

ADESÃO EM PEDIATRIA – DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO TRANSACCIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Margarida Custódio dos Santos

Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Lisboa

RESUMO: Actualmente um número muito elevado de crianças e adolescentes sofre de doença crónica. Deste modo a sua qualidade de vida e a diminuição da morbilidade passa necessariamente pela adequada adesão às prescrições e recomendações médicas do tratamento. Consensualmente considerada como uma das áreas electivas de intervenção da psicologia da saúde e da psicologia pediátrica a adesão constitui, sem dúvida, um dos problemas que as equipas de saúde mais frequentemente enfrentam. Neste artigo a autora reflecte sobre as várias perspectivas e modelos de adesão e pretende contribuir para o reforço de uma abordagem flexível e dinâmica por parte dos técnicos de saúde, baseada em intervenções que tenham como objectivo a adesão autónoma e responsável dos doentes ou da família.

Palavras chave: Adesão, Doença crónica, Psicologia pediátrica, Técnicos de saúde.

PAEDIATRIC ADHERENCE – FROM THE MODEL BIOPSYCHOSOCIAL TO THE MODEL TRANSACTIONAL

ABSTRACT: A large number of children and adolescents are affected by chronic physical illnesses. The management of such conditions and the reduction of morbidity require children and families to adhere to demanding treatment regimens. Adherence to pediatric regimes is nowadays considered one of the most important issues in Pediatric Psychology, and one of the most frequent and challenging problems that health professional must face in their effort to care for and to help children with health problems.

In this article the author reflects on the most important perspectives and adherence models and pretends to contribute to the development of an amore flexible and integrative health professional's attitude that can promote patients and parent's more responsible and autonomous adherence to medical prescriptions and recommendations.

Key words: Adherence, Children illness, Chronic illness, Health professionals, Pediatric psychology.

A problemática da adesão, e mais especificamente da adesão em Pediatria, começa a ser considerada como matéria de preocupação e análise após a constatação de que, ao contrário do esperado, nem sempre as recomendações médicas ou dos especialistas são devidamente seguidas. Este facto é especialmente grave quando a maior parte das doenças actuais tem um carácter crónico, estando a recuperação e a qualidade de vida muito dependente dos comportamentos e das estratégias de confronto do doente e/ou da família (Newacheck & Halfon, 1998).

Em Pediatria um conjunto alargado de investigações têm concluído pela existência de índices globais de não adesão entre os 50% e os 89% (Eney & Goldstein, 1976; Litt & Cuskey, 1980; Weisberg-Benchell, 1995). O problema não é específico de uma patologia mas abrange problemáticas tão diversas como a asma (Baum & Cree, 1986), a diabetes (Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter, & Cunningham, 1986), a artrite reumatóide (Hayford & Ross, 1988), as perturbações alimentares (Browell & Cohen, 1995) ou o cancro (Manne, 1993; Richardson, Shelton, Krailo, & Levine, 1990).

A Adesão foi definida por Haynes (1979) como a medida em que o comportamento do doente coincide com as recomendações médicas ou de saúde.

Embora controversa, esta definição continua a ser referenciada e utilizada nos estudos mais actuais e tem sido compreendida segundo duas abordagens, uma mais categorial e dicotómica, e outra mais flexível e dialéctica.

A abordagem categorial, muito frequente nas investigações iniciais de carácter essencialmente epidemiológico, baseia-se na definição de Haynes e classifica os doentes em dois ou três grupos distintos e bem definidos: os que não aderem, os que aderem e os que aderem moderadamente (Dolgin, Katz, Doctors, & Siegel, 1986; Phipps & DeCuir-Whalley, 1990).

Uma categorização deste tipo é feita através da avaliação global dos comportamentos de adesão e utiliza critérios objectivos e quantificáveis entre os quais se considera como um dos mais significativo a própria evolução da doença.

No entanto, quer, por um lado, as tentativas frequentemente fracassadas do estudo mais detalhado da adesão segundo esta perspectiva, quer, por outro lado, os baixos níveis de êxito de intervenções segundo este modelo, quer a própria realidade dos profissionais de saúde que, confrontados com este problema, assistem diariamente a situações de não adesão a medicamentos e a recomendações médicas do tratamento, tornaram muito claro que esta abordagem é inadequada podendo mesmo ser causadora de conclusões e medidas remediativas ineficientes para além de muitas vezes dispendiosas em termos financeiros e humanos.

As limitações desta perspectiva e as críticas de que tem sido alvo prendem-se sobretudo com o seu carácter:

- a) *Indiferenciado*: Compreende a adesão como um comportamento global, menosprezando o facto de, na maior parte das situações, a doença envolver uma diversidade grande de prescrições e recomendações que, para além de serem seguidas de forma diferencial (e por isso apresentarem níveis de adesão diferentes), tornam impossível a previsibilidade de um comportamento de adesão a partir de um outro (LaGreca, 1990).

A este respeito Johnson et al. (1992), num estudo sobre a adesão na diabetes, incluíram 13 medidas, agrupadas em seis grandes categorias (que vão

desde o exercício físico até dieta ou administração de fármacos) em relação às quais verificaram, no mesmo doente, níveis de adesão significativamente diferentes. Os autores concluíram ser impossível a classificação global do doente ou do seu comportamento de adesão.

- b) *Positivista*: Centrada quase exclusivamente em resultados clínicos quantificáveis, segue um modelo de causalidade linear segundo o qual a adesão levará sempre a melhoras efectivas no processo de doença e, conseqüentemente, a não a adesão a efeitos contrários.

Este pressuposto não encontra confirmação quer porque, na maior parte dos casos, não se consegue estabelecer a verdadeira e inequívoca relação entre comportamentos de adesão e resultados clínicos imediatamente observáveis (Epstein & Cluss, 1982) quer porque, tem sido por demais provado que o processo de doença é influenciado por factores que transcendem a própria adesão. São exemplo os casos de doenças como a diabetes ou a fibrose quística em que as alterações biológicas no decurso do desenvolvimento físico e fisiológico podem implicar alterações no estado clínico dos doentes independentemente do nível de adesão ao tratamento (Bloch, Clemons, & Sperling, 1987; Johnson, 1994).

- c) *Redutor*: Valorizando apenas os resultados mais quantificáveis esquece ou despreza os aspectos mais humanos da adesão, ou seja, as representações ou significações do doente em relação à doença e ao tratamento. Deste modo consegue apenas uma fraca e vazia discriminação entre os que aderem e os que não aderem, não podendo dar resposta quanto às razões destes comportamentos ou explicar atitudes diferenciais do doente em relação às diversas prescrições e recomendações médicas do tratamento.
- d) *Estático*: Porque não compreende o carácter evolutivo e dinâmico, de confronto dialéctico, do processo de adesão ao longo do tempo da doença, do tempo da pessoa e do tempo da família, e faz apenas uma avaliação transversal da situação.

A segunda perspectiva, normalmente designada por transaccional, sustentada em estudos mais recentes, afasta-se da categorização discriminativa e bipolar dos doentes e defende que a adesão deverá ser compreendida como um continuo dinâmico que enquadra não apenas um comportamento global, mas vários comportamentos de saúde (Carney, Schechter, & Davis, 1983; Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter, & Cunningham, 1986). Desta forma a avaliação da adesão só será possível quando envolver a compreensão e análise dos vários determinantes do processo, que incluem não só os aspectos diferenciais das várias patologias e dos vários tratamentos, mas também as características (físicas, psicológicas e sociais) do doente.

A análise detalhada destas duas abordagens torna clara a sua concordância com dois modelos médicos, e mais especificamente dois modelos médicos de adesão, bem distintos.

A abordagem categorial está presente no modelo de adesão, largamente dominante no nosso sistema de Saúde, que advoga a “adesão como norma” (Stone, 1979).

Segundo este modelo a autoridade médica (ou profissional de saúde) detém todo o conhecimento, sobre causas, consequências, tratamentos e doentes, e por isso é-lhe atribuído todo o “poder” ou autoridade no tratamento do doente. Espera-se pois, que o doente siga de forma inquestionável e fielmente as indicações de tratamento.

Quando isso não acontece, à categorização de “doente não cooperante” junta-se, muitas vezes, atribuições de culpa, ou julgamentos de ignorância e de hostilidade em relação à equipa de saúde ou em relação a si próprio (Deaton & Olbrish, 1987; Farberow, 1980; Korsch & Marcy, 2000). Desta forma avaliam-se fins sem se perceberem meios, e, como já foi referido, negligenciam-se as representações do doente, percebido como um actor passivo em todo o processo. Ou atribui-se o comportamento de não adesão a causas inconscientes a que, mais uma vez, o doente não tem acesso directo e só o especialista conhece.

Neste modelo, as intervenções com o objectivo de aumentar a adesão utilizam essencialmente estratégias comportamentais de reforço e punição, ou a análise desses processos inconsciente determinantes do que se acredita serem comportamentos de auto-destruição.

No âmbito da pediatria as intervenções do modelo comportamental passam sobretudo por programas de treino de pais com o objectivo de os ensinar e exercitar na aplicação de técnicas operantes (de reforço e punição) para aumentar os comportamentos adequados dos filhos, ou melhorar a sua própria adesão (Epstein & Cluss, 1982).

Frequentemente à utilização destas estratégias juntam-se alertas sobre as consequências da não adesão. Estes alertas estão centrados na perspectiva dos profissionais de saúde e visam, na maioria dos casos, a melhoria dos níveis de adesão através do aumento do receio do doente (e dos pais) em relação às consequências dos comportamentos de não adesão.

As estratégias utilizadas por este tipo de abordagem, têm tido alguns resultados positivos em situações pontuais (i.e., comportamentos específicos como é exemplo o controlo esfinteriano – Mesibov & Johnson, 1982, ou problemas alimentares – Werle, Murphy, & Budd, 1993), em intervenções com crianças mais pequenas, que não são ainda capazes de compreender estratégias mais complexas, e em situações em que a única causa de não adesão são dificuldades familiares em lidar com aspectos muito concretas do tratamento (p.e., não lembrar, ou não saber como fazer). No entanto estas estratégias têm-se mostrado por si só ineficazes, com resultados pouco generalizáveis e mesmo

com baixo nível de adesão (em especial nos programas mais longos) quer dos pais quer das crianças (Barros, 2002).

A evolução destas intervenções, feita pela introdução dos modelos cognitivistas, que valorizando os aspectos cognitivos atribuem às crenças parentais uma importância determinante no processo de adesão, não constituíram, ao contrário do que se poderia esperar, uma real mudança paradigmática.

Assim, é agora, atribuído aos pais a capacidade de elaborar formas alternativas de pensar, mas não é verdadeiramente reconhecida a autonomia conceptual, ou a autonomia na construção de alternativas. O poder epistemológico (ou seja, o “conhecimento” das crenças racionais) continua a ser detido pelo terapeuta e os bons pais (ou os bons doentes) são os que analisam a irracionalidade das suas crenças e adoptam as crenças do especialista, desde que fundamentadas na racionalidade do sistema. Como exemplo da utilização destas metodologias refira-se a intervenção realizada por Peterson e Shigetomi (1981) na preparação de pais e filhos para a cirurgia da criança.

Modelos mais recentes, a que não são alheias as revoluções nas concepções médicas e as concepções biopsicossocial e holística dos cuidados de saúde, estão mais próximas da abordagem não categorial, mais dinâmica flexível da adesão.

Nesta perspectiva o modelo de “adesão transaccional” (Davis & Fallwofield, 1991; Edwards & Davis, 1997) defende a partilha do poder epistemológico entre o especialista e o doente (no caso da pediatria entre o especialista e o responsável pelo doente) e a necessidade de centração nas representações do doente.

Para o modelo transaccional, a adesão não pode ser percebida como um acto da responsabilidade exclusiva do doente (como sujeito passivo) ou do médico (detentor da autoridade), mas sim como o resultado de um confronto positivo e construtivo entre as representações do especialista e as do doente, e entre as próprias representações do doente (Barros, 2002).

Deste modo, inevitavelmente, a definição de equipa de saúde alarga-se, assimilando o doente, e acomoda-se às suas características tornando possível a cada elemento contribuir de forma específica para o planeamento e avaliação dos tratamentos adequados à realidade do doente (e da família). Espera-se não a adesão passiva do doente mas o seu envolvimento na elaboração de formas autónomas de confrontar a doença e de integrar, nas suas condições de vida, as recomendações de tratamento.

Esta abordagem é especialmente importante e complexa em Pediatria. Como é sabido, a doença infantil é, por muitas razões, particularmente vivida não só pelo doente, mas também pela sua família. Deste modo a adesão em Pediatria inclui não só a criança mas igualmente os seus pais, os quais serão, pelo menos na criança mais pequena, os principais responsáveis pelo tratamento. A este aspecto acresce ainda o facto de, na maior parte dos casos, as recomendações de tratamento em Pediatria envolverem questões

educacionais e atitudinais e não apenas prescrições medicamentosas (Barros, 2002; Drotar 1999, 2000).

Como representado na figura 1 a adesão é agora percebida como o resultado do que poderíamos denominar como determinantes da doença (relativos à doença e ao tratamento) e determinantes psicossociais ou determinantes do doente (relativos ao doente e aos que partilham com ele todo o tempo ou o processo da doença).

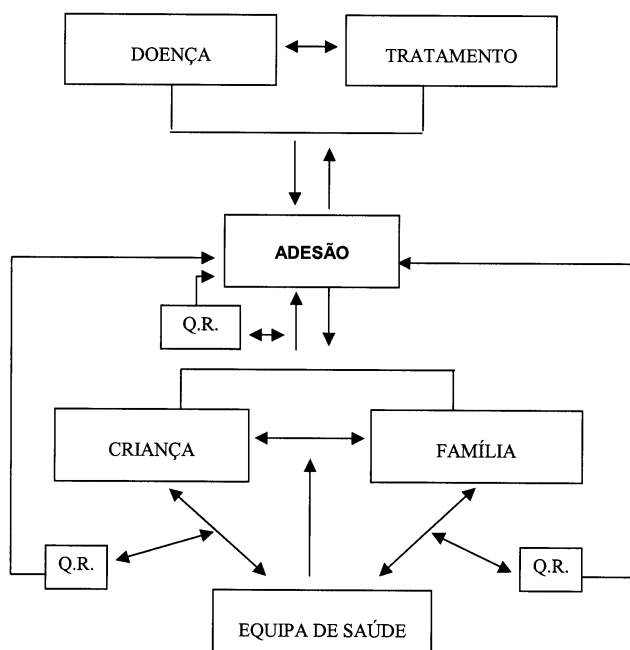


Figura 1. Esquematização dos determinantes da adesão em pediatria

Nota. Q.D. – Qualidade da relação.

Determinantes da doença

Associados à doença incluem-se aspectos como o tipo de doença (aguda ou crónica) a gravidade (representada num contínuo benigna/maligna) ou o grau de disfuncionalidade que implica.

Quanto ao tratamento deverão ser tidos em conta: grau de potencial aversivo (desconforto; dor; imobilização); as exigências em termos de alterações da rotina diária da criança e da família, a necessidade de mudança permanente de estilo de vida, o tempo necessário até à obtenção de resultados positivos, assim como as consequências positivas e negativas do tratamento na evolução dos sintomas (ou seja se ele está associado ao alívio dos sintomas ou se acarreta sintomas aversivos secundários).

Determinantes do doente

Em relação à criança, para além de aspectos biológicos que determinam as reacções físicas ao tratamento (efeitos secundários e reactividade fisiológica) é especialmente importante o seu nível de desenvolvimento sócio-cognitivo e a compreensão e representação da doença e do tratamento, o estilo comportamental, a auto-percepção e o sentido de competência, as suas competências sociais e ainda outros determinantes situacionais ou stressores de vida.

Os determinantes familiares englobam aspectos como: as representações familiares da doença do tratamento e da equipa de saúde, a qualidade das relações familiares, o seu grau de funcionalidade, os recursos de que dispõem, e, tal como na criança, outros stressores situacionais.

Ainda que muitas vezes esquecida, a equipa de saúde é igualmente um importante determinante na adaptação à doença e ao tratamento, podendo funcionar como um elemento compensador e promotor de equilíbrio ou, pelo contrário, como mais um stressor que criança e pais terão que enfrentar. A equipa de saúde funciona e relaciona-se com a criança e com os pais de acordo com as suas representações (individuais e colectivas) em relação à doença, ao tratamento, ao doente e, claro, de forma mais ou menos explícita, de acordo com o seu modelo de adesão.

Sendo a adesão um processo dinâmico (por um lado todos comunicam entre si, e por outro lado quer a doença, quer o tratamento, quer a criança, quer mesmo os familiares e profissionais saúde sofrem transformação e modificam-se ao longo do tempo) os determinantes não funcionam de forma isolada, mas sim inter-influenciam-se e todo o processo é continuamente reavaliado.

Assim, o resultado da adesão e a forma como estes resultados são avaliados pelos vários intervenientes pode alterar representações e comportamentos. Da mesma forma alterações clínicas ou alterações devidas ao desenvolvimento da criança ou da família implicam reajustamentos permanentes.

Nesta perspectiva as intervenções para a facilitação ou a promoção da adesão passam necessariamente pela compreensão destes determinantes e centram a atenção dos técnicos de saúde não só nos aspectos mais físicos e fisiológicos da doença mas igualmente na forma como estes aspectos e o tratamento são percebidos pela criança e pelos pais. Assim, tal como afirma Bauman (2000), quando a criança e/ou os pais não aderem, em vez de se pressupor que qualquer coisa está errada, deve assumir-se que a adesão é um comportamento complexo e multideterminado que pode ser intencional (*volitional nonadherers*) ou não intencional (*inadvertent nonadherers*).

Quando existe intencionalidade, isto é, a decisão de não adesão (ou de adesão parcial) é o resultado da avaliação que os pais, devidamente informados, fazem em relação aos custos/benefícios do tratamento, “*a não adesão pode muito bem ser a resposta mais lógica e racional*” (Turk & Meichenbaum, 1991, p. 258). Na realidade em muitos destes casos a adesão ao tratamento pode não ser determinante da evolução da doença, e a não adesão

(ou a adesão parcial) pode ser considerada adaptativa e até inteligente (Deaton & Olbrish, 1987).

A não adesão adaptativa é sem dúvida um problema complexo que põem em confronto directo as significações de profissionais e doentes (neste caso, pais) em relação ao tratamento da criança. Para os profissionais a situação é clara, o tratamento prescrito representa a melhor solução para os problemas da criança pelo que, justificadamente, se espera que as recomendações sejam seguidas.

No entanto para a família a questão não é simples e o tratamento representa, na grande maioria dos casos, alterações na vida familiar, e outros custos adicionais, que podem comprometer (ainda mais) a qualidade de vida da criança doente, e de toda a família. Deste modo aos benefícios do tratamento (i.e., as crenças parentais em relação a eficácia do tratamento, e os seus resultados a curto prazo) vão contrapor-se os seus custos (i.e. as crenças parentais em relação às perturbações que o tratamento implica). Trata-se de um processo dinâmico que se estende ao longo de toda a doença da criança, e o comportamento de adesão num determinado momento não pode ser considerado preditivo de adesão no momento seguinte. Neste cenário a adesão *“necessita de ser sistematicamente, negociada, planeada, avaliada e reavaliada”* (Bauman, 2000, p. 78)

Ressaltam desta abordagem dois aspectos importantes; em primeiro lugar a atribuição, aos pais, da capacidade e possibilidade de decidir sobre o tratamento dos seus filhos; em segundo lugar a necessidade de se considerar a adesão não como uma questão pontual ou isolada mas sim como mais um problema que os pais de crianças doentes devem gerir na sua adaptação à doença.

Estes dois aspectos reforçam a importância do papel dos pais no processo de adesão e apontam para a necessidade de intervenções dos profissionais de saúde, que não se centrem, apenas, na utilização de estratégias mais ou menos concretas para a promoção de comportamentos de adesão, mas que visem ajudar os pais, quer no próprio processo de tomada de decisão sobre o mais adequado nas suas circunstâncias, quer na resolução de problemas associados/consequentes a essa tomada de decisão.

Segundo esta orientação as intervenções não podem ser apresentadas como pacotes ou programas pré-estabelecidos de estratégias, mais ou menos comportamentais, resultantes unicamente nas representações e objectivos dos especialistas, mas têm como objectivo final o desenvolvimento da autonomia e da responsabilização individual do doente (e da família) pelo processo de doença e do tratamento.

Nesta equipa o profissional de saúde é o de “especialista” em relação à doença e ao tratamento, e por isso fonte fidedigna de informação; é o interlocutor, conselheiro e apoio do doente nas suas dúvidas em relação à adaptação do tratamento; é o facilitador da exploração de alternativas e soluções de tratamento, e de resolução de problemas mais adaptadas ao doente e à sua família.

Assim, ainda que possa utilizar estratégias comportamentais e cognitivas, já enunciadas, o profissional preocupa-se em perceber as crenças parentais e da criança em relação à doença e ao tratamento e em estimular os pais a analisar as alternativas e a pensar sobre soluções que melhor se adequem a si e ao seu filho.

Tendo como objectivo principal a tomada de decisão autónoma e responsável do doente (i.e., dos pais da criança doente) em relação ao tratamento, as suas estratégias de intervenções passam sobretudo pela utilização de metodologias de resolução de problemas e da facilitação da reflexão parental sobre a adequação e a integração do tratamento na vida da criança e da família.

Segundo os modelos transaccionais, entre os quais o modelo de parceria (*Partnership Model*) (Davis, 1993; Edwards & Davis, 1997), o sucesso das intervenções dos profissionais de saúde, desde a ajuda na adaptação à doença até à facilitação da adesão, é determinada pelo “relacionamento entre o doente e/ou os seus pais e o profissional de saúde”.

Para este relacionamento serão especialmente importantes por um lado as “construções” (crenças, representações) parentais em relação ao profissional de saúde (construções que incluem cognições sobre competência ou confiança) e por outro lado as construções dos profissionais em relação à doença, ao tratamento e tal como já foi afirmado, o seu modelo de adesão (ou seja uma abordagem mais categorial centrada na autoridade especialista ou uma abordagem mais flexível centrada no doente como um “parceiro” na partilha da autoridade).

Em termos interventivos a relação de parceria profissional de saúde – doente e/ou pais, que este modelo defende deverá obedecer a condições responsabilmente partilhadas por ambos e, pelo menos inicialmente, facilitadas pelos profissionais.

Os autores referem como condições para a facilitação da adesão: (a) o empenhamento no trabalho em equipa, i.e., a motivação para o envolvimento e o compromisso de partilha de decisões; (b) complementaridade de conhecimentos, i.e., capacidade para partilhar conhecimentos e a valorização mútua de informações; (c) a comunicação, i.e., o estabelecimento de uma relação empática, a escuta activa e a compreensão da comunicação como um processo dialéctico de construção; (d) o respeito mútuo, i.e., a aceitação mútua da importância do outro; o estabelecimento de objectivos comuns centrados no doente, discutidos e adaptados à criança, aos pais e à situação; flexibilidade, i.e., a capacidade para se adaptar às mudanças do processo de doença ou do processo de adaptação e desenvolvimento da criança e dos pais.

Como facilmente se percebe estas condições transcendem os mais completos conhecimentos técnicos e apontam para a necessidade de formação dos profissionais de saúde orientada não apenas para os aspectos mais fisiológicos ou patológicos das doenças, mas para o “conhecimento” do doente como um elemento activo no processo da doença e do tratamento. Espera-se que o profissional de saúde, qualquer que seja a sua área de intervenção mas

muito especialmente os que sendo terapeutas têm funções ligadas à reabilitação, alie as suas competências técnicas às suas competências relacionais e comunicacionais, e que seja suficientemente flexível de forma a que, através da exploração de alternativas, possa adaptar o tratamento aquele doente e trabalhar com ele para a progressiva autonomia e auto-responsabilização.

Muito especialmente em pediatria espera-se, igualmente, que o profissional de saúde consiga não só estabelecer com a criança e os seus pais uma relação de confiança, que permita a exploração de crenças e estratégias adaptativas de resolução de problemas, como contribua para o aumento do sentido de controlo e de competência dos pais de forma que estes se sintam mais satisfeitos no seu papel de pais e de “principais prestadores de cuidados à criança”. Em última análise esta atitude do profissional de saúde reverterá em reacções parentais mais equilibradas e em adesão mais adaptativa às recomendações e prescrições do tratamento

REFERÊNCIAS

- Barros, L. (2002). *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista* (2ª Ed.), Lisboa: Climepsi Eds.
- Baum, D., & Cree, T. (1986). Medication compliance in children with asthma. *Journal of Asthma*, 23, 49-59.
- Bloch, C.A., Clemons, P., & Sperling, M.A. (1987). Puberty decreases insulin sensitivity. *Journal of Pediatrics*, 110, 481-487.
- Browell, K.D., & Cohen, L.R. (1995). Adherence to dietary regimens: ANOVA view of research. *Behavioral Medicine*, 20(4), 149-155
- Carney, R.M., Schechter, K., & Davis, T. (1983). Improving adherence to blood glucose testing in insulin dependent diabetic children. *Behavior Therapy*, 14, 247-254.
- Davis, H. (1993). *Counseling parents of children with chronic illness or disability*. Leicester: B.P.S. Books.
- Davis, H., & Fallwofield, L. (1991). *Counseling and communication in health care*. Chichester: Willey
- Deaton, A., & Olbrish, M. (1987). Adaptive noncompliance: Parents as experts and decision makers in the treatment of pediatric asthma patients. *Advances in Developmental Behavioral Pediatrics*, 8, 205-234.
- Dolgin, M.J., Katz, E.R., Doctors, S.R., & Siegel, S.E. (1986). Caregiver's perceptions of medical compliance in adolescents with cancer. *Journal of Adolescents Health Care*, 7, 22-27.
- Drotar, D. (1991). Coming on age: Critical challenges to the future development of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 1-11.
- Drotar, D. (1999). Psychological interventions for children with chronic physical illness and their families. Toward integration of research and practice. Em S.W. Russ & T.H. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and their families* (pp. 447-461). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Drotar, D. (2000). Adherence to medical treatment in pediatric conditions: Critical issues and answered questions. In Dennis Drotar (Ed.), *Promoting adherence to medical treatment in*

childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions (pp. 383-407). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Edwards, M., & Davis, H. (1997). *Counseling children with chronic medical conditions*. Leicester, UK: B.P.S. Books.

Eney, R.D., & Goldstein, E.O. (1976). Compliance of chronic asthmatics with oral administration of theophylline as measure by serum and salivary levels. *Pediatrics*, *57*, 513-517.

Epstein, D.D., & Cluss, P.A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 950-971.

Farberow, N. (Ed.). (1980). *The many faces of suicide*. New York: McGraw-Hill.

Hayford, J., & Ross, C.K. (1988). Medical compliance in juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, *1*, 190-197.

Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor, & D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Johnson, S.B. (1994). Health behaviors and health status: Concepts, methods and applications. *Journal of Pediatric Psychology*, *19*, 129-141.

Johnson, S.B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R., & Cunningham, W. (1986). Assessing daily management of childhood diabetes. *Health Psychology*, *5*, 545-564.

Johnson, S.B., Kelly, M., Henretta, J., Cunningham, W., Tomer, A., & Silverstein, J. (1992). A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, *17*(5), 537-553.

LaGreca, A.M. (1990). Issues in adherence with pediatric regimens. *Journal of Pediatric Psychology*, *15*(4), 423-436.

LaGreca, A.M., & Skyler, J.S. (1995). Psychological management of diabetes. In C.J.H. Kelnar (Ed.), *Childhood Diabetes* (pp. 295-310). London: Chapman & Hall.

Litt, I., & Cuskey, W. (1980). Compliance with medical regimens during adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, *27*, 1-15.

Manne, S., Jacobsen, P., Gorfinkle, K., Gerstein, F., & Redd, W. (1993). Treatment adherence difficulties among children with cancer: The role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology*, *18*(1), 47-62.

Mesibov, G.B., & Johnson, M. (1982). Intervention techniques in pediatric psychology. In J.M. Tuma (Ed.), *Handbook for the practice of pediatric psychology* (pp. 203-217). Wiley-Interscience Publication. Wiley and Sons, Inc.

Newacheck, P.W., & Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling and chronic conditions in childhood. *American Journal of Public Health*, *88*, 610-617.

Peterson, L., & Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, *12*, 1-14.

Phipps, S., & DeCuir-Whalley, S. (1990). Adherence issues in pediatric bone marrow transplantation. *Journal of Pediatric Psychology*, *15*, 459-475.

Richardson, J., Shelton, D.R., Krailo, M., & Levine, A.M. (1990). The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *Journal of Clinical Oncology*, *8*, 356-364.

Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, *35*, 34-59.

Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient's perspective. In J.J. Sweet, R.H. Rozensky, & S.M. Tavian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 249-266). New York: Plenum.

Werle, M.A., Murphy, T.B., & Budd, K.S. (1993). Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *Journal of Applied Behavioral Analyses*, 26, 421-433.