

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ANA CLARA JARDIM HAMUDE

**COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES NÃO ADERENTES AO
TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

VITÓRIA
2014

ANA CLARA JARDIM HAMUDE

**COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES NÃO ADERENTES AO
TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Msc. Felipe de Carvalho Pimentel.

VITÓRIA
2014

ANA CLARA JARDIM HAMUDE

**COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES NÃO ADERENTES AO
TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Msc. Felipe de Carvalho Pimentel - Orientador

Prof. Esp. Alexandre Gomes Brito, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Prof. Msc. Arion Carlos de Oliveira, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

À minha avó, por cuidar de mim de um jeito tão seu.
Seu zelo e amor me trouxeram até aqui.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, porque tudo foi possível, até quando minha fé deu nó.

Sou grata ao meu orientador Felipe Pimentel, que sem dúvidas foi a pessoa mais importante durante esse tempo de construção do trabalho. Agradeço por me mostrar como é ser apaixonada pelo que faz, por aceitar ser meu orientador, por estar comigo e ser sempre paciente. Agradeço por me acalmar no desespero e por ter um jeito prazeroso e bem humorado de conduzir as conversas. Obrigada por ser carinhoso ao criticar e ser firme ao elogiar.

À minha mãe, por me ensinar a ter a mente aberta para novidades e questionamentos, por aceitar as pessoas diferentes como elas são e por seu carinho nas costas e companhia que me fazem uma pessoa mais sã. Aos meus irmãos, por serem sempre presentes e tão maravilhosos, por facilitarem minha vida e por me despertarem tantos sorrisos.

Ao Jair, por notar quando não estou bem e sempre ser o primeiro a me escutar.

À Paulinha, minha pessoa preferida no mundo, por cuidar de mim e sonhar junto. Obrigada por ser tão urgente em minha vida.

À Mila, por se importar e cuidar independente do tempo e distância. Obrigada por doar seu tempo cuidando dos detalhes e me deixando mais segura na elaboração do trabalho.

Ao Hospital Evangélico de Vila Velha, por me conceder o espaço para a realização da pesquisa, e antes disso, pela oportunidade de crescer em conhecimento durante o estágio. Agradeço à Equipe Multidisciplinar, ao Setor de Oncologia e Nefrologia por tanto me ensinarem. E aos pacientes participantes, por doarem parte do seu tempo aos meus questionamentos e por confiarem no meu cuidado.

À Rafaela, Felício e Luciano, porque minhas manhãs durante tanto tempo foram de vocês e pelo suporte que fomos sempre, um ao outro. À Yara, por ser uma parceira maravilhosa nessa caminhada final, obrigada pela cumplicidade. E agradeço a Luana, por ser o par perfeito de trabalho, de amizade e de bobeira em todos esses meus anos. Sem vocês eu não chegaria até aqui. Obrigada.

Não acredite no comportamento verbal.
Acredite nas contingências que determinam o comportamento verbal.
(GUILHARDI, s.d, p. 6)

RESUMO

A insuficiência renal crônica é considerada um grave problema de saúde pública no mundo e acarreta diversas mudanças na vida do paciente renal crônico. Caracterizada por não ter cura a condição gera dependência de tratamento, médicos e remédios. Nesse contexto, a adesão é de grande importância para a qualidade de vida do paciente, de forma que a não adesão irá acarretar diversas complicações em seu tratamento e culminando em uma piora clínica significativa. Quando o paciente hemodialítico relata os comportamentos de não adesão a um ouvinte da equipe da clínica em que dialisa, é colocado em interação com uma contingência muito específica, já que o ouvinte é também responsável pela orientação, pelo manejo de seu tratamento e observação do seguimento às recomendações. Tendo em vista tal cenário, a partir de entrevistas estruturadas com quatro pacientes hemodialíticos considerados aderentes e quatro não aderentes ao tratamento, escolhidos por meio da amostragem por tipicidade, buscou-se compreender as contingências que influenciam na produção do comportamento verbal manipulativo. Sendo assim, foi considerado os antecedentes do relato sobre a adesão, identificado a manipulação do comportamento verbal e as variáveis consequentes de seu relato. Desta maneira, verificou-se que os profissionais muitas vezes estabelecem contingências aversivas ao comportamento de não aderir do paciente, resultando em manipulação do tato e emissão de autoclíticos e intraverbais como forma de esquiva da punição consequente. Exemplificando assim como o aversivo não pune o comportamento errado, mas pune o ato de se relatar o comportamento. E tendo em vista que regra também é um comportamento verbal, compreender o verbal melhora o controle por regras que a equipe das clínicas de hemodiálise pode utilizar no manejo clínico, melhorando a eficácia das orientações realizadas com os pacientes renais crônicos.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Adesão ao tratamento; Comportamento verbal.

ABSTRACT

Chronic kidney failure is considered a serious public health problem worldwide and causes several changes in the lives of *chronic renal disease* patients. Characterized by not cure the condition generates dependency treatment, doctors and medicine. In this context adherence is of great importance to the quality of life of the patient, so that non-compliance will lead to many complications in his treatment and culminating in a significant clinical deterioration. When the hemodialysis patient reports non-adherence behaviors to a listener from the clinic staff where he is submitted to dialysis, he is placed in an interaction with a very specific contingency, since the listener is also responsible for directing, managing the treatment and follow-up observation of the recommendations. Given such a scenario, from structured interviews with hemodialysis four patients considered adherent and four non-adherent, chosen by typicality sampling, we sought to understand the contingencies that influence the production of manipulative verbal behavior. Therefore, it was considered the background to the report on adherence, identified manipulation of verbal behavior and consequent variables of his report. Thus, it was found that professionals often establish aversive contingencies to the patients non-adherence behavior, resulting in manipulation of touch and emission of autoclitics and intraverbals as a form of avoidance of consequent punishment. Exemplifying just as the aversive does not punish the wrong behavior, but punishes the act of reporting the behavior. And considering that rule is also a verbal behavior, verbal understanding improves control by rules that the team of clinical hemodialysis can use in clinical management, improving the effectiveness of the guidelines made in the patients with chronic renal disease.

Key-words: Chronic renal disease; Treatment adherence; Verbal behavior.

LISTA DE SIGLAS

AEBES - Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense

ACD - Análise Comportamental do Discurso

AD - Análise do Discurso

CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPI - Peritoneal Intermitente

DRC - Doença Renal Crônica

HD - Hemodiálise

HEVV - Hospital Evangélico de Vila Velha

IRC - Insuficiência Renal Crônica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Terapia Renal Substitutiva

TX - Transplante Renal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
2.1	DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	25
2.1.1	Adesão ao tratamento hemodialítico.....	28
2.1.2	A equipe e o paciente renal crônico.....	35
2.2	COMPORTAMENTO VERBAL.....	37
2.2.1	Operantes verbais.....	43
2.2.1.1	Mando.....	43
2.2.1.2	Intraverbal.....	44
2.2.1.3	Tato.....	45
2.2.2	Manipulação do comportamento verbal.....	46
2.2.2.1	Tato distorcido.....	47
2.2.2.2	Autoclítico.....	49
2.2.2.3	Mandos disfarçados.....	49
2.2.2.4	Mandos distorcidos.....	50
2.2.3	Comportamento governado por regras.....	50
3	METODOLOGIA.....	53
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2	LOCAL.....	53
3.3	PARTICIPANTES.....	54
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
3.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	56
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	56
4	RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	59
4.1	DISCRIMINAÇÃO DAS REGRAS.....	59
4.2	RELATO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO.....	61
4.2.1	Verbalização sobre o tratamento e a manipulação do tato.....	62
4.2.2	Intraverbalização das consequências da adesão.....	63
4.3	A EQUIPE COMO ESTÍMULO DISCRIMINATIVO.....	65
4.4	FUNÇÃO DO RELATO DE ADERIR.....	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com pacientes.....	81
	APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	83

1 INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, as principais causas de morte conhecidas eram as doenças agudas, distinguidas por serem de curta duração e controladas pela medicina. Porém, com as diversas mudanças ocorridas na sociedade a partir do advento das indústrias nos meios de produção, houveram modificações nos hábitos dos indivíduos que implicaram diretamente em alterações de sua saúde, como o tabagismo, obesidade e a inatividade física. Desse modo, as doenças crônicas tornaram-se as principais causas de morte entre homens e mulheres de todas as idades (GUIMARÃES, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (2005) estimou que, no ano de 2005, entre os 58 milhões de óbitos ocorridos por circunstâncias diversas, 35 milhões seriam causadas por doenças crônicas, ocupando em 2007, segundo Silva (apud SCHMIDT et al., 2011, p. 61) cerca de 72% das mortes no Brasil.

Dessa forma, pode-se afirmar que a causa e o avanço das doenças crônicas contam com mediadores comportamentais e sua principal característica é a falta de recurso para curar a patologia (GUIMARÃES, 1999). Derogatis e outros citados por Guimarães (1999, p. 27) explica que: “A terapêutica oferecida apenas desacelera, ou impede o progresso da doença, alivia os sintomas, e mantém o melhor nível de funcionamento possível para o organismo afetado”.

Doenças como a hipertensão e a diabetes, associadas com a idade avançada, são fatores de risco e podem desencadear, dentre outras patologias, a doença renal crônica, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), acomete um a cada dez adultos no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Sendo a doença renal crônica caracterizada pela perda parcial ou total da função renal de forma progressiva e irreversível (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007), Siviero, Machado e Rodrigues (2013) pontuam que no Brasil, em 2007, havia a estimativa que 2 milhões de pessoas teriam algum grau de disfunção renal e, devido ao aumento do número de diagnósticos, a doença renal crônica (DRC) vem sendo apontada como um sério problema de saúde pública (QUEIROZ et al., 2008) “[...] justificado por seu alto índice de morbidade e mortalidade e, também, por seu impacto negativo sobre a qualidade de vida” (FREITAS; COSMO, 2010, p. 21).

Conforme elucida Guimarães (1999, p. 25): “Com o fantástico desenvolvimento da medicina e da indústria farmacológica, a doença crônica não leva fatalmente ao óbito, como foi no passado”, sendo disponíveis alguns tratamentos que propiciam ao paciente a manutenção de sua vida.

Portanto, no contexto do paciente renal crônico, existem algumas alternativas de tratamento, como o transplante renal (TX) ou a terapia renal substitutiva (TRS), também chamada de diálise. O tratamento dialítico é disponível em diversas formas, como: diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) e a hemodiálise (HD) (MARTINS; CESARINO, 2005; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

Em junho de 2011 haviam 32.454 pacientes inscritos na fila para o transplante renal no Brasil (SESSO et al., 2012), enquanto o total estimado de pacientes mantidos em programa dialítico em 2012 foi de 97.586, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia ([2013?]), sendo quase o dobro de pacientes divulgados no censo de 2002. Sesso (apud PERES et al., 2010, p. 52) expõe que, no Brasil, 90% dos pacientes que estão no programa dialítico realizam a hemodiálise. Estatísticas como estas demonstram o cenário em que se encontram as unidades de diálise e a importância de estudos que abordam a eficácia do tratamento e os impactos nos pacientes que dependem do mesmo (FREITAS; COSMO, 2010).

Silveira e Ribeiro (2005) abordam que para um indivíduo, o adoecimento pode culminar em um desequilíbrio que ocorre diante do reconhecimento de sua vulnerabilidade diante da vida, sua finitude e quando curado, esse equilíbrio se reestabelece. Contudo, na doença crônica o equilíbrio está em viver com a condição, já que não há cura e a condição gera dependência de tratamento, médicos e remédios (MELLO FILHO apud SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 93).

Logo, a adesão torna-se um tema relevante de pesquisa e interesse, já que, como coloca Silveira e Ribeiro (2005, p. 93):

[...] o tratamento do paciente portador de doença crônica deve favorecer a adaptação a esta condição, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações, agravos, sobretudo, a mortalidade precoce.

Referente à eficácia do tratamento, inúmeros trabalhos abordam o tema da adesão, que é de grande importância para a qualidade de vida do paciente renal crônico, de

forma que a não adesão irá acarretar diversas complicações em seu tratamento e culminando em uma piora clínica significativa (BAGATTOLI, 2000; THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Entretanto, a não adesão ao tratamento é considerado um dos problemas mais importantes vivenciados pelos profissionais de saúde quando se deparam com diversos tipos de doenças e tratamentos (MALERBI, 2000).

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), há uma grande preocupação dos profissionais quanto à orientação dos pacientes, de forma que os beneficie e com este objetivo usam métodos diversos para medir a adesão, como exames, contagem de pílulas e inquérito dos pacientes (MALERBI, 2000).

No entanto, contar as pílulas não é considerado um indício fiel da adesão, já que apenas é identificado que o paciente retirou o medicamento de seu recipiente, mas não que fez a ingestão do mesmo. Quanto ao inquérito, a realização do mesmo também não pode ser considerada um indício de adesão ao tratamento dialítico uma vez que existe a possibilidade de distorção da realidade exposta pelo paciente sobre os cuidados que frequentemente toma (MALERBI, 2000).

Hipócrates, pai da medicina, já descrevia duas realidades que envolvem os pacientes: a primeira, que eles frequentemente não aderem às recomendações médicas, questão tal já evidenciada em diversos estudos (MALERBI, 2000); e segundo, que frequentemente mentem sobre o fato de serem aderentes. Nesse sentido, Hipócrates dizia que: “[...] o médico deve atentar para o fato de que os pacientes frequentemente mentem quando dizem que tomaram certos remédios” (TEBBI apud MALERBI, 2000, p. 148).

Tanto a interação exposta por Hipócrates, a descrição do paciente sobre a adesão medicamentosa, quanto à adotada como forma de verificar a adesão dos pacientes, denominada “inquérito”, compõe o que diversos campos do conhecimento caracterizam como linguagem, ou seja, a interação de falar e responder a uma fala. Apesar disso, com uma compreensão diferenciada sobre o tema, B. F. Skinner deixa de usar os conceitos de “fala” e “linguagem” e conceitua o que começou a ser

chamado de “comportamento verbal”¹ (ANDERY, 2001; CÓRDOVA, 2007; SKINNER, 1978).

A análise realizada do comportamento verbal deve ter como finalidade indicar sua função, o efeito que exercerá sobre o ouvinte, embasando-se nas variáveis ambientais controladoras, e não propriamente em sua topografia (BARROS, 2003; CÓRVOVA, 2007). Nesse contexto, quando um paciente diz que adere ao tratamento, há a possibilidade da função não ser simplesmente descrever fielmente sobre seus hábitos, mas ter a aprovação do ouvinte, independente de fazer isso pelos bons efeitos sobre quem o questiona ou para evitar represálias por não seguir corretamente as orientações.

Isto posto, compreender a rotina que envolve o paciente em seu tratamento, a relação do mesmo com a equipe da clínica em que dialisa e as intervenções realizadas com o objetivo de orientação é de extrema importância para o entendimento das variáveis controladoras do comportamento verbal do paciente ao relatar sua adesão quando necessário.

É possível identificar duas possibilidades de interação entre a equipe e o paciente: a primeira sendo a equipe como uma audiência não punitiva em que há o estabelecimento de vínculo, um tratamento acolhedor e a identificação das dificuldades presentes no tratamento do renal crônico; e a segunda forma, a equipe que pode interagir em função do controle aversivo em que as intervenções não tem como foco aspectos singulares do sujeito, dispendo de regras e proibições generalizadas que atrapalham a relação a ponto do paciente privar os profissionais de informações essenciais (MEDEIROS, 2002; WILLIG; LENARDT; THRENTINI, 2006).

A interação se faz importante, pois, apesar dos exames para controle das taxas, o ganho de peso interdialítico darem indícios sobre a não adesão, a equipe só terá contato com a realidade do paciente quando for capaz de estabelecer bons vínculos e evocar descrições coerentes da rotina dos pacientes (KAVEH et al. apud THOMAS; ALCHIERI, 2005, p. 58).

¹ Maiores considerações acerca do comportamento verbal serão expostas adiante, no capítulo 2, durante a revisão bibliográfica.

Segundo Passos (2003, p. 206): “Diferentes audiências controlam diferentes repertórios verbais”. Logo, no contexto em que um paciente hemodialítico relata sua adesão a um ouvinte da equipe multidisciplinar da clínica em que dialisa, é colocado em interação com uma contingência muito específica, já que o ouvinte é também responsável pela orientação, pelo manejo de seu tratamento e observação do quanto às recomendações estão sendo seguidas.

Tais contingências e as outras formas de interações equipe-paciente podem influenciar no comportamento verbal uma vez que podem deixar um paciente sob controle de regras e controle aversivo, logo, deve-se considerar a presença da manipulação do comportamento verbal quanto ao tema adesão. Os comportamentos verbais manipulativos se referem a: “[...] alternativas verbais encontradas pelo cliente de ser reforçado positiva ou negativamente e, que ao mesmo tempo tem, de início, uma probabilidade menor de serem punidas” (MEDEIROS, 2002, p. 108).

A análise do comportamento verbal auxilia na compreensão dos processos que ocorrem na relação terapêutica e classifica-lo fornecerá indícios relevantes acerca das variáveis controladoras de seu comportamento (MEDEIROS, 2002). Desta forma, o seguinte estudo se torna relevante pelo objetivo de analisar as variáveis que influenciam na produção do comportamento verbal manipulativo em pacientes não aderentes durante o relato de adesão.

Logo, faz-se importante investigar se os pacientes entrevistados conhecem os aspectos que envolvem comportamentos de adesão ao tratamento, frequentemente descritos pela equipe através de orientações, e diante de seu relato identificar as contingências que frequentemente são antecedentes ao comportamento de falar sobre sua adesão. Além disso, a partir da descrição do paciente sobre a prática de comportamentos habituais referentes às orientações prescritas, apontar a presença do tato distorcido e do comportamento intraverbal, assim como identificar as variáveis consequentes de seu relato. E tendo em vista que regra também é um comportamento verbal, compreender o verbal melhora o controle por regras que a equipe das clínicas de hemodiálise poderia utilizar no manejo clínico, melhorando a eficácia das orientações realizadas com os pacientes renais crônicos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

Os rins estabelecem um importante papel no organismo, como as funções de: filtrar o sangue, eliminar resíduos e líquidos através da urina, regulando dessa forma a água presente no organismo e elementos como sódio, potássio, fósforo e cálcio no sangue e que em excesso vem a ser prejudicial, assim como medicamentos e toxinas, desempenhando também o papel na liberação hormônios que atuam na regulação a pressão sanguínea, fabricação células vermelhas e no fortalecimento dos ossos (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

Romão (apud BARBOSA et al., 2006, p. 304) define que a insuficiência renal crônica (IRC), ou doença renal crônica (DRC), advém da perda da função renal por diversas doenças que acometem os rins, como: diabetes e a hipertensão, consideradas as duas principais causas de IRC; lúpus e doenças que prejudicam o sistema imunológico; infecções urinárias recorrentes; doença renal policística, que ocorre por causas genéticas e outras. A perda da função renal ocorre de forma progressiva e irreversível resultando no prejuízo da capacidade do rim de executar importantes funções no organismo, sendo assim o sujeito apresentará diversas complicações em sua saúde (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

A partir do momento que estabelece um prejuízo no funcionamento renal, sendo a redução parcial ou total da atividade do órgão, as impurezas que deveriam ser filtradas se acumulam, tendo assim um aumento da concentração de diversas substâncias configurando a síndrome urêmica: “[...] um conjunto de sinais e sintomas provocados por anormalidades fisiológicas e bioquímicas, representado pelo aumento da concentração de substâncias, como uréia e creatinina, no organismo” (MATTA, 2000, p. 69).

De acordo como Thomás e outros (apud MATTA, 2000, p. 70), quando diagnosticado o conjunto de dados clínicos, fisiológicos e bioquímicos, compostos pela síndrome urêmica, e quando é constatado o quadro irreversível, é estabelecida a existência da IRC. Os sintomas observados na síndrome urêmica são:

[...] oligúria (parada da eliminação de urina), edema (acúmulo de líquidos no organismo), hipertensão arterial, anemia, fadiga, adinamia, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, câimbras, prurido, palidez cutânea, xerodermia,

miopatias, dismenorréia, atrofia testicular, impotência, infertilidade, déficit cognitivo, déficit de atenção, asterixe, confusão, sonolência, obnubilação e coma (THOMÁS et al., apud MATTA, 2000, p. 70).

Apesar disso, os avanços da medicina e da farmacologia possibilitam atualmente o tratamento para a manutenção da vida do paciente renal. Desta maneira, quando diagnosticada, dependendo do estágio em que se encontra, deverá ser tratada ou como paciente conservador ou paciente dialítico, de forma que o não tratamento e complicações podem resultar em morte (BARBOSA, 2006; GUIMARÃES, 1999).

Quando em falência renal, o quadro clínico e o estilo de vida do paciente irão auxiliar na decisão, tanto médica quanto do paciente e de sua família, sobre a melhor forma de tratamento que se estabelecerá. As alternativas, que invariavelmente trazem em si algum nível de desconforto, são: o transplante renal (TX), que consiste em uma cirurgia para implantar um rim saudável de um doador vivo ou cadáver no paciente portador de insuficiência renal crônica avançada, necessitando do constante acompanhamento ambulatorial, da tomada constante de medicamentos imunossupressores, além de serem estabelecidas algumas limitações em sua vida; ou a terapia renal substitutiva (TRS), que é a filtragem artificial do sangue, a diálise (MATTA, 2000; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

Existem, segundo Martins e Cesarino (2005), algumas formas de diálise, sendo elas: diálise peritoneal, em que uma solução chamada dialisato é introduzida na cavidade peritoneal por intermédio de um cateter e depois de um tempo de permanência para que sejam filtradas as toxinas, a solução é drenada. Tal tipo de diálise pode ocorrer em forma de diálise ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI); ou a hemodiálise (HD) (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

Conforme National Kidney Foundation (2007, p. 15) elucida, a hemodiálise é um procedimento em que os pacientes são puncionados e a partir disso “[...] o sangue é limpo fora do corpo do paciente quando passa através de um filtro especial denominado rim artificial ou máquina de diálise”. Ao mencionar a limpeza do sangue refere-se ao fato de realizar a retirada das substâncias tóxicas pelo capilar. Além disso, retira também o excesso de líquido presente no organismo durante o tratamento, que vem a controlar a pressão arterial e também manter o equilíbrio de substâncias químicas diversas. Após o processo o sangue dialisado é devolvido para a circulação do paciente através da punção (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

O tratamento geralmente ocorre com a frequência de três vezes por semana, cada sessão com duração aproximada de quatro horas e “regularmente são realizados exames para o controle do equilíbrio físico-químico do organismo (ureia, creatinina, hematócrito e outros). Esses exames são relevantes como indicadores da eficácia e adequação do processo dialítico” (MATTA, 2000, p. 70).

Após o diagnóstico de DRC, o sujeito vivencia a mudança de diversas contingências em sua vida, e devido a parte do tratamento ocorrer em complemento quando retornam para casa, são estabelecidas regras restritivas. Há a orientação sobre como os pacientes devem ou não se alimentar, a restrição do excesso da ingestão de líquidos e é estabelecido o uso de diversos medicamentos (CAMPOS; TURATO, 2003). Sendo assim, a equipe emite um estímulo discriminativo verbal, as regras, com a função de que os pacientes respondam adequadamente às mudanças de contingências, por exemplo, beber água era determinante para um estilo de vida saudável e agora pode trazer uma série de consequências prejudiciais à sua saúde (ALBUQUERQUE, 2001).

Além destas tais modificações e do comprometimento físico, o paciente renal crônico está sujeito também ao comprometimento psicológico, familiar e social (CESARINO; CASAGRANDE, 1998). Segundo Barbosa (apud CESARINO; CASAGRANDE, 1998, p. 31):

[...] o doente renal crônico vivência uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, com um pensar na morte, mas convive também com a possibilidade de submeter-se ao transplante renal e a expectativa de melhorar a sua qualidade de vida.

De acordo com Lima e Gualda (2001), alguns pacientes descrevem o tratamento em que são submetidos de uma forma conflituosa: “[...] por um lado, a hemodiálise representa a possibilidade de prolongamento da vida, por outro, a sua realização requer a mudança de hábitos e costumes que, certamente, repercutirão na qualidade de sua vida atual” (LIMA; GUALDA, 2001, p. 238), ou seja, o paciente vem a descrever o tratamento e demonstra ficar sob controle tanto de reforçadores negativos quanto de aversivos obtidos ao submeter-se a tais. Nesse aspecto, as mudanças impactam a vida do sujeito podem também influenciar na forma com que irão aceitar a doença, podendo também ocasionar o desânimo com o tratamento resultando em não adesão ou abandono.

2.1.1 Adesão ao tratamento hemodialítico

Higginson e Carr (apud THOMAS; ALCHIERI, 2005, p. 59) relatam que o processo do adoecimento e a percepção de saúde podem ter diversos significados nas pessoas, ou em uma mesma pessoa ao decorrer do tempo, desta forma:

As pessoas percebem sua qualidade de vida relacionada à saúde, comparando suas expectativas com suas experiências; a qualidade de vida é um conceito altamente individual e sua medida nunca vai capturar todos os aspectos da vida que são importantes para um indivíduo (HIGGINSON; CARR apud THOMAS; ALCHIERI, 2005, p. 59).

Segundo Lima e Gualda (2001), após o diagnóstico de insuficiência renal crônica, umas das consequências é a baixa qualidade de vida, sendo influenciada pela perda de diversos reforçadores sociais e do cotidiano como: o grande tempo concedido nas clínicas para a realização de diálise, privando muitas vezes o paciente da possibilidade de realizar trabalhos remunerados, uma vez que suas atividades devem ser interrompidas em função do tratamento, nesse mesmo sentido, há maior dificuldade quando o paciente deseja viajar, necessitando a mediação da clínica com antecedência para a organização de uma vaga em trânsito; diminuição das atividades de lazer, da vida social e atividade sexual; habilidades funcionais do paciente são limitadas, como a realização de atividades físicas, subir escadas e carregar peso; o estabelecimento de regras restritivas relacionadas a alimentação e a ingestão de líquidos, sendo necessário adaptar-se a uma nova rotina (BITTENCOURT, 2003; SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Casos em que o paciente não sente os sintomas de seu quadro clínico, a doença em seu princípio é uma mudança conceitual, ou seja, ele sabe verbalmente que algo está errado, nesse aspecto as limitações são associadas ao tratamento realizado e não a doença propriamente dita. Ferreira, Silva e Botelho (2005) apontam em seu trabalho sobre o tratamento de tuberculose que 75,8% dos pacientes abandonaram o tratamento entre o final do primeiro mês e o término do terceiro mês, em que há uma melhora clínica significativa e os pacientes encontram-se assintomáticos. Neste ponto é abordado pelos autores a ideia de que os sujeitos acham que já não possuem a doença, logo é constatado que a adesão pode também ser associada a percepção da gravidade da patologia pelo doente.

Segundo Maldaner e outros (2008), a ausência de sintomas também é um dos fatores que influenciam na não adesão ao tratamento do doente em HD. No entanto,

parte dos indivíduos que se encontram em algum tipo de terapia renal substitutiva descobriram a seguinte patologia por apresentarem-se debilitados. Logo, ao iniciarem o tratamento hemodialítico e seguindo as outras recomendações indicadas pela equipe, como a dieta e o uso correto das medicações, os sintomas que apresentavam anteriormente diminuem ou podem desaparecer. A ausência dos aversivos pode causar no paciente a ideia de que não há mais uma doença, enquanto a equipe sinaliza verbalmente que tal ainda existe e que é necessário prosseguir o tratamento.

Outro fator que pode influenciar na não adesão ao tratamento é a produção de aversivos sobre o sujeito, como os efeitos colaterais que podem ser provocados pela medicação. Nesse sentido, por mais que se considere que a medicação reduzirá aversivos iniciais, também produzirá outros aversivos, logo, o comportamento deixa de ser emitido pelo paciente (MALDANER et al., 2008).

No estudo realizado com pacientes hemodialíticos, Lima e Gualda (2001) identificaram que todos os entrevistados conheciam as orientações dispensadas pelos profissionais sobre o tratamento e tinham consciência da importância de segui-las. No entanto, segundo os autores:

[...] a adesão às mesmas implica na utilização de um grau de autocontrole que nem sempre é alcançado. Para alguns, o fato de não poder comer os alimentos que gostariam e de não poder beber a quantidade de líquidos que desejariam representa um grande obstáculo que precisa ser enfrentado a cada dia (LIMA; GUALDA, 2001, p. 238).

O adoecimento, de acordo com Silveira e Ribeiro (2005), traz um desequilíbrio e desconforto, um sentimento de vulnerabilidade. Antes, adaptado em sua rotina com hábitos frequentes e reforçadores, agora o indivíduo precisa controlar continuamente parte de seus comportamentos que não são mais adaptados a uma nova condição após o adoecimento, nesse ponto, as respostas emitidas pelo sujeito agora apresentam tanto consequências que produzem reforçadores, como aquelas que produzem abundante contato com estímulos aversivos (SKINNER, 2003).

Uma pessoa que anteriormente sentia-se satisfeito ao comer um pote de salada de frutas durante o dia, também um hábito dito saudável, traria ao sujeito uma sensação de saciedade, sendo positivamente reforçador. Tal sensação de saciedade continua presente, mas a realidade do adoecimento traz consequências como a elevação das taxas de potássio, por exemplo, que vem a prejudicar o

paciente renal crônico, surgindo a necessidade de adaptar porções de alimentos ou ingerir um tipo de fruta por refeição.

O conflito ocorre tanto pela presença do reforço positivo, comer frutas, mas também porque não comê-las resultará em reforçamento negativo por ter evitado o contato com aversivos. E o comportamento de autocontrole é originado a partir do conflito entre tais consequências produzidas por um determinado comportamento: a resposta com maior probabilidade de ocorrência (se alimentar com um pote de salada de frutas) produz reforçadores positivos imediatos (sensação de saciedade), mas também produzirá aversivos atrasados (mal estar pela elevação das taxas). A presença do conflito traz a possibilidade de manipulação das variáveis ambientais, sendo assim um comportamento de autocontrole, que aumenta a probabilidade da resposta pouco provável, de não comer a salada, ocorrer (NICO, 2001).

Quando o sujeito está curado, o equilíbrio se restabelece. Contudo, a doença crônica, caracterizada por não haver cura e há a dependência de remédios, médicos e tratamento, o equilíbrio está em viver com a condição, necessitando da mudança de seus repertórios comportamentais ao longo de toda a vida (MELLO FILHO apud SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 93). Logo, a pessoa não está mais sob controle do reforçador positivo, pela busca do que lhe é mais prazeroso, e sim sob controle da emissão de comportamentos que produzirá menos contato com aversivos, como a dificuldade de respirar e inchaço corporal. Desta forma, o comportamento de esquiva se estabelece, uma vez que apesar do paciente não entrar em contato com a contingência aversiva, por exemplo, ao realizar o tratamento da forma adequada, sua presença sempre estará sinalizada. Neste caso, nota-se que a escolha é pela redução de danos, ou seja, o tratamento (que também é aversivo) é feito para minimizar os transtornos causados pela doença.

No contexto de internação, o paciente tem o olhar da equipe frequente diante do cuidado prestado ao paciente, como a hora do medicamento e a alimentação preparada de forma adequada, diferente do vivenciado pelo paciente renal crônico, como Campos e Turato (2003, p. 502) ressaltam:

[...] após as sessões de hemodiálise, voltam para suas casas, têm controle rigoroso de ingestão hídrica e salina, demonstrando assim que o mesmo deve apresentar uma posição participativa no seu tratamento, entre outras de obediência.

Leite e Vasconcellos (2003) esclarecem que existem termos e definições diferentes sobre como o paciente irá participar em seu tratamento, o termo usado indica também quem os autores consideram atuante no processo. No campo da saúde a participação é correspondida pelo termo adesão que, Flecher e outros (apud SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 93), definem como: “[...] o grau de seguimento dos pacientes à orientação médica [...]”, ou seja, quando se referem ao comportamento de seguir as regras. Com esse sentido, alguns autores usam o termo “compliance”, que significa obediência, sendo visto como uma forma de participação passiva (OSTERBERG; BLASCHKE apud GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006, p. 24). Santos (apud THOMAS; ALCHIERI, 2005, p. 58) aborda o tema de uma forma mais detalhada, descrevendo: “O termo adesão ou aderência ao tratamento médico (compliance) é representação do conjunto de ações ou omissões do paciente, considerando não somente as atitudes imediatas, mas sim todo um complexo comportamental”.

Segundo Oigman (2006), muitos consideram o olhar sobre a participação de forma obediente uma definição tradicional, atualmente há uma mudança na forma de compreender a adesão, “adherence”, que vem a fazer menção à escolha ou não do paciente de adotar a recomendação, vem a se referir a participação ativa do paciente, vinculado ao assumir responsabilidades (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Apesar das formas de pensar a adesão, Arruda e Zannon (2002) ressaltam que o termo tem ligação com as recomendações para o tratamento. No entanto, tendem a ser personalizadas levando em consideração as peculiaridades de cada indivíduo e muitas vezes será composta de mais de uma recomendação. Isto posto, o termo adesão precisa ser adaptado aos contextos da doença renal crônica e do paciente, por exemplo, se o mesmo é diabético ou hipertenso.

Havendo então uma classe de ações de seguimento de prescrições para o tratamento, Rotheram-Borus e outros (apud ARRUDA; ZANNON, 2002, p. 4) constataram que os pacientes estabelecem, muitas vezes, critérios para o seguimento destas, podendo priorizar, por exemplo, os que se relacionam a sintomas de maior incomodo ou os mais adaptáveis. Um paciente, por exemplo, que pode ingerir maior quantidade de líquidos já que ainda apresenta um considerável volume urinário e, de um modo geral, a quantidade de líquidos que os pacientes renais crônicos podem ingerir durante o dia tem como base o volume residual do

paciente em 24h somado com 500 ml, poderá se adaptar a uma restrição hídrica mais facilmente que um paciente que não apresenta volume urinário algum (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO, 2010).

A classe de ações emitidas pelo paciente que constatam que o mesmo é aderente fica sob controle também de outros fatores, como: “[...] seu contexto, conforme as contingências que permeiam sua vida, a forma de aprender a doença, o tratamento e o cotidiano, sua rede de apoio social e os modelos de saúde e de enfrentamento das adversidades [...]” (FAÉ et al., 2006, p. 35), logo, a adesão é construída também por quem cuida, um comportamento que pode ser reforçado pelo envolvimento os profissionais e sua preocupação na forma de orientar para o benefício da saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Alguns autores tem uma concepção pessimista sobre a adesão concluindo, como Jordan e outros (apud LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p. 776), que: “[...] a não-adesão, em algum grau, é universal [...]” e “[...] o normal é não aderir [...]”, conforme Ruejon (apud LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p. 776).

A Psicologia da Saúde tem estudado há décadas questões referentes ao tema, porém com poucas mudanças quando analisa-se as taxas e um olhar também não muito positivo (DUNBAR-JACOB; DWYER; DUNNING apud MALERBI, 2000, p. 149) como mostra a Tabela 1:

Tabela 1: Adesão em diversas situações (1)

SITUAÇÃO	PORCENTAGEM DE PACIENTES
Hipertensão	36% não tomaram os medicamentos necessários (2)
Infarto	49% abandonaram os exercícios durante o 1º ano pós-infarto (3)
Tratamento curto	20% - 30% falharam em cumprir as prescrições médicas (4)
Tratamento curto + Natureza preventiva	30% - 40% falharam em cumprir as prescrições médicas (4)
Tratamento longo	50% não seguiram as prescrições no início do tratamento e essa porcentagem aumentou com a passagem do tempo (4)
Tratamento curativo	40% - 50% não compareceram as consultas agendadas para receber tratamento curativo (4)
Estilo de vida	75% não seguiram as recomendações de mudanças (5)

FONTE: Malebi, 2000.

Notas: (1) Tabela formulada por Mabeli (2000) com base em diversas pesquisas que apontam o percentual de adesão em diferentes situações. (2) DUNBAR, J. Predictors of patient adherence. Patient characteristics. In: SHUMAKER, S.A., SCHRON, E.B.; OCHENE, J. K. (Eds.) The Handbook of health behavior change. Nova Iorque, 1990. (3) DUNBAR, J. M.; AGRAS, W. S. Compliance with medical instructions. In: FERGUNSON, J. M.; TAYLOR, C. B. (Eds.) The Comprehensive Handbook Of Behavioral Medicine. Lancaster, 1980. (4) PECK, C. L.; KING, N. J. Increasing patient compliance with prescriptions. Journal of the American Medical Association, 1985. (5) DIMATTEO, M. R et al. Physician's characteristics influence patient's adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. Health Psychology, 1993.

Entretanto, não se pode desconsiderá-la em sua importância já que a baixa adesão envolve: “[...] sérias implicações econômicas, contribuindo para o aumento na quantidade de hospitalizações” (SALZMAN apud MONTEIRO, 2003, p. 422) e também contribui para a falha terapêutica em doenças crônicas resultando nos indivíduos que realizam tratamento hemodialítico maiores riscos de intercorrências durante as sessões e prejudicam o bem-estar do paciente (BAGATTOLI, 2000; THOMAS; ALCHIERI, 2005).

A aderência ao tratamento médico pelos pacientes acometidos pela IRC é representada pela aderência à dieta, ao tratamento dialítico e a medicação (THOMAS; ALCHIERI, 2005). Há uma proporção de pacientes com dificuldades significativas em seguir as terapêuticas do tratamento, entre elas:

[...] o cumprimento do controle de peso interdialítico, obediência às restrições hídricas e dietéticas, adoção do tratamento medicamentoso controlador dos sintomas causados pelas doenças associadas à IRC, como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, entre outras (MALDANER et al. 2008, p. 648).

Maldaner e outros (2008) investigaram na literatura os diversos fatores que influenciam na adesão ao tratamento hemodialítico e levantaram pontos como: a confiança depositada na equipe, que pode gerar maior possibilidade de diálogo; as redes de apoio, que auxiliam o indivíduo, de alguma forma, a enfrentar sintomas e limitações causadas pelo quadro; a aceitação da doença, definida como a forma de lidar com o momento vivido; os efeitos colaterais da terapêutica; a falta de acesso aos medicamentos, vinculados frequentemente aos serviços da rede pública para atendimento; um esquema terapêutico complexo, que dificulta o entendimento sobre as recomendações; longa duração do tratamento; a ausência de sintomas e o nível de escolaridade, ambos dificultando que o indivíduo entenda a importância e a gravidade da doença.

Nas clínicas de hemodiálise, uma das atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem é a orientação dos pacientes e familiares sobre a doença, para que, feita de forma adequada, tais venham a beneficiar a saúde do paciente propiciando um melhor convívio com a doença crônica. Dessa forma, o paciente pode ter um maior conhecimento sobre suas responsabilidades e assim, pensar sobre suas decisões sabendo as consequências que tais podem acarretar, promovendo a autonomia nas ações de autocuidado e de forma que resulte e promova a qualidade de vida (MADEIRO et al., 2010; SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Existem algumas condutas que pretendem medir a adesão do paciente, contudo nem sempre se mostram eficazes. Por exemplo, identificar o uso de medicamentos de forma correta realizando contagem dos comprimidos, mas não há formas de controlar o comportamento do paciente de tirar o medicamento do local e não ingerir; há a realização de inquéritos sobre o seguimento das recomendações, todavia existe a possibilidade de distorção da realidade exposta pelo paciente ao relatar; também outras condutas, como a realização dos exames para controle das taxas dos pacientes, como o nível de potássio, para medir adesão dietética, nível de fosfato, para dieta e medicação e o ganho de peso interdialítico (KAVEH; KIMMEL apud THOMAS; ALCHIERI, 2005, p. 58; MALERBI, 2010).

Apesar dos exames darem indícios que há uma dificuldade em seguir as orientações prescritas, a equipe não tem contato com o dia a dia do paciente fora do ambiente em que realiza o tratamento, não tendo acesso aos seus costumes e rotinas, a não ser que seja mediado pela descrição do mesmo sobre sua realidade (MALEBI, 2000).

2.1.2 A equipe e o paciente renal crônico

Diferente de outras patologias, a terapia renal substitutiva traz ao paciente uma rotina próxima à clínica em que realiza a hemodiálise, isto ocorre pela necessidade de comparecer três vezes por semana para o tratamento e ali permanecer durante quatro horas. Portanto, a interação com a equipe ocorre de maneira singular, isso se deve ao fato da rotatividade de pacientes ser menor que em um ambulatório, assim como um vínculo mais estreito com alguns profissionais (FREITAS; COSMO, 2010; PRESTES et al., 2011).

Antes restrito da especialidade médica, a abertura do campo da saúde para outros grupos de profissionais que compõem a equipe multiprofissional, como nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e psicólogos, ocorreu após um olhar diferente sobre o processo saúde e doença. Ainda que tal mudança tenha sido promovida pela área médica, o desenvolvimento tecnológico e em especialidades contribuiu para o distanciamento do vínculo com o paciente, apesar de promover grande progresso no diagnóstico e tratamento das enfermidades (AMARAL, 1999).

A equipe multiprofissional na saúde e sua relação com paciente renal crônico fomentam discussões sobre o modelo de atuação. Tendo por exemplo o modelo tanto da multidisciplinaridade, “[...] entendida como uma simples justaposição de disciplinas, visando objetivos múltiplos, sem interagir quanto a seus métodos e conceitos” (JUPIASSU apud BRUSCATO et al., 2010, p. 35), quanto a interdisciplinaridade, “[...] que consiste, justamente, em fazer cada ramo do conhecimento - a disciplina - se interpenetrar com tantas outras num processo contínuo, caminhando contra a fragmentação do saber” (CAMPOS; TURATO, 2003, p. 502).

Apesar das diferentes formas de pensar, Moniz (apud BRUSCATO et al., 2010, p. 34) define a equipe multiprofissional como “[...] uma associação de pessoal da saúde, de formação diversa, justificada por possuir um fim último, a saber, responsabilizar-se pela saúde global de um indivíduo e de sua comunidade”.

Embora compreendamos a importância dos diversos profissionais que abrangem múltiplas áreas do saber no tratamento do paciente renal crônico, o seguinte estudo se ateve a maior descrição das relações voltadas para a orientação do paciente e instrução sobre o tratamento. Tendo em vista que tais práticas são comuns das especialidades médicas, da equipe de enfermagem e por vezes, da instrução dos nutricionistas, teremos maior descrição dessas tais.

Dessa forma, a postura médica é abordada por muitos autores como teórica e distante do cuidado direto. Apontam também que as instituições mantêm a estrutura do Modelo Biomédico, sendo assim, sua atenção é voltada para o órgão afetado e não para o sujeito como um todo. Além disso, diversas consultas e procedimentos são demandados para um mesmo profissional, logo, o atendimento poderá não contemplar muitos aspectos do paciente para uma intervenção que leve em

consideração suas especificidades (AMARAL, 1999; BRUSCATO et al., 2010; CAMPOS; TURATO, 2003). Tendo em vista tais aspectos, pode prevalecer para o paciente a imagem de uma figura proibitiva, que exerce a função de impedir vontades e limitar seu prazer (LIMA; MENDONÇA FILHO; DINIZ apud FREITAS; COSMO 2010, p. 27).

Campos e Turato (2003) apontaram em sua pesquisa a necessidade do paciente de ser ouvido e de receber maior atenção dos profissionais em diversas circunstâncias como: “[...] através de queixas que não são atendidas durante a sessão, seja pela necessidade de se saberem os resultados de um exame laboratorial importante, seja pela necessidade de relatar algo, mesmo que aparentemente sem importância” (CAMPOS; TURATO, 2003, p. 504-505). Tal necessidade apareceu como um fator associado à alta tecnologia e procedimentos técnicos, desta maneira os exames “substituem” o contato com o paciente, mediando a relação profissional e paciente.

Segundo Freitas e Cosmo (2010), o modelo biomédico é de grande influência na conduta dos profissionais da equipe multidisciplinar. Uma das características dessa influência é a descaracterização dos pacientes, focalizando na doença da pessoa, forma esta que a singularidade de cada um é deixada de lado (RUSSO apud FREITAS; COSMO, 2010, p. 27).

O maior vínculo com os profissionais da enfermagem é destacado por Prestes e outros (2011) e também por Campos e Turato (2003, p. 505) que explicam que “tal fato pode ser explicado pelo contato de tempo mais prolongado que o enfermeiro tem junto ao paciente, desde sua recepção na unidade, o momento da pesagem, da punção de uma fístula e de manutenção”.

Alguns artigos em que são tratados o cuidado em unidades de hemodiálise e a adesão ao tratamento abordam o envolvimento da equipe de enfermagem com o paciente renal crônico, sua forma de intervir e a compreensão destes profissionais com o significado do cuidar (RODRIGUES; BOTTI, 2009; WILLIG; LENARDT; TRENTINI, 2006).

Willig, Lenardt e Threntini (2006) em entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem a respeito das estratégias no gerenciamento do cuidado encontraram nos relatos aspectos como: a necessidade de ouvir o paciente e suas concepções antes de realizar as recomendações; a importância de compreender os sentimentos

e vivências do paciente no momento, sendo este apontado como um requisito no processo de cuidar. Desta forma, a confiança do paciente no profissional seria uma consequência (WALDOW apud WILLIG; LENARDT; THRENTINI, 2006, p. 179).

A relação de confiança foi identificada como um dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento de indivíduos portadores de doenças crônicas e comporta atitudes como: o abrir mão do uso de termos técnicos complexos e adotar o uso da linguagem popular para que o paciente consiga compreender melhor; respeito pelas suas crenças e prestar um atendimento acolhedor. A partir disso, é estabelecida a aproximação entre a equipe e o paciente, havendo uma maior abertura para o diálogo (MALDANER et al., 2008).

Contudo, há divergências entre o que as profissionais realizam como processo de trabalho e o que gostariam de fazer. A realidade de sua prática os direciona para atividades burocráticas e administrativas, de forma que não tem atuado no cuidado do paciente (WILLIG; LENARDT; THRENTINI, 2006).

Além das demandas administrativas, alguns pontos são destacados, como: o estresse pela prestação de cuidados específicos ao paciente crônico e a mecanicidade presente em seu trabalho. Consequentemente é adotada uma postura do “fazer sem dedicação”, ou seja: “[...] empresta às atividades um sentimento de acomodação e um embrutecer de corpos, que se resume em, a cada turno, colocar o paciente na máquina, apertar o botão e supervisionar seu funcionamento” (WILLIG; LENARDT; THRENTINI, 2006, p. 179).

Deve-se também ressaltar a presença das múltiplas regras existentes e que a equipe exerce diversas vezes intervenções para a orientação do paciente sobre sua participação e a importância da “obediência” para que o mesmo tenha um bom êxito do tratamento através da adesão, tarefa que não pode ser negligenciada pelos profissionais, no entanto podem assumir, como o médico, a imagem de figura proibitiva (CAMPOS; TURATO, 2003).

2.2 COMPORTAMENTO VERBAL

Segundo Córdova (2007), diversos campos do conhecimento, como filosofia, linguística e psicologia, vem tentando esclarecer o fenômeno identificado como linguagem, “[...] como as pessoas se comportam verbalmente e quais os

mecanismos envolvidos nesse fenômeno, ou seja, o que acontece quando alguém fala ou responde a uma fala [...]” (NEF apud CÓRDOVA, 2007, p. 123).

O Behaviorismo tem algumas colocações sobre o tema, Watson (apud CÓRDOVA, 2007, p. 124), por exemplo, explica a linguagem usando as variáveis ambientais e a relação do estímulo e resposta, e coloca o significado vinculado a palavra, definindo que: “A função da palavra seria a de eliciar respostas exatamente como faz o objeto ao qual a palavra serve de substituto” (WATSON apud CÓRDOVA, 2007, p. 124).

Demonstrando sofrer influências das propostas de Watson (apud CÓRDOVA, 2007, p. 124) que profere que o condicionamento da fala tem como base os estímulos incondicionados, Russel elabora sobre a noção de significado e diz, segundo Moxley (apud CÓRDOVA, 2007, p. 124-125):

A lei do condicionamento reflexo está sujeita a algumas limitações, apesar desses limites ela supre o que se espera para explicar a compreensão de palavras. A criança se torna excitada quando vê a mamadeira; o que já é um condicionamento reflexo, devido a experiência de que essa visão precede o alimento. Um próximo estágio faz a criança ficar excitada quando ouve a palavra “mamadeira”. É dito então, que ela compreende a palavra.

Considerando a ideia de estímulo e resposta, Staats e Staats (apud CÓRDOVA, 2007, p. 125) apresentam a interpretação do significado tendo como base o condicionamento clássico e dão, para um melhor entendimento, o exemplo de como seria adquirido o significado da palavra “Não” por uma criança: a palavra seria inicialmente um estímulo neutro, não evocando nenhuma resposta específica da criança, porém ao ser pareado diversas vezes ao estímulo incondicionado de retirada da mão da criança de algo ou um tapa, haveria um condicionamento. Portanto, a palavra quando dita eliciaria na criança o comportamento de retirada da mão ou a interrupção de alguma atividade que a mesma esteja realizando no momento, logo a palavra evocaria um comportamento, tendo então um significado compreendido.

Tais conceitos, segundo Córdova (2007), são relacionados às primeiras tentativas do Behaviorismo de explicar a linguagem, desvinculando-se da perspectiva mentalista e explicando que:

[...] se utiliza do conceito de reflexo e condicionamento clássico, o significado continua sendo propriedade da palavra, isto que, está atrelado à topografia da palavra em detrimento da sua função. Ou seja, o significado de uma palavra continua sendo o mesmo quaisquer que sejam as condições de sua emissão, devido a relação direta entre o estímulo e a

eliciação da resposta, mantendo assim, a relação palavra/objeto (CÓRDOVA, 2007, p. 125).

A visão sobre o comportamento verbal foi delimitada por B. F. Skinner, que publicou diversos artigos sobre o tema, sendo o primeiro em 1934. Apesar disso, nos escritos anteriores ao ano de 1957, o assunto raramente era tratado da mesma forma. Conseqüentemente, a maior parte dos autores delimitam esta data como marco para início da análise do tema. Data esta em que se deu a publicação do livro “Verbal Behavior” em que o termo “comportamento verbal” foi defendido, deixando o uso das palavras “fala” e “linguagem” devido as definições originais a elas atrelados, sendo necessário desvincular sua ideia de tais conceitos (ANDERY, 2001; SKINNER, 1978).

Tendo levado em consideração diversas formulações tradicionais sobre o tema, Skinner (1978) assume, de certa forma, a responsabilidade de explicar o comportamento de falar e responder a uma fala, ou seja, do falante e do ouvinte. Assegura ser essa uma questão peculiar do comportamento humano e sendo assim, inerente a psicologia, mais particularmente, a ciência experimental do comportamento.

Considera que as explicações referentes ao comportamento verbal não são aplicados exclusivamente ao mesmo, mas os princípios e métodos são comuns a todo o estudo do comportamento humano, de forma que afirma: “Uma concepção muito mais produtiva é de que o comportamento verbal é comportamento” (SKINNER, 2006, p. 79), diferenciando assim sua concepção das ideias ligadas ao conceito de linguagem:

A linguagem tem um caráter de coisa, algo que a pessoa adquire e possui. Os psicólogos falam da “aquisição de linguagem” por parte da criança. As palavras e as sentenças que compõe uma língua são chamadas de instrumentos usados para expressar significados, pensamentos, ideias, proposições, emoções, necessidades, desejos e muitas outras coisas que estão na mente do falante (SKINNER, 2006, p. 79).

Segundo Skinner (1978, p. 3), “os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez, são modificados pelas conseqüências de sua ação”, todavia, podem agir de forma indireta sobre o meio, como o comportamento verbal que é de caráter relacional, ou seja, eficientes após a mediação de outros homens.

Desta forma, um paciente que pega a cápsula de remédio e ingere produz uma conseqüência no ambiente de forma direta, diferentemente de quando um paciente

solicita que uma enfermeira traga um remédio para dor, pois o pedido terá sua consequência mediada pelo ouvinte. Ou seja, a audiência é um estímulo discriminativo para a emissão de verbalizações que disponibilizarão as consequências do comportamento, sendo necessário que o ouvinte seja inserido na mesma comunidade verbal do falante para que haja uma resposta adequada ao comportamento verbal emitido. Uma pessoa que não compreende o idioma da outra ou um paciente que não tem conhecimento de um termo técnico específico, não poderiam corresponder de forma adequada (MATOS, 1991; PIMENTEL, 2009; SKINNER, 1978).

A importância da relação falante e ouvinte se fazem claras quando Skinner (1978) chama a composição de ambos de episódio verbal total e expõe que é vago definir o comportamento verbal como: “[...] comportamento reforçado pela mediação de outras pessoas [...]” (SKINNER, 1978, p. 4), já que tal caracterização não explana sobre o comportamento do ouvinte. Contudo, justifica tal omissão devido ao fato do “[...] comportamento do ouvinte, ao servir de mediador para as consequências do comportamento do falante, não é necessariamente verbal em nenhum sentido especial” (SKINNER, 1978, p. 4).

Todavia, para que seja descrito o episódio completo da fala é necessário relacioná-los, explicar como ocorre tanto um quanto o outro, já que:

Na explicação do comportamento do falante, pressupomos um ouvinte que reforçará seu comportamento de determinadas maneiras. Na descrição do comportamento do ouvinte, pressupomos um falante cujo comportamento tem certa relação com as condições ambientais (SKINNER, 1978, p. 34).

Tomanari (2007) expõe a existência de diversos estudos que abordam a relação do reforçamento fornecido pelo ouvinte e o comportamento verbal do falante. Greenspoon (apud TOMANARI, 2007, p. 2006), em seu experimento, solicitou que participantes dissessem algumas palavras, contudo o experimentador só fornecia reforços de aprovação por vocalizações de concordância quando eram ditas palavras no plural. Mesmo sem a consciência dos participantes do processo de reforçamento, foi identificado que a emissão de reforçadores pelo ouvinte promoveu, no contexto, um aumento na frequência do uso de palavras no plural.

A investigação de Taffell (apud TOMANARI, 2007, p. 2006) propôs averiguar os efeitos do ouvinte ao consequenciar diferencialmente pacientes psiquiátricos quando emitissem padrões específicos de respostas verbais, o uso de pronomes “I” ou “We”.

O primeiro grupo era reforçado por vocalizações, como o uso do “bom” pelo experimentador, com o segundo grupo as luzes piscavam quando o paciente emitia o determinado comportamento e o terceiro grupo não era reforçado de forma alguma. O seguinte estudo apontou o aumento da emissão de “I” ou “We” pelos participantes do primeiro grupo, resultado esse não obtido pelo segundo e terceiro grupo.

Spielberger e DeNike (apud PIMENTEL, 2009, p. 18) revisaram diversos estudos que tinham como principal proposta o estudo do comportamento verbal e identificaram nesses tais que o verbal dos participantes eram afetados pelas consequências reforçadoras fornecidas pelo ouvinte ao dado comportamento. Porém, defenderam que os participantes, durante o experimento, discriminavam pontos sobre o condicionamento a que foram submetidos.

Sendo assim, Rosenfeld e Baer (apud PIMENTEL, 2009, p. 19) realizaram uma pesquisa diferenciada das outras, propondo que o experimentador reforçaria algumas formas de operantes emitidos pelo entrevistado apenas demonstrando interesse, emitindo comportamentos reforçadores como “Sim, entendo perfeitamente”. Foi assim respaldado que o ouvinte não discriminaria a consequência reforçadora e o resultado indicou que ainda assim o participante ficou sob controle do comportamento do ouvinte, tendo o aumento da frequência da resposta verbal reforçada.

Esta relação demonstra de forma clara o comportamento verbal como um comportamento operante, deste modo, sua aquisição e sua manutenção ocorre após a resposta emitida ser reforçada logo em seguida (SKINNER, 1978). Da mesma forma, o enfraquecimento ou a extinção podem ocorrer caso haja um cessar do reforçamento, de acordo com Skinner (1978, p. 30-31): “As consequências do reforço continuam a ser importantes depois que o comportamento verbal foi adquirido. Sua principal função é manter a força da resposta”. No entanto, a punição de um comportamento verbal não irá enfraquecer as respostas punidas, mas ocorrerá a aquisição de padrões alternativos de respostas pelo falante (SKINNER, 1978).

Desta forma, deve-se levar em consideração a tríplice contingência na aquisição de um comportamento e também no que se constitui, através dela, a discriminação de estímulo, questões importantes segundo Skinner (1978, p. 31) porque:

[...] constituem uma contingência de reforço de três termos a qual pode ser expressa desta forma: na presença de um dado estímulo, uma dada resposta é caracteristicamente seguida por um dado reforço. Tal contingência constitui uma propriedade do meio. Quando ela prevalece, o organismo não só adquire a resposta que obtém o reforço, mas também torna-se mais propenso a emitir essa resposta na presença dos estímulos anteriores.

Sendo assim, quando já há uma história de reforçamento, o controle do comportamento, tanto verbal quanto não verbal, ocorre quando apresentado as circunstâncias apropriadas, não mais por intermédio da apresentação de reforços adicionais, mas através das variáveis motivacionais, como a saciação e a privação de um estímulo, por exemplo, quando um paciente pede ao médico a receita de determinado medicamento que lhe falta (SKINNER, 1978).

Existem também outros meios que tornam possíveis a ocorrência de uma resposta, por exemplo, a emissão de uma resposta verbal irá reduzir um estímulo aversivo, tendo esse comportamento o nome de fuga, e chama-se de evitação, ou esquiva, quanto o comportamento precede um estímulo aversivo (SKINNER, 1978). Desta maneira, se um paciente sente-se mal durante algum período do tratamento e faz o pedido para que lhe deem algum remédio, tal comportamento verbal será reforçado com a administração de um determinado medicamento e assim, o cessar do sintoma. Contudo, se sente uma determinada dor, mas tem o conhecimento que narrar tal episódio trará como consequência um procedimento doloroso ou desconfortável, dizer que sente-se bem seria uma resposta que evitaria um estímulo aversivo.

Reformulando o conceito de variáveis motivacionais nomeadas por Skinner (1978), Michael (apud CÓRDOVA, 2007, p. 128) descreve que “[...] estas operações tem como função estabelecer ou modificar o valor reforçador de algum evento”, chamando-as de operações estabelecedoras.

Conforme Córdova e Medeiros (2003), ao contrário de configurar o significado como sistema de representação do mundo, Skinner estabelece uma relação entre a funcionalidade e a contingência em que está associada:

As palavras não possuem significado independente da sua função comportamental, e possuem a sua função comportamental independente da sua relação com um referente. Ela já o um estímulo que controla o comportamento do ouvinte por si só e, ao mesmo tempo, se trata de uma resposta emitida pelo falante controlada por diversas outras variáveis que não um referente (CÓRDOVA; MEDEIROS, 2003, p.173).

A apresentação do conceito de independência funcional dos operantes verbais demonstra a oposição feita por Skinner (1978) quanto a “aprendizagem de significado”, explicando que os operantes verbais são: “[...] adquiridos de forma funcionalmente independente, ou seja, a aprendizagem de uma determinada função para uma resposta verbal não implicaria na emissão desta nas demais funções” (CÓRDOVA; MEDEIROS, 2003, p. 173).

2.2.1 Operantes verbais

2.2.1.1 Mando

Em uma comunidade verbal, quando certo operante verbal é seguido caracteristicamente por uma dada consequência, o denominamos como “mando”. Desta maneira, quando um membro da equipe multidisciplinar diz ao paciente “Preencha o formulário.”, o operante verbal mando especifica o reforço e frequentemente o comportamento desejado que o ouvinte emita, de forma vocal ou motora. Tal operante não exige uma discriminação de estímulos, proferindo variáveis controladoras. De modo distinto, o mando trabalha em benefício do falante que se encontra sob controle de privação ou de estímulos aversivos, como o “Pare!” dito por um paciente no momento de um procedimento que está lhe causando dor (CÓRDOVA, 2007; MATOS, 1991; SKINNER, 1978).

Segundo Pimentel (2009, p. 26) a importância do mando se dá “para a formação e manutenção de uma comunidade verbal, é necessário que seus falantes tenham a capacidade de emitir mandos adequadamente, caso contrário ficaria difícil sanar as necessidades de seus membros”.

Existem diversas formas de mandos, sua classificação geralmente se refere à interação ouvinte e falante e o comportamento mediador e as intenções que, em conformidade com Skinner (1978, p. 41):

[...] podem ser reduzidas a contingências de reforço. No caso presente, as diferenças nítidas residem no comportamento do ouvinte e nas condições que o controlam. Mas isso resulta em diferentes contingências de reforço para o falante, as quais produzem diferentes propriedades dinâmicas, diferentes relações entre as respostas, diferentes entoações, etc. Desde que o comportamento verbal, sob a forma de mando, opera principalmente em benefício do falante, mandos repetidos podem provocar no ouvinte uma revolta. É comum suavizar ou esconder-se o caráter do mando.

Por exemplo, o “pedido” ou “súplica” em que o falante especifica o reforço e motiva o ouvinte a oferecê-lo, ocorrendo em ocasião em que há o aumento da probabilidade do falante ser reforçado devido a introdução da emoção, como o: “Por favor, poderia me atender primeiro?”. Quando, porém, é dito “Em hipótese alguma entre nas salas sem autorização prévia!”, o falante especifica o reforço, a necessidade de pedir a autorização, e instaura também um estímulo aversivo, sinalizando que se agir de forma contrária terá como consequência uma possível repreensão ou expulsão do determinado lugar, e o ouvinte, para estabelecer a fuga de tal, necessita mediar reforçando o falante, temos o que chamamos de “ordem” (SKINNER, 1978).

Não obstante, existem mandos de que o ouvinte se beneficiará ao reforçar o falante, no caso do “conselho”, composto por um reforçador positivo, por exemplo, “Não fique com dúvidas, informe-se melhor com o médico”; o “aviso”, como quando dito “Cuidado com sua alimentação, as taxas estão altas.” em que o ouvinte se esquivava de uma situação aversiva através de uma descrição do falante; a “permissão”, retirando uma possível estimulação aversiva que resultaria em uma atitude do ouvinte, como quando é anunciado “Pode entrar!”; e o “oferecimento”, quando é dito o “Pegue!”, que seria o reforço do comportamento do ouvinte (SKINNER, 1978).

2.2.1.2 Intraverbal

Ao contrário do comportamento ecoico e da cópia² em que há correspondência ponto a ponto entre o estímulo e a resposta, no intraverbal não há essa correspondência com os estímulos verbais que as evocam, apresentando apenas um controle temático, e o estímulo discriminativo verbal pode ser tanto auditivo quanto visual (CÓRDOVA, 2007; PASSOS, 2003; SKINNER, 1978).

Um dos exemplos da investigação do comportamento intraverbal na seguinte pesquisa se deu no momento em que foi pedido aos pacientes, durante a aplicação do questionário (APÊNDICE A), que descrevessem alguns cuidados que foram orientados a ter durante seu tratamento. Nesse sentido, o questionário os remete a um determinado tema e sua descrição será baseada em falas que os profissionais da equipe expressaram em um momento anterior.

² Skinner (1978) também descreve o comportamento verbal ecoico e textual como operantes verbais, contudo não serão abordados no seguinte trabalho dado que não enriquecerão a discussão.

Como Barros (2003) elucida, tal operante verbal são respostas que podem ocorrer de forma vocal ou motora, no caso da escrita e da linguagem de sinais, podendo ser controlada por comportamento verbal de quem emite ou de outro falante, tendo sua consequência social, a aprovação pelos outros, gerados através do reforçamento intermitente, já que o conteúdo pode agradar e desagradar diferentes pessoas (MATOS, 1991).

Hamilton (apud MEDEIROS, 2002, p. 113) expõe que um dos possíveis efeitos da formulação de regras e a descrição de suas consequências pode ser o comportamento de intraverbalizar. Desta maneira, a pessoa poderá dizer o que é reforçador para o ouvinte, sem estar sob controle da regra descrita e de seus efeitos (MEDEIROS, 2002).

A presença do comportamento intraverbal é relatada por Medeiros (2002) que dá o exemplo de clientes toxicômanos que descrevem questões que ouvem sobre os efeitos da droga em sua saúde, no relacionamento familiar e social para se esquivarem das consequências aversivas do seu relato sobre sua relação com uso de drogas e entram dessa forma em contato com um reforçamento arbitrário oferecido após a apresentação de sua fala.

2.2.1.3 Tato

O tato, nomeado por Skinner (1978, p. 79), seria definido como “[...] um operante verbal, no qual uma resposta de certa forma é evocada (ou pelo menos reforçada) por um objeto particular ou um acontecimento ou propriedade de objeto ou acontecimento”, diferenciando-se desta forma dos operantes ecoicos, textuais e intraverbais, já que os estímulos discriminativos que o controlam é não verbal (PASSOS, 2003), de forma que:

Pode ser tentador dizer que num tacto a resposta “se refere a”, “menciona”, “anuncia”, “fala sobre”, “nomeia”, “denota” ou “descreve” seu estímulo. [...] Não dizemos que o estímulo intraverbal “se refere a” por todas as respostas que ele provoca, ou que uma resposta ecoica ou textual “menciona” ou “descreve” suas variáveis de controle. A única relação funcional útil se expressa na afirmação de que a presença de um dado estímulo aumenta a probabilidade de ocorrência de uma determinada forma de resposta (SKINNER, 1978, p. 80).

Skinner (1978) considera o tato o mais importante operante verbal devido o controle que o estímulo anterior exerce sobre ele, permitindo que o ouvinte compreenda algo

independentemente do modo que o falante venha a se encontrar, ou seja, sob controle de uma relação de privação ou estimulação aversiva, mas apenas tendo correspondência com o estímulo discriminativo. Quando seu reforçamento é estabelecido de forma generalizada pode ser chamado de “puro”, porém raramente ocorre.

O comportamento do falante pode ser em benefício do ouvinte já que é o estímulo descrito pelo tato não é acessível a ele de uma forma direta, logo, aumenta o contato do ouvinte com o meio que de outra forma não lhe seria disponibilizado (SKINNER, 1978). Se um paciente aderente ao tratamento relata, durante a entrevista realizada (APENDICE A), cuidados em seguir as orientações da equipe, haveria o indício de que ele estaria tateando sobre a sua realidade, da mesma forma que a entrevista com um paciente não aderente que no mesmo ponto descreve uma dieta não controlada, falta de higiene com o cateter, ou o esquecimento frequente dos horários dos medicamentos.

O tato ampliado é uma categoria verbal que demonstra o que Barros (2003, p. 79) descreve como a complexidade do comportamento verbal que “[...] é a produtividade na emissão de repertórios verbais, a emissão de comportamentos verbais novos e/ou a emissão de comportamentos verbais em circunstâncias novas, nas quais estes comportamentos não foram antes reforçados”.

As categorias do tato ampliado esclarecem o que Barros (2003) diz, como o exemplo da extensão genérica, que Skinner (1978) elucida ocorrer quando um falante nomeia um objeto com características diferenciadas, como um tipo novo de cadeira. Nesse sentido, as propriedades da cadeira são um estímulo novo e contingente, logo a resposta é reforçada. Porém, a partir deste momento o estímulo não será novo e estabelece uma classe mais ampla de estímulos.

Uma segunda categoria é a extensão metafórica, que se difere da extensão genérica por trazer novas propriedades para o controle do comportamento verbal e não vincula uma contingência respeitada pela comunidade verbal, ou seja, se diferem pelo tipo de propriedade do controle da resposta. A metáfora ocorre quando o falante traz propriedades comuns de um determinado objeto para caracterizar outro, como na frase: “Sinto uma bigorna em meu peito.”, se referindo a características do peso de uma bigorna para caracterizar um sentimento de peso ou aflição que sente no determinado momento (SKINNER, 1978).

2.2.2 Manipulação do comportamento verbal

O comportamento do falante, quando reforçado de forma generalizada, fica sob controle do meio e é caracterizado como “verdadeiro” quando o comportamento verbal ocorre de forma correspondente ao estímulo. Todavia, podem ocorrer outras formas de controle, de acordo com Skinner (1978, p. 11):

Ele pode ser afetado por variáveis emocionais que, em outra situação, mostram-se bastante irrelevantes para seu comportamento verbal. Além dessas condições momentâneas, o controle de estímulos pode ser distorcido por certas consequências especiais, proporcionadas por um ouvinte em particular ou por ouvintes em geral sob determinadas circunstâncias.

A manipulação do verbal ocorre quando o comportamento do falante é emitido sob controle de contingências aversivas, e por consequência disto: “[...] resulta em uma topografia da resposta verbal que passa a ser controlada principalmente pelas consequências a serem providas pelo ouvinte e não pelo contato com o ambiente” (SKINNER apud MEDEIROS, 2002, p. 109).

2.2.2.1 Tato distorcido

O reforço do comportamento verbal ocorre de formas variantes, dependendo da comunidade verbal em que o falante se encontra e da importância do assunto, por exemplo. Ao ser reforçado, o falante pode ser induzido a falar mais sobre o tema ou o reforço pode servir de estímulo discriminativo (SKINNER, 1978).

No caso do tato distorcido, o reforço acarreta uma distorção do controle de estímulos, de modo que o falante pode exagerar nos fatos ou até inventá-los. O comportamento é mantido pelo reforço, de forma que o ouvinte reage ao comportamento do falante e não o pune (SKINNER, 1978). O indício do tato distorcido foi investigado no trabalho ao pedir ao paciente não aderente durante a entrevista (APÊNDICE A) que ele descrevesse os cuidados tomados em seu tratamento. Se fosse presente um relato condizente ao que foi orientado pela equipe, sem expor dificuldades em segui-los, poderíamos ter como indicativo o tato distorcido em seu relato.

O controle de estímulos pode ocorrer também quando as consequências do comportamento forem importantes para o falante a medida que causa um

determinado efeito sobre o ouvinte que, via de regra, não apenas reforça o falante por emitir um comportamento verbal, mas também corresponde com uma determinada ação (SKINNER, 1978). Uma possibilidade de evidenciar a ocorrência desse fato seria a descrição de algum dos entrevistados durante o questionário (APÊNDICE A) sobre acreditar haver diferença no comportamento dos profissionais da equipe em relação a pacientes que consideram aderentes ou não. Dessa forma, o relatar ser aderente seria reforçado, pois causaria um efeito no comportamento do ouvinte, como esclarece Skinner (1978, p. 145): “Se o comportamento do ouvinte é reforçador para o falante em seu estado usual de privação ou de estimulação aversiva, o comportamento do falante será afetado”.

Skinner (1978) descreve também a punição do comportamento verbal, explicando que tal modificará o operante verbal de comportamentos já produzidos e mantidos através do reforçamento positivo. Um exemplo de punição seria uma não receptividade da equipe no momento que o paciente relata dificuldades em seu tratamento, sendo que a punição do comportamento verbal pode resultar em generalização para respostas que ocorrerão em situações semelhantes aquelas que foram punidas. Um paciente não aderente que relata, por exemplo, comportamentos de seguir as orientações do tratamento durante a entrevista (APÊNDICE A) que não terá um profissional da clínica presente, poderá demonstrar que seu comportamento está generalizado.

Outro aspecto importante é o controle de estímulo de um tato distorcido que ocorre quando a resposta é uma forma de contracontrole, de maneira que quando emitida proporciona a fuga ou a esquiva de contingências aversivas e ao uso de reforçamento arbitrário (FERSTER apud MEDEIROS, 2002, p. 111; SKINNER, 1978). Isto ocorre já que, após o falante relatar um dado comportamento, como ter frequentemente esquecido de tomar seus medicamentos para pressão ou ter comido alimentos ricos em açúcar, sendo ele diabético, em seguida é punido pelo ouvinte com cobranças e falas repreensivas como “Você não deveria ter feito isso.”, desta forma a punição incide sobre o relato, e não sobre o comportamento relatado (MEDEIROS, 2002).

Em algumas situações uma pessoa não possui o repertório comportamental necessário para emitir uma dada resposta que disponibilizará o reforço positivo, contudo, o ouvinte pode ter acesso a tais respostas através do relato do falante. Ao

controlar o relato o falante entrará em contato com o reforçamento sem emitir a resposta. Se falando, por exemplo, que as orientações são seguidas constantemente, mas que não conhece o fato das taxas estarem frequentemente elevadas, e após o relato, algum profissional der mais atenção, parabenizá-lo ou não reforçá-lo negativamente, não cobrando atitudes mais cuidadosas com o tratamento, com a distorção do tato o falante pode entrar em contato com o reforço arbitrário promovido pelo ouvinte sem que seja necessário emitir o comportamento requisitado para o reforçamento (RIBEIRO apud MEDEIROS, 2002, p. 112; SKINNER, 1978).

2.2.2.2 Autoclítico

O autoclítico é definido por Meyer e outros (2008, p. 106) como: “[...] um comportamento verbal que depende e modifica os efeitos de outro comportamento verbal. O autoclítico pode alterar a resposta do ouvinte aos operantes verbais que ele acompanha de diversas formas [...]”, por esta razão há uma atenção da análise do comportamento do discurso no uso dos autoclíticos, já que sua ocorrência lapidam os efeitos nos operantes de primeira ordem, os mandos, os tatos e intraverbais (PIMENTEL, 2009).

Ao que se refere a modificar os efeitos e respostas do ouvinte, Catania (apud MATOS, 1991, p. 7) explicita o uso de palavras, arranjos e ordenações. Pimentel (2009) acrescenta que os autoclíticos não são formados necessariamente por sentenças, nesse sentido, o tom dos profissionais ao perguntarem sobre alguns dados do tratamento podem demonstrar cobrança e não cuidado e preocupação, por exemplo. Algumas falas e perguntas poderiam expor uma reprovação da atitude, ironia ou sarcasmo, mesmo que o arranjo das palavras não demonstre. Meyer e outros (2008, p. 106) complementam que:

O comportamento verbal bruto, sem ou com poucos autoclíticos, dificilmente é emitido, uma vez que a fala seria menos inteligível. [...] a comunidade verbal reforça composições completas, com autoclíticos que ampliem as possibilidades de obter reforçamento positivo liberado pelo ouvinte das mesmas. Portanto, o autoclítico pode ser compreendido como indicador de força e circunstâncias que controlam a produção do comportamento verbal. É uma categoria de comportamento verbal que traz informações ou pistas sobre as relações de controle e elementos de força do comportamento.

2.2.2.3 Mandos disfarçados

Os mandos disfarçados possuem a mesma topografia de um tato, sendo assim, não se pode saber se é tato ou mando apenas por sua resposta emitida (KOHLENBERG; TSAI, 2006; MEDEIROS, 2002). De acordo com o que Kohlenberg e Tsai (2006, p. 63) elucidam sobre mandos disfarçados de tato:

O reforçador que é contingente aos mandos disfarçados é considerado um reforçador especial, de maneira a significar que um reforçador específico apropriado a um mando está envolvido, e não simplesmente o reforçamento secundário generalizado que é contingente aos tatos.

Tal resposta pode ocorrer já que em algumas audiências já puniram mandos diretos, e em seu lugar foi adotado o uso de mandos disfarçados. Como um paciente que já foi punido anteriormente ao pedir diretamente aos funcionários ou aos demais pacientes para ser o primeiro a entrar na sala de hemodiálise quando não foi o primeiro a chegar, falar: “Nossa, hoje eu tinha o aniversário da minha neta pela noite, mas não vou chegar a tempo porque vou sair muito tarde do tratamento e ela vai ficar tão chateada comigo.”, e desta forma, mesmo que o ouvinte não disponibilize o reforço descrito pelo falante há menos risco de ser punido já que soa como uma descrição (MEDEIROS, 2002; SKINNER, 1957).

De acordo com Medeiros (2002), pode caracterizar o mando disfarçado como disfuncional quando adquire uma frequência de emissão maior que os mandos diretos. À vista disso, os ouvintes que disponibilizavam o reforço, poderão começar a punir o comportamento.

2.2.2.4 Mandos distorcidos

Os mandos distorcidos são uma variação dos mandos disfarçados, segundo Medeiros (2002, p. 110) define: “[...] é a emissão de uma resposta verbal com o formato de mando, mas que na verdade está sob controle de outra operação estabelecida que a especificada pela topografia da resposta verbal”.

Um exemplo dado por Medeiros (2002) é o que comumente seria chamado de “segundas intenções”, como no caso de um paciente que chega e pede para a recepcionista avisar ao médico que ele já está na clínica, no entanto seu interesse não é apenas sinalizar sua presença, mas pressionar o médico já que tem esperado a receita que o mesmo disse que faria e não entregou ainda.

2.2.3 Comportamento governado por regras

Quando nos referimos a um comportamento que é controlado por regras devemos entender que a regra é um estímulo discriminativo verbal e faz parte de um conjunto de contingências de reforço (ALBUQUERQUE, 2001; BAUM, 2006). Skinner (apud SOARES; BRITTO, 2010, p. 308) pontua que as regras apresentam tanto características estruturais quanto funcionais: “Do ponto de vista estrutural regras são estímulos antecedentes verbais que descrevem contingências ou parte das contingências. Do ponto de vista funcional, uma regra funciona como estímulo discriminativo verbal”.

Baum (2006) diferencia então o comportamento controlado por regras dos comportamentos modelados pelas contingências. Quando modelado pelas contingências, é mantido pelas consequências que produz, sendo essas tais apresentadas logo após o comportamento ser emitido. Nesse aspecto, um sujeito que sente dor e logo procura um remédio, pois a consequência desse comportamento é a retirada da dor, sendo assim, um comportamento que será mantido por reforçamento negativo.

Sobre o comportamento modelado por contingências Skinner (1969, p. 281) diz:

Referimo-nos só ao comportamento modelado pelas contingências quando dizemos que um organismo se comporta de uma determinada forma com uma dada probabilidade porque o comportamento foi seguido por um determinado tipo de consequência no passado. Referimo-nos ao comportamento sob controle de estímulos especificadores de contingências anteriores quando dizemos que um organismo se comporta de uma forma determinada porque espera que uma consequência similar se siga no futuro.

Quando, porém, a nutricionista diz ao paciente que ele não deve comer carambola, pois pode ser fatal para pessoas com doença renal crônica, ela está controlando o comportamento do paciente descrevendo os eventos antecedentes, o comportamento e a consequência aversiva não seguir a regra. A exposição demonstra como se estabelece o controle por regras, já que desta maneira ocorreu por uma descrição verbal das contingências pela profissional. Além de regras dispostas em formas de instruções, como a exemplificada, podem ocorrer em outras formas, como ordens, avisos, leis e conselhos (BAUM, 2006; SKINNER, 2006).

Diversos estudos, conforme Albuquerque, Paracampo e Albuquerque (2004), propõem que seguir instruções, a medida que tem consequências estabelecidas por

reforçamento, exercem um forte controle sobre o comportamento humano. Entretanto, se as instruções fornecidas tiverem uma grande diferença entre as contingências consequentes, não necessariamente o comportamento de seguir regras será reforçado. Tais estudos são de extrema importância já que:

[...] tem contribuído tanto para o processo de aquisição de novos repertórios comportamentais quanto para o processo de generalização dos mesmos para o ambiente natural. Considerando que o uso de descrições verbais pode levar a discriminação de situações e proporcionar comportamentos mais efetivos, do modo que, identificando variáveis que controlam o comportamento espera-se promover formas de comportamentos mais adaptativas (ABREU-RODRIGUES; SANABIO-HOCK apud SOARES; BRITTO, 2010, p. 309; MEYER apud SOARES; BRITTO, 2010, p. 309).

Tendo em vista as diversas mudanças proporcionadas em determinados diagnósticos, em que se faz necessário que o paciente passe a discriminar o mundo ao seu redor de uma forma diferente, sendo assim necessário adaptar-se a uma nova condição, as regras são utilizadas pela equipe com a finalidade da aquisição de novos comportamentos a medida que as contingências são complexas e aprender através delas pode trazer um grande prejuízo à saúde do sujeito. Dessa maneira, como pontua Skinner (apud SOARES; BRITTO, 2010, p. 310): “[...] espera-se que as instruções interfiram no controle exercido por essas contingências”.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando seus objetivos mais gerais, o delineamento da pesquisa foi de enfoque explicativo-descritivo, tendo em vista que o propósito do modelo explicativo é o de “[...] identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos [...] explicar a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2008, p. 28). E com a intenção de ter um olhar diferenciado sobre o problema, e por também ter “[...] a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 27) e determinar a natureza dessa vinculação, foi estabelecido o uso do modelo de pesquisa descritivo (GIL, 2010).

O presente estudo utilizou a abordagem qualitativa que, segundo Bauer e Gaskeell (2010), evita a coleta numérica, tendo como principal referência dados através de textos, e consolida a análise por interpretação das realidades sociais, de modo que possibilita a melhora da qualidade do que se tem a proposta de delinear.

3.2 LOCAL

A investigação foi realizada por meio de pesquisa de campo, sendo estudado um único grupo, ocorrendo no local em que o fenômeno é disponível e assim, possível o acesso aos elementos para elucidar e aprofundar nos objetivos propostos, com um planejamento mais flexível (MORESI, 2003; GIL, 2008).

A pesquisa ocorreu na clínica de hemodiálise situada no Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV), gerido pela Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (Aebes), após a autorização concedida pelo Centro de Estudo e Pesquisa da instituição. Sendo este um hospital de médio porte de caráter filantrópico que contém um consultório voltado para Nefrologia, disponibilizando vinte e cinco poltronas para tratamento hemodialítico por turno, tendo realizado no ano de 2012 o total de 20.041 sessões de hemodiálise, com 99,9% custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE ESPÍRITO SANTENSE, [2013?]).

3.3 PARTICIPANTES

A amostra da população se deu por tipicidade que, conforme Gil (2008, p. 94), ocorre quando o pesquisador seleciona “[...] um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população”.

Para que fosse definida uma amostragem, na primeira etapa, ocorreu a diferenciação entre os pacientes considerados aderentes e não aderentes ao tratamento, lançando mão de aspectos de pesquisa documental com o uso das informações contidas nos prontuários. Com esse propósito, alguns profissionais do Centro de Nefrologia do HEVV, com conhecimento teórico e técnico para a interpretação de resultados dos exames, auxiliaram na análise dos prontuários disponíveis no local de pesquisa, dada a importância ao que Gil (2008, p. 147) destaca:

Essas fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas. [...] Para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno.

Posteriormente, foram indicados para a entrevista quatro pacientes considerados aderentes e quatro pacientes considerados não aderentes ao tratamento nos últimos três meses, sendo tais homens e mulheres, assegurados de sua capacidade legal, cognitiva e emocional, estando em tratamento há um ano ou mais, que não apresentavam algum tipo de precaução de contato e não encontravam-se internados.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Como forma de coleta de dados foi definida a realização de entrevistas, tendo em vista que “[...] é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano” (GIL, 2008, p. 110). A execução de entrevistas possibilita a observação de certos comportamentos públicos, como: “[...] captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas” (GIL, 2008, p. 110).

Contudo, devido a intenção de uma entrevista que visa a análise do relato dos participantes e a descrição de sua realidade, foi considerado a possibilidade do fornecimento de respostas falsas, já que o entrevistado pode ficar sob controle da presença do entrevistador e de seu comportamento, o que Gil (2008, p. 110) define como “[...] influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado”.

Sendo assim, teve-se a incumbência de priorizar o cuidado de se mostrar uma audiência não punitiva para o participante, de forma a diminuir, ou inexistir, a emissão de opiniões pessoais diante das respostas apresentadas, de modo que as respostas não fossem emitidas de formas distorcidas pela presença de um ambiente aversivo (GIL, 2008).

A coleta de dados ocorreu no mesmo local e dia em que os pacientes realizavam o tratamento hemodialítico, em um momento em que não estivessem na sala de hemodiálise, antes ou após a sessão.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada entrevista estruturada (APÊNDICE A) como instrumento de coleta de dados, estipulando assim perguntas fixas e invariáveis para todos os entrevistados, e adotando estímulos a respostas completas dos participantes, pra obtenção de maior precisão nos relatos, mas que não prejudique a padronização e realizadas de forma neutra com o objetivo, apenas, de maior descrição (GIL, 2008). Quando identificado, porém, o desinteresse do entrevistado de responder a alguma questão, vale adotar expressões indicadas por Gil (2008, p.118) como: “Entendo que este é um problema que geralmente não preocupa muito as pessoas, mas gostaria que me falasse um pouco mais a esse respeito”.

Para que houvesse uma fidedignidade entre o que foi dito e registrado, o conteúdo das entrevistas foi gravado após o consentimento do participante. Foi determinado anteriormente que os sujeitos que se negassem a terem as respostas gravadas seriam descartados como participantes, tendo em vista que a anotação das respostas não se adequaria a proposta da pesquisa, já que poderiam proporcionar a distorção ao ser reproduzida, tanto durante a coleta quanto ao seu término, assim como também interferiria na interação com o entrevistado (GIL, 2008).

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Depois das entrevistas serem transcritas e de forma que a interpretação ocorresse apenas de forma qualitativa e visando, principalmente, a compreensão do sentido que o sujeito manifesta em seu relato, e não com o foco apenas no conteúdo, foi definida, como análise dos dados e informações, a análise de discurso (AD) (CAREGNATO; MUTTI, 2006), e embasada nas bases conceituais do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner com interpretação nas concepções da Análise do Comportamento.

No primeiro momento o material foi analisado previamente a partir da leitura das transcrições realizadas. Nesse ponto, foram feitas considerações de cada caso apresentado, levantando os pontos importantes sobre as variáveis que controlam o comportamento verbal de cada sujeito entrevistado quando descrevem aspectos sobre a adesão ao tratamento.

Levando em considerações os objetivos propostos no trabalho, agrupamos os dados de acordo com as semelhanças encontradas e estabelecemos uma análise cuidadosa de forma que permitiu uma descrição mais detalhada sobre os aspectos presentes nas descrições dos participantes.

Ao longo da análise de dados fez-se importante lançar mão de alguns preceitos da Análise Comportamental do Discurso (ACD) que tem sua fundamentação nos pressupostos do discurso skinneriano acerca do comportamento verbal (BORLOTI, 2008), sustentados por três princípios que Kohlenberg e Tsai (apud BORLOTI, 2008, p. 104) sintetizaram:

- 1) a natureza contextual e histórica do conhecimento e da “realidade” que controlam o discurso, 2) a visão anti-mentalista do discurso, com enfoque nas variáveis ambientais que o controlam e 3) o foco nos comportamentos que se juntam formando um discurso.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante toda a pesquisa foi empregado os aspectos éticos de pesquisas realizadas em seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), órgão do Conselho Nacional de Saúde, estabelecidas na Resolução nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Desta maneira, foi garantido aos sujeitos: a

participação livre e esclarecida mediante a assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE B); a possibilidade de recusa na participação da entrevista e desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo; o anonimato e sigilo quanto ao uso das informações prestadas, tendo o uso dos dados exclusivamente para fins acadêmicos.

Sendo assim, para a preservação da identidade dos sujeitos entrevistados, a referência aos tais ocorrerão pela adoção de codinomes: PNA 1, PNA2, PNA 3 e PNA 4, para o grupo de não aderentes, e PA 5, PA 6, PA 7 e PA 8, para os membros do grupo de aderentes. Da mesma maneira, os nomes dos profissionais citados nas entrevistas não serão mencionados, mas referenciados pela profissão que exercem na clínica seguidos de uma numeração para diferenciá-los.

Por fim, considerando este processo e o delineamento, a pesquisa é considerada de risco mínimo, desta forma, não sujeita os participantes a riscos maiores que os encontrados cotidianamente.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Partindo da perspectiva que o comportamento verbal é um comportamento operante, baseado pela conceituação teórica da Análise do Comportamento supracitada, analisá-lo fornecerá indícios relevantes para a compreensão de suas variáveis controladoras (MEDEIROS, 2002; SKINNER, 1978).

Tendo o embasamento em tais preceitos, a proposta de identificar as variáveis que influenciam na produção do comportamento verbal manipulativo em pacientes não aderentes durante seu relato de adesão, se faz relevante na medida em que pode auxiliar na compreensão dos comportamentos e sentimentos do paciente renal crônico frente a tal contingência. A partir disso, conceber como os processos ocorrem na relação com os profissionais e dessa forma, colaborar com a melhora do controle por regras que a equipe poderia utilizar em seu manejo clínico, bem como promovendo uma melhora na eficácia das orientações ofertadas (MEDEIROS, 2002).

Ao adoecer, os pacientes vivenciam diversas mudanças nas contingências, alguns comportamentos adequados emitidos anteriormente, como se alimentar com frutas diversas e beber bastante líquido durante o dia, tornam-se comportamentos que necessitam de um maior controle pelos riscos associados a eles com o desenvolvimento da doença (ALBUQUERQUE, 2001).

Desta forma, quando orientados, a equipe fornece estímulos discriminativos verbais que tem como função a emissão da resposta adequada dos pacientes a tais mudanças de contingências estabelecidas. Neste cenário, é de se esperar que os pacientes passem a discriminar quais são os comportamentos adequados e inadequados dentro daquele contexto, bem como suas possíveis consequências (ALBUQUERQUE, 2001; BAUM, 2006; MATOS, 2001).

4.1 DISCRIMINAÇÃO DAS REGRAS

Durante as entrevistas os participantes de ambos os grupos afirmaram terem sido orientados pelos membros da equipe em algum momento de seu tratamento sobre os mais diversos aspectos dos cuidados indispensáveis. Apenas um membro do grupo de não aderentes julgava não conhecer bem:

Pra falar a verdade? Não. Ah, tenho os remédios pra tomar e não posso beber muita água e o álcool também. E não comer certas coisas que não é bom. Passaram a dieta e explicaram pra mim. **Mas acho que a gente nunca conhece tudo sobre tudo** (PNA 1, grifo nosso).

No entanto, sua fala não demonstra ficar sob controle do grau de conhecimento das orientações quando pontua a regra destacada. Devido a isso, não nos valem apenas destas definições dos participantes, mas estabelecemos um embasamento em suas descrições sobre os cuidados a que foram instruídos a seguir.

Ambos os grupos obtiveram descrições condizentes com o comportamento de adesão, citando a presença de regras restritivas na alimentação, na ingestão de líquidos, cuidados com os medicamentos, fístula e higienização, como ilustram as falas a seguir:

Ah, tem os medicamentos que tem que tomar, todos eles precisam tomar sempre e tem que pegar a receita pra pegar o medicamento que é caro, então todo mês tem a receita. A água de 600 ml no total, cada dia posso tomar isso de água e suco das bebidas, eu não posso beber álcool [...] E água e suco, refrigerante não deve tomar que faz mal pra saúde porque não é nutritivo também não, que a menina [Nutricionista 1] passou... As comidas não podem ser muito [sic], não pode ter muito sal, muito açúcar e muita gordura. E tem a lista que fala qual alimento pode comer mais e menos, porque tem alimento que tem mais potássio e tem alimento que tem mais fósforo e isso não ajuda a gente. Então, tem que comer menos esses alimentos que a nutricionista passa. A fístula, a fístula que tem que cuidar com o peso, nada de peso, nada de coisa apertada na fístula (PNA 3).

Fui orientada a tomar no máximo 500 ml de água por dia, isso inclui alimentos que também contém líquido, como frutas, por exemplo. É importante pensar nas classes dos alimentos para não comer, por exemplo, queijo e beber leite, assim é um excesso de cálcio. E da mesma forma não posso comer pedaços grandes de carne. Usar pouca gordura, pouco sal, ainda mais para quem é hipertenso. Em hipótese alguma posso comer carambola, é tóxico para o renal e seria como suicídio. O cateter era bem cuidado, sem molhar, sem sujar. Orientaram que deveria tomar banho sem molhar a região porque o cateter era porta de infecção. Quando passei para a fístula eu não deveria mais usar acessórios mais apertados ou pegar peso ou ter impactos no braço (PNA 2).

Durante as falas encontramos tanto o tato descritivo, quando se referem a um momento em que receberam a orientação, ou seja, quando o PNA 3 fala: “[...] que a menina [Nutricionista 1] passou”, ou quando o PNA 2 diz que “orientaram que eu deveria [...]”, sendo controlado por um estímulo discriminativo não verbal, e nesse aspecto, remetido a lembrança de um dado momento em que alguém esteve presente como falante em uma interação verbal. Também existente o comportamento intraverbal quando, por exemplo, o PNA 2 cita: “Em hipótese alguma posso comer carambola, é tóxico para o renal e seria como suicídio”.

A principal diferença entre o comportamento intraverbal e o tato, segundo Passos (2003) é o estímulo discriminativo: enquanto o tato é controlado pelo não verbal, o intraverbal é controlado pelo discriminativo verbal. Sendo assim, PNA 2 nunca vivenciou a consequência de comer carambola, mas discrimina os efeitos que tal comportamento teria em seu organismo, assim como o PNA 3 sob controle temático diferencia: “[...] tem alimento que tem mais potássio e tem alimento que tem mais fósforo e isso não ajuda a gente”.

Tanto as descrições sobre o seu grau de compreensão das instruções quanto os relatos das orientações a que foram expostos nos levam a concluir que os pacientes como o ouvinte das regras, e os profissionais, como falante que emite tais regras, podem ser considerados como membros de uma única comunidade verbal. Há a possibilidade de concluir que à medida que há a compreensão dos pacientes das regras dispostas, há a discriminação dos comportamentos específicos de adesão ao tratamento. Com base nisso, podemos então analisar sob controle de quais contingências descrevem seus comportamentos de aderir.

4.2 RELATO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

Segundo Arruma e Zannon (2002), a adesão tem sua ligação com as recomendações para o tratamento, no entanto, cada indivíduo tem algumas peculiaridades e as recomendações podem ser personalizadas já que os profissionais levarão em consideração tais características. Da mesma, os pacientes podem estabelecer critérios para o seguimento dessas tais, priorizando as mais adaptativas ou as que eliciam menos aversivos (ROTHERAM-BORUS et al., apud ARRUDA; ZANNON, 2002, p. 4).

Logo, para que houvesse uma melhor análise do comportamento verbal dos pacientes de ambos os grupos, foi necessário o conhecimento dos aspectos de adesão e da não adesão ao tratamento a partir da descrição da equipe multidisciplinar, que teve como base as informações dos últimos três meses contidas nos prontuários dos pacientes.

4.2.1 Verbalização sobre o tratamento e a manipulação do tato

A exposição dos membros do grupo de não aderentes sobre como consideravam seu comportamento frente às recomendações foi descritiva, demonstrando que discriminam seus comportamentos de não adesão.

Contudo, ao solicitarmos que narrassem seus comportamentos habituais, houve a manipulação do tato dos entrevistados PNA 1 e PNA 4, apresentando-se de forma distorcida e com a presença de autoclíticos. Deste modo, não apenas alteravam o efeito de sua descrição sobre o ouvinte como deixam suas falas mais “aceitáveis” (MEYER et al., 2008). Um exemplo é a exposição dos comportamentos de não adesão como eventuais: “Eu só parei de beber o álcool, eu parei mesmo. Muito difícil eu tomar um copim [sic]. No resto eu vacilo às vezes, mas não é sempre sempre não” (PNA 1) e como PNA 4 manifesta: “Às vezes a gente fica um pouco ruim em seguir umas coisas, eu faço direitinho muita coisa pra comer, mas às vezes não dá certo e eu vou e como besteira.”.

A presença do tato descritivo acontece durante o relato do PNA 2 e PNA 3, que abordam tanto aos comportamentos de adesão, como também os aspectos do comportamento de não seguimento das recomendações: “Principalmente com alguns alimentos, tenho cuidado. O volume de líquido é que eu não consigo. Eu tento nas primeiras 6 horas, fico ali psicologicamente tentando. Depois seca, parece que um copo de água não satisfaz” (PNA 2) e “Se você bota um pé de alface lá em casa eu como aquela quantidade, às vezes até fora do normal né? Não pode, eu sei que não pode. Mas acontece. Eu sou muito difícil de obedecer orientação médica Entendeu?” (PNA 3).

Com base nos relatos dos pacientes não aderentes é possível observar maior sensibilidade ao controle pelas contingências quando discorrem sobre não seguir uma determinada regra. No caso ilustrativo do entrevistado PNA 2, demonstra que no momento em que sente os eliciadores da sede, emite comportamentos que produzem reforçadores imediatos, não ficando sob controle da regra. Todavia, quando o excesso de líquido são eliciados, os pacientes emitem comportamentos variados de fuga, não bebendo mais líquido, mesmo com a presença do aversivo:

Daí a partir daquele dia eu abuso um pouquinho do líquido, com certeza, eu não consigo me manter nesses 500 ml, sou bem sincera. Às vezes eu chego até a 1L. Quando eu vejo que começa a ter aquela dor, aí eu já paro.

Posso estar com a boca seca, pedindo água, mas daí eu não bebo mais (PNA 2).

Todos os membros do grupo de aderentes enunciaram que seu comportamento frente ao tratamento é de adesão e ao relatarem os cuidados que praticam, emitem o tato descritivo, destacando em suas falas o seguimento de regras:

A fístula eu tomo maior cuidado em não pegar peso [...] A dieta eu pego e...eu moderei meu jeito de me alimentar [...] sigo os alimentos que são indicados. A quantidade de água eu bebo...não bebo normal, mas se eu trabalhar em casa com esse tempo assim, eu bebo quase um litro por dia, no calor né, eu bebo. Mas eu urino e o limite pra mim é maior que pra muitos, tem gente que não bebe nada (PA 7).

Os cuidados no caso de tomar os medicamentos? É você ter o horário correto, igual por exemplo, eu tenho o horário da manhã e o da noite né? Da manhã tenho o cuidado de me alimentar antes do medicamento. Com a alimentação, no caso eu tenho a que a nutricionista passou pra mim né? Tenho que seguir corretamente. Os líquidos bem bem reduzido [...] (PA 5).

Eu tomo café, mas não tomo muito. Eu tomo suco, mas não tomo muito, tomo metade. Água eu não sou de beber muito. Só bebo quando ando muito a pé e pego sol, daí eu bebo meio copinho. Entendeu? Porque eu sei que a alimentação também tem água [...] (PA 6).

Em tais falas podemos salientar a presença ocasional de contingências aversivas atenuantes que dificultam aspectos da adesão, como o que foi citado pelo PA 7 e PA 6: o excesso de calor e atividade física. No entanto, comportamentos precisos de não seguimento das regras não constituem a nomenclatura de não aderentes, já que apesar de “perderem o controle” em algumas situações, demonstram que emitem frequentemente comportamentos de autocontrole, manipulando contingências antecedentes e consequentes, de forma que o comportamento controlado é mais frequente (GUIMARÃES; KERBAUY, 1999).

Tal questão nos dá uma distinção entre a topografia e a função do uso de termos que sugerem comportamentos ou eventos pontuais como o “às vezes”: os pacientes do grupo de não aderentes anunciam que tais comportamentos são emitidos poucas vezes, podemos considerar o autoclítico, posto que tem a função de amenizar o impacto de sua descrição no ouvinte; de forma dissemelhante, o uso dessas expressões por pacientes aderentes podem indicar maior discricção do tato.

4.2.2 Intraverbalização das consequências da adesão

Entre os pacientes não aderentes é possível identificar o comportamento intraverbal quando os participantes PNA 1, PNA 3 e PNA 4 relatam a importância do

seguimento das prescrições da equipe. Alguns encadeamentos podem ser realçados, como quando PNA 4 diz: “É importante, porque vai fazer bem a gente. Se a gente não seguir direitinho a gente vai passar mal e a gente pode morrer também. A gente tem que querer isso, o melhor pra gente e fazer tudo direitinho”. Ao decorrer da entrevista, sinaliza a emissão de falas de profissionais que condizem com o trecho anterior, dessa maneira, quando aborda no primeiro momento sobre o tópico “ficar bem”: “[...] elas falam que é importante pra gente ficar bem né?” (PNA 4); e o segundo trecho o comportamento de seguir regras como algo inerente a vontade do sujeito: “[...] porque elas vão falar disso no meu ouvido de comer porcaria “Você não quer ficar bem não?”(PNA 4).

Nesse sentido, ao decorrer da entrevista algumas falas que surgem como tato descritivo do paciente sobre como ele discrimina suas atitudes frente ao tratamento aparecem de forma semelhante aos discursos de profissionais emitidos em algum momento de sua interação, como também ilustrado pela fala do PNA 3: “Daí no dia seguinte chega [o Doutor 1] logo cedo e falou “Pois é, você fica querendo saber mais do que médico, amanhã ou depois vou ter que cortar essa perna sua lá na coxa.”, e consecutivamente, com a topografia de tato relata: “Mas eu sei que é errado, de uma hora pra outra essas coisas podem complicar e eu posso perder a perna perder tudo, perder a vida né?”.

Outros trechos demonstram o controle de um discriminativo verbal sobre o relato: “O doutor aí chegou assim “Ó, você não abusa não que você foi um milagre hein [...]”, e posteriormente anuncia: “Às vezes eu abuso um pouco da minha fé, da minha confiança” (PNA 3), demonstrando que a análise sobre o comportamento abusar da fé está sob controle do verbal do médico que o acompanhou em um determinado momento.

Quando os pacientes não engajados ao tratamento, ou em aspectos do tratamento, relatam os efeitos negativos da não adesão em sua saúde ou a importância do seguimento de algumas regras, podemos considerar a presença do comportamento intraverbal, dado que não estão sob controle do comportamento, mas da descrição de um profissional.

Quando PNA 1 narra a importância das regras é pouco descritivo sobre as consequências do comportamento de aderir: “Uma alimentação mais rigorosa melhoraria pra gente mesmo, né? Porque não tem rim, não joga pra fora, não sei.

Melhoraria sim, se seguisse mais a risca, mais rigoroso. Eu me sentiria melhor, ficaria bem”.

De maneira distinta, o paciente não aderente PNA 2, esclarece a relevância dos cuidados e articula com os reforçadores do comportamento, constatando discriminar no ambiente e os efeitos do não seguir as recomendações, sendo assim, emitindo o tato descritivo:

Primeiro não passar mal, não ter uma taquicardia, não ter perda [...] da coordenação motora, sem contar também com o...até mesmo ficar sem poder respirar, né? Eu via pacientes aqui passando mal, eu nunca tive esse problema, a única vez que eu tive uma...mal, foi quando eu procurei a nutricionista, foi com relação a frutas. Que eu comi uma salada de fruta e eu tive um volume maior de potássio e não cheguei a ficar...eu fiquei trêmula, aí foi que eu fui encaminhada pra nutricionista (PNA 2).

Nesse aspecto, se assemelha aos pacientes aderentes que relacionam os benefícios da adesão com aspectos reforçadores consequentes ao tratamento de qualidade vivenciado por eles. “A gente não passa mal, a gente não se sente inchada nem gorda, o cabelo não cai. Tendeu? Fica tudo organizamente [sic] e a gente passa bem na hemodiálise” (PA 6), dessa forma, pontua a diminuição de aversivos causado pelo diagnóstico, assim como PA 5 aborda o prolongamento da vida como consequência e melhora na qualidade de vida, descrito pelo PA 8:

A importância de seguir esses cuidados é que você pode prolongar mais a sua vida enquanto você está na fila de espera do transplante né. Que a pessoa tendo o cuidado de tomar seu medicamento correto, tomando cuidado de se alimentar corretamente. A sua vida é normal praticamente. (PA 5)

Ah importância é o que eu falo sempre para os meus colegas. É, eu venho aqui pra melhorar a minha qualidade de vida. Isso influência principalmente naquilo que eu uso em casa nos termos de alimentação, no termo de líquido, nas orientações que são passadas. Se não fazer isso não faz sentido eu vir aqui né? (PA 8)

Ao refletirmos as diferenças dos operantes verbais encontrados nas falas dos participantes, podemos considerar o controle da audiência no comportamento da verbalização sobre os temas específicos ao tratamento. Nesse aspecto, faz-se indispensável contemplar as variáveis ambientais controladoras e a função do comportamento verbal e não apenas a topografia presente.

4.3 A EQUIPE COMO ESTÍMULO DISCRIMINATIVO

“Diferentes audiências controlam diferentes repertórios verbais” (PASSOS, 2003, p. 206), logo, a compreensão de como se dá o comportamento verbal do paciente

hemodialítico não aderente sobre sua adesão só é possível ao considerarmos a audiência com o ambiente e assim, o estímulo discriminativo do dado comportamento.

Ao decorrer da pesquisa todos os pacientes não aderentes confirmaram ter consciência que a equipe conhecia o seu grau de seguimento das regras dispostas. No entanto, entre os entrevistados de ambos os grupos, apenas quatro frisaram a presença dos exames e o conhecimento que as taxas encontravam-se acima ou não do recomendado a partir da elucidação dos profissionais; outros pacientes justificaram o comportamento da equipe como fator dessa diferenciação entre aderente e não aderente.

Os pacientes aderentes PA 6 e PA 8 afirmaram não discernir o que a equipe pensa de seus comportamentos, como exemplificado: “Não eu, eu tenho pouca orientação médica daqui. Eu até já reclamei que meu médico não...Ele não orienta certo assim, do jeito, por exemplo, chega um exame e fica pra ele, ele não fala” (PA 8). Demonstrando haver uma múltipla forma de agir e orientá-los sobre o tratamento, tendo em vista esse ponto, outros relatos demonstraram-se importantes para identificar a relação equipe e paciente.

PNA 2 e PNA 4, do grupo de não aderentes, destacam que muitas das orientações realizadas não ocorrem de forma esclarecedora, mas que são presentes comentários frequentes que demonstram uma opinião de reprovação: “Às vezes comentam, “Você chegou um pouco demais, acima do peso”. “Ah, bebeu a caixa d’água toda”. Tendeu? “Cuidado pra não afogar”, já ouvi essa expressão“(PNA 2).

A ilustração a partir da fala do PNA 3 faz considerações sobre as intervenções de diferentes médicos:

[O Doutor 1] sempre me acolheu [...] só fala assim ó “Você cuidado!”, nunca me proibiu de nada. [...] O [Doutor 2] [...] sentava com a gente no corredor e falava baixinho com a gente “Ó, sua situação está assim, assim. Você toma cuidado. Próximo mês, próximo exame, vê se você melhora.” Era o papo dele conosco. Esses outros aí não faz [sic] isso. Eles chegam aqui, pegam os exames aqui e jogam os exames aqui na gente. Jogam assim e falam assim “Ah cuidado hein? Ah, cuidado! Tá com pé na cova.” Fazem assim.

Um dia o [Doutor 3] chegou ali, chamou os enfermeiros e eu tava ali: “Enfermeira vem cá, qual é o dia que vocês querem que o [PNA 3] morra [sic]?”. E as enfermeiras falaram assim “Doutor, é melhor ele morrer no domingo, no domingo não tem ninguém aqui e a gente vai no enterro dele.” Daí ele virou pra mim e falou “Pois é, então você procura morrer no domingo, porque aí todo mundo vai no seu enterro, até eu vou também.”

As atitudes narradas evidenciam a possibilidade tanto de um ambiente acolhedor, que visa o esclarecimento dos comportamentos inadequados e emite mandos diversos alertando sobre as consequências de uma dada atitude, quanto de um ambiente punitivo, que coloca a consequência de um comportamento de forma coercitiva. A conduta da equipe é uma consequência do comportamento de não aderir, no entanto é um antecedente do comportamento de relatar seus hábitos.

Todavia, nos relatos dos participantes aderentes foram apontadas, exclusivamente, formas de interações em que há a possibilidade de tirar suas dúvidas, não citando presença repreensões na fala com os profissionais:

Geralmente chama o paciente e conversa com ele né? “O resultado do seu exame esse mês mostrou que seu fósforo está alto”, por exemplo, “E pode ocasionar...” aí ele vai explicar o que pode acontecer com o paciente, quando o problema é nutricional o próprio médico encaminha diretamente para a nutricionista e faz um acompanhamento dos próximos exames pra ver se a pessoa está realmente seguindo o que foi orientado (PA 8).

Da mesma maneira, o PA 5 descreve: “Você tá se cuidando? Não tá não? Ah, se cuida! Faça isso assim e assim.” Entendeu? Foi de forma educada, educada sem [...] nada pra poder deixar a pessoa constrangida”, descrevendo assim o comportamento do profissional e a consequência dessa determinada forma de intervir, possibilitando que o paciente fique mais a vontade na relação e ao tirar suas dúvidas.

Além disso, não ocorreu em nenhum momento pontuações de comportamentos reforçadores da equipe quando levado em consideração atitudes adequadas de ambos os grupos. Mas, PNA 1, PNA 4, PA 7 e PA 8 retratam uma maior emissão de mandos direcionados aos pacientes não aderentes, nem sempre abordados de forma descritiva, ou seja, em modelo de orientação, mas em muitos momentos emitidos de forma punitiva e aversiva:

Diferença de deixar entrar primeiro na sala ou coisa assim não tem não, mas de falar com a gente eu acho que tem. Ah acho, mas só nessas coisas de ficar falando e falando com a gente de mal jeito. Ficam falando com a gente muito quando as coisas não estão certas (PA 4).

É eu vejo que tem colega que exagera, eu não, eu sou uma pessoa que não bebo e não fumo então como eu não tenho esses hábitos assim a cobrança é menos né? São mais cobrados. “Ó, bebe menos. Toma cuidado!”. Eles sempre comentam né, colega que exagera assim eles comenta [sic] (PA 7).

Nesse sentido, podemos destacar que em alguns momentos não são solicitados a falar sobre suas dificuldades, mas que o mediador entre o paciente e o médico, ou o profissional, é o exame realizado. Sendo assim, são punidos mediante a leitura de

um dado, sem que a orientação seja especificamente sobre sua necessidade e não são pontuadas de maneira clara as consequências de um dado comportamento em sua saúde.

4.4 FUNÇÃO DO RELATO DE ADERIR

Segundo Baum (2006), duas noções diferenciam as concepções atreladas à ideia de linguagem e fala do conceito skinneriano de comportamento verbal: a primeira é a definição por sua funcionalidade e a segunda, por serem sujeitas a um controle de estímulos. Sendo assim, a presença do controle aversivo, dispondo de regras e proibições generalizadas podem atrapalhar a relação a ponto do paciente privar os profissionais de informações essenciais (MEDEIROS, 2002).

Tanto os pacientes não aderentes PNA 2, PNA 3 e PNA 4 retratam não se sentirem a vontade com a forma que a equipe conduz as orientações, citam que sentem-se expostos frente aos comentários emitidos pelos profissionais, como demonstram as falas: “Os comentários, acho um desrespeito. Não gosto, não me sinto bem. Mas não fico quieta em relação a isso e sempre dou uma resposta também, não é certo falar dessa forma. Sinto falta das orientações diretas, os comentários não acrescentam” (PNA 2) e, como descreveu PNA 4, presente o sentimento de vergonha ao ser abordada por alguns membros da equipe: “A gente passa tempo aqui mas tem hora que eu fico com pouco de...tímida de vergonha de falar quando eu não consigo, né?” (PNA 4)

Contudo, apenas PNA 3 e PNA 4 descrevem que em alguns momentos, na relação com os profissionais, omitem relatar seus comportamentos de não adesão:

Assim...eu não faço muito coisa errada não, daí elas perguntam eu falo que não faço. Às vezes até falo que faço. [...] Tem vez que a gente nem quer conversa né? Quer falar nada porque a gente sabe que vai levar bronca, que vão falar “É isso e isso” e não querem nem saber (PNA 4).

Ham...não. Às vezes, até da equipe eu prefiro até esconder. Pra que...pra não levar aí um pito, um pra trás. [...] É porque é chato você levar um pra trás na frente dos outros né? Eu...eu...eu tenho pavor disso. Se me chamasse no particular [...] (PNA 3).

Desta forma, exemplificam como o aversivo não pune o comportamento errado, mas pune o ato de se relatar o comportamento, o que evoca o manipulativo dos tipos tato distorcido e intraverbal como forma de esquiva da punição consequente. Também

demonstra um importante controle de contingências, à medida que, como comportamento operante, é mantido pelo reforço do ouvinte (SKINNER, 1978).

Distintamente, PNA 1 se posiciona retratando que descrever seus comportamentos de não adesão é uma forma de se esquivar de punições, já que a equipe tem conhecimento de suas atitudes tendo como base os exames. No entanto, PNA 2 e PNA 4, assim como os pacientes aderentes, demonstram discriminar que em alguns momentos faz-se necessário uma melhor descrição para a equipe:

Não sou igual a paciente que chegava aqui sem respirar quase todo o dia e perguntavam se ela tava bebendo muita água e ela jurava que não, dizia que não bebia de jeito algum. Eu falava que tinha uma goteira em cima da cama dela e ela não tava sabendo, mas todo mundo sabia o que era. Falar me faz mais saudável, eles podem cuidar melhor de mim quando falo (PNA 2).

Se eu tiver passando mal tem que falar sim, pro médico tem que falar a verdade direitinho, mas tem dia que é só pra ninguém falar nada mesmo não. "Ah fiz nada não", que corta o assunto [...] Mas se tiver passando mal e não falar a gente pode piorar tudo (PNA 4).

Não, essa parte de saúde aqui não. Aqui tem que ter um livro aberto né? A gente tem que ser transparente né? A nossa vida que tá aqui dentro...Se não tiver transparência vai piorar mais ainda a situação, a nossa própria situação no caso (PA 5).

Podemos assim pontuar que o relato pode influenciar na conduta estabelecida pelo profissional no tratamento, portanto, a descrição dos pacientes aderentes ficam sob controle dos reforçadores que o ouvinte irá proporcionar e não demonstram ficar, como os pacientes não aderentes, sob controle de antecedentes aversivos emitidos pela equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados e a discussão dos dados obtidos, é possível concluir que a pesquisa alcançou os objetivos propostos, tendo em vista a realização do levantamento das variáveis controladoras do relato dos pacientes não aderentes sobre a adesão.

Pode-se observar no seguinte estudo a presença do tato distorcido, o uso do intraverbal e de autoclíticos na descrição dos participantes quando abordam os comportamentos habituais vinculados ao tratamento e ao narrarem os benefícios do seguimento das regras a que foram orientados pela equipe.

Como já evidenciado por Willig, Lenardt e Threntini (2006) a interação entre a equipe e o paciente podem se estabelecer de múltiplas formas. Contudo, identificamos que muitas vezes o relato do paciente não aderente fica sob controle de contingências aversivas, uma vez que ocorrem formas de punições após a leitura dos exames. Logo, para o paciente, a conduta da equipe é uma consequência de não aderir e um antecedente do comportamento de relatar seus hábitos.

Dessa forma, foi apontada a emissão da manipulação dos operantes verbais como fuga e esquiva de punições estabelecidas, demonstrando o controle pela audiência e pelas consequências que por ela podem ser emitidas. Tal evidência exemplifica como o aversivo não pune o comportamento, mas o ato de relatar (SKINNER, 1978).

A ausência de reforçadores manifestados pela equipe também deve ser pontuada, dado que identificamos através dos relatos que os comportamentos adequados não são realçados. Para isso, algumas possibilidades são os reforçadores naturais, como o sorriso, a demonstração de agrado e satisfação pelo desempenho; a pontuação de comportamentos adequados através da fala da equipe seguidos da descrição das consequências desses tais no tratamento, como a realização de uma diálise melhor e diminuição de inchaços e aversivos ocasionados pela não adesão.

A relação de confiança é outra forma de conduta reforçadora, pontuada por Willig, Lenardt e Threntini (2006) como uma das influencias na adesão à terapia renal substitutiva. Essa relação seria consequência de uma série de comportamentos que caracterizam a equipe como uma escuta não punitiva e acolhedora: ouvindo o

paciente, suas dúvidas e concepções antes de realizar as recomendações; ser sensível aos sentimentos e também às dificuldades que o mesmo apresenta.

Na interação, é necessário também considerar o paciente como audiência, já que são estabelecidas diversas regras devido as mudanças ocasionadas a partir do adoecimento. O manejo da conduta pode se diferir de algumas encontradas na pesquisa, sendo mais que uma formulação de mandos, mas estabelecendo o esclarecimento de regras claras e pontuações sobre as consequências do comportamento de forma não coercitiva.

Portanto, de modo equivalente ao reforçamento de um comportamento adequado, descrever as consequências do inadequado poderá deixar o paciente mais sensível às regras, sempre atentando como tais descrições estão sendo ou não eficazes no controle do comportamento dos pacientes. Como descrito por Albuquerque, Paracampo e Albuquerque (2004), seguir as instruções, a medida que tem consequências estabelecidas por reforçamento, exercem um forte controle sobre o comportamento humano.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Luis Carlos de. Definições de regras. In: GUILHARDI, Hélio José et al. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001. p. 132-140.

ALBUQUERQUE, Niele Márcia Amaral de; PARACAMPO, Carla Cristina Paiva; ALBUQUERQUE, Luiz Carlos de. Análise do papel de variáveis sociais e de conseqüências programadas no seguimento de instruções. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2014

AMARAL, Vera Lucia Adami Raposo do. Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues. **Comportamento e saúde**: explorando alternativas. Santo André, SP: ARBytes, 1999. p. 3-10.

ANDERY, Maria Amalia Pie Abib. Notas para uma revisão sobre o comportamento verbal. In: GUILHARDI, Hélio Jose et al. (Org.). **Sobre o comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001. p. 372-386.

ARRUDA; Paula Madsen; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. In: ZANNON, Célia Maria Lana da Costa (Org.). **Tecnologia Comportamental em Saúde**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2002.

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE ESPÍRITO SANTENSE. **Relatório de atividades 2012**. Vila Velha, [2013?]. Disponível em: <http://www.evangelicovv.com.br/relatorio/HEVV_Relatorio_2012.pdf> Acesso em: 18 abr. 2014.

BAGATTOLI, Ronnie M. et al. Estudo de adesão ao tratamento do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2014

BARBOSA, Dulce Aparecida et al. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2014.

BARROS, Romariz da Silva. Uma introdução ao comportamento verbal. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2014.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs). **Pesquisa qualitativa, com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BAUM, Willian M. **Compreendendo o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo. **Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados**. 2003. 139f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000313817>>. Acesso: 18 set. 2014.

BORLOTI, Elizeu et al. Análise comportamental do discurso: fundamentos e método. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRUSCATO, Wilze Laura et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida (Orgs.) **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 33-41.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2014.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso contra análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400017&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 abr. 2014.

CESARINO, Claudia Bernardi; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html> Acesso em: 20 abr. 2014.

CÓRDOVA, Lucas Ferraz. Comportamento verbal: alguns conceitos e implicações. In: CILLO, Eduardo Neves P. de; SANTOS, Maxleila M. **Ciência do**

Comportamento: conhecer e avançar. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2007. p. 123-138.

CÓRDOVA, Lucas Ferraz; MEDEIROS, Carlos Augusto de. Diferenciação entre a noção de significado pelo uso e a baseada em relações de equivalência: Visões comportamentais de significação. In: BRANDÃO, Maria Zilah da Silva et al. (Org.). **Sobre o Comportamento e Cognição:** A história e os avanços. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2003. p. 170-178.

FAÉ, Adelaine Baptisti et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 de abr. 2014.

FERREIRA, Silvana Margarida Benevides; SILVA, Ageo Mário Cândido da; BOTELHO, Clóvis. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 31, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2014.

FREITAS, Paula Pereira Werneck de; COSMO, Mayla. Atuação do psicólogo em hemodiálise. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUILHARDI, Hélio José. **Algumas diretrizes para melhor ação terapêutica**. Campinas, s.d. Disponível em: <http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/algumas_diretrizes.pdf> Acesso em: 31 out. 2014.

GUIMARÃES, Suely Sales. Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (Org.). **Comportamento e saúde:** explorando alternativas. Santo André, SP: ARBytes, 1999. p. 20- 45.

GUIMARÃES, Suely Sales, KERBAUY, Rachel Rodrigues. Autocontrole e adesão ao tratamento em diabéticos, cardíacos e hipertensos. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (Org.). **Comportamento e saúde:** explorando alternativas. Santo André, SP: ARBytes, 1999. p. 149-160.

GUSMÃO, Josialne Lima; JUNIOR MION, Décio. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23- 25, 2006. Disponível em: <http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos_decio/Adesao_ao_tratamento_www-deciomion-com-br.pdf> Acesso em: 07 abr. 2014.

HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO. **Orientações dietéticas gerais para o paciente renal crônico**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.samaritano.org.br/pt-br/informacoes-ao-cliente/publicacoes/foldersdesaude/Documents/orientacoes_dieteticas_paciente_renal.pdf> Acesso em: 13 out. 2014.

JACOBOWSKI, Joeci Aparecida Duarte; BORELLA, Rejane; LAUTERT, Liana. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4568/2495>>. Acesso em: 06 set. 2014.

KOHLBERG, Robert J; TSAI, Mavis. Suplementação: aumentando a capacidade do terapeuta para identificar comportamento clinicamente relevantes. In: _____. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Trad.Org. Rachel Rodrigues Kerbauy; Santo André, SP: Esetec, 2006. p. 52-74.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2014.

LIMA, Antônio Fernandes Costa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2014.

MADEIRO, Antônio Cláudio et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2014.

MALDANER, Cláudia Redina et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>> Acesso em: 06 abr. 2014.

MALERBI, Fani E. K. Adesão ao tratamento. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (Org.). **Sobre o Comportamento e Cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2000. p. 148-255.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2014.

MATOS, Maria Amélia. As categorias formais de comportamento verbal em Skinner. In: MATOS, Maria Amélia et al. (Orgs.). **Anais da XXI Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991. Disponível em: <http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/outros/as_categorias_formais_de_comportamento_verbal.PDF>. Acesso em: 04 maio 2014.

_____. Comportamento governado por regras. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 3, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa. Da doença renal ao renal crônico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312000000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2014.

MEDEIROS, Carlos Augusto de. Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, dez. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 abr. 2014.

MEYER, Sonia Beatriz et al. Subsídios da obra “Comportamento Verbal” de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2014.

MONTEIRO, Maria Eliza de Siqueira. Adesão ao tratamento psiquiátrico de pacientes portadores de transtornos de ansiedade. In: BRANDÃO, Maria Zilah da Silva et al (Org.). **Sobre o Comportamento e a Cognição: clínica, pesquisa e aplicação**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2003. p. 422- 434.

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa**. 2003. 108 f. Monografia (Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação) –Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2014.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Sobre insuficiência renal crônica: guia para pacientes e familiares**. Nova Iorque, 2007. Disponível em: <<http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50->

1201_KAI_PatBro_AboutCKD_Pharmenet_Portuguese_Nov08.pdf> Acesso em: 03 abr. 2014.

NICO, Yara Claro. O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B. F. Skinner. In: GUILHARDI, Hélio Jose et al. (Org.). **Sobre o comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001. p. 62-70

OIGMAN, Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n. 2, p. 30- 34, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/08-metodos-de-avaliacao.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Doença renal crônica afeta um em cada dez adultos em todo o mundo, diz novo estudo da OMS**. [S.l.], 2014. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/doenca-renal-cronica-afeta-um-em-cada-dez-adultos-em-todo-o-mundo-diz-novo-estudo-da-oms/>> Acesso em: 15 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. [S.l.], 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf> Acesso em: 05 abr. 2014.

PASSOS, Maria de Lourdes Rodrigues da Fonseca. A análise funcional do comportamento verbal em Verbal Behavior (1957) de B. F. Skinner. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2014.

PERES, Luis Alberto Batista et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2014.

PIMENTEL, Felipe Carvalho. **Bem ditos e mal ditos em debates religiosos**: uma análise funcional da auto-edição do comportamento verbal. 2009.155f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

PRESTES, Francine Cassol et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2014.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2014.

RODRIGUES, Tatiana Aparecida; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2014.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2014.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet, Londres**, v.4, p. 61-74, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 3, set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes.

Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SIVIERO, Pamila; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento.

Doença Renal Crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. 17 p.: il. - (Texto para discussão; 467). Disponível em:

<<http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/pesquisas/td/TD%20467.pdf>> Acesso em: 11 set. 2014.

SOARES, Eunice Margarida; BRITTO, Ilma A. Goulart de Souza. Efeitos do comportamento governado por regras na prática clínica. In: GARCIA, Marcos Roberto et al. (Org.). **Sobre o Comportamento e Cognição**: análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2010. p. 308-315

SKINNER, Burrhus Frederic. Uma análise operante da resolução de problemas. In: _____. **Contingencies of Reinforcement**: a theoretical analysis. Trad. Rachel Moreno. Nova Jersey: Prentice-Hall Inc., 1969. p. 271-300.

_____. **Comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978. Disponível em: <[http://isac.psc.br/wp-content/uploads/skinner/Skinner_\(1957\)_Comportamento_Verbal.pdf](http://isac.psc.br/wp-content/uploads/skinner/Skinner_(1957)_Comportamento_Verbal.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2014.

_____. Autocontrole. In: _____. **Ciência e comportamento humano**. 13. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 249-264

_____. O comportamento verbal. In: _____. **Sobre o behaviorismo**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. p. 79-90.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise SBN 2012**. São Paulo, [2013?]. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>> Acesso em: 03 abr. 2014.

THOMAS, Caroline Venzon; ALCHIERI, João Carlos. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2014.

TOMANARI, Gerson Yukio et al. Pesquisando ao ensinar: prática no laboratório didático analisa o comportamento verbal sob contingências de reforçamento positivo e negativo. **Estudo de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2014.

WILLIG, Mariluci Hautsch; LENARDT, Maria Helena; TRENTINI, Mercedes. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2014.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com pacientes

Nome:

Idade:

Grau de escolaridade:

Tempo de tratamento:

Indicado como: () aderente () não aderente

- 1- Você é/foi orientado sobre os horários de tomar medicamentos, sobre a quantidade de líquidos que pode ingerir, sobre os cuidados com a alimentação e com o cateter/fístula?
- 2- Acredita que conhece bem os cuidados que deve tomar em seu tratamento? Poderia relatar alguns cuidados que foi orientado a ter?
- 3- Qual a importância em seguir as recomendações?
- 4- Considera que é um paciente que segue as orientações médicas, nutricionais e as orientações dadas pelas enfermeiras?
- 5- Poderia narrar para mim os cuidados que você toma com os medicamentos, líquidos, alimentação e com a fístula?
- 6- Tem alguma dificuldade em seguir as orientações? Quais são essas dificuldades?
- 7- Acha que a equipe (enfermeiras, técnicas, médicos e nutricionista) considera você um paciente que segue as orientações de seu tratamento? Por quê?
- 8- Alguma vez alguém da equipe conversou com você sobre seu tratamento sugerindo que você não seguia as orientações?
- 9- Se sim: como foi essa conversa e como foi abordado o tema? Como você sentiu com essa conversa?
- 10- Como considera a receptividade da equipe na conversa sobre o tratamento, orientações e suas dificuldades? Consegue falar sobre suas dificuldades? O que costuma sentir nessa interação?
- 11- Considera que existe algum tipo de cobrança em relação aos cuidados? Como isso ocorre? Como você se sente quando há essa cobrança?

12- Você acha que há uma diferença da relação da equipe com os pacientes que seguem suas orientações e os que não seguem as orientações? Por que você acha isso?

13- Alguma vez você já mentiu para a equipe sobre coisas que você não segue de suas orientações? Qual foi a reação do profissional após isso?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA:

Comportamento verbal de pacientes não aderentes ao tratamento hemodialítico.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Msc. Felipe de Carvalho Pimentel

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

A razão desta pesquisa fundamenta-se no fato de proporcionar conhecimento sobre como ocorrem as orientações, intervenções e diálogos entre os profissionais da equipe multidisciplinar da clínica de hemodiálise e os pacientes hemodialíticos. A partir desses objetivos, serão realizadas perguntas estruturadas e gravadas mediante a autorização do voluntário.

Sendo possíveis voluntários para a pesquisa: pacientes renais crônicos que realizam o tratamento hemodialítico, homens e mulheres, assegurados de sua capacidade legal, cognitiva e emocional, estando em tratamento há um ano ou mais, com conhecimento sobre aspectos da adesão.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e científicos. Temos a intenção de propor possibilidades diferentes de intervenções e orientações sobre o tratamento, com o objetivo de facilitar a interação equipe e paciente e promover saúde.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa.

Basta procurar o pesquisador, Felipe de Carvalho Pimentel, no Endereço: Avenida Vitória, nº 950, Forte de São João, Vitória, Espírito Santo. Telefone: 3331-8641.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO

Eu, _____
portador da Carteira de identidade nº _____
expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito

da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

Vila Velha, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante Voluntário

Impressão
Dactiloscópica

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data