



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

**HABILIDADES SOCIAIS E ADESÃO AO TRATAMENTO EM
ADOLESCENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL**

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA

Belém, Pará

2018



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

HABILIDADES SOCIAIS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO EM ADOLESCENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

Ana Paula de Andrade Sardinha

Pesquisa apresentada como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, elaborada sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira e co-orientação da Profa. Dra. Ana Julia Pantoja de Moraes.

LINHA DE PESQUISA: Análise do Comportamento: Desenvolvimento de Tecnologia Comportamental.

Belém, Pará

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - BIBLIOTECA

Sardinha, Ana Paula de Andrade, 1982-

Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil / Ana Paula de Andrade Sardinha. — 2018.

Orientador: Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

Coorientador: Ana Julia Pantoja de Moraes

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2018.

1. Análise do comportamento. 2. Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ). 3. Doenças: adesão ao tratamento. 4. Habilidades sociais (comportamento). I. Título.

CDD - 23. ed. 150.77



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
 Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento - PPGTPC
 E-mail: laercio@ufpa.br / comport@ufpa.br
 Fones: 3201-6476 / 3201-8542
 Rua Augusto César, nº 01
 Guamá, Cep: 66.075-110
 Belém - Pará

Tese de Doutorado

“Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil”.

Aluna: Ana Paula de Andrade Sardinha.

Data da Defesa: 12 de abril de 2018.

Resultado: Aprovada.

Banca examinadora:

Eleonora Ferreira
 Prof.^a Dr.^a Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (orientadora - UFPA).

foraes
 Prof.^a Dr.^a Ana Julia Pantoja de Moraes (co-orientadora – UFPA).

Emília Vita
 Prof.^a Dr.^a Ana Emília Vita Carvalho (membro 1 – CESUPA).

Patricia Regina Bastos Neder
 Prof.^a Dr.^a Patricia Regina Bastos Neder (membro 2 – UEPA).

Mariene da Silva Casseb
 Prof.^a Dr.^a Mariene da Silva Casseb (membro 3 – FAMAZ).

Aline Beckmann de Castro Menezes
 Prof.^a Dr.^a Aline Beckmann de Castro Menezes (membro 4 – UFPA).

Dedicatória

*Dedico este trabalho ao meu pai (in memorian), meu grande
amigo e incentivador.*

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que financiou esta pesquisa.

A minha querida orientadora Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, minha mais profunda gratidão. Foram tantos ensinamentos regados a profissionalismo, ética, carinho, respeito e amizade. É um grande exemplo de ser humano para mim. Obrigada por tudo!

A minha co-orientadora Dra. Ana Júlia Moraes, pelo carinho, atenção, amizade e ensinamentos. Um exemplo de zelo e carinho com seus pacientes.

A minha auxiliar de pesquisa Ana Paula Souza, pela amizade e colaboração para a realização deste trabalho.

Aos participantes da pesquisa e seus cuidadores sem os quais a realização deste trabalho seria inviável.

A Deus, meu alicerce, permitiu que eu chegasse até aqui e obtivesse mais essa conquista pessoal e profissional.

Aos meus pais Sérgio (*in memoriam*) e Marlene por estarem sempre comigo, me encorajando, acreditando no meu potencial, torcendo por minhas conquistas e amparando-me nos momentos de dificuldade.

À razão da minha vida, minha fonte de motivação maior, Serginho, meu filho amado! Que com seu amor e alegria sempre me fazia sentir melhor e motivada, mesmo diante das adversidades que precisei enfrentar. Com certeza o maior amor do mundo!

Aos meus irmãos Cris, Márcio, Silvia e Paty, meus melhores amigos. É muito bom poder contar com vocês e dividir minhas alegrias, tristezas e conquistas.

Ao meu companheiro e amor, Lucas, por estar comigo me acompanhando desde a coleta de dados. Sem você com certeza tudo seria mais difícil!

Aos meus cunhados e sobrinhos pelo incentivo, apoio e carinho.

Aos meus tios e primos, que me acompanharam nesta jornada. Em especial, a tia Regina, pela palavra amiga, incentivo, apoio e amor em todos os momentos. E a minha prima-irmã Milla, por sempre mostrar-se disponível a me ajudar.

Aos meus amigos de longe e de perto que direta ou indiretamente me ajudaram a seguir em frente, em especial a Laiane (Lai), Daniela (Dani Dani) e Wilnália (Prof.), por todo apoio, incentivo para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	vii
Lista de Figuras	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUÇÃO	01
Habilidades sociais	02
Doenças crônicas e adesão ao tratamento	07
Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil	13
ESTUDO 1	18
OBJETIVO	18
MÉTODO	18
Participantes	18
Ambiente	19
Materiais e Instrumentos	19
Procedimento	22
Análise dos dados	23
RESULTADOS	25
Características dos participantes	25
Características do repertório de habilidades sociais	26
Adesão ao tratamento e habilidades sociais	30
DISCUSSÃO	33
ESTUDO 2	39
OBJETIVO	40
MÉTODO	40
Participantes	39
Ambiente	40
Instrumentos	40
Procedimento	41
Análise dos dados	44
RESULTADOS	45
Características das participantes	45
Linha de Base	46
História clínica e relatos de adesão ao tratamento	46
Habilidades sociais	49

Intervenção	52
Condição 1	52
Participante 1 ^a	52
Treino em automonitorização	52
Habilidades sociais	56
Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI	66
Participante 1B	67
Treino em automonitorização	67
Habilidades sociais	71
Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI	80
Condição 2	81
Participante 2A	81
Habilidades sociais	81
Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI	91
Participante 2B	91
Habilidades sociais	91
Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI	101
DISCUSSÃO	102
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	<i>Características gerais dos participantes do Estudo 1</i>	26
Tabela 02	<i>Coeficiente de correlação de Pearson entre os escores da frequência e da dificuldade em habilidades sociais e o índice de adesão ao tratamento ao início do Estudo 1</i>	30
Tabela 03	<i>Relação entre a classificação dos valores dos percentis da frequência do Escore total e do Fator5-Abordagem afetiva com os valores do SLEDAI e do IAT1 e IAT2 dos participantes do Estudo 1</i>	31
Tabela 04	<i>Características das participantes nas Condições 1 e 2 do Estudo 2</i>	45
Tabela 05	<i>Valores de IAT obtidos pelas quatro participantes do Estudo 2 para cada categoria de tratamento em linha de base calculados a partir do primeiro R24h</i>	49
Tabela 06	<i>Total de ocorrências das classes de comportamento por semana segundo relato de 1A no treino em habilidades sociais conforme a ordem da tabela de hierarquia</i>	54
Tabela 07	<i>Classificação da Evolução da participante 1A conforme variação do escore Z em relação a uma população da amostra normativa feminina de 12,13 e 14 anos</i>	58
Tabela 08	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 1A antes e após intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	59
Tabela 09	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 1A antes e após intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	60
Tabela 10	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	61
Tabela 11	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	62
Tabela 12	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	63
Tabela 13	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	64
Tabela 14	<i>Total de ocorrências das classes de comportamento por semana segundo relato de 1B no treino em habilidades sociais conforme a ordem da tabela de hierarquia</i>	68

Tabela 15	<i>Comparação entre os resultados obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	73
Tabela 16	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	74
Tabela 17	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	75
Tabela 18	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	76
Tabela 19	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	77
Tabela 20	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	78
Tabela 21	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	84
Tabela 22	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	85
Tabela 23	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	86
Tabela 24	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	87
Tabela 25	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	88
Tabela 26	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 2A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos</i>	89
Tabela 27	<i>Valores do IAT e do SLEDAI obtidos pela participante 2A na primeira e na segunda consulta realizada no ambulatório de</i>	91

	<i>reumatologia</i>	
Tabela 28	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	94
Tabela 29	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	95
Tabela 30	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	96
Tabela 31	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	97
Tabela 32	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	98
Tabela 33	<i>Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 2B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos</i>	99
Tabela 34	<i>Valores do IAT e do SLEDAI obtidos pela participante 2B na primeira e na segunda consulta realizada no ambulatório de reumatologia</i>	101

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 01.</i>	Comparação entre os percentis de frequência e de dificuldade obtidos pelos nove participantes do Estudo 1 no Escore Total do IHSA.	26
<i>Figura 02.</i>	Comparação entre percentis de frequência e de dificuldade obtidos pelos nove participantes do Estudo 1 nos seis fatores do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes.	28
<i>Figura 03.</i>	Frequências em percentil do Escore total e dos seis Escores fatoriais do IHSA obtidas por 1A, 1B, 2A e 2B em linha de base.	50
<i>Figura 04.</i>	Dificuldades em percentil do Escore total e dos seis Escores fatoriais do IHSA obtidas por 1A, 1B, 2A e 2B em linha de base.	51
<i>Figura 05.</i>	Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 1A para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização.	58
<i>Figura 06.</i>	Evolução dos resultados obtidos pela participante 1A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.	66
<i>Figura 07.</i>	Índices de Adesão ao Tratamento obtidos por 1A durante as oito semanas de intervenção.	66
<i>Figura 08.</i>	Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 1B para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização.	71
<i>Figura 09.</i>	Evolução dos resultados obtidos pela participante 1B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.	79
<i>Figura 10.</i>	Índices de Adesão ao Tratamento obtidos por 1B durante as nove semanas de intervenção.	80
<i>Figura 11.</i>	Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 2A para o ET e os escores fatoriais do IHSA nos dois momentos em que foram aplicados.	82
<i>Figura 12.</i>	Evolução dos resultados obtidos pela participante 2A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.	90
<i>Figura 13.</i>	Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 2B para o ET e os escores fatoriais do IHSA nos dois momentos em que foram aplicados.	92
<i>Figura 14.</i>	Evolução dos resultados obtidos pela participante 2B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.	100

Sardinha, A.P.A. (2018). Habilidades Sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará, 161 páginas.

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) é uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual diagnosticada em indivíduos até os 17 anos de idade. É provável que adolescentes acometidos por LESJ passem por vivências que comprometam a aquisição de habilidades sociais (HS) esperadas para essa etapa de vida, comprometendo sua qualidade de vida, uma vez que tais habilidades podem auxiliar na adesão ao tratamento. Esta pesquisa teve por objetivo caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS e o nível de adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ, por meio de dois estudos. No primeiro, foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes a HS e de adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ. Participaram nove adolescentes portadores de LESJ atendidos no serviço de reumatologia de um Hospital Universitário (HU) localizado na cidade de Belém-PA. A coleta de dados foi realizada em sete etapas: (a) análise dos prontuários dos pacientes; (b) convite e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 e do Termo de Assentimento 1 aos cuidadores e participantes, respectivamente; (c) acompanhamento da consulta do participante com a médica reumatologista; (d) avaliação médica quanto à atividade da doença; (e) a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), seguida da aplicação do Recordatório 24 horas (R24h); (f) reaplicação do R24h; e (g) entrevista devolutiva. Os resultados indicaram que os participantes possuíam déficits em HS e baixos IATs e correlação significativa entre frequência de habilidades de abordagem afetiva com melhor índice de adesão ao tratamento. No Estudo 2, verificaram-se os efeitos do uso de treino em automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e sua relação com a adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ. Participaram quatro adolescentes selecionados dentre os que participaram do Estudo 1. Estas foram distribuídas por ordem de ingresso na pesquisa em duas condições. Na Condição 1, duas participantes foram submetidas ao treino de habilidade sociais (THS). Na Condição 2, duas participantes foram submetidas a consultas de rotina e avaliadas ao início e ao final do estudo. Foram realizadas seis etapas: (a) convite e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 e do Termo de Assentimento 2 aos cuidadores e participantes, respectivamente; (b) aplicação do R24h, levantamento da linha de base dos comportamentos correspondentes à adesão ao tratamento; (c) intervenção com as participantes da Condição 1 a partir da elaboração de hierarquia dos comportamentos que indicaram déficit e do treino em registro de automonitorização, com aplicação de R24h; (d) entrevista para reaplicação do IHAS e do R24h realizada individualmente com as quatro participantes; (e) entrevista devolutiva com a aplicação do roteiro de entrevista final para feedback. Os resultados indicaram que as participantes submetidas ao THS apresentaram fortalecimento e ampliação do repertório de HS e melhores resultados do IAT em relação aos resultados obtidos com as participantes da Condição 2. Discute-se a importância de repertórios socialmente habilidosos na promoção da adesão ao tratamento do LESJ.

Palavras-chave: LESJ, adesão ao tratamento, habilidades sociais, automonitorização, adolescentes.

Sardinha, A.P.A. (2018). Social Skills and adhesion to treatment in adolescents with lupus eritematoso sistêmico juvenil. Doctoral thesis. Behavior Theory and Research Graduate Program. Belém: Universidade Federal do Pará, 161 pages.

ABSTRACT

Juvenile Systemic Lupus Erythematosus (JSLE) is an autoimmune disease characterized by the production of antibodies, formation and deposition of immune complexes, inflammation in diverse organs and tissue damage diagnosed in individuals under 17 years old. It is likely that adolescents affected by JSLE undergo experiences that compromise the acquisition of social skills (SS) expected for this stage of life, compromising their quality of life, since such skills can help in adherence to treatment. This research aims to characterize the behavior repertoire corresponding to SS and the level of adherence to treatment in teenagers with JSLE through two studies. In the first one, a descriptive study with a cross - sectional design was carried out, aiming to characterize behaviors corresponding to SS and adherence to treatment in teenagers with JSLE. Nineteen adolescents with SLE, attended at the rheumatology department of a University Hospital (HU) located in the city of Belém-PA, participated. Data collection was carried out in seven steps: (a) analysis of patients' records; (b) invitation and reading of the Free and Informed Consent Form 1 and of the Term of Assent 1 to the caretakers and participants, respectively; (c) follow-up of the participant's consultation with the rheumatologist; (d) medical evaluation of disease activity; (e) and application of the Social Skills Inventory for Teenagers (SSIT), followed by the application of the 24-hour Recall (R24h); (f) Reapplication of the R24h; and (g) feedback interview. The results indicated that the participants had deficits in SS and low IATs and significant correlation between the frequency of affective approach skills with better adherence to treatment. In Study 2, we verified the effects of the use of self-monitoring training in the installation of behaviors corresponding to SS and their relationship with the adherence to the treatment by teenagers with JSLE. Participants were four adolescents selected from among those who participated in Study 1. These were distributed by order of entry into the survey under two conditions. In Condition number 1, two participants were submitted to social skills training (SST). In Condition number 2, two participants underwent routine consultations and were evaluated at the beginning and at the end of the study. The study was done in 6 steps: (a) invitation and reading of the Free and Informed Consent Form 2 and of the Term of Assent 1 to the caretakers and participants, respectively; (b) application of the R24h, baseline survey of behaviors corresponding to adherence to treatment; (c) Intervention with the participants of Condition number 1 from the elaboration of the hierarchy of behaviors that indicated a deficit and self-monitoring record training, with application of the R24h; (d) Interview for reapplication of IHAS and R24h conducted individually with the four participants; (e) Feedback interview with application of the final interview script for feedback. The results indicate that the participants submitted to SST presented a strengthening and expansion in the repertoire of SS and better results of the IAT when compared to the results obtained with the participants of Condition 2. The importance of social skill repertoires in the promotion of adherence to the treatment of JSLE is discussed.

Key words: JSLE, adherence to the treatment, social skills, self-monitoring, teenagers.

A expressão habilidades sociais (HS) se refere à existência de diferentes classes de comportamentos no repertório do indivíduo para lidar, de maneira adequada, com as demandas interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2011). Por sua vez, adesão ao tratamento pode ser definida como a extensão na qual os comportamentos do paciente correspondem às recomendações para o controle da doença acordadas com profissionais de saúde (World Health Organization [WHO], 2003).

Estudos já foram realizados sobre HS em indivíduos com alguma doença, seja ela crônica ou não, ressaltando a importância dessas habilidades em favor de uma melhor qualidade de vida daqueles indivíduos (Angélico & Del Prette, 2011; Campos, 2010; Cossalter, Angotti, & Cippola, 2017; Penido, Fortes, & Range, 2005; Sardinha, 2010). Porém, um aspecto pouco explorado tem sido a relação entre HS e adesão ao tratamento.

Dentre os estudos que focalizaram essa temática, Kirchner, Löhr e Guimarães (2012) investigaram HS em mães de crianças em tratamento de doenças crônicas a fim de favorecer o planejamento de intervenções capazes de contribuir para a melhora da qualidade das relações estabelecidas entre a mãe e as pessoas presentes durante o tratamento dos filhos, propiciando assim uma maior adesão da criança ao tratamento. Outro estudo realizado por Kirchnner et al. (2017) comparou as HS Educativas de mães de crianças e adolescentes com e sem Diabetes Mellitus Tipo 1 a fim de identificar padrões que podem ter impacto sobre o tratamento.

Sabe-se que dentre os diversos aspectos que servem como indicadores de qualidade de vida em indivíduos com doenças crônicas estão os relacionados a comportamentos considerados socialmente habilidosos, como reivindicar seus direitos, pedir explicações sobre o tratamento, recusar a oferta de alimento não recomendado, lidar com chacotas (Cossalter, Angotti, & Cippola, 2017; Sardinha, 2010). No caso de adolescentes com doenças autoimunes associadas a alterações na aparência física, como o Lúpus Eritematoso

Sistêmico Juvenil (LESJ), pode-se supor que tais habilidades poderiam auxiliar na adesão ao tratamento, haja vista que são consideradas estratégias de promoção da saúde, justificando a realização de estudos nesta temática.

Habilidades Sociais

Ao buscar uma definição para o termo HS, cabe inicialmente distingui-la da definição de competência social, visto que são conceitos que muitas vezes são empregados como sinônimos, porém possuem definições diferentes.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2013), a competência social é um termo avaliativo que se baseia em julgamentos considerando se o indivíduo desempenhou adequadamente ou não uma tarefa social. Tais julgamentos são realizados por agentes sociais com quem o indivíduo interage em ambientes naturais, como escola, casa e comunidade. Gresham (2009) sugere três critérios para se avaliar a competência social de um indivíduo, que são: quando colegas, professores ou pais fazem julgamentos relevantes sobre o comportamento social do indivíduo; quando há um critério explícito e preestabelecido para as avaliações do comportamento social do indivíduo; e quando os desempenhos comportamentais do indivíduo são compatíveis com os padrões normativos.

Por sua vez, o termo habilidades sociais (HS) se refere aqueles comportamentos considerados como desejáveis e que capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as suas necessidades sejam satisfeitas, ao mesmo tempo em que satisfazem as expectativas dos demais. Incluem comportamentos de verbalização, expressão facial, postura, contato visual, gestos, cuidados com a aparência física, dentre outros (Lucca, 2004).

Caballo (2012) afirma que o comportamento socialmente habilidoso se refere à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões e desejos, respeitando a si próprio e aos outros, incluindo, em geral, resoluções dos problemas imediatos e diminuição

da probabilidade de problemas futuros. Para Elliott e Gresham (2008), as HS são comportamentos aprendidos e socialmente aceitáveis que permitem ao indivíduo interagir de maneira efetiva com outros, evitando ou fugindo de comportamentos não aceitáveis que resultem em interações sociais negativas.

Falcone (2000) diz que não há um consenso quanto ao conceito de HS, e muitas vezes o termo assertividade é utilizado como sinônimo do mesmo. Contudo, de acordo com Del Prette e Del Prette (2012), a assertividade seria uma das habilidades sociais, juntamente com habilidades de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação, de desempenhos interpessoais nas atividades profissionais, de expressão de sentimentos negativos e de defesa dos próprios direitos.

Del Prette e Del Prette (2009a, p.9) apresentam uma organização das principais classes e subclasses de HS, que são: (1) HS de comunicação: fazer e responder perguntas, pedir feedback, gratificar/elogiar, dar feedback, iniciar, manter e encerrar conversação; (2) HS de civilidade: dizer “por favor”, agradecer, apresentar-se, cumprimentar, despedir-se; (3) HS assertivas, de direito e cidadania: manifestar opinião, concordar, discordar, fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridade, estabelecer relacionamentos afetivos e/ou sexual, encerrar relacionamento, expressar raiva/desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com críticas; (4) HS empáticas: parafrasear, refletir sentimentos, expressar apoio; (5) HS de trabalho: coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos, habilidades sociais educativas; e (6) HS de expressão de sentimento positivo: fazer amizade, expressar a solidariedade, cultivar o amor.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2012) e Caballo (2012), o desenvolvimento de HS acontece desde a infância, etapa em que os pais são modelos de muitos comportamentos sociais, punem quando há o desvio das crianças aos seus padrões, e

recompensam a adequação das mesmas. Além dos pais, a relação da criança com os irmãos permite a vivência de diferentes papéis (e.g. amigo, opositor, conselheiro, cúmplice). E quando passa pela escola, a criança precisa adaptar-se a novas demandas sociais, a diferentes contextos, a novas regras, necessitando de um repertório ampliado de comportamentos sociais.

Del Prette e Del Prette (2012) e Murta, Del Prette, Nunes e Del Prette (2006) afirmam que na adolescência, por sua vez, são esperados comportamentos bem mais elaborados. Por exemplo, na cultura brasileira não basta cumprimentar a visita e retirar-se do ambiente, é preciso, parar, ouvir, dar uma opinião, ser gentil, solícito, beijar a face da pessoa que se despede, entre outros comportamentos. Neufeld (2017) aponta que à medida que os adolescentes interagem, encontram o seu espaço nos grupos sociais, escolhem assim comportamentos que sejam valorizados socialmente e que contribuam para uma percepção favorável da própria identidade.

De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2010) a adolescência corresponde a uma transição no desenvolvimento que acarreta importantes alterações físicas, cognitivas e psicossociais inter-relacionadas. Neste período do ciclo de vida, ocorrem oportunidades para o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais, autonomia, autoestima e intimidade. É considerada uma fase de divergências uma vez que alguns jovens podem ter dificuldades para lidar com as inúmeras mudanças que ocorrem, tais como na estatura e no peso, nas proporções e na forma do corpo, na maturidade sexual, além de mudanças nas estruturas cerebrais envolvidas nas emoções, julgamento, organização do comportamento e autocontrole.

Dentre alguns dos problemas relacionados a déficits em HS na adolescência, destacam-se timidez, ansiedade, dificuldades na solução de problemas sociais, baixa assertividade (Del Prette & Del Prette, 2012). De acordo com Silva e Murta (2009) quando

estes déficits ocorrem em fases iniciais do desenvolvimento, como na infância e na adolescência, podem comprometer fases posteriores do ciclo vital.

Na adolescência, os pais podem servir de modelos para relações interpessoais de adolescentes em outros contextos, facilitando o desenvolvimento das HS. Assunção e Matos (2014) realizaram um estudo com adolescentes e jovens adultos no qual investigou a existência de variáveis mediadoras entre a vinculação parental e a amorosa, e os resultados apontaram que no seio da relação parental poderão ser adquiridas competências interpessoais, com relevância para a capacidade de fornecer suporte emocional e competências de tomada de perspectiva. O estudo de Rocha, Mota e Matos (2011) foi realizado com 742 adolescentes de ambos os gêneros e observou-se a contribuição da qualidade da vinculação à mãe na predição da ligação aos pares; os resultados apontaram que a imagem global que os adolescentes criam de si mesmos pode ter um importante contributo da qualidade da relação de vinculação que constroem com a mãe.

Segundo Bellack e Morrison (1982), embora existam contextos favoráveis à aprendizagem de HS ao longo da vida, déficits podem decorrer de longos períodos de isolamento e desuso, assim como de perturbações cognitivas e afetivas. Por sua vez, Del Prette e Del Prette (2009a) ressaltam que cada situação social requer habilidades diferentes, já que o indivíduo pode ser competente em algumas situações e em outras não, estando sujeito aos valores e normas da cultura. Destacam ainda que, em algumas situações as HS são mais fáceis de serem exercitadas devido à história de aprendizagem.

Uma técnica favorável à aprendizagem dessas habilidades é o treinamento de habilidades sociais (TSH), no qual, segundo Caballo (2012), são ensinados comportamentos específicos, praticados e integrados ao repertório comportamental do indivíduo. Em seu formato básico, o TSH inclui identificar as áreas específicas de dificuldade do indivíduo a partir das quais o planejamento da intervenção será elaborado. A entrevista, o autorregistro,

os instrumentos de autoinforme, o emprego de situações análogas e/ou a observação na vida real constituem ferramentas muito utilizadas na determinação do problema e na aprendizagem de tais habilidades.

O THS pode ser feito individualmente ou em grupo (Cabalo, 2012). No THS grupal há uma relação mais consistente entre avaliação e tratamento, visto que permite uma constante reavaliação da eficácia particular dos procedimentos aplicados, enquanto que no THS individual o enfoque está nos problemas particulares do indivíduo, modificando progressivamente o conteúdo do programa conforme avança o treinamento. A maioria dos estudos encontrados apresenta o formato grupal do THS (Aguilar, 2006; Del Prette & Del Prette, 2009a; Del Prette & Del Prette, 2006; Faijão et al., 2010; Kumar & Singh, 2015; Lopes et al., 2017; Naves, Rotundo, Carvalho, & Baia, 2011; Vila, 2005; Boas, Silveira, & Bolsoni-Silva, 2005). No entanto, há estudos que utilizaram o treino individual, como o de Campos e Almeida (2010) que realizaram um estudo com delineamento de sujeitos únicos, com o objetivo de desenvolver um programa de habilidades sociais em situação natural de trabalho no qual participaram pessoas com deficiência intelectual ou com deficiência física.

No entanto, segundo Gresham (2000) alguns cuidados devem ser considerados em sequência no processo de treinamento das HS, como: a) seleção das dificuldades interpessoais; b) classificação dos tipos de déficits em habilidades sociais; c) seleção de comportamentos-alvo (comportamentos que serão modelados durante a intervenção); d) avaliação funcional das dificuldades (busca de variáveis ambientais que instalaram e que mantêm as dificuldades interpessoais); e e) avaliação dos resultados da intervenção (incluindo a verificação da ocorrência de generalização).

Desse modo, HS são classes de comportamentos muito importantes para o bom desenvolvimento do indivíduo. E, considerando-se que a presença de uma doença crônica grave pode atrapalhar o curso desse desenvolvimento, em especial quando isto ocorre no

início do ciclo de vida, pode-se inferir a importância da presença de comportamentos socialmente habilitados no repertório do indivíduo para auxiliá-lo no enfrentamento das exigências do tratamento.

Doenças crônicas e adesão ao tratamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) doenças crônicas são doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta. São doenças que têm características permanentes, e/ou produzem incapacidade/deficiências residuais, que podem ser causadas por alterações patológicas irreversíveis, que exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. As doenças crônicas atingem milhares de cidadãos e podem ser identificadas desde o nascimento até a velhice. Pessoas atingidas por doenças crônicas incapacitantes não conseguem, por vezes, fazer um percurso escolar e laboral regular. São cidadãos que necessitam de utilizar diariamente medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida.

A literatura tem enfatizado que a experiência da doença crônica em crianças e adolescentes pode ocasionar sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, ameaçando a rotina de vida, e muitas vezes exigindo readaptações frente à nova situação e novos padrões comportamentais para o seu enfrentamento (Freitas, Silva, Nóbrega, & Collet, 2011; Pilger & Abreu, 2007). Muitas vezes ocorrem mudanças no cotidiano da criança e do adolescente, seja por limitações físicas da doença ou pela hospitalização para exames e tratamento à medida que a doença progride, separando-os do convívio de seus familiares e ambiente social, o que pode contribuir para um repertório comportamental diferenciado comparado ao de crianças saudáveis (Costa & Santos, 2015; Vieira & Lima,

2002). Sztajn bok, Serra, Rodrigues e Mendoza (2001) ressaltam que o objetivo prioritário do tratamento desses pacientes é o controle da atividade da doença, preservando o crescimento e o desenvolvimento físico, emocional e social, minimizando-se possíveis sequelas, o que demanda intervenção por equipe multidisciplinar.

Vieira e Lima (2002) realizaram um estudo descritivo e exploratório com o objetivo de relatar a experiência da criança e do adolescente com doença crônica. As patologias dos participantes foram: hipertensão e varizes esofágicas, insuficiência tricúspide e hipertensão pulmonar, leucemia mieloide aguda, síndrome nefrótica, retocolite ulcerativa aguda e insuficiência mitral, aórtica e tricúspide. Este estudo revelou que as crianças e os adolescentes têm seu cotidiano modificado pelas frequentes hospitalizações, pelos limites ditados pela doença e tratamento, ocasionando mudanças, especialmente no processo de escolarização. Neste mesmo estudo os autores relatam que a doença, a terapêutica e os efeitos colaterais dos medicamentos interferem na frequência às aulas das crianças e adolescentes, desmotivando-os e dificultando sua adaptação escolar. Os resultados apontaram que os participantes sofriam discriminação dos colegas, seja pela superproteção dos professores, seja pela dificuldade de desenvolverem determinada atividade coletiva, sendo excluídos de algumas delas pelos próprios colegas; sentiam-se diferentes e seu convívio social era limitado.

Vale ressaltar que as doenças crônicas, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem levar a sérios agravos e até mesmo à morte, principalmente quando se tratarem de doenças de longa duração, como é o caso do LESJ. Contudo, tais agravos podem ser diminuídos se o portador da doença receber uma orientação adequada a respeito de sua enfermidade e das possíveis complicações (Cunha, 2000; Linck, Bielemann, Sousa, & Lange, 2008). Isso justifica a importância da adesão desses pacientes a um tratamento eficaz.

Como já foi dito, adesão ao tratamento corresponde ao grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto em comum acordo (WHO, 2003). Zannon (1999) vai mais além, afirmando que a “adesão é um conceito que equivale a seguimento de instrução, e implica uma prescrição a ser seguida ou informação sobre ação e resultados esperados, sendo que a descrição acurada de adesão a tratamento incluiria a medida de ‘ações do paciente’, e implicaria a descrição e medida de informação/instrução à qual o paciente será exposto” (p. 51). De acordo com Ferreira (2001) algumas ações implicam em mudanças na rotina do paciente, o que inclui dietas, uso de medicamentos, monitoração laboratorial, reorganização da vida escolar e da renda familiar, restrição de atividades, controle ambiental, disponibilidade de pessoas, tempo e serviços voltados à realização do tratamento, além de mudanças comportamentais envolvidas na resposta de adesão.

Alguns estudos têm evidenciado sobre a dificuldade da adesão ao tratamento devido à complexidade das regras do tratamento de doenças crônicas (Almeida, Ferreira, & Moraes, 2017; Malerbi, 2011; Neder, 2015; Neder, Ferreira, & Carneiro, 2017). De acordo com Coleman et al. (2012) e Tavares (2016), a diversidade de comportamentos que envolvem a adesão ao tratamento permite uma melhor compreensão da dificuldade em determinar de forma precisa o nível de adesão ou de não adesão ao tratamento. Tais comportamentos dependem do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar a correspondência entre as prescrições e o seguimento das mesmas. De acordo com Coelho e Amaral (2008), as regras do tratamento descrevem as mudanças comportamentais necessárias para o seu controle. Contudo, nem sempre são seguidas em virtude da concorrência existente entre as contingências ambientais que mantém os comportamentos habituais do paciente e as novas contingências dispostas pela equipe de saúde como necessárias ao controle da doença.

Regras são estímulos antecedentes verbais que especificam o comportamento a ser emitido, as condições sob as quais deve ser emitido e suas prováveis consequências nos casos de seguimento e de não seguimento (Skinner, 1969). Podem exercer a função de evocar comportamentos, de alterar a função de outros estímulos e de estabelecer um comportamento novo independentemente de suas consequências imediatas por meio da apresentação de justificativas (Albuquerque, Reis, & Paracampo, 2008). Regras são mais difíceis de serem seguidas quando o indivíduo é exposto a consequências aversivas imediatas ou quando o reforço é atrasado (Albuquerque & Paracampo, 2010).

A literatura aponta que os melhores índices de adesão estão relacionados ao uso de medicamentos (Dunbar-Jacob, Houze, Kramer, Lyster, & McCall, 2010; Malerbi, 2011; Sales & Tamaki, 2007), assim como a maior dificuldade de adesão estaria relacionada à dieta (Almeida et al., 2017; Casseb et al., 2008; Gomes et al. 2012; Neder, 2015). No entanto, há uma maior probabilidade de abandono dos medicamentos tão logo seja observada a remissão dos sintomas da doença (Santos, 2009). Ao analisar a adesão ao uso de medicamentos deve-se considerar a variedade de medicamentos indicada, a frequência das tomadas de comprimidos, as consequências imediatas observadas após a ingestão do medicamento ou mesmo a disponibilidade do medicamento no ambiente (Neder, 2015). No caso do LESJ, outra regra do tratamento é o uso regular do protetor solar. Nos estudos de Almeida et al. (2017) e de Neder (2015) observou-se que a dificuldade de adesão a essa regra teria relação com o efeito aversivo da oleosidade do protetor sobre a pele.

Um dos procedimentos utilizados para melhorar a adesão ao tratamento em doenças crônicas tem sido o uso de instruções acerca da doença e do tratamento. Bueno et al. (2007) realizaram um estudo com o objetivo de descrever as diversas modalidades de reabilitação de pacientes com Artrite Idiopática Juvenil, desde a avaliação até a prescrição de exercícios físicos. Tal estudo ressaltou que instruir o paciente e seus familiares sobre a doença é parte

importante no tratamento, visto que a melhora na compreensão da mesma favorece ao aumento na adesão ao tratamento. Em um estudo realizado por Kyngas (1999) com adolescentes asmáticos, observou-se que em 98% dos casos, os pacientes que receberam orientações sobre como lidar com a doença tiveram melhor aderência ao tratamento quando comparados ao grupo que não recebeu as orientações.

Castro e Piccinini (2002) ressaltam a necessidade de uma intervenção multiprofissional a fim de que o vínculo da família do paciente com a equipe de saúde seja fortalecido, haja um aumento do bem-estar do paciente e que a percepção da real gravidade e limitação da criança seja facilitada. Os mesmos autores pontuam ainda a importância do psicólogo trabalhar com a equipe de saúde no contexto hospitalar, instrumentalizando-a para a realização de grupos com as famílias em um direcionamento psicoeducativo, a fim de que informações relacionadas à doença, possíveis dificuldades no manejo com a criança e promoção de formas de enfrentamento na situação de doença crônica sejam repassadas. Almeida et al. (2017), Mulvaney et al. (2010) e Palmer et al. (2010) também destacam que no caso de adesão ao tratamento de crianças e adolescentes a presença de um cuidador monitorando o comportamento do paciente pode auxiliar a instalar e a manter o comportamento de seguir as instruções do tratamento pelo próprio adolescente.

Observa-se na literatura que os estudos são, em sua maioria, transversais e descritivos, e desse modo não descrevem procedimentos de intervenção com vistas a promover a adesão ao tratamento da doença crônica. Entretanto, a análise do comportamento aplicada já disponibiliza alguns instrumentos para avaliação e instalação de mudanças comportamentais as quais têm sido utilizadas em pesquisa na área da saúde (e.g. Bohm & Gimenes, 2012; Casseb & Ferreira, 2012; Casseb, Bispo-Malcher, & Ferreira, 2008; Ferreira, 2001; Ferreira & Fernandes, 2009).

Uma alternativa barata e flexível que têm apresentado resultados positivos para avaliação do comportamento de adesão ao tratamento é a automonitorização. Esta é uma técnica que auxilia na compreensão do diagnóstico, na condução de análises funcionais, delimitação de objetivos da intervenção, planejamento das sessões e da intervenção como um todo, além da avaliação do progresso da terapia e do resultado final obtido (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999). Segundo Bohm e Gimenes (2008), automonitorização consiste na observação e registro sistemático da ocorrência de algum comportamento emitido pela própria pessoa, seja ele privado ou público, assim como o registro de eventos ambientais associados a este comportamento. Ferreira e Fernandes (2009), Martins, Ferreira, Silva e Almeida (2015), Oliveira, Casseb e Ferreira (2006), ressaltam que o uso de tais registros favorece a construção de comportamentos de autocuidado, já que a auto-observação permite a discriminação de contingências.

A automonitorização possui um efeito reativo que altera o padrão do comportamento do indivíduo, em geral reduzindo a frequência de comportamentos inadequados e/ou aumentando a frequência de comportamentos adequados (Bohm & Gimenes, 2008; 2012). Na área da saúde, por exemplo, esses comportamentos adequados podem não estar diretamente relacionados apenas a comportamentos de adesão ao tratamento, mas a comportamentos alternativos que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de adesão ao tratamento, como seria o caso de comportamentos socialmente habilidosos.

Outro instrumento também utilizado no contexto de adesão ao tratamento é o Recordatório 24 horas (R24h), por meio do qual o paciente repassa informações verbais a respeito dos comportamentos de adesão emitidos nas últimas 24 horas. Este é um instrumento de rápido preenchimento, não oneroso e de fácil aplicação que auxilia o

paciente a discriminar as situações em que realizou ou deixou de realizar alguma orientação médica (Bueno & Czepielewski, 2010; Ribeiro, Costa, Sobral, & Florindo, 2011).

Almeida et al. (2017) realizaram um estudo em que investigaram os efeitos do uso de registros de automonitorização e de R24h sobre o índice de adesão ao tratamento de duas adolescentes com diagnóstico de LESJ. Os resultados mostraram que houve melhora no índice de adesão independentemente da ordem em que os instrumentos foram apresentados, haja vista que o uso desses instrumentos podem ter favorecido a instalação de repertórios de auto-observação e de autoconhecimento.

Embora há muito se venha destacando a importância de uma boa adesão ao tratamento para o controle de doenças crônicas, até o momento são poucos os estudos nesta área, em especial no que se refere ao LESJ.

Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, de caráter autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual. Tais danos podem se manifestar de forma lenta e progressiva ou de forma rápida, variando de acordo com as fases de atividade e remissão da doença (American College of Reumatology [ACR], 2017a; Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR], 2011). Sua etiologia ainda é pouco conhecida, porém sabe-se da importante participação de fatores hormonais, ambientais, genéticos e imunológicos para o surgimento da doença (Schur & Gladman, 2011).

De acordo com Pons-Estel, Alarcon, Scofield, Reinlib e Cooper (2010), a incidência estimada do LES em diferentes locais do mundo é de aproximadamente um a 22 casos para 100.000 pessoas por ano e a prevalência pode variar de 7 a 160 casos para cada 100.000 pessoas. No Brasil, segundo Vilar e Sato (2002) estima-se uma incidência de LES em torno

de 8,7 casos para 100.000 pessoas por ano, de acordo com um estudo epidemiológico realizado na região Nordeste.

Atualmente, 17 são os critérios diagnósticos para o LES, sendo 11 referentes aos aspectos clínicos e seis, aos imunológicos. É diagnosticado com lúpus aquele que apresentar, no mínimo, quatro das 17 características (sendo, necessariamente, uma referente aos aspectos clínicos e outra, aos imunológicos), ou apresenta nefrite comprovada por biópsia compatível com o LES com aumento dos valores médios dos anticorpos antinucleares e anti-dsDNA (Pietri et al., 2012). É mais frequente em mulheres em idade fértil, sendo sua maior frequência observada entre os 15 e 45 anos de idade (Schur & Morchella, 2011). Quando diagnosticado em indivíduos até os 17 anos de idade recebe a denominação de Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ), e apesar da similaridade ao LES, possui pior prognóstico (American College of Rheumatology, 2017b, Livingston, Bonner, & Pope, 2011).

A ocorrência desta patologia em crianças e adolescentes é pouco comum, porém quando ocorre impõe limitações no desenvolvimento do indivíduo, pois, durante as crises, este pode ficar impedido de se movimentar, sofrendo com fortes dores. Segundo Wallace (2002), sintomas como febre, anorexia, perda de peso, fadiga e adinamia estão entre as principais manifestações clínicas iniciais e durante os períodos de atividade da doença, podendo ser encontrados em 36% a 90% dos pacientes. Manifestações musculoesqueléticas, como artrites e/ou artralguas, são frequentes e constituem as manifestações iniciais mais comuns da doença, tendo uma incidência variável entre 53% e 95% durante o curso da enfermidade, enquanto as miosites (isto é, doenças inflamatórias do músculo esquelético) ocorrem em 5% a 11% dos casos. Merece destaque as manifestações cutâneas presentes em até 80% dos casos durante o curso da doença, como a presença da clássica lesão em “asa de

borboleta” (rash malar), documentada em 50-60% dos pacientes, que aparece ou se exacerba após exposição às irradiações ultravioletas (Schur, 2005).

Seabra, Figueirinha, Almeida e Ribeiro (2009) enfatizam que devido à incurabilidade da doença e à necessidade de tratamento contínuo para a manutenção da vida, os adolescentes têm o cotidiano modificado, podendo ser frequentemente submetidos a exames, consultas, tratamentos e hospitalizações à medida que a doença progride. Sentindo-se muitas vezes diferentes, seu convívio social torna-se limitado, levando-os à dificuldade de interação social.

O prognóstico para o LESJ tem melhorado nos últimos 40 anos devido à identificação precoce da doença, além do aperfeiçoamento das técnicas laboratoriais, à utilização de modalidades terapêuticas efetivas para seu controle, como corticosteroides, antimaláricos e imunossupressores, e também ao progresso das intervenções terapêuticas (Seabra et al., 2009).

Além dos exames laboratoriais, existe um sistema quantitativo de avaliação da atividade do lúpus, podendo o médico, com isso, determinar se uma droga avaliada para o tratamento da doença está sendo eficaz. Tal sistema recebe o nome de Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), e consiste em uma lista com 24 itens, sendo 16 deles referentes a aspectos clínicos e oito, a resultados laboratoriais. Os itens são pontuados de acordo com a manifestação das características do lúpus nos últimos 10 dias, com o escore variando de 0 a 105, onde 0 simboliza que não houve nenhuma característica de manifestação da doença e 105 que todas as características foram manifestadas em seus estados mais graves (Freire, Santos, & Ciconelli, 2011; Katz, 2011; Mikdashi & Nived, 2015).

A terapêutica do LESJ envolve a associação de remédios, uma nutrição balanceada e com restrição ao consumo de sal, a prática de esportes e atividades físicas e a aplicação

regular do protetor solar durante todo o dia, sendo, ainda, de extrema importância o retorno periódico ao médico e a realização de exames laboratoriais seriados (Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR], 2011a; 2011b). O não seguimento adequado destes tratamentos contribuirá para o avanço acelerado da doença, com risco de piora significativa do paciente e, inclusive, óbito (SBR, 2011b). Portanto, a adesão ao tratamento, ou seja, a associação de comportamentos de cuidado em saúde de acordo com as orientações médicas e com a própria ontogenia do paciente, é um fator imprescindível para a melhora do estado clínico do paciente (WHO, 2003).

Levy e Kamphuis (2012) realizaram um estudo em que levantaram importantes questões psicossociais relevantes em relação a crianças e adolescentes com LESJ, haja vista que se trata de uma população na qual muitas transformações estão em curso, de maneira que comportamentos de independência e de autonomia tendem a serem mais assíduos, alterações hormonais ocorrem como preparação à atividade sexual, e a vida social torna-se cada vez mais importante na vida com pares.

Um estudo de caso realizado por Bernardes, Oliveira e Marcon (2011), relacionando a presença do diagnóstico de LESJ à compreensão deste diagnóstico pelo paciente e à qualidade da dinâmica familiar, mostrou a influência das intervenções psicológicas em situações de diagnóstico de doenças crônicas, considerando que cada caso deve ser trabalhado de acordo com as características individuais do paciente e de sua família, respeitando o ritmo que é próprio de cada um. Discutiu-se a pertinência da intervenção psicológica em situação de LESJ e também a importância do acompanhamento multiprofissional do paciente e sua família. No estudo de Mattje e Turato (2006) discute-se que, no caso do LESJ, há fases em que a doença se encontra inativa, fase em que os cuidados com a saúde tendem a ser negligenciados, numa postura culturalmente comum dos jovens de não perseverança diante de medidas de prevenção secundária.

Até o momento, não foi encontrado nenhum estudo na literatura nacional que caracterize o repertório de HS em crianças e adolescentes portadores de doenças reumáticas, em especial o LESJ. O estudo de Penido, Fortes e Range (2005) foi realizado com o objetivo de investigar o repertório de HS de mulheres adultas com fibromialgia relacionando-o com características da doença. Fez-se também uma comparação destas pacientes com mulheres com artrite reumatoide, cujos resultados apontaram que, de maneira geral, o repertório não diferiu entre as amostras. Os autores indicaram que um programa de tratamento psicológico para doenças reumáticas deveria incluir informações sobre a doença, estratégias de manejo de ansiedade e depressão, e treino de assertividade.

É provável que adolescentes acometidos por LESJ também passem por vivências que comprometam a aquisição de HS esperadas para essa etapa de vida. Neste sentido, intervenções focadas no desenvolvimento dessas habilidades tornam-se primordiais, visto que a maioria dos trabalhos encontrados na literatura consultada volta-se para questões médicas e programas educacionais visando à aceitação e reintegração do paciente ao convívio social escolar. Porém, não foram identificados estudos investigando a aquisição de comportamentos socialmente habilidosos em crianças e adolescentes portadores de doenças reumáticas, nem estudos manipulando variáveis que visem à promoção da adesão ao tratamento, essencial para um melhor prognóstico da doença.

Esta pesquisa tem por objetivo geral caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS e o nível de adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ atendidos no ambulatório de um hospital da rede pública de Belém, e verificar os efeitos do uso do treino de automonitorização na instalação de comportamento correspondentes a HS por meio de dois estudos.

ESTUDO 1

OBJETIVO

Caracterizar comportamentos correspondentes a habilidades sociais e sua relação com índices de adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo com delineamento transversal.

Participantes

O estudo foi realizado com nove adolescentes atendidos no serviço de reumatologia de um hospital universitário (HU), localizado na cidade de Belém-PA. Utilizou-se como critérios de inclusão: (1) Ter diagnóstico confirmado de LESJ; (2) Estar em tratamento há pelo menos três meses no serviço de reumatologia do HU; (3) Ter entre 12 a 17 anos de idade; (4) Ter a autorização expressa de seus responsáveis por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 [TCLE] (Anexo A), assim como sua própria concordância por meio do Termo de Assentimento 1 (Anexo B). Foram excluídos aqueles que apresentassem déficit cognitivo que comprometesse o entendimento a respeito dos objetivos da pesquisa e aqueles que não completaram as etapas da coleta de dados.

Foram identificados 32 adolescentes com LESJ agendados para consulta ambulatorial no HU durante o período da realização do estudo. Destes, 18 não compareceram ao atendimento com a reumatologista, um faleceu, três faltaram aos atendimentos agendados para a pesquisa, um mudou-se para outro estado, e um não concluiu a última etapa do estudo, restando nove participantes.

Ambiente

A coleta de dados aconteceu no ambulatório de especialidades pediátricas do HU, em três ambientes: sala de espera, consultório de reumatologia e consultório destinado à Psicologia para a realização da pesquisa.

O HU oferece um serviço de reumatologia pediátrica formado por duas profissionais especialistas na área, em parceria com o serviço de odontologia e de oftalmologia do mesmo hospital, além das demais especialidades oferecidas pelo serviço público de saúde.

Materiais e Instrumentos

Para a realização da coleta de dados foram utilizados um gravador de áudio via aparelho smartphone Samsung® - Galaxy S5, pranchetas, papéis A4 e canetas esferográficas, e os seguintes instrumentos:

- (1) Protocolo para análise do prontuário (Anexo C): Construído para coletar dados sobre o histórico do tratamento dos participantes conforme registro feito pelos profissionais no prontuário do paciente sob a guarda do HU, incluindo confirmação do diagnóstico, tempo de tratamento e de diagnóstico, etapas do tratamento já concluídas e etapas do tratamento em execução, assim como valores indicativos de SLEDAI já registrados.
- (2) Formulário de observação da consulta médica (Anexo D): Elaborado para o registro das orientações descritas pela reumatologista durante a consulta do participante no ambulatório do HU, incluindo prescrições para o tratamento, tais como a indicação de medicamentos, solicitação de exames, mudança no estilo de vida e acompanhamento do seguimento das orientações já descritas.
- (3) Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index [SLEDAI] (Anexo E): Instrumento de avaliação do LESJ que inclui parâmetros clínicos e laboratoriais, aplicado com o objetivo de avaliar o grau de atividade da doença com relação aos últimos 10 dias.

Por meio deste instrumento, o médico pode avaliar a eficácia do tratamento indicado para controle do lúpus. Consiste em uma lista com 24 itens, sendo 16 deles referentes a aspectos clínicos e oito, a resultados laboratoriais. Cada item é pontuado de acordo com a manifestação das características do lúpus nos últimos 10 dias, com o escore variando de 0 a 105, onde 0 simboliza que não houve nenhuma característica de manifestação da doença e 105 que todas as características foram manifestadas em seus estados mais graves (Katz, 2011; Mikdashi & Nived, 2015).

(4) Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA): Elaborado por Del Prette e Del Prette (2009b), aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, destina-se à população de 12 a 17 anos de idade. Trata-se de um instrumento de autorrelato que permite avaliar o repertório de habilidades sociais de adolescentes em um conjunto de situações interpessoais cotidianas. Possui 38 itens que contemplam habilidades de relacionamento com diferentes interlocutores (parceiro afetivo-sexual, pais e irmãos, colegas, amigos, pessoas de autoridade, desconhecidos ou não especificados) que são requeridas em contexto público (escola, trabalho, lazer, consumo), privado (familiar e íntimo) ou não especificado. Em cada item, solicita-se que o adolescente julgue sua dificuldade em apresentar a reação indicada no item e a frequência com que apresenta aquela reação. Em relação à frequência, as respostas são assinaladas de acordo com as seguintes escalas: 0 a 2 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma no máximo duas vezes); 3 a 4 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de três a quatro vezes); 5 a 6 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de cinco a seis vezes); 7 a 8 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de sete a oito vezes); e 9 e 10 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de nove a dez vezes). Quanto à dificuldade, a seguinte escala é usada: nenhuma, pouca, média, muita e total. Além disso, produz escores em seis subescalas: F1–Empatia; F2–Autocontrole; F3–Civildade; F4–Assertividade; F5–

Abordagem Afetiva; e F6-Desenvoltura Social. A apuração dos resultados é feita a partir da captura dos escores e em situar a posição percentil do respondente em relação à amostra normativa. Há um escore total para todos os itens e escores para as seis subescalas. A captura do escore total do respondente é efetuada a partir da soma da pontuação total da frequência e a pontuação total de dificuldade. É feita uma conversão dos valores preenchidos pelo respondente em pontos de zero a quatro conforme especificação no manual de apuração do IHSA-Del_Prette. A interpretação do escore total e dos escores das subescalas baseia-se na posição do respondente, em termos de percentis, comparando-o ao grupo de referência do mesmo sexo e faixa etária (de 12, 13 e 14 anos ou de 15, 16 e 17 anos). Para a interpretação da frequência no escore total e nos fatoriais, devem-se considerar os seguintes valores em percentil: 76-100, repertório altamente elaborado de HS; 66-75, repertório elaborado de HS; 36-65, bom repertório de HS; 26-35, repertório médio inferior de HS; e 01-25 repertório abaixo da média inferior de HS. Para a interpretação da dificuldade, devem-se considerar os seguintes valores em percentil: 66-100, alto custo de resposta na emissão das habilidades; 36-65, médio custo de resposta na emissão das habilidades; e 01-35, baixo custo de resposta na emissão das habilidades. Teoricamente, quanto maior o escore de frequência e menor o escore de dificuldade do respondente, mais elaborado é o repertório de habilidades sociais, e quanto menor o escore de frequência e maior o escore de dificuldade, menos elaborado é o repertório de habilidades sociais.

(5) Pirâmide de frequência (Anexo F): Construída pela autora para auxiliar os participantes na escolha das respostas do IHSA. Trata-se de uma pirâmide de cinco níveis cuja base representa a frequência máxima e o topo, a frequência mínima com a qual os participantes reagem às situações descritas em cada um dos 38 itens do IHSA. Nível A- 0 a 2 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma no máximo duas vezes); Nível B- 3 a 4 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de três a quatro vezes);

Nível C- 5 a 6 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de cinco a seis vezes); Nível D- 7 a 8 (em cada 10 situações desse tipo, me comporto dessa forma de sete a oito vezes); e Nível E- 9 e 10 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de nove a dez vezes).

(6) Recordatório 24 horas [R24h] (Anexo G): Roteiro de entrevista estruturado por meio do qual solicita-se ao participante que descreva os comportamentos de adesão ao tratamento emitidos no intervalo de 24 horas anterior à entrevista, indicando os contextos em que tais comportamentos ocorreram. Em seguida, solicita-se ao participante a descrição dos contextos em que não lhe foi possível seguir as instruções do tratamento, considerando o mesmo intervalo de 24 horas.

Procedimento

A coleta de dados ocorreu após o projeto ter sido aprovado pelo comitê de ética (Anexo H) e na Plataforma Brasil (Parecer nº 853.148, Anexo I), e realizou-se em sete etapas.

Etapa 1: Fez-se a análise dos prontuários dos pacientes encaminhados pelos profissionais que compõem o serviço de reumatologia do HU, para identificação dos prováveis participantes por meio do Protocolo para análise do prontuário, tendo em vista os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos.

Etapa 2: Os pacientes pré-selecionados e seus acompanhantes foram abordados em sala de espera do ambulatório de reumatologia do HU e convidados a participar da pesquisa. O consentimento foi obtido por meio da leitura e assinatura do TCLE 1 e do Termo de Assentimento 1.

Etapa 3: Em seguida, a pesquisadora acompanhava uma consulta do participante com a reumatologista preenchendo o Formulário de observação da consulta médica, no qual

registrava as instruções do tratamento feitas pela médica ao participante, com o auxílio de um gravador de áudio. Neste momento, a pesquisadora se mantinha a uma distância adequada para não intervir durante o atendimento, mas em local que lhe permitia observar a interação entre médica e participante.

Etapa 4: Durante a consulta, a médica fazia a avaliação da atividade do LESJ por meio do SLEDAI, cujo resultado era fornecido posteriormente à pesquisadora.

Etapa 5: Após a consulta com a médica, o participante era encaminhado ao consultório de Psicologia onde realizou-se a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), seguido da aplicação do R24h.

Etapa 6: Prosseguindo, após a consulta de retorno com a médica, que em geral ocorria de dois a três meses após a consulta anterior dependendo dos exames solicitados ou estado de saúde do paciente, realizou-se uma entrevista com o participante na qual aplicou-se somente o R24h.

Etapa 7: Finalizando, fez-se uma entrevista devolutiva, em dia combinado com o participante e o acompanhante, para explanação dos resultados obtidos com a aplicação do IHSA e apresentação das medidas de adesão ao tratamento. Neste momento, os participantes que apresentaram resultados indicativos de déficits em HS e baixa adesão ao tratamento foram orientados e encaminhados ao serviço de Psicologia do HU para acompanhamento.

Análise dos dados

Fez-se a transcrição integral das gravações das consultas médicas e dos encontros realizados com cada participante a fim de facilitar a organização e a análise dos dados obtidos.

Os dados coletados a partir do Protocolo para análise do prontuário foram organizados em tabelas de forma descritiva, identificando-se variáveis referentes a gênero,

idade, escolaridade, local de moradia, diagnóstico, tempo de diagnóstico, tempo de atendimento no ambulatório do HU, tratamento indicado e histórico de SLEDAI. Também foram construídas tabelas com categorias descritivas obtidas a partir da coleta de dados feita por meio de observação da consulta médica e do valor de SLEDAI dos participantes.

Os resultados do IHSA foram analisados conforme as normas estabelecidas em seu manual de aplicação, apuração e interpretação (Del Prette & Del Prette, 2009b). Os escores foram transformados em percentis e, a partir da posição percentil do respondente, foi feita uma interpretação do repertório de HS de cada participante. Os dados gerais dos escores total e fatoriais dos participantes foram dispostos em forma de figuras, também foram feitas tabelas apresentando dados da correlação entre IAT e HS, assim como da relação entre valores do IAT dos participantes, IHS e SLEDAI.

Quanto aos dados obtidos a partir da aplicação do R24h, estes foram quantificados com o objetivo de se obter o Índice de Adesão ao Tratamento (IAT). Para cada situação em que o participante seguiu a regra do tratamento de acordo com as orientações médicas foi atribuído o valor 1, para cada situação em que o participante seguiu parcialmente as regras do tratamento foi atribuído o valor 0,5 e quando não foi seguida a regra do tratamento foi atribuído o valor 0, tendo como modelo os estudos de Almeida et al. (2016) e Neder et al. (2017). A partir deste cálculo foi feita a somatória da pontuação de cada orientação médica, e esta foi utilizada no cálculo do IAT, de acordo com a seguinte equação:

$$IAT = \frac{n^{\circ} \text{ de orientações seguidas} \times 100}{n^{\circ} \text{ total de orientações médicas}} \%$$

Em seguida, foi feita a análise dos contextos descritos pelo participante relacionando-os à adesão ou a não adesão ao tratamento, de modo a identificar variáveis facilitadoras ao seguimento das instruções da médica.

Com o objetivo de averiguar a confiabilidade da pontuação atribuída pela pesquisadora aos relatos dos participantes nos R24h, dois avaliadores externos, sem

conhecimento sobre os procedimentos da pesquisa, fizeram a contagem às cegas da pontuação de todos os R24h aplicados na pesquisa, tendo por base as mesmas regras para pontuação utilizadas pela pesquisadora. O índice de concordância foi calculado entre pares de avaliadores, incluindo a pesquisadora, sendo obtidos índices iguais ou superiores a 75% nos R24h (Anexo J), o que de acordo com Fagundes (1982) indicam bom nível de confiabilidade das pontuações atribuídas pela pesquisadora aos relatos dos participantes.

Por fim, fez-se a comparação entre os resultados obtidos com o IHSA e o valor de IAT obtido por meio do R24h, verificando-se a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento.

Os cálculos dos valores do SLEDAI foram feitos pela reumatologista, a partir da análise e interpretação dos dados clínicos e laboratoriais de cada participante, ao início e ao término da pesquisa. Dessa maneira, foi possível avaliar a concordância entre os relatos de adesão ao tratamento e as modificações no estado de saúde de cada participante.

RESULTADOS

Características dos participantes

Na Tabela 1 estão apresentadas as características gerais dos participantes. A amostra foi composta por oito participantes do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade entre 12 a 17 anos, e o tempo de diagnóstico entre 10 meses a oito anos.

Quanto à escolaridade, cinco participantes estavam matriculados no ensino fundamental (EF) e quatro no ensino médio (EM). Quanto ao local de moradia, apenas três participantes residiam na capital, sendo a maioria do interior do Estado.

Tabela 1
Características gerais dos participantes do Estudo 1

Participantes	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico	Escolaridade	Local de Moradia
P1	F	16 anos	11 anos	2º ano/EM	Castanhal-PA
P2	F	13 anos	10 meses	8º ano/EF	Cametá-PA
P3	F	17 anos	8 anos	2º ano/EM	Belém-PA
P4	F	12 anos	1 ano e 7 meses	6º ano/EF	Belém-PA
P5	F	16 anos	3 anos	1º ano/EM	Ananindeua-PA
P6	F	13 anos	1 ano e 8 meses	7º ano/EF	Belém-PA
P7	M	15 anos	3 anos	8º ano/EF	Santa Isabel-PA
P8	F	14 anos	2 anos e 4 meses	9º ano/ EF	Santa Rosa, Vigia-PA
P9	F	17 anos	2 anos e 8 meses	2º ano/EM	Bujaru-PA

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota: F= feminino; M= masculino; EM= Ensino Médio; EF= Ensino Fundamental; PA= Pará.

Características do repertório de habilidades sociais

Em relação ao IHSA, a comparação entre os percentis referentes à frequência e à dificuldade, obtidos pelos participantes no Escore Total do IHSA (Del Prette & Del Prette, 2009b), está apresentada na Figura 1.

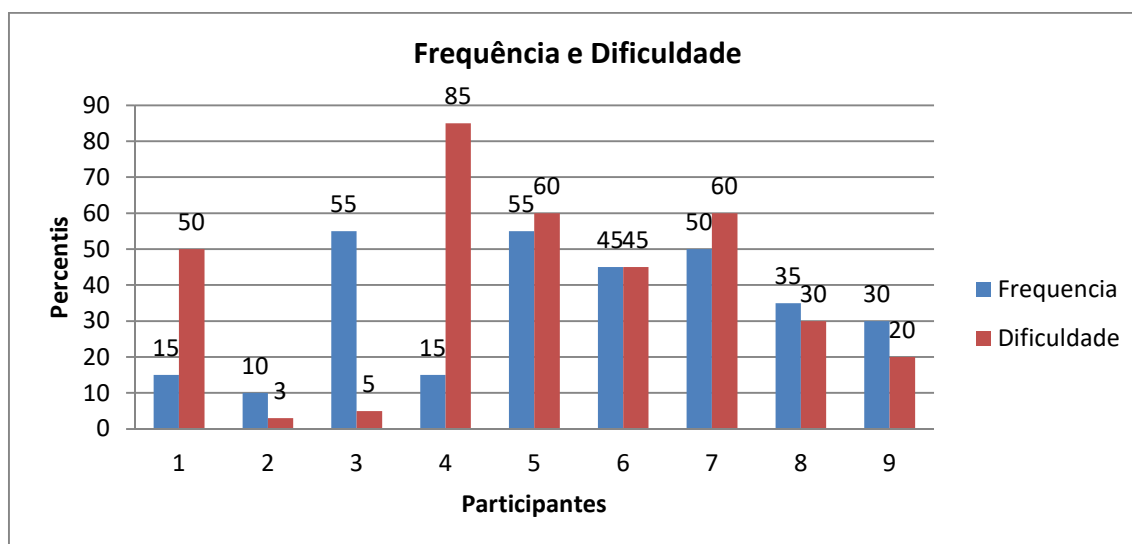


Figura 1. Comparação entre os percentis de frequência e de dificuldade obtidos pelos nove participantes do Estudo 1 no Escore Total do IHSA.

Nota: Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Os resultados apresentados na Figura 1 mostram que, quanto à frequência do escore total, os participantes que apresentaram maior percentil foram P3 e P5 (ambos com percentil 55), seguidos por P7 (percentil 50) e por P6 (percentil 45), indicando que estes foram classificados como tendo um bom repertório de HS, com resultados dentro da média para a maior parte dos itens. O repertório de HS dos demais participantes ficou classificado na média inferior para P8 (percentil 35) e P9 (percentil 30) e abaixo da média inferior para P1 e P4 (ambos com percentil 15) e para P2 (percentil 10).

Quanto à avaliação da dificuldade para a emissão de comportamentos de HS, a participante P4 foi a única que apresentou percentil indicativo de alto custo de resposta para a emissão de HS no escore total. Os demais foram classificados como de médio (P1, P5, P6 e P7) ou de baixo custo de resposta (P2, P3, P8 e P9).

Relacionando frequência e dificuldade na emissão de HS, observaram-se repertórios de HS menos elaborados nas participantes P1 e P4, uma vez que as mesmas apresentaram resultados em que o nível de frequência foi baixo e a dificuldade foi considerada média ou alta. Nos participantes P5, P6 e P7 observou-se bom repertório com médio custo de resposta. Embora as participantes P8 e P9 tenham obtido posição percentil para frequência compatível a um repertório médio inferior de HS (com resultado abaixo da média em grande parte dos itens, indicando necessidade de treino de habilidades sociais), quanto à dificuldade estes participantes se classificaram como de baixo custo de resposta na emissão das habilidades. Observou-se maior incoerência nos resultados obtidos pela participante P2 que foi a que obteve menor percentil de frequência (classificando-se como abaixo da média inferior) e também a com menor avaliação da dificuldade para a emissão destes comportamentos.

A comparação entre os percentis referentes à frequência e à dificuldade obtidos pelos participantes em cada um dos seis fatores do IHSA (Del Prette & Del Prette, 2009b) está apresentada na Figura 2.

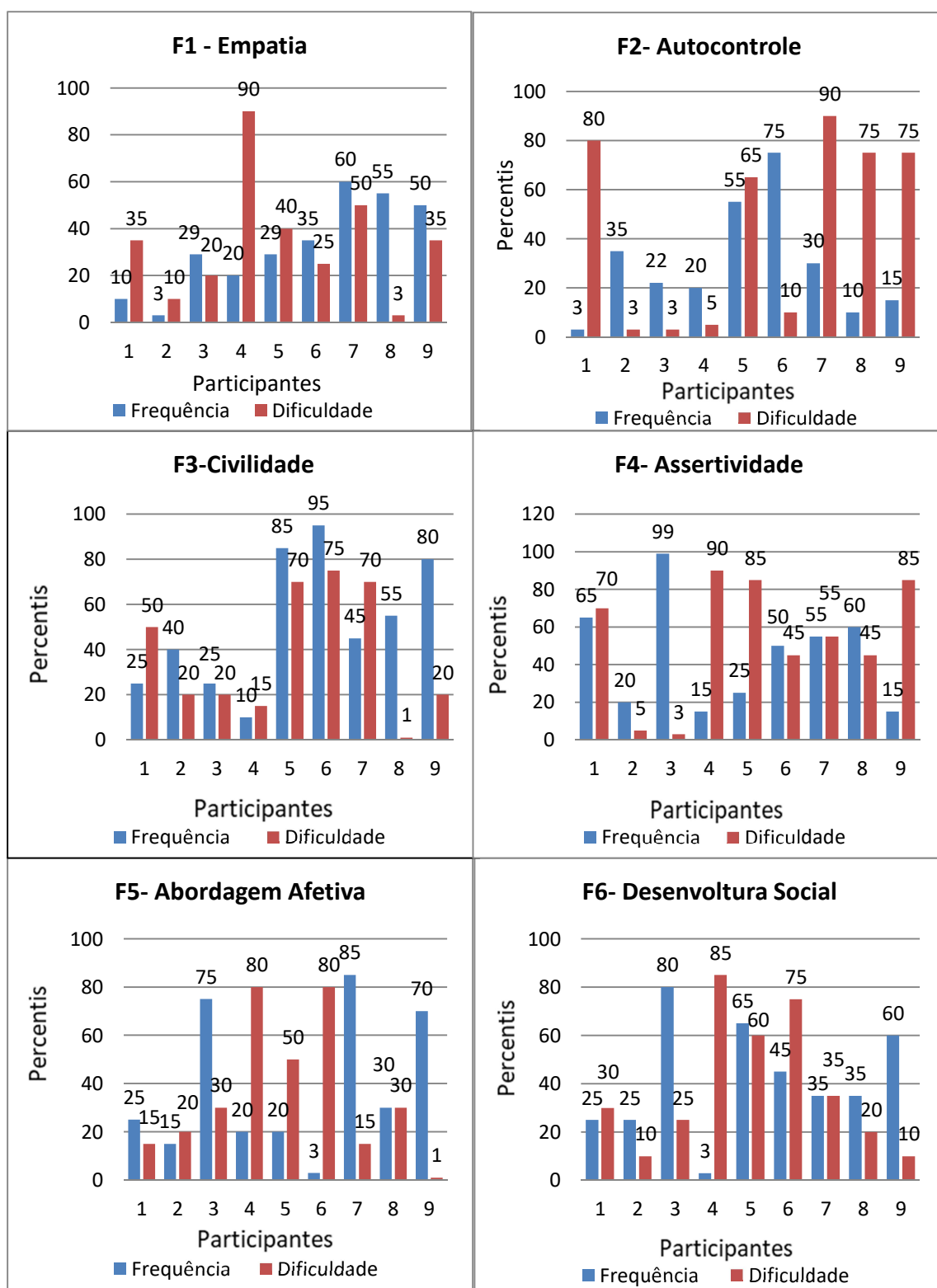


Figura 2. Comparação entre percentis de frequência e de dificuldade obtidos pelos nove participantes do Estudo 1 nos seis fatores do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes. *Nota:* Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Quanto ao percentil da frequência de F1-Empatia, somente três participantes (P7, P8 e P9) alcançaram resultados indicando bom repertório, com resultados dentro da média para a maior parte dos itens avaliados. Os demais participantes se classificaram como na média inferior (P3, P5 e P6) ou como abaixo da média inferior (P1, P2 e P4). Entretanto, a maioria dos participantes (n=6) avaliou como de baixo custo a emissão de comportamentos referentes à empatia; os que declararam maior dificuldade foram P4, P5 e P7.

Em relação ao F2-Autocontrole, a maioria apresentou baixa frequência, com o repertório classificado como na média inferior (P2 e P7) ou como abaixo da média inferior (P1, P3, P4, P8 e P9). Os com melhor resultado foram P5 (classificado com bom repertório) e P6 (com repertório elaborado). O resultado de quatro participantes (P1, P7, P8 e P9) indicou alto custo para a emissão de comportamentos relacionados ao autocontrole.

Quanto ao F3-Civilidade, a maioria foi classificada como tendo bom repertório (P2, P7 e P8) ou repertório altamente elaborado (P5, P6 e P9). Destes, somente três (P5, P6 e P7) apontaram alto custo de resposta na emissão de comportamentos de civilidade.

No Fator 4-Assertividade, observou-se que o participante P3 obteve resultados indicando repertório altamente elaborado e com baixo custo de resposta; dentre os classificados com bom repertório, três (P6, P7 e P8) apontaram médio custo de resposta e um (P1) alto custo de resposta. Os participantes P4, P5 e P9 foram classificados como abaixo da média inferior e com alto custo de resposta. E P2 foi classificado como abaixo da média inferior e com baixo custo de resposta na emissão de classes de comportamentos relacionadas à assertividade.

Em relação ao Fator 5-Abordagem afetiva, três participantes foram classificados com baixo custo de resposta, sendo um com repertório elaborado (P3) e dois com repertório altamente elaborado (P7 e P9). Cinco participantes (P1, P2, P4, P5 e P6) foram classificados

com repertório abaixo da média inferior, com dois deles (4 e 6) indicando alto custo de resposta para este fator.

Quanto ao Fator 6-Desenvoltura social, somente P3 foi classificado com repertório altamente elaborado e com baixo custo de resposta. Três (P5, P6 e P9) apresentaram bom repertório enquanto a maioria (n=5) ficou classificada com repertório médio inferior (P7 e P8) ou abaixo da média inferior (P1, P2 e P4).

Adesão ao tratamento e habilidades sociais

No que se refere à relação entre habilidades sociais e a primeira avaliação do IAT, a Tabela 2 apresenta os resultados de acordo com a correlação de Pearson considerando os nove participantes. Verifica-se que houve correlação altamente significativa entre o IAT e a frequência da subescala Abordagem afetiva (F5), não havendo outro indicativo de correlação entre as demais subescalas. Esse resultado indica que os participantes com melhores habilidades de abordagem afetiva eram aqueles com melhores IAT ao início do estudo.

Tabela 2

Coeficiente de correlação de Pearson entre os escores da frequência e da dificuldade em habilidades sociais e o índice de adesão ao tratamento ao início do Estudo 1

Subescalas do IHSA	IAT 1	
	Frequência	Dificuldade
Escore total	0,398	0,746
F1 Empatia	0,249	0,987
F2 Autocontrole	0,093	0,183
F3 Civilidade	0,402	0,857
F4 Assertividade	0,164	0,686
F5 Abordagem afetiva	0,001**	0,057
F6 Desenvoltura social	0,572	0,176

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: ** Correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed).

Na Tabela 3 estão apresentados os percentuais de adesão ao tratamento dos participantes, obtidos em dois momentos do estudo a partir do cálculo do IAT1 e do IAT2,

comparados aos valores do SLEDAI, ao percentil da frequência do escore total e do F5-Abordagem afetiva do IHSA.

Tabela 3

Relação entre a classificação dos valores dos percentis da frequência do Escore total e do Fator5-Abordagem afetiva com os valores do SLEDAI e do IAT1 e IAT2 dos participantes do Estudo 1

Escore	Classificação	Participante	Percentil	IAT1	IAT2	SLEDAI
Total	Bom repertório	P3	55	62,5%	75%	0
		P5	55	50%	62,5%	0
		P6	45	37,5%	25%	0
		P7	50	75%	75%	0
	Médio inferior	P8	35	50%	37,5%	4
		P9	30	50%	62,5%	4
	Abaixo da média inferior	P1	15	50%	75%	8
		P2	10	50%	50%	8
		P4	10	37,5%	37,5%	10
F5-Abordagem afetiva	Classificação	Participante	Percentil	IAT1	IAT2	SLEDAI
	Altamente elaborado	P7	85	75%	75%	0
	Elaborado	P3	75	62,5%	75%	0
		P9	70	50%	62,5%	4
	Médio inferior	P8	30	50%	37,5%	4
	Abaixo da média inferior	P1	25	50%	75%	8
		P2	15	50%	50%	8
		P4	20	37,5%	37,5%	10
		P5	20	50%	62,5%	0
		P6	3	37,5%	25%	0

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir de uma inspeção visual da Tabela 3, pode-se observar que os participantes (P2 e P4), com percentis mais baixos tanto no Escore total quanto no Fator 5-Abordagem afetiva, foram os que apresentaram os SLEDAIS mais elevados (8 e 10, respectivamente, significando que o LESJ estava em atividade nestas participantes).

Dos nove participantes, quatro (P1, P3, P5 e P9) apresentaram aumento do IAT na segunda aplicação quando comparados à primeira. Os participantes com maior percentual de IAT foram P3 (IAT1-62,50% e IAT2-75%) e P7 (IAT1-75% e IAT2-75%) os quais apresentaram percentil no Escore total compatível com bom repertório de HS (55 e 50 respectivamente). No F5-Abordagem afetiva, fator com correlação positiva para adesão, ambos apresentaram percentil compatível com repertório elaborado de HS (75 e 85 respectivamente), e o SLEDAI indicando inatividade da doença.

De acordo com os relatos dos participantes obtidos durante as entrevistas, a maior dificuldade de seguimento das regras do tratamento estava relacionada ao uso do protetor solar uma vez que todos mencionaram não utilizar este produto com a regularidade recomendada pelos profissionais. O mesmo foi observado quanto à prática regular de atividade física, com sete participantes relatando que não seguiam esta orientação. Quanto ao uso de medicamentos, os relatos indicaram que, apesar de todos utilizarem os medicamentos recomendados, a maioria (n=5) não cumpria rigorosamente o horário indicado. Quanto à alimentação, observou-se que todos tinham dificuldades para realizar as seis refeições diárias conforme recomendado pela médica e também não seguiam as orientações quanto à qualidade da alimentação uma vez que foram frequentes relatos acerca do consumo elevado de frituras, excesso de sal, pouco ou nenhum consumo de legumes, verduras e frutas.

A análise dos contextos descritos pelos participantes em relação à adesão ao tratamento durante a primeira entrevista apontou algumas variáveis facilitadoras. Seis participantes relataram que recebiam apoio familiar para o seguimento das orientações ao tratamento. Dentre os apoiadores, os mais citados foram a mãe, a tia, a avó e a irmã. O tipo de ajuda mais frequente se relacionava ao preparo do alimento (n=4), lembrar o participante de tomar o medicamento (n=4) e quanto ao uso do protetor solar (n=1). Quanto aos fatores

apontados pelos participantes como obstáculos para a adesão ao tratamento, os mais citados se relacionavam às restrições indicadas para o consumo alimentar (n=3), o incômodo causado pela necessidade do uso frequente do protetor solar (n=3) e as limitações quanto à exposição ao Sol (n=2). Os resultados obtidos com a entrevista realizada após a consulta de retorno dos participantes com a reumatologista foram semelhantes, indicando que não ocorreram mudanças na adesão ao tratamento no período em que o Estudo 1 foi realizado.

DISCUSSÃO

Em relação aos resultados referentes à frequência, observou-se que tanto no escore total quanto na maior parte das subescalas (F1-Empatia, F2-Autocontrole, F5-Abordagem Afetiva e F6-Desenvoltura Social) do IHSA a maioria dos participantes do Estudo 1 apresentou repertório abaixo da média, com indicativo para treino de habilidades sociais. Dentre as subescalas, a que apresentou pior resultado foi o Fator 2-Autocontrole, o que sugere que os participantes tinham dificuldades para reagir com calma diante de situações aversivas como ofensas, críticas, gozações e contrariedades; e também dificuldades para controlar a agressividade (Del Prette & Del Prette, 2009b).

Por se tratar de um estudo descritivo, os resultados não permitem identificar causas para a baixa frequência na emissão de comportamentos de habilidades sociais nos participantes. Porém, é possível inferir que os déficits detectados podem ter relação com os prejuízos que uma doença crônica como o LESJ pode provocar, uma vez que a alteração na aparência (e.g. edema facial, queda de cabelo, erupções cutâneas etc.), além de dores quando a doença está em atividade, pode refletir na diminuição do convívio social e na dificuldade de adaptação à rotina por esses adolescentes. Conforme Seabra et al. (2009), devido à incurabilidade da doença e à necessidade de tratamento contínuo para a manutenção da vida, os adolescentes têm o cotidiano modificado, podendo ser frequentemente submetidos a

exames, consultas, tratamentos e hospitalizações à medida que a doença progride. Vieira e Lima (2002) também ressaltam sobre as limitações da doença crônica que contribuem para um repertório comportamental diferenciado comparado a crianças e adolescentes saudáveis. Neste sentido, ter um repertório elaborado de HS poderia funcionar como um fator de proteção para lidar com estes contextos.

Pode-se supor também que alguns participantes do Estudo 1 não tenham tido acesso, durante o percurso de seu desenvolvimento, a contextos específicos de aprendizagem de alguns dos comportamentos sociais avaliados por meio do IHSA, seja por causa da própria doença ou não. De acordo com Del Prette e Del Prette (2012) e Murta et al. (2006), o desenvolvimento das habilidades sociais acontece desde a infância de maneira que na adolescência espera-se um refinamento dessas, a fim de que se estabeleça a manutenção de interações sociais saudáveis.

Quanto aos resultados relacionados à dificuldade para a emissão de HS, notou-se que tanto no escore total quanto nos fatores F2-Autocontrole e F4-Assertividade, os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentou médio ou alto custo de resposta, enquanto que nos fatores F1-Empatia, Fator 3-Civilidade, F5- Abordagem afetiva e Fator 6- Desenvoltura social a maioria apresentou baixo custo de resposta. Segundo Del Prette e Del Prette (2011) o excesso de dificuldade sugere a presença de fatores como ansiedade e possíveis déficits de fluência dos comportamentos de HS

Comparando-se os resultados da frequência com os da dificuldade, notou-se que nem sempre os fatores com menor frequência de comportamento eram os com maior custo de resposta, ou vice-versa. De acordo com Del Prette e Del Prette (2009b), um indivíduo pode apresentar uma frequência razoável para determinados comportamentos e relatar dificuldade na emissão dos mesmos, assim como haver relatos de baixa dificuldade, porém com

frequência inferior à esperada, sendo as situações mais críticas aquelas com alta dificuldade e baixa frequência, indicando déficits no repertório.

A participante que apresentou situação mais crítica foi P4, pois esta apresentou, tanto no escore total quanto no Fator 1–Empatia, Fator 4–Assertividade, Fator 5–Abordagem afetiva e Fator 6–Desenvoltura social, escores indicando baixa frequência e alta dificuldade na emissão dessas habilidades. Estes resultados indicam prejuízos para a qualidade de vida desta participante que era a mais jovem e a com o maior valor de SLEDAI. Silva e Murta (2009) alertam que quando estes déficits ocorrem na fase de desenvolvimento como a infância e a adolescência podem comprometer fases posteriores do ciclo vital. Neste sentido, os resultados desta pesquisa apontam para a relevância do atendimento psicológico aos pacientes com LESJ.

Quanto aos melhores percentis obtidos no IHSA, a subescala F3-Civilidade foi aquela na qual a maioria dos participantes apresentou repertório classificado como bom, elaborado ou altamente elaborado. Tais resultados indicam que os participantes tinham um bom conhecimento das normas culturais básicas de convivência social (Del Prette & Del Prette, 2009b).

Um relevante resultado foi a correlação positiva entre o IAT e o Fator 5- Abordagem afetiva. Segundo Del Prette e Del Prette (2009b), neste fator estão incluídas as habilidades que implicam em saber estabelecer contato e conversação para relações de amizade, enturmar-se com grupos na escola, além de relações de intimidade sexual e expressão de satisfação e insatisfação a diferentes formas de carinho. Observou-se que os participantes com os melhores IATs (P3 e P7) foram os que apresentaram percentis no Fator 5 indicando repertório elaborado em abordagem afetiva, com SLEDAI indicando inatividade da doença (o que poderia confirmar a adesão ao tratamento relatada por estes dois participantes). Do mesmo modo, os participantes com baixos IATs (P2 e P4) e percentis no Fator 5 indicando

repertório abaixo da média inferior foram os que apresentaram SLEDAI mais elevados indicando atividade da doença (o que poderia estar relacionado à dificuldade para seguir as orientações do tratamento).

O desenvolvimento de habilidades de abordagem afetiva pode estar relacionado às estratégias de resolução de conflitos e de negociação utilizadas pelos cuidadores em interação com os filhos adolescentes, em especial em contextos de gerenciamento de uma doença crônica como o LESJ. A literatura sugere que essas estratégias quando desenvolvidas pelos pais podem servir de modelos para relações interpessoais desses adolescentes em outros contextos, facilitando o desenvolvimento destas habilidades (Assunção & Matos, 2010; Rocha et al., 2011). É possível que adolescentes com LESJ que não têm essas habilidades de resolução de conflitos desenvolvidas tenham dificuldades para aderir ao tratamento na ausência de supervisão de seus cuidadores, pois, segundo Levy e Kamphuis (2012), o LESJ se manifesta em uma população na qual muitas transformações estão em curso, comportamentos de independência e de autonomia precisam ser instalados e mantidos, alterações hormonais ocorrem como preparação à atividade sexual, e a vida social torna-se cada vez mais importante na vida com seus pares, demandando destes jovens um repertório de HS mais elaborado.

Os resultados referentes à adesão ao tratamento indicaram que os participantes tinham dificuldades no seguimento do conjunto das regras prescritas. Em parte, isto pode estar relacionado à complexidade dessas regras (Almeida et al., 2016; Malerbi, 2011; Neder, 2015), assim como ao fato de o tratamento do LESJ expor esses adolescentes a estímulos aversivos, como os efeitos colaterais dos medicamentos (Almeida et al., 2016) e mudanças na sua rotina de vida diária (Almeida et al., 2016; Seabra et al., 2009). De acordo com Coelho e Amaral (2008), as regras do tratamento descrevem as mudanças comportamentais necessárias para o seu controle. Contudo, nem sempre são seguidas em virtude da

concorrência existente entre as contingências ambientais que mantém os comportamentos habituais do jovem e as novas contingências dispostas pela equipe de saúde como necessárias ao controle da doença.

Os melhores índices de adesão corresponderam principalmente ao seguimento das regras em relação ao uso de medicamentos, o que, segundo Malerbi (2011) e Sales e Tamaki (2007) é a classe de respostas de mais fácil adesão em tratamento de doenças crônicas. Mesmo assim, Neder (2015) chama atenção para o fato de que, no caso do LESJ, a análise da adesão ao uso de medicamentos deve considerar a variedade de medicamentos indicada, a frequência das tomadas de comprimidos, as consequências imediatas observadas após a ingestão do medicamento ou mesmo a disponibilidade do medicamento no ambiente. Neste estudo, observou-se que mesmo tendo acesso à variedade de medicamentos, a adesão ficou prejudicada pelo não cumprimento do horário prescrito pela médica. Por sua vez, a literatura também aponta para uma maior probabilidade de abandono dos medicamentos tão logo seja observada a remissão dos sintomas (Santos, 2009). No caso do LESJ, há fases em que a doença se encontra inativa, isto é, nas quais há ausência de sintomas; nestas fases os cuidados com a saúde tendem a ser negligenciados, numa postura culturalmente comum dos jovens de não perseverança diante de medidas de prevenção secundária (Mattje & Turato, 2006). Tais relações poderiam ser investigadas em estudos longitudinais.

Com relação à dificuldade de adesão à dieta, os resultados são similares aos encontrados nos estudos de Almeida et al. (2016), Casseb et al. (2008), Gomes et al. (2012) e Neder (2015). Esta dificuldade estaria relacionada à mudança no padrão de comportamento alimentar, com a exigência de restrição a hábitos já instalados no repertório dos participantes, como o consumo de sal e de frituras, e por exigir auto-observação e seguimento de regras complexas. Quanto ao uso inadequado do protetor solar, os resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Almeida et al. (2016) e no de Neder (2015)

nos quais se observou relação entre os efeitos aversivos da oleosidade do protetor sobre a pele como uma função de esquia favorecendo a não adesão a esta instrução do tratamento pelos participantes. Quanto à atividade física, deve-se considerar que, em alguns casos a orientação poderia ser para a restrição aos exercícios físicos, em especial nos casos em que a doença estivesse em atividade, o que deveria ter sido melhor aprofundado no estudo.

Dentre as variáveis facilitadoras da adesão ao tratamento, a maioria dos participantes relatou o apoio familiar. Tais resultados foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Almeida et al. (2016), Mulvaney et al. (2010) e Palmer et al. (2010) quanto à presença de um cuidador monitorando o comportamento do paciente como variável auxiliar para a instalação e a manutenção do comportamento de seguir as instruções do tratamento, auxiliando inclusive no gerenciamento do tratamento pelo próprio adolescente.

Os resultados deste estudo indicam que os participantes possuíam déficits em HS e baixos IATs. Também indicam correlação entre frequência de habilidades de abordagem afetiva e melhor adesão ao tratamento. Tais resultados sugerem que os participantes poderiam ser beneficiados pelo treinamento de habilidades sociais como parte do tratamento de LESJ, uma vez que, segundo Cabalo (2012), o treino seria uma técnica essencial para que fossem ensinados comportamentos específicos, praticados e integrados ao repertório comportamental do indivíduo. Para tanto, segundo Del Prette e Del Prette (2009b), uma análise detalhada dos itens de habilidades sociais de cada uma das subescalas é essencial, já que permitiria identificar as especificações de cada caso, considerando as situações em que tais comportamentos fossem emitidos e identificando as habilidades mais comprometidas visando intervenção para melhora no repertório, o que demanda a realização de estudos longitudinais, com delineamento do sujeito como seu próprio controle.

O Estudo 1 apresentou resultados importantes para essa discussão, pois apesar da pequena amostra, trata-se de um estudo inédito na área, já que a maioria dos estudos sobre

habilidades sociais em adolescentes foram realizados em contextos escolares ou relacionados a outras patologias. Dessa maneira, espera-se que esta pesquisa contribua para enriquecer não apenas o acervo de estudos sobre HS, mas também sobre a possibilidade de sua relação com adesão ao tratamento do LESJ.

ESTUDO 2

OBJETIVO

O segundo estudo foi realizado com o objetivo de verificar os efeitos de um treino em automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e sua relação com a adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ.

MÉTODO

Participantes

Foram selecionadas quatro (N= 4) adolescentes com diagnóstico de LESJ selecionadas que participaram do Estudo 1. Os critérios de inclusão foram: (a) Ter baixo IAT no Estudo 1, ou seja, resultado igual ou abaixo de 50%; (b) Ter apresentado baixo percentil em pelo menos duas habilidades em qualquer um dos escores fatoriais do IHSA; (c) Residir na Região Metropolitana de Belém-PA; (d) Concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 (Anexo K) e o Termo de Assentimento 2 (Anexo L). Os critérios de exclusão foram os mesmos utilizados no Estudo 1.

Ambiente

Os dados do Estudo 2 foram coletados no consultório do Serviço de Psicologia do HU e em ambiente domiciliar, conforme acordo previamente estabelecido com as participantes e seus responsáveis.

Instrumentos

No Estudo 2 foram utilizados os seguintes instrumentos já descritos no Estudo 1: Prontuário do participante, Recordatório 24 horas, IHSA, Pirâmide de frequência, SLEDAI.

Além desses instrumentos, também foram utilizados:

Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilidosos (Anexo M): Instrumento composto por quatro colunas, onde nas linhas da primeira coluna estavam escritos os comportamentos identificados no IHSA como aqueles nos quais o participante obteve baixo percentil durante o Estudo 1. Ao lado destes comportamentos, havia uma escala de três níveis, com cada nível disposto em uma das três colunas restantes: (1) já faço e poderei continuar fazendo; (2) não faço, mas poderei fazer, e (3) será muito difícil fazer. A participante era solicitada a marcar um X na célula da tabela que correspondesse ao nível por ele apresentado em relação a cada comportamento descrito na tabela. A partir de então, era elaborada uma hierarquia para as classes de comportamentos, ordenando-as da mais fácil para a mais difícil de ser emitida, de acordo com a avaliação da participante.

Formulário de Automonitorização (Anexo N): Instrumento elaborado para o registro da ocorrência dos comportamentos organizados segundo a Tabela de hierarquia dos comportamentos socialmente habilidosos e composto por oito colunas. Na primeira, havia linhas nas quais estavam listados os comportamentos em ordem crescente de dificuldade, seguindo a Tabela de hierarquia. As outras sete colunas correspondiam a cada um dos dias da semana. Nestas, o participante deveria registrar a ocorrência e os contextos em que

houvesse emitido os comportamentos socialmente habilitados na semana seguinte à entrevista.

Roteiro de Entrevista para Auto-observação (Anexo O): Roteiro estruturado contendo perguntas relacionadas ao registro feito pelo participante no Formulário de automonitorização. Inicialmente, perguntava-se ao participante acerca de dificuldades que ele teve para o preenchimento do Formulário. Em seguida, pedia-se a descrição da ocorrência do comportamento-alvo e de seus contextos, assim como da descrição de outros comportamentos socialmente habilitados que o participante tenha emitido na semana. Concluindo, a participante era solicitada a descrever as dificuldades observadas na emissão do comportamento-alvo durante a semana.

Diagrama de análises funcionais (Anexo P): Tabela impressa por meio da qual a participante era treinada na observação e na análise de variáveis contingentes ao comportamento-alvo, relacionando-as à adesão ao tratamento.

Roteiro de Entrevista Final para Feedback (Anexo Q): Roteiro estruturado com o objetivo de apresentar os resultados obtidos pelo participante ao longo do estudo por meio dos valores de IAT e do IHSA, assim como os SLEDAIS.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada em seis etapas:

Etapas 1: A partir da apresentação dos resultados do IHSA e do IAT, realizada durante a entrevista devolutiva do Estudo 1, o participante que preenchesse os critérios de inclusão era convidado a participar do Estudo 2. No caso de concordância, fazia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 e do Termo de Assentimento 2 e, em seguida, o agendamento da próxima entrevista a ser realizada no ambulatório do HU, em um intervalo de 15 dias.

Etapa 2: Inicialmente, a participante respondia ao R24h a fim de fazer-se o levantamento de uma nova linha de base quanto ao IAT. Em seguida, as quatro participantes foram distribuídas por ordem de ingresso na pesquisa em duas condições. Na Condição 1, duas participantes foram submetidas ao procedimento de intervenção. Na Condição 2, duas participantes somente foram avaliadas ao início e ao final do estudo.

Etapa 3: As participantes da Condição 1 foram submetidas a entrevistas individuais semanais, gravadas em áudio, por meio das quais realizou-se um treino em habilidades sociais. Inicialmente, considerando-se o resultado do IHSA obtido no Estudo 1, era construída a Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilidosos. A partir da construção desta Tabela, fez-se uma lista das habilidades sociais em déficit, solicitando-se que a participante avaliasse cada classe de comportamento, indicando quais estavam sendo emitidas (já faço e poderei continuar fazendo), as possíveis de serem emitidas durante o treino (não faço mas poderei fazer) e as mais difíceis de serem emitidas (será muito difícil fazer). A partir desta análise elaborou-se uma hierarquia desses comportamentos, na qual as classes de comportamentos foram ordenadas da mais fácil para a mais difícil de ser emitida, de acordo com a avaliação de cada participante. Em seguida, a participante recebia instruções sobre como realizar o registro no Formulário de automonitorização, tomando como modelo os comportamentos de HS emitidos na semana anterior à entrevista. As instruções eram as seguintes: “Toda semana haverá um comportamento-alvo, você deverá tentar emití-lo, e também poderá registrar a ocorrência dos demais comportamentos”.

Etapa 4: Em seguida, fez-se um acordo entre a participante e a pesquisadora, no qual a primeira se comprometia a emitir os comportamentos ordenados com base na Tabela de hierarquia elaborada na etapa anterior. Neste acordo, foi selecionado um comportamento-alvo para cada semana, seguindo a ordem crescente de dificuldade conforme a avaliação feita pela participante. A seguir, foram realizadas entrevistas nas quais a participante recebia

um Formulário de automonitorização para preencher diariamente durante a semana subsequente. Embora o objetivo principal do acordo fosse a emissão de um comportamento-alvo por semana, a participante poderia registrar no Formulário os demais comportamentos socialmente habilidosos listados, caso estes ocorressem durante o período acordado. Durante as entrevistas semanais, a participante deveria apresentar à pesquisadora o Formulário de Automonitorização com o registro dos comportamentos emitidos na semana antecedente e, com o auxílio da pesquisadora, era preenchido o Roteiro de entrevista para auto-observação, no qual era solicitado à participante que descrevesse os contextos em que os comportamentos registrados ocorreram, com o objetivo de montar um diagrama de análises funcionais. Neste momento, eram apresentadas à participante algumas situações-problema relacionadas à adesão ao tratamento com o objetivo de auxiliá-la na análise da relação destas situações com suas habilidades sociais.

Foram realizadas quantas entrevistas fossem necessárias até a conclusão da lista de comportamentos registrados na Tabela de hierarquia. A cada encontro também era feito o acompanhamento do IAT, por meio da aplicação do R24h. Nesta etapa, durante o treino em habilidades sociais com as participantes da Condição 1, as participantes da Condição 2 ficaram expostas às condições de atendimento de rotina do ambulatório de reumatologia do HU.

Etapa 5: Ao final do treino em habilidades sociais, tanto as participantes da Condição 1 quanto as da Condição 2 foram submetidas a uma entrevista na qual realizou-se a reaplicação do IHAS e do R24h.

Etapa 6: Após uma semana, realizou-se um encontro com cada participante, seguindo o Roteiro de Entrevista Final para Feedback.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora realizou consulta aos prontuários das participantes e analisou com o auxílio da reumatologista os resultados dos SLEDAIs obtidos neste período.

Análise dos dados

Todas as gravações das entrevistas foram transcritas na íntegra para organização e análise dos dados coletados.

Os dados obtidos a partir da aplicação dos R24h foram analisados conforme descrito no Estudo 1, com o objetivo de calcular o IAT.

Os resultados obtidos com as participantes da Condição 1 foram organizados e apresentados na forma de estudo de caso, segundo o delineamento do sujeito como seu próprio controle o qual permite a descrição detalhada e sistemática dos procedimentos utilizados com o participante durante a intervenção. Neste sentido foram construídas figuras e tabelas nas quais os IATs foram apresentados em ordem cronológica. Os formulários de registro de automonitorização foram analisados a partir da frequência dos comportamentos-alvo e dos comportamentos socialmente habilidosos marcados pela participante no formulário a cada semana, analisando-se a aquisição de novos comportamentos pela participante.

Com os dados obtidos com a aplicação do IHSA antes e após o treino em automonitorização fez-se uma comparação do escore total e de cada subescala obtida pela participante com o escore total e de cada subescala da amostra normativa de acordo com sexo e faixa etária, a partir do cálculo do Escore Z (Ayres, Ayres, Ayres, & Santos, 2007) permitindo analisar a estabilidade ou a mudança de cada item das subescalas. Também se utilizou o Método JT (Aguiar, Aguiar, & Del Prette, 2009) a fim de demonstrar a validade interna da intervenção utilizada, a partir do qual se fez comparações dos dados obtidos antes

e após a intervenção a fim de avaliar a significância clínica e a mudança confiável. De acordo com Del Prette e Del Prette (2008), este método implica em calcular a confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós intervenção e analisar o significado clínico dessas alterações.

Por fim, fez-se uma análise comparando o repertório de habilidades sociais das participantes da Condição 1 com as participantes da Condição 2 e seus respectivos IATs, antes e após a intervenção, com o objetivo de verificar os efeitos do uso de treino em automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e de adesão ao tratamento.

RESULTADOS

Características das participantes

Os dados referentes às características gerais das participantes das Condições 1 (Intervenção) e 2 (Rotina) estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4.

Características das participantes nas Condições 1 e 2 do Estudo 2

Variáveis	Condição 1		Condição 2	
	1A (P8 ^a)	1B (P9 ^a)	2A (P1 ^a)	2B (P2 ^a)
Idade	14 anos	16 anos	15 anos	13 anos
Escolaridade	9º ano/EF ^b	2º ano/EM ^c	2º ano/EM ^c	8º ano/EF ^b
Cidade onde reside	Vigia/Pa ^d	Bujaru-Pa ^d	Castanhal/Pa ^d	Cametá-Pa ^d
Com quem reside	Mãe e Pai	Mãe e Pai	Tia	Pai
Acompanhante na Consulta	Mãe	Pai	Tia	Pai
Tempo de diagnóstico	3 anos	3 anos	11 anos	10 meses
Tempo de acompanhamento no ambulatório do HU	3 anos	3 anos	11 anos	10 meses

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: ^aIdentificação da participante no Estudo 1; ^bEF= Ensino fundamental; ^cEM= Ensino médio; ^dPa= Estado do Pará.

Os dados da Tabela 4 informam que as participantes deste estudo tinham idades entre 13 a 16 anos, estavam regularmente matriculadas em escolas de ensino fundamental ou médio, residiam com familiares em cidade localizada no interior do Estado e tinham tempo de diagnóstico entre 10 meses a 11 anos. Em todos os casos, o tempo de acompanhamento no ambulatório de reumatologia do HU coincidia com o tempo de diagnóstico.

Linha de Base

História Clínica e relatos de adesão ao tratamento

1A foi diagnosticada com LESJ aos 11 anos, após episódio de febre alta diária, dor no corpo e quadro de pneumonia o que ocasionou sua única internação relacionada ao LESJ. Após alta, o nefrologista que a atendeu na rede privada indicou o ambulatório de reumatologia pediátrica do HU, onde deu início ao tratamento após confirmação do diagnóstico de LESJ. O relato de 1A ao contar sobre a confirmação do diagnóstico foi: *“Foi um pouco desesperador. Minha mãe se assustou muito por causa da menina que tem lá perto de casa, que é deformada e tem lúpus, mas ela não se trata”*. Em linha de base, apresentou como queixas dores de cabeça, dores nas pernas e cansaço. Fazia uso dos seguintes medicamentos: prednisona, hidroxicloroquina, folacin, cálcio, forasec, metotrexato e alpuran. De acordo com a avaliação clínica inicial realizada pela reumatologista pediátrica 1A apresentou pequena alteração na proteinúria, classificando-se com SLEDAI quatro. Esta participante relatou tomar corretamente os medicamentos (tanto em relação à dosagem quanto aos horários indicados), alimentar-se adequadamente (considerando a qualidade e o fracionamento das refeições), usar o protetor solar de acordo com as recomendações da reumatologista (isto é, de 4 em 4 horas). A participante compareceu às consultas com a médica sempre acompanhada pela mãe, e não faltou a nenhuma das entrevistas agendadas para a pesquisa.

1B foi diagnosticada com LESJ aos 13 anos. Apresentou histórico de três internações hospitalares relacionadas a esta doença, com o diagnóstico fechado na segunda quando foi encaminhada ao ambulatório de reumatologia pediátrica do HU. Em linha de base, apresentou como queixa principal dor, dispneia, calafrio, palpitação, cansaço, além de relatos de desmaio, rigidez articulares, inchaço nas pernas e face e cefaleia, obtendo quatro como avaliação do SLEDAI. Segundo relatos da participante, desde a descoberta da doença e início do tratamento sua rotina de vida foi alterada dificultando o desenvolvimento de suas atividades diárias. Na consulta inicial do estudo, a reumatologista fez solicitação para avaliação com neurologista e retorno ao cardiologista. Esta participante fazia uso de: prednisona, propranolol, hidroxicloroquina, azatioprina, sertralina, vitamina D e omeprazol. Relatou tomar corretamente todos os medicamentos (quanto à dosagem e aos horários), não praticar atividades físicas, não fazer todas as refeições recomendadas, e usar de maneira inadequada o protetor solar (o indicado seria de quatro em quatro horas). 1B compareceu a todas as consultas com a médica, sempre acompanhada por um dos genitores, e também foi assídua às entrevistas agendadas para a pesquisa.

2A foi diagnosticada com LESJ aos quatro anos. Ao iniciar o tratamento no HU sua única queixa era a sonolência. Já havia passado por uma internação devido ao comprometimento renal e, ao início da pesquisa, fazia acompanhamento com nefrologista, cardiologista, oftalmologista e com odontólogo, apresentava diagnóstico de nefrite lúpica classe IV, além de alteração da pressão arterial, anemia e estar aguardando cirurgia de catarata. Em linha de base, sua avaliação SLEDAI foi oito e estava fazendo uso de: losartana, adalat, hidralazina, hidroxicloroquina, prednisona, micofenolato, nifedipina e carbonato de cálcio. Relatou tomar corretamente os medicamentos, no entanto precisava reduzir o sal na alimentação para ajudar a equilibrar a pressão arterial. Relatou não praticar atividade física e não fazer uso correto do protetor solar.

. 2B havia sido diagnosticada há 10 meses. Em linha de base, apresentou como queixa principal manchas vermelhas nos membros inferiores e superiores, sem histórico de interações relacionadas ao LESJ. Fazia acompanhamento com urologista para controle de problema renal, com indicação de pulsoterapia. Seu SLEDAI foi classificado como oito e fazia uso de: hidroxicloroquina, prednisona, omeprazol, carbonato de cálcio, adtil, losartana, captopril e azatioprina. Esta participante comparecia acompanhada pelo pai às consultas. Relatou tomar corretamente os medicamentos, no entanto não praticava atividade física e não fazia uso correto do protetor solar. Durante a consulta com a médica observada, 2B recebeu recomendações quanto à alimentação, com ênfase na necessidade de variar mais os alimentos e consumir verduras para controle do colesterol. Segundo relato da participante, o LESJ lhe causava limitações, já que não podia estudar porque precisava pegar um barco pra chegar à escola e seu pai não deixava por causa da exposição ao Sol durante estas viagens.

Quanto à adesão ao tratamento, é possível observar que, a partir da análise do relato livre obtido na primeira entrevista de linha de base, todas as quatro participantes relataram aderir regularmente às orientações quanto ao uso de medicamentos. Quanto às orientações referentes à alimentação e ao uso do protetor solar, somente a participante 1A relatou adesão. Quanto à prática regular de atividades físicas, nenhuma das participantes havia aderido a esta regra ao início da pesquisa.

Considerando-se o cálculo do IAT geral obtido a partir do primeiro R24h, os resultados indicaram que as quatro participantes apresentaram 50% de adesão ao tratamento. A Tabela 5 apresenta o IAT obtido para cada categoria de tratamento (medicamento, alimentação, uso do protetor solar e atividade física), considerando as regras prescritas a cada participante.

Tabela 5

Valores de IAT obtidos pelas quatro participantes do Estudo 2 para cada categoria de tratamento em linha de base calculados a partir do primeiro R24h

Instruções	IAT linha de base			
	1^a	1B	2A	2B
Medicamentos	100%	71,4	75%	100%
Alimentação	50%	66,6%	66,6%	33,3%
Uso do Protetor Solar	50%	50%	50%	50%
Atividade Física	0%	0%	0%	0%

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota-se que quanto aos medicamentos a adesão variou de 71,4% a 100%; quanto à alimentação, a oscilação foi maior, variando de 33,3% a 66,6%; em relação ao uso do protetor solar todas apresentaram IAT de 50%; e quanto à atividade física nenhuma participante pontuou.

Habilidades sociais

Os percentis das frequências do escore total (ET) e dos seis escores fatoriais do IHSA obtidos em linha de base pelas quatro participantes estão descritos na Figura 3.

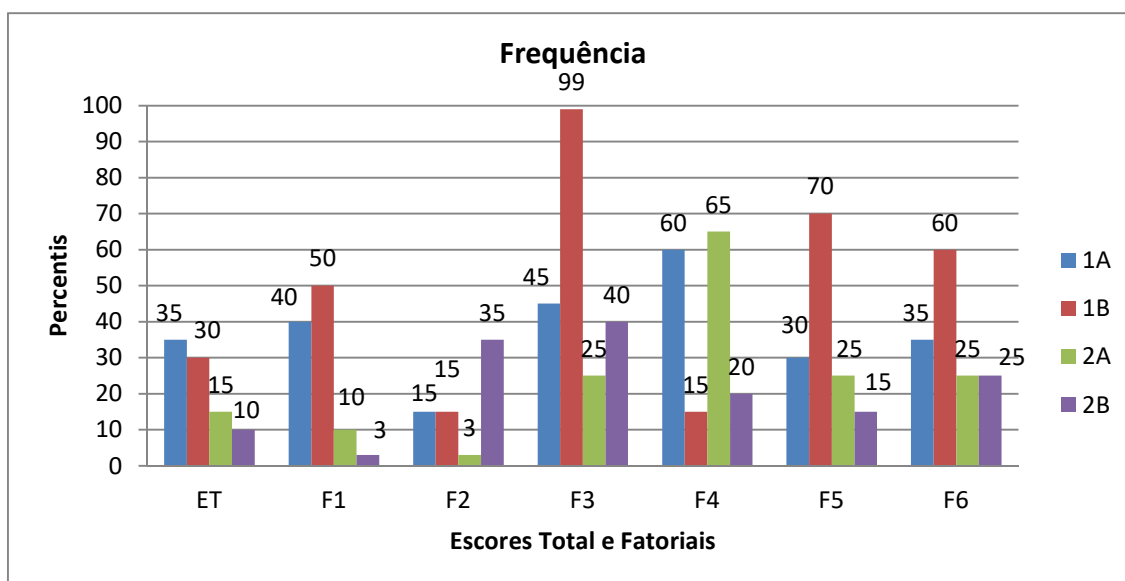


Figura 3. Frequências em percentil do Escore total e dos seis Escores fatoriais do IHSA obtidas por 1A, 1B, 2A e 2B em linha de base.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civilidade; F4-Assertividade; F5-Abordagem afetiva; F6- Desenvoltura social. Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média inferior; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado.

Observa-se que em relação ao ET, as participantes da Condição 1 (1A e 1B) classificaram-se com repertório médio inferior ao da amostra normativa, enquanto as participantes da Condição 2 (2A e 2B) classificaram-se com repertório abaixo da média inferior ao da amostra normativa. Com relação aos escores do Fator 1-Empatia, as participantes da Condição 1 classificaram-se com bom repertório, enquanto as da Condição 2 classificaram-se com repertório abaixo da média inferior ao da amostra normativa. No Fator 2-Autocontrole, todas apresentaram repertório abaixo da média com três participantes (1A, 1B e 2A) classificando-se com repertório abaixo da média inferior ao da amostra normativa. No Fator 3-Civilidade, a participante 1B apresentou repertório altamente elaborado, as participantes 1A e 2B apresentaram bom repertório, enquanto que a participante 2A apresentou repertório médio inferior ao da amostra normativa. Em relação ao Fator 4-Assertividade, 1A e 2A apresentaram bom repertório, enquanto 1B e 2B obtiveram repertório médio inferior ao da amostra normativa. No Fator 5-Abordagem

afetiva, 1B apresentou repertório elaborado, 1A repertório médio inferior e 2A e 2B repertório abaixo da média inferior. No Fator 6-Desenvoltura social, 1A apresentou repertório médio inferior, 1B bom repertório e 2A e 2B repertório abaixo da média inferior ao da amostra normativa.

Na Figura 4 estão os percentis das dificuldades relacionadas ao ET e aos escores fatoriais do IHSA obtidos em linha de base pelas quatro participantes.

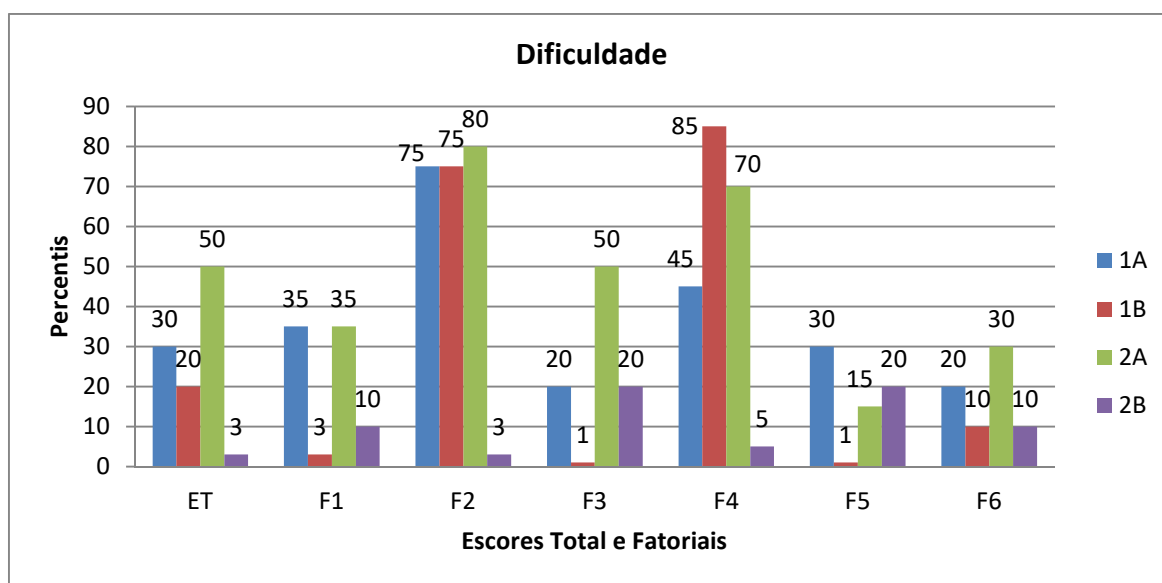


Figura 4. Dificuldades em percentil do Escore total e dos seis Escores fatoriais do IHSA obtidas por 1A, 1B, 2A e 2B em linha de base.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civilidade; F4-Assertividade; F5- Abordagem afetiva; F6- Desenvoltura social. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Com relação ao percentil da dificuldade das participantes, no ET as participantes da Condição 1 obtiveram baixo custo de resposta, enquanto na Condição 2, a participante 2A apresentou médio custo de resposta e 2B baixo custo de resposta. Em relação ao Fator 1- Empatia, todas as participantes apresentaram baixo custo de resposta. No Fator 2- Autocontrole, apenas 2B apresentou baixo custo de resposta, com as demais participantes obtendo alto custo de resposta. Quanto ao Fator 3-Civilidade, apenas a participante 2A apresentou médio custo de resposta, enquanto para as demais foi baixo custo de resposta. No Fator 4-Assertividade, a participante 1A apresentou médio custo de resposta, 1B e 2A alto

custo de resposta e 2B baixo custo de resposta. Nos Fatores 5-Abordagem afetiva e 6-Desenvoltura social, todos os participantes apresentaram percentil indicando baixo custo de resposta.

Intervenção

Condição 1

Participante 1A

Treino em automonitorização

A Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilidosos elaborada pela participante 1A ficou composta pelas seguintes classes de comportamentos, ordenadas de a mais fácil para a mais difícil de ser emitida durante o treino: 1- Perceber sentimento de amigos em dificuldade, 2- Explicar as tarefas aos colegas quando necessário, 3- Cumprimentar as pessoas ao entrar em local, 4- Agradecer ao ser elogiada sinceramente por alguém, 5- Ter iniciativa para encerrar conversa, 6- Conseguir conversar com pessoas de autoridade, 7- Apresentar-se a alguém que não apresentada quanto quer conhece-la, 8- Fazer perguntas pessoais ao conhecer alguém que quero ter como amigo (a), 9- Procurar enturmar-se quando quer participar em grupo, 10- Pedir informação sobre uma tarefa ao recebê-la, 11- Controlar a irritação quando os pais ou professores criticam seu comportamento, 12- Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria, 13- Negociar uma solução boa para os dois quando o amigo tem posição contrária a minha, 14- Conseguir aceitar críticas justas , 15- Falar calmamente o que acha quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando-a, 16- Conseguir responder sem perder o controle ao ser injustamente criticada, 17- Controlar a raiva quando o irmão irrita, 18- Dizer que esta a fim de ficar com alguém na primeira oportunidade

Ao todo foram realizadas oito sessões de treino com automonitorização, tendo em vista que o foco foram nas classes de comportamento classificadas pela participante como *não faço, mas poderei fazer*. No entanto, todas as classes de comportamento classificadas como *já faço e poderei continuar fazendo*, ou *será muito difícil fazer* também poderiam ser registradas.

Observou-se que 1A não apresentou dificuldade em relatar os contextos em que os comportamentos foram emitidos, tendo em vista que desde o registro no primeiro Formulário a mesma escrevia no campo “observações” breves relatos das situações ocorridas os quais serviram de dicas para que esta participante pudesse descrevê-las nos encontros com a pesquisadora, o que favoreceu as análises durante as entrevistas.

A Tabela 6 descreve o número total de ocorrências por semana de cada uma das classes de comportamento selecionadas para o treino de HS com 1A.

De acordo com a tabela, a classe de comportamento com maior registro de ocorrências foi *cumprimentar as pessoas ao entrar em local* (n=11), seguida por *controlar a raiva quando o irmão irrita* (n=6), *ter iniciativa de encerrar conversa* (n=5), *pedir informações sobre uma tarefa ao recebê-la, reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria, conseguir aceitar críticas justas e agradecer ao ser elogiada sinceramente por alguém* (cada uma destas classes com 4 ocorrências), *procurar enturmar-se quando quer participar em grupo e conseguir conversar com pessoas de autoridade sempre que for necessário* (com 3 ocorrências). As com menor registro de ocorrência foram *perceber sentimento de amigos em dificuldade, apresentar-se a alguém que não foi apresentada quando quer conhece-la e fazer perguntas pessoais ao conhecer alguém que quero ter como amigo/a* (com uma única ocorrência).

Tabela 6

Total de ocorrências das classes de comportamento por semana segundo relato de 1A no treino em habilidades sociais conforme a ordem da tabela de hierarquia

CLASSES DE COMPORTAMENTOS	Semanas								Total (N)
	1S	2S	3S	4S	5S	6S	7S	8S	
1- Perceber sentimento de amigos em dificuldade ^a	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2- Explicar as tarefas aos colegas quando necessário ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3- Cumprimentar as pessoas ao entrar em local ^b	0	0	2	1	0	5	1	2	11
4- Agradecer ao ser elogiada sinceramente por alguém ^b	0	0	0	1	2	0	0	1	4
5- Ter iniciativa para encerrar conversa ^b	0	0	1	1	0	1	1	1	5
6- Conseguir conversar com pessoas de autoridade ^c	0	0	0	1	1	1	0	0	3
7- Apresentar-se a alguém que não foi apresentada quando quer conhece-la ^d	0	0	0	1	0	0	0	0	1
8- Fazer perguntas pessoais ao conhecer alguém que quero ter como amigo (a) ^d	0	0	0	1	0	0	0	0	1
9- Procurar enturmar-se quando quer participar em grupo ^d	0	0	0	1	0	1	0	1	3
10- Pedir informação sobre uma tarefa ao recebê-la ^e	1	0	1	0	1	1	0	0	4
11- Controlar a irritação quando os pais ou professores criticam seu comportamento ^f	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12- Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria ^f	1	1	0	1	0	0	1	0	4
13- Negociar uma solução boa para os dois quando o amigo tem posição contrária a minha ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14- Conseguir aceitar críticas justas ^f	1	2	1	0	0	0	0	0	4
15- Falar calmamente o que acha quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando-a ^f	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16- Conseguir responder sem perder o controle ao ser injustamente criticada ^f	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17- Controlar a raiva quando o irmão irrita ^f	1	1	1	1	1	1	0	0	6
18- Dizer que está a fim de ficar com alguém na primeira oportunidade ^d	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de registros de HS por semana	4	4	7	9	5	10	3	5	47

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota: ^a Fator 1 – Empatia; ^b Fator 3 – Civilidade; ^c Fator 4- Assertividade; ^d Fator 5 – Abordagem afetiva ; ^e Fator 6 – Desenvoltura social; ^f Fator 2 – Autocontrole.

Dentre as classes de comportamento classificadas como “já faço e poderei continuar fazendo”, uma não foi emitida (*explicar as tarefas aos colegas quando necessário*) por falta de contexto, uma vez que a escola em que a participante estudava entrou de greve em determinado período da pesquisa. Dentre as classificadas como “não faço, mas poderei fazer”, duas não foram emitidas (*controlar a irritação quando os pais ou professores criticam seu comportamento e negociar uma solução boa para os dois quando o amigo tem*

posição contrária a minha) sendo que a primeira não ocorreu pela dificuldade da participante em emití-la diante de contextos que estes pudessem ser emitidos, e a segunda por falta de contexto para sua emissão. Dentre aquelas classificadas como *será muito difícil fazer*, duas não foram emitidas (*conseguir responder sem perder o controle ao ser injustamente criticada e dizer que está a fim de ficar com alguém na primeira oportunidade*), a primeira não ocorreu também pela dificuldade da participante em emití-la diante de contextos que estes pudessem ser emitidos, e a segunda por falta de contexto para sua emissão, no entanto houve seis ocorrências da classe *controlar a raiva quando o irmão a irrita*.

Quanto aos contextos relatados pela participante como relacionados à emissão dos comportamentos selecionados ao treino, observou-se que quanto à classe de comportamento *perceber os sentimentos de um amigo em dificuldade*, o contexto descrito por 1A foi uma situação na qual interagiu com uma amiga, em ambiente público, tendo como consequência um *feedback* positivo da amiga, de maneira que sentiu-se motivada a emitir esta classe de comportamento. Quanto à classe *falar calmamente o que acha quando é contrariada*, a participante relatou que foi exposta a diversos contextos favoráveis à sua emissão, porém não conseguiu emitir tal comportamento principalmente porque ocorriam em situações de interação com familiares, em especial com o avô, e que era contrariada sempre que se recusava a realizar determinadas atividades domésticas que lhe causavam cansaço (a participante fazia acompanhamento com pneumologista, após comprometimento pulmonar por causa do LESJ), de maneira que recebia críticas do tipo “você é uma menina preguiçosa”, “não quer ajudar em casa”. Nestes contextos, não conseguia responder calmante aos comentários do avô, sentindo-se mal depois por não tê-lo respeitado, mesmo tendo ciência de que ele não compreendia seu problema de saúde. Em relação à classe *cumprimentar pessoas ao entrar em local* a participante relatou que “foi uma sensação

muito boa, as pessoas ficam surpresas com o meu comportamento, pois antes eu era calada, tinha vergonha de cumprimentar as pessoas” (relato obtido na terceira sessão de intervenção). Com relação à classe *conversar com pessoas de autoridade*, os contextos relacionados à deste comportamento foram a escola (antes do início da greve), a igreja e as consulta médicas. No decorrer das sessões foram registradas e relatadas várias ocorrências deste comportamento e em todas as consequências foram positivas, com destaque para as ocorrências durante as consultas médicas, pois a participante relatou que antes da intervenção sempre era sua mãe que fazia perguntas aos médicos e que muitas vezes voltava para casa com dúvidas quanto ao tratamento e à doença. Descreveu que com o treino em HS, passou a fazer perguntas aos médicos e citou como exemplo ela mesmo ter perguntado à reumatologista se poderia ter filhos apesar do LESJ, e que se sentiu bem ao fazer esta pergunta.

Habilidades Sociais

A Figura 5 apresenta a comparação dos percentis obtidos por 1A para a frequência e a dificuldade para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização. Observa-se que os percentis para o ET e para a maioria dos escores fatoriais (F1, F3, F4, F5 e F6) indicaram melhora do repertório de HS da participante 1A após a intervenção, tanto em relação à frequência quanto à dificuldade. Com relação à frequência, houve aumento do percentil na maioria dos escores do IHSA (exceto no Fator 2-Autocontrole), para os quais o repertório da participante passou a ser classificado como altamente elaborado. Em relação ao Fator 2-Autocontrole, em que houve diminuição do percentil 15 para 5, a classificação permaneceu como repertório abaixo da média inferior em relação à amostra normativa. Quanto à dificuldade, houve diminuição do custo de resposta na emissão das habilidades após a intervenção em todos os escores do IHSA. Entretanto, no

Fator 2-Autocontrole, apesar de ter ocorrido redução do percentil de 75 para 60, a interpretação ainda indicou alto custo de resposta na emissão das habilidades de autocontrole. Os demais escores passaram a ser classificados como de baixo custo de resposta após a intervenção.

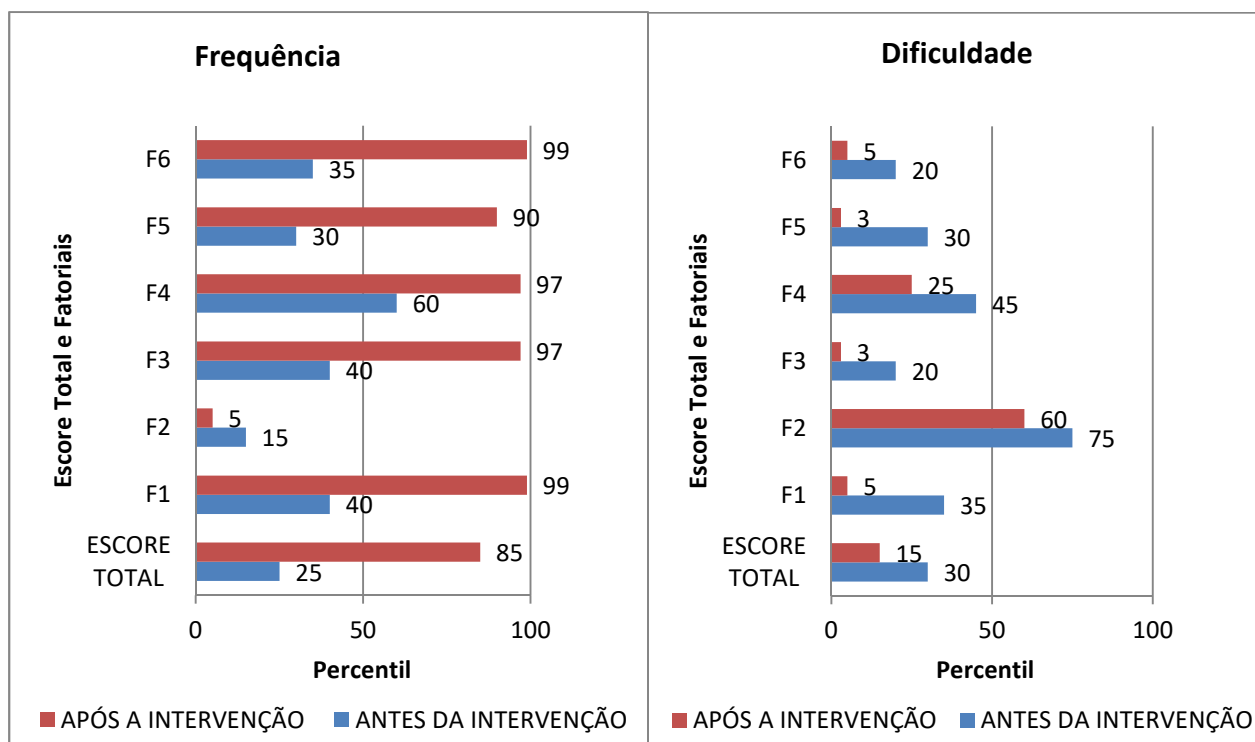


Figura 5. Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 1A para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civilidade; F4-Assertividade; F5-Abordagem afetiva; F6-Desenvoltura social. Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média inferior; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Na Tabela 7 está apresentada a interpretação da evolução da participante, de acordo com a variação do Escore Z para uma amostra cujos parâmetros, média e desvio padrão foram obtidos a partir da amostra normativa de IHSA (Del Prette & Del Prette, 2009) considerando o sexo e idade da participante 1A.

Tabela 7

Classificação da evolução da participante 1A conforme variação do escore Z em relação a uma população da amostra normativa feminina de 12,13 e 14 anos

Variação do Escore Z	Classificação
< 0	Piora
0 a 1.95	Estável
1.96 a 2.53	Melhora Significativa
≥ 2.54	Melhora Altamente Significativa

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Esta classificação foi utilizada na avaliação de cada um dos seis fatores do IHSA. As Tabelas de 08 a 13 apresentadas a seguir demonstram os resultados desta classificação a partir da comparação dos resultados brutos obtidos antes e após intervenção em relação à frequência e a interpretação da evolução das HS de 1A conforme a variação do Escore Z.

Na Tabela 8, as habilidades que apresentaram melhora altamente significativa no Fator 1-Empatia foram: *perceber os sentimentos de um amigo em dificuldade e negociar uma solução com amigo*; as outras classes mantiveram-se estáveis. Nenhuma habilidade apresentou melhora para o Fator 2-Autocontrole (Tabela 9), com três classes obtendo redução do seu escore bruto (*manter a calma quando grupo esta perdendo jogo, falar calmamente o que acha quando é contrariada e aceitar críticas justas*), sendo caracterizados como piora; as demais classes deste fator se mantiveram estáveis.

No Fator 3-Civilidade (Tabela 10) houve melhora altamente significativa na frequência da classe de comportamento *cumprimentar pessoas ao entrar em local*; nas demais, a frequência se manteve estável. No Fator 4-Assertividade (Tabela 11) houve melhora altamente significativa da frequência da classe de comportamento *conversar com pessoas de autoridade* e piora em *dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor*; nas demais classes a frequência se manteve estável.

Tabela 08

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 1A antes e após intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades avaliadas	Amostra normativa	Antes		Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Varição Z	Interpretação
31. Oferecer apoio à colega.	3,2	1,13	4	0,70	4	0,70	0	Estável
34. Oferecer ajuda a colega em dificuldade na escola.	][2,88	1,22	4	0,91	4	0,91	0	Estável
2. Perceber os sentimentos de um (a) amigo (a) em dificuldade.	3,19	1,06	0	-3,00	4	0,76	3,77	Melhora altamente significativa
28. Pedir desculpas ao ofender alguém.	3,06	1,14	4	0,82	4	0,82	0	Estável
29. Negociar uma solução com amigo.	2,55	1,14	0	-2,23	4	1,27	3,50	Melhora altamente significativa
32. Convencer parceiro (a) sobre a necessidade de usar camisinha.	3,22	1,41	4	0,55	4	0,55	0	Estável
24. Conseguir guardar segredo.	3,48	0,96	4	0,54	4	0,54	0	Estável
7- Elogiar.	2,89	1,17	4	0,94	4	0,94	0	Estável
35. Convidar as pessoas para algum programa ou atividade.	2,45	1,29	4	1,20	4	1,20	0	Estável
19. Explicar as tarefas aos colegas, quando necessário.	2,9	1,3	2	-0,69	4	0,84	1,53	Estável

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 09

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 1A antes e após intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
30. Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria.	2,11	1,22	0	-0,57	2	-0,09	1,63	Estável
14. Responder sem perder o controle ao receber crítica.	2,13	1,37	0	-0,74	0	-1,55	0	Estável
38. Controlar a raiva quando irmão/ã irrita.	1,64	1,43	2	1,17	2	0,25	1,39	Estável
22. Controlar irritação quando pais ou professores criticam.	2,23	1,34	0	-0,85	1	-0,91	0,74	Estável
8. Manter a calma quando grupo esta perdendo jogo.	2,25	1,31	3	1,70	0	-1,71	-2,29	Piora
33. Falar calmamente o que acha quando é contrariada.	2,44	1,25	0	-0,59	1	-1,15	-0,8	Piora
5. Aceitar críticas justas.	2,3	1,3	0	-0,54	0	-1,76	-0,76	Piora
18. Pedir explicações quando alguém apronta.	2,37	1,35	0	-0,80	0	-1,75	0	Estável

Tabela 10

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes		Após		Conclusão	
	Média	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
4. Despedir-se das pessoas ao sair de local.	3,16	1,13	4	0,74	4	0,74	0	Estável
3. Agradecer favores.	3,54	0,97	4	0,47	4	0,47	0	Estável
2. Cumprimentar pessoas ao entrar em local.	3,06	1,32	0	-2,31	4	0,71	3,03	Melhora altamente significativa
7. Elogiar quando fazem algo bom.	2,89	1,17	4	0,94	4	0,94	0	Estável
9. Agradecer elogios sinceros.	3,33	1,14	3	-0,28	4	0,58	0,87	Estável
6. Fazer pequenos favores sem que peçam.	2,52	1,24	4	1,19	4	1,19	0	Estável

Tabela 11

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	Média	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Varição Z	Interpretação
12. Recusar pedido abusivo.	2,55	1,47	4	0,98	4	0,98	0	Estável
15. Recusar ficar com menino (a) quando não quero.	2,98	1,36	4	0,75	4	0,75	0	Estável
23. Não fazer algo que considera errado.	2,62	1,37	4	1,00	4	1,00	0	Estável
27. Demonstrar aborrecimento quando irmão (a).	2,96	1,34	4	0,77	4	0,77	0	Estável
11. Iniciar conversaço.	2,62	1,31	2	-0,47	4	1,05	1,52	Estável
16. Dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor.	3,06	1,28	4	0,73	3	-0,04	-0,78	Piora
21. Conversar com pessoas de autoridade.	2,61	1,35	0	-1,93	4	1,02	2,96	Melhora altamente significativa

Tabela 12

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
10. Dizer que esta a fim de ficar de ficar com alguma pessoa a própria pessoa.	1,15	1,4	0	-0,82	2	0,60	1,42	Estável
37. Apresentar-se a alguém que deseja conhecer.	1,78	1,43	0	-1,24	4	1,55	2,79	Melhora altamente Significativa
35. Convidar pessoas para algum programa quando quer fazer amizade.	2,45	1,29	4	1,20	4	1,20	0	Estável
13. Enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola.	2,47	1,31	0	-1,88	2	-0,35	1,52	Estável
25. Fazer perguntar pessoais a quem quer ter como amigo (a).	2,11	1,36	2	-0,08	4	1,38	1,47	Estável
36. Dizer os carinhos que a desagradam.	2,55	1,29	4	1,12	4	1,12	0	Estável

Tabela 13

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 1A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
20. Fazer apresentações orais na escola.	2,49	1,5	4	1,00	4	1,00	0	Estável
17. Conversar sobre sexo com os pais.	1,24	1,48	4	1,86	4	1,86	0	Estável
1. Pedir informações sobre tarefa	1,87	1,27	0	-1,47	4	1,67	3,14	Melhora altamente Significativa
19. Explicar tarefa aos colegas em trabalhos em grupo.	2,9	1,3	2	-0,69	4	0,84	1,53	Estável
21. Conversar com autoridade.	2,61	1,35	0	-1,93	4	1,02	2,96	Melhora altamente Significativa

No Fator 5-Abordagem afetiva (Tabela 12) houve melhora altamente significativa na frequência da classe de comportamento *apresentar-se a alguém que deseja conhecer*; nas demais classes deste fator a frequência se manteve estável. No Fator 6-Desenvoltura social (Tabela 13) houve melhora altamente significativa da frequência das classes de comportamento *pedir informações sobre tarefa e conversar com autoridade*; nas demais, a frequência se manteve estável.

A Figura 6 ilustra a representação gráfica obtida por meio do Método JT (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Jacobson & Truax, 1991) demonstrando a evolução dos resultados obtidos pela participante 1A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA. Nesta figura, os pontos correspondentes aos fatores F1-Empatia, F3-Civilidade, F5-Abordagem afetiva e F6-Desenvoltura social estão acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, o que significa dizer que, após a intervenção a participante 1A passou a ser classificada dentro da população funcional com relação aos atributos medidos para estes fatores. O ponto F4-Assertividade se encontra acima do traçado horizontal superior e à direita do traçado vertical, o que significa dizer que 1A já se encontrava na população funcional com relação a este atributo antes mesmo da intervenção e que continuou nessa mesma população. Em contrapartida, o ponto F2-Autocontrole está abaixo do traçado horizontal inferior e à esquerda do traçado vertical, o que significa dizer que 1A se encontrava inicialmente na população disfuncional e permaneceu nela, não acontecendo mudança no status clínico após a intervenção.

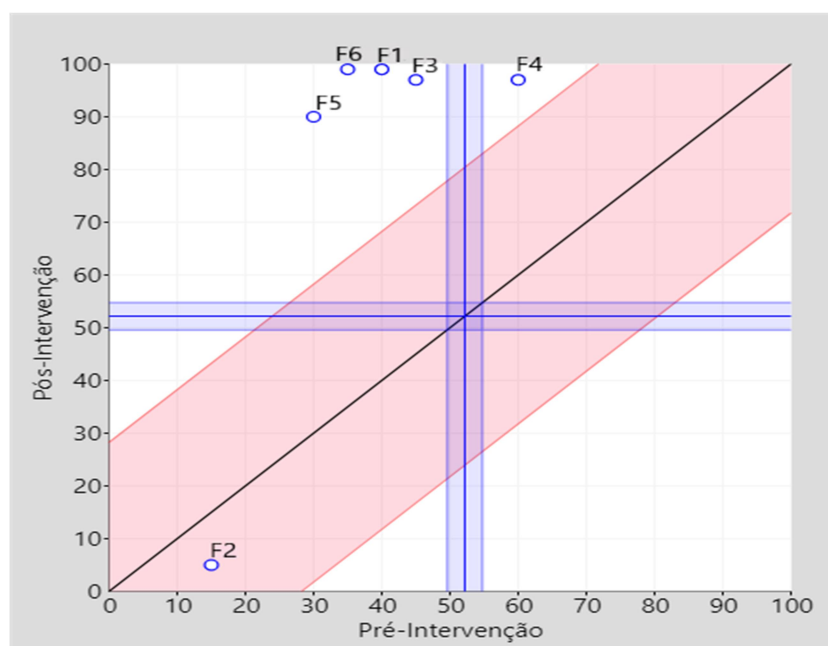


Figura 6. Evolução dos resultados obtidos pela participante 1A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.

Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI

Os valores do cálculo do IAT obtidos por 1A durante as oito semanas de intervenção, a partir da aplicação do R24h, estão apresentados na Figura 7.

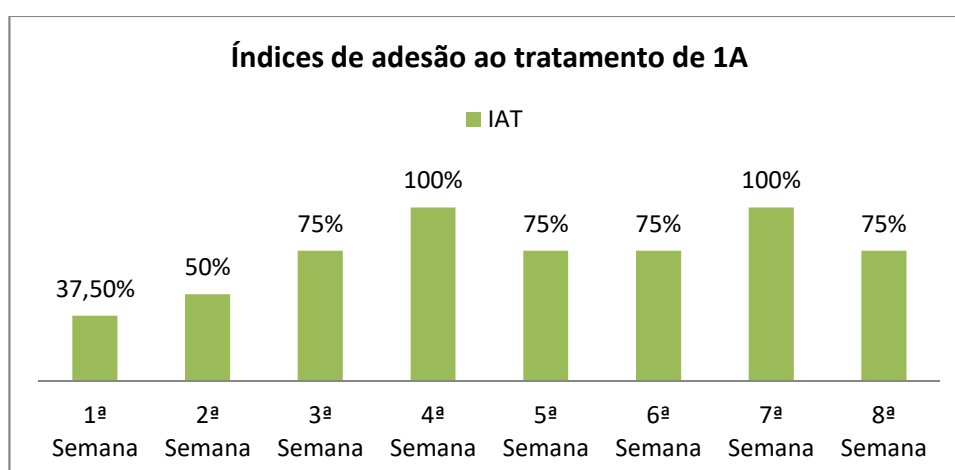


Figura 7. Índices de Adesão ao Tratamento obtidos por 1A durante as oito semanas de intervenção.

A Figura 7 mostra que o menor IAT (37,50%) de 1A foi obtido na primeira semana de intervenção, evoluindo na segunda semana para 50%, e nas demais oscilando entre 75% e 100%.

Em relação ao SLEDAI, 1A passou de quatro para zero ao final da intervenção, de acordo com avaliação da reumatologista pediátrica.

Participante 1B

Treino em automonitorização

Os comportamentos de HS com indicativo de déficit que foram submetidos à intervenção com a participante 1B e avaliados pela mesma como de menor ao maior custo de resposta seguiram esta sequência: 1- Oferecer ajuda a colega, 2- Perceber sentimentos de amigo (a), 3- Manter a calma quando o grupo está perdendo em jogo, 4- Aceitar críticas injustas, 5- Pedir explicações, numa boa, quando “aprontam comigo”, 6- Recusar pedido quando acha abusivo, 7- Convidar pessoas para algum programa ou atividade quando quer fazer amizade, 8- Fazer apresentações orais em grupo quando solicitado, 9- Pedir informações necessárias para realizar tarefa, 10- Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria, 11- Controlar a raiva quando o irmão irrita, 12- Controlar irritação quando pais e professoras criticam, 13- Controlar a irritação quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando-a, 14- Ter iniciativa para encerrar a conversa, 15- Dizer que não gosta de um produto ao vendedor.

Foram realizadas nove sessões de treino com automonitorização, a partir do acordo estabelecido com a pesquisadora. Observou-se que, durante a primeira entrevista, 1B apresentou dificuldade para relatar os contextos em que os comportamentos registrados haviam ocorrido. Identificou-se que algumas classes de comportamentos foram descritas pela participante durante a entrevista para a análise dos registros, porém não constavam

registradas no formulário. Desse modo, 1B foi orientada a registrar, no campo “observações” do Formulário de automonitoramento, frases ou palavras que servissem de dicas para que a mesma pudesse descrevê-las nos encontros com a pesquisadora, o que favoreceria as análises.

A Tabela 14 descreve o número total de ocorrências de cada uma das classes de comportamento por semana durante o treino de HS com 1B.

Tabela 14

Total de ocorrências das classes de comportamento por semana segundo relato de 1B no treino em habilidades sociais conforme a ordem da tabela de hierarquia

CLASSES DE COMPORTAMENTOS	SEMANAS									TOTAL (N)
	1S	2S	3S	4S	5S	6S	7S	8S	9S	
1- Oferecer ajuda a colega ^a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2- Perceber sentimentos de amigo (a) ^a	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
3- Manter a calma quando o grupo esta perdendo em jogo ^b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4- Aceitar críticas injustas ^b	0	0	0	1	0	2	1	0	0	4
5- Pedir explicações, numa boa, quando “aprontam comigo” ^b	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
6- Recusar pedido quando acha abusivo ^c	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
7- Convidar pessoas para algum programa ou atividade quando quer fazer amizade ^a	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
8- Fazer apresentações orais em grupo quando solicitado ^d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9- Pedir informações necessárias para realizar tarefa ^d	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
10- Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria ^b	1	3	2	0	3	3	3	0	0	15
11- Controlar a raiva quando o irmão irrita ^b	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3
12- Controlar irritação quando pais e professoras criticam ^b	1	0	0	0	1	3	0		1	6
13- Falar calmamente o que acha quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando- a ^b	1	0	3	1	1	0	0	0	0	6
14- Ter iniciativa para encerrar a conversa ^c	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4
15- Dizer que não gosta de um produto ao vendedor ^c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de registros de HS por semana	5	4	5	4	7	10	7	2	2	46

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota: ^a Fator 1 – Empatia; ^b Fator 2 – Autocontrole; ^c Fator 4 – Assertividade; ^d Fator 6 – Desenvoltura social; ^e Fator 5 – Abordagem afetiva.

A classe de comportamento com o maior registro de ocorrências foi *reagir com calma quando as coisas não saem como eu gostaria* (n=15), seguida por *controlar a irritação quando os pais ou professores criticam seu comportamento e falar calmamente o que acha quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando-a* (ambas com n=6), *aceitar críticas justas e tomar iniciativa de encerrar conversa* (ambas com n=4), *controlar a raiva quando o irmão irrita* (n=3), *perceber sentimento de amigo em dificuldade, pedir explicações, numa boa, quando apronta, comigo, recusar pedido quando achar abusivo, convidar pessoas para algum programa ou atividade quando quer fazer amizade e pedir informações necessárias quando quer fazer amizade* (todas com n=2).

Não houve registro de ocorrência nas classes *oferecer ajuda a colega, manter a calma quando o grupo está perdendo, fazer apresentações orais em grupo quando solicitado e dizer que não gosta de um produto ao vendedor*. No caso de comportamentos em contexto escolar, estes não ocorreram devido à escola em que a participante estudava estar em greve durante a coleta dos dados.

Os comportamentos *oferecer ajuda a colega em alguma tarefa da escola, perceber sentimento de amigo em dificuldade, manter-se calma quando meu grupo está perdendo o jogo, aceitar críticas justas, pedir explicações numa boa quando aprontam comigo, recusar pedido considerado abusivo, convidar pessoas para algum programa ou atividade quando quer fazer amizade, fazer apresentações em grupo e pedir informações necessárias para realizar tarefa* foram relatados pela participante como comportamentos que já faziam parte de seu repertório. Contudo, *ter iniciativa de encerrar conversa e dizer que não gosta de um produto ao vendedor* tratavam-se de classes de comportamento em que a mesma relatou dificuldade em emitir. Dentre as classes de comportamento consideradas como possíveis de emitir, mesmo que não fizessem parte do repertório inicial da participante, estavam *reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria, controlar a raiva quando o irmão*

irrita, controlar a irritação quando os pais ou professores criticam seu comportamento, falar calmamente o que acha quando os pais insistem em dizer o que deve fazer contrariando-a.

Quanto aos contextos em que os comportamentos registrados ocorreram, em relação à classe *reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria*, a participante 1B comentou situações com familiares e o namorado. Uma das situações relatadas foi quando de madrugada sentiu-se mal em casa, acordou com muita falta de ar e dor no tórax, conseguiu acalmar-se e chamar o pai, que lhe prestou socorro, aos poucos o mal estar foi passando e conseguiu voltar a dormir. 1B relatou estar acostumada com este mal estar, principalmente quando ela deixa de seguir alguma recomendação médica. Neste dia, segundo relato da mesma, não havia jantado e nem feito a ceia por ter se chateado com o namorado e acabou “dormindo para passar a raiva”.

Quanto à classe de comportamento *aceitar críticas justas*, a participante relatou dificuldade em receber determinadas críticas e relatou uma situação em que foi criticada pela mãe e o namorado quanto ao peso e hábitos alimentares, citando como exemplo: “você está gorda, precisa comer melhor”. A este comentário respondeu de maneira grosseira dizendo que então iria parar de comer. Relatou ter ficado chateada e nervosa e acabou comento calabresa e frango frito à meia-noite.

Em relação ao comportamento *recusar pedido quando acha abusivo*, 1B relatou já conseguir recusar alguns pedidos, mas ainda com muita dificuldade, e fez o seguinte relato: “Meu irmão tem um mercadinho e me pediu para tomar conta deste pela parte da tarde. Eu não recusei e tive que ir sob o Sol quente de meio dia, andando lá de casa até o mercadinho. No caminho eu desmaiei, mas se eu recusasse iam ficar com raiva de mim”.

Habilidades Sociais

A Figura 8 apresenta a comparação dos percentis obtidos para a frequência e a dificuldade por 1B para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização.

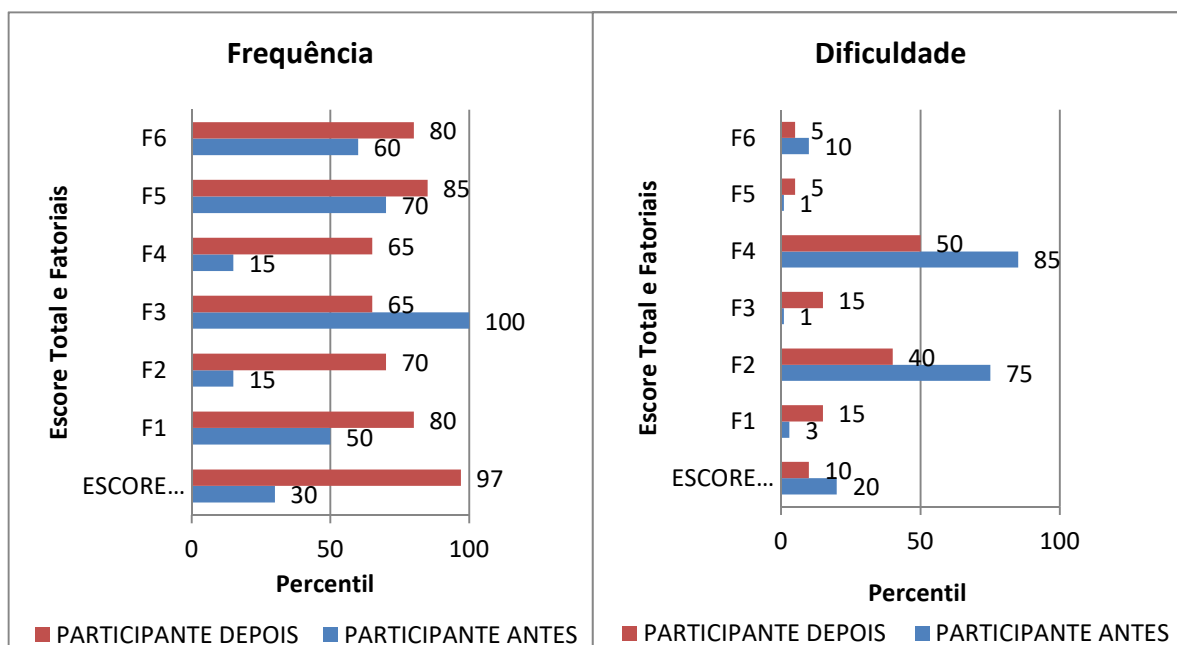


Figura 8. Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 1B para o ET e os escores fatoriais do IHSA antes e após o treino de automonitorização.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civilidade; F4-Assertividade; F5-Abordagem afetiva; F6-Desenvoltura social. Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média inferior; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Com relação à frequência, o ET mostra que antes da intervenção a participante 1B apresentava um percentil que indicava um repertório médio inferior de HS, com resultado abaixo da média inferior em grande parte dos itens, indicando necessidade de treino em HS. Após a intervenção, há indicativo de aquisição de um repertório altamente elaborado de HS com recursos interpessoais altamente satisfatórios em relação à amostra normativa. Observa-se que houve aumento do percentil dos Fatores 1-Empatia, 2-Autocontrole, 4-Assertividade, 5-Abordagem afetiva e 6-Desenvoltura social. No Fator 3-Civilidade houve uma queda de

percentil 100 para 65, mas mantendo a classificação de bom repertório social. Quanto à dificuldade, a Figura 8 mostra que houve uma diminuição no custo de resposta na emissão das habilidades após a intervenção no ET e nos Fatores 2-Autocontrole, 4-Assertividade e 6-Desenvoltura social. O ET e o Fator 6-Desenvoltura social permaneceram dentro da faixa de interpretação de baixo custo de resposta, enquanto para Fator 2-Autocontrole e Fator 4-Assertividade a interpretação inicial indicava alto custo de resposta, passaram a indicar médio custo de resposta.

Também foi realizada a interpretação da evolução da participante 1B, de acordo com a variação do Escore Z para uma amostra, da mesma forma que com 1A, utilizando a mesma classificação apresentada na Tabela 7, considerando sexo e idade da participante 1B. Do mesmo modo, esta classificação foi utilizada na avaliação de cada um dos seis fatores do IHSA, as quais estão apresentadas nas Tabelas de 15 a 20 apresentadas a seguir.

Considerando-se a média da amostra normativa e o escore bruto anterior à intervenção, todas as classes de comportamento do Fator 1-Empatia (Tabela 15) e do Fator 2-Autocontrole (Tabela 16) mantiveram-se estáveis após a intervenção. No entanto, em relação à classe de comportamento *reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria*, do Fator 2, houve aumento no escore bruto de um para três, sendo o comportamento de maior registro de ocorrência durante o treino. Quanto ao Fator 3-Civilidade (Tabela 17), as classes de comportamento *despedir-se de pessoas ao sair de um local* e *cumprimentar pessoas ao entrar em um local* apresentaram piora; as demais classes mantiveram-se estáveis. Todas as classes de comportamento do Fator 4-Assertividade (Tabela 18) também se mantiveram estáveis após a intervenção.

Tabela 15

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante IB antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos.

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
31. Oferecer apoio a colega.	3,38	1,01	4	0,61	4	0,61	0	Estável
34. Oferecer ajuda em colega em dificuldade na escola.	3,04	1,09	2	-0,95	3	-0,03	0,91	Estável
26. Perceber os sentimentos de um (a) amigo (a) em dificuldade.	3,25	0,99	3	-0,25	3	-0,25	0	Estável
28. Pedir desculpas ao ofender alguém.	2,96	1,15	4	0,90	4	0,90	0	Estável
29. Negociar uma solução com amigo.	2,59	1,05	3	0,39	4	1,34	0,95	Estável
32. Convencer parceiro (a) sobre a necessidade de usar camisinha.	3,39	1,24	4	0,49	4	0,491	0	Estável
24. Conseguir guardar segredo.	3,54	1,04	4	0,44	4	0,44	0	Estável
7- Elogiar.	2,94	1,1	3	0,054	4	0,96	0,90	Estável
35. Convidar as pessoas para algum programa ou atividade.	2,44	1,26	1	-1,14	3	0,44	1,58	Estável
19. Explicar as tarefas aos colegas, quando necessário.	2,98	1,19	4	0,85	3	0,01	-0,84	Piora

Tabela 16

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante IB antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
30. Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria.	2,02	1,25	1	-0,81	3	0,784	1,6	Estável
14. Responder sem perder o controle ao receber crítica.	1,94	1,31	2	0,045	2	0,04	0	Estável
38. Controlar a raiva quando irmão/ã irrita.	1,62	1,41	0	-1,14	2	0,26	1,41	Estável
22. Controlar irritação quando pais ou professores criticam.	2,13	1,28	0	-1,66	3	0,67	2,34	Estável
8. Manter a calma quando grupo esta perdendo jogo.	2,12	1,27	1	-0,88	4	1,48	2,36	Estável
33. Fala calmamente o que acha quando é contrariada.	2,22	1,28	1	-0,95	2	-0,17	0,78	Estável
5. Aceitar críticas justas.	2,47	1,12	2	-0,41	1	-1,31	-0,89	Piora
18. Pedir explicações quando alguém apronta.	2,33	1,23	2	-0,26	3	0,54	0,81	Estável

Tabela 17

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes		Após		Conclusão	
	Média	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
4. Despedir-se das pessoas ao sair de local.	3,24	0,94	4	0,80	3	-0,25	-1,06	Piora
3. Agradecer favores.	3,81	0,6	4	0,31	4	0,31	0	Estável
2. Cumprimentar pessoas ao entrar em local.	3,21	1,07	4	0,73	3	-0,19	-0,93	Piora
7. Elogiar quando fazem algo bom.	2,94	1,1	3	0,05	4	0,96	0,90	Estável
9. Agradecer elogios sinceros.	3,54	0,98	4	0,46	4	0,46	0	Estável
6. Fazer pequenos favores sem que peçam.	2,6	1,21	3	0,33	3	0,33	0	Estável

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 18

Comparação entre os resultados obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante IB antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
12. Recusar pedido abusivo.	2,6	1,32	0	-1,96	2	-0,45	1,51	Estável
15. Recusar ficar com menino (a) quando não quero.	3,11	1,24	4	0,71	4	0,71	0	Estável
23. Não fazer algo que considera errado	2,79	1,28	3	0,16	4	0,94	0,78	Estável
27. Demonstrar aborrecimento quando irmão (a).	3,21	1,17	4	0,67	4	0,67	0	Estável
11. Iniciar conversaço.	2,62	1,27	0	-2,06	2	-0,48	1,57	Estável
16. Dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor.	3,19	1,08	1	-2,02	3	-0,17	1,85	Estável
21. Conversar com pessoas de autoridade.	2,87	1,23	4	0,91	4	0,91	0	Estável

Tabela 19

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
10. Dizer que esta a fim de ficar de ficar com alguma pessoa a própria pessoa.	0,96	1,25	2	0,83	3	1,63	0,8	Estável
37. Apresentar-se a alguém que deseja conhecer.	1,49	1,38	4	1,81	3	1,09	-0,72	Piora
35. Convidar pessoas para algum programa quando quer fazer amizade.	2,44	1,26	1	-1,14	3	0,44	1,58	Estável
13. Enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola.	2,39	1,27	4	1,26	3	0,48	-0,78	Piora
25. Fazer perguntar pessoas a quem quer ter como amigo (a).	2,23	1,16	3	0,66	3	0,66	0	Estável
36. Dizer os carinhos que a desagradam.	2,67	1,21	3	0,27	2	-0,55	-0,82	Piora

Tabela 20

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 1B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes		Após		Conclusão	
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
20. Fazer apresentações orais na escola.	2,44	1,44	1	-1	4	1,08	2,08	Melhora Significativa
17. Conversar sobre sexo com os pais.	1,51	1,5	3	0,99	3	0,99	0	Estável
2. Pedir informações sobre tarefa.	2,19	1,26	1	-0,94	2	-0,15	0,79	Estável
19. Explicar tarefa aos colegas em trabalhos em grupo.	2,98	1,19	4	0,85	3	0,01	-0,84	Piora
21. Conversar com autoridade.	2,87	1,23	4	0,91	4	0,91	0	Estável

Quanto às habilidades avaliadas no Fator 5-Abordagem afetiva (Tabela 19), três apresentaram piora (*apresentar-se a alguém que deseja conhecer, enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola e dizer os carinhos que a desagradam*); os demais mantiveram-se estáveis. Quanto ao Fator 6-Desenvoltura social (Tabela 20), a habilidade *fazer apresentações orais na escola* apresentou melhora significativa, *explicar tarefas aos colegas em trabalho em grupo* apresentou piora e as demais habilidades mantiveram-se estáveis. As classes de comportamento classificadas como piora, podem estar relacionadas ao aprimoramento do repertório de auto-observação e autoconhecimento de 1B, modificando sua forma de avaliar as situações descritas pelo IHSA após a intervenção.

A Figura 9 ilustra a representação gráfica obtida por meio do método JT (Aguilar, Aguilar & Del Prette, 2009; Jacobson & Truax, 1991) demonstrando a evolução dos resultados obtidos pela participante 1B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA.

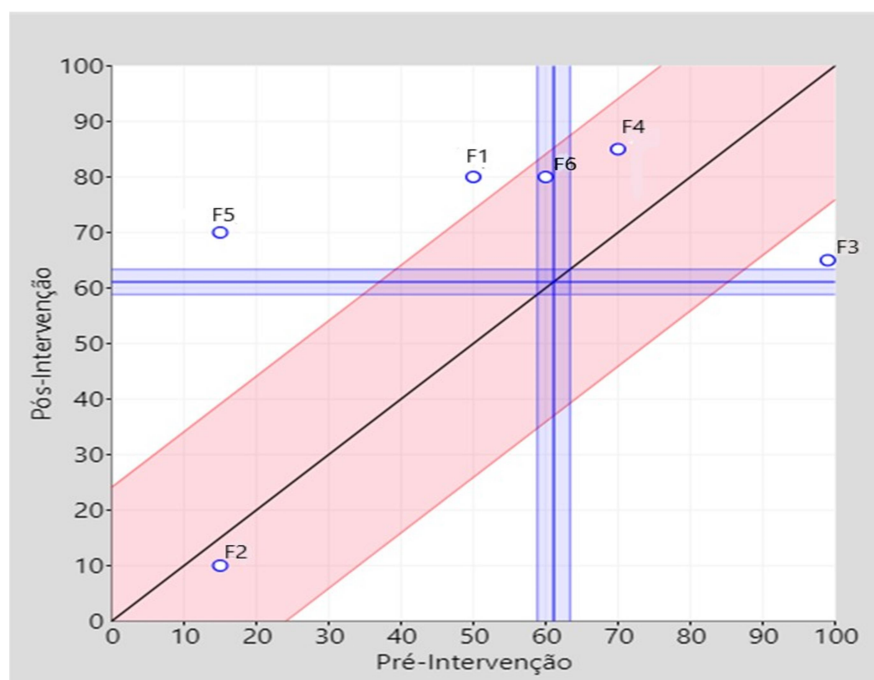


Figura 9. Evolução dos resultados obtidos pela participante 1B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.

Os pontos correspondentes ao F1-Empatia e ao F5-Abordagem afetiva estão acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, o que significa dizer que, após a intervenção a participante 1B passou a ser classificada dentro da população funcional com relação aos atributos medidos para estes fatores. Os pontos F3-Civilidade e F4-Assertividade estão acima do traçado horizontal superior e à direita do traçado vertical, o que significa dizer que 1B já se encontrava na população funcional com relação às habilidades referentes a esses fatores antes da intervenção e permaneceu nessa mesma população. O ponto F2-Autocontrole está abaixo do traçado horizontal inferior e à esquerda do traçado vertical, o que significa que 1B se encontrava inicialmente na população disfuncional e permaneceu nela, não acontecendo mudança no status clínico. O ponto F6 – Desenvoltura Social está localizado entre as linhas superior e inferior à bissetriz, o que significa que não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora de 1B devido à intervenção.

Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI

Os valores do cálculo do IAT obtidos por 1B durante as nove semanas de intervenção, a partir da aplicação do Recordatório 24h, estão apresentados na Figura 10.

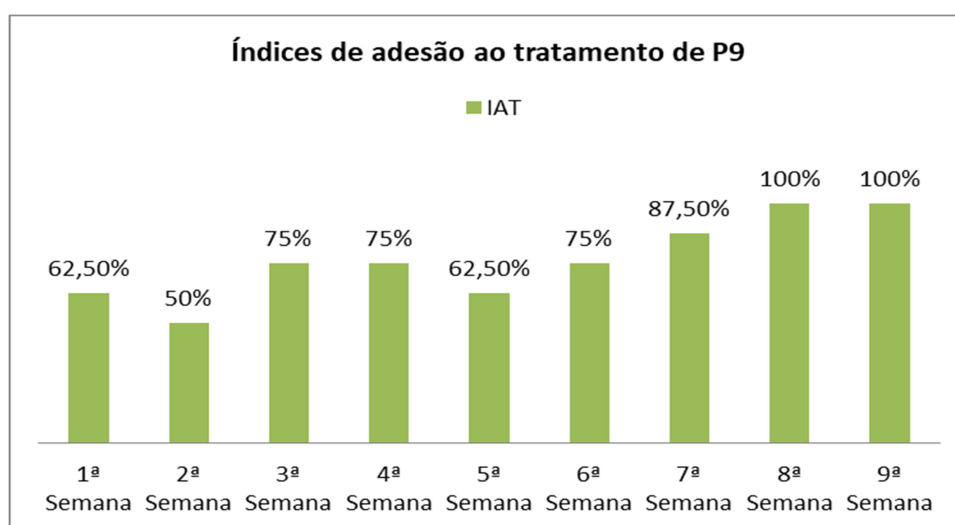


Figura 10. Índices de Adesão ao Tratamento obtidos por 1B durante as nove semanas de intervenção.

Os resultados indicam que o menor IAT de 1B foi obtido na segunda semana de intervenção (50%). Nas demais semanas o IAT manteve-se constante com valores entre 62,5% e 100%.

Em relação ao SLEDAI, de quatro foi para zero ao final da intervenção, de acordo com avaliação da reumatologista pediátrica.

Condição 2

As participantes desta condição (2A e 2B) ficaram expostas à rotina do ambulatório de reumatologia pediátrica. Após coleta de dados da linha de base, ambas tiveram retorno agendado após três meses, sendo que somente 2A compareceu neste primeiro agendamento, 2B só compareceu após duas semanas solicitando atendimento e justificando sua ausência no dia agendado. Ambas foram acompanhadas na consulta e após fez-se a reaplicação do IHSA e do R24H. Os resultados obtidos com 2A e 2B serão apresentados separadamente.

Participante 2A

Habilidades sociais

A Figura 11 apresenta a comparação dos percentis obtidos para a frequência e a dificuldade por 2A para o ET e os escores fatoriais do IHSA nos dois momentos em que foram aplicados.

Com relação à frequência, é possível notar que no ET e F1-Empatia não houve alteração do valor em percentil, permanecendo com repertório abaixo da média inferior de HS na segunda avaliação. Em F3-Civilidade e F4-Assertividade houve uma diminuição do valor em percentil, mantendo-se com repertório abaixo da média inferior em F3 e deixando de classificar-se como bom repertório passando para repertório abaixo da média inferior em F4. Nos fatores F2-Autocontrole, F5-Abordagem afetiva e F6-Desenvoltura social houve

aumento em percentil; porém, em F2 manteve-se o repertório como abaixo da média inferior, em F5 passou de repertório abaixo da média inferior para bom repertório de HS, e em F6 passou de repertório abaixo da média inferior para repertório médio inferior de HS.

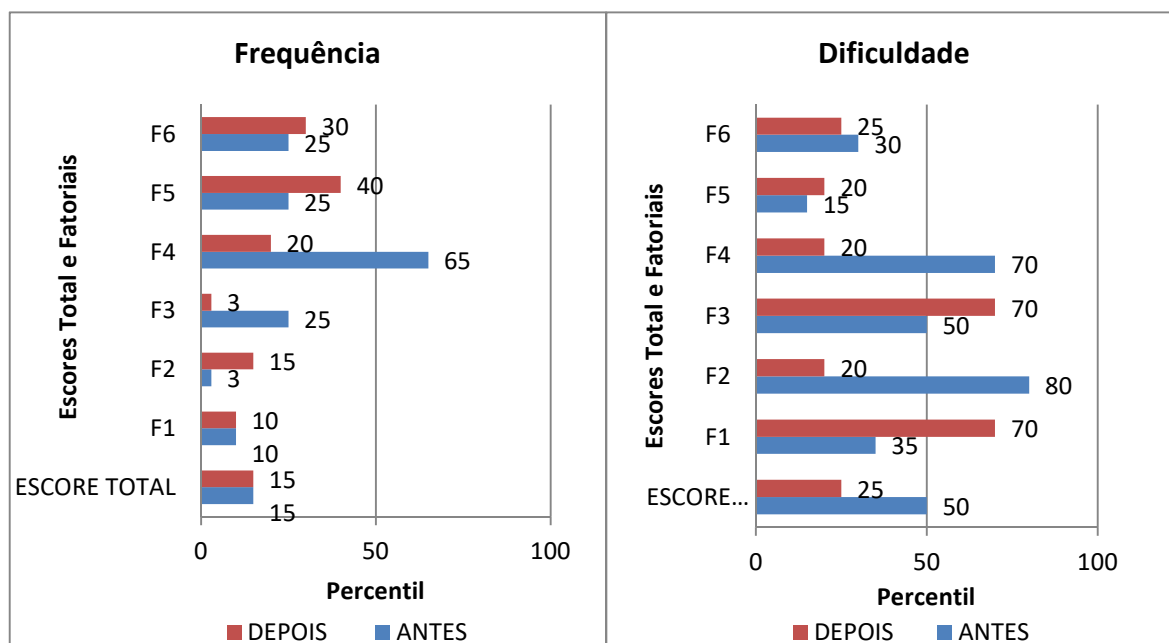


Figura 11. Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 2A para o ET e os escores fatoriais do IHSA nos dois momentos em que foram aplicados.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civilidade; F4-Assertividade; F5-Abordagem afetiva; F6-Desenvoltura social. Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média inferior; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Quanto à dificuldade, nota-se que 2A apresentou diminuição no percentil do ET, F2- Autocontrole e F4-Assertividade. O ET apresentava percentil correspondente a médio custo de resposta e passou para baixo custo de resposta na segunda avaliação. Em relação a F2 e F4, de percentil correspondente a alto custo de resposta foi para baixo custo de resposta. F1- Empatia, F3-Civilidade, F5-Abordagem afetiva e F6-Desenvoltura social apresentaram aumento de percentil, o que corresponde a um aumento no custo de resposta na segunda avaliação.

Assim como na Condição 1, na Condição 2 também aplicou-se o Teste Z para uma amostra, a fim de verificar a evolução das participantes em cada habilidade avaliada nos seis fatores do IHSA. As Tabelas de 21 a 26 apresentam a comparação dos resultados brutos obtidos nos dois momentos da aplicação do IHSA em relação à frequência dos seis fatores e a interpretação da evolução da participante 2A conforme a variação do Escore Z.

Os dados apresentados demonstram que as classes de comportamento do Fator 1-Empatia (Tabela 21) *oferecer apoio ao colega, conseguir guardar segredo e elogiar* apresentaram piora conforme a segunda aplicação do IHSA, enquanto as demais classes mantiveram-se estáveis. Os dados referentes ao Fator 2-Autocontrole (Tabela 22) mostram estabilidade em todas as classes de comportamento para este fator, ao comparar os escores brutos da primeira e segunda aplicação, apesar do aumento do resultado bruto em algumas classes. No Fator 3-Civilidade (Tabela 23), as classes *despedir-se das pessoas ao sair de local, cumprimentar pessoas ao entrar em local e elogiar quando fazem algo bom* apresentaram piora na segunda avaliação; as demais classes se mantiveram estáveis. Em relação ao Fator 4-Assertividade (Tabela 24), somente a classe *recusar ficar com menino (a) quando não quero* apresentou piora, uma vez que o resultado bruto da segunda aplicação foi inferior ao da primeira aplicação; as demais habilidades avaliadas em 2A se mostraram estáveis. Os dados referentes ao Fator 5-Abordagem afetiva (Tabela 25) demonstram que as classes *fazer pergunta às pessoas a quem quer ter como amigo (a) e dizer os carinhos que a desagradam* apresentaram média com indicativo de piora, enquanto que *apresentar-se a alguém que deseja conhecer* apresentou melhora significativa; as demais classe mantiveram-se estáveis. No Fator 6-Desenvoltura social (Tabela 26), as habilidades *conversar sobre sexo com os pais e conversar com autoridade* apresentaram piora segundo a interpretação da variação Z, enquanto que os demais comportamentos mantiveram-se estáveis.

Tabela 21

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes		Após		Conclusão	
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
31. Oferecer apoio à colega.	3,38	1,01	4	0,61	1	-2,35	-2,97	Piora
34. Oferecer ajuda em colega em dificuldade na escola.	3,04	1,09	0	-2,78	1	-1,87	0,91	Estável
26. Perceber os sentimentos de um (a) amigo (a) em dificuldade.	3,25	0,99	4	0,75	4	0,75	0	Estável
28. Pedir desculpas ao ofender alguém.	2,96	1,15	3	0,03	3	0,03	0	Estável
29. Negociar uma solução com amigo.	2,59	1,05	0	-2,46	2	-0,56	1,90	Estável
32. Convencer parceiro (a) sobre a necessidade de usar camisinha	3,39	1,24	4	0,49	4	0,49	0	Estável
24. Conseguir guardar segredo.	3,54	1,04	4	0,44	1	-2,44	-2,88	Piora
7- Elogiar.	2,94	1,1	3	0,05	0	-2,67	-2,72	Piora
35. Convidar as pessoas para algum programa ou atividade.	2,44	1,26	0	-1,93	2	-0,34	1,58	Estável
19. Explicar as tarefas aos colegas, quando necessário.	2,98	1,19	0	-2,50	2	-0,82	1,68	Estável

Tabela 22

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
30. Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria.	2,02	1,25	1	-0,81	2	-0,01	0,8	Estável
14. Responder sem perder o controle ao receber crítica.	1,94	1,31	0	-1,48	0	-1,48	0	Estável
38. Controlar a raiva quando irmão/ã irrita.	1,62	1,41	2	0,26	2	0,26	0	Estável
22. Controlar irritação quando pais ou professores criticam.	2,13	1,28	0	-1,66	1	-0,88	0,78	Estável
8. Manter a calma quando grupo esta perdendo jogo.	2,12	1,27	1	-0,88	1	-0,88	0	Estável
33. Fala calmamente o que acha quando é contrariada.	2,22	1,28	0	-1,73	2	-0,17	1,56	Estável
5. Aceitar críticas justas.	2,47	1,12	1	-1,31	1	-1,31	0	Estável
18. Pedir explicações quando alguém apronta.	2,33	1,23	0	-1,89	2	-0,26	1,62	Estável

Tabela 23

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
4. Despedir-se das pessoas ao sair de local.	3,24	0,94	3	-0,25	1	-2,38	-2,12	Piora
3. Agradecer favores.	3,81	0,6	4	0,31	4	0,31	0	Estável
2. Cumprimentar pessoas ao entrar em local.	3,21	1,07	4	0,73	1	-2,06	-2,80	Piora
7. Elogiar quando fazem algo bom.	2,94	1,1	3	0,05	0	-2,67	-2,72	Piora
9. Agradecer elogios sinceros.	3,54	0,98	4	0,46	4	0,46	0	Estável
6. Fazer pequenos favores sem que peçam.	2,6	1,21	0	-2,14	0	-2,14	0	Estável

Tabela 24

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
12. Recusar pedido abusivo.	2,6	1,32	1	-1,21	1	-1,21	0	Estável
15. Recusar ficar com menino (a) quando não quero.	3,11	1,24	3	-0,08	1	-1,70	-1,61	Piora
23. Não fazer algo que considera errado.	2,79	1,28	4	0,94	4	0,94	0	Estável
27. Demonstrar aborrecimento quando irmão (a) apronta comigo	3,21	1,17	4	0,67	4	0,67	0	Estável
11. Iniciar conversaço.	2,62	1,27	3	0,29	1	-1,27	-1,57	Piora
16. Dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor.	3,19	1,08	4	0,75	3	-0,17	-0,92	Piora
21. Conversar com pessoas de autoridade.	2,87	1,23	4	0,91	3	0,10	-0,81	Piora

Tabela 25

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 2A nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	Média	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
10. Dizer que esta a fim de ficar de ficar com alguma pessoa a própria pessoa.	0,96	1,25	1	0,03	2	0,83	0,8	Estável
37. Apresentar-se a alguém que deseja conhecer.	1,49	1,38	0	-1,07	3	1,09	2,17	Melhora significativa
35. Convidar pessoas para algum programa quando quer fazer amizade.	2,44	1,26	0	-1,93	2	-0,34	1,58	Estável
13. Enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola.	2,39	1,27	0	-1,88	0	-1,88	0	Estável
25. Fazer perguntas as pessoas a quem quer ter como amigo (a).	2,23	1,16	4	1,52	2	-0,19	-1,72	Piora
36. Dizer os carinhos que a desagradam.	2,67	1,21	3	0,27	2	-0,55	-0,82	Piora

Tabela 26

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 2A antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 15-16-17 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes		Após		Conclusão	
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
20. Fazer apresentações orais na escola.	2,44	1,44	3	0,38	3	0,38	0	Estável
17. Conversar sobre sexo com os pais.	1,51	1,5	2	0,32	1	-0,34	-0,66	Piora
3. Pedir informações sobre tarefa.	2,19	1,26	0	-1,73	1	-0,94	0,79	Estável
19. Explicar tarefa aos colegas em trabalhos em grupo.	2,98	1,19	0	-2,50	2	-0,82	1,68	Estável
21. Conversar com autoridade.	2,87	1,23	4	0,91	3	0,10	-0,81	Piora

A Figura 12 ilustra a representação gráfica obtida por meio do Método JT (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Jacobson & Truax, 1991) demonstrando a evolução dos resultados obtidos pela participante 2A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA.

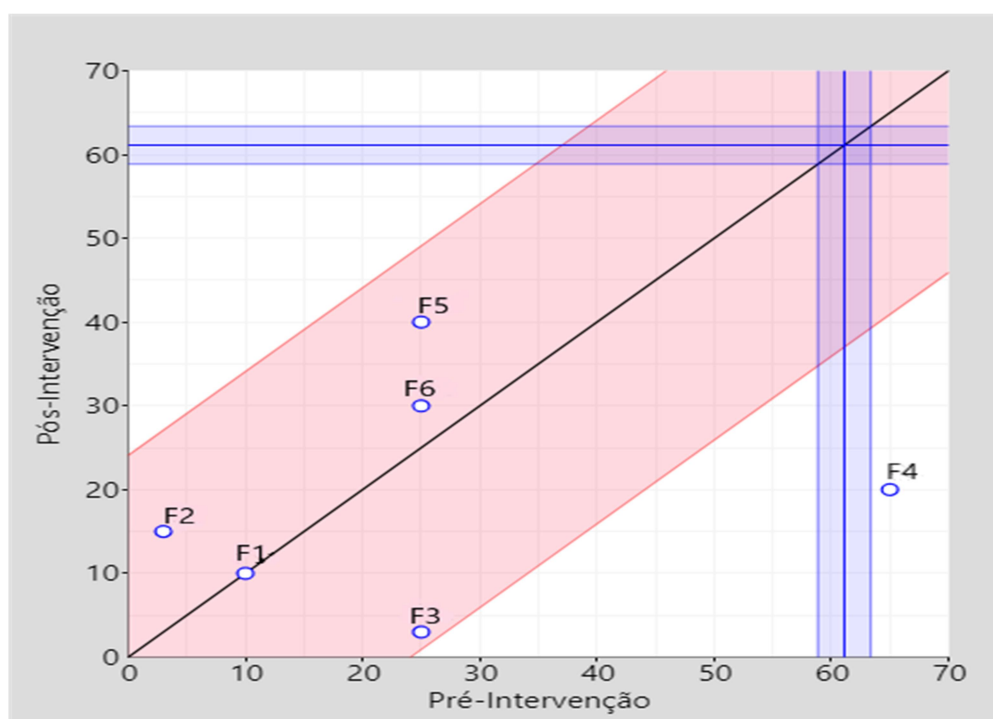


Figura 12. Evolução dos resultados obtidos pela participante 2A em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.

O ponto correspondente ao F4-Assertividade está abaixo do traçado horizontal inferior, à direita do traçado vertical e abaixo do traçado da diagonal superior, o que significa dizer que 2A passou da população funcional para a população disfuncional com relação a esse atributo na segunda avaliação. Assim, houve mudança de status clínico de funcional para disfuncional. Com relação aos pontos F1-Empatia, F2-Autocontrole, F3-Civilidade, F5-Abordagem afetiva e F6-Desenvoltura social estão abaixo do traçado horizontal inferior e à esquerda do traçado vertical, ou seja, 2A se encontrava inicialmente na população disfuncional e permaneceu nela, não acontecendo mudança no status clínico.

Estes pontos também estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz, não podendo ser feitas quaisquer afirmações de melhora ou piora devido ao acompanhamento no ambulatório.

Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI

Os valores do IAT e do SLEDAI da participante 2A na consulta inicial e ao final ao estudo estão apresentados na Tabela 27.

Tabela 27

Valores do IAT e do SLEDAI obtidos pela participante 2A na primeira e na segunda consulta realizada no ambulatório de reumatologia

1ª CONSULTA		2ª CONSULTA	
IAT	SLEDAI	IAT	SLEDAI
50%	8	50%	12

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Os resultados demonstram que, embora o percentual de adesão tenha se mantido em 50%, o valor de SLEDAI que era oito passou a ser 12.

Participante 2B

Habilidades sociais

A Figura 13 apresenta a comparação dos percentis obtidos para a frequência e a dificuldade por 2B para o ET e os escores fatoriais do IHSA nos dois momentos em que foram aplicados.

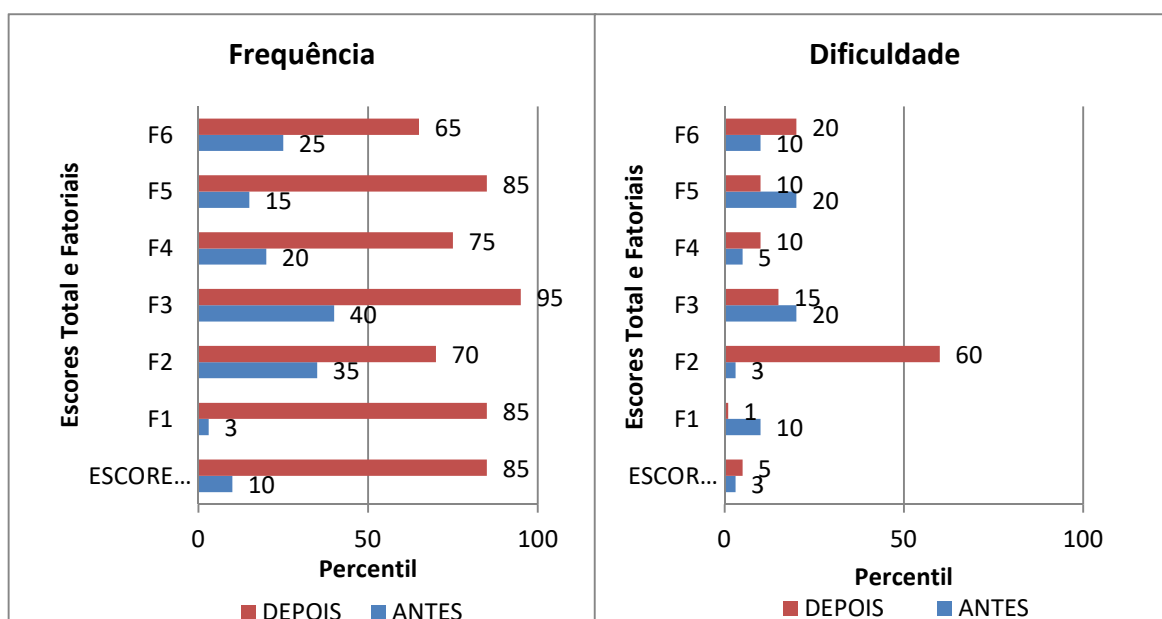


Figura 13. Comparação dos percentis para a frequência e a dificuldade obtidos por 2B para o ET e os escores fatoriais do IHSa nos dois momentos em que foram aplicados.

Nota: ET= Escore total; F1- Empatia; F2- Autocontrole; F3-Civildade; F4-Assertividade; F5-Abordagem afetiva; F6-Desenvoltura social. Classificação dos percentis da frequência na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-25 Repertório abaixo da média inferior; 26-35 Repertório médio inferior; 36-65 Bom repertório; 66-75 Repertório elaborado; 76-100 Repertório altamente elaborado. Classificação dos percentis das dificuldades na amostra normativa segundo Del Prette e Del Prette (2009b): 01-35 Baixo custo de resposta; 36-65 Médio custo de resposta; 66-100 Alto custo de resposta.

Quanto à frequência, 2B apresentou aumento no percentual em todos os fatores do IHSa, de maneira que no ET e em F1-Empatia, F3-Civildade e F5-Abordagem afetiva o repertório antes classificado como abaixo da média inferior (ET, F1 e F5) e repertório médio inferior (F3) passaram a repertório altamente elaborado de HS. Os fatores F2-Autocontrole e F4-Assertividade inicialmente classificados como repertório médio inferior e repertório abaixo da média, respectivamente, passaram para repertório elaborado de HS. Por sua vez, F6-Desenvoltura social antes classificado como repertório abaixo da média passou a ser classificado como bom repertório de HS.

Com relação à dificuldade, houve diminuição do custo de resposta na emissão das habilidades após a consulta de retorno em F1-Empatia, F3-Civildade e F5-Abordagem afetiva, porém permaneceram dentro da faixa de interpretação de baixo custo de resposta.

No ET e em F2-Autocontrole, F4-Assertividade e F6-Desenvoltura social houve aumento do percentil; no entanto, com exceção de F2 que de baixo custo de resposta passou a médio custo de resposta, a interpretação dos demais fatores permaneceu indicando baixo custo de resposta.

As Tabelas de 28 a 33 apresentam a comparação dos resultados brutos obtidos nos dois momentos da aplicação do IHSA em relação à frequência dos seis fatores e a interpretação da evolução da participante 2B conforme a variação do Escore Z.

Os dados mostram que 2B apresentou melhora significativa em quase todas as classes de comportamento do Fator 1-Empatia (Tabela 28), com exceção de *convidar pessoas para algum programa ou atividade e explicar as tarefas aos colegas quando necessário* que se mantiveram estáveis. Os dados referentes ao Fator 2-Autocontrole (Tabela 29) demonstraram piora nas classes *manter a calma quando grupo está perdendo jogo e aceitar críticas justas*; as demais classes mantiveram-se estáveis. Os dados referentes ao Fator 3-Civilidade (Tabela 30) mostram que somente a habilidade *cumprimentar pessoas ao entrar em local* apresentou variação Z com indicativo de melhora altamente significativa; as demais habilidades mantiveram-se estáveis. Os dados referentes ao Fator 4-Assertividade (Tabela 31) mostram que as habilidades *não fazer algo que considera errado e conversar com pessoas de autoridade* apresentaram melhora altamente significativa; a habilidade *dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor* apresentou piora; as demais habilidades mantiveram-se estáveis. Os dados referentes ao Fator 5-Abordagem afetiva (Tabela 32) mostram que as habilidades *convidar pessoas para algum programa quando quer fazer amizade e enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola* apresentaram melhora altamente significativa; a habilidade *apresentar-se a alguém que deseja conhecer* apresentou piora; as demais habilidades mantiveram-se estáveis.

Tabela 28

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 1-Empatia do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
31. Oferecer apoio à colega.	3,2	1,13	0	-2,83	4	0,70	3,53	Melhora significativa
34. Oferecer ajuda em colega em dificuldade na escola.	2,88	1,22	0	-2,36	3	0,09	2,45	Melhora significativa
26. Perceber os sentimentos de um (a) amigo (a) em dificuldade.	3,19	1,06	0	-3,00	4	0,76	3,77	Melhora altamente significativa
28. Pedir desculpas ao ofender alguém.	3,06	1,14	0	-2,68	4	0,82	3,50	Melhora significativa
29. Negociar uma solução com amigo.	2,55	1,14	0	-2,23	3	0,39	2,63	Melhora significativa
32. Convencer parceiro (a) sobre a necessidade de usar camisinha.	3,22	1,41	0	-2,28	3	-0,15	2,12	Melhora significativa
24. Conseguir guardar segredo.	3,48	0,96	0	-3,62	4	0,54	4,16	Melhora altamente significativa
7- Elogiar.	2,89	1,17	3	0,09	4	0,94	0,85	Estável
35. Convidar as pessoas para algum programa ou atividade.	2,45	1,29	0	-1,89	4	1,20	3,10	Melhora altamente significativa
19. Explicar as tarefas aos colegas, quando necessário.	2,9	1,3	4	0,84	4	0,84	0	Estável

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 29

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 2-Autocontrole do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
30. Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria.	2,11	1,22	0	-1,72	2	-0,09	1,63	Estável
14. Responder sem perder o controle ao receber crítica.	2,13	1,37	4	1,36	4	1,36	0	Estável
38. Controlar a raiva quando irmão/ã irrita.	1,64	1,43	0	-1,14	2	0,25	1,39	Estável
22. Controlar irritação quando pais ou professores criticam.	2,23	1,34	0	-1,66	2	-0,17	1,49	Estável
8. Manter a calma quando grupo está perdendo jogo.	2,25	1,31	4	1,33	3	0,57	-0,76	Piora
33. Fala calmamente o que acha quando é contrariada.	2,44	1,25	0	-1,95	1	-1,15	0,8	Estável
5. Aceitar críticas justas.	2,3	1,3	4	1,30	3	0,53	-0,76	Piora
18. Pedir explicações quando alguém apronta.	2,37	1,35	4	1,20	4	1,20	0	Estável

Tabela 30

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 3-Civilidade do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		Interpretação
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	
4. Despedir-se das pessoas ao sair de local.	3,16	1,13	4	0,74	4	0,74	0	Estável
3. Agradecer favores.	3,54	0,97	4	0,47	4	0,47	0	Estável
2. Cumprimentar pessoas ao entrar em local.	3,06	1,32	0	-2,31	4	0,71	3,03	Melhora altamente significativa
7. Elogiar quando fazem algo bom.	2,89	1,17	3	0,09	4	0,94	0,85	Estável
9. Agradecer elogios sinceros.	3,33	1,14	4	0,58	4	0,58	0	Estável
6. Fazer pequenos favores sem que peçam.	2,52	1,24	4	1,19	4	1,19	0	Estável

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 31

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 4-Assertividade do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	Média	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Variação Z	Interpretação
Habilidades Avaliadas								
12. Recusar pedido abusivo.	2,55	1,47	4	0,98	4	0,98	0	Estável
15. Recusar ficar com menino (a) quando não quero.	2,98	1,36	4	0,75	4	0,75	0	Estável
23. Não fazer algo que considera errado.	2,62	1,37	0	-1,91	4	1,00	2,91	Melhora altamente Significativa
27. Demonstrar aborrecimento quando irmão (a) apronta.	2,96	1,34	0	-2,20	1	-1,46	0,74	Estável
11. Iniciar conversaço.	2,62	1,31	4	1,05	4	1,05	0	Estável
16. Dizer que não gostou e não vai levar algo ao vendedor.	3,06	1,28	4	0,73	3	-0,04	-0,78	Piora
21. Conversar com pessoas de autoridade.	2,61	1,35	0	-1,93	4	1,02	2,96	Melhora altamente significativa

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 32

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 5-Abordagem afetiva do IHSA pela participante 2B nos dois momentos da aplicação com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Após		Conclusão		
	M	DP	Resultado	Escore Z	Resultado	Escore Z	Varição Z	Interpretação
10. Dizer que esta a fim de ficar de ficar com alguma pessoa a própria pessoa.	1,15	1,4	0	-0,82	0	-0,82	0	Estável
37. Apresentar-se a alguém que deseja conhecer.	1,78	1,43	3	0,85	2	0,15	-0,69	Piora
35. Convidar pessoas para algum programa quando quer fazer amizade.	2,45	1,29	0	-1,89	4	1,20	3,10	Melhora altamente significativa
13. Enturmar-se quando quer participar de um grupo da escola.	2,47	1,31	0	-1,88	4	1,16	3,05	Melhora altamente significativa
25. Fazer perguntar pessoas a quem quer ter como amigo (a).	2,11	1,36	2	-0,08	4	1,38	1,47	Estável
36. Dizer os carinhos que a desagradam.	2,55	1,29	2	-0,42	4	1,12	1,55	Estável

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 33

Comparação entre os resultados brutos obtidos para a frequência no Fator 6-Desenvoltura social do IHSA pela participante 2B antes e após a intervenção com os resultados da amostra normativa feminina de 12-13-14 anos

Habilidades Avaliadas	Amostra normativa		Antes	Escore Z	Após	Escore Z	Conclusão	Interpretação
	M	DP	Resultado		Resultado		Variação Z	
20. Fazer apresentações orais na escola.	2,49	1,5	0	-1,66	4	1,00	2,66	Melhora altamente Significativa
17. Conversar sobre sexo com os pais.	1,24	1,48	4	1,86	0	-0,83	-2,70	Piora
4. Pedir informações sobre tarefa.	1,87	1,27	0	-1,47	1	-0,68	0,78	Estável
19. Explicar tarefa aos colegas em trabalhos em grupo.	2,9	1,3	4	0,84	4	0,84	0	Estável
21. Conversar com autoridade.	2,61	1,35	0	-1,93	4	1,02	2,96	Melhora altamente Significativa

Fonte: Protocolo de pesquisa.

No Fator 6-Desenvoltura social (Tabela 33), as habilidades *fazer apresentações orais na escola* e *conversar com autoridade* apresentaram melhora altamente significativa segundo a interpretação da variação Z, enquanto que *conversar sobre sexo com os pais* apresentou piora; os demais comportamentos mantiveram-se estáveis.

A Figura 14 ilustra a representação gráfica obtida por meio do Método JT (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Jacobson & Truax, 1991) demonstrando a evolução dos resultados obtidos pela participante 2B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA.

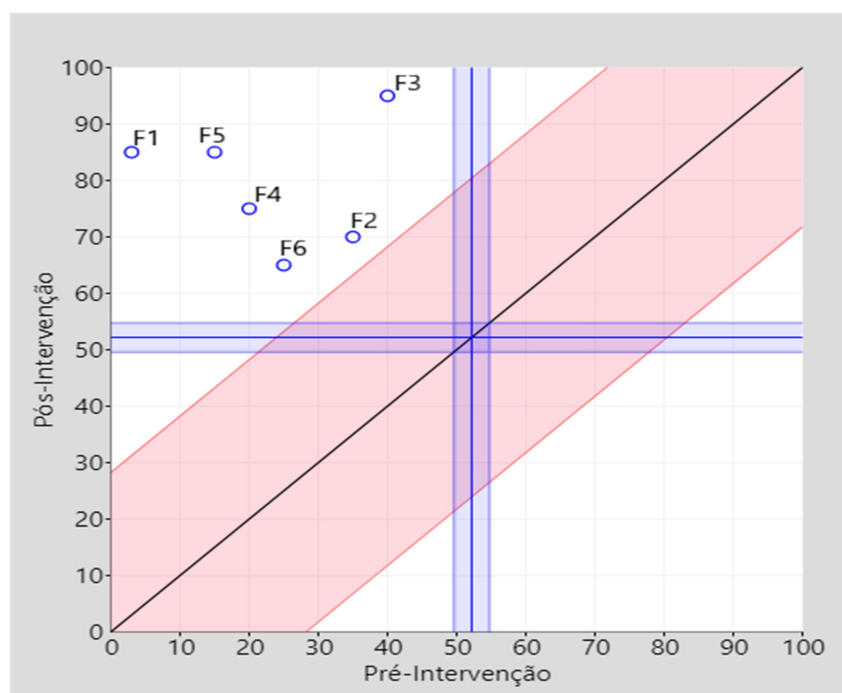


Figura 14. Evolução dos resultados obtidos pela participante 2B em relação a cada um dos seis escores fatoriais do IHSA a partir de representação gráfica obtida por meio do Método JT.

Os pontos correspondentes aos todos os seis fatores estão acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, o que significa dizer que 2B passou para a população funcional com relação a todos os fatores. Tais pontos estão também acima do traçado diagonal superior, ou seja, 2B apresentou melhora que podem ser

atribuída a rotina de atendimentos do ambulatório associada a atenção dada pela pesquisadora em decorrência da participação da adolescente na pesquisa..

Índice de adesão ao tratamento e SLEDAI

Os valores do IAT e do SLEDAI da participante 2B na consulta inicial e ao final ao estudo estão apresentados na Tabela 36.

Tabela 34

Valores do IAT e do SLEDAI obtidos pela participante 2B na primeira e na segunda consulta realizada no ambulatório de reumatologia

1ª CONSULTA		2ª CONSULTA	
IAT	SLEDAI	IAT	SLEDAI
50%	8	25%	0 a 20

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Os resultados demonstram que embora o percentual de adesão tenha diminuído de 50% na primeira consulta para 25% na segunda consulta, o valor de SLEDAI que era oito ficou indefinido ao final do estudo (0-20), pois a participante não levou o resultado dos exames de laboratório solicitados pela médica, dificultando esta avaliação. No entanto, como a mesma apresentava sintomas e estava fazendo pulsoterapia, segundo a reumatologista é provável que 2B pontuasse em algumas das definições avaliadas a partir dos resultados dos exames, podendo chegar até 20 no total conforme parâmetros do SLEDAI (Katz, 2011; Mikdashi & Nived, 2015), indicando atividade da doença.

DISCUSSÃO

O Estudo 2 foi realizado com o objetivo de verificar os efeitos de um treino de automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e sua relação com a adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ. Para isto foram selecionadas quatro participantes cujo repertório ao início do estudo indicava déficits em HS, avaliado por meio do IHSA, e baixa adesão ao tratamento, a partir do cálculo de IAT. Os resultados obtidos permitem afirmar que o treino de automonitorização pode promover a instalação e a ampliação de comportamentos de HS em adolescentes com LESJ e auxiliar na promoção da adesão ao tratamento, justificando-se a intervenção psicológica associada à rotina ambulatorial no acompanhamento destes pacientes.

O LESJ é uma doença autoimune, de graves consequências quando o tratamento recomendado não é seguido corretamente (Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR], 2011a; 2011b). Uma vez que o tratamento indicado para o controle do LESJ requer alto custo de resposta, demandando do paciente a emissão de várias classes de comportamentos em diversos horários diariamente, estima-se que a adesão destes jovens pacientes seja baixa (Almeida et al., 2016), o que foi identificado neste estudo. As participantes do Estudo 2 deveriam tomar até oito diferentes tipos de medicamentos ao dia, além de passar protetor solar de quatro em quatro horas e seguir um plano alimentar com uma série de restrições (em especial quanto ao uso de sal). Verificou-se que todas as quatro participantes iniciaram o estudo com 50% de IAT, confirmando a literatura sobre baixa adesão ao tratamento em doenças crônicas de longa duração (Malerbi, 2011; Sales & Tamaki, 2007).

Em linha de base, observou-se melhor adesão ao uso dos medicamentos, mesmo que de modo irregular quanto ao horário indicado, semelhante ao apontado em Dunbar-

Jacob et al. (2010). As demais categorias de tratamento tiveram baixa adesão. Quanto à atividade física, ausente em todas as quatro participantes, deve-se considerar que todas apresentavam sintomas relacionados à atividade do LESJ, com SLEDAI de 4 para as da Condição 1 e SLEDAI de 8 para as da Condição 2, de maneira que a prática regular de atividade física de fato poderia não ter sido recomendada a estas participantes no período da coleta de dados. No caso de A2, por exemplo, na qual havia comprometimento pulmonar, a atividade física foi substituída por fisioterapia pulmonar. A avaliação dessas restrições deveria ter sido melhor aprofundada neste estudo, embora o histórico descrito pelas participantes tenha apontado para uma história de não seguimento das orientações sobre atividade física mesmo em períodos de inatividade da doença o que poderia explicar a baixa adesão encontrada.

Quanto à dificuldade das participantes em relação ao uso do protetor solar, esta pode estar relacionada à esquivas pela exposição às consequências aversivas imediatas (oleosidade sobre a pele) decorrentes do uso do protetor associada às consequências positivas (proteção da pele para inflamações e manchas associadas à doença) de longo prazo. Esse resultado corrobora com estudo realizado em laboratório por Albuquerque e Paracampo (2010) que aponta que o seguimento de regras é mais difícil quando o indivíduo é exposto a consequências aversivas imediatas ou quando o reforço é atrasado. Também é semelhante ao estudo de Almeida et al. (2016) e de Neder (2015) que relacionaram o comportamento de não adesão ao uso do protetor solar por pacientes com LES a um esquema de reforçamento negativo atrasado.

Em relação ao seguimento das orientações para o plano alimentar, as participantes descreveram dificuldades para realizar o fracionamento das refeições e adotar dieta hipossódica com aumento no consumo de frutas e legumes. Mesmo nos casos em que havia apoio familiar, as participantes eram expostas a contextos em que

realizavam as refeições fora de casa, na companhia de amigos, momentos nos quais a adesão às orientações se tornava mais difícil. Tais contextos são frequentes na adolescência, quando jovens passam a maior parte do tempo longe de familiares, demandando habilidades sociais para lidar com estes desafios (Neufeld, 2017).

Esses dados demonstram a complexidade do tratamento de LESJ, e corroboram com os dados do estudo de Almeida et al. (2016), que ressaltam que as instruções para o tratamento de LESJ devem considerar a associação de diversas classes de respostas em diferentes contextos de vida do paciente. Também confirmam os resultados do estudo realizado por Albuquerque e Paracampo (2010) sobre a dificuldade de seguimento de regras quando estas são extensas e as contingências naturais operam em longo prazo.

Neste estudo, as duas participantes da Condição 1 (Intervenção) melhoraram os IATs após serem submetidas ao treino de automonitorização realizado com o objetivo de instalar comportamentos correspondentes a HS. 1A melhorou os índices de IAT mantendo índices iguais ou acima de 75% a partir da terceira semana de treino, sugerindo estabilidade no repertório. Houve também melhora no SLEDAI (de quatro para valor 0 ao final do estudo). No caso desta participante, um fator importante relacionado à adesão foi o fortalecimento da classe de comportamento *conseguir conversar com pessoas de autoridade* (com melhora altamente significativa na frequência) observada durante o treino de automonitorização, pois a mesma passou a fazer perguntas à médica durante as consultas, tirando dúvidas sobre o tratamento. Segundo Malerbi (2011) a boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é um fator favorável à adesão ao tratamento.

1B também obteve bons índices de IAT, com valores crescentes ao longo do treinamento (acima de 65% até 100%), e redução do SLEDAI de quatro para valor zero. Ao longo das sessões de treino, esta participante relatou situações que a prejudicaram na

adesão ao tratamento, principalmente, que interferiam no seu plano alimentar. O treino pode ter auxiliado esta participante na instalação de comportamentos de auto-observação ajudando na identificação de contextos de risco para a emissão de comportamentos de adesão, como nos exemplos em que ela citou sobre conflitos com o namorado e a mãe. A descrição detalhada dessas situações durante o treino pode ter facilitado análises mais acuradas acerca da classe de comportamento *reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria* a qual foi a mais frequente nos registros. Este efeito da automonitorização já foi apontado por Bohm e Gimenes (2008) e investigado por Casseb e Ferreira (2012).

No caso das participantes da Condição 2 (Rotina) não houve melhora no IAT. 2A permaneceu em 50%, com piora no valor do SLEDAI que passou de 8 para 12; 2B apresentou redução no IAT e com resultado do SLEDAI indefinido ao final do estudo, podendo alcançar inclusive o valor 20, por falta de informações sobre resultados de exames de laboratório solicitados pela médica na consulta anterior, o que exemplifica um comportamento de não adesão desta participante.

Desse modo, observou-se que as participantes submetidas ao treino de automonitorização apresentaram melhores resultados do IAT comparando-se com os valores obtidos em linha de base e com os resultados obtidos com as participantes da condição rotina. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo de Almeida (2017) que estudou os efeitos do uso combinado de manual e de registros de automonitorização sobre relatos de adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ, assim como no estudo de Casseb e Ferreira (2011) e no de Ferreira e Fernandes (2009), nos quais se observou melhora na adesão ao tratamento em adultos com diabetes submetidos a treino de automonitorização.

As melhoras nos resultados do IAT após a intervenção podem também estar relacionadas às características do treino de automonitorização por meio do qual as participantes da Condição 1 foram acompanhadas de maneira mais próxima, recebendo atenção individual da pesquisadora, com orientações sobre modos de enfrentamento do problema por meio de análise das contingências relatadas a partir dos registros feitos nos formulários. Os estudos realizados por Casseb et al. (2008) e Casseb e Ferreira (2012) apresentaram resultados que permitem apontar o uso de automonitorização como recurso para instalação e/ou manutenção de comportamentos importantes para o enfrentamento de condições adversas no contexto da saúde, conforme preconizado por Bohm e Gimenes (2008).

Neste estudo, o treino de automonitorização foi realizado como um THS, visando à melhora das análises das contingências relacionadas a comportamentos de adesão a tratamento do LESJ que estivessem relacionados a contextos de interações sociais. Segundo Del Prette e Del Prette (2012) e Caballo (2012) as HS são aprendidas ao longo da vida; porém, quando essa aprendizagem não ocorre naturalmente, pode ser planejada e desenvolvida por meio de treino que, para Del Prette e Del Prette (2012) é um método de tratamento para a superação de déficits e dificuldades interpessoais e para a maximização dos repertórios de comportamentos sociais já instalados. Embora a literatura seja abundante em estudos sobre THS realizados com grupos de participantes (Aguiar, 2006; Correa 2008; Del Prette & Del Prette, 2001; Del Prette & Del Prette, 2006; Faijão et al., 2010; Kumar & Singh, 2015; Lopes et al., 2017; Vila, 2005; Villas Boas et al. 2005), neste estudo optou-se pela realização do treino individualmente, como realizado no estudo de Campos e Almeida (2010).

A aplicação combinada de instrumentos como o R24h e o Formulário de automonitorização permitiu a obtenção de relatos tanto de adesão quanto de não adesão

ao tratamento feito pelas participantes, permitindo maior confiabilidade destes relatos como sugerem estudos de Azevedo e Sampaio (2003), Dunbar-Jacob et al. (2010) e Martins et al. (2015). Ressalta-se também que não é recomendada a utilização do relato verbal do participante como única medida de adesão, uma vez que, segundo Malerbi (2001), o mesmo pode estar mais sob o controle das consequências imediatas do relato de maneira a omitir os comportamentos de não adesão ao tratamento como forma de se esquivar da punição do médico. Neste estudo o SLEDAI também foi obtido como medida de adesão ao tratamento o que, de acordo com Freire et al.(2011) e Mikdashi e Nived (2015), tem sido utilizado para a obtenção de parâmetros clínicos e laboratoriais a partir dos quais, segundo Neder et al.(2017), podem ser feitas inferências sobre a adesão do paciente às orientações recebidas para o tratamento.

Quanto aos comportamentos de HS, ao início do Estudo 2 as quatro participantes apresentavam déficits, com repertórios na média inferior (1A e 1B) ou abaixo da média inferior (2A e 2B) no Escore Total ao serem comparadas com a amostra normativa (Del Prette & Del Prette, 2009). Dentre as subescalas com menores percentis, destaca-se F3- Autocontrole na qual três das quatro participantes (exceto 2B) foram classificadas como abaixo da média inferior e com alto custo de resposta.

Em relação às participantes da Condição 1, após o treino 1A obteve aumento no percentil da maioria dos escores do IHSA, exceto em Autocontrole que continuou com déficit. Nos demais cinco fatores, ela chegou a alcançar repertório altamente elaborado mantendo estabilidade em Assertividade e com ganho de funcionalidade em Empatia, Civilidade, Abordagem afetiva e Desenvoltura social. Também houve diminuição no custo da resposta, com exceção para Autocontrole. A participante 1B obteve melhora altamente significativa no repertório de HS, mantendo bom nível em todos os fatores avaliados, com redução no custo de resposta. Apresentou melhora nos repertórios

relacionados à Empatia e Assertividade; manteve boa estabilidade em Civilidade e Abordagem afetiva; mas continuou com déficits em Autocontrole.

Segundo Del Prette e Del Prette (2008), dentre os fatores relacionados a déficits em habilidade sociais estão a falta de conhecimento, restrição de oportunidade e de exposição a modelos, problemas de comportamento, ausência de feedback, falhas de reforçamento, ansiedade interpessoal excessiva e dificuldade de discriminação e processamento. Alguns desses fatores foram identificados na história de vida e no repertório comportamental de 1A e 1B em linha de base.

Quanto as participantes da Condição 2, 2A manteve o repertório de HS com déficits em todos os fatores ao final do estudo. Esta participante permaneceu disfuncional em Empatia, Autocontrole, Civilidade, Abordagem afetiva e Desenvoltura social, chegando a piorar em Assertividade. No caso de 2B, ao final do estudo esta participante apresentou melhora no repertório de HS em todos os fatores, inclusive alcançando repertório altamente elaborado no Escore Total, com redução no custo de resposta. Tanto no caso de 2A quanto no caso de 2B não é possível atribuir relação de causalidade aos resultados obtidos ao final do estudo. As classes de comportamento classificadas como piora, assim como algumas classes identificadas como estáveis, obtiveram resultado bruto inferior na segunda aplicação do IHSA, o que pode estar relacionado ao aprimoramento do repertório de auto-observação e autoconhecimento das participantes a partir da aplicação do R24h, de forma que estas podem ter sido mais criteriosas ao avaliarem as situações descritas pelo IHSA na segunda aplicação, como apontado pelos autores do instrumento (Del Prette & Del Prette, 2009b)

O treino também apontou para a necessidade de intervenção nos relacionamentos familiares. Observou-se nos relatos das participantes que os familiares precisam ser esclarecidos sobre algumas limitações impostas ao paciente quando a

doença está em atividade, em especial relacionada a atividades que requeiram esforço físico, como os casos relatados por 1A (ao recusar pedidos de participação nas atividades domésticas) e 1B (ao não se recusar a andar sob o Sol para ir tomar conta do comércio do irmão). Estes exemplos deixam clara a importância do treinamento em HS e da necessidade de incluir a família nos atendimentos, conforme sugere a literatura sobre doenças crônicas de longa duração em adolescentes (Almeida et al., 2016; Mulvaney et al., 2010 e Palmer et al., 2010).

O tempo de exposição à doença também pode comprometer a qualidade de vida do paciente, como o caso da participante 2A, com 15 anos de idade e 11 de diagnóstico, apresentando comprometimentos graves como nefrite, hipertensão e catarata. Daí a importância de se trabalhar a prevenção, promovendo ações para cuidados com o paciente com vistas à adesão ao tratamento, conforme apontado nos estudo de Almeida (2017), Casseb e Ferreira (2012) e Ferreira (2006).

Por fim, a apresentação dos resultados obtidos com cada participante demonstra a relevância de estudos com delineamento de caso único, a considerar as especificidades do tratamento e história de vida de cada uma das participantes. Sugere-se também a realização de pesquisas cujo alvo da intervenção sejam os cuidadores de adolescentes com LESJ, de modo a averiguar quais variáveis no contexto familiar podem interferir no tratamento, a fim de que sejam identificadas estratégias favoráveis à melhoria da adesão ao tratamento desses adolescentes.

Desse modo, mais estudos com essa população específica são necessários para ampliar os resultados aqui obtidos, bem como para confirmar os efeitos positivos do treino de automonitorização e assim possa ser desenvolvido um programa que atenda crianças e adolescentes com LESJ em que o protocolo de intervenção deste estudo seja aplicado.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. R. (2006). *Construção e avaliação de um programa multimodal de habilidades comunicativas para adultos com deficiência mental*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Manuscrito publicado.
- Aguiar, A. A. R. de; Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: EDUFSCar.
- Albuquerque, L. C., & Paracampo, C. C. P. (2010). Análise do controle por regras. *Psicologia USP*, 21(2), 253-273. doi: 10.1590/S0103-65642010000200004
- Albuquerque, L. C., Reis, A. A., & Paracampo, C. C. P. (2008). Efeitos de histórias de reforço, curtas e prolongadas, sobre o seguimento de regras. *Acta Comportamentalia*, 16, 305-332.
- Almeira, F. P., Ferreira, E. A. P., & Moraes, A. J. P. (2017). Efeitos de Registros de Automonitorização sobre Relatos de Adesão ao Tratamento em Adolescentes com Lúpus. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, pp. 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33412>
- American College of Rheumatology (2017a). *Lupus*. Retrieved from: <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Lupus>
- American College of Rheumatology (2017b). *Systemic Lupus Erythematosus (Juvenile)*. Retrieved from: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Systemic-Lupus-Erythematosus-Juvenile>

- Assunção, R. S. & Matos, P.M (2014). Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do facebook: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 3, p. 539-547. doi: 10.1590/1413-73722133716
- Angélico, A.P. & Del Prette, A. (2011). Avaliação do Repertório de Habilidades Sociais de Adolescentes com Síndrome de Down. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 207-217.
- Ayres, M., Ayres J.R. M., Ayres, D. L., & Santos, A. A. S. (2007). *BioEstat 5:Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá.
- Bellack, A. S., & Morrison, R. (1982). Interpersonal disfunction. In A. J. Bellack; M. Hersen e A. E. Kazdin (Eds.), *International handbood of behavior modification and therapy* (pp.717-747). Nova York: Plenum Press.
- Bernardes, V. P., Oliveira, L. D. B., & Marcon, C. (2011). Lúpus eritematoso sistêmico juvenil: diagnóstico de doença crônica e dinâmica familiar. *Barbaroi*, 35, 75-89.
- Boas, A. C. V. V., Silveira, F. F. & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicolog*, 89-101. Retrieved from: http://www.cemp.com.br/arquivos/39088_73.pdf
- Bohm, C.H.,& Gimenes, L.S. (2012). Reatividade ao automonitoramento em uma portadora da síndrome do intestino irritável. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(3), 293-301.

- Bueno, A. L., & Czepielewski, M. A. (2010). O recordatório de 24h como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. *Revista de Nutrição*, 23(1), 65-73, jan/fev.
- Bueno, V.C., Lombardi Junior, I., Medeiros, W.M., Azevedo, M.M.A., Len, C.A.,Terrerri, M.T.R.A., Natour, J., & Hilário, M.O.E. (2007). Reabilitação em Artrite Idiopática Juvenil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47(3), 197-203.
- Caballo, V.E. (2012). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos Editora.
- Campos, J. R. *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos*. 2010. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- Campos, J. A. P. P. & Almeida, M. A. (2010) Pessoas com deficiência no trabalho: contribuições de um programa de habilidades sociais. *Revista Educação em Questão*, Natal, v. 38, n. 24, p. 115-137.
- Casseb, M. S., & Ferreira, E. A. P. (2012). Treino em automonitoração e comportamentos de prevenção em diabetes Tipo 2. *Estudos de Psicologia*, 29, 135-142. doi: 10.1590/S0103-166X2012000100015
- Casseb, M. S., Bispo-Malcher, M. S., & Ferreira, E. A. P. (2008). Automonitoração e seguimento de regras nutricionais em diabetes: dois estudos de caso. *Interação (Curitiba)*, 12, 223 - 233.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações de doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635.
- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. D. (2008). Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *PsicoUSF*, 13(2), 243-251.

- Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, D. M., Lee, S., Roberts, M. S., Kaur, R., & Alam, T. (2012) Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm.* 18(7):527-39. DOI:10.18553/jmcp.2012.18.7.527
- Costa, J.S., Santos, M. L. S. C. (2015). O enfermeiro na equipe multidisciplinar no cuidado ao adolescente hospitalizado: relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. doi: 10.5205/reuol.7061-61015-5- SM0906supl201513
- Cossalter, L., Angotti, M., & Cippola, N. (2017). Habilidades sociais e Coping em pacientes à espera do transplante de fígado e rim. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 8(2), 244-257.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18761/PAC.2016.044>
- Cunha S. (2000). *Portador de diabetes tipo II: expectativas e atitudes no enfrentamento das complicações crônicas*. Monografia. Pelotas: UFPel;
- D'Cruz, D. P., Khamashta, M. A., & Hughes, G. R. (2007). Systemic lupus erythematosus. *Lancet*, 17,369 (9561), 587-96.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais na escola: O método vivencial e a participação do professor. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette, & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 143-160). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2009a). *Inventário de habilidades sociais (IGS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P (2009b). *Inventário de habilidades sociais para adolescentes (IHSA-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2011). *Psicologia das habilidades sociais na Infância: Teoria e Prática*. Petrópolis:Vozes.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis:Vozes.
- Dunbar-Jacob, J., Houze, M. P., Kramer, C., Luyster, F., & McCall, M. (2010). Adherence to medical advice: Processes and measurement. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications* (pp. 83-95). New York: Springer.
- Elliott, S.N.,& Gresham, F.M. (2008). *Social Skills Improvement System: Intervention Guide*. Bloomington, MN:Person Assessments.
- Faijão, W., Carneiro, G. R. S., Bruni, A. R., Montiel, J. M., & Bartholomeu, D. (2010). Aplicação de um treinamento de habilidades sociais em crianças do ensino fundamental. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13(19), 36-42. doi:
- Fagundes, A. J. F. M. (1982). *Descrição, definição e registro de comportamento* (pp.67-77). São Paulo: Edicon.
- Falcone, E. M. O. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In: R.C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp.211-221). SantoAndré: SET.
- Ferreira, E. A. P. F. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes mellitus: efeitos de um treino em análise de contingência sobre comportamentos de autocuidado*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Brasília.

- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 147-189). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, E. A. P., & Fernandes, A. L. (2009). Treino em auto-observação e adesão à dieta em adulto com diabetes Tipo 2. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25(4), 629-636. doi:org/10.1590/S0102-37722009000400019
- Freire, E. A. M., Souto, L. M., & Ciconelli, R. M. (2011). Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(1), 70-80.
- Freitas, T. A. R., Silva, K. L., Nóbrega, M. M. L., Collet, N. (2011) Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. *Rev Rene*.12(1):111-9.
- Gomes, D. L., Ferreira, E. A. P., & de Souza, C. M. C. (2012). Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2. *Acta Comportamentalia*, 20(3), 327-342. doi: S0188-81452012000300006
- Gresham, F. M. (2000). Assessment of social skills in students with emotional and behavioral disorders. *Assessment for Effective Intervention*, 26(1), 51-58.
- Gresham, F. M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. Em Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Eds.), *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp.17-66). Petrópolis: Vozes.
- Katz, R. S. (2011). *What are the SLEDAI and BILAG evaluations?* Lupus Foundation of America. Disponível em:
http://www.lupus.org/webmodules/webarticlesnet/templates/illinois_support.aspx?articleid=4059&zoneid=108
- Kirchner, L.F; Lör, A.T.B; Guimarães, A.T.B. (2012).Evaluation of social skills from mothers of children with onco-hematological disease treatment. *Journal of Human Growth and Development* , 22(2), pp. 187-195.

- Kirchner, L. F., Benitez, P., Tatmatsu, D.I.B., Ribeiro, G.W., Vargas, V. M., Del Prette, Z. A. P. (2017). Habilidades sociais educativas em mães de crianças/adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v.8 n2, p. 155-164.
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of selfmonitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11(4), 415–425.
- Kumar, B., & Singh, A. R. (2015). Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia. *The Qualitative Report*, 20(5), 660-696. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss5/10>
- Kyngäs, H. (1999). Compliance of adolescents with asthma. *Nursing and Health Science*, 1, 195-202.
- Levy, D. M., & Kamphuis, S. (2012). Systemic Lupus Erythematosus in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 59(2), 345-364.
- Linck, C. L., Bielemann, V. L. M., Sousa, A. S., Lange, C. (2008) The chronic patient in face of falling ill and the treatment compliance. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(2):317-22.
- Livingston, B., Bonner, A., & Pope, J. (2011). Differences in clinical manifestations between childhood-onset lupus and adult-onset lupus: a meta-analysis. *Lupus*, 20, 1345-1355.
- Lopes, D. C., Dascanio, D., Ferreira, B.C., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2017). Treinamento de Habilidades Sociais: Avaliação de um Programa de Desenvolvimento Interpessoal Profissional para Universitários de Ciências Exatas. *Interação em psicologia*. v. 21, 1.|

- Lucca, E. (2004). *Habilidade social: uma questão de qualidade de vida*. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?Codigo=A0224&area=d4&sUbarea
- Malerbi, F. E. K. (2001). Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. In H. J. Guillard (Ed.) *Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade*, (pp. 126-131). Campinas: ESETec
- Malerbi, F. E. K. (2011). Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In *Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na prática clínica*. (módulo 3). Publicação online. Retrieved from: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/53-adesao-ao-tratamento-importancia-da-familia-e-intervencoes-comportamentais-em-diabetes>
- Martins, L. C. C. O., Ferreira, E. A. P., Silva, L. C. C., & Almeida, F. P. (2015). Seguimento de regras nutricionais em crianças com excesso de peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 33-41. doi: 10.1590/0102-37722015011465033041
- Mattje, G. D., & Turato, E. R. (2006). Experiências de vida com Lúpus Eritematoso Sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais no Brasil: um estudo clínico-qualitativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14,4.
- Mikdashi, J., & Nived, O. (2015). Measuring disease activity in adults with systemic lupus erythematosus: the challenges of administrative burden and responsiveness to patient concerns in clinical research. *Arthritis Research & Therapy*, 17(183), 1-10. doi: 10.1186/s13075-015-0702-6
- Mulvaney, S. A., Rothman, R. L., Osborn, C. Y., Lybarger, C., Dietrich, M. S., & Wallston, K. A. (2010). Self-management problem solving for adolescents with type 1 diabetes: Intervention processes associated with an internet program. *Patient Education and Counseling*, 85, 140–142. doi: 10.1016/j.pec.2010.09.018

- Murta, S. G., Del Prette, A., Nunes, F.C., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Problemas en la adolescencia: Contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales In: J. C. Salamanca (Ed.), *Manual de intervención psicológica para adolescentes: Ámbito de la salud y educativo* (Unidade 1, Cap. 2) Colombia (Bogotá): PSICOM Editores.
- Neder, P. R. B. (2015). *Lúpus eritematoso sistêmico: Estudo comparativo entre modelos de intervenção para adesão ao tratamento*. Universidade Federal do Pará Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém- PA.
- Neder, P. R. B., Ferreira, E. A. P., & Carneiro, J. R. (2017). Adesão ao tratamento do lúpus: efeitos de três condições de intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 203-220. doi: 10.15309/17psd180117
- Nepom, B.S., & Schaller, J.G. (1984). Childhood systemic lupus erythematosus. *Program Clinical Rheumatology*, 1, 33-69.
- Neufeld, C. B. (2017). *Terapia Cognitivo- Comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Porto Alegre: Artmed.
- Naves, R. M., Rotundo, R. C. B., Carvalho, K. D. R. & Baia, F. H. (2011). Treinamento de Habilidades Sociais em Grupo: Uma Intervenção com Tarefas Lúdicas. *Psicologia em Pesquisa*, 5(1), 39-50.
- Oliveira, L. C. C., Casseb, M. S., & Ferreira, E. A. P. (2006). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6, 1-18.
- Palmer, D. L., Osborn, P., King, P. S., Berg, C. A., Butler, J., Butner, J., Wiebe, D. J. (2010). The structure of parental involvement and relations to disease

- management for youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 596–605. doi: 10.1093/jpepsy/jsq019
- Penido, M. A., Fortes, S., & Rangé, B. (2005). Um estudo investigando as habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 75-86.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2010). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Petri, M., Orbai, A. M., Alarcón, G. S., Gordon, C., Merrill, J. T., Fortin, P. R., et al. (2012). Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 64(8), 2677-2686.
- Pilger C, Abreu I. S. (2007) Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm* 12(4):494-501.
- Pons-Estel, G. J., Alarcon, G. S., Scofield, L., Reinlib, L. & Cooper, G. (2010). Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheumathology*, 39(4), 257-68.
- Ribeiro, E. H., Costa, E. F., Sobral, G. M., & Florindo, A. A. (2011). Desenvolvimento e validação de um recordatório de 24 horas de avaliação da atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16(2), 132-137.
- Rocha, M., Mota, C. P. & Matos, P. M. (2011). Vinculação à mãe e ligação aos pares na adolescência: o papel mediador da autoestima. *Análise Psicológica*, 2(29), 185-200.
- Sales, C. M., & Tamaki, E. M. (2007). Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enfermagem*, 12, 157-163. doi:org/10.5380/ce.v12i2.11051.

- Santos, M. O. (2009). *Avaliação da adesão à terapia medicamentosa em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, atendidos em hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://arca.iciict.fiocruz.br/handle/iciict/2417>.
- Sardinha, A. P. A. (2010). *Habilidades sociais em portadores de anomalia de diferenciação sexual*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Schur, P.H. (2005). Lúpus Eritematoso Sistêmico. In: L. Goldman, & D. Ausiello (Org.). *Cecil, Tratado de Medicina Interna* (pp. 1937-1947). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Schur, P.H., & Gladman, D. D. (2011). Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. Uptodate [Internet], 19(2). Disponível em: <http://www.Uptodate.Com/contents/overview-of-the-clinical-manifestations-of-systemic-lupus-erythematosus-in-adults>.
- Schur PH, Morchella SL. (2011). Mucocutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. UpToDate [Internet], 19(2). Available from: <http://www.uptodate.com/contents/mucocutaneousmanifestations-of-systemic-lupus-erythematosus>.
- Seabra, D., Figueirinha, V., Almeida, I. S., Ribeiro, I. B. (2009). O conhecimento do adolescente portador de lúpus acerca de sua doença: um instrumento para o cuidado. *Adolescência e Saúde*, 6 (2), 19-24.
- Silva, M. P., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de Habilidades Sociais para Adolescentes: Uma Experiência no Programa de Atenção Integral à Família

(PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 136-143. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/18.pdf>.

Skinner, B. F. *Contingencies of Reinforcement: A theoretical Analysis*, N. Y., *Appleton Century Crofts*, 1969.

Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR] (2011a). *Lúpus*. Disponível em: http://www.reumatologia.com.br/mural/arquivos/LES_Cartilha_PDF_COMPLETO_2011.pdf

Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR] (2011b). *Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil*. Disponível em: http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=DoencasOrientacoes&Pagina=reumatologia/in_doencas_e_orientacoes.asp

Sztajn bok, F. R., Serra, C. R. B., Rodrigues, M. F., & Mendoza, E. (2001) Doenças reumáticas na adolescência. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*, 77 (Supl.2), S234-S244.

Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Ramos, L. R., Farias, M. R., & Pizzol, T. S. D. (2016). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 50, 2:10.

Vieira, M.A., & Lima, R.A.G. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-agosto, 10(4), 552-60.

Vila, E.M. (2005). *Treinamento de habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldades de aprendizagem: Uma análise sobre procedimento e feitos da intervenção*. Dissertação de mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. Manuscrito publicado.

- Vilar, M. J., & Sato, E. I. (2002). Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). *Lupus*, 11(8), 528- 32.
- Wallace, D. J. (2002). Antimalarial therapy. In: D.J. Wallace, & B.H. Hahn (Eds.). *Dubois' lupus erythematosus*. (6a.ed. Pp.1150-1172). Philadelphia: Williams, Wilkins.
- World Health Organization[WHO] (2003). *Adherence to long – Term Therapies: Evidence for Action*.
- Zannon, C.M.L.C. (1999). Psicologia aplicada à pediatria: Questões metodológicas atuais. In: R. R. Kerbauy (Org.). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. (pp. 46-58). Santo André: Arbytes.

ANEXOS



Universidade Federal do Pará
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1

Nome da pesquisa: Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes a habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ). Para tanto, solicitamos a sua colaboração em permitir a participação de seu(a) filho(a) em nossa pesquisa. A participação dele(a) se dará por meio de entrevistas, gravadas em áudio, realizadas no ambulatório de endocrinologia deste hospital. No primeiro momento, a pesquisadora acompanhará a consulta do adolescente com a médica reumatologista a fim observar as instruções feitas pela médica a ele. Após o acompanhamento da consulta, em uma sala reservada, será feita a aplicação de um roteiro de entrevista e do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA). Após a próxima consulta médica será realizada uma nova entrevista com o participante e em seguida será agendada uma entrevista devolutiva para explanação dos resultados obtidos com a pesquisa. Os resultados desse estudo poderão ajudar os profissionais de saúde a entender melhor a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ. Tais resultados poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto de sua identidade e a do adolescente. A participação nesta pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a você ou ao adolescente. Caso tenha qualquer dúvida, estarei disponível através dos seguintes contatos:

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA
CRP:10/02812
TELEFONES: institucional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro também que espontaneamente concordei que _____ participe como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do (a) Responsável



ANEXO B

Universidade Federal do Pará
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Termo de Assentimento 1

Nome da pesquisa: Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Seu cuidador/responsável concordou que você participe de uma pesquisa, que tem como objetivo analisar a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento do Lúpus. Gostaria de saber se você concorda em participar. A pesquisa será realizada por meio de entrevistas nas quais serão feitas perguntas sobre sua vida e seu tratamento. As entrevistas serão realizadas após sua consulta com a médica reumatologista, e estas serão gravadas em áudio. Também haverá a necessidade de eu observar uma consulta sua com a médica para que eu tenha acesso às orientações de seu tratamento. As informações e os resultados encontrados no final da pesquisa poderão ser publicados em revistas e eventos científicos, mantendo o compromisso de total sigilo da sua identidade. Sua participação nesta pesquisa não trará prejuízos, e poderá ser interrompida no momento em que você achar necessário. Caso você concorde em participar, solicito que você assine este documento.

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA
CRP:10/02812
TELEFONES: institucional

TERMO DE ASSENTIMENTO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do Participante

Comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) – Complexo B, sala de aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, No 01.
Guamá – Cep: 66.075-110. Tel: 3201-8028. Email: cepccs@ufpa.br.

PROTOCOLO DE ANÁLISE DO PRONTUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____

Data de preenchimento: ____/____/____

HISTÓRIA CLÍNICA

Queixa Principal

Queixas Secundárias:

Diagnóstico Médico:

Tempo de Diagnóstico:

Tratamento indicado:

Evolução do Estado Clínico (incluindo valores de SLEDAI):

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Participante: _____

Data: ____/____/____

**ORIENTAÇÕES (REGRAS) PARA O TRATAMENTO
DESCRITAS PELA MÉDICA DURANTE A CONSULTA**

Administração de medicamentos:

Reeducação alimentar:

Realização de atividades físicas:

Proteção de pele:

Encaminhamentos para outros profissionais de saúde:

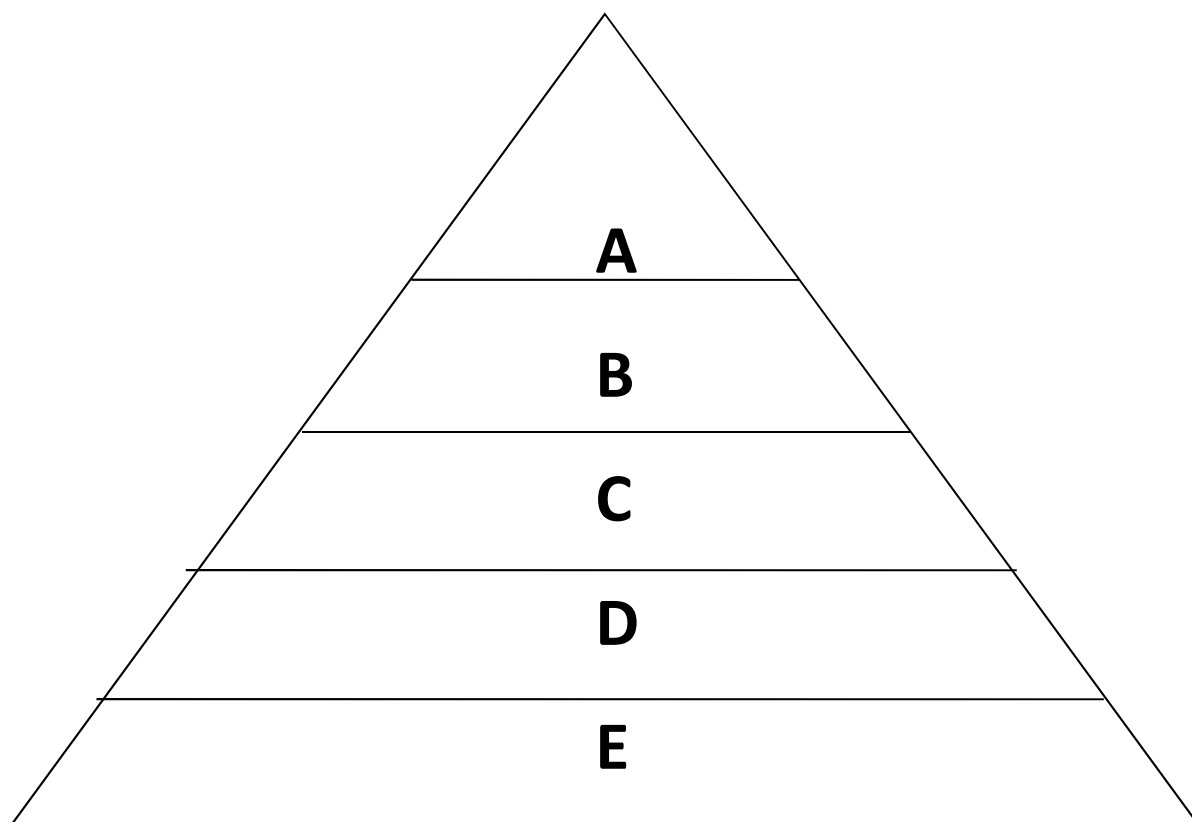
[illegible]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIDADE DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) - Mikdashi e Nived (2015).

SLEDAI (DEFINIÇÕES)	PESO	DATA DA CONSULTA						
CONVULSÃO (início recente. Excluir infecções, drogas, distúrbios metabólicos)	8							
PSICOSE (alteração da percepção da realidade: alucinações incoerência, pensamento desorganizado, catatonia. Excluir infecções, drogas, distúrbios metabólicos)	8							
SD. ORGÂNICO CEREBRAL (alteração mental: orientação, memória, julgamento e atenção com dois de: fala incoerente, insônia, sonolência, hipo/hiper atividade motora. Excluir infecções, drogas, distúrbios metabólicos)	8							
ALT. VISUAIS (corpos cetóides, hemorragia retiniana, coroidite ou neurite óptica. Excluir infecção, drogas, HAS)	8							
ALT. NERVOS CRANIANOS (neuropatia motora / sensorial)	8							
CEFALÉIA (importante, persistente, enxaqueca, irresponsiva a narcóticos)	8							
AVC (excluir aterosclerose)	8							
VASCULITES (úlceras, gangrena, nódulo doloroso, infarto periungueal, biópsia ou angiografia compatível)	8							
ARTRITES (mais do que 02 articulações)	4							
MIOSITES (fraqueza muscular proximal com: ↑ enz.musc, EMG ou biópsia compatível)	4							
CILINDROS URINÁRIOS (granulares/ hemáticos)	4							
HEMATÚRIA (> 5 hem/cp. Excluir cálculos/ infecções)	4							
PROTEINÚRIA (>500mg/ 24hs)	4							
LEUCOCITÚRIA (>5 leuc/ cp. Excluir infecções)	4							
ERITEMA MALAR (início recente)	2							
ALOPÉCIA (perda de cabelo local ou difusa)	2							
ÚLCERAS DE MUCOSAS (início recente: oral e/ou nasal)	2							
PLEURITE (dor + atrito, derrame pleural, espessamento)	2							
PERICARDITE (dor + atrito, alterações ECG ou ECO)	2							
C3 / C4 / CH50 ↓	2							
↑ ANTI-DNA	2							
FEBRE (> 38°C. Excluir infecções)	1							
PLAQUETOPENIA (< 100.000 plaq/mm ³ . Excluir drogas)	1							
LEUCOPENIA (< 3.000 leuc/mm ³ . Excluir drogas)	1							
TOTAL	105							

PIRÂMIDE DE FREQUÊNCIA



A- 0 a 2 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma no máximo 2 vezes)

B- 3 a 4 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 3 a 4 vezes)

C- 5 a 6 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 5 a 6 vezes)

D- 7 a 8 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 7 a 8 vezes)

E- 9 e 10 (em cada 10 situações desse tipo me comporto dessa forma de 9 a 10 vezes)

RECORDATÓRIO 24H

Entrevistador (a): _____ Registro: _____ Data: ____/____/____

Participante: _____

Vamos lembrar como foi o seu dia ontem? Gostaria que você me dissesse tudo o que você lembrar sobre o que você fez em sua rotina e em relação ao seu tratamento. Não precisa ficar preocupado com o que você vai me falar. Não vou ficar chateada, brigar ou chamar sua atenção. O importante é que você seja sincero comigo para juntos tentarmos fazer o melhor possível para o seu tratamento.

COMO FOI O SEU DIA ONTEM?

ONDE VOCÊ ESTAVA?

O QUE VOCÊ FEZ?

MANHÃ:

_____ :

TARDE:

NOITE:

Você recebeu ajuda de alguém para fazer seu tratamento (medicamento, alimentação, protetor solar)? Quem te ajudou? Como foi esta ajuda?

:

Do que você acabou de me contar:

O que está de acordo com o que a médica pediu pra você fazer?

O que não está de acordo com o que a médica pediu pra você fazer?

O que ficou faltando fazer em seu tratamento ontem?

Na sua opinião:

O que você acha que ajudou você a seguir as orientações da médica?

O que dificultou você seguir as orientações da médica?



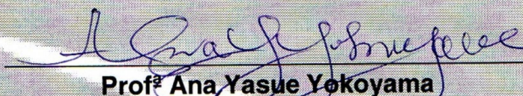
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA
COORDENAÇÃO ACADÊMICA



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto de pesquisa intitulado **“Habilidades Sociais e Adesão ao Tratamento em Adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil”** de autoria de Ana Paula de Andrade Sardinha, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, foi aprovado pela Coordenação Acadêmica e Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação deste Hospital, obtendo consentimento para que os dados sejam coletados nesta instituição.

Belém, 01 de abril de 2014.


Prof^ª Ana Yasue Yokoyama
Coordenadora Acadêmica
HUBFS/UFPA

BETTINA
FERRO DE SOUZA

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
Rua Augusto Corrêa, N° 01, Campus do Guamá, CEP: 66.075-110
Telefone (Fax): 3201-7921
E-mail: secdachubfs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil

Pesquisador: ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35664514.4.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 853.148

Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:

A expressão habilidades sociais se refere à existência de diferentes classes de comportamentos no repertório do indivíduo para lidar, de maneira adequada, com as demandas interpessoais. Por sua vez, adesão ao tratamento pode ser definida como a extensão na qual os comportamentos do paciente correspondem às recomendações para o controle da doença acordadas com profissionais de saúde. Esta pesquisa tem por objetivo primário caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS e o nível de adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ atendidos no ambulatório de um hospital da rede pública de Belém, por meio de dois estudos. No estudo 1 será realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes a habilidades sociais e de adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ. E no estudo 2 será realizado um estudo com o objetivo de verificar os efeitos do uso de treino em automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e sua relação com a adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas para organização e análise dos dados coletados. Espera-se a partir da realização destes dois estudos avaliar a importância de comportamentos socialmente habilidosos no repertório comportamental de adolescentes com LESJ, e o quanto o

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Continuação do Parecer: 853.148

desenvolvimento destas habilidades pode auxiliar na adesão ao tratamento do LESJ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS e o nível de adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ atendidos no ambulatório de um hospital da rede pública de Belém.

Objetivo Secundário:

Verificar os efeitos do uso de treino em automonitorização na instalação de comportamentos correspondentes a HS e sua relação com a adesão ao tratamento em adolescentes portadores de LESJ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos à integridade física ou emocional dos participantes desta pesquisa serão mínimos. Os mesmos poderão desistir a qualquer momento, no decorrer do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo em seu tratamento. No caso de os resultados obtidos com os participantes da Condição 1 apontarem para uma melhora na adesão ao tratamento e no repertório de habilidades sociais ao serem comparados com os resultados dos

participantes da Condição 2, estes serão convidados a participar do mesmo procedimento de intervenção. Os participantes do Estudo 1 que apresentarem déficits em HS ou dificuldades de adesão ao tratamento e que não preencherem os critérios necessários ao Estudo 2 serão encaminhados ao serviço de Psicologia do HU. Não haverá custos financeiros aos participantes do Estudo 2, pois lhes será garantido transporte para deslocamento ao ambulatório do HU durante a coleta de dados na pesquisa.

Benefícios:

Ajudar os profissionais de saúde a entender melhor a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com LESJ. Auxiliar adolescentes com LESJ no desenvolvimento de estratégias de habilidades sociais e adesão ao tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado nesta 2ª versão, dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 853.148

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos agora apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 31 de Outubro de 2014

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

**Projeto: HABILIDADES SOCIAIS E ADESAO AO TRATAMENTO EM ADOLESCENTES COM LÚPIS
ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL**

ÍNDICES DE CONCORDÂNCIA DO R24H					
	Pesquisadora Avaliador 1 Avaliador 2	Total de Comportamentos	Concordância	Discordância	Índice de Concordância
R24H P1	P-A1	16	15	1	93,75%
	P-A2	16	16	0	100%
	A1-A2	16	15	1	93,75%
R24H P2	P-A1	16	15	1	93,75%
	P-A2	16	16	0	100%
	A1-A2	16	15	1	93,75%
R24H P3	P-A1	14	14	0	100%
	P-A2	14	14	0	100%
	A1-A2	14	14	0	100%
R24H P4	P-A1	15	14	1	93,33%
	P-A2	15	12	3	80%
	A1-A2	15	13	2	86,66%
R24H P5	P-A1	12	12	0	100%
	P-A2	12	12	0	100%
	A1-A2	12	12	0	100%
R24H P6	P-A1	14	13	1	92,85%
	P-A2	14	13	1	92,85%
	A1-A2	14	13	1	92,85%
R24H P7	P-A1	13	13	0	100%
	P-A2	13	12	1	92,30%
	A1-A2	13	12	1	92,30%
R24H P8	P-A1	15	14	1	93,33%
	P-A2	15	14	1	93,33%
	A1-A2	15	14	1	93,33%
R24H P9	P-A1	15	14	1	93,33%
	P-A2	15	15	0	100%
	A1-A2	15	14	1	93,33%



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Pesquisa e Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2

Nome da pesquisa: Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Estamos realizando uma pesquisa para verificar os efeitos do uso de um treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a Habilidades Sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil. Por isso, gostaríamos da sua autorização para que seu filho(a) participe desta pesquisa. De acordo com a ordem de entrada no estudo, o participante poderá receber o treino ou não. O treino acontecerá por meio de entrevistas semanais, gravadas em áudio, que poderão ser realizadas no ambulatório deste hospital ou na residência do participante. Durante o treino, o participante será solicitado a fazer anotações que serão combinadas previamente. Os participantes que não receberem o treino somente serão entrevistados ao início e ao final do estudo. Caso os resultados do treino indiquem benefícios aos participantes, aqueles que não participarem do treino o poderão fazer ao final do estudo, caso concordem. Os resultados obtidos a partir desse estudo poderão adolescentes com LESJ a entender a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento. Tais resultados poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto acerca da identidade dos participantes. A participação dele(a) poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a ele(a). Caso tenha qualquer dúvida, estarei disponível através dos seguintes contatos:

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA
CRP: 10/02812
TELEFONES: institucional

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente concordei que _____ participe como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do(a) Responsável

Comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) – Complexo B, sala de aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, No 01.
Guamá – Cep: 66.075-110. Tel: 3201-8028. Email: cepccs@ufpa.br.



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Pesquisa e Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Termo de Assentimento 2

Nome da pesquisa: Habilidades sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Estamos realizando uma pesquisa para verificar os efeitos do uso de um treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a Habilidades Sociais e adesão ao tratamento em adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil. Por isso, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa. De acordo com a ordem de entrada no estudo, você poderá receber o treino ou não. O treino acontecerá por meio de entrevistas semanais, gravadas em áudio, que poderão ser realizadas no ambulatório deste hospital ou na residência do participante. Durante o treino, você será solicitado a fazer anotações que serão combinadas previamente. Caso você não receba o treino somente será entrevistado ao início e ao final do estudo. Caso os resultados do treino indiquem benefícios aos participantes, aqueles que não participarem do treino o poderão fazer ao final do estudo, caso concordem. Os resultados obtidos a partir desse estudo poderão ajudar adolescentes com LESJ a entender a relação entre habilidades sociais e adesão ao tratamento. Tais resultados poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto acerca da identidade dos participantes. A sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a você. Caso tenha qualquer dúvida, estarei disponível através dos seguintes contatos:

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA
CRP:10/02812
TELEFONES: 81224627/87495888

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do (a) Paciente

Comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) – Complexo B, sala de aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, No 01. Guamá – Cep: 66.075-110. Tel: 3201-8028. Email: cepccs@ufpa.br.

**TABELA DE HIERARQUIA DE COMPORTAMENTOS SOCIALMENTE
HABILIDOSOS (MODELO)**

INSTRUÇÕES: “Das classes de comportamento com déficit, segundo a classificação do Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHSA) você vai avaliar quais aquelas classes que você já faz e poderá continuar fazendo, as que você não faz, mas poderá fazer e àquelas que você acha que será muito difícil de fazer”.

<i>Exemplos de comportamentos</i> (organizados por escore fatorial do IHSA)	JÁ FAÇO E PODEREI CONTINUAR A FAZER	NÃO FAÇO, MAS PODEREI FAZER	SERÁ MUITO DIFÍCIL FAZER
Pedir desculpas ao ofender alguém			
Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria			
Aceitar críticas injustas			
Recusar pedidos abusivos			
Controlar minha irritação ao receber críticas de meus pais ou professores			

Hierarquia dos comportamentos:

FORMULÁRIO DE AUTOMONITORAMENTO (MODELO)

Nome: _____

Período: _____

Comportamento-alvo da semana: _____

DIAS

INSTRUÇÕES: Nesta tabela estão listadas as classes de comportamento conforme a ordem hierárquica avaliada por você, considerando as mais fáceis de serem realizadas às mais difíceis. A cada semana será escolhido um comportamento-alvo para que você possa tentar realizá-lo, no entanto, todos os demais comportamentos também poderão ser realizados, e nesta tabela você deverá marcar com um “x” a ocorrência dos mesmos, considerando os dias da semana em que ocorreram, assim como quantas vezes ocorreram. Na sessão observação você poderá anotar lembretes da ocorrência desses comportamentos para que possa descrevê-lo no nosso próximo atendimento.

<i>Exemplos de comportamentos</i>	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO
Pedir desculpas ao ofender alguém							
Guardar segredo de um amigo							
Reagir com calma quando as coisas não saem como gostaria							
Aceitar críticas injustas							

OBSERVAÇÕES:

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AUTO-OBSERVAÇÃO

Participante: _____. **Data:** ____/____/____

Você teve alguma dificuldade para preencher este Formulário?

_____ **Não.**

_____ **Sim. Qual(is)?**

Observando seus registros, em quantos dias da semana você conseguiu emitir o comportamento-alvo? _____.

Descreva cada um dos contextos em que este comportamento foi emitido ao longo da semana:

Comportamento-alvo: _____

Dia	Local	Hora	Antecedentes	Consequências observadas	Comentários

Além do comportamento-alvo, que outros comportamentos você conseguiu emitir durante a semana?

Descreva cada um dos contextos em que tais comportamentos foram emitidos:

Comportamento: _____

Dia	Local	Hora	Antecedentes	Consequências observadas	Comentários

Comportamento: _____

Dia	Local	Hora	Antecedentes	Consequências observadas	Comentários

Comportamento: _____

Dia	Local	Hora	Antecedentes	Consequências observadas	Comentários

Em relação ao comportamento-alvo, quais as dificuldades que você teve para emitir este comportamento durante a semana passada?

O que você pode fazer para superar esta dificuldade?

DIAGRAMA DE ANÁLISE FUNCIONAL

Descrição do contexto:

SITUAÇÕES	COMPORTAMENTOS	CONSEQUENCIAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL PARA FEEDBACK

RESULTADO IAT	RESULTADO IHSA	RESULTADO SLEDAI