

**GRUPO DE TRABALHO - 5.7**

**"PSICOLOGIA E SAÚDE: ANÁLISE DA PREVENÇÃO"**

**COORD. RACHEL RODRIGUES KERBAUY**

**USP**

## RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO:

### PSICOLOGIA E SAÚDE: ANÁLISE DA PREVENÇÃO

#### Participantes:

Rachel Rodrigues Kerbauy- USP - (Coordenadora)

Maria da Glória G. Gimenes- UnB

Isolda de Araújo Gunther- UnB

Vera Adami Raposo do Amaral- Unicamp

No ano anterior, em Gramado, iniciamos uma discussão sobre como medir fenômenos nesta área de estudo e quais os problemas encontrados por cada um dos pesquisadores participantes. Esse encontro permitiu que mantivéssemos consultas entre pesquisadores no decorrer do ano, especialmente trocas bibliográficas e maneiras de medir comportamentos.

Continuando a análise das condições existentes no continuum saúde-doença consideramos que levantar os problemas e realizações em relação a prevenção, em cada área de atuação dos pesquisadores, permitiria a longo prazo, a participação maior dos psicólogos na área de saúde sendo em vista a demanda, devido as campanhas realizadas pelo Governo.

Do ponto de vista teórico, como os pesquisadores seguem concepções diversas, o analisar variáveis que encontra, permitiria verificar o acordo ou desacordo entre as variáveis levantadas, bem como a explicação possível.

Essa análise possibilitaria verificar também com o que trabalha o psicólogo ao tentar impedir condições desfavoráveis de saúde e garantir a manutenção de boas condições.

Para realizar esses objetivos obedecemos a seguinte sistemática de trabalho: cada participante apresentou os objetivos de seu trabalho, um resumo da coleta de dados e resultados parciais ou totais que obtivera. Após a apresentação discutia-se o trabalho e as perguntas formuladas pelo apresentador e participantes. Terminada essa etapa nos detivemos na proposição de sugestões e análise detalhada dos pontos que destacamos como permitindo pesquisas futuras do grupo, com metodologia comum e que fornecesse subsídios para um trabalho na comunidade. Foi assim possível detectar a reatividade devido as mudanças no comportamento decorrentes do processo de medida. Identificamos em que direção se dava essa reatividade e planejamos delineamentos experimentais para testá-la, para aqueles entre nós que estavam em fase de coleta de dados.

Essa reatividade é identificada por pesquisadores como Kazdin, 1979; Nelson, 1977 e Sieck e Mc Fall, 1976, sendo seu problema maior a interferência no sentido de generalizar de uma circunstância medida para outra que não o foi. Como em muitos casos, parece impossível subtrair essa reatividade, sendo até desejável, pois ocorre na direção pretendida, extrairmos exemplos de nossas pesquisas, que fundamentam nossa conclusões. Assim, encontramos: ao verificar-se como utiliza e que informações possui sobre exame de mama para a prevenção de câncer, parece que a curto prazo, leva a iniciar o exame; no caso de identificação de tipo A, com cardíacos submetidos a cirurgia de revascularização, a identificação desses comportamentos parece facilitar o planejamento de vida e o relato de "esperança". Ainda, destacou-se as variáveis sócio-culturais, e as relações criança-família que favorecem o desenvolvimento de repertórios que podem colocar crianças em alto-risco de sofrerem acidentes.

Além da ênfase em reatividade, outros temas foram levantados como interessantes para investigação sem um planejamento imediato para execução: a fidedignidade da informação obtida, o especificar crenças e comportamentos e a consequência na adesão, especialmente ao tratar-se da prevenção.

A produção significativa do grupo obedecerá os seguintes pontos:

1. Encontros dos participantes e planejamentos de solicitações de verbas para viabilizar esses encontros.

2. Realização de um experimento, delineado pelo grupo, com o objetivo de observar comportamentos, mensurando-os, quando da aplicação de questionários ou escalas de coleta de dados.

3. Analisar a literatura nacional verificando como estão sendo incorporados e descritos os comportamentos e a adesão decorrente da reatividade.

4. Discutir essa reatividade como problema ético, em casos especiais, e quanto exige acompanhamento psicológico ou qual a utilidade pessoal e social daquela coleta de dados.

# VARIÁVEIS QUE AFETAM A PREVENÇÃO DE DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Rachel Rodrigues Kerbauy  
Universidade de São Paulo

No decorrer de estudos sobre o levantamento dos problemas que afetam pessoas com doenças cardiovasculares (Kerbauy 1985 e Braga, 1989) e pesquisas que desenvolvemos atualmente, deparamos com dificuldades relacionadas com a modificação de hábitos alimentares, introdução de programas de exercício ou caminhadas diárias, alteração na vida cotidiana, especialmente quanto aos eventos que podem provocar reações emocionais exageradas.

Esses problemas, aparentemente diversos, têm em comum alguns pontos: exigem alterações em ações e maneiras de conceber o mundo, o que implica na análise de crenças, regras e comportamentos novos a serem instalados e outros serem abandonados.

Entre as crenças, concepções e regras que afetam diretamente os comportamentos a serem emitidos para a alteração de um padrão de comportamento característico do cardiopata, destacaremos dois: a percepção da ineficácia do comportamento e a noção de uma causa orgânica explicativa de ações.

1. A percepção da ineficácia dos comportamentos parece impedir a prevenção. Os problemas são atribuídos ao ambiente, situações ou pessoas, sem percepção das respostas alternativas possíveis que dependam do comportamento do próprio indivíduo. Dir-se-ia que há uma impenetrabilidade a novas concepções e tentativas de comportamento para resolver situações novas. A verbalização apresentada demonstra uma desconfiança das pessoas, e quase que inércia para iniciar comportamentos para alterar situações. Analisando-se o que determinou essa concepção podemos encontrar uma história de crítica e punição e respostas ineficazes a situações. Os sujeitos fornecem exemplos de suas interações com pessoas e da dificuldade em alterar comportamentos. Geralmente não se encontra uma análise de suas próprias ações e o efeito sobre o outro.

Neste grupo de trabalho considero adequado fornecer um exemplo de verbalizações que conduziram a este tipo de análise que estou fazendo. O exemplo é extraído de uma entrevista maior baseada em Roseman, 1978. As questões referem-se a atividades de vida diária e através de pausas e insistência do entrevistador é possível provocar respostas semelhantes às que se está procurando obter com uma entrevista. Se obtém desta forma um dado misto de relato e emissão de comportamentos. Explica-se assim o fascínio que tem exercido nos pesquisadores as pesquisas sobre o padrão de comportamento tipo A.

O relato é de um senhor de 59 anos que tem um trabalho manual e será submetido a uma cirurgia de ponte de safena. Encontrava-se internado na enfermaria aguardando cirurgia, por ocasião da entrevista.

P - ... E o Sr. tá satisfeito com seu tipo de trabalho?

S - não... não tô.

P - Não está satisfeito?

S - ah... pouco dinheiro né? Com salário pouco a gente passa a não gostar do que faz, não pelo trabalho, que todo trabalho é igual, eu acho que tudo é a mesma coisa né, mas não é a mesma coisa por exemplo ganhar demais e viver numa situação de egoísmo, vai ocasionando o que aconteceu comigo.

P - O que é que aconteceu?

S - Eu pego uma doença.

P - Ah... O Sr. acha que tem uma relação com isso aí?

S - Ah... tem relação, tudo coisa da mente né, a sra. dorme mau, você acorda mau, você come mau, você vive mau, você passa mau!

P - Quer dizer que o Sr. acha que...nesse trabalho então o Sr. não tá satisfeito por causa disso, da relação com o que o Sr. ganha com o seu trabalho?

S - é...infelizmente a gente não têm outro trabalho né, e também a gente é de idade assim, autônomo na firma e por isso a gente vai remando contra a maré, visando dia melhor hoje e amanhã.

2. A noção de uma causa orgânica subjacente conduz a uma concepção explicativa de ações imprevisíveis ou de grande magnitude denominada "ser nervoso". A descrição da consequência desse comportamento é a aceitação pelo interlocutor das ações emitidas e a interrupção do evento aversivo desencadeador. Como explicação para o "ser nervoso" encontra-se uma causa orgânica incontrolável geralmente acompanhada de uma descrição de antecedentes familiares. Entre as condições mantenedoras há uma aceitação social dessa explicação que parece ser um impedimento para iniciar alterações de comportamentos.

Trabalhando com uma população hospitalizada, de nível sócio-econômico baixo, limitamo-nos a aceitar o relato do que o sujeito faz em lugar de observar seu comportamento, pois, os episódios comportamentais desse tipo são praticamente inexistentes nessa situação dificultando sua observação. Entre as concepções que dificultam a prevenção esta parece relevante pois, é aceita e mantida por inúmeros reforçadores desde a submissão do interlocutor até apoio social.

Além de crenças e regras apresentadas gostaríamos de acrescentar uma história de falta de planejamento e definição de objetivos de vida e conseqüentemente pouco sucesso. Os objetivos quando definidos são amplos demais e de realização quase impossível.

A prevenção exige definição de objetivos, descrição de comportamentos a serem emitidos, planejamento de condições para a execução e reforçamento. É uma seqüência lógica, que muitas vezes é reforçada somente por sua execução, sem a apresentação final de sua consequência aversiva ou positiva em que a relação comportamento/consequência fique aparentemente evidente. Vejamos como exemplo o hábito de comer com pouca gordura para evitar colesterol. Mesmo tendo se alimentado adequadamente, no caso, com ingestão de verduras e carnes brancas a consequência possível é o prazer que esses alimentos proporcionam ou a aprovação de um familiar próximo que poderia ocorrer durante a refeição. Essa alimentação pode favorecer ou não o aparecimento de um problema cardíaco, pois, outras variáveis estão envolvidas, tais como: vida sedentária, hereditariedade. Portanto a relação comportamento/consequência não é clara. Sendo assim é de se esperar que a pessoa estabeleça regras próprias pois as contingências são difíceis de se estabelecer e são probabilísticas.

Continuando com a análise da prevenção e essa seqüência de interações é possível prever que se identificarmos mudanças corporais e verbais que poderiam ser reforçadoras em si mesmas, parte do problema estaria resolvido. Essas mudanças percebidas seriam elos nessa cadeia comportamental. Estaríamos no entanto ainda diante de uma definição de objetivos para resultados a longo prazo. Seria necessário então restaurar uma história de sucessos e aquisições menores e objetivos também menores e factíveis. Essa história é às vezes inexistente, pois o efeito do sucesso não foi percebido e menos ainda as unidades menores de comportamentos responsáveis por ele.

Como dados preliminares ao analisar as crenças e regras referentes à modificação do comportamento alimentar incluiria:

a. concepções errôneas sobre a importância de certos nutrientes como sal, açúcar, gordura, relacionados à fraqueza orgânica no caso da não ou pouca ingestão dos mesmos. Ex.: "Sem gordura eu fico muito fraca".

b. concepções generalizadas a partir de casos particulares, baseadas em exemplos de familiares e amigos que ingeriram alimentação considerada como de ingestão moderada como gordura, carne de porco, e sua longevidade e também aqueles que cuidaram da alimentação e ficaram doentes: "meu avô comeu carne de porco, fumou bebeu e viveu até os 85 anos".

c. a idéia clara de que dieta é para doentes e ausência de uma concepção sobre alimentação saudável: "o regime não pode ser para a família, as meninas precisam comer melhor".

d. a relação entre alimentos e seu preço o que dificultaria um planejamento: "Aqui no Brasil se come o que se pode".

Além das regras que se distanciaram das contingências encontradas, o outro problema é quanto à maneira de instalar, introduzir, hábitos alimentares para os familiares. Aqui a dificuldade é a forma de dirigir-se à família desde o conteúdo verbal até ações específicas, podendo oscilar desde o sermão, difícil de ouvir e menos ainda de colocar em prática, até a agressão ou ameaça física, estas últimas com crianças que se recusam a alimentar-se ou ingerir determinados alimentos.

Além das regras sobre alimentação encontro também referências ao local e maneira de alimentar-se. Esses dados abaixo são obtidos em entrevistas como a acima referida, mas são de outro sujeito. As crenças anteriores citadas foram retiradas dessas entrevistas e também de trabalhos com grupos sobre alimentação saudável.

P - E...o Sr. come depressa?

S - Não, eu sou muito vagaroso.

P - Depois que o Sr. termina de comer o Sr. fica sentado na mesa ou se levanta?

S - É...pobre nunca come na mesa. (risos do sujeito acompanhado pelo pesquisador) é eu como na sala das máquinas, sento num banquinho ou num balde...

P - É...daí come e levanta já ou fica lá sentado?

S - Depende do dia.

Respostas como essas representam o papel da alimentação na vida da pessoa. Qualquer interferência para mudar em função de transformar o alimento em hábito puro e a hora de alimentar-se em condições de descontração e de evitar estresse se defronta com problemas sérios. As grandes empresas podem ter refeitórios e até servir refeições mas as pequenas empresas não os têm. Os refeitórios são também, muitas vezes, pouco atraentes, especialmente aqueles em que a pessoa esquentava seu próprio alimento trazido de casa.

Discutir essas variáveis que estão envolvidas na alimentação não parece absurdo se pensarmos nos trabalhos em autocontrole do comportamento de alimentar-se realizados a nível nacional e internacional e que hoje representam aproximadamente 25 anos de pesquisas. O início, com o trabalho de Ferster 1962, até contribuição para a análise de comportamentos verbais encobertos de Stuart, 1978 e em nosso país de Kerbauy 1972, com atendimentos em grupos e individuais, entre centenas de publicações, continuam o combate à obesidade, um dos fatores de risco para a saúde, e que implica na modificação do estilo de vida.

Como parece evidente, os problemas se concentram a nível de investigar o quanto de informação recebida torna-se aplicação real, comportamentos eficientes e qual a informação adequada e para quem, além de como transmiti-la.

## REFERÊNCIAS

Braga, T.M.S. Padrão de Comportamento Tipo A (TABP): identificação e modificação de alguns componentes em indivíduos com infarto do miocárdio. Dissertação do Mestrado defendida em 1989 na USP.

Ferster, C.B.; Nuremberg, J.L. e Levitt, E.B. The Control of eating. *Journal of Mathematics*, 1962, 1, 87-109.

Kerbauy, R.R. Braga, T.M.S. Relações entre comportamento e enfarte do miocárdio. *Boletim de Psicologia*, 1985, 3, 13-18.

Kerbauy, R.R. Autocontrole: manipulação de condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar. *Psicologia*, 1977, 3, 2, 101-131 (Parte da tese de doutoramento, defendido em 1973 na USP).

Rosenman, R.H. The interview method of assessment of coronary-prone behavior pattern. Em T.M. Dombroski, S.M. Weiss, J. Shields, S.G. Haynes e Feincib (org.) *Coronary-prone behavior*. New York: Springer-Verlag 1978, 55-70.

Stuart, R.B. *Pense magro emagrece*. São Paulo: Record, 1978.

# A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DA MAMA NO BRASIL CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Maria da Glória G. Gimenes  
Universidade de Brasília

O câncer da mama representa hoje, no Brasil, uma das principais ameaças à saúde da mulher. Considerando o atual índice de mortalidade e morbidade na população feminina brasileira é compreensível a atenção despertada para o problema.

Três ações de saúde podem aumentar a possibilidade de detecção precoce do câncer da mama. São elas: a) a realização do auto-exame da mama de forma adequada, periódica e sistemática; b) exame anual realizado por um profissional de saúde treinado e c) a utilização da mamografia ou xerografia, quando indicadas.

Embora estes últimos sejam procedimentos cuja eficiência para a detecção precoce de câncer da mama já esteja bem demonstrada, sua utilização em grande escala para atingir a população feminina é impraticável, neste momento, em nosso país. Trata-se de procedimentos que acarretam elevados custos financeiros e não são indicados para mulheres de todas as idades.

Por outro lado, a prática do auto-exame ainda que simples, rápida e totalmente isenta de custos financeiros, não é praticada, regularmente, por um grande número de mulheres.

Dada a importância do auto-exame da mama como prática para a detecção do câncer e o valor econômico desta estratégia é importante que se identifique variáveis psicossociais associadas e que possam contribuir à prática do auto-exame.

## Objetivo do Estudo

O presente estudo tem por objetivo investigar a existência e a natureza de possíveis relações entre as variáveis psicossociais e a prática do auto-exame da mama. As seguintes variáveis serão tratadas como variáveis independentes: dados sócio-demográficos, percepção de controle sobre a incidência/progressão do câncer, crenças normativas e de saúde, percepção do estado de saúde, motivação para a saúde, informações sobre o câncer da mama. A prática do auto-exame da mama será tratada como variável crítico.

## METODOLOGIA

### Amostragem

A amostra consistirá de 100 mulheres acima de 30 anos de idade pertencentes à diversas camadas sociais e educacionais e residentes em Brasília.

### Instrumentos

Um questionário foi especialmente elaborado para coletar os seguintes dados: sócio-demográficos, percepção de controle sobre a incidência do câncer de mama, crenças normativas, percepção do estado de saúde, motivação para a saúde, informações sobre o câncer da mama e prática do auto-exame.

Além deste questionário, uma escala de crenças de saúde específica para câncer da mama (Stillman, 1977) será utilizada.

## PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Todas as mulheres serão entrevistadas individualmente por entrevistadores treinados para preencher os instrumentos a serem utilizados.

## TRATAMENTO DE DADOS

Inicialmente os dados serão tratados através de métodos estatísticos descritivos. Em seguida, uma análise de regressão múltipla passo a passo, será efetuada.

## RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A partir dos dados obtidos, considerações preliminares acerca das contribuições e das limitações do Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, 1974) e das demais variáveis psicossociais aqui estudadas e a prática do auto-exame poderão ser discutidas e estratégias que facilitem à prática efetiva do auto-exame poderão ser apresentadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROSENSTOCK, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, Vol 2 n. 4, 328-335.

STILLMAN, M.J. (1977). Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination, Nursing Research, Vol 26 n. 2, 121-127.

## PREVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Isolda de Araújo Gunther  
Universidade de Brasília

Tradicionalmente estudos clínicos descrevem a adolescência como um período de inerentes tensões, conflitos, difusão de identidade (Erickson, 1950, Freud, 1958). Estudos empíricos mais recentes (Weiner, 1985) poem em dúvida a inevitabilidade desta perspectiva de "storm e stress". Reafirmam entretanto, o caráter único desta fase do ciclo de vida face às complexas e extensivas mudanças que envolvem os sistemas fisiológicos, psicológicos e comportamental. A experiência da adolescência tem sido registrada nos últimos 100 anos. A partir de tais registros, Hamburg e Takanishi (1989) chamam atenção para eventos recentes que contribuíram para uma mudança drástica da vivência da adolescência, "tomando-a ainda mais difícil do que em qualquer época anterior" (1989, p. 825). Dentre tais eventos são mencionados: (1) mudanças na duração do período, ou seja, antecipação do início da adolescência do ponto de vista físico, ao mesmo tempo que mudanças sociais retardam o fim da adolescência; (2) desconexão entre desenvolvimento social e sexual uma vez que o adolescente se encontra sexualmente maduro, mas não social, nem cognitivamente; (3) confusão entre papéis adolescente/adulto e dificuldades de antever o futuro; (4) erosão do suporte da família e do suporte social; e (5) acesso a atividades que ameaçam potencialmente a vida (álcool e drogas, fumo, armas, veículos).

Do ponto de vista da saúde física a adolescência é vista como uma fase de apogeu. Os adolescentes têm um índice relativamente baixo de doenças crônicas e são hospitalizados em menor número que as crianças e adultos. Contudo, os progressos em relação à diminuição dos índices de mortalidade que estão sendo obtidos para outros grupos de idade parecem não se estender a esta faixa etária. Pesquisas americanas indicam que jovens entre 15 e 24 anos tem maior índice de mortalidade do que há 20 anos. Millstein (1989) aponta que entre a adolescência inicial (10-14 anos) e final (15-19 anos) o índice de mortalidade aumentou mais de 200% e que mortes provocadas por acidentes de automóveis aumentaram 400%, por homicídio 400% e suicídio 600%. E no Brasil, o que acontece a este contingente de 21,1% da população com idade entre 10 e 19 anos? A Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados refere que entre 1970 e 1980 houve um aumento em 145% no número de mortes por acidente e homicídio na Grande São Paulo, que 46% dos jovens entre 10 e 19 anos estão no mercado de trabalho e que esta população entre 10 e 19 anos, só na periferia de São Paulo, deverá crescer de 5,1 milhões em 1980 para 7,2 milhões no ano 2.000 ("Na São Paulo", 1988).

A definição de um adolescente saudável implica a observação de comportamentos e condições relacionados à adolescência, mas também das circunstâncias que antecedem as morbidades do adulto. Estudos longitudinais indicam que é precisamente nesta fase que se dá a adoção de comportamentos que podem interferir, afetar o status da saúde em etapas posteriores do ciclo vital. Constata-se, também, que as causas de mortalidade na adolescência são relacionadas a fatores sociais, ambientais e comportamentais que podem ser prevenidos. À primeira vista a prevenção da saúde entre adolescentes depende da redução do número de acidentes com veículos, onde muitas vezes estão presentes álcool e drogas, e da ocorrência de homicídios e suicídios. Embora os adolescentes mostrem-se mais resistentes frente a abordagens preventivas que requerem mudanças comportamentais, medidas preventivas são indispensáveis. The Surgeon General's Report (PHS, 1979) ressalta que nesta faixa etária falha-se mais pela não aplicação do conhecido do que pela falta de conhecimento dos fatores de risco. Faz-se necessário, portanto, pesquisas que possam identificar determinantes do desenvolvimentais do comportamento e estratégias que levem os indivíduos a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Rutter (1980) chama atenção para dois tipos de dificuldades desta fase de desenvolvimento: (1) as condições crônicas, os distúrbios velhos ou persistentes, e (2) os distúrbios novos que começam na adolescências e que são difíceis de associar a fatores ambientais específicos. À presente pesquisa se alicerça no processo desenvolvimental único da

adolescência. Tem por objetivo a identificação de fatores de risco e da distinção entre fatores de risco destrutivos e comportamentos exploratórios. Focaliza sua atenção em variáveis relacionadas à imagem corporal, situação e história da saúde, locus de controle, aspectos da vida que preocupam e níveis de depressão. A população pesquisada inclui sujeitos de classe social média alta, bem como sujeitos socialmente marginalizados. Considerando-se a natureza da mutabilidade das condições que levam a um funcionamento ótimo na segunda década de vida e que a maioria dos problemas que ocorrem são determinados comportamentalmente, uma investigação cuidadosa fornecerá base para um programa de intervenção e prevenção designados para promover a saúde e o bem estar destes adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Erickson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255-278.
- Hamburg, D.A., & Takamishi, R. (1989). Preparing for life: The critical transition of adolescence. *American Psychologist*, 44, 825-827.
- Millstein, S.G. (1989). Adolescent health. *American Psychologist*, 44, 837-842.
- Na São Paulo do ano 2000 os jovens da periferia serão o maior grupo social. (1988, 20 de dezembro). Folha de São Paulo, p. C1.
- Public Health Service. (1979). *Healthy people: The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention* (DHEW (PHS) Publication No. 79-55071). Washington: U.S. Government Printing Office.
- Rutter, M. (1980). *Changing youth in a changing society*. Cambridge: Harvard U Press.
- Weiner, I.B. (1985). Clinical contributions to the developmental psychology of adolescence. *Genetic, Social & General Psychological Monographs*, 111, 195-203.

# ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUE AFETAM A PESQUISA EM PREVENÇÃO NA ÁREA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Vera Lucia Adami Raposo do Amaral  
Universidade Estadual de Campinas

A Psicologia da Saúde, enquanto uma nova área de pesquisa e atuação profissional em nosso país, tem esbarrado em dificuldades de desenvolver pesquisas sobre programas de prevenção. Uma análise das variáveis que afetam tal ação é produtiva, porque leva à tentativa de solução de tais problemas e ao início de um esforço mais consistente e bem sucedido.

O objetivo do presente trabalho não é tratar o tema de prevenção na área da saúde, em toda a sua gama de complexidade e extensão, mas sim levantar alguns problemas metodológicos e de pesquisa com relação à prevenção.

PRICE e col. (1988) argumentam que uma ciência psicológica deve ser um ingrediente crítico nos esforços multidisciplinares programados para se prevenir o sofrimento humano, a má adaptação e a doença. Um número cada vez maior de profissionais de várias áreas concorda que grande parte dos problemas psicológicos e de saúde podem ser prevenidos. Para isto é necessário identificar modelos de programas que funcionam.

Entretanto, é somente através de pesquisas e programas de prevenção que pode ficar claro que procedimentos preventivos bem planejados previnem a ocorrência de inúmeras doenças, promovendo melhores condições de saúde (KESSLER & GOLDSTON, 1986, PRICE e col., 1988 inter alia).

Programas de prevenção na área da saúde podem intervir em problemas tais como câncer, diabetes, obesidade, infecções e mortalidade infantil, acidentes e traumas na infância, deformidades físicas congênitas e adquiridas, entre outros.

Ao analisar as variáveis que interferem no desenvolvimento de pesquisas e programas de prevenção podemos inicialmente levantar a questão da limitação de recursos para estes estudos e o ceticismo sobre o resultado dos mesmos.

A pesquisa sobre intervenção preventiva é caracterizada pela sua natureza complexa e longitudinal. O provável resultado de mais e melhores programas de prevenção deve ser o maior controle do Governo sobre a saúde do povo. A análise do custo-benefício do desenvolvimento de pesquisas em prevenção deve indicar que os programas realmente trazem resultados favoráveis. Baseada nisto, a sociedade poderá escolher pelo desenvolvimento e implemento de tais programas porque eles reduzem o sofrimento humano, aumentam a dignidade e refletem os valores básicos da sociedade como um todo.

Entretanto, demonstrar a eficácia e os benefícios de programas de prevenção a curto prazo é uma tarefa difícil.

Programas preventivos são demorados tanto no seu desenvolvimento quanto na sua avaliação. A avaliação da efetividade de um programa de prevenção é uma tarefa de pesquisa. Os controles da pesquisa, como uma das faces dos programas de prevenção, devem oferecer a evidência objetiva de que os comportamentos que devem ser afetados positivamente pelo objetivo do programa trazem ganhos que se mantem com o tempo.

Por outro lado, a avaliação da eficiência de um programa é uma pré-condição necessária para a disseminação do mesmo. Os dados devem nos dizer que, ao menos sob certas condições e para certos grupos, um programa de prevenção funciona.

A noção de réplica literal de um programa é uma ficção (PRICE e col., 1988). Alguns aspectos dos programas devem ser modificados ou adaptados às necessidades das novas situações. Novos grupos alvos têm suas qualidades definidoras próprias e especiais. O que funciona sob dadas condições pode não funcionar sob todas as condições. A avaliação de um lado programa de prevenção, mesmo sob condições de realidade diversas é uma ponte na avaliação do seu poder de intervenção e generalização.

Na verdade, a pesquisa de avaliação faz mais do que simplesmente responder se um dado programa funciona ou não. Oferece evidência sobre suas falhas e pontos positivos e pode dar indicações precisas para programas futuros mais efetivos.

Por outro lado, falar sobre pesquisa de avaliação e reconhecer sua evidente necessidade e importância é fácil, mas a tarefa de fazer a avaliação é bem mais complexa.

A grande maioria dos programas são conduzidos em condições naturais, em contextos comunitários e não sob condições controladas de laboratório. Os grupos alvo podem sofrer mudanças no decorrer do programa, a presença dos participantes é sempre um problema e as condições de controle e comparações entre os grupos é difícil. Além disso, as observações diárias podem sugerir que modificações no programa original devam ser realizadas.

Questões básicas precisam ser respondidas tais como: os critérios de medida são replicáveis? Eles refletem as variáveis chaves do programa? As medidas são compatíveis com a população estudada? Há comparação e controle adequado dos grupos?

Pesquisadores na área (COWEN, 1986; DOHRENWEND, 1986; KESSLER & GOLDSTON, 1986 inter alia) têm indicado problemas na área de mensuração. É muito fácil confundir medida dos eventos com disposições pessoais, condições sociais, psicopatologia, etc.

Para que as equipes interdisciplinares que trabalham com prevenção possam realizar programas e pesquisas em prevenção bem sucedidas, alguns passos anteriores podem e devem ser dados.

Os programas de prevenção são basicamente dirigidos a um grupo alvo e são delineados para alterar a trajetória de vida das pessoas que participam dele, assim como trazer-lhes um benefício futuro claro.

Dois tipos de estudo podem oferecer importantes informações para a elaboração de programas de prevenção principalmente a nível secundário ou terciário: os estudos epidemiológicos que evidenciam como um determinado problema de saúde afeta uma dada população, utilizando amostras representativas em estudos bem controlados com amostras de casos tratados e não tratados, e os estudos de casos que podem esclarecer as relações funcionais entre eventos ambientais e os comportamentos dos indivíduos.

Também, estudos de casos retrospectivos devem ser mesclados com estudos prospectivos. Os estudos prospectivos provêm evidência sobre a sequência temporal das variáveis, que é difícil avaliar nos estudos de caso retrospectivos. Quando é sabido o suficiente sobre os fatores de risco relevantes, podemos desenhar o estágio epidemiológico do problema, podendo-se isolar os grupos mais expostos aos vários fatores de risco.

Pode-se apontar algumas direções futuras na pesquisa de programas de prevenção na área de acidentes e traumas na infância, como parte do programa de prevenção das deformidades físicas adquiridas por acidentes ou trauma.

O número de acidentes na infância tem provocado uma série de estudos, cujo objetivo maior é o de buscar formas de prevenção.

Embora no Brasil não se possua boa estatística, GUYER & GALLACHER (1985) apontaram que nos Estados Unidos ocorrem aproximadamente 22.000 mortes por ano em consequência de acidentes, entre crianças e jovens de zero a dezenove anos.

FISCHER e col. (1988) afirmam que programas de prevenção têm que se basear em conhecimentos dos fatores que predis põem a criança a diversos tipos de acidentes. Crianças correm riscos no seu dia a dia. Estes riscos podem ser minimizados pelo conhecimento de sua frequência, tipo, severidade e condições de ocorrência. Programas de prevenção são essenciais para minimizá-los (GALLACHER e col., 1985; HOBROYD, 1983; FISCHER e col., 1988).

FISCHER e col. (1988) fizeram um estudo envolvendo 11.255 crianças atendidas no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre e dentre as quais 313 ou 2,78% foram internadas no Hospital. Analisaram as causas dos acidentes, distribuição em relação ao sexo, faixa etária e região topográfica corporal mais atingida. A faixa etária estudada foi de zero a doze anos e o levantamento foi realizado no período de 6 meses. Os acidentes por queimaduras ficaram em 9º. lugar dentre as causas mais frequentes de acidentes na infância, com um número total de 350 crianças, sendo que as meninas se queimaram mais do que os meninos e os

pré-escolares (entre 1 a 6 anos) representaram 58,85% do total de crianças queimadas. Em relação ao número total de acidentes, o pico de incidência ocorreu na faixa etária entre um a três anos, sendo que 30,5% tiveram a face atingida. Os autores ofereceram, também, um panorama dos óbitos ocorridos após a internação, sendo que destes 42% foram de crianças vítimas de queimaduras.

A experiência clínica tem mostrado que certas crianças parecem apresentar comportamentos que as predis põem ao risco de acidentes. Pesquisas nesta área poderiam favorecer o desenvolvimento de programas de prevenção efetivos.

Estudos pilotos, com amostras representativas das populações de risco podem ser uma futura direção onde os esforços de pesquisa devem ser investidos, no sentido principalmente de demonstrar que os custos destes programas são imensuravelmente menores do que seus benefícios.

O psicólogo que investiga e atua na área da saúde, deve ser parte de uma equipe interdisciplinar (médicos, especialistas em medicina preventiva, especialistas em saúde pública, líderes comunitários, assistentes sociais, entre outros). Estes profissionais devem ter em vista que somente através de investigações cuidadosamente planejadas podem buscar as respostas para a complexa questão da prevenção quer a nível primário, secundário ou terciário, na área da Saúde.

## CONCLUSÃO

A análise das variáveis que afetam a prevenção na área da Saúde esbarra, em nosso país, na dificuldade de se desenvolver programas de prevenção e investigar sistematicamente o efeito de tais programas.

Um dos primeiros passos na direção de desenvolvimento de modelos de programas realmente efetivos é o estudo da epidemiologia e dos fatores e população de riscos.

Também estudos de caso único retrospectivos e prospectivos podem oferecer as pistas para o desenvolvimento de programas de prevenção.

A pesquisa dos programas esbarra em problemas metodológicos principalmente no que se refere à avaliação de seus efeitos que poderia comprovar sua eficiência e necessidade a nível de custo/benefício para a sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COWEN, E.L. (1986). Primary Prevention in Mental Health: Ten Years of retrospect and Ten Years of Prospect. In M. KESSLER & S.E. GOLDSTON (eds.), A decade of Progress in Primary Prevention Hanover, Hanover University Press of New England.

DOHRENWEND, B.P. (1986). Social Stress and Psychopathology. In M. KESSLER & S.E. GOLDSTON (eds.), A decade of Progress in primary prevention, Hanover: University of New England.

FISCHER, G.B. e col (1988). Acidentes na Infância. *Jornal de Pediatria*, 64 (7): 265-274.

GALLAGHER, S. e col. (1985). A Home injury prevention program for children. *The Pediatric Clinics of North America*, 32 (1): 95-112, Feb.

GUYER, B. & GALLAGHER, S. (1985). An approach to the epidemiology of childhood injuries. *The Pediatrics Clinics of North America*, 32(1): 95-112, Feb.

HOBROYD, H.J. (1983). How to prevent accidents. *Pediatrics Annals*, 12 (10): 726-731, Otc.

KESSLER, M.; GOLDSTON, S.E. (eds.) (1986). A Decade of progress in Primary Prevention, Hanover: University Press of New England.

PRICE, R.H.; COWEN, E.L.; LORION, R.P.; McKAY, J.R. (1988). 14 Ounces of Prevention. Washington: APA.

610

60 : 11