of Behavioral Distress* (OSBD) - desenvolvida por Jay, Ozolins, Elliot e Caldwell (1984; citado por Elliot, Jay & Wood, 1993; Routh, 1993) - revisão do PBRS com onze itens, incluindo refinamentos metodológicos, tais como, registro contínuo de comportamento em intervalos de 15 segundos e escore de gravidade de estresse para cada categoria de comportamento da escala; d) *Child-adult Medical Procedure Interaction Scale* (CAMPIS) - desenvolvido por Blount, Corbin, Sturges, Wolfe, Prater e James (1989; citado por Blount, Sturges & Powers, 1990) - registra interação social durante a realização do procedimento invasivo, permitindo a categorização de comportamentos de crianças, agentes e acompanhantes, fases do procedimento médico e conteúdos verbais emitidos por crianças e adultos.

Medidas complementares, utilizadas em diferentes estudos, incluem: auto-registro de dor e de medo (Beyer & Wells, 1989; Connell, 1985), dados fisiológicos (pressão sanguínea sistólica e diastólica, batimentos cardíacos, resposta galvânica da pele, taxa de suor das mãos) e registro de estresse comportamental, avaliado por membros da equipe de saúde (médico ou auxiliar de enfermagem), através de escalas de Likert (Elliot, Jay & Woody, 1993).

Independente da validade dos instrumentos observacionais, eles não investigam o processo comportamental (a relação entre o comportamento, ou o repertório de comportamentos da criança e os eventos ambientais antecedentes), restringindo-se à consideração de um produto comportamental observado.

Outra crítica a esses instrumentos inclui o não esclarecimento da função das variáveis envolvidas no manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica e a insuficiência, metodológica, em fornecer informações precisas acerca dos efeitos da intervenção profissional sobre o repertório de comportamentos do paciente, incluindo, por exemplo, a permanência ou a reversibilidade de efeitos adversos de procedimentos invasivos.

Sugere-se o delineamento de estudos que pudessem possibilitar a tomada de medidas mais precisas de

desempenho da criança, incluindo: 1) a investigação precisa do impacto da intervenção efetuada, pelo profissional de saúde, sobre as mudanças comportamentais da criança, considerando-se um repertório inicial de comportamentos da criança (anterior a qualquer submissão a procedimentos médicos invasivos); e 2) a investigação da aquisição de novos comportamentos da criança, durante a execução do procedimento invasivo, sob condições controladas de ambiente, em função de comportamentos específicos do profissional de saúde.

Considerações finais

Estratégias comportamentais podem contribuir para a compreensão da influência de variáveis de natureza psicológicas sobre o manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica. Considerando que o repertório de comportamentos de crianças, submetidas a procedimentos médicos, seja uma das variáveis dependentes de interesse da Psico-Oncologia, o entendimento da funcionalidade desses comportamentos poderia auxiliar a maximização de recursos técnicos dos profissionais de saúde (da Oncologia Pediátrica especificamente), possibilitando a disposição de contingências que pudessem auxiliar a criança a enfrentar as diversas situações aversivas durante o tratamento do câncer, bem como, estruturar situações em que a própria criança pudesse controlar seu comportamento, facilitando a intervenção do profissional de saúde.

No contexto específico de procedimentos médicos invasivos, uma análise funcional de comportamentos poderia permitir ao pesquisador a alteração de contingências que controlam o repertório de comportamentos da criança em uma das seguintes possibilidades: a) alterando determinados eventos antecedentes que atuam como estímulos discriminativos para a emissão (ou eliciamento) de comportamentos inadequados; b) apresentando reforçadores contingentes a um comportamento alternativo apropriado ou; c) alterando a eficácia reforçadora de eventos conseqüentes ao comportamento. Ressalta-se que procedimentos de análise funcional poderiam identificar contingências sociais tanto de reforçamento positivo (comportamento de choro e obtenção de atenção do acompanhante familiar durante a execução do procedimento) quanto de reforçamento negativo (apresentar resposta de esquiva frente à estimulação aversiva do procedimento médico). A análise funcional do comportamento da criança poderia, ainda, apontar que uma alta taxa de ocorrência de comportamentos intervinientes, sobre o procedimento médico, estaria sendo mantida por ausência de contingências sociais alternativas.

Referências

- Adams-Greenly, M. (1991). Psychosocial assessment and intervention at initial diagnosis. *Pediatrician*, 18, 03-10. [[Links](#)]
- Bachanas, P.J. & Roberts, M.C. (1995). Factors affecting children's attitudes Towards health care and responses to stressful medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 261-275.
- Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). Em M.G. Barón (Org.), *Tratado de Medicina Paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana. [[Links](#)]
- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. (pp. 91-125). Barcelona: Roca Ed. [[Links](#)]
- Bearison, D.J. & Mulhern, R.K. (1994). *Pediatric Psychooncology - Psychological perspectives on children with cancer*. (pp. 61-83). N. York: Oxford University Press. [[Links](#)]
- Beyer, J.E. & Wells, N. (1989). The assessment of pain in children. *Pediatric Clinics of North America*, 36, 837-854. [[Links](#)]
- Blount, R.L., Landolf-Fritsche, B., Powers, S.W. & Sturges, J.W. (1991). Differences between high and low coping children and between parent and staff behavior during painful medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 795-809. [[Links](#)]
- Blount, R.L. , Sturges, J.W. & Powers, S.W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behavior Therapy*, 21, 33-48. [[Links](#)]
- Burish, T.G. (1991). Progress in psychosocial and behavioral cancer research. The need for enabling strategies. *Cancer*, 67, 860-864. [[Links](#)]
- Carpenter, P.J. (1991). Scientific inquiry in childhood cancer psychosocial research. *Cancer*, 67, 833-838. [[Links](#)]
- Carvalho, V.A. (1996). Psico-Oncologia: abordagens teóricas - novos rumos. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia*. (pp. 03-06). Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia: São Paulo, SP. [[Links](#)]
- Cassileth, B.R. & Chapman, C.C. (1996). Alternative and complementary cancer therapy. *Cancer*, 77, 1026-1034. [[Links](#)]
- Cole, P. & Rodu, B. (1996). Declining cancer mortality in the United States. *Cancer*, 78, 2045-2048. [[Links](#)]

- Connell, J.P. (1985). A new multidimensional measure of children's perceptions of control. *Child Development, 56*, 1018-1041.
- Costa Jr., A.L. (1997). O papel da experiência inicial sobre o processo de desenvolvimento infantil: uma breve discussão. *Psicologia Argumento, 15*, 47-54. [[Links](#)]
- Costa Jr., A.L. & Seidl, E.M.F. (1996). Psico-Oncologia: divulgação da área junto a dois Eventos científicos diferenciados [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas. XXVI Reunião Anual de Psicologia* (pp. 172-173). Ribeirão Preto, SP: SBP. [[Links](#)]
- Dahlquist, L.M., Czyzewski, D.I. & Jones, C.L. (1996). Parents of children with cancer: longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology, 21*, 541-554. [[Links](#)]
- Dahlquist, L.M., Power, T.G. & Carlson, L. (1995). Physician and parent behavior during invasive pediatric cancer procedures: relationships to child behavioral distress. *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 477-490. [[Links](#)]
- Elliott, C.H., Jay, S.M. & Woody, P. (1993). An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. Em M.C. Roberts, P.G. Racher, D.K. Routh & D.J. Willis (Orgs.), *Readings in Pediatric Psychology*. (pp. 259-267). New York: Plenum Press. [[Links](#)]
- Gauvain-Piquard, C.R., Rezvani, A. & Lemerle, J. (1987). Pain in children aged 2-6 years: a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit - preliminary report. *Pain, 31*, 177-188. [[Links](#)]
- Gimenes, M.G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. Em M.M.J. Carvalho (Org.), *Introdução à Psico-Oncologia*. (pp. 35-56). Campinas: Psy II. [[Links](#)]
- Gimenes, M.G. (1996). Retrospectiva e perspectiva da Psico-Oncologia no Brasil. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia*. (pp. 01-02). Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia: São Paulo, SP. [[Links](#)]
- Harper, D.C. (1991). Paradigms for investigating rehabilitation and adaptation to childhood disability and chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology, 16*, 533-542. [[Links](#)]
- Holland, J. (1991). Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the Twentieth Century. *Cancer, 67*, 767-773. [[Links](#)]
- Katz, E., Kellerman, J. & Siegel, S. (1980). Behavioral distress in children with cancer undergoing medical procedures: Developmental considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 356-365. [[Links](#)]
- Manne, S.L., Redd, W.H., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Schorr, O., Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 565-572. [[Links](#)]
- McCaul, K.D. & Malott, J.M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin, 95*, 516-533. [[Links](#)]
- Miller, R.W., Young, J.L. & Novakovic, B. (1994). Childhood cancer. *Cancer, 75*, 395-405. [[Links](#)]
- Palermo, T.M. & Drotar, D. (1996). Prediction of children's postoperative pain: the role of presurgical expectations and anticipatory emotions. *Journal of Pediatric Psychology, 21*, 683-698.
- Peterson, L. & Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalization children. *Behavior Therapy, 12*, 1-14. [[Links](#)]
- Philips, D.P., Ruth, T.E & Wagner, L.M. (1994). Psicologia y supervivencia. *Lancet, 24*, 178-181. [[Links](#)]
- Philipps, S., Fairclough, D. & Mulhern, R.K. (1995). Avoidant coping in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 217-232. [[Links](#)]
- Routh, D.K. (1993). Pain and distress in children. Em M.C. Roberts, P.G. Racher, D.K. Routh & D.J. Willis (Orgs.), *Readings in Pediatric Psychology*. (pp. 207-221). N. York: Plenum Press. [[Links](#)]
- Saile, H., Burgmeier, R. & Schmidt, L.R. (1988). A meta-analysis of studies on psychological preparation of children facing medical procedures. *Psychology and Health, 2*, 107-132. [[Links](#)]
- Sanger, M.S., Copeland, D.R. & Davidson, E.R. (1991). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients: a multidimensional assessment. *Journal of Pediatric Psychology, 16*, 463-474. [[Links](#)]
- Worchel, F.F., Copeland, D.R. & Barker, D.G. (1987). Control-related coping strategies in Pediatric Oncology

Worthington, R.H., Cooperman, D.H. & Barker, D.G. (1987). Control related coping strategies in Pediatric Oncology patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 25-38. [[Links](#)]

Zannon, C.M.L.C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões Básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, 119-136. [[Links](#)]

Recebido em 08.07.98
Revisado em 10.08.98
Aceito em 16.11.98

¹ Endereço para correspondência: SQN 211 Bloco 'K' Ap. 604 - 70863-110 Brasília - DF Tel.: (061) 340-7562 Fax: (061) 248-7825 E-mail: aderson@unb.br



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 110
90035-003 Porto Alegre RS - Brazil
Tel.: +55 51 3308-5691

e-Mail

prc@springeropen.com