

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Rafael Silva Martins Silveira**

**CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA O MONITORAMENTO DE PACIENTES**  
**COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO**  
**COMPORTAMENTO**

**SÃO PAULO**

**2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC-SP**

**Rafael Silva Martins Silveira**

**CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA O MONITORAMENTO DE PACIENTES  
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO  
COMPORTAMENTO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Eliza Mazzilli Pereira.

**SÃO PAULO**

**2015**

Banca Examinadora

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processo de fotocópia ou eletrônico.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de Julho de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

*"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna."*

Skinner

## **Agradecimentos**

Sou profundamente grato a todos que acreditaram, permitiram e colaboraram com a construção dessa dissertação.

Agradeço aos enfermeiros participantes dos treinos pela dedicação, compromisso e multiplicação dos preceitos trabalhados. Sem vocês nada seria possível. Transmito minha grande admiração por cada um, pessoas incríveis e exímios instrutores de saúde.

Muito obrigado aos professores do Programa de Psicologia Experimental por compartilharem o conhecimento, experiências da Análise do Comportamento e por se mostrarem sempre abertos para contribuir com o que fosse necessário. Meu muito obrigado à professora Fani e à professora Ana Lúcia pela disponibilidade em participar das bancas e pelo cuidado em indicar aspectos fundamentais para o aperfeiçoamento do trabalho.

À Mare, professora querida, modelo de educadora. Meu eterno agradecimento pelas trocas, paciência, respeito, tolerância ao meu ritmo, ensinamentos, por ter se aventurado nessa construção e aperfeiçoado cada linha redigida, cada palavra escrita. Tornou-me um experimentador e uma pessoa melhor. Muito obrigado.

Meus amigos analistas do comportamento, busquei aprender com todas as palavras que emitiram ao longo da nossa trajetória. São exímios pesquisadores e pessoas maravilhosas. Enriquecem-me em cada troca, em suas posições defendidas e nas críticas que tecem sobre o conhecimento que adquirimos. Cristina, Giovanna, Isa, Marcos, Lillian, Lu, Pati, Paulo, muito obrigado. E Renan Nobre, que se dedicou para me ajudar em uma tarefa árdua sempre com muita seriedade, responsabilidade e crítica. Muito obrigado.

Ao Dr. Sérgio e Mahiti pela abertura, ensinamentos e por acreditarem na inovação. Gestores únicos, tutores, aprendo em cada momento ao lado de vocês. Reitero minha gratidão pela amizade longínqua e pela mais sincera relação.

Aos Supervisores, Líderes e amigos da empresa que permitiu um encontro entre a teoria e prática: Andreia, Marta, Valéria, Fernanda, Flávia, Suelaine, Nélio, entre tantos outros. Cada um contribuiu de forma singular para a construção do trabalho e, mais, acreditaram nas mudanças sugeridas. Teremos ainda um longo caminho pela frente e não tenho dúvidas de que será

prazeroso, pois estaremos ao lado um do outro. Muito obrigado à Kátia e Isabel pela amizade e torcida nessa construção. À Bruna, muito obrigado por guardar um tempo precioso das suas atividades para me auxiliar com os materiais e conhecimentos sobre o processo de monitoramento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. E Maxwell, sempre em busca de soluções, criativo e detentor de habilidades únicas, seu domínio sobre os processos em saúde, sua visão detalhada e embates contribuíram diretamente para nossas realizações. Com certeza esse é um mestrado de todos.

Aos meus pais, sogro, irmãs e cunhados, sempre pacientes e torcendo para o melhor. Me deram o apoio e a segurança necessárias que possibilitaram a dedicação para o mestrado.

E, por fim, à minha maravilhosa e amorosa esposa, Audrey Kiyohara, que me presenteou com o que há de mais especial no mundo, minha filha Diana Kiyohara. Renunciou de muito para que eu chegasse até aqui, principalmente o tempo do estar junto, e cuidou como ninguém. Sou muito melhor ao seu lado.

## SUMÁRIO

Introdução.....	1
Doenças crônicas não transmissíveis e o impacto na saúde da população brasileira.....	1
Telemedicina e sua prática no Brasil.....	3
A pesquisa em Análise do Comportamento Aplicada com enfermeiros e na telemedicina.....	7
Análise do Comportamento em programas de educação e saúde.....	11
Objetivos.....	13
Objetivo Geral.....	13
Objetivos específicos.....	13
Método.....	15
Participantes.....	15
Local.....	16
Quantidade e período de sessões.....	17
Materiais e equipamentos.....	18
Procedimento.....	18
Etapas do treinamento.....	18
<i>Etapa 1: Seleção dos comportamentos alvo</i> .....	18
<i>Etapa 2: Contextualizando toda a equipe</i> .....	21
<i>Etapa 3: Apresentação da estrutura do treinamento</i> .....	22
<i>Etapa 4: Pré-treino</i> .....	22
<i>Etapa 5: Apresentação do material de apoio</i> .....	22

<i>Etapa 6: Treinamento em grupo</i> .....	23
<i>Etapa7: Treinos individuais</i> .....	24
<i>Primeiro treino individual</i> .....	24
<i>Segundo treino individual</i> .....	27
<i>Terceiro treino individual</i> .....	28
<i>Quarto treino individual</i> .....	31
<i>Quinto treino individual</i> .....	31
<i>Follow up</i> .....	32
Procedimento de tabulação e análise dos dados.....	32
Cálculo de concordância entre observadores.....	43
Resultados e discussão.....	44
Conclusões.....	71
Referências.....	73
Apêndices.....	77
Apêndice A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional.....	80
Apêndice C Folha de registro dos comportamentos nos monitoramentos.....	82
Apêndice D Modelo de registro das informações em sistema.....	83

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Fluxograma relacionado ao primeiro treino individual.....	26
<i>Figura 2:</i> Fluxograma relacionado ao segundo treino individual.....	28
<i>Figura 3:</i> Fluxograma relacionado ao terceiro treino individual.....	30
<i>Figura 4:</i> Resultados dos seis participantes relacionados à apresentação do objetivo do programa para o paciente no início do monitoramento.....	48
<i>Figura 5:</i> Resultados dos seis participantes relacionados à verbalização perguntar para o paciente no início do contato ou após a investigação epidemiológica se tem alguma dúvida em saúde.....	49
<i>Figura 6:</i> Resultados dos seis participantes relacionados às verbalizações de perguntas que incitem os pacientes a falar sobre comportamentos agravantes ou de proteção à saúde.....	52
<i>Figura 7:</i> Resultados dos seis participantes relacionados a propor um cuidado de saúde ou pedir para o paciente pensar em um tema ou proposta de saúde para ser discutido no próximo monitoramento.....	54
<i>Figura 8:</i> Resultados dos seis participantes relacionados ao estabelecimento de metas com os pacientes.....	55
<i>Figura 9:</i> Resultados dos seis participantes relacionados a finalizar o contato elogiando os pacientes por uma ação verbalizada por eles relacionada ao autocuidado.....	58
<i>Figura 10:</i> Resultados relativos às consequências sociais positivas (parciais e completas) liberadas pelos seis enfermeiros em cada fase analisada.....	60
<i>Figura 11:</i> Resultados dos seis participantes quanto à verbalização de consequências sociais positivas completas liberadas para os pacientes.....	61
<i>Figura 12:</i> Resultados dos seis participantes para as verbalizações consideradas inadequadas observadas ao longo das fases do procedimento.....	62

*Figura 13:* Resultados dos seis participantes com relação ao registro das informações no sistema.....64

*Figura 14:* Dados dos seis participantes relativos ao tempo de monitoramento de cada participante ao longo das fases do estudo.....66

*Figura 15:* Dados das verbalizações dos pacientes relacionadas a consultas, exames médicos e sintomas de saúde no contato com cada um dos participantes ao longo das fases do estudo.....68

## LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1:</i> Fases da pesquisa em que se fez o registro dos dados de monitoramento e pós monitoramento para cada participante.....	33
<i>Tabela 2:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados à apresentar o programa de gerenciamento de pacientes crônicos.....	34
<i>Tabela 3:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a investigar sobre estado atual de saúde.....	34
<i>Tabela 4:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a esclarecer dúvidas de saúde.....	35
<i>Tabela 5:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a estimular o diálogo sobre fatores de risco e proteção à saúde do paciente.....	36
<i>Tabela 6:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a fornecer orientações em saúde.....	38
<i>Tabela 7:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a finalizar o contato com o paciente.....	38
<i>Tabela 8:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a consequenciar positivamente o paciente.....	40
<i>Tabela 9:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados aos comportamentos inadequados.....	42
<i>Tabela 10:</i> Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a registrar os dados levantados com os pacientes no sistema desenvolvido pela empresa.....	43

Silveira, R. S. M. (2015). *Capacitação de enfermeiros para o monitoramento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 98 págs.

Orientador: Maria Eliza Mazzilli Pereira

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção.

## RESUMO

Na busca pela promoção de saúde e prevenção de comportamentos que prejudiquem a qualidade de vida da população, tem-se utilizado no Brasil e no mundo a telemedicina como um recurso de monitoramento e incentivo ao cuidado com a saúde de pessoas que possuem doenças crônicas não transmissíveis. O objetivo do presente estudo foi o de contribuir com essa prática construindo, aplicando e analisando os resultados de um programa de capacitação de enfermeiros que trabalham com o monitoramento à distância de pessoas acometidas por uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis. Seis enfermeiros participaram do estudo. O treino constituiu-se das seguintes fases: leitura de uma apostila com informações sobre os comportamentos considerados relevantes e adequados no monitoramento; breve apresentação ao grupo de participantes sobre os aspectos centrais da apostila e esclarecimento de suas dúvidas; cinco sessões de treinos individuais com os participantes, sendo três delas relacionadas unicamente ao treino de monitoramento, uma relacionada ao treino de monitoramento e ao treino de registro em sistema das principais informações de saúde dos pacientes colhidas pelos enfermeiros no monitoramento; e uma última sessão voltada unicamente ao treino de registro em sistema. Nas sessões de treino foram discutidos monitoramentos realizados pelos enfermeiros e transcritos pelo experimentador, utilizando-se reforçamento diferencial de respostas dos participantes, remoção de dicas e formulação de instruções para se atingir os objetivos comportamentais propostos. Observou-se que houve, para a maioria dos participantes, um aumento das ocorrências da maior parte dos comportamentos treinados, tais como estimular o paciente ao diálogo sobre fatores agravantes e de proteção a saúde e consequenciar verbalizações específicas do paciente. Para os comportamentos de estabelecer metas de cuidado à saúde com os pacientes e elogiá-los pelos cuidados à saúde no final do monitoramento, haveria a necessidade de mais tempo e diferentes estratégias para que houvesse um aumento no número de ocorrências. Também se observou que levar os enfermeiros a verbalizar quais de seus comportamentos no monitoramento haviam sido adequados, quais haviam sido inadequados e apontar os que deixaram de ocorrer não foi garantia de que comportamentos adequados ocorressem nos monitoramentos subsequentes aos treinos ou que comportamentos inadequados deixassem de ocorrer. Por fim, o treino descrito ao longo deste trabalho e seus resultados demonstram que os princípios propostos pela Análise do Comportamento aplicados na montagem de um programa de ensino podem auxiliar no aperfeiçoamento dos comportamentos verbais emitidos por enfermeiros no monitoramento da saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Monitoramento telefônico de pacientes crônicos, Capacitação de Enfermeiros, Programação de Ensino, Análise do Comportamento.

Silveira, R. S. M. (2015). *Capacitação de enfermeiros para o monitoramento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 98 págs.

Orientador: Maria Eliza Mazzilli Pereira

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção.

## ABSTRACT

In the search for health promotion and prevention of the behaviors that affect the quality of life of the population, telemedicine has been used in Brazil and in the world as a resource to monitor and stimulate the health of people, who have chronic non-transmittable diseases. The aim of the present study was to contribute to telemedicine practice, by building, applying, and analyzing the results of a training program for nurses, who work with distance monitoring of people affected by one or more non-transmittable chronic diseases. Six nurses participated in the study. The training consisted of the following stages: the reading of a handout with information on the behaviors, which are considered relevant and appropriate to the monitoring process; short presentation to the group of participants regarding the central aspects of the handout, following by clarification of their doubts; five individual training sessions, being three of them related solely to the monitoring training, one related to both monitoring training and computer system registration of the main information regarding the monitoring; and a last session focused solely on computer system registration training. During the training sessions, the monitoring practices, which were performed by the nurses and transcribed by the researcher, were discussed using differential reinforcement of the participants' responses, removal of the tips, and elaboration of the instructions, to achieve the proposed behavioral objectives. It was observed that, for the majority of the participants, increases in the occurrence of most of the trained behaviors, such as stimulating the patient to discuss about the aggravating factors and health protection, as well as the consequent specific-patient verbalization. For the behaviors of establishing the patients' health care goals and complimenting them for their health care at the end of the monitoring practice, more time and different strategies would be needed to observe increase number of these occurrences. It was also observed that by verbalizing which behaviors were adequate, which were inadequate, and pointing out that no longer occurred, did not ensure the occurrence of appropriate behaviors in the subsequent monitoring training nor that inappropriate behavior no longer occurs. Finally, the training described in this work and its results showed that the principles proposed by Behavior Analysis applied to the development of the educational program could help to improve the verbal behaviors of the nurses during monitoring health of people with chronic non-transmittable diseases.

**Key words:** Telephone Monitoring of Chronic Patients, Nurse Training, Teaching Program, Behavior Analysis.

Em estudo intitulado "O conceito de prevenção para o behaviorismo radical: em busca de práticas preventivas de maior sucesso", Pereira & Dittrich (2007) discorrem sobre o que deveria ser abordado para a definição de prevenção na Análise do Comportamento. Ressaltam que na maior parte dos estudos em prevenção a importância dos profissionais e pesquisadores é negligenciada, a relação entre os personagens (clientes, profissionais e cientistas), ambiente e cultura a que pertencem não recebem destaque, e a análise das consequências da prevenção para a sobrevivência da cultura praticamente não é abordada.

De acordo com Pereira & Dittrich (2007), a definição de prevenção deveria contemplar os comportamentos dos agentes que compõem diretamente este tipo de prática com base na compreensão das variáveis que favorecem ou desfavorecem seus engajamentos. Definem, por fim, prevenção como "interações complexas entre os comportamentos de vários personagens - sobretudo, clientes, profissionais e pesquisadores -, os quais, ao buscarem produzir, por diversos meios, consequências reforçadoras imediatas, promovem no longo prazo a manutenção de estados benéficos para indivíduos, grupos e culturas" (p. 242).

Esse conceito permeará o relato apresentado na introdução desta pesquisa, assim como o modo de construção do programa de ensino apresentado. Pretendeu-se, neste trabalho, construir um treino para enfermeiros, agentes que produzem algumas das condições antecedentes e das consequências possivelmente reforçadoras em um programa de prevenção e promoção de saúde para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e avaliar os resultados de sua aplicação.

Os seguintes tópicos são abordados para fundamentar a pesquisa: o impacto das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil; o dispositivo de telemedicina como um dos recursos utilizados na atualidade para se trabalhar com prevenção e promoção de saúde; a utilização da Análise do Comportamento com profissionais da área de saúde, com maior foco aos enfermeiros; e, por fim, princípios da Análise do Comportamento e suas implicações para a construção de programas de educação e saúde.

### **Doenças crônicas não transmissíveis e o impacto na saúde da população brasileira**

Com o fim de combater e diminuir os agravos em saúde e seus crescentes custos, o Ministério da Saúde do Brasil implanta políticas de enfrentamento, com o objetivo de conhecer a

distribuição e o impacto das doenças crônicas sobre o sistema de saúde, seus agravos e fatores de risco associados, além de criar políticas públicas de promoção à saúde (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009).

Entende-se por doenças crônicas um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longa duração, tempo de evolução prolongado, múltiplos fatores de risco associados, etiologia não elucidada totalmente, ausência de cura e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (MacKenna & Collins, 2010). Dentre as condições de maior vulnerabilidade para o surgimento dessas doenças estão as provenientes de alterações congênitas ou genéticas e as que são produzidas diretamente pelo comportamento dos indivíduos (Laloni, 2006).

Para fins didáticos, os padrões comportamentais de interesse, aqui, podem ser categorizados como comportamentos voltados à doença e comportamentos voltados à saúde. Como exemplos de comportamentos voltados à doença ou denominados agravantes ou de risco estão o expor-se a condições prejudiciais à saúde, como tomar sol sem usar protetor solar, expor-se a situações perigosas, dirigir sob efeito de álcool, entre outros. Dentre os comportamentos voltados à saúde estão os de prevenção, os de adesão e, primordialmente, os que estão funcionalmente relacionados ao reforçamento positivo advindo da promoção de saúde (Laloni, 2006).

As DCNTs são responsáveis por ônus vultosos à população e ao país, atingindo grande parcela da população. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), 31,3% das pessoas afirmaram apresentar ao menos uma doença crônica. A porcentagem de indivíduos com 65 anos ou mais que relataram apresentar uma doença crônica no ano de 2008 chegou a 79,1%, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD, 2008). No Brasil, as DCNTs são a principal causa de mortalidade. Em 2009, responderam por 72,4% do total de óbitos, e quatro destas doenças – cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, elaborado em 2011 pelo Ministério da Saúde, é um exemplo de diretrizes

nacionais de combate a esse problema. Fundamenta-se no delineamento de ações em: vigilância, informação, avaliação, monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Dentre as metas nacionais propostas no Plano estão: reduzir a taxa de mortalidade prematura, deter o crescimento de obesidade em adultos, reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool, aumentar a prática de atividades físicas e de lazer, aumentar o consumo de hortaliças e frutas, reduzir o consumo médio de sal e reduzir a prevalência de tabagismo na população brasileira (Ministério da Saúde, 2011).

O estilo de vida e o meio ambiente são os principais fatores que auxiliam o prolongamento da vida, além da herança genética e da assistência médica, aumentando a chance de que uma pessoa viva além dos 65 anos. Como estilo de vida se compreendem aspectos comportamentais, tais como padrões de consumo, rotinas e hábitos de vida (Almeida-Filho, 2004). Reconhece-se que quando uma pessoa adota comportamentos contrários aos fatores agravantes à saúde, reduz o risco de absenteísmo no trabalho, reduz o risco para aposentadorias por invalidez, aumenta a probabilidade de maior longevidade, mantém os sintomas associados às doenças crônicas sob controle e aumenta a probabilidade de chegar à terceira idade produzindo ativamente (Santos, Frota, Cruz & Holanda, 2005).

A prevenção de DCNTs, uma maior compreensão e conseqüente ação sobre as variáveis relacionadas ao aumento de risco de seu surgimento são, portanto, fundamentais para se evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e no sistema de saúde do país. Será apresentado a seguir um breve panorama da prática de telemedicina como um dos dispositivos utilizados para combater as doenças crônicas no Brasil, seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

### **Telemedicina e sua prática no Brasil**

Entende-se por telemedicina o uso de tecnologias para prestar cuidados de saúde à distância. Inseridos nessa modalidade encontram-se o *telehomecare*, uma forma da telemedicina alocada na casa do paciente, um sistema de comunicação e informação clínica que permite a interação de voz, vídeo e dados relacionados com a saúde através de linhas telefônicas comuns

(Bowles, & Baugh, 2007), a teleducação interativa, a vigilância epidemiológica e as pesquisas multicêntricas (Wen, 2008).

A maioria dos estudos sobre medidas não presenciais de cuidados à saúde se refere ao efeito ou benefícios desta prática na população, comparando grupos experimentais - participantes que a receberam - com grupos controle - participantes que receberam intervenções tradicionais (Young *et al*, 2014; Leemrijse, Dijk, Jorstad, Peters & Veenhof, 2012). Alguns estudos abordam aspectos pontuais do procedimento de intervenção com os pacientes, ao se referirem ao método de abordagem - em sua maioria a entrevista motivacional e o treino em saúde (*health coaching*) -, ao uso de *softwares* e aos questionários realizados com os pacientes. Entre os objetivos mencionados para as intervenções com os pacientes estão: estabelecer conhecimentos, atitudes e crenças sobre fatores de risco e proteção (uso de medicação adequado ou inadequado, realização de atividade física e ingestão de gordura saturada), informar o paciente sobre aspectos em relação aos quais seu conhecimento se mostra insuficiente, treinar assertividade, estabelecer metas, reavaliar e renegociar os planos de acordo com a adesão dos pacientes. Os resultados quanto à efetividade desses modelos de intervenção são demonstrados com a comparação entre os dados clínicos dos pacientes, a adesão ao programa e possíveis mudanças da economia financeira gerada por esta modalidade antes e depois do uso das práticas de telemedicina pelos profissionais de saúde entre os diferentes grupos (Dwinger *et al*, 2013; Leemrijse *et al*, 2012).

Uma revisão de, aproximadamente, 40 artigos em inglês, encontrados nos bancos de dados do *PubMed*, *MEDLINE*, *CDSR*, *ACP Journal Club*, *DARE*, *CCTR* e *CINAHL*, com os descritores "*telehomecare*" e "*telemedicine*", no período de 1995 a 2005, ratifica os benefícios do uso de tecnologias no cuidado da saúde à distância. Houve a seleção de 19 artigos que descreviam pesquisas sobre os efeitos da *telehomecare* nos pacientes, seus resultados na abordagem sobre a doença crônica, sobre os custos com essas doenças e sobre a percepção de diferentes profissionais e da população atendida sobre a eficácia do trabalho mediado por dispositivos encontrados na telemedicina, comparando-se esse modelo com o presencial na prestação de serviços em saúde. De acordo com essa pesquisa, na maioria dos estudos relata-se que houve diminuição das taxas de re-hospitalização dos pacientes, melhora da autogestão da doença por idosos e melhora clínica de pessoas com insuficiência cardíaca, diabetes e hipertensão. Os autores descreveram, ainda, que a população atendida e os profissionais que

utilizam os recursos da telemedicina demonstraram satisfação com esse modelo de atendimento, aceitaram suas tecnologias e reconheceram o efeito positivo desse tratamento. Por fim, os estudos mostraram que os métodos de avaliação de custos precisam ser aperfeiçoados para se compreender seu impacto financeiro real na população, apesar de sugerirem que, a longo prazo, o custo da gestão da doença crônica aparenta diminuir com o uso da telemedicina. Os autores pontuaram, porém, que a maioria desses estudos foi realizada com pequenas amostras e que os dados precisam ser melhor sistematizados para validação dos achados (Bowles & Baugh, 2007).

A extensão territorial, somada às diferenças demográficas no Brasil, aos contrastes socioeconômicos, às desigualdades na distribuição de infraestrutura e às diferenças no nível de qualificação profissional são aspectos relevantes para a construção das políticas públicas e de estratégias referentes aos cuidados em educação e assistência à saúde. Estas características criaram um cenário favorável à implantação de tecnologias de informação e telecomunicações para qualificação profissional e à busca pelo aumento da igualdade em saúde. A utilização de medidas não presenciais foi criada para atingir populações que dificilmente teriam acesso aos programas, tais como aquelas que residem na zona rural ou em municípios com populações pouco numerosas. Essa modalidade de atendimento foi denominada (tele)educação ou (tele)assistência.

Ainda são poucos os estudos relacionados à prática de gerenciamento de saúde através do telefone ou de outras tecnologias de atendimento não presencial no Brasil. Os estudos geralmente estão associados à telemedicina e à telessaúde (práticas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde em 2000), sendo que esses dispositivos foram incorporados à realidade brasileira há, aproximadamente, dez anos (Wen, 2008). Tais dispositivos envolvem algumas categorias de atuação, sendo as principais:

1. Teleducação Interativa e Rede de Aprendizagem: uso de tecnologias para aquisição de conhecimentos (educação à distância ou tecnologias de apoio à educação presencial);
2. Teleassistência/Regulação e Vigilância Epidemiológica: integração de atividades assistenciais com educação, vigilância epidemiológica e gestão de processos em saúde;

3. Pesquisa Multicêntrica/Colaboração de Centros de Excelência e da Rede de “Teleciência”: integração de centros de pesquisa através do compartilhamento de dados, de capacitação e de padronização de métodos (Wen, 2008).

Dentre os marcos dessas práticas no Brasil encontra-se a criação do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil), em 16 de abril de 1991. É um órgão do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde: indicadores epidemiológicos e de morbidade, informações sobre a rede de assistência, informações demográficas, socioeconômicas e financeiras.

Em 2003, o DATASUS promoveu a construção da Política Nacional de Informação e Informática, favorecendo que a 12ª Conferência Nacional de Saúde fosse a primeira a trabalhar com o tema “Informação e Comunicação em Saúde”. O Conselho Nacional de Saúde definiu, nesse período, estratégias em conjunto com o Ministério da Saúde, implantando políticas sobre informação, comunicação e educação permanente e popular em saúde nas três esferas de governo (Campos, Haddad, Wen, Alkmin & Cury, 2009).

Com o objetivo de delinear planos de ações voltados às doenças mais prevalentes na população e desenvolver estratégias mais específicas de enfrentamento, buscou-se aperfeiçoar os inquéritos que fornecem indicadores sobre a epidemiologia em saúde, e o Vigitel, implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, continua sendo uma referência na atualidade. Outros estudos também são de grande valor para o entendimento e a comparação da evolução das características da população e prevalência das doenças crônicas no Brasil, como a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio - PNAD -, criada a partir de 1998, com levantamentos quinquenais, e a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS - criada em uma parceria entre o IBGE e o Ministério da Saúde, com o primeiro volume divulgado em 2013.

Santos, Frota, Cruz e Holanda (2005) afirmam que o conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerem profissionais que assumam papéis de educadores para favorecer a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos. Com o reconhecimento dos administradores de saúde e pesquisadores da importância em atuar além da assistência, a especialidade de enfermagem foi incorporada pelo mercado de trabalho para gerenciar casos

clínicos, orientar e promover saúde na população, ampliando seu papel para além das fronteiras da investigação epidemiológica. Desta forma, o profissional de enfermagem passa a incorporar em suas práticas o dispositivo telefônico como ferramenta de apoio, educação e disseminação de cuidados à saúde.

### **A pesquisa em Análise do Comportamento Aplicada com enfermeiros e na telemedicina**

A fim de se identificar se analistas do comportamento vêm produzindo trabalhos com enfermeiros e, em caso positivo, que tipo de trabalho tem sido produzido, fez-se um levantamento dos últimos cinco anos de publicações no periódico *Journal of Applied Behavior Analysis*. Foi encontrado um total de 23 artigos com o descritor *nurse*.

Uma análise superficial desses artigos revelou que dois deles utilizaram enfermeiros como participantes em suas pesquisas: um deles buscou melhorar comportamentos relacionados à assistência com pacientes, tais como realizar a transferência de pacientes institucionalizados com maior segurança (Nielsen, Sigurdsson & Austin, 2009), e o outro buscou melhorar a adesão dos enfermeiros a cuidados de higiene das mãos (Luke & Alavosius, 2011).

Este dado pode sugerir que, apesar da importância da especialidade de enfermagem para o trabalho assistencial, preventivo e promotor da saúde da população geral, pesquisadores da Análise do Comportamento têm publicado poucas pesquisas aplicadas sobre o aperfeiçoamento do trabalho com esses profissionais em um periódico de grande relevância para a área. Cabe ressaltar que essa relação não pode ser generalizada, já que demais periódicos de grande relevância para a Análise do Comportamento não foram investigados, por não ser este o objetivo do presente estudo.

A diminuição de custos de consultas (Morrison, Bergauer, Jacques, Coleman & Stanziano, 2001) e o alcance de práticas em saúde para regiões onde o acesso às instituições é mais restrito têm sido fortes argumentos para a disseminação da prática de telemedicina nos Estados Unidos (Barretto, Wacker, Harding, Lee & Berg, 2006). Um estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Iowa descreveu o uso da telemedicina para a realização de avaliações comportamentais e condução de análises funcionais breves em uma criança com diagnóstico de autismo e em outra criança com diagnóstico de Disfagia Neurogênica, Síndrome DiGeorge, dentre outras comorbidades (Barreto et al., 2006). As duas residiam em áreas rurais,

possuíam problemas comportamentais graves e tinham dificuldade em viajar para receber o acompanhamento no Centro de Deficiências e Desenvolvimento localizado na Universidade.

Uma série de equipamentos, tais como monitores de televisão, uma câmera de transmissão e áudio gravado, microfones e um projetor multimídia, foi instalada em um local de acolhimento próximo à residência dos pacientes, e os registros dos dados eram direcionados à clínica da Universidade. Havia consultas dos prestadores de cuidado aos profissionais da Universidade e assessoria das equipes locais mediadas pelo uso das tecnologias disponibilizadas para essa modalidade de atendimento. Dados de saúde dos pacientes também eram enviados à clínica da Universidade pelos profissionais locais com o uso da rede de internet.

A análise funcional feita com uma das crianças, cujos comportamentos alvo eram gritar, dizer a palavra "não" e empurrar o objeto para longe quando uma tarefa era apresentada, e arremessar objetos, foi conduzida pelo psicólogo da criança e revista por mais dois autores. Foi criada a hipótese de que estes comportamentos disruptivos eram mantidos por reforçamento negativo (escapar de demandas) e por reforçamento automático. Para validar essa suposição, três condições experimentais foram delineadas, de acordo com as seguintes fases: brincar livremente, escapar de uma demanda específica e ficar sozinha. Observou-se que a criança emitia uma maior taxa de comportamentos disruptivos na fase "escapar de uma demanda específica"; não houve emissão destes comportamentos na fase "brincar livremente"; e, quando colocada sozinha, houve a emissão destes comportamentos, porém eles deixaram de ocorrer passadas duas sessões experimentais, corroborando a hipótese de que o comportamento era mantido por reforçamento negativo.

Com a segunda criança, houve uma entrevista telefônica com sua mãe, através da qual se criou a hipótese de que ela emitiria comportamentos autolesivos mantidos por reforçamento negativo – esquiva de demandas, principalmente dos exercícios terapêuticos. O mesmo procedimento realizado com a primeira criança ocorreu para validação da análise funcional, com exceção de que a terceira fase consistia em dar atenção (20 a 30s de atenção na forma de uma repreensão branda, e a criança era, posteriormente, redirecionada para seus brinquedos) após a emissão do comportamento autolesivo. Para esta segunda criança, observou-se a emissão de uma maior taxa de comportamentos autolesivos na fase "escapar de uma demanda específica"; não houve apresentação destes comportamentos durante as demais fases, o que

sugeriu que a hipótese de que o comportamento autolesivo era mantido por reforçamento negativo (fuga das práticas dos exercícios terapêuticos) estava correta.

O fundamental para o reconhecimento da prática de telemedicina é que as análises funcionais e os delineamentos para validação das hipóteses ocorreram com auxílio das ferramentas de comunicação à distância, tanto no que se refere ao ensino da prática para os que trabalham diretamente com as crianças, quanto para compartilhar as informações coletadas com especialistas localizados em lugares distantes dos treinos e intervenções. Embora tenha havido o treinamento daqueles que trabalham com as crianças, tal treinamento não foi apresentado em detalhes no relato do estudo.

Os autores observaram que foi possível realizar a análise funcional através das tecnologias encontradas na telemedicina, assim como treinar acompanhantes e profissionais de saúde que trabalham e vivem diretamente com os pacientes. Outro importante dado se refere ao fato de que, ao implantarem esta prática com um número maior de pacientes, houve uma diminuição considerável da demanda presencial de pacientes para avaliação no Centro de Deficiências e Desenvolvimento. Por fim, o estudo indicou que o uso da telemedicina por analistas do comportamento aplicados é um método eficiente para a realização de análises funcionais breves, consultas de acompanhamento e avaliações de rastreamento para distúrbios graves de comportamento. Esta pesquisa demonstrou a extensão dos benefícios da prática de telemedicina para auxílio de pacientes, formação de profissionais de saúde e diminuição de desgastes no deslocamento das pessoas, além de indicar a diminuição do ônus financeiro dos pacientes e das instituições de saúde.

Um estudo intitulado "Desenvolvimento e teste entre observadores de um programa de treinamento para entrevista por telefone para enfermeiros entrevistadores australianos" (Ahern, Gardner, Middleton & Della, 2013) descreveu a terceira fase de um programa de ensino para enfermeiros que exerciam atividades mediadas por telefone. A primeira fase consistiu em avaliar o perfil desses profissionais, a segunda fase, em avaliar suas atividades (as duas primeiras fases não foram detalhadas nesse artigo) e a terceira fase consistiu em avaliar a qualidade do trabalho realizado através de entrevistas com os pacientes e com o grupo de enfermagem que o praticava.

Buscava-se avaliar a padronização da abordagem mediada por telefone pelos enfermeiros, e o resultado demonstrou que a formação dos entrevistadores por telefone foi eficaz. Argumentou-se que esse resultado se deveu à utilização de instrumentos bem validados e ao cuidado no planejamento do programa com base em princípios da Análise do Comportamento: utilizar diferentes métodos de aprendizagem; descrever detalhadamente o planejamento das sessões (organização dos conteúdos e atividades, recursos, prazos e objetivos); fornecer instruções antes das sessões para que os participantes tenham um conhecimento prévio; fazer com que o participante esteja a todo momento agindo durante o procedimento para manter sua atenção; arranjar situações semelhantes às reais para ensino dos comportamentos relevantes ao cumprimento dos objetivos; arranjar oportunidades para o participante aprender com os acertos e erros; fornecer feedback imediato diante das respostas apresentadas.

Outro exemplo da utilização da Análise Aplicada do Comportamento na montagem de um programa de ensino na área da saúde, apesar de não se referir às práticas relacionadas à telemedicina, pode ser visto no trabalho de Kenj (2001). Em sua pesquisa de mestrado "Treinamento de profissionais de saúde: mudanças de comportamento do educador em diabetes", a autora descreveu a construção de um programa de ensino para enfermeiros que trabalhavam com pessoas com diabetes: definição dos objetivos comportamentais, atividades distintas (individual e em grupo), atendimento personalizado aos participantes, respeito aos ritmos individuais, divisão dos conteúdos em pequenas unidades, aumento gradativo da complexidade das tarefas, avanços que ocorriam apenas quando o participante alcançasse os objetivos totais planejados para uma tarefa, feedback imediato dos desempenhos e replanejamento quando o procedimento adotado não favorecia aos participantes atingirem os objetivos programados.

A autora dividiu o treino em quatro etapas (avaliação inicial e entrega de material; conhecimento das estruturas anatômicas relacionadas à insulino-terapia; insulina como modalidade terapêutica e habilidade de aplicar insulina; e, por fim, comportamentos envolvidos na educação de pacientes com diabetes) e demonstrou que um programa baseado nos princípios estabelecidos pela Análise do Comportamento é capaz de ensinar a enfermeiros um repertório específico de comportamentos.

Adiante serão detalhados princípios da Análise do Comportamento, de acordo com o estabelecido por estudiosos da área, para a montagem de programas de ensino.

## **Análise do Comportamento em programas de educação e saúde**

Compreende-se por educação em saúde a formação de profissionais para aumentar a qualidade de vida e saúde da comunidade assistida, considerando-se que educação e saúde são práticas sociais interligadas, que deveriam sempre estar articuladas, pois são consideradas fundamentais no processo de trabalho dos profissionais de saúde (Buss, 1999). A premissa de que saúde e educação são áreas indissociáveis estará contida em todo o desenvolvimento deste projeto.

Os estudos em Análise do Comportamento Aplicada, mais particularmente àqueles voltados à saúde, revelam o uso de uma variedade de procedimentos com o objetivo de capacitar pais e profissionais de diversas áreas no desenvolvimento de estratégias que promovam adesão dos pacientes às terapias, promovam o aumento da frequência de comportamentos saudáveis, permitam a prevenção de doenças e a compreensão de variáveis relacionadas à manutenção da saúde (Almeida & Malagris, 2011).

A Análise do Comportamento Aplicada busca identificar, descrever e modificar comportamentos específicos, através do planejamento e arranjo de contingências. Pode se relacionar à prestação de trabalhos ou serviços (Johnston, 1996), pode responder sobre com quais variáveis os comportamentos socialmente relevantes estariam funcionalmente relacionados (Baer, Wolf & Risley, 1968) e pode conciliar a prestação de serviços com a pesquisa científica (Luna, 1997).

Segundo Skinner (1968/1972), "Um ramo especial da psicologia, a assim chamada Análise Experimental do Comportamento produziu se não uma arte, pelo menos uma tecnologia do ensino, da qual se pode, com efeito, 'deduzir programas e esquemas e métodos de instrução' (p. 57)." A educação em saúde é um exemplo da extensão em que tecnologias da Análise do Comportamento podem ser aplicadas.

Para Skinner (1968) "educação é o estabelecimento de comportamento que seja vantajoso para o indivíduo e para os outros em um tempo futuro (p.402)." A Instrução Programada, proposta de ensino constituída por esse autor que tem como princípio o arranjo de contingências de reforçamento dirigidas ao objetivo de ensino (Teixeira, 2005), foi um marco para o desenvolvimento da Análise do Comportamento na educação. Ressalta-se que a programação de

contingências de reforçamento para o ensino se adapta a trabalhos requeridos por organizações, empresas, instituições e comunidades que tenham diferentes objetivos e finalidades variadas.

Em linhas gerais, de acordo esse modelo de ensino, a montagem de um programa deve fornecer condições para que o aprendiz sempre interaja com o material, respondendo ativamente e compondo suas respostas. A organização do programa deve avançar numa sequência do mais simples para o mais complexo e exige que o aprendiz atinja excelência de desempenho para passar para a etapa seguinte, estando, de fato, preparado para as novas tarefas (busca-se o menor número de erros). O ensino deve ser individualizado, e o respeito ao ritmo do aprendiz é condição inerente para sua efetividade (Teixeira, 2005).

Uma analista do comportamento influente voltada à área de Educação foi a professora Carolina Martuscelli Bori. Para essa professora, a montagem de qualquer programa de ensino deve ser precedida pelo estabelecimento de objetivos comportamentais representados por classes de comportamentos que se estendam para além das situações de ensino-aprendizagem e se aproximem ao máximo das situações que se assemelhem às reais. Tendo assim estabelecido os objetivos, o programador deve planejar contingências que incluam as habilidades necessárias para que o aprendiz atinja os objetivos comportamentais propostos (Nale, 1998).

Uma ênfase ao papel do programador também foi defendida pela professora Carolina Bori, que salientava a importância de que as contingências de ensino fossem identificadas e explicitadas pelos mesmos. Dentre alguns dos princípios de sua proposição, denominada Análise de Contingências em Programação de Ensino, encontram-se ainda a diferenciação ponto a ponto das respostas do aprendiz em direção a uma forma comportamental mais complexa, com o planejamento de pequenas unidades comportamentais; a utilização de técnicas comportamentais, como modelagem, mudança gradual de habilidades, esvanecimento, formulação de instruções, entre outros; e a individualização do ensino. Tais princípios deveriam permear toda a montagem dos programas (Teixeira, 2005).

Muitos dos princípios da Programação de Ensino são utilizados na montagem de programas de ensino de procedimentos da área para não psicólogos (pais, educadores, profissionais de saúde, entre outros) e para modificação e ensino de comportamentos trabalhando diretamente com populações específicas (autistas, estudantes, trabalhadores de

empresas, entre outros). Alguns desses trabalhos têm se dedicado a desenvolver propostas de intervenções para auxiliar pessoas a modificar comportamentos e ampliar seus cuidados à saúde (Baker, Hanley & Mathews, 2006; Raiff & Dallery, 2010; Sigurdsson & Austin, 2008).

Reconhecendo os benefícios crescentes do trabalho em telemedicina, buscou-se capacitar enfermeiros para o monitoramento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, por meio de uma proposta baseada nos princípios da Análise do Comportamento, e contribuir, desta forma, com uma prática nova e essencial, que trabalha diretamente com os cuidados em saúde da população. Pretendeu-se, então, planejar e implantar um programa de ensino e avaliar seu resultado, na medida das condições permitidas pela situação em que o estudo se desenvolveu.

## **Objetivos**

### *Objetivo geral*

Capacitar enfermeiros para o atendimento e monitoramento telefônico de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas não transmissíveis.

### *Objetivos específicos*

1. Elaborar um programa de capacitação de enfermeiros, aplicá-lo e analisar os resultados da aplicação.

Com esse programa, visou-se:

2. Aumentar a frequência de emissão de verbalizações dos enfermeiros consideradas adequadas:

2.1. Verbalizar os objetivos do programa no início do monitoramento;

2.2. Realizar perguntas sobre dados de saúde e, caso o paciente não tenha realizado consulta e/ou exame pendente, perguntar quando o fará, estabelecendo esta ação como uma meta;

2.3. Perguntar ao paciente se tem alguma dúvida ou queixa sobre saúde e responder as mesmas;

2.4. Realizar perguntas que incitem o paciente a falar sobre fatores agravantes e de proteção relacionados à sua condição de saúde;

2.5. Fornecer orientações, informações e dicas relacionadas à sua principal doença ou doenças secundárias;

2.6. Perguntar para o paciente se possui propostas associadas a ações de cuidado à sua saúde e levá-lo a descrever esta ação; se o paciente não fizer uma sugestão, propor uma ação de cuidado à saúde em forma de pergunta; caso não descreva uma ação específica e não considere a sugestão adequada, perguntar se poderia pensar a respeito e conversar sobre este tema no próximo contato;

2.7. Estabelecer com o paciente uma meta específica de ação;

2.8. Elogiar as verbalizações de ações relatadas pelo paciente sobre cuidados de saúde e agradecer sua disponibilidade para o diálogo;

2.9. Perguntar se tem mais alguma dúvida de saúde e indicar o uso da Central de Emergências e de Apoio;

2.10. Consequenciar positivamente emissões verbais do paciente consideradas adequadas (ver descrição em Procedimento de seleção dos comportamentos alvo, bloco 7);

2.11. Registrar dados obtidos durante monitoramento no sistema desenvolvido pela empresa (ver descrição em Procedimento de seleção dos comportamentos alvo, bloco 9).

3. Diminuir a frequência de verbalizações dos enfermeiros consideradas inadequadas:

3.1. Fornecer dicas de saúde repetidamente sem que o paciente peça para que a informação seja repetida;

3.2. Dar uma dica de saúde não relacionada ao tema sobre o qual estão dialogando;

3.3. Inferir ou interromper a continuidade da frase sem que o paciente a tenha explicitado de forma clara.

## **Método**

### **Participantes**

Foram participantes deste estudo seis enfermeiros que trabalham em uma empresa privada da área de saúde fazendo monitoramento telefônico de pacientes com doenças crônicas. Os participantes foram indicados pelos supervisores da área denominada Central de Apoio, respeitando-se os critérios de inclusão estabelecidos pelo experimentador, apresentados mais adiante. Dois participantes eram do sexo masculino e quatro, do sexo feminino. A média de idade dos participantes era de 26 anos e o tempo em que trabalhavam com o monitoramento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis era, em média, de dois anos.

Foi informado aos supervisores que o treinamento tinha o objetivo de melhorar o desempenho dos profissionais no contato com o paciente, porém dialogar com educação diante de colegas e chefias, chegar pontualmente ao trabalho, manter seu posto de trabalho limpo e organizado não seriam comportamentos treinados.

Após a seleção dos participantes, houve um diálogo com a Diretora da empresa para se obter o aval sobre a indicação e a autorização para os enfermeiros participarem do projeto. Foi acordado com a Diretora que o tempo em que o funcionário estivesse na capacitação seria contabilizado como se tivesse realizado dois atendimentos completos e cinco tentativas de contato. Este acordo se deu tendo como base a proporção de atendimentos mais tentativas de contatos sem sucesso realizadas em uma hora (tempo acordado para uma sessão de treinamento).

Foram critérios de inclusão:

1. Ser enfermeiro graduado;
2. Não sair de férias durante o período do projeto;
3. Não estar em fase de desligamento da empresa;
4. Não estar às vésperas de licença maternidade;
5. Aceitar o convite para participar do projeto;
6. Ter completado treinamento institucional para monitoramento de pacientes com doenças crônicas.

O projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, sendo aprovado com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 39989814.1.0000.5482.

### **Local**

O estudo foi desenvolvido na própria empresa de saúde. As sessões de treinamento foram realizadas em sala de reunião, composta de mesa de vidro, quatro cadeiras, gaveteiro, janela e ar condicionado.

A empresa é uma prestadora de serviços contratada por operadoras de saúde, trabalhando dentre alguns programas, com informação, prevenção e promoção de saúde da população filiada aos convênios. Atende por volta de 16.000 pessoas e possui equipe multidisciplinar, composta pelas especialidades de Nutricionismo, Psicologia, Serviço Social, Medicina, Tecnologia de Informação, Administração e, em sua grande maioria, Enfermagem. Suas principais sedes ficam localizadas nas cidades de São Paulo, local onde os treinos ocorreram, e Rio de Janeiro.

A entrada dos pacientes para um dos trabalhos realizados na empresa, o Programa de Atenção Domiciliar à Saúde, ocorre a partir do envio, pelos convênios de saúde, de banco de dados com nome, endereço e telefone de pessoas que atendem critérios de elegibilidade para participar do mesmo. Há um contato telefônico com os pacientes, feito pela equipe de enfermagem, em que se avalia com eles o interesse de participar do Programa, sem ônus financeiro, além do investimento já realizado com a quitação dos custos mensais do plano de saúde.

Com a autorização e interesse do paciente, noutro momento, um enfermeiro faz novo contato telefônico para construção de uma anamnese, em que dados gerais de hábitos de vida e dados específicos de saúde são coletados. Uma nova triagem é realizada para verificar a complexidade e a gravidade da(s) doença(s) e avaliar se existem critérios que impossibilitariam a participação do paciente no Programa. Os pacientes que atendem aos critérios de elegibilidade e que autorizam sua participação começam, então, a receber ligações mensais da equipe de enfermagem e, se o local em que residem é considerado como um área de abrangência que o Programa atende, e de acordo com a gravidade da(s) doença(s) e indicadores sociais, tais como,

suspeita de conflitos familiares que dificultam o cuidado de saúde, entre outros, passam a receber, também, visitas de especialistas de saúde.

Os enfermeiros que trabalham com o contato direto com o paciente por telefone devem atender metas aproximadas de produtividade de, em média, treze monitoramentos efetivos, com a possibilidade de ocorrência de 22 ligações não efetivas, sem sucesso, em um prazo de, aproximadamente, seis horas de trabalho. É considerado monitoramento efetivo todo contato realizado e autorizado pelo paciente em que o monitoramento, a comunicação ativa com o paciente, transcorre de fato. São consideradas tentativas de contato sem sucesso ligações realizadas sem que o paciente as atenda, ligações realizadas sem que o paciente possa conversar naquele momento e números de telefone considerados inválidos.

O não cumprimento das metas pelos enfermeiros é consequenciado pelos líderes em feedbacks regulares, sem quaisquer punições ou práticas coercitivas. Avaliam-se com os enfermeiros as variáveis que dificultaram o cumprimento, e dicas operacionais são compartilhadas. O cumprimento das metas leva a consequências sociais positivas fornecidas pelos líderes do setor, expressas com elogios e reconhecimento dos comportamentos relacionados ao que se considera como adequado e de qualidade para o trabalho.

### **Quantidade e período de sessões**

Sobre o número de sessões de treinamento, acordou-se com a instituição o total de uma sessão de trinta minutos em grupo para apresentação do trabalho, uma sessão de uma hora para treinamento em grupo e cinco sessões individuais de uma hora para cada participante. A decisão pelo número de sessões de treinamento respeitou o investimento feito pela empresa ao retirar parte da equipe semanalmente dos postos de trabalho e considerou a possibilidade de que o treinamento fosse incorporado e estendido aos profissionais admitidos pela empresa e que estejam no período de experiência (três meses) e/ou profissionais indicados a passar por uma reciclagem de suas atividades.

Após a análise dos resultados do treino, houve um *feedback* fornecido pelo experimentador à diretoria e gerente da empresa, um resumo do trabalho enviado a todos os enfermeiros que trabalham com o monitoramento e um *feedback* individual para cada participante, salvaguardando-se o sigilo previamente estabelecido.

## **Materiais e Equipamentos**

Foram utilizados um notebook Toshiba contendo os programas Windows 7, Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Office PowerPoint 2007, fone de ouvido, cronômetro, papel sulfite A4 e canetas. Para auxiliar na transcrição dos monitoramentos foi utilizado o programa *Express Scribe Transcription*.

Foi utilizado o Sistema 2, um sistema desenvolvido pela empresa para direcionar os processos computadorizados relacionados ao trabalho existente. Neste sistema está contida a plataforma Programa de Atenção Domiciliar a Saúde (PADS), em que se encontram os prontuários eletrônicos, a fila de monitoramento, os relatórios estatísticos e gerenciais e todas as demais ferramentas eletrônicas necessárias para cumprimento das atividades.

Foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante e para a Diretora da empresa (ver Apêndices A e B, respectivamente).

## **Procedimento**

### *Etapas do treinamento*

- ✓ Etapa 1: Seleção dos comportamentos alvo

Para a seleção de comportamentos alvo treinados houve uma conversa com os líderes dos setores, em que se solicitou que descrevessem os principais comportamentos dos enfermeiros durante o atendimento dos pacientes entendidos como deficitários que deveriam ser aperfeiçoados.

Participaram deste diálogo cinco profissionais que atuam diretamente com as equipes. Os comportamentos levantados pelos profissionais foram: realizar questionamentos irrelevantes à investigação de saúde no contexto da conversa, ignorar falas e deixas levantadas pelos pacientes, repetir a mesma orientação para muitos pacientes durante os atendimentos, repetir orientações e informações para o mesmo paciente sem que ele faça o pedido de esclarecimento da informação, dialogar de forma prolixa, preencher e atualizar os campos do sistema incorretamente, fazer mais de uma pergunta por vez aos pacientes, dialogar de forma excessivamente informal e interromper o paciente quando este está falando.

Após esta etapa, o experimentador observou um total de quatro enfermeiros monitores realizando o atendimento aos pacientes por, aproximadamente, duas horas cada, com o objetivo de levantar outros comportamentos que não foram abordados pelos líderes e que poderiam ser treinados para a melhora da qualidade do serviço.

A etapa final de seleção dos comportamentos alvo consistiu em ouvir e transcrever oito ligações escolhidas aleatoriamente. Essas ligações não foram realizadas pelos enfermeiros que participaram do treino porque nesse período a seleção dos participantes ainda não havia ocorrido. Essas etapas foram necessárias para auxiliar na decisão de quais comportamentos alvo seriam treinados durante as fases do procedimento.

Observou-se, com esse procedimento, que: os enfermeiros direcionavam o atendimento para a coleta de informações em saúde, sem indicar ou propor metas de ações simples por parte do paciente relacionadas ao seu autocuidado; as consequências sociais fornecidas pelos enfermeiros nem sempre estavam relacionadas a uma ação de proteção à saúde; a investigação dos fatores agravantes e de proteção à saúde eram, muitas vezes, negligenciados pelo enfermeiro durante o contato; muitas orientações ou solicitações dos enfermeiros estavam pouco relacionadas às falas do paciente e, comumente, eram fornecidas sem detalhamento suficiente.

Elaborou-se, a partir da seleção dos comportamentos alvo, a folha de registro para as etapas de treinos de monitoramentos (ver, em Procedimento de tabulação e análise dos dados, Tabela 2 até a Tabela 9, pág. 34) e a folha de registro para a etapa de treino de registro de informações em sistema (ver em Procedimento de tabulação e análise dos dados, tabela 10, pág. 43), contendo todos os comportamentos analisados ao longo desta pesquisa. Segue a descrição dos comportamentos alvo selecionados e treinados com os enfermeiros:

- Bloco 1: Indicar a finalidade do Programa de Gerenciamento de Pacientes com Doenças Crônicas para o paciente

Após informar o próprio nome e o do Programa, e receber a autorização do paciente para a continuidade do contato, verbalizar quais são os objetivos do Programa – constituição de um diálogo voltado ao incentivo dos melhores hábitos associados aos cuidados de saúde, aos comportamentos favoráveis a esses cuidados e aos comportamentos prejudiciais, além do monitoramento da situação de saúde do paciente.

- Bloco 2: Investigar estado atual de saúde

Após relato verbal do paciente sobre a compreensão do programa, realizar perguntas sobre dados de saúde (realização de exames pendentes, resultados dos exames, uso de novas medicações, consultas pendentes, consultas a que compareceu e devolutivas dos especialistas, etc.) e, caso o paciente não tivesse realizado a consulta e/ou exame pendente, perguntar quando o faria, estabelecendo esta ação como uma meta.

- Bloco 3: Esclarecer dúvidas sobre saúde

Após o fim do relato do paciente sobre consultas e exames ou no início do contato, perguntar ao paciente se tinha alguma dúvida sobre saúde e responder as perguntas.

- Bloco 4: Estimular o paciente ao diálogo sobre fatores agravantes e de proteção a saúde

Após afirmativa ou negativa do paciente sobre quaisquer dúvidas relacionadas à saúde, e tendo esclarecido eventuais dúvidas, realizar perguntas que estimulassem e incitassem o paciente a falar sobre fatores agravantes e de proteção relacionados à sua condição de saúde;

- Bloco 5: Fornecer orientações em saúde

Após o paciente compartilhar algum fator agravante ou de proteção à saúde, fornecer orientações, informações e dicas relacionadas à sua principal doença ou às doenças secundárias;

- Bloco 6: Finalizar o contato

Após diálogo sobre fatores de risco ou proteção associados a sua saúde, perguntar para o paciente se ele possuía propostas associadas a ações de cuidado à sua saúde e levá-lo a descrever as ações; se o paciente não fizesse uma sugestão, propor uma ação de cuidado à saúde em forma de pergunta; caso o paciente não descrevesse uma ação específica e não considerasse a sugestão adequada, perguntar se poderia pensar a respeito e conversar sobre este tema no próximo contato; estabelecer com o paciente uma meta específica de ação de cuidado à saúde; elogiar as verbalizações de ações relatadas pelo paciente sobre cuidados de saúde e agradecer sua disponibilidade para o diálogo; perguntar se tinha mais alguma dúvida de saúde e indicar o uso da Central de Emergências e de Apoio.

- Bloco 7: Consequenciar verbalizações específicas do paciente

Consequenciar positivamente falas do paciente imediatamente após as seguintes situações: paciente verbalizava sobre fatores agravantes ou fatores de proteção a saúde, que não

o uso adequado de remédios e idas aos médicos; paciente estabelecia metas ou aceitava as metas/sugestões propostas pelo enfermeiro; paciente trazia dúvidas sobre saúde; paciente verbalizava cuidados específicos de saúde relacionados ao uso de medicações prescritas, comparecimento a profissionais de saúde, exames e marcações de consultas ou exames; e paciente verbalizava sobre parâmetros adequados de saúde (valor pressórico considerado saudável de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, por exemplo) ou que estava se sentindo bem/melhor.

As consequências deveriam vir sempre com um elogio e com a descrição da relação entre os benefícios daquela ação e a melhora de saúde do paciente.

Nos casos em que o paciente verbalizava sobre episódio negativo sobre saúde e comportamentos que diminuía os fatores de proteção ou aumentavam os agravantes, a consequência deveria ser uma descrição dos possíveis prejuízos daqueles comportamentos, relacionando-os com sua saúde.

- Bloco 8: Comportamentos inadequados

Foram considerados comportamentos inadequados ao longo do contato do enfermeiro com o paciente: fornecer dicas de saúde repetidamente sem que o paciente pedisse para o enfermeiro repetir a informação; dar uma dica de saúde não relacionada ao tema sobre o qual estavam dialogando; e inferir ou interromper a continuidade da frase verbalizada pelo paciente sem que este a tivesse explicitado de forma clara.

- Bloco 9: Registro dos dados levantados com os pacientes no sistema desenvolvido pela empresa

O enfermeiro deveria registrar no campo específico do sistema desenvolvido pela empresa: possíveis metas e ações factíveis e específicas acordadas a serem realizadas pelo paciente; ações já efetivadas pelo paciente; variáveis descritas pelo paciente que diminuía ou aumentavam a probabilidade do cumprimento da meta estabelecida; sugestão de pauta de abordagem de acordo com as metas construídas para o próximo monitoramento; informações sobre exames, consultas e problemas em saúde colhidas com o paciente. Todas essas informações deveriam constar no campo do sistema denominado "Evolução", pois o mesmo fica disponível para os demais enfermeiros na página inicial de visualização do contato dos pacientes, o que favorece a melhor continuidade e seguimento do acompanhamento.

✓ Etapa 2: Contextualizando toda a equipe

Houve o contato com todo o quadro de funcionários da empresa que trabalha diretamente com o monitoramento em saúde de pacientes com doenças crônicas, com o fim de apresentar o projeto e os critérios de seleção dos participantes. Houve o cuidado de se avaliar com os supervisores e Diretoria da empresa o conteúdo deste relato para que não houvesse exposição pública dos participantes.

✓ Etapa 3: Apresentação da estrutura do treinamento

No primeiro contato direto com os enfermeiros selecionados foi realizado o convite para participar do projeto e apresentada sua estrutura (tipo de atividade, período de aplicação, frequência e duração das sessões). Foi explicitado o número de monitoramentos efetivos e de tentativas sem sucesso contabilizados durante o tempo em que o enfermeiro estivesse participando das sessões de treinamento para que não houvesse prejuízos relacionados ao cumprimento das metas em função dos treinamentos. Houve a entrega e solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

✓ Etapa 4: Pré-treino

Dois monitoramentos de cada participante ocorridos no mês anterior à apresentação do material de apoio (ver Etapa 5) aos participantes foram selecionados aleatoriamente, ouvidos, transcritos pelo experimentador e analisados utilizando-se os mesmos critérios usados para todas as fases do treino, bem como para o *follow up*, conforme descrito mais à frente. Houve a análise do registro dos dados introduzidos no sistema por cada participante, segundo os critérios de registro dos monitoramentos mencionados acima (Bloco 9).

✓ Etapa 5: Apresentação de material de apoio

Um material de apoio foi entregue a cada participante com uma semana de antecedência do início das intervenções. Neste material, foram explicitados os objetivos específicos do treinamento, os comportamentos que se pretendiam treinar, uma breve argumentação sobre a razão da seleção dos comportamentos, comportamentos agravantes e de proteção relacionados à saúde, um exemplo de monitoramento considerado adequado e uma folha com separação

didática dos blocos de comportamentos dos atendimentos, com a explicitação dos comportamentos contidos em cada bloco (Apêndice C).

Foi solicitado para os participantes a leitura do material de apoio antes do treinamento em grupo. Para aumentar a probabilidade dessa leitura, o experimentador enviou uma avaliação junto ao material, com perguntas relacionadas aos temas abordados. Elas deveriam ser respondidas e entregues por email dois dias antes do treinamento em grupo (Etapa 6). Foi considerado leitura adequada com compreensão quando o participante tirou uma nota igual ou superior a 7. Os principais temas deficitários e as dúvidas dos participantes foram abordadas na etapa seguinte.

Caso o participante não atingisse a nota correspondente à leitura adequada ou não entregasse a avaliação no tempo acordado, o dado seria registrado, porém não haveria nova chance para a realização da prova devido ao tempo estipulado para a aplicação de todo o procedimento.

✓ Etapa 6: Treinamento em grupo

Os seis participantes foram reunidos e houve uma exposição oral através de uma aula tradicional desenvolvida pelo Experimentador. Com esta exposição, pretendeu-se garantir que haveria contato com o conteúdo trabalhado.

Os seguintes tópicos foram abordados: o aperfeiçoamento do modelo vigente de monitoramento, semelhanças e diferenças entre a prática de monitoramento sugerida e aquela a que estavam habituados, comportamentos agravantes e de proteção aos cuidados em saúde e temas que tiveram um maior número de erros nas respostas às questões da avaliação sobre o material de apoio.

Por fim, um exemplo de monitoramento dentro dos moldes ideais foi analisado com o grupo. Foi fornecida aos participantes a transcrição do monitoramento para acompanhamento durante a análise.

O experimentador promoveu um diálogo através de perguntas após pausas na leitura da transcrição: "Que comportamento alvo o enfermeiro fictício realizou neste momento?". Diante de respostas adequadas, consequências sociais foram fornecidos pelo experimentador ao grupo. Quando não houve acerto, o experimentador verbalizou o comportamento alvo relacionado àquele relato e forneceu uma descrição detalhada do mesmo.

Para facilitar o acompanhamento dos comportamento alvo treinados, foi pedido aos participantes que acompanhassem a análise utilizando a folha com separação didática dos blocos de comportamentos dos atendimentos. Foi também pedido para que utilizassem esse recurso didático durante os monitoramentos realizados até o próximo treino.

✓ Etapa 7: Treinos individuais

Primeiro treino individual

Dois monitoramentos efetivos realizados pelo participante durante a semana posterior ao treino em grupo foram selecionados aleatoriamente e transcritos. O procedimento inicial do primeiro treino individual consistia no questionamento realizado pelo experimentador sobre quais foram os comportamentos verbais que, ao ver dos participantes, foram mais fáceis de emitir e cujo número de ocorrências aumentou; e quais foram os mais difíceis e tiveram, ao seu ver, um menor número de ocorrências. Diante das respostas fornecidas pelos participantes, uma consequência social positiva era fornecida quando afirmavam o que haviam feito com maior número de ocorrências. Diante do que colocavam como dificuldade, o experimentador perguntava as razões dessa dificuldade, aguardava a resposta fornecida pelo participante e relacionava esse comportamento com o novo modelo de monitoramento treinado (ver no fluxograma da Figura 1, primeira emissão verbal do experimentador e primeira emissão verbal do participante).

Após esse procedimento, as transcrições foram lidas pelo experimentador e pausas foram realizadas, tendo como critério acertos e erros previamente selecionados e, neste momento, verbalizados pelo experimentador. A primeira pausa da ligação estava relacionada a um comportamento verbal adequado do participante. O experimentador forneceu uma consequência social positiva logo após a pausa (isso mesmo, parabéns, você está correto, muito bem, muito bom, etc.) e descreveu detalhadamente o acerto. Por exemplo: "Parabéns, neste trecho você dá uma consequência positiva logo depois que o paciente fala sobre uma prática de saúde! Muito bom!".

A segunda pausa estava relacionada a um comportamento considerado inadequado. O experimentador fez a seguinte pergunta após a pausa: "Este trecho mostra um comportamento adequado seu ou, na sua opinião, você poderia ter melhorado sua abordagem?". Quando o enfermeiro considerou que poderia ter modificado e melhorado sua fala, o experimentador perguntou a ele qual seria, então, uma fala mais adequada. Quando o participante deu um

exemplo correto do que seria mais adequado naquela situação, o experimentador forneceu uma consequência social positiva e explicitou o que, no comportamento verbal do participante, estava adequado. Por exemplo:

Experimentador: Este trecho mostra um comportamento adequado seu ou, na sua opinião, você poderia ter melhorado sua abordagem?

Enfermeiro: Eu acho que podia ter perguntado se ele tinha alguma sugestão do que fazer ao invés de já dizer pra ele que tinha que fazer mais caminhadas!

Experimentador: Isso mesmo! Nós pretendemos que o paciente traga as ações possíveis para melhorar sua saúde. Quando parte dele, temos mais chance de que cumpra o esperado.

Quando o participante considerou que seu comportamento foi adequado, o experimentador emitiu a dica verbal: "Este trecho mostra uma interação com comportamento que pode ser melhorado. Como você melhoraria esta abordagem?".

Quando o participante não trouxe uma alternativa adequada, o experimentador deu um exemplo e detalhou o que seria o comportamento verbal adequado.

Em linhas gerais, foi solicitado que cada participante ouvisse o trecho selecionado e, no caso de ter emitido verbalizações adequadas, o experimentador consequenciou positivamente sua verbalização durante o monitoramento. No caso de verbalizações inadequadas, o experimentador perguntou se teria outra sugestão de como poderia ter agido diante da fala do paciente. Quando a resposta foi correta, uma consequência social positiva foi disponibilizada. Em caso de resposta negativa ou inadequada, o experimentador dava uma dica verbal e questionava novamente ao participante se ele poderia melhorar sua abordagem. Quando o participante ainda demonstrava dificuldade em emitir uma resposta adequada, o experimentador dava uma sugestão, descrevendo o comportamento verbal esperado.

Houve uma ordem de apresentação das interações, de modo a se iniciar com uma interação com verbalização adequada, seguida por uma interação com verbalização inadequada e assim sucessivamente. Houve um mínimo de seis trechos relacionados com interações com verbalizações adequadas e seis interações com verbalizações consideradas inadequadas.

Foi considerada adequada toda fala do participante relacionada a uma verbalização consistente com os comportamentos alvo pretendidos nos blocos de um até sete (pág.19). Foi considerada inadequada toda fala do participante que indicasse uma verbalização desfavorável à qualidade do atendimento (comportamentos inadequados apresentados no bloco 8, pág. 20).

Por fim, foi pedido para que utilizassem o recurso da folha com a separação dos blocos de comportamentos durante todos os monitoramentos realizados até o próximo treino (Apêndice C) e o experimentador verbalizou sobre a importância de utilizarem o que aprenderam nos monitoramentos futuros.

A Figura 1 apresenta o fluxograma do procedimento adotado no primeiro treino individual.

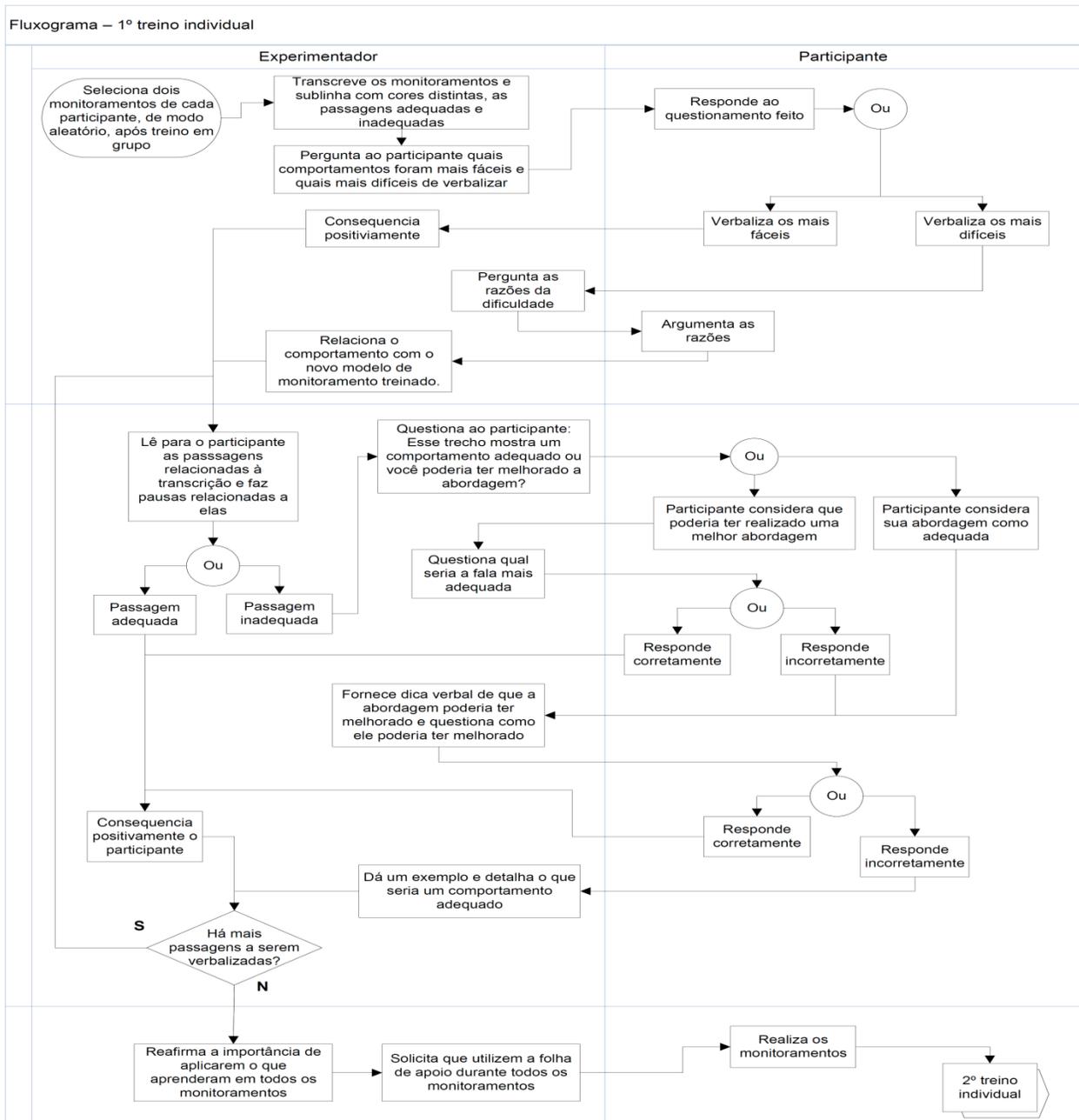


Figura1: Fluxograma relacionado ao primeiro treino individual.

## Segundo treino individual

Dois monitoramentos foram selecionados aleatoriamente desde que tivessem ocorrido na semana posterior ao primeiro treino individual. A partir desse treino, não houve uma ordem sucessiva de apresentação de interações com comportamentos adequados e inadequados, e as interações eram sublinhadas com uma mesma cor. Buscou-se, com esta mudança, diminuir a previsibilidade sobre a adequação ou não da interação a ser discutida. Com exceção dessa mudança nas marcações das transcrições, o procedimento inicial do segundo treino era idêntico ao do primeiro treino individual.

Após o procedimento inicial, o experimentador lia em conjunto com o participante as transcrições, e pausas, seguidas de questões sobre a adequação ou não do comportamento do participante, eram feitas pelo experimentador diante dos trechos previamente selecionados. O participante tinha que responder ao questionamento do experimentador se considerava as verbalizações sublinhadas como adequadas ou inadequadas e argumentar sobre suas considerações. Quando acertava a resposta sobre a adequação ou não de seu comportamento e argumentava de forma correta, uma consequência social positiva era fornecida pelo experimentador. Quando errava a resposta, o experimentador pedia para que o participante argumentasse sobre o porquê de sua avaliação, aguardava a argumentação e fornecia a resposta esperada. Quando o participante acertava a resposta, porém fornecia um argumento inadequado, o experimentador consequenciava positivamente o acerto da resposta e perguntava sobre o porquê daquele argumento. Diante da resposta fornecida pelo participante, o experimentador apresentava o argumento correto.

No fim desse treino, o experimentador informou que a utilização da folha com a separação dos blocos de comportamentos seria optativa para os atendimentos realizados até o próximo treino individual e verbalizou sobre a importância de utilizarem o que aprenderam nos monitoramentos futuros.

A Figura 2 apresenta o fluxograma relacionado ao segundo treino individual.

Fluxograma – 2º treino individual

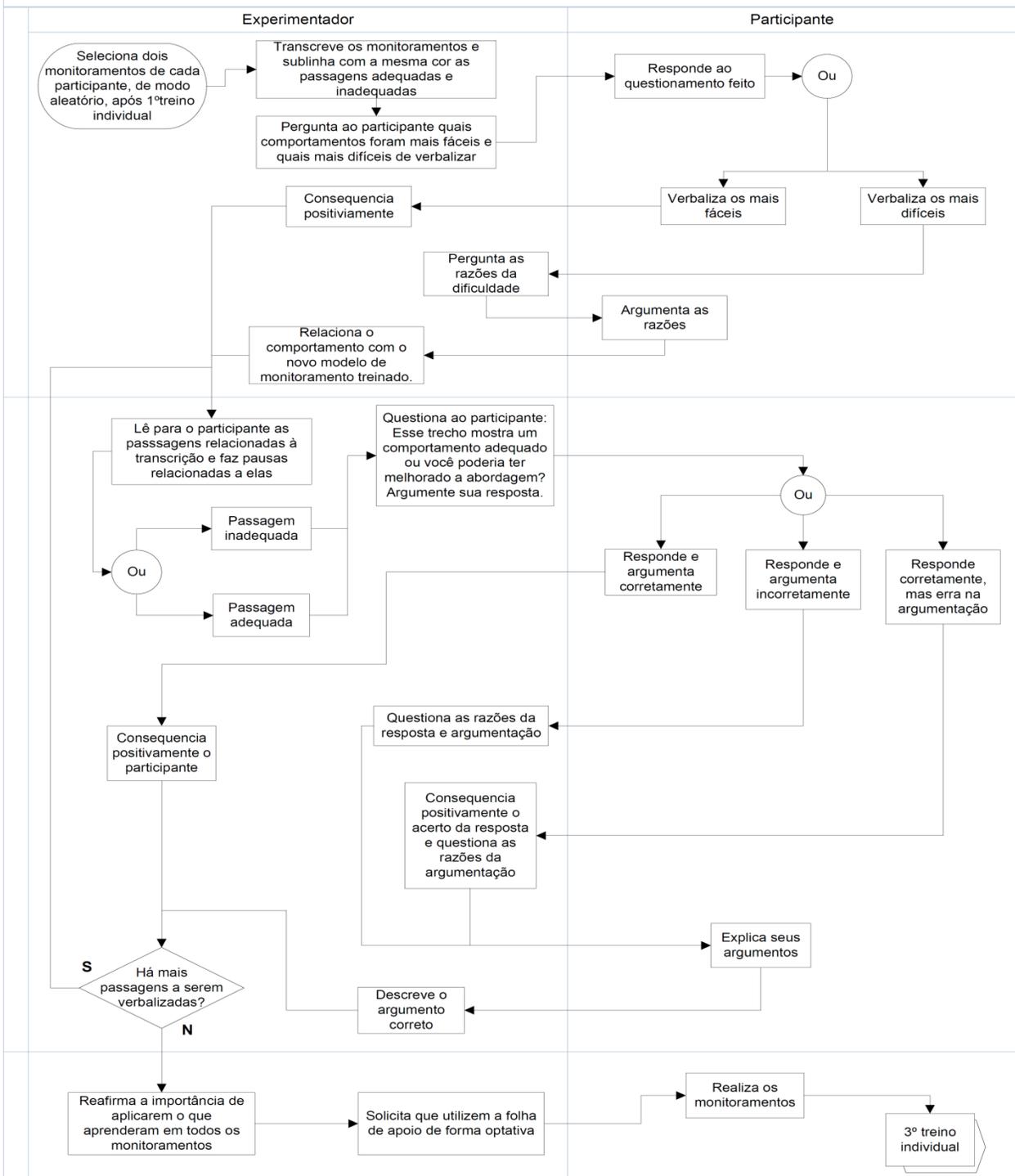


Figura 2: Fluxograma referente ao segundo treino individual.

### Terceiro treino individual

Dois monitoramentos foram selecionados aleatoriamente desde que tivessem ocorrido na semana posterior ao segundo treino individual. O procedimento inicial do terceiro treino

individual era igual ao início do procedimento do primeiro e segundo treinos individuais, com a exceção de que a transcrição não era sublinhada.

Em linhas gerais, a continuidade do procedimento foi semelhante ao do segundo treino individual, com a diferença de que o próprio participante deveria solicitar para o experimentador realizar as pausas na leitura das transcrições e avaliar, sem auxílio do experimentador, se o trecho continha uma verbalização adequada e por que ele avaliou a verbalização como tal (fazendo referência aos comportamentos alvo) ou se a avaliava como inadequada e, nesse caso, que sugestão ele tinha de como poderia ter agido diante da fala do paciente. Não houve qualquer especificação para o participante sobre a quantidade de interações que deveria analisar ou pausas que deveria fazer, deixando-se a critério do participante o número de interações selecionadas.

Foi dito ao participante para solicitar pausas a cada relato verbal relacionado aos comportamentos que se pretendeu desenvolver no treinamento e aos que considerou que poderiam ser modificados e melhorados. Consequências sociais positivas foram disponibilizadas a cada acerto.

Quando (1) o participante indicou a interação com a verbalização adequada, no entanto, ela foi inadequada; ou indicou a interação com a verbalização inadequada, porém ela foi adequada; e quando (2) o participante acertou o tipo de interação, porém o argumento relacionado às verbalizações adequadas e inadequadas não se referiram aos comportamentos alvo selecionados para estas duas categorias, o experimentador: no primeiro caso (1), perguntou ao participante as razões pelas quais considerou que a interação continha um comportamento adequado ou inadequado e, diante do argumento, verbalizou o que seria considerado adequado; e, no segundo caso (2), especificou as associações entre as interações e os comportamentos alvo treinados.

Quando houve um número inferior a três interações com comportamentos adequados e três interações com comportamentos inadequados indicados pelo participante, o experimentador indicou um ou dois outros trechos (o suficiente para completar três interações com verbalizações adequadas e três inadequadas) na transcrição e perguntou ao participante se as considerava como adequadas ou inadequadas. O procedimento foi o mesmo do segundo treino individual.

Foi solicitado pelo experimentador, ao fim desse treino, que os participantes não fizessem uso da folha contendo a separação dos blocos de comportamento como auxílio nos futuros monitoramentos; o experimentador também verbalizou sobre a importância de utilizarem o que aprenderam nos próximos monitoramentos.

A Figura 3 apresenta o fluxograma relacionado ao terceiro treino individual.

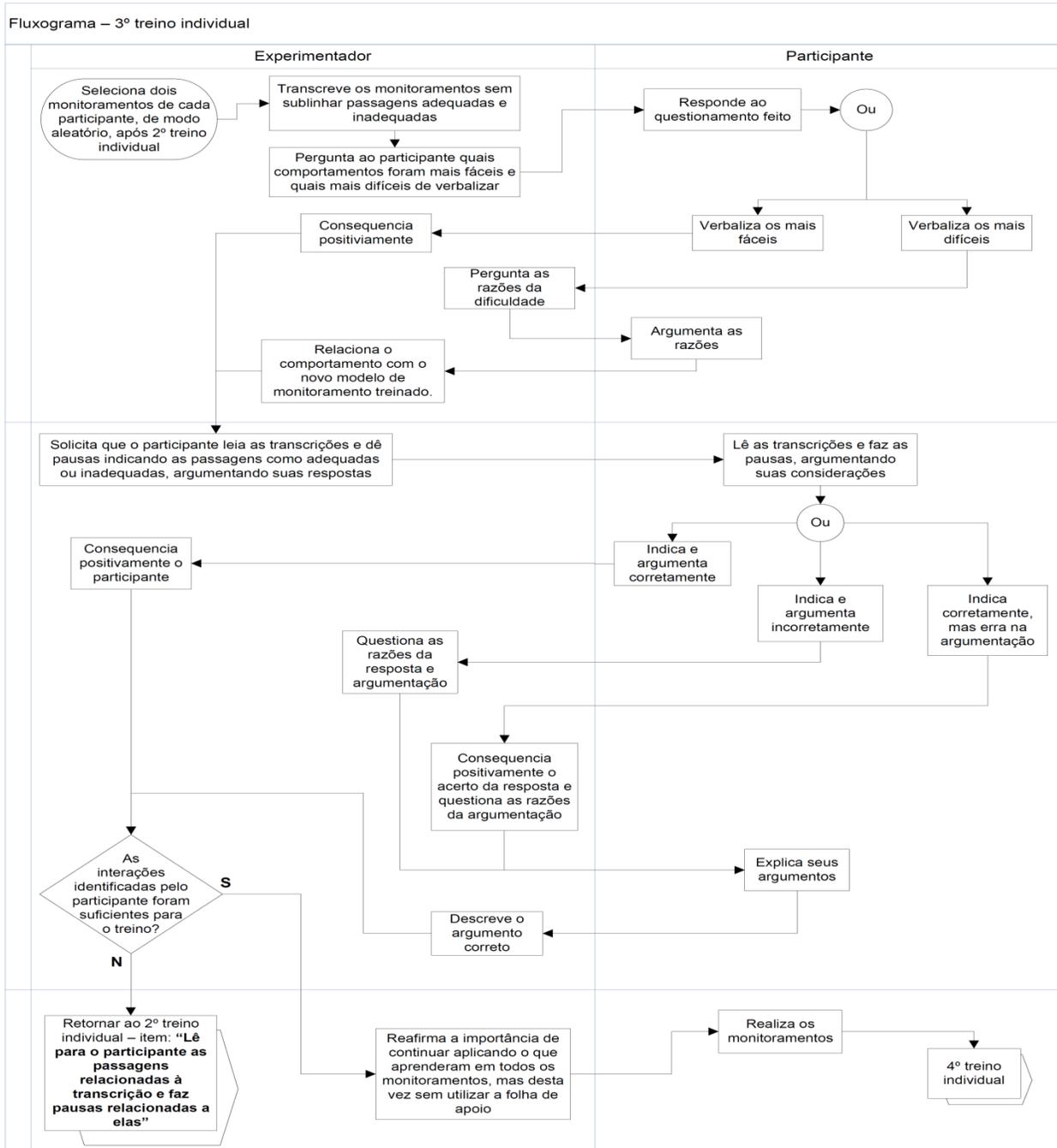


Figura 3: Fluxograma referente ao terceiro treino individual.

#### Quarto treino individual

Dois monitoramentos foram selecionados aleatoriamente desde que tivessem ocorrido na semana posterior ao terceiro treino individual. Apenas uma ligação transcrita foi treinada seguindo o modelo do terceiro treino. Em seguida, deu-se início ao treino de registro de informações no sistema. Foi apresentada a apostila com o modelo de registro das informações em sistema, com os comportamentos alvo pretendidos (ver Apêndice D).

Foram compartilhados a área da página em que as informações levantadas durante o monitoramento deveriam ser alimentadas e um roteiro de registro com as especificações das informações a serem registradas. Uma explicitação oral sobre o roteiro de registro foi fornecida pelo experimentador ao participante, que salientou a importância do registro para a continuidade do processo de atendimentos neste modelo.

Em conjunto com o experimentador, o participante leu a transcrição do segundo monitoramento, e os dados pertinentes ao roteiro de registro foram indicados pelo experimentador. Segue exemplo da fala do experimentador: "Este trecho se refere ao item metas específicas a serem realizadas pelo paciente."

#### Quinto treino individual

Este treino teve o objetivo de ensinar especificamente o registro de informações em sistema. Dois monitoramentos ocorridos na semana posterior ao quarto treino individual foram selecionados aleatoriamente e transcritos pelo experimentador. O procedimento consistiu em solicitar que o participante, de posse da transcrição, verificasse se houve o registro no sistema das informações pertinentes e, caso isso não tivesse acontecido, o experimentador solicitou ao participante que o fizesse.

Para tanto, o experimentador leu junto com o participante os campos do sistema em que as informações são registradas após o monitoramento ("Evolução" e "Outras informações/Orientações"), perguntou qual informação esperada estava registrada corretamente e consequenciou positivamente o participante diante da resposta adequada.

Foi considerada resposta adequada aquela em que o participante descrevia oralmente a relação correta entre a informação registrada e o comportamento alvo a que se referia. Por exemplo: "Eu registrei que a meta da ação escolhida pelo paciente até o próximo monitoramento é que ele deverá tomar mais água". Foram consideradas respostas inadequadas a ausência de registro de uma informação relevante ou uma descrição oral incorreta da relação entre a

informação registrada e o comportamento alvo a que se referia. Nos dois casos, o experimentador perguntou ao participante por que estabeleceu aquela relação ou deixou de fazer o registro e pediu que lesse a transcrição e verbalizasse a parte relevante do relato do paciente que deixou de anotar e a que comportamento alvo a mesma se referia.

Por fim, o experimentador pediu para o participante fazer a edição com a informação atualizada, e uma consequência social positiva foi disponibilizada quando ele o fez. Quando o participante não conseguia fazer as relações, o experimentador fazia a descrição do relato do paciente, com a especificação do comportamento alvo a que se referia.

Quando o participante deixou de colocar a informação porque a mesma não foi investigada no monitoramento, o experimentador relatou a importância de abordar no monitoramento todos os comportamentos alvo relevantes para o acompanhamento dos pacientes, conforme consta do material recebido no início do treinamento, e pediu que o participante desse sugestões sobre como poderia ter buscado a informação com o paciente. Uma consequência social positiva foi fornecida diante da sugestão e, caso não houvesse nenhuma, o experimentador fazia a descrição de uma possibilidade de verbalização que levaria o paciente a relatar o pretendido.

Quando a informação esperada estava contida na transcrição da entrevista e não havia sido registrada, o experimentador leu em conjunto com o participante a transcrição e perguntou se existia algum comportamento ali contido que também poderia ser registrado. Quando a resposta era positiva, foi pedido que o participante fizesse a atualização de registro no sistema, e uma consequência social positiva foi fornecida. Quando a resposta foi negativa, o experimentador indicou o comportamento observado na transcrição que poderia ser registrado e o detalhou. Foi pedido ao participante que fizesse a atualização do registro da informação no sistema e uma consequência social positiva foi fornecida.

#### *Follow up*

Dois monitoramentos ocorridos um mês após o quinto treino individual foram selecionados aleatoriamente e transcritos pelo experimentador.

#### *Procedimento de tabulação e análise dos dados*

Foram tabuladas e analisadas as transcrições de duas ligações aleatoriamente selecionadas para cada participante desde o pré treino até o *follow up*, passado um mês do quinto treino individual, conforme consta na Tabela 1. Ao final das tabulações, o experimentador

computou os dados somando os resultados observados dos comportamentos emitidos pelos enfermeiros nas duas transcrições de cada fase e os dividiu por dois. O delineamento foi de sujeito único, quando o participante é seu próprio controle.

Tabela 1

Fases da pesquisa em que se fez o registro dos dados de monitoramento e pós monitoramento para cada participante.

Semanas	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	5ª sem.	6ª sem.	7ª sem.	8ª sem.	Follow up
<b>Fases do Estudo</b>									
<b>Pré treino</b>	X								
<b>Material de apoio</b>		X							
<b>Treino em grupo</b>			X						
<b>1º Treino individual</b>				X					
<b>2º Treino individual</b>					X				
<b>3º Treino individual</b>						X			
<b>4º Treino individual</b>							X		
<b>5º Treino individual</b>								X	
<b>Follow-up</b>									X

Para o procedimento de tabulação das verbalizações emitidas pelos enfermeiros foi criada pelo experimentador uma folha de registro com os comportamentos alvo treinados. A folha de registro foi dividida segundo os diferentes blocos de comportamentos treinados, e marcações eram realizadas pelo experimentador nos campos "Faz", "Não Faz", "Completo" e "Parcial", de acordo com o observado nas verbalizações dos participantes encontradas nas transcrições.

Houve a necessidade de se estabelecer critérios específicos para algumas verbalizações observadas nas transcrições categorizadas como "Faz" ou "Não Faz", "Parcial" ou "Completo". Para facilitar o entendimento da forma como os comportamentos foram categorizados, a seguir serão apresentadas tabelas para os blocos de comportamentos alvo contidos na folha de registro, com uma breve descrição das marcações e os critérios para alguns comportamentos.

Todos os campos das tabelas eram marcados com o número 1 em caso de ocorrência (Faz e completo ou parcial) ou não ocorrência (Não faz). Apenas nas tabelas em que havia um número de oportunidades de ocorrência maior que um, esses campos deveriam ser registrados de acordo com a quantidade de ocorrências correspondente.

A Tabela 2 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 1 (Apresentar o programa de gerenciamento de pacientes crônicos).

Tabela 2

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados à apresentar o programa de gerenciamento de pacientes crônicos.

Condições antecedentes	Ação (Apresentar o Programa)	Faz	Completo	Parcial	Não faz
Paciente atende a ligação	Informar o próprio nome e da operadora				
Paciente cumprimenta (bom dia, oi, boa tarde, etc)	Perguntar se pode falar com o paciente				
Paciente aceita dar continuidade ao contato	Relatar que o monitoramento será um diálogo de incentivo aos melhores hábitos de saúde				

Na Tabela 2 foram marcadas com o número 1 as ocorrências parciais (marcaram-se os campos "Faz" e "Parcial") caso o participante informasse o próprio nome ou da operadora e caso informasse o objetivo do programa sem detalhamento ("Vamos falar de saúde", por exemplo). Os campos correspondentes à verbalização "Perguntar se pode falar com o paciente" foram marcados apenas como "Faz" ou "Não faz".

A Tabela 3 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 2 (Investigar sobre estado atual de saúde).

Tabela 3

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a investigar sobre estado atual de saúde.

Condições antecedentes	Ação (Investigar estado atual de saúde)	Faz	Completo	Parcial	Não faz
Paciente aceita dar continuidade ao contato ou afirma como está se sentindo (estou bem, mais ou menos, etc)	Realizar perguntas sobre dados de saúde do paciente (exames, consultas, etc)				
Paciente afirma que não foi a uma consulta ou exame que estava marcado	Caso o paciente não tenha realizado a consulta e/ou exame <b>pendente</b> , perguntar quando o fará e estabelecer esta ação como uma meta				

Na Tabela 3, foi considerado como exame ou consulta pendente o exame ou consulta em que houve o agendamento, mas o paciente não compareceu, independente da justificativa, e quando o paciente deveria ter agendado exame ou consulta, mas deixou de fazê-lo. Os realces em cinza significam que o comportamento não poderia ser observado para determinado monitoramento. Como exemplo, essa tabela está relacionada a um monitoramento em que o enfermeiro fez as perguntas sobre dados de saúde do paciente e não houve a oportunidade para estabelecer metas, pois o paciente verbalizou que não havia consultas pendentes.

Quanto a "Realizar perguntas sobre dados de saúde do paciente (exames, consultas, etc.)" foi marcada apenas a ocorrência (Faz) ou não ocorrência (Não faz). Nas verbalizações relacionadas ao estabelecimento de metas quando havia uma consulta pendente, considerou-se como "Faz" e "Completo" quando havia um detalhamento da meta a partir de questionamentos feitos pelos participantes ao paciente sobre previsão de prazos para cumprimento, como fariam a marcação das consultas ou exames, entre outras especificações. As marcações em "Faz" e "Parcial" ocorriam quando o participante apenas verbalizava uma frase sem detalhamento, como: "Então essa será sua meta, Sr. X".

A Tabela 4 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 3 (Esclarecer dúvidas de saúde).

Tabela 4

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a esclarecer dúvidas de saúde.

<b>Condições antecedentes</b>	<b>Ação (Esclarecer dúvidas de saúde)</b>	<b>Faz</b>	<b>Não faz</b>	
Paciente finaliza relato sobre consultas, exames e dados de saúde ou afirma como se sentiu desde o último contato	Perguntar se o paciente possui dúvidas sobre saúde ou se gostaria de falar sobre um tema de saúde			
		<b>Oportunidades</b>	<b>Faz</b>	<b>Não faz</b>
Paciente faz perguntas em saúde ou relata indecisões sobre uma ação a ser tomada	Responder às perguntas, indecisões ou temas propostos			

Na Tabela 4, foi registrada a ocorrência ou não ocorrência de perguntas relacionadas a dúvidas sobre saúde ou se o paciente gostaria de dialogar sobre um tema de seu interesse sobre

saúde. E foi registrada a ocorrência ou não ocorrência de respostas dos participantes às perguntas ou comentários dos pacientes. Foi marcada a ocorrência (Faz) apenas quando o participante fazia esse questionamento no início do contato, após a apresentação do programa ou após verbalização do paciente sobre consultas e exames. Quanto a "Responder às perguntas, indecisões ou temas propostos", há uma coluna denominada "Oportunidades", que se refere à quantidade de perguntas sobre saúde ou relatos de indecisões sobre ações a serem adotadas feitos pelo paciente ao longo de todo o contato. Desse modo, foi possível analisar o número de ocorrências considerando-se o número de oportunidades.

A Tabela 5 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 4 (Estimular o diálogo sobre fatores de risco e proteção à saúde do paciente).

Tabela 5

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a estimular o diálogo sobre fatores de risco e proteção à saúde do paciente.

Condições antecedentes	Ação (Estimular o diálogo sobre fatores de risco e proteção de saúde com o paciente)	Oportunidades	Faz	Não faz
Paciente afirma estar com uma doença, estar com dor ou algum sintoma da doença, resultado ruim de exame ou diagnóstico	Fazer perguntas ou afirmativas que incitem o paciente a falar sobre fatores de risco e/ou proteção relacionados a sua condição de saúde, antes de fornecer uma dica em saúde			
Paciente verbaliza fatores de risco ou fatores de proteção de saúde, que não o uso de remédios e idas aos médicos				
Paciente estabelece ou aceita as metas/sugestões				
Paciente traz dúvidas sobre saúde				
Paciente verbaliza cuidados específicos de saúde relacionados ao uso de medicações prescritas, comparecimento a profissionais de saúde, exames e marcações de consultas ou exames.				
Paciente verbaliza sobre parâmetros aceitáveis de saúde ou que está se sentindo bem/melhor				

Na Tabela 5, como na anterior, há uma coluna denominada "Oportunidades", que se refere aos números de estímulos antecedentes, verbalizações dos pacientes, que deveriam evocar perguntas dos participantes que incitassem o paciente a falar sobre os fatores agravantes ou de proteção à saúde. Foi marcado no campo "Faz" o número de ocorrências em que se observou a realização dessas perguntas.

Considerou-se como comportamentos de proteção ou agravantes à saúde (em amarelo): comparecer ou deixar de comparecer em consultas com especialistas não médicos (fisioterapeuta,

nutricionista, psicólogo, etc); alimentar-se adequadamente ou inadequadamente; realizar ingestão hídrica adequada ou inadequada; usar aparelhos, aplicativos ou outros instrumentos voltados ao cuidado de sua saúde ou, caso o paciente tivesse dificuldade em se organizar para realizar esses cuidados, deixar de usar ferramentas e instrumentos sugeridos relacionados ao seu autocuidado; buscar rede de apoio ou manter uma relação distante e conturbada com familiares e amigos que poderiam auxiliar no cuidado de sua saúde; fazer auto-exame glicêmico e pressórico ou deixar de fazê-lo, entre outros. Reconhece-se que ir ou deixar de ir aos médicos, realizar ou não exames de saúde, tomar ou não medicamentos prescritos são comportamentos de proteção ou agravantes de saúde. Optou-se, entretanto, por contabilizar a ocorrência desses comportamentos noutro espaço (em rosa), já que se pretendeu analisar especificamente quais verbalizações sobre comportamentos de risco e proteção estariam diretamente relacionadas a outros cuidados de saúde.

Foram consideradas perguntas que estimulam ou incitam o paciente a falar sobre fatores agravantes ou de risco e proteção à saúde as indagações que investigam a quantidade e o tempo de ações de auto-cuidado dos pacientes ou as dificuldades associados a esses cuidados, além de verbalizações que induzem a detalhamento dessas ações: onde, o quê, como, qual, quando, por quê e de que forma. Assim, esperava-se que o participante emitisse verbalizações como: o que o senhor faz para manter esse cuidado? Como o senhor pretende mudar ou iniciar essa ação? De que forma o senhor pretende...? Por que o senhor acredita que...? etc., antes de fornecer uma dica, informação ou orientação em saúde. As oportunidades se referem à quantidade de ocorrência de cada um dos estímulos antecedentes, verbalizações dos pacientes, que se esperava que se tornassem estímulos discriminativos para que o participante realizasse as indagações mencionadas.

Não foram consideradas perguntas que estimulavam o relato sobre fatores de risco e proteção aquelas consideradas protocolares, ou seja, perguntas associadas a instrumentos ou escalas de Avaliação de Atividades de Vida Diária do paciente (AVD), Avaliação de Atividades Instrumentais do paciente (AVI), outros protocolos ou escalas de avaliações dos pacientes (escalas sócioeconômicas, *Alcohol Use Disorders Identification*, entre outros) e perguntas consideradas rotineiras nos contatos, tais como: "Como o senhor passou de saúde desde o nosso último contato?" e "O exame glicêmico foi feito em jejum?".

A Tabela 6 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 5 (Fornecer orientações em saúde).

Tabela 6

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a fornecer orientações em saúde.

Condições antecedentes	Ação (Fornecer orientações em saúde)	Faz	Não faz
Paciente relata um tema sobre sua saúde	Fornecer orientações e dicas em saúde relacionadas aos fatores de risco e/ou proteção relativos às suas doenças		

Na Tabela 6, foram assinaladas como "Faz" as ocorrências em que o participante verbalizava quaisquer informações em saúde para o paciente relacionadas aos fatores agravantes e de proteção à saúde relativos às suas doenças. Na ausência de tais verbalizações, registrou-se "Não faz".

A Tabela 7 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 6 (Finalizar o contato com o paciente).

Tabela 7

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a finalizar o contato com o paciente.

Condições antecedentes	Ação (Finalizar o contato)	Fez	Completo	Parcial	Não faz	Adequado (A)/Inadequado (I)
Paciente verbaliza compreender as orientações ou dicas em saúde (sim, exato, entendi, ok, etc)	Perguntar para o paciente se o mesmo possui sugestões associadas a ações de cuidado à sua saúde					
Paciente relata compreender as colocações do enfermeiro e propõe uma sugestão de cuidado ou paciente afirma que não tem sugestões	Estabelecer com o paciente uma meta específica de ação					
	Se o paciente não fizer uma sugestão, propor uma ação de cuidado a saúde					
	Caso o paciente não descreva uma ação específica e não considere a sugestão adequada, perguntar para o paciente se poderia pensar a respeito ou conversar sobre este tema no próximo contato					
Paciente faz afirmativas ao final das interações do monitoramento (exato, sim, tá, tudo bem) ou relata que não tem dúvidas	Perguntar se existe mais alguma dúvida					
	Elogiar e agradecer					
	Indicar uso da Central de Emergência e Central de Apoio					

As ações "Perguntar para o paciente se o mesmo possui sugestões associadas a ações de cuidados à sua saúde" e "Estabelecer com o paciente meta específica de ação" poderiam ser marcadas como ocorrência (Faz) caso fossem observadas ao longo de todo o monitoramento. As ações "Se o paciente não fizer uma sugestão, propor uma ação de cuidado à saúde" e "Caso o paciente não descreva uma ação específica e não considere a sugestão adequada, perguntar para o paciente se poderia pensar a respeito ou conversar sobre este tema no próximo contato" foram registradas como "Faz" quando observadas no momento de encerramento do monitoramento. Como critério de encerramento do monitoramento ("Finalizar o contato"), foi estipulado que seriam contabilizadas as verbalizações contidas a partir da terceira interação (paciente/enfermeiro) anterior às verbalizações que indicavam o fim do monitoramento emitidas pelos participantes, como: o senhor quer me fazer mais alguma pergunta? Tem algo que o senhor queira me perguntar? O senhor tem os números da Central de Emergências e de Apoio?, entre outras. Segue um exemplo do encerramento do monitoramento, com a pergunta que indica a contagem das três interações demarcada em fonte itálico, e com as três interações contabilizadas no encerramento sublinhadas:

Enfermeiro: Passa na pele, adere rapidinho, fator 30, suficiente, não precisa mais que isso.

Paciente: sei, sei.

Enfermeiro: Tá? Deixo a dica aí pro senhor cuidar da pele, não passar por isso novamente, que foi bem complicado, né, Sr. Y?

Paciente: É ruim, horrível.

Enfermeiro: É. Mas agora eu vejo que o senhor melhorou 90%, é praticamente melhora total, né?

Paciente: Isso.

Enfermeiro: Mas eu vou colocar aqui os remédios que o senhor falou que tá utilizando, e com o retorno com o dermatologista. A gente continua acompanhando o senhor. O senhor tem a previsão de algum outro médico pra esse mês, Sr. Y?

Paciente: Olha, por enquanto não.

Enfermeiro: Tá. O senhor quer perguntar alguma coisa, quer conversar sobre algum outro tema?

Paciente: Não, não, tá tudo ótimo.

Enfermeiro: Então tá bom. Mas obrigado, Sr. Y, pela atenção, parabéns pela melhora na saúde. Feliz 2015 pra toda a família e até mês que vem a gente conversa.

Paciente: Tá, muito obrigado e pro senhor também.

Enfermeiro: Obrigada, Sr. Y. Central de Apoio e Emergência ficam à disposição.

Paciente: Tá ok.

Enfermeiro: Um abraço. Tchau.

A Tabela 8 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 7 (Consequenciar positivamente o paciente).

Tabela 8

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a consequenciar positivamente o paciente.

Condições antecedentes	Ação	Oportunidades	Não faz	Completo (N. vezes que consequencia + e descreve)	Parcial (N. vezes que ou consequencia + ou descreve)
Paciente verbaliza fatores de risco ou fatores de proteção de saúde, que não o uso de remédios e idas aos médicos	<b>Consequenciar positivamente</b> falas do paciente imediatamente após seu relato sobre <b><u>ação que diminua fator de risco ou que aumente ou mantenha fator de proteção</u></b> relacionando a consequencia positiva com o episódio descrito pelo paciente // ou <b>consequenciar</b> falas do paciente imediatamente após seu relato sobre <b><u>ação ou episódio negativo sobre saúde e ações que diminuam os fatores de proteção ou aumentem os de risco</u></b> relacionando a consequência com o episódio descrito pelo paciente				
Paciente estabelece ou aceita as metas/sugestões					
Paciente traz dúvidas sobre saúde					
Paciente verbaliza cuidados específicos de saúde relacionados ao uso de medicações prescritas, comparecimento a profissionais de saúde, exames e marcações de consultas ou exames					
Paciente verbaliza sobre parâmetros aceitáveis de saúde ou que está se sentindo bem/melhor					

Na Tabela 8, há a coluna "Oportunidades", que se refere ao número de ocorrências de cada um dos estímulos antecedentes, verbalizações dos pacientes. Marcou-se nessa tabela o número de vezes em que houve a ausência de consequências positivas (Não faz) ou o número de ocorrências de consequências positivas completas ou parciais.

O critério para registrar o fazer completo foi de que o enfermeiro fornecesse uma consequência positiva em forma de elogio ou reconhecimento, descrevendo os benefícios para a saúde da ação de autocuidado verbalizada pelo paciente. O fazer foi considerado parcial quando o enfermeiro apenas elogiou ou apenas descreveu essa relação benéfica.

Como o paciente nem sempre verbaliza uma ação de autocuidado à saúde, o fazer também foi considerado como completo quando, diante de afirmativas do paciente relacionadas a algo negativo (parar de caminhar, por exemplo), o enfermeiro faz a descrição dos riscos e prejuízos daquele comportamento para a saúde do paciente. Nesses casos, o enfermeiro devia consequenciar o relato informando o ônus da ação do paciente para sua saúde, sem dar um elogio. Não era registrado o fazer parcial para essas interações.

As seguintes verbalizações foram consideradas consequências positivas em forma de reconhecimento ou elogio: Isso mesmo! Legal! Excelente! Bacana! Ótimo! Muito bom! Parabéns! Com certeza! Exato!.

As seguintes verbalizações não foram consideradas como consequências positivas: Humru, Humm, Tá, Ok, Sim, Entendi.

As verbalizações "Isso" e "Tá certo" foram passíveis de interpretação, pois devia-se avaliar se o enfermeiro estava de fato consequenciando uma afirmativa do paciente ou se estava apenas gerando uma oportunidade para que o paciente continuasse a discorrer sobre o que estava falando. Para tanto, buscou-se pontuar com exclamação as frases dos participantes nas transcrições, segundo a entonação, quando deveria ser considerado como uma consequência positiva (Faz); e ponto final quando se referia apenas a uma oportunidade para que o paciente continuasse a discorrer (Não faz).

A Tabela 9 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 8 (Comportamentos inadequados).

Tabela 9

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados aos comportamentos inadequados.

Condições antecedentes à ação do enfermeiro	Ação do enfermeiro	Não faz	Faz (quantidade)
Paciente verbaliza sobre compreensão da dica ou informação	Fornecer dicas de saúde repetidamente sem que o paciente peça para repetir a informação		
Paciente traz uma informação ou dúvida específica sobre sua saúde	Dar uma dica de saúde não relacionada ao tema em questão		
Paciente verbaliza qualquer frase	Inferir ou interromper a frase do paciente sem que ele a tenha		

A primeira verbalização considerada inadequada foi repetir a orientação. Foi considerado repetição quando as mesmas dicas forem fornecidas mais de uma vez pelo enfermeiro, em mais de uma interação. Registrava-se o número de ocorrências de repetições para cada monitoramento transcrito.

A segunda ação inadequada do participante se referia a dar uma dica de saúde não relacionada ao tema em questão, ou seja, o participante fornecia uma orientação descontextualizada do conteúdo do diálogo com o paciente. Por exemplo, o paciente está relatando suas consultas e exames e o participante diz: "Sr. X, está muito quente e seco, por isso, é importante que o senhor ingira ao menos oito copos de água por dia". Esta orientação seria adequada caso o paciente trouxesse uma queixa relacionada ao tempo ou clima. Foi também considerado "Dar uma dica de saúde não relacionada ao tema em questão" quando houve uma mudança de tema sem uma frase que denotasse mudança no diálogo (como, por exemplo: "mudando um pouco de assunto...", "apenas para complementar o que falávamos...", "outro ponto importante...") para um novo tema a ser abordado.

"Inferir a continuidade da frase" se refere a interromper uma fala do paciente. Isso era indicado nas transcrições utilizando-se reticências (...) no fim da frase do paciente.

A Tabela 10 se refere à forma como eram registrados os comportamentos alvo treinados no Bloco 9 (Registro dos dados levantados com os pacientes no sistema desenvolvido pela empresa).

Tabela 10

Modelo de folha de registro dos comportamentos alvo relacionados a registrar os dados levantados com os pacientes no sistema desenvolvido pela empresa.

Folha de registro dos comportamentos no pós-monitoramento					
Bloco	Informações registradas	Sim	Não	Observações (campos)	
				OI	E
Registro de informações em sistema	Metas e ações a serem realizadas pelo paciente				
	Ações já efetivadas pelo paciente				
	Variáveis descritas que diminuam ou aumentem a probabilidade do cumprimento da meta				
	Sugestão de pauta de abordagem para próx. monitoramento				
	Informações de exames, consultas, medicações e problemas em saúde colhidas com o paciente				

Na Tabela 10 houve o registro de ocorrências ou não ocorrências nas colunas "Sim" e "Não", e nas colunas "Outras Informações/Orientações - OI" - e "Evolução - E" - eram registradas as informações detalhadas.

#### *Cálculo de concordância entre observadores*

Houve a verificação de concordância entre observadores para validação dos dados registrados. O segundo observador foi um mestrando em Análise do Comportamento. Para auxiliá-lo na compreensão dos critérios de registro, foi-lhe entregue uma apostila, contendo informações sobre como alimentar a planilha, e foi feita, pelo experimentador, uma apresentação oral sobre o procedimento de registro e sobre a folha de registro. Foram entregues para o segundo observador as transcrições de três monitoramentos e foi realizada a tabulação conjunta desses monitoramentos.

Depois disso, o segundo observador registrou 20% do total de transcrições dos monitoramentos de forma independente (aproximadamente 24 transcrições foram analisadas por ele). Buscou-se distribuir as transcrições para o cálculo de concordância entre observadores entre as diversas fases e os diversos participantes.

Para cada comportamento alvo contido nas Folhas de Registro foi analisada a concordância ou discordância entre os dois observadores. O cálculo feito considerou o número de concordâncias, dividido pelo número de concordâncias mais discordâncias e multiplicando-se o resultado por 100.

## Resultados e discussão

A escolha dos comportamentos alvo treinados com os participantes ocorreu com base no levantamento de características observadas na interação entre os enfermeiros e pacientes pelo experimentador. Verificou-se que o modelo de contato entre os enfermeiros e os pacientes era informativo e as verbalizações sobre as variáveis associadas aos comportamentos de proteção à saúde nem sempre eram abordadas antes dos treinos. Os enfermeiros coletavam dados relacionados às medidas de pressão, glicêmicas ou outras associadas às doenças dos pacientes, informavam sobre estratégias de manejo dessas doenças e orientavam os pacientes sobre os cuidados.

Outra característica da interação observada antes dos treinos dizia respeito aos conteúdos das verbalizações dos pacientes durante os monitoramentos. Verificou-se que quando os enfermeiros faziam uma pergunta introdutória ao diálogo no monitoramento ("Como o(a) senhor(a) passou de saúde desde o nosso último contato?"), o paciente relatava normalmente as medidas de saúde orgânica e se havia realizado exames ou alguma consulta médica. Como grande parte dos pacientes já se encontrava no programa de gerenciamento de pacientes crônicos no mínimo há um ano, aventou-se a possibilidade de que os conteúdos das verbalizações dos pacientes estivessem restritos aos temas epidemiológicos. Por mais que não houvesse uma técnica sistemática empregada pelos enfermeiros, provavelmente as consequências verbais emitidas diante da fala dos pacientes tivessem modelado o comportamento verbal dos mesmos para verbalizações sobre esses temas.

Com os treinamentos, buscou-se iniciar um processo de modificação das características anteriormente descritas nos monitoramentos de pacientes com doenças crônicas. Para tanto, optou-se por treinar inicialmente seis enfermeiros que trabalham diariamente em contato com os pacientes e verificar os resultados encontrados. Buscou-se, em linhas gerais, aumentar a ocorrência de verbalizações relacionadas a investigação por parte dos enfermeiros de temas associados a fatores agravantes e de proteção à saúde, a liberação de consequências diferenciais fornecidas pelos enfermeiros aos pacientes, introduzir no monitoramento o estabelecimento de metas, além de diversificar os conteúdos dos diálogos que estavam mais voltados à investigação epidemiológica.

Os seis enfermeiros escolhidos participaram de todas as etapas do treinamento. Apesar dos critérios de inclusão estabelecidos previamente, um participante (P2) saiu de férias após o quinto treino individual, permanecendo durante um mês sem realizar os monitoramentos semanais com os pacientes, porém retornou a tempo de realizar os monitoramentos que faltavam, da fase de *follow up*. Outro participante (P1), mudou de área e funções no período decorrido entre o primeiro e o segundo treinos individuais; entretanto, continuou a realizar os treinamentos e fez os monitoramentos nos dias em que estes eram selecionados para uso nos próximos treinos.

O resultado do cálculo do acordo de observadores realizado entre o experimentador e um mestrando de Análise do Comportamento foi de 83,2% de concordância. As maiores diferenças nesse acordo ocorreram para as verbalizações "realizar perguntas que incitem o paciente a falar sobre fatores agravantes e de proteção relacionados à sua condição de saúde" (Bloco 4) - 70% - e "consequenciar positivamente falas do paciente imediatamente após situações específicas" (Bloco 7) - 71%. Essas diferenças nos resultados do cálculo de observadores podem estar relacionadas ao maior número e variedade de emissões verbais dos pacientes e dos participantes em relação a essas verbalizações, se comparadas às demais verbalizações treinadas, tabuladas e analisadas.

Na avaliação da leitura a ser realizada pelos enfermeiros (material entregue na Etapa 5- Apresentação do material de apoio), três participantes (P2, P3 e P4) atingiram a nota 7,0, a nota mínima para se considerar que houve leitura da apostila; um participante tirou a nota 9,0 (P6); e dois participantes tiraram 10,0 (P1 e P5). De acordo com o critério estabelecido, considerou-se que todos os participantes realizaram a leitura do material de apoio antes de participar do treino em grupo. Os três participantes que obtiveram as melhores notas (P1, P5 e P6) descreveram nas respostas da avaliação conteúdos que eram pouco frequentes antes dos treinos ao se referirem às ações adequadas do enfermeiro encontradas na transcrição, como incitar o paciente a dialogar sobre fatores agravantes e de proteção à saúde e estabelecer metas com os pacientes. Os demais participantes (P2, P3 e P4) descreveram verbalizações adequadas, que normalmente já praticavam, como realizar perguntas sobre dados de saúde do paciente, relatar o próprio nome e do programa e indicar o uso da Central de Emergência e de Apoio.

O procedimento de treino trabalhou basicamente com reforçamento diferencial de respostas, remoção de dicas e formulação de instruções para se atingir os objetivos

comportamentais propostos. Buscou-se respeitar ao máximo os princípios defendidos por autores da Análise do Comportamento para a montagem de um programa de ensino: participação ativa do aprendiz, composição de suas respostas, organização do treinamento de passos simples aos mais complexos (no presente caso, aqueles realizados com menos dicas), estabelecimento de objetivos comportamentais, aproximação da situação de ensino-aprendizagem às experiências reais vivenciadas pelos aprendizes, orientação e explicitação clara do experimentador sobre as contingências relacionadas às situações de ensino-aprendizagem. Apesar de estes princípios terem sido seguidos pelo experimentador, houve outros que não o foram, devido a algumas particularidades da situação do experimento.

A definição do tempo de duração do estudo e do número de dias de treinamento foi acordada antes do início do contato com os participantes, respeitando-se o estabelecido pela empresa. Houve um treino em grupo e cinco treinos individuais com os participantes. A passagem dos participantes para as fases seguintes, mesmo que não atingissem 100% de acerto dos comportamentos treinados nas fases anteriores, pode ter influenciado os resultados, gerando oscilações nos dados. Apesar de o método utilizado privilegiar o ensino individualizado e trabalhar especificamente com acertos e erros do aprendiz, seu ritmo de aprendizagem não pôde ser respeitado, dado o acordo estabelecido previamente.

Quando uma verbalização deixava de ocorrer em determinado monitoramento, o experimentador indagava ao participante qual a verbalização que havia deixado de ocorrer naquele contato com o paciente. Diante da resposta correta, havia consequência social positiva fornecida pelo experimentador, porém este estímulo pode ter servido como reforçador positivo para a resposta do participante de verbalizar para o experimentador o comportamento que deixou de ocorrer, e não necessariamente para aumentar sua probabilidade de ocorrência durante o monitoramento do paciente.

A presença de determinada verbalização do participante na transcrição utilizada para o treino era consequenciada positivamente, possivelmente aumentando a probabilidade de sua ocorrência futura, mas nem todas as verbalizações que se pretendia treinar eram emitidas e consequenciadas, fazendo com que algumas delas fossem abordadas apenas via instrução (na apostila e no treino em grupo), e não necessariamente pela exposição às contingências previstas para discussão no monitoramento. Esse exemplo pode ser observado para o comportamento de

verbalizar metas para o paciente, observado com P1 (Figura 8). Essa verbalização ocorreu para esse participante apenas no *follow up*, portanto, o experimentador não pôde consequenciar positivamente a verbalização do participante ao longo dos treinos; pôde-se apenas consequenciar positivamente o participante sobre o seu acerto ao verbalizar o comportamento verbal que deixou de ocorrer.

As seguintes verbalizações ocorreram em todas as fases do treino, com, aproximadamente, 100% das ocorrências possíveis: verbalizar o próprio nome e do programa; perguntar se poderia falar com o paciente no início do contato; realizar perguntas sobre dados de saúde do paciente (exames, consultas, etc); fornecer orientações e dicas em saúde relacionadas aos fatores de risco e/ou proteção relativos às suas doenças; perguntar ao paciente se ele possuía alguma dúvida no final do monitoramento; agradecer o contato; indicar o uso da Central de Emergência e Central de Apoio. Pôde-se avaliar que essas verbalizações já faziam parte do repertório de entrada dos participantes, pois ocorreram em quase 100% dos monitoramentos observados no pré-treino. Por já serem praticadas, e devido ao seu alto número de ocorrências, não precisaram ser abordadas com ênfase ao longo dos treinos.

A Figura 4 apresenta os resultados dos seis participantes relacionados à apresentação do objetivo do programa para o paciente no início do monitoramento, ao longo das fases do estudo.

Para P1, a primeira verbalização referente a esse conteúdo ocorreu em T3 e, depois disso, o participante manteve ao menos uma ocorrência por fase até o *follow up*; para P2, a primeira ocorrência foi em T1 e, daí em diante, também houve ao menos uma ocorrência por fase, até o *follow up*; P3 não emitiu essa verbalização em nenhuma das fases do estudo; para P4 houve a primeira ocorrência na fase de grupo, sendo que, com exceção de T5, em todas as fases subsequentes ao treino em grupo houve ocorrências dessa verbalização; para P5, a primeira ocorrência se deu no pré-treino, e depois foi observada em T1, mantendo-se até T4 e, novamente, no *follow up*; para P6, a primeira ocorrência foi observada em T3, novamente em T5 e no *follow up*.

Percebe-se que o efeito da instrução para a emissão dessas verbalizações foi pequeno para a maioria dos participantes, já que a entrega do material de apoio e o treino em grupo não foram suficientes para o aumento do número de ocorrências de tais respostas logo após essas fases (exceto para P4, após o treino em grupo). A ocorrência dessa verbalização para P5 no pré

treino pode ser explicada pelo fato de que o monitoramento realizado por esse participante foi feito com um paciente que estava recebendo seu primeiro contato após a anamnese realizada pelo Programa, e os enfermeiros já tinham a orientação da empresa de avaliar se o paciente havia ficado com alguma dúvida relacionada à anamnese e de reafirmar os objetivos do Programa nesse momento.

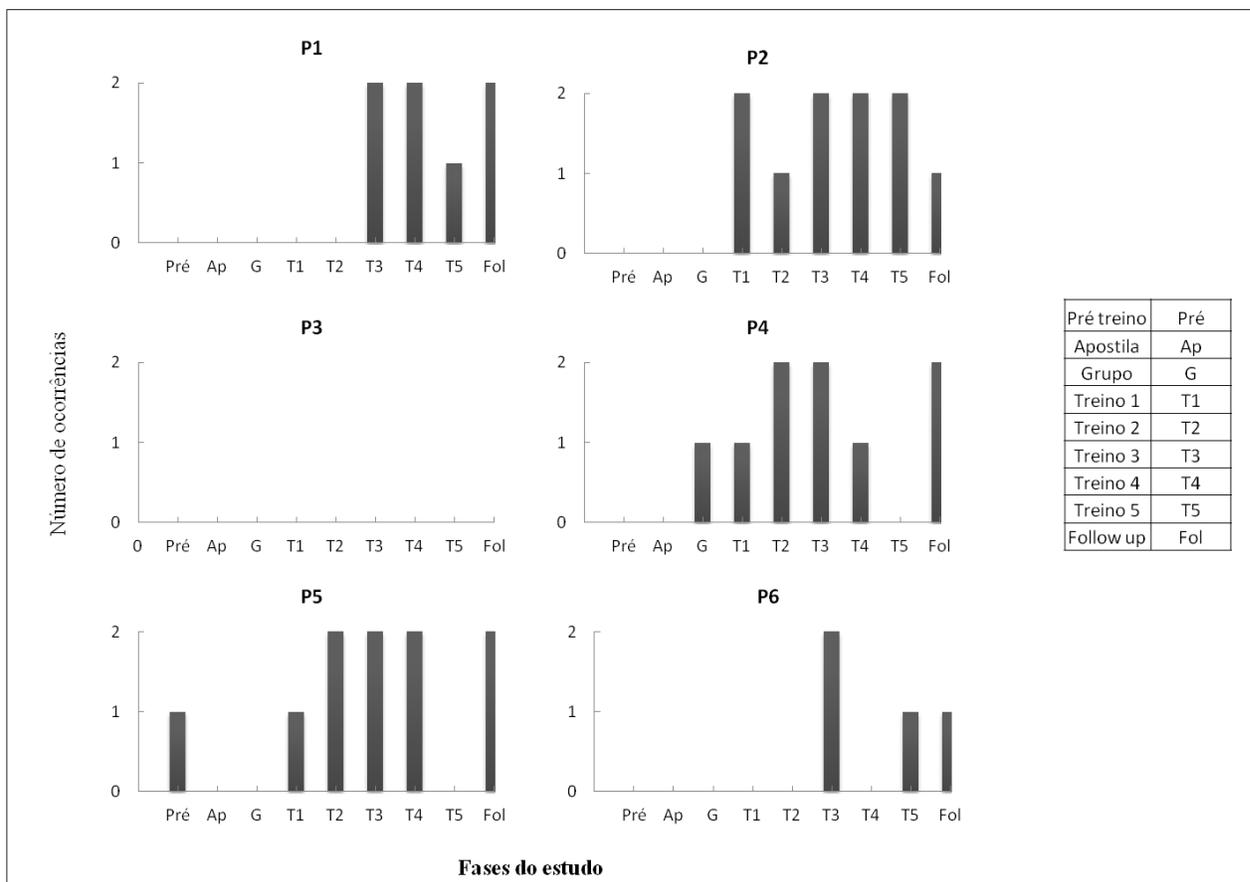


Figura 4: Número de ocorrências de verbalizações dos participantes sobre a apresentação do monitoramento como um diálogo sobre promoção de saúde, em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

A partir da primeira ocorrência, no treino, da verbalização "apresentar o monitoramento como um diálogo sobre promoção de saúde", P1, P2, P4 e P5, de um modo geral, as mantiveram ao longo das fases do estudo, o que pode sugerir que as consequências sociais fornecidas pelo experimentador foram suficientes para a manutenção desse comportamento verbal para esses participantes. O participante 3 assim como o participante 6 relataram que não emitiam essa verbalização porque a maioria dos pacientes já estava no Programa há bastante tempo e, por isso, entendiam que não havia a necessidade de reafirmar os objetivos do monitoramento.

Quando o experimentador perguntava aos participantes se tinham alguma sugestão de verbalizações que poderiam ser emitidas nesse momento do monitoramento, os dois participantes afirmavam, a partir de T1, reconhecer que deixaram de verbalizar os objetivos do programa para os pacientes. Sua ausência e baixa ocorrência podem sugerir, entretanto, que ser capaz de verbalizar o que falta fazer não garante que o participante de fato emita a resposta verbal treinada, ou seja, a aprendizagem da verbalização a ser emitida durante o monitoramento não necessariamente garantiu sua emissão pelos enfermeiros durante o contato com os pacientes. Essa análise pode ser estendida para outras verbalizações apresentadas adiante, como as observadas nos resultados das Figuras 5, 8 e 9.

A Figura 5 apresenta os resultados dos seis participantes relacionados à verbalização "perguntar para o paciente no início do contato ou após a investigação epidemiológica se tem alguma dúvida em saúde", ao longo das fases.

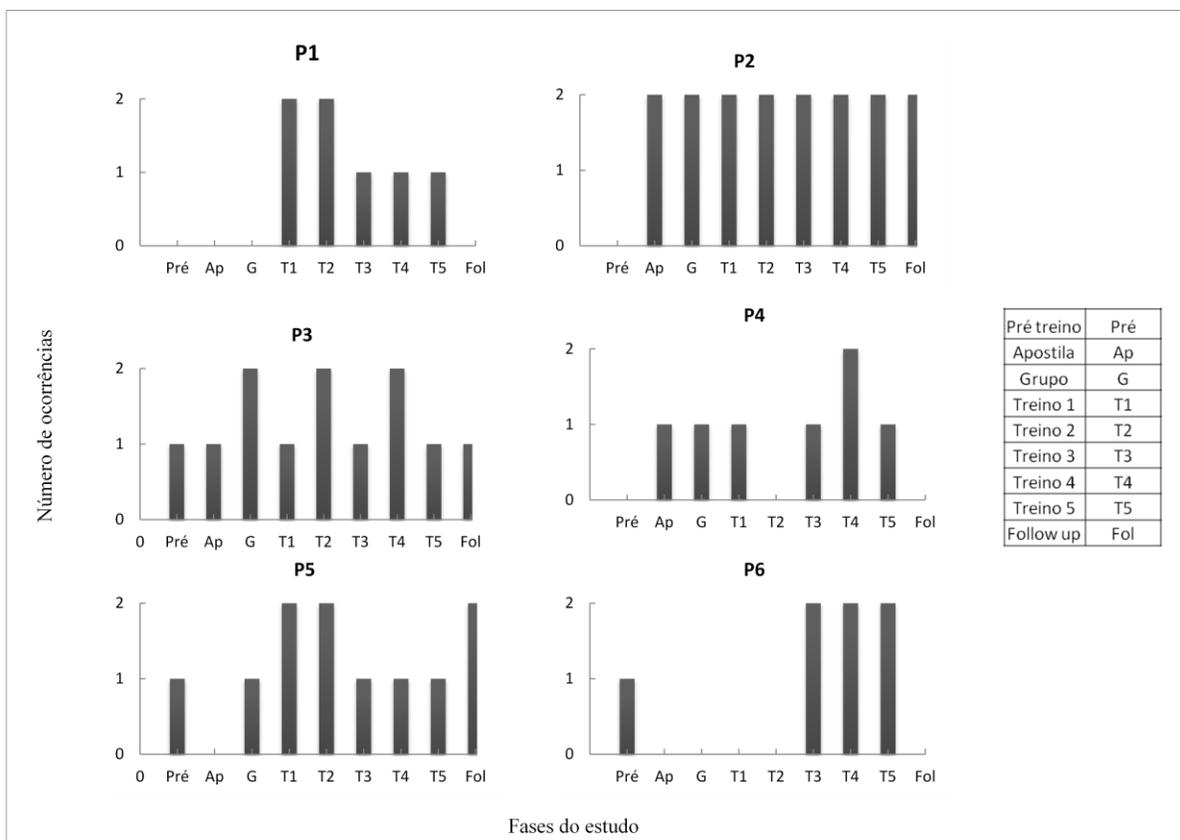


Figura 5: Número de ocorrências de perguntas dos participantes no início do contato ou após a investigação de dados de saúde, indagando aos pacientes se eles têm alguma dúvida em saúde ou se gostariam de conversar sobre um tema de saúde, em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Para P1, o início das ocorrências dessa verbalização se deu em T1, e ela foi observada até

T5. A ausência dessa verbalização nas fases apostila e grupo sugere que a instrução não foi suficiente para que o participante 1 emitisse essa verbalização. Para P2, houve ocorrência máxima (duas por fase) dessa verbalização em todas as fases do treino, inclusive no *follow-up*, embora no pré-treino a verbalização não tenha ocorrido. Isto sugere que a leitura da apostila e posterior treino em grupo foram suficientes para favorecer a primeira ocorrência dessa verbalização, que provavelmente se manteve em razão das consequências sociais positivas que se seguiram quando a verbalização foi analisada nas sessões de treino. P3 emitiu essa verbalização em todas as fases, porém em seis delas a ocorrência se deu em apenas um dos dois monitoramentos; P4 emitiu essa verbalização pela primeira vez após a leitura da apostila, e as demais verbalizações ocorreram nas fases de Grupo, T1, T3, T4 e T5, sendo que, com exceção de T4, em que tal verbalização ocorreu nos dois monitoramentos analisados, em todas as outras fases ela só ocorreu em um dos dois monitoramentos; P5 emitiu essa verbalização em todas as fases, com exceção da fase Apostila, sendo que em três delas houve ocorrência da verbalização nos dois monitoramentos (T1, T2 e *follow up*); e P6 emitiu a verbalização em um dos monitoramentos analisados no pré treino, e em T3, T4 e T5 houve ocorrência da verbalização nos dois monitoramentos analisados de cada uma dessas fases.

Como se pode ver na Figura 5, três participantes emitiram a verbalização "perguntar para o paciente se tem alguma dúvida em saúde" na fase de pré-treino (P3, P5 e P6). Para quatro participantes (P2, P3, P4 e P5) parece ter havido algum efeito de instrução - seja da apostila, no caso de P2 e P4, seja da fase de grupo, no caso de P3 e P5 - sobre a emissão dessa verbalização. Apenas P2 emitiu essa verbalização nos dois monitoramentos analisados em todas as fases do treino; P3 apresentou essa verbalização em todas as fases, porém nem sempre as ocorrências foram observadas nos dois monitoramentos analisados; e P5 emitiu a verbalização em todas as fases a partir do treino em grupo. Os participantes que não emitiram esse comportamento no *follow up* apresentaram menor ocorrência de emissão dos mesmos no conjunto de todas as fases (P1, P4 e P6).

Essa verbalização treinada já era praticada por todos os enfermeiros, que a emitiam apenas no fim dos monitoramentos, como uma deixa de encerramento dos contatos. A tentativa de fazer com que os participantes a verbalizassem no início foi decorrente da proposta de que o diálogo deveria partir de contingências mais atuais, relacionadas aos eventos recentes ocorridos

com os pacientes. Consequenciar positivamente os pacientes por respostas sobre eventos atuais poderia aumentar a probabilidade de emissão futura dessas ações de autocuidado, embora, como mencionado anteriormente, a consequência fosse contingente à verbalização, não à emissão da resposta de autocuidado. No entanto, supondo-se que as respostas do paciente possam ter sido tatos - e não mandos - e tenham sido reforçadas pelos participantes como tais, é possível que aumentassem de frequência - embora, de acordo com resultados de estudos sobre correspondência verbal (Ribeiro, 2005; Leme & Pereira, 2011), seja também possível que o aumento da frequência da verbalização não corresponda a um aumento da frequência de tais cuidados. Ademais, busca-se, a longo prazo, modelar as verbalizações dos pacientes em relação a temas que sejam realmente de seu interesse e que se estendam para além da investigação epidemiológica.

A figura 6 apresenta os resultados dos seis participantes relacionados às verbalizações de perguntas que incitem os pacientes a falar sobre comportamentos agravantes ou de proteção à saúde, nas diferentes fases analisadas.

Foi observado que todos os participantes apresentavam perguntas ou afirmativas que incitassem os pacientes a falarem sobre fatores agravantes ou de proteção à saúde no pré-treino, e todos apresentaram um aumento no número de ocorrências de tais verbalizações durante o treino e no *follow up*. Para P1, houve ocorrência dessas perguntas em oito fases (a exceção foi a fase de grupo). Os maiores números dessas verbalizações ocorreram em T2 e T5, chegando a triplicar o número de ocorrências, comparando-as com o pré-treino; e no *follow up* houve o dobro de ocorrências em relação ao pré-treino. Para P2, apesar da emissão dessa verbalização em todas as fases e do aumento em quase seis vezes em T2, houve um grande declínio no número dessas verbalizações a partir de T2; apesar disso, esse participante realizou no *follow up* duas vezes mais verbalizações desse tipo do que no pré-treino. P3 foi o único participante que deixou de emitir essa verbalização em duas fases (apostila e grupo). A partir de então, houve um aumento de tais verbalizações, com o máximo de ocorrências observado em T4, atingindo quase cinco vezes mais ocorrências se comparado ao pré-treino; durante o *follow up* houve três vezes mais ocorrências do que no pré-treino. Para P4, houve um aumento progressivo iniciado a partir da fase de grupos (com exceção de T3), sendo que a partir de T5 houve uma pequena queda no número dessas verbalizações, mas, ainda assim, no *follow up* esse participante apresentou oito

vezes mais ocorrências do que no pré-treino. P5 apresentou um marcante aumento no número de ocorrências dessas verbalizações nas fases iniciais do treino, mas a partir de T3 essas verbalizações diminuíram; ainda assim, P5 se manteve emitindo mais de tais verbalizações do que no pré-treino, inclusive no *follow up*, em que emitiu quatro vezes mais verbalizações do que no pré-treino. Com P6, observa-se um aumento no número dessas verbalizações a partir de fase de grupo, sendo que o maior número de ocorrências foi observado em T2, com quatro vezes mais verbalizações do que no pré-treino; mas na fase de *follow up* as ocorrências retornam ao número do pré-treino.

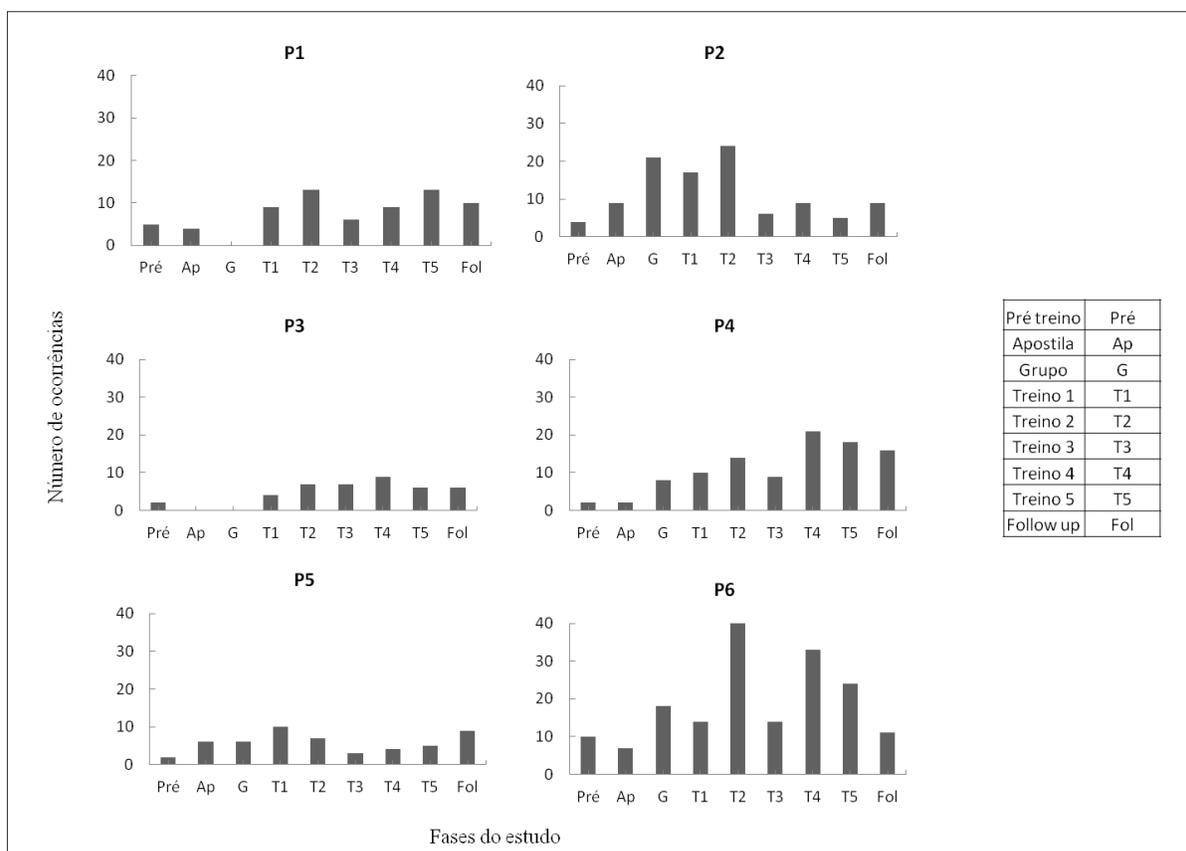


Figura 6: Número de ocorrências de perguntas ou afirmativas dos participantes que incitem os pacientes a falarem sobre fatores agravantes de saúde ou fatores de proteção, em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Os participantes realizaram mais perguntas sobre fatores de risco e proteção à saúde ao longo de todas as fases do treino (exceção feita à fase da apostila e grupo para P1 e P3; e à fase apostila para P4 e P6) do que no pré-treino. De modo geral, os participantes deveriam avaliar com os pacientes quais comportamentos tinham ocorrido para, depois, fornecer uma

consequência positiva diante de um comportamento favorável à saúde; só depois deveriam orientar os paciente quanto a novos comportamentos que não haviam sido verbalizados pelos pacientes e que também seriam favoráveis à melhora da saúde. E, de fato, as perguntas, normalmente, eram apresentadas após o paciente verbalizar algum comportamento de proteção ou agravante e tinham por objetivo explorar com os pacientes como esses comportamentos poderiam ser mantidos ("O senhor ainda está mantendo os exercícios físicos? Como tem feito para se organizar?") e o que o paciente já vinha praticando ou poderia iniciar como uma ação de autocuidado ("E tem alguma coisa que o senhor acha que ainda falta e que pode melhorar para manter essa pressão desse jeito, algo que o senhor pode melhorar nesse ponto de saúde em geral?").

As perguntas se referiam a temáticas relacionadas ao auto-cuidado, fazendo com que os pacientes verbalizassem sobre suas estratégias para diminuir comportamentos agravantes e aumentar os de proteção à saúde, sobre o que já estavam realizando e sobre o que dificultava a manutenção ou o surgimento de outros comportamentos de auto-cuidado. Somente após a verbalização dos pacientes sobre esses aspectos os enfermeiros forneciam orientação aos pacientes a respeito. Antes do treino, era comum que os participantes orientassem os pacientes sem saber que atividades os mesmos já realizavam. Após a orientação fornecida sem esse conhecimento, eram comuns as seguintes verbalizações dos pacientes: "Isso eu já faço", "Já me falaram sobre isso", "É, eu já sei". Buscou-se, portanto, fazer com que os temas dos diálogos tratassem de conteúdos além dos exames e consultas médicas, sem que os participantes orientassem sobre temas recorrentes e já de domínio dos pacientes.

A figura 7 apresenta os resultados dos seis participantes com relação a propor um cuidado de saúde ou pedir para o paciente pensar em um tema ou proposta de saúde para ser discutido no próximo monitoramento.

A exigência para que uma ocorrência sobre proposta de cuidado à saúde fosse contabilizada era de que essa verbalização ocorresse após uma fala do paciente que indicasse o que ele já vinha realizando e que pudesse ser observada no final do monitoramento, conforme os critérios descritos no método (pág. 39). Pode-se observar que, com exceção de P6, houve ocorrência de proposta em pelo menos um dos monitoramentos analisados no pré-treino para os demais participantes; que para todos os participantes, sem exceção, houve ocorrência dessa

verbalização durante as fases de apostila e treino em grupo; e que cinco participantes mantiveram esse comportamento no *follow up*, sendo que foi observado para três deles (P1, P4 e P6) tal comportamento nos dois monitoramentos analisados nessa fase e para dois deles (P3 e P5), em apenas um dos monitoramentos.

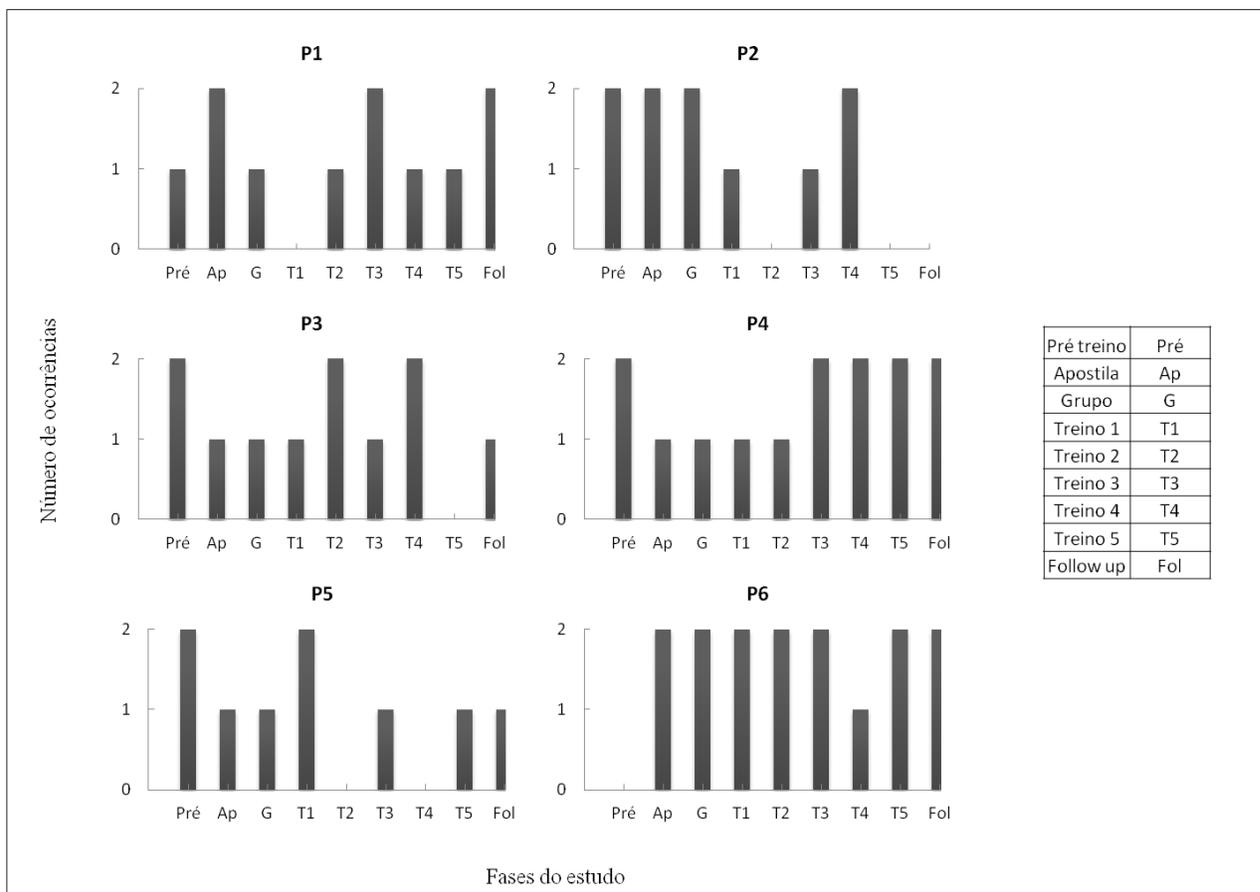


Figura 7: Número de ocorrências em que os participantes propõem um cuidado em saúde ou pedem para os pacientes pensarem em um tema de saúde para o próximo monitoramento, em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Para P1, foram observadas ocorrências de propostas em todas as fases, com exceção de T1; para P2, houve ocorrências em cinco fases (pré-treino, apostila, grupo, treino 1, treino 3 e treino 4); para P3, ocorrências se deram em todas as fases, com exceção de T5; para P4, houve ocorrências em todas as fases, sem exceção; com P5, ocorrências aconteceram em sete fases (pré-treino, apostila, grupo, treino 1, treino 3, treino 5 e *follow up*); e para P6, ocorrências foram observadas em todas as fases, com exceção do pré-treino.

A verbalização referente a pedir para que o paciente pensasse em um tema ou proposta sobre saúde até o próximo monitoramento deveria ocorrer após a não aceitação, pelo paciente, de uma proposta sugerida pelo participante. Por isso, era esperado que os participantes apresentassem ocorrências dessas verbalizações (pedidos para o paciente pensar em um tema ou proposta) em todos os monitoramentos, principalmente após T1. A ausência dessas ocorrências em algumas fases do treino - e até mesmo a ocorrência em apenas um dos dois monitoramentos analisados em algumas dessas fases - sugere que, com exceção de P4 e P6, o treino não foi eficaz para o aumento da frequência desse comportamento.

A figura 8 apresenta os resultados dos seis participantes relacionados ao estabelecimento de metas com os pacientes, ao longo das fases do estudo.

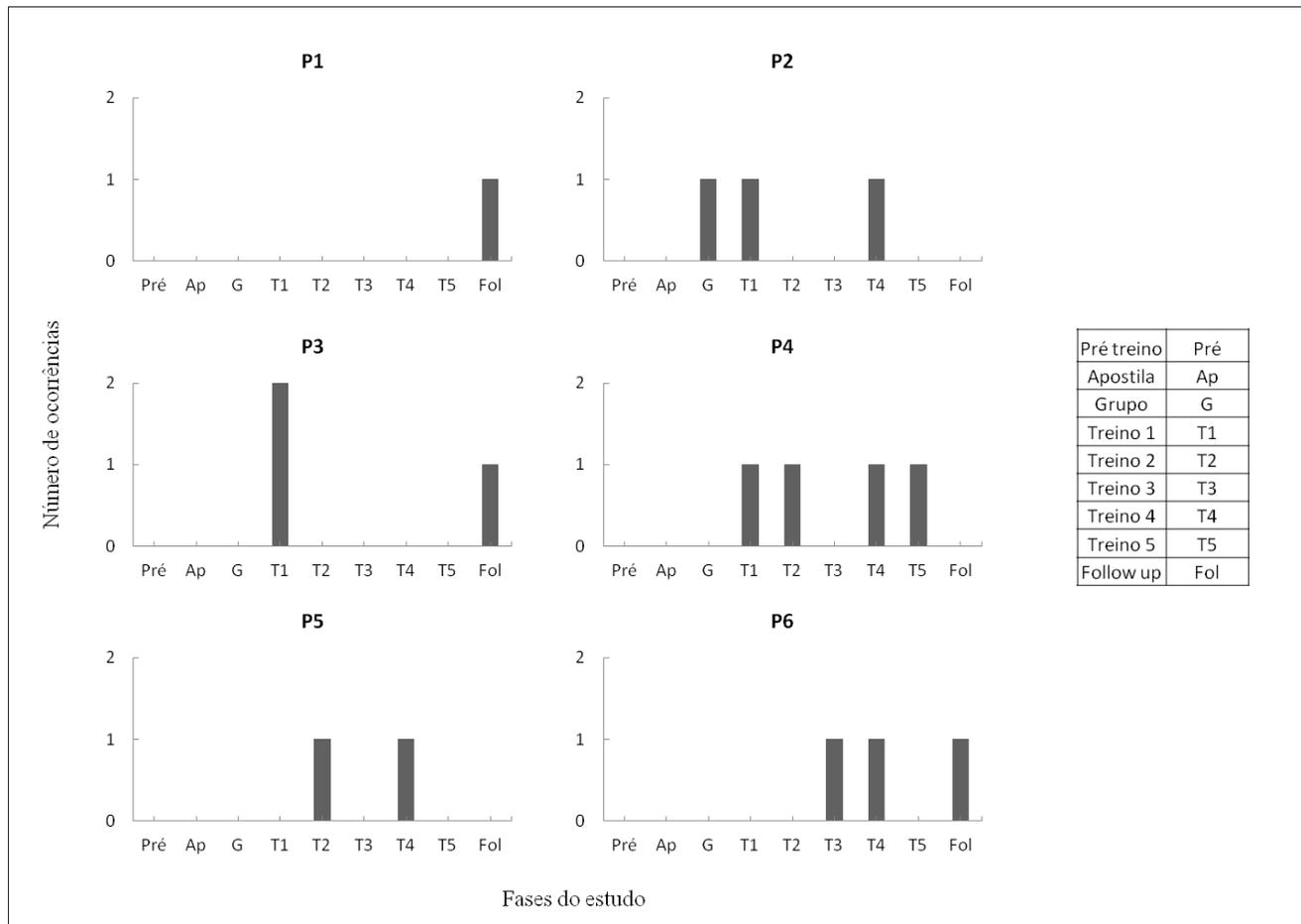


Figura 8: Número de ocorrências em que os participantes estabelecem uma meta com os pacientes. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Houve unanimidade na verbalização dos participantes durante os treinos sobre a

dificuldade em estabelecer metas com os pacientes. Dentre os argumentos colocados por eles estão: não possuir em seu repertório verbal de contato com os pacientes esse tipo de verbalização, não identificar deixas verbais do paciente para verbalizar sobre metas e insegurança perante a não aceitação dos pacientes sobre essa proposta.

Observa-se, na Figura 8, que P1 verbalizou sobre metas em um único contato (*follow up*); P2 o fez em três monitoramentos (Grupo, T1 e T4); P3 o fez em três monitoramentos (duas ocorrências em T1 e uma em *follow up*); P4 verbalizou sobre metas em quatro monitoramentos (T1, T2, T4 e T5); P5 o fez em dois monitoramentos (T2 e T4); e P6, em três monitoramentos (T3, T4 e *follow up*).

Devido ao pequeno número de ocorrências de emissão dessa verbalização pelos participantes, a consequência social fornecida pelo experimentador ao longo dos treinos estava frequentemente relacionada ao reconhecimento pelos participantes de que o comportamento não havia sido emitido - e não necessariamente à sua emissão. Mesmo após as fases em que houve ocorrência de tais verbalizações, verificou-se que não houve aumento na sua frequência, nem mesmo sua manutenção de forma contínua, sendo que apenas para P2, P4 e P6 observou-se essa ocorrência em duas fases seguidas, pelo menos para um dos dois monitoramentos analisados.

As metas acordadas com os pacientes foram: diminuir consumo de cigarro, iniciar caminhadas regulares, fazer uso de protetor solar, retornar a um médico de referência, expor-se ao sol durante alguns minutos ao dia, realizar alongamentos antes de iniciar a prática de exercícios, usar lembretes para auxílio na diminuição do espaçamento de refeições, aumentar a ingestão de água diária e pedir auxílio à família para atividades relacionadas ao autocuidado. Todas foram abordadas pelos participantes estabelecendo prazo para início, forma de avaliar os ganhos e variáveis que poderiam influenciar de modo positivo ou negativo sua execução.

A determinação sobre as informações mínimas que devem ser registradas no sistema é realizada pela empresa, que orientava, de acordo com o antigo modelo, os enfermeiros a anotarem os dados epidemiológicos, pois os mesmos favorecem o entendimento da melhora ou piora clínica dos pacientes ao longo do acompanhamento no Programa, sendo, portanto, um indicador fundamental da sua efetividade e da adesão dos pacientes às orientações fornecidas. Os participantes nunca haviam tido que realizar o acordo de metas com os pacientes ao longo de

todo o histórico de trabalho voltado ao monitoramento de pacientes com doenças crônicas, já que não era esse um objetivo estabelecido para o monitoramento.

Há, atualmente, o entendimento de que além das informações coletadas sobre saúde das pessoas, o Programa tem potencial para promover saúde, tanto com o compartilhamento de informações e orientações (modelo voltado ao compartilhamento de instruções), como através do estímulo às pessoas sobre mudanças de hábitos e adesão aos comportamentos que favorecem a melhor qualidade de vida. O estabelecimento das metas, construídas em pequenas unidades, da mais simples para a mais complexa, em que cada passo só deveria ser indicado para o paciente a partir do cumprimento do anterior, em que as consequências positivas para todo e qualquer pequeno avanço seriam disponibilizadas aos pacientes, estaria, dessa forma, de acordo com princípios da Programação de Ensino, conforme proposta por Skinner (1972).

Qualquer mudança ou tentativa de introduzir novos comportamentos verbais à rotina de monitoramento de pessoas com doenças crônicas, concorrerá com as antigas respostas dos enfermeiros e seus reforçadores relacionados. Portanto, a consequência social disponibilizada pelo experimentador em forma de elogio e reconhecimento, concorreu com uma história de reforçamento ligada à investigação epidemiológica e ao modelo informativo, o que pode ter prejudicado o aumento de ocorrências da verbalização sobre o estabelecimento de metas. Apesar do pequeno número de ocorrências observado, entretanto, foi positivo o fato de os participantes terem introduzido essa verbalização em alguns monitoramentos ao longo das fases de treino.

A figura 9 apresenta os resultados dos seis participantes relacionados a finalizar o contato elogiando os pacientes por uma ação verbalizada por eles relacionada ao autocuidado.

Elogios ao final dos contatos foram verbalizações que não foram observadas com nenhum participante no pré-treino. Os participantes agradeciam aos pacientes pela disponibilidade de participar do monitoramento, porém não elogiavam suas verbalizações de comportamentos voltados ao cuidado de saúde no final do monitoramento. O elogio deveria ser verbalizado com uma consequência social positiva ("O senhor está de parabéns...") e com descrição por parte do participante de alguma ação concreta de autocuidado que o paciente tivesse verbalizado ao longo do monitoramento ("...por ter conseguido manter suas práticas diárias de exercício"). Assim como no caso da verbalização sobre a apresentação dos objetivos

do programa e o estabelecimento de metas, a verbalização de elogios, em geral, passou a ser emitida ao longo dos treinos individuais.

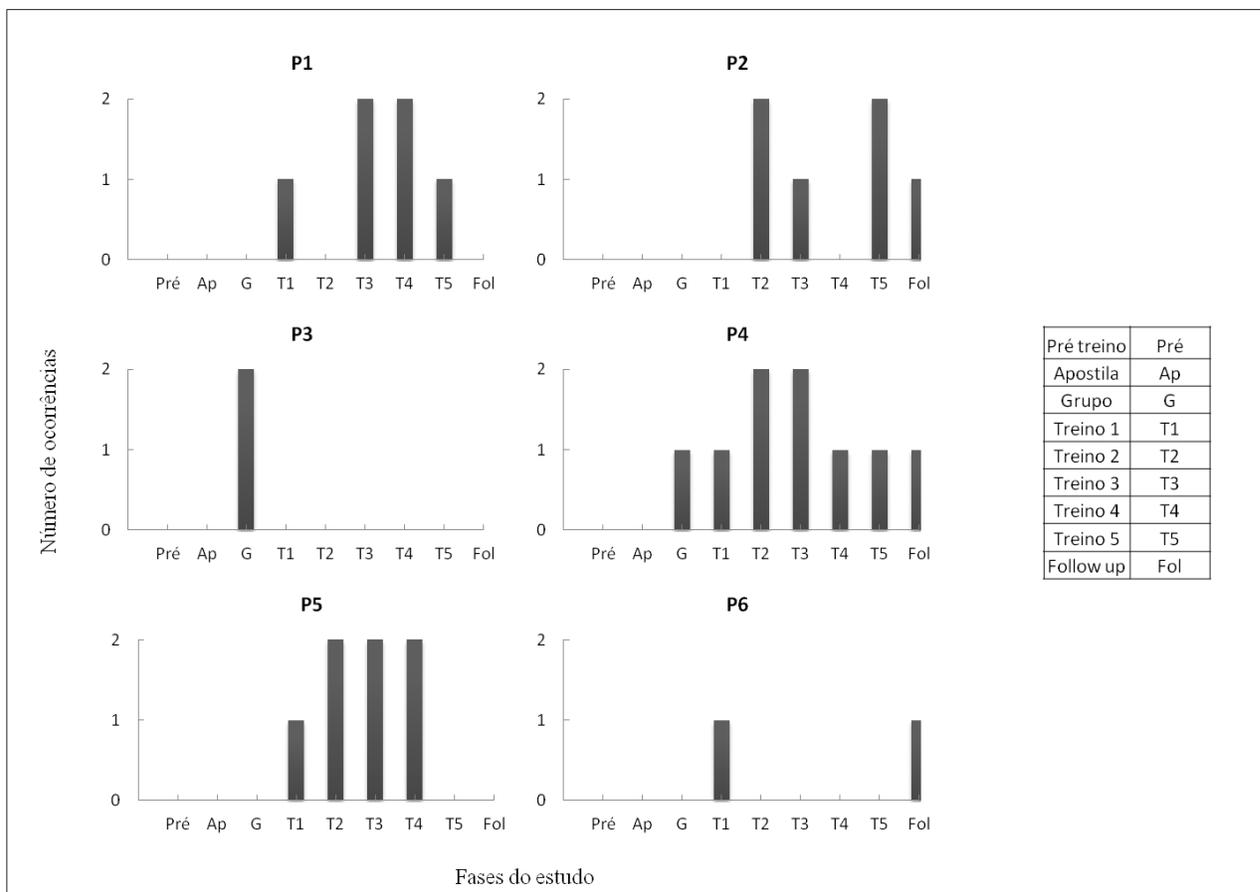


Figura 9: Número de ocorrências em que os participantes elogiam os pacientes por uma ação verbalizada relacionada ao autocuidado, em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Conforme se pode observar na Figura 9, P1 realizou essas verbalizações em quatro fases (T1, T3, T4 e T5), sendo que em duas delas se pode observar ocorrência nos dois monitoramentos analisados (T3 e T4); P2 emitiu essas verbalizações em quatro fases (T2, T3, T5 e *follow up*), sendo que a ocorrência foi observada nos dois monitoramentos analisados nas fases T2 e T5; P3 emitiu essas verbalizações apenas na fase de grupo; P4 emitiu as verbalizações em sete fases (grupo, T1, T2, T3, T4, T5 e *follow up*), sendo que elas foram observadas nos dois monitoramentos das fases T2 e T3; P5 emitiu essas verbalizações em quatro fases (T1, T2, T3 e T4), sendo que em três delas (T2, T3 e T4) elas ocorreram nos dois monitoramentos analisados; e P6 emitiu essas verbalizações em duas fases (T1 e *follow up*), sendo que para cada uma das fases essa verbalização foi observada apenas em um dos monitoramentos analisados.

O elogio ao paciente no fim do contato tem a função de ressaltar sua capacidade em realizar ações de autocuidado e, possivelmente, aumentar a probabilidade de que tais ações ocorram com maior frequência. Mesmo que o paciente tenha dificuldades em verbalizar o que tem realizado em prol da melhora de sua saúde, é muito difícil que uma ação, por menor que seja, não seja verbalizada uma única vez durante os monitoramentos. Os enfermeiros normalmente justificavam o deixar de elogiar o paciente no fim do contato como um esquecimento e, também, devido ao receio de retomar um conteúdo que poderia fazer com que o monitoramento se estendesse mais, gerando um tempo maior e prejudicando o alcance de metas.

A figura 10 apresenta os resultados relativos às consequências sociais positivas (parciais e completas) liberadas pelos seis enfermeiros em cada fase analisada.

Todos os participantes já liberavam algum tipo de consequência social positiva, fosse ela parcial ou completa, na fase de pré-treino. Observou-se que P1 liberou tais consequências em 45% das oportunidades na fase de pré-treino, teve a menor porcentagem de ocorrências na fase de apostila (38%), atingindo a maior porcentagem de ocorrências em T4 (55%). No geral, houve um pequeno aumento de tais ocorrências em relação ao pré-treino em algumas sessões do treino para esse participante. Para P2, observou-se no pré-treino a ocorrência dessas verbalizações em 24% das oportunidades, sendo que em todas as sessões de treino e no *follow up*, o número de consequências liberadas foi maior do que no pré-treino, especialmente após o treino em grupo. Para P3 essas verbalizações foram observadas em 40% das oportunidades no pré-treino, sendo que em todas as demais sessões essa porcentagem foi igual ou maior que a do pré-treino. P4 apresentou consequências sociais positivas às verbalizações dos participantes em 42% das oportunidades na fase de pré-treino e, com exceção de T5, a porcentagem de liberação dessas consequências foi maior em todas as sessões do treino, inclusive no *follow up*, do que a apresentada no pré-treino. Para P5 e P6, observou-se a ocorrência de consequências em 37% e 40% das oportunidades, respectivamente, na fase de pré-treino; nas demais fases, houve oscilação nessa porcentagem, tanto para maior quanto para menor do que a da fase de pré-treino, sem que fosse possível observar uma tendência clara em qualquer das direções. Assim, parece que, no que diz respeito a consequenciar positivamente as verbalizações dos pacientes, o treino teve um efeito positivo claro para P2, P3 e P4, mas não para P1, P5 e P6. Apesar disso, na fase

de *follow up*, cinco dos seis participantes apresentaram consequências às verbalizações dos pacientes em uma porcentagem maior das oportunidades do que no pré-treino.

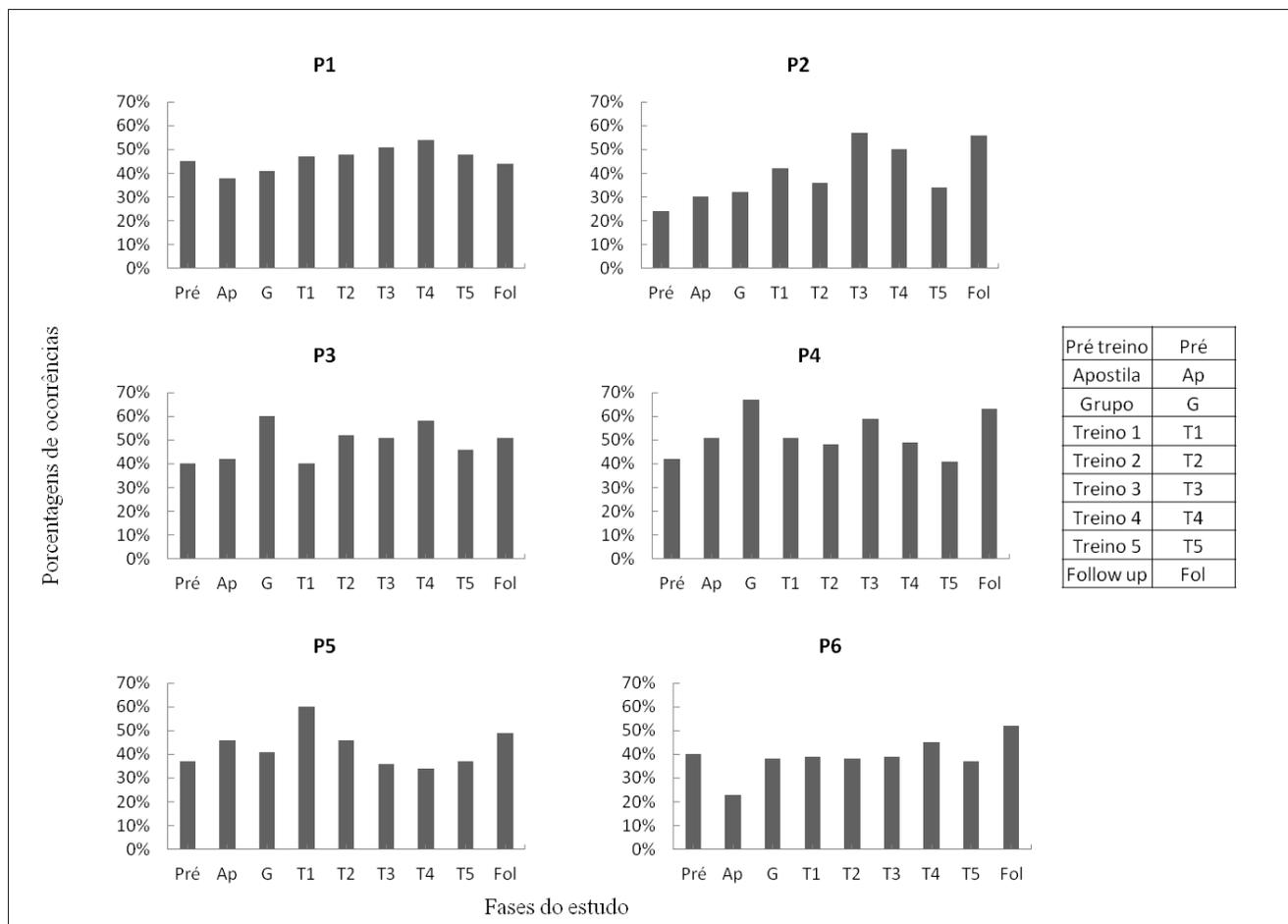


Figura 10: Porcentagens de ocorrências de consequências sociais positivas (parciais e completas) apresentadas pelos participantes aos pacientes em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte. A porcentagem foi calculada em relação ao número de oportunidades.

Para todos os participantes, a maior porcentagem de ocorrências de consequências foi observada após o paciente verbalizar sobre fatores de proteção à saúde e após verbalizar sobre bons resultados de exames e que estava se sentindo melhor.

A figura 11 apresenta os resultados dos seis participantes quanto à verbalização de consequências sociais positivas completas liberadas para os pacientes.

Se considerarmos apenas as consequências sociais positivas completas (elogio e descrição do comportamento adequado do paciente) liberadas pelos participantes, verificamos que todos eles emitiam tais verbalizações na fase de pré-treino e apresentaram aumento dessas

verbalizações no *follow up*, aumento este que em alguns casos (P2, P4, P5 e P6) foi o dobro ou mais da fase de pré-treino (no caso de P6, quatro vezes mais). Com relação ao conjunto das fases posteriores ao pré-treino (oito fases), observa-se que, com exceção de P5, que apresentou o mesmo número de sessões com porcentagens maiores e menores do que a do pré-treino, todos os outros participantes apresentaram de seis a oito fases com porcentagens superiores às aquelas apresentadas no pré-treino, o que sugere um efeito do treino sobre o comportamento dos participantes.

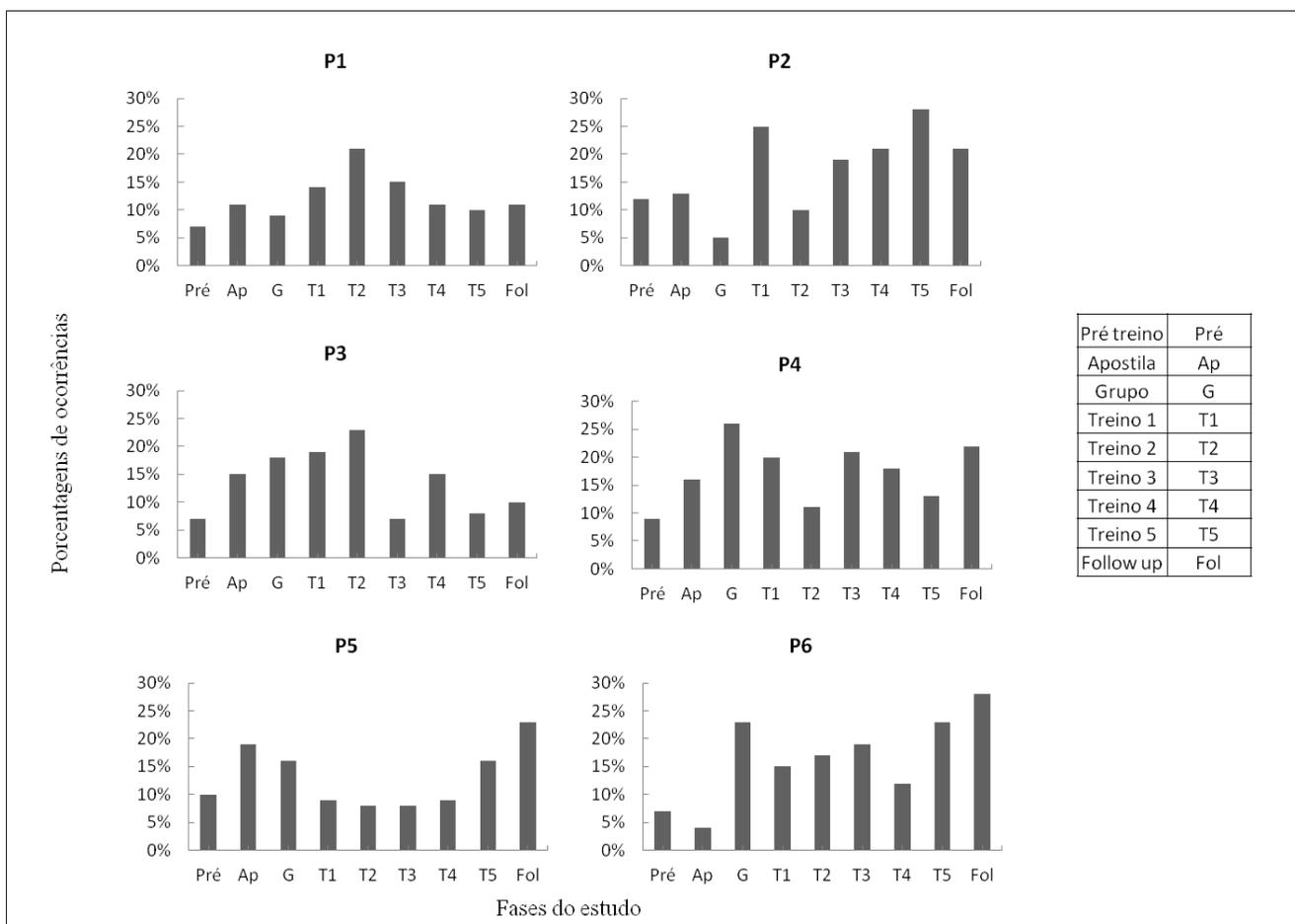


Figura 11: Porcentagens de ocorrências de consequências sociais positivas completas disponibilizadas pelos participantes aos pacientes em cada uma das fases do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte. A porcentagem foi calculada em relação ao número de oportunidades.

Assim, verifica-se, com base na análise das Figuras 10 e 11 que, embora para três participantes (P1, P5 e P6) não tenha havido um aumento substancial na porcentagem de ocorrência de consequências sociais positivas às verbalizações dos pacientes, houve tal aumento na porcentagem de ocorrência de consequências sociais positivas completas (elogio e descrição

do comportamento adequado do paciente), em detrimento da emissão de consequências parciais (apenas elogio). Esse dado é importante, pois foi um dos objetivos do treinamento levar os participantes a liberar consequências sociais positivas que, além de elogio, envolvessem descrição do comportamento adequado do paciente.

A figura 12 apresenta os resultados dos seis participantes para as verbalizações consideradas inadequadas observadas ao longo das fases do procedimento.

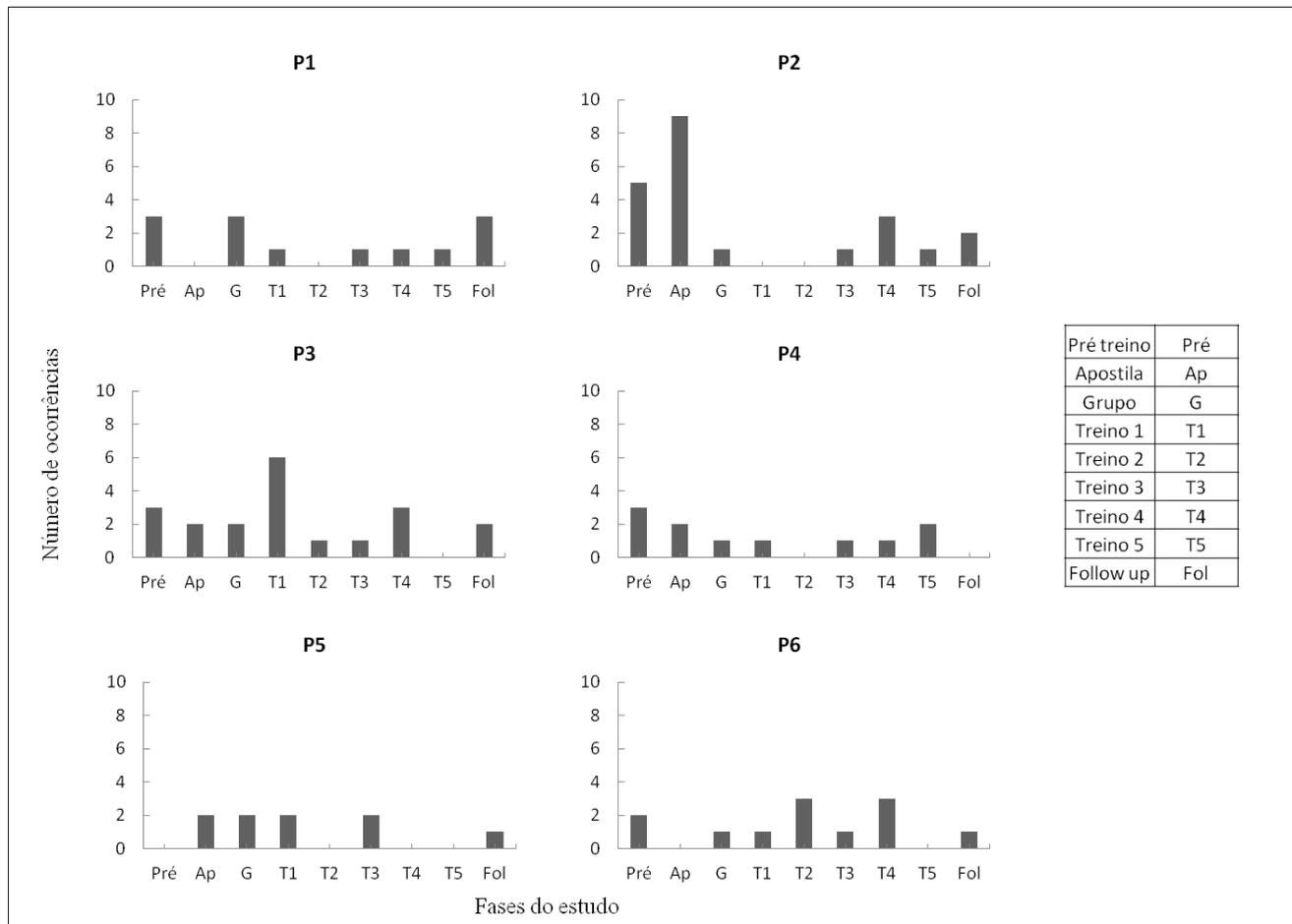


Figura 12: Número de ocorrências de verbalizações inadequadas emitidas pelos participantes em cada fase. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Três comportamentos considerados inadequados foram abordados ao longo dos treinos (fornecer dicas de saúde repetidamente sem que o paciente pedisse para o enfermeiro repetir a informação; dar uma dica de saúde não relacionada ao tema sobre o qual estavam dialogando; e inferir ou interromper a continuidade da frase verbalizada pelo paciente sem que este a tivesse explicitado de forma clara) e cada participante emitia uma ou duas dessas verbalizações com

maior frequência. P1 verbalizava inferindo falas do participante ou interrompendo suas verbalizações com maior frequência se comparadas às demais verbalizações inadequadas, sendo que nos treinos emitiu um pequeno número dessas ocorrências, e, em seis fases (apostila, T1, T2, T3, T4 e T5) não emitiu nenhuma dessas verbalizações, embora tenha emitido algumas respostas verbais consideradas inadequadas. De modo geral, o número de ocorrências de respostas inadequadas de P1 diminuiu ao longo do treino, mas não se manteve na fase de *follow up*, em que esse número voltou ao nível do pré-treino. P2, com exceção da fase de apostila, apresentou expressiva diminuição do número de respostas inadequadas. A verbalização inadequada mais recorrente para P2 foi apresentar dicas de saúde repetidamente, sem que o paciente as pedisse, e em sete fases após o pré-treino diminuiu o número dessas ocorrências. As verbalizações inadequadas que ocorreram em maior número para P3 foram fornecer dicas de saúde repetidamente, sem que o paciente solicitasse novamente a informação, e inferir falas do participante ou interromper suas verbalizações, porém o número de tais ocorrências diminuiu em cinco das sete sessões do treino, apesar de que em T1 e em T4 houve um número maior ou igual ao do pré-treino; no *follow up*, o número de tais verbalizações foi inferior ao do pré-treino. Para P4 também houve uma tendência descendente dessas ocorrências, e pode ser observado que no pré-treino houve um número maior delas se comparado às demais fases; as verbalizações inadequadas mais observadas para esse participante foram fornecer dicas de saúde repetidamente sem que o paciente pedisse novamente a informação e inferir falas do participante ou interromper suas verbalizações. P5 não apresentou nenhum comportamento considerado inadequado no pré-treino, mas apresentou alguns desses comportamentos em quatro sessões do treino (AP, G, T1 e T3), mas deixou de apresentá-los nas duas últimas fases do treino, e na fase de *follow up* apresentou apenas uma dessas respostas; para este participante, as três verbalizações inadequadas trabalhadas no estudo ocorreram em número igual ao longo das fases. P6 apresentou entre zero e seis respostas verbais inadequadas ao longo do estudo, sendo que não se observou qualquer mudança sistemática nessas verbalizações.

A Figura 13 apresenta os resultados dos seis participantes com relação ao registro das informações no sistema.

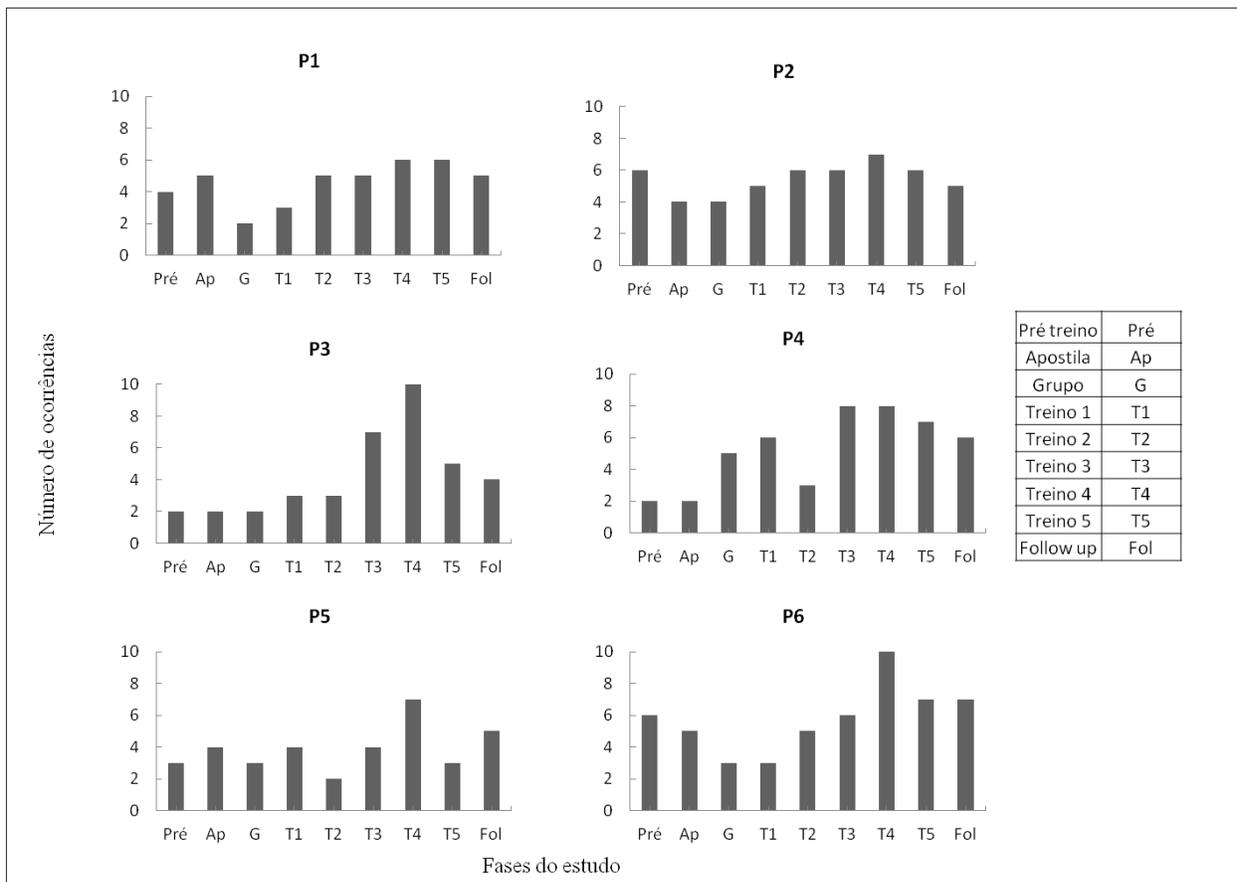


Figura 13. Número de ocorrências de registros das informações realizadas pelos participantes no campo solicitado do sistema em cada fase do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Para todos os participantes foi observado um efeito positivo do treino sobre o número de ocorrências de registros de informações no campo solicitado. Percebe-se que houve um aumento dessas ocorrências para quase todos os participantes mesmo antes do treino específico voltado a esses comportamentos, que só ocorreu em T4 e T5. E, com exceção de P2, todos os demais participantes apresentaram maior número de ocorrências de registros na fase de *follow up* do que no pré-treino. Este aumento no registro das informações pode ser consequência do aumento das verbalizações emitidas pelos participantes ao longo dos treinos de monitoramentos.

O registro das informações no campo do sistema é essencial para a continuidade do modelo treinado, assim como para o aperfeiçoamento contínuo de qualquer Programa de Prevenção e Promoção de Saúde. Será com uma gestão correta da informação que as propostas de ações de autocuidado poderão ser avaliadas e aprimoradas, os novos objetivos e metas

individuais poderão ser estabelecidos, as orientações serão menos repetitivas, a efetividade dos Programas poderá ser analisada (redução da presença de comportamentos de risco, aumento dos comportamentos de proteção, incidência e/ou prevalência de doenças, etc são indicadores pertinentes dessa efetividade) e aprimorada. O aumento no número dos registros das informações no campo solicitado no sistema permite ao próximo enfermeiro a monitorar o paciente ter informações que o auxiliem a dar uma direção mais adequada ao contato, já que a abordagem estaria, em teoria, relacionada às contingências mais recentes da vida do paciente. Portanto, além de demonstrar que houve uma mudança na forma e no conteúdo de registro, esse aumento permite a continuidade das ações acordadas entre os enfermeiros e pacientes, visto que nem sempre o mesmo enfermeiro faz o monitoramento do paciente no mês subsequente ao contato.

A Figura 14 apresenta os dados dos seis participantes relativos ao tempo de monitoramento de cada participante ao longo das fases do estudo.

Tempos abaixo ou iguais ao sugerido pela empresa para o monitoramento dos pacientes ocorreram em seis fases para P1; em quatro fases para P2; em seis, para P3; em quatro para P4; em sete, para P5; e em cinco, para P6. O experimentador instruiu os participantes para buscarem cumprir o tempo de contato com os pacientes orientado pela empresa ( $\leq 600$ s ou 10 min por atendimento) ao longo dos monitoramentos realizados durante o período do treino. Uma verbalização constante e unânime dos participantes nesse período se referia ao receio de aumento do tempo de contato com os pacientes, o que prejudicaria o alcance das metas e poderia gerar um feedback negativo de seus líderes. Entretanto, como se pode observar na Figura 4, com exceção de P5, todos os participantes apresentaram tempo de monitoramento acima do ideal sugerido pela empresa já na fase de pré treino.

Outro dado que pôde ser observado refere-se à relação entre o tempo de monitoramento e sua qualidade, caracterizada pela presença do maior número de ocorrências de verbalizações treinadas. Observou-se que essa qualidade não estava associada ao aumento ou diminuição do tempo de monitoramento. Esse dado é facilmente observado pelo fato de que a maioria dos participantes apresentou tempo acima de 600s para o monitoramento já no pré-treino. Além disso, não foram encontrados padrões que relacionariam o aumento do tempo médio de contato entre os participantes e pacientes com o aumento ou diminuição de ocorrência de determinadas verbalizações.

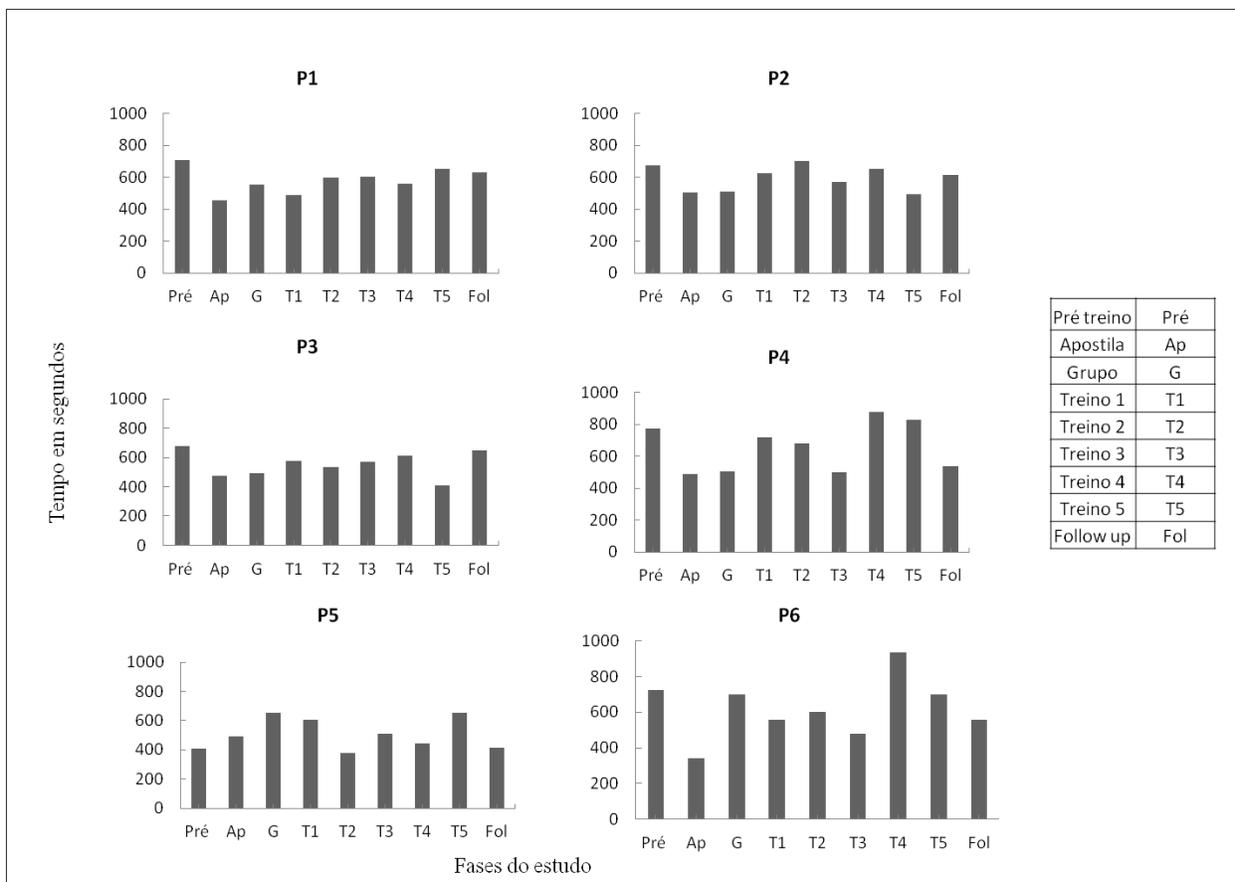


Figura 14: Média de tempo dos monitoramentos de cada participante em cada fase do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Para P1, por exemplo, o maior tempo médio de monitoramento foi observado no pré-treino, fase em que o participante deixou de apresentar alguns comportamentos que seriam treinados, tais como apresentar o Programa como um diálogo de promoção de saúde, realizar pergunta sobre dúvidas de saúde para o paciente no início do contato, estabelecer metas, elogiar o paciente por uma pequena ação de autocuidado; a apresentação de consequências completas foi pouco frequente e o número de perguntas que incitavam os pacientes a verbalizar sobre fatores de risco e proteção também foi baixo no comparativo com as demais fases. Com esse participante, entretanto, em T4, houve um tempo médio de monitoramento abaixo do orientado pela empresa, e muitas dessas verbalizações foram observadas, assim como houve o dobro de ocorrências de perguntas incitando o paciente a verbalizar sobre comportamentos de risco e proteção à saúde e também houve o aumento de consequências completas. Com P2, a maior porcentagem de ocorrências de consequências sociais positivas se deu em T3, fase com tempo de monitoramento abaixo do orientado pela empresa, e em T2, fase com o maior tempo de

monitoramento para esse participante, a porcentagem de consequências sociais positivas foi baixa; com P3, nas fases T3 e *follow up* a porcentagem de consequências completas foi idêntica (51%), o número de consequências sociais positivas foi semelhante (7 e 6, respectivamente), assim como outras verbalizações tiveram ocorrências muito semelhantes, porém o tempo de monitoramento esteve abaixo de 600s em T3 e acima desse tempo no *follow up*; com P4 observou-se uma diferença de 35% a mais no tempo de monitoramento de T5 se comparado ao *follow up*, porém no último observou-se 21% a mais de ocorrências de consequências completas, além de um número semelhante de ocorrências de perguntas que incitavam o paciente a verbalizar sobre variáveis de risco e proteção à saúde (18 e 16, respectivamente); para P5, comparando-se a fase em que o participante apresentou a menor média de tempo de monitoramento (T2- 376s) com a fase em que o participante apresentou o maior tempo de monitoramento (T5- 654s), observou-se que na primeira, P5 teve um maior número de ocorrências de apresentação do monitoramento como um diálogo sobre promoção de saúde, teve um maior número de ocorrências de perguntas indagando aos pacientes se tinham alguma dúvida em saúde ou se gostariam de conversar sobre um tema de saúde, teve um maior número de ocorrências de perguntas ou afirmativas dos participantes que incitariam os pacientes a falarem sobre fatores agravantes de saúde ou fatores de proteção, teve uma maior porcentagem de consequências sociais positivas, além de que houve o estabelecimento de metas em T2, o que não ocorreu em T5; e, por fim, com P6, foi observado em T2 o tempo igual ao orientado pela empresa (600s) e em T4 o maior tempo observado na média dos monitoramentos (936s), porém em T2 houve um maior número de ocorrências de perguntas que incitavam o paciente a verbalizar sobre comportamentos de risco e proteção à saúde do que em T4 e houve um maior número de propostas de cuidados a saúde. A suspeita de que o tempo médio de monitoramento aumentaria em função das verbalizações treinadas, portanto, não pode ser confirmada, diante dos dados analisados.

Foi observado que os monitoramentos mais longos geralmente estavam relacionados ao contato com um cuidador informal, geralmente esposo(a) da(o) paciente. Esses monitoramentos frequentemente ocorrem com pessoas que têm alguma limitação física, como limitações auditivas, e tende a ser mais moroso porque o cuidador verbaliza sobre as condições do cônjuge e também verbaliza sobre suas condições de saúde. Outra variável que eleva o tempo de monitoramento se refere a verbalizações dos pacientes relacionadas a algum grande evento

estressor, como perda de algum ente, internação de cônjuge ou morte de pessoa próxima, além de queixas relacionadas a saúde mental. No monitoramento mais longo analisado entre os de todos os participantes (P6, na fase T4 - 22 min e 39s), aparentemente, o participante não ficou sob controle da instrução sobre o tempo máximo de monitoramento, já que não havia nenhuma condição especial que o levasse a se prolongar no contato e houve uma série de verbalizações do paciente que serviriam como deixas para o encerramento do contato. Nesse dia, ao se analisar os demais monitoramentos realizados pelo participante, verificou-se uma média de 15 min de monitoramento em contatos realizados com seis pacientes (a meta orientada pela empresa é de buscar o contato com 13 pacientes/dia).

A Figura 15 apresenta dados das verbalizações dos pacientes relacionadas a consultas, exames médicos e sintomas de saúde no contato com cada um dos participantes ao longo das fases do estudo.

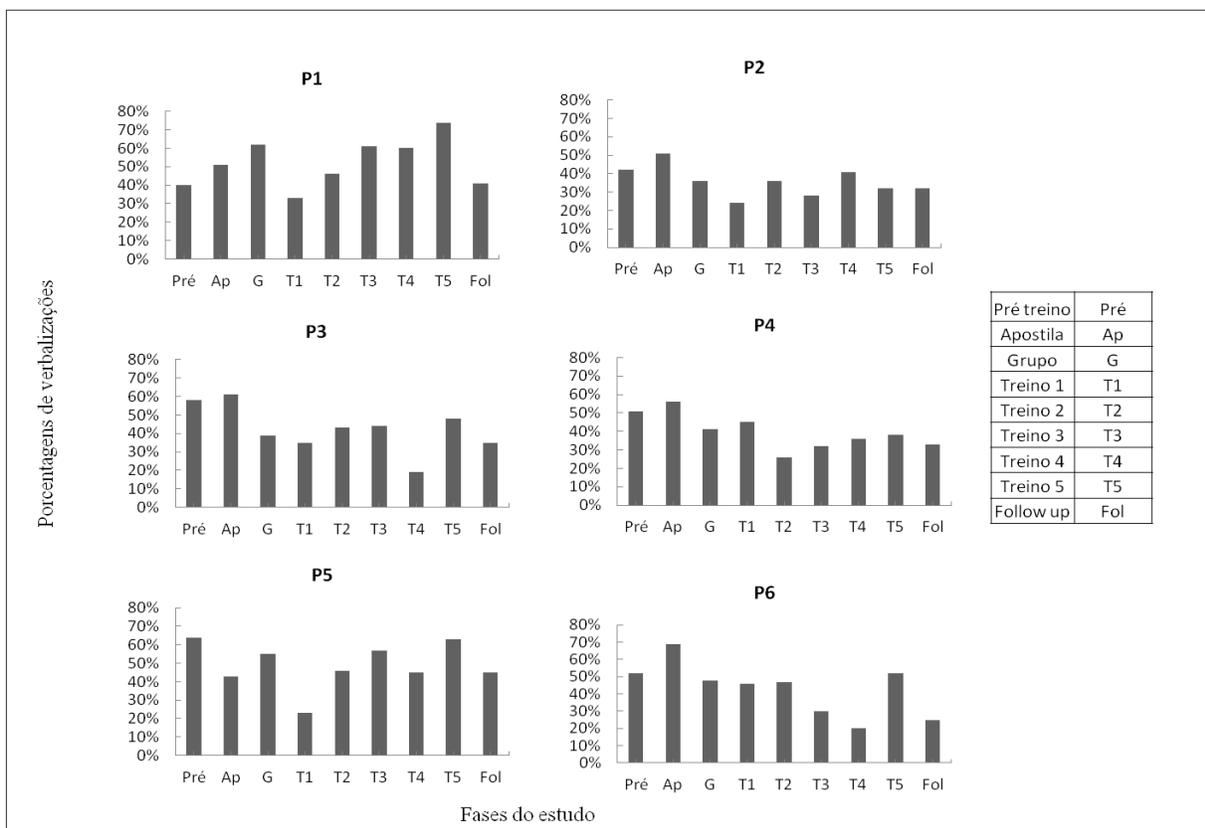


Figura 15. Percentagens de verbalizações dos pacientes durante o diálogo com os participantes relacionados a temas de consultas, exames médicos, diagnósticos e sintomas em cada fase do estudo. Os dados que constam em cada fase na Figura referem-se a dados coletados no período posterior à referida fase e anterior à fase seguinte.

Um dos efeitos indiretos do treino pode ser observado na Figura 15. Com exceção de P1 e P5, em relação aos quais não há tendência de queda dessas verbalizações (de conteúdo médico) - para P1 há, ao contrário, uma tendência ascendente -, para todos os demais participantes há uma tendência descendente delas, o que sugere que os temas relacionados exclusivamente ao relato de consultas e exames diminuiu com os treinos para esses participantes à medida que aumentou o número de outras verbalizações.

De acordo com estudo desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e apresentado na Cartilha para a Modelagem de Programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (2011), "as Redes Assistenciais, em especial no Brasil, atuam hegemonicamente em situações agudas, oferecendo ações reativas, pontuais e fragmentadas no enfrentamento de situações crônicas" (p. 11). Novos modelos de atenção à saúde têm sido incentivados, na tentativa de inverter essa lógica que privilegia o tratamento da doença em detrimento do cuidado da saúde. O conteúdo das verbalizações dos pacientes estavam geralmente associados aos sintomas das doenças, seu monitoramento, a exames, e seu enfrentamento, associado primordialmente ao comparecimento à rede médica. A redução do diálogo pautado exclusivamente nas situações agudas referentes às doenças, e o aumento das consequências sociais positivas relacionadas aos comportamentos de proteção à saúde pode ser uma importante contribuição dos treinos para o aperfeiçoamento do Programa, diversificação dos conteúdos tratados e maior incentivo aos pacientes para adesão aos comportamentos de autocuidado. Afinal,

a implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais. (Cartilha para a Modelagem de Programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, p. 16)

A Carta de Ottawa, construída na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde no ano de 1986, apresenta um conjunto de intenções para auxiliar no processo de melhora da qualidade da saúde da população, e seus princípios ainda permanecem atuais (Barry, Allegrante, Lamarre, Auld & Taub, 2009). De acordo com ela, promover saúde é capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no

controle desse processo. Para tanto, são necessárias ações que se estendam para intervenções populacionais, como a proibição de propagandas de cigarro, o incentivo e criação de espaços comunitários de lazer e práticas esportivas, e, também, ações que foquem no sujeito e em sua família, com a promoção do cuidado sobre sua doença e dos comportamentos relacionados com sua saúde. Dentre alguns objetivos propostos para a construção de um programa de gerenciamento de crônicos, que compactue com a promoção da saúde de seus beneficiados, estão oferecer uma assistência de qualidade, com tecnologias de cuidados diversas, e aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado. Reconhecendo que os principais agentes educacionais dos Programas de Prevenção e Promoção de Saúde são os enfermeiros, entende-se que este trabalho pôde contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade de atendimento dos enfermeiros na abordagem com os pacientes com doenças crônicas, assim como auxiliar na difusão da Análise do Comportamento para profissionais de saúde não psicólogos por construir, implantar e avaliar um programa de capacitação de enfermeiros que visa promover a saúde da população utilizando os pressupostos teóricos da área.

## Conclusão

Apesar das oscilações presentes nos comportamentos dos participantes, verifica-se que houve, para a maioria deles, um aumento ou aperfeiçoamento das ocorrências de comportamentos relevantes de acordo com o modelo de monitoramento treinado, tais como: incitar o paciente a falar sobre fatores agravantes e de proteção à saúde, melhorar a qualidade das consequências disponibilizadas pelos participantes aos pacientes, verbalizar sobre os objetivos do programa no início do monitoramento, perguntar no início do contato se o paciente possui alguma dúvida de saúde, diminuir os comportamentos considerados inadequados e realizar o registro das informações no campo solicitado do sistema. Outros comportamentos treinados começaram a ocorrer para a maioria dos participantes em alguma fase do treino e precisariam de mais tempo e, possivelmente, de diferentes estratégias para que houvesse um aumento no número de ocorrências, como, por exemplo, estabelecer metas e elogiar o paciente pelos cuidados à saúde no final do monitoramento.

A consequência social fornecida pelo experimentador durante as sessões de discussão dos monitoramentos parece ter sido suficiente para que os participantes verbalizassem durante os treinos sobre quais de seus comportamentos haviam sido adequados, quais haviam sido inadequados, além de apontarem os que deixaram de ocorrer. Porém, isso nem sempre garantiu que comportamentos adequados ocorressem nos próximos monitoramentos ou que comportamentos inadequados deixassem de ocorrer. Muitas oscilações observadas quanto às ocorrências das verbalizações talvez possam ser atribuídas a algumas das seguintes variáveis: o número de comportamentos alvo treinados em um tempo relativamente pequeno; a perpetuação de comportamentos habitualmente emitidos e reforçados no cotidiano dos participantes, que concorriam com os novos comportamentos treinados; o atraso das consequências disponibilizadas pelo experimentador, que ocorriam após, aproximadamente, uma semana após o monitoramento; a importância relativa das diferentes consequências liberadas para os comportamentos dos participantes, já que a consequência atingir metas de produtividade poderia ser mais relevante aos participantes do que o eventual reforço social disponibilizado pelo experimentador; a história de aprendizagem de cada participante; a história de reforçamento pelos pacientes; a ordem definida no procedimento deste estudo, que se iniciava com o treino de monitoramento e não com o treino de registro em sistema.

O treino descrito ao longo deste trabalho e seus resultados demonstram a importância de se respeitar alguns dos princípios estabelecidos pela Análise do Comportamento. Devido ao pouco tempo entre a realização das transcrições e a montagem do treino subsequente e devido à pré-determinação do tempo e do número de sessões de treino, o ritmo individual do aprendiz não pôde ser respeitado; além disso, a análise sistemática dos desempenhos dos participantes e das variáveis relevantes para a sua ocorrência não pôde ser realizada, fazendo com que o experimentador, em alguns momentos, desse maior ênfase a verbalizações dos participantes que já apresentavam alto número de ocorrências, em detrimento de outras que deveriam ser mais enfatizadas.

A avaliação de cada participante comparada com ele mesmo (o sujeito como seu próprio controle) permitiu a observação das fases em que cada participante emitiu ou deixou de emitir as verbalizações e, também, permitiu identificar quais comportamentos já existiam no repertório individual dos participantes e os que foram mantidos após os treinos para cada participante, o que é de grande utilidade para o aperfeiçoamento do Programa e para que novos treinos sejam montados. Ademais, a constatação de que emitir as verbalizações treinadas não gera um impacto negativo em relação ao aumento do tempo de monitoramento dos enfermeiros, adequando-se às necessidades da empresa, aumenta o valor deste trabalho enquanto pesquisa aplicada.

O efeito das diversas verbalizações dos enfermeiros treinadas neste trabalho sobre a adesão dos pacientes ao autocuidado e sua manutenção não foi objeto deste estudo, porém entende-se que acompanhar um grupo de pacientes monitorados pelos participantes do treino de capacitação fornecido no estudo poderia ser relevante para a análise dos efeitos de ganhos ou manutenção no autocuidado dos pacientes, se comparado a outros modelos de contato.

## Referências

- Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2011). *Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças*. Rio de Janeiro, RJ.: ANS.
- Ahern T., Gardner A., Gardner G., Middleton S. & Della P., (2013). Development and interrater reliability testing of a telephone interview training programme for Australian nurse interviewers. *Nurse Educ Today*, 33(5), 470-474.
- Almeida-Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884.
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baker, C. J, Hanley, G. P. & Mathews, R.M. (2006). Staff-administered functional analysis and treatment of aggression by an elder with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 469-474.
- Barretto, A., Wacker, D. P., Harding, J., Lee, J. & Berg, K. W. (2006) Using Telemedicine to Conduct Behavioral Assessments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(3), 333-340.
- Bowles, K. H., & Baugh, A. C. (2007). Applying Research Evidence to Optimize Telehomecare. *J Cardiovasc Nurs.*, 22(1), 5-15.
- Barry M. M., Allegrante J. P., Lamarre M. C., Auld M. E., Taub A. (2009). The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promot*; 16(2), 5-11.
- Buss, P. M. (1999). Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, 15(2), 177-185.

- Campos, F. E., Haddad, A. E., Wen, C. L., Alkmin, M. B. M & Cury, P. M. (2009). The National Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care. *Latin Am J Telehealth*, 1(1), 39-66.
- Dwinger, S., Dirmaier, J., Herbarth, L., König, H., Eckardt, M., Kriston, L., Bermejo, I. & Härter, M. (2013). Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*, 2013, 14, 337. Recuperado em 26 de Março, 2015. Disponível em:
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016132/pdf/1745-6215-14-337.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro, RJ.: IBGE.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2009). *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília, D.F.: IPEA.
- Johnston, J. M. (1996). Distinguishing between applied research and practice. *The Behavior Analyst*, 19, 35-47.
- Kenj, M.J.S. (2001). *Treinamento de profissionais de saúde: mudanças de comportamento do educador em diabetes*. Tese de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo- SP, Brasil.
- Laloni, D.T. (2006). Comportamento e Saúde: Vulnerabilidade Biológica. Em Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. (Eds), *Sobre comportamento e Cognição*, 17, 116-134.
- Leemrijse, C. J., Dijk, L., Jorstad, H. T., Peters, R. J. G. & Veenhof, C. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC Cardiovasc Disord*, 12, 47. Recuperado em 26 de Março, 2015. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/12/47>
- Leme, R. C. & Pereira, M. E. M. (2011). Correspondência verbal: a relação entre os comportamentos verbal e não verbal de professores. *Acta Comportamentalia*, 20(1), 71-85.

- Luke, M. M. & Alavosius, M. (2011). Adherence with universal precautions after immediate, personalized performance feedback. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(4), 967-971.
- Luna, S. V. (1997). O terapeuta é um cientista? Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 305-313). São Paulo: Arbytes.
- McKenna, M. & Collins, J. (2010). Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control. IN: Remington, P. L., Brownson, R. & Wegner, M. V. (eds). *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 3 rd. Edition. American Public Health Association, Washington DC.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2012). *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde.
- Morrison J., Bergauer, N. K, Jacques, D., Coleman S. K. & Stanziano G. J. (2001). Telemedicine: Cost-effective management of high-risk pregnancy. *Managed Care*. 10(11), 42-46. Recuperado em 13 de Junho de 2014. Disponível em: [http://www.managedcaremag.com/archives/0111/0111.peer\\_highrisk.html](http://www.managedcaremag.com/archives/0111/0111.peer_highrisk.html).
- Nale, N. (1998). Programação de ensino no Brasil: o papel de Carolina Bori. *Psicologia USP*, 9(1), 275-301.
- Nielsen, D., Sigurdsson, S. O. & Austin, J. (2009). Preventing back injuries in hospital settings: the effects of video modeling on safe patient lifting by nurses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(3), 551-561.
- Pereira, A. C. S. & Dittrich, A (2007). O conceito de prevenção para o behaviorismo radical: em busca de práticas preventivas de maior sucesso. *Sobre comportamento e Cognição*, 19, 231-243.

- Raiff, R. B. & Dallery, J. (2010). Internet-based contingency management to improve adherence with blood glucose testing recommendations for teens with type 1 Diabetes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(3), 487-491.
- Ribeiro, A. F. (2005). Correspondência no auto-relato da criança: aspectos de tatos e mandos. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 1, 275-285.
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M. & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 332-340.
- Sigurdsson, S. O. & Austin, J. (2008). Using real-time visual feedback to improve posture at computer workstations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(3), 365-375.
- Skinner, B. F. (1972). *Tecnologia do ensino*. (Rodolpho Azzi, Trad.). São Paulo: EPU, EDUSP. (Trabalho original publicado em 1968)
- Teixeira, T. M. S. (2005). Análise de Contingências em Programação de Ensino: Legado de Carolina Martuscelli Bori. *Sobre comportamento e Cognição*, 15, 7-17.
- Wen, C. L. (2008). Telemedicina e Telessaúde: um panorama no Brasil. *Informática Pública*, 10(2), 07-15.
- Young H., Miyamoto S., Ward D., Dharmar M., Tang-Feldman Y. & Berglund L. (2014). Sustained effects of a nurse coaching intervention via telehealth to improve health behavior change in diabetes. *Telemed J E Health*, 20(9), 828-834.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisador: Rafael Silva Martins Silveira

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliza Mazzilli Pereira

Sr.(a) Enfermeiro(a),

A presente pesquisa tem como objetivo testar um procedimento para capacitação de enfermeiros para o monitoramento telefônico de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Pretende-se atuar sobre o comportamento verbal desses enfermeiros emitidos durante e após o monitoramento – neste caso, no registro das informações pós-monitoramento no sistema adequado para tanto.

Para atingir estes objetivos, serão realizadas uma sessão em grupo com duração de uma hora e trinta minutos e cinco sessões individuais de uma hora com seis enfermeiros que trabalham na central de monitoramento da empresa. As ligações gravadas (três ligações por semana para cada profissional) serão utilizadas no procedimento, com o fim de ensinar os participantes a realizarem a interação com os pacientes conforme indicado. O tempo estimado de duração da coleta é de dois meses, sendo previsto um encontro semanal com cada participante. As identidades da instituição, dos pacientes e dos participantes serão mantidas em sigilo; as informações obtidas serão utilizadas somente para fins acadêmicos, sem qualquer possibilidade de identificação do participante.

Os dados obtidos no estudo poderão vir a ser apresentados em encontros científicos e/ou publicados em periódicos científicos, garantindo-se sempre o sigilo com relação aos nomes da instituição, dos pacientes e dos participantes.

Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem que haja ônus ou transtorno de qualquer espécie. Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Rafael Silva Martins Silveira

---

Profa. Dra. Maria Eliza Mazzilli Pereira

Entendi todos os aspectos envolvidos na minha participação e concordo em autorizá-la de forma voluntária.

---

Assinatura do Enfermeiro (a)

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Telefone de contato dos pesquisadores: (011) 99414 7358 (Rafael)

(011) 97379 7329 (Maria Eliza)

E-mail: [rsmsilveira@uol.com.br](mailto:rsmsilveira@uol.com.br)/[desenvolvimentohumano@procaresaude.com.br](mailto:desenvolvimentohumano@procaresaude.com.br)/  
[memazzilli@pucsp.br](mailto:memazzilli@pucsp.br)

## APÊNDICE B

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional**

Pesquisador: Rafael Silva Martins Silveira

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliza Mazzilli Pereira

Sra. Diretora,

A presente pesquisa tem como objetivo testar um procedimento para capacitação de enfermeiros para o monitoramento telefônico de pacientes portadores de patologias crônicas não transmissíveis. Pretende-se atuar sobre o comportamento verbal desses enfermeiros emitidos durante e após o monitoramento – neste caso, no registro das informações pós-monitoramento no sistema adequado para tanto.

Para atingir estes objetivos, serão realizadas uma sessão em grupo com duração de uma hora e trinta minutos e cinco sessões individuais de uma hora com seis enfermeiros que trabalham na central de monitoramento da empresa. As ligações gravadas (três ligações por semana para cada profissional) serão utilizadas no procedimento, com o fim de ensinar os participantes a realizarem a interação com os pacientes conforme indicado. O tempo estimado de duração da coleta é de dois meses, sendo previsto um encontro semanal com cada participante. As identidades da instituição, dos pacientes e dos participantes serão mantidas em sigilo; as informações obtidas serão utilizadas somente para fins acadêmicos, sem qualquer possibilidade de identificação do participante.

Os dados obtidos no estudo poderão vir a ser apresentados em encontros científicos e/ou publicados em periódicos científicos, garantindo-se sempre o sigilo com relação aos nomes da instituição, dos pacientes e dos participantes.

A participação da instituição é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem que haja ônus ou transtorno de qualquer espécie. Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Rafael Silva Martins Silveira

---

Profa. Dra. Maria Eliza Mazzilli Pereira

Entendi todos os aspectos envolvidos na participação da instituição e concordo em autorizá-la de forma voluntária.

---

Assinatura da Diretora

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Telefone de contato dos pesquisadores: (011) 99414 7358 (Rafael)

(011)97379 7329 (Maria Eliza)

E-mail: [rsmsilveira@uol.com.br](mailto:rsmsilveira@uol.com.br)/[desenvolvimento humano@procaresaude.com.br](mailto:desenvolvimento humano@procaresaude.com.br)/  
[memazzilli@pucsp.br](mailto:memazzilli@pucsp.br)

## APÊNDICE C

### *O que devemos fazer durante o monitoramento*

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

1. Apresentar o programa:

- a. Relatar nome pessoal e da operadora
- b. Perguntar se pode falar com o paciente no início do contato.
- c. Relatar que o monitoramento será um momento em que dialogarão sobre comportamentos voltados aos cuidados de saúde e hábitos relacionados

2. Investigar estado atual de saúde:

- a. Realizar perguntas sobre dados de saúde do paciente
- b. Caso o paciente não tenha realizado a consulta e/ou exame **pendente**, perguntar quando o fará e estabelecer esta ação como uma meta

3. Retirar dúvidas de saúde

- a. Perguntar se o paciente possui dúvidas, curiosidades ou se gostaria de esclarecimentos sobre saúde. Informar paciente sobre programas ou eventos de saúde promovidos pela empresa.
- b. Responder às perguntas

4. Estimular o diálogo sobre fatores de risco e/ou proteção relacionados a sua condição de saúde

- a. Fazer perguntas que incitem o paciente a falar sobre fatores de risco e/ou proteção relacionados a sua condição de saúde
- b. Fornecer orientações e dicas em saúde relacionadas aos fatores de risco e/ou proteção relativos às suas doenças- detalhar e descrever

5. Finalizar o contato

- a. Perguntar para o paciente se o mesmo possui sugestões associadas a ações de cuidado à sua saúde
- b. Estabelecer com o paciente uma meta específica de ação
- c. Se o paciente não fizer uma sugestão, propor uma ação de cuidado a saúde em forma de pergunta
- d. Caso o paciente não descreva uma ação específica e não considere a sugestão adequada, perguntar para o paciente se poderia pensar a respeito e conversar sobre este tema no próximo contato
- e. Elogiar e agradecer
- f. Perguntar se existe mais alguma dúvida
- g. Indicar uso da central de emergência e central de apoio

6. Consequenciar positivamente relatos do paciente quando ele verbalizar sobre:

- a. cuidados adotados ou a adotar com sua saúde
- b. metas concretas para cuidar de sua saúde
- c. dúvidas sobre saúde
- d. comparecimento a consultas e exames
- e. resultados de exames dentro dos parâmetros aceitáveis.

## APÊNDICE D

### Modelo de registro das informações em sistema

Sejam bem vindas à nova etapa deste treinamento. Até agora trabalhamos especificamente as informações de cada uma de vocês nas interações com os pacientes durante o monitoramento. Seguiremos adiante orientando sobre como realizar o registro das informações no sistema atual da empresa (S2).

#### **A importância do registro:**

O registro é fundamental para a continuidade da assistência. O que pretendemos é redigir uma evolução que permita ao próximo colega visualizar as ações e metas do paciente com base no monitoramento anterior. Sem o registro adequado será impossível aumentar gradativamente o engajamento do paciente nas metas pré-estabelecidas, gerando a sensação de que todo contato seria como o primeiro.

#### **Os dados:**

Haverá cinco informes a serem registrados no sistema, além do que já se orienta institucionalmente:

1. Metas e ações a serem realizadas pelo paciente (refere-se ao registro do que foi acordado entre vocês e sugerido pelo paciente sobre comportamentos possíveis relacionados aos cuidados à saúde que serão monitorados no próximo contato);
2. Ações já efetivadas pelo paciente (refere-se ao registro dos comportamentos que o paciente descreveu relacionados ao que já conseguiu realizar sobre cuidados à saúde);
3. Variáveis descritas que diminuam ou aumentem a probabilidade do cumprimento da meta (refere-se ao registro dos fatores de risco e proteção descritos pelo paciente que favorecem ou dificultam a realização de comportamentos relacionados à saúde);
4. Sugestão de pauta de abordagem para o próximo monitoramento (refere-se ao registro de conteúdos que devem ser abordados posteriormente pelos próximos enfermeiros e que estejam relacionados com as metas estabelecidas);
5. Informações de exames, consultas e problemas em saúde colhidas com o paciente (refere-se ao registro de dados sobre saúde - exames, comparecimento a médicos, mudanças de medicações, etc.)

**Sugestão de lembrete para registro dos dados no sistema:**

<b>Bloco</b>	<b>Informações registradas</b>	<b>Campos da tela S2</b>	<b>Dados a serem registrados</b>
Registro de informações em sistema	Metas e ações a serem realizadas pelo paciente	Evolução	
	Ações já efetivadas pelo paciente	Evolução	
	Variáveis descritas que diminuam ou aumentem a probabilidade do cumprimento da meta	Evolução	
	Sugestão de pauta de abordagem para próximo monitoramento	Evolução	
	Informações de exames, consultas e problemas em saúde colhidas com o paciente	Campos específicos e Evolução	