



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANA CRISTINE RUPPENTHAL

**CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO
SOBRE TRANSPLANTE RENAL**

Londrina
2010

ANA CRISTINE RUPPENTHAL

**CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO
SOBRE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina , como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento.

Orientação: Dra. Maria Rita Zoéga Soares

Londrina
2010

ANA CRISTINE RUPPENTHAL

**CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO
SOBRE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina , como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Rita Zoéga Soares
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. Pedro Alejandro Gordan
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a. Josy de Souza Moriyama
UEL – Londrina – PR

Londrina, 08 de dezembro de 2010.

AGRADECIMENTOS

A minha família, especialmente aos meus pais, por terem sido a minha base e meu principal referencial de valores.

A minha amorosa mãe, que mesmo distante está sempre tão presente, um elo que nem a distância nem o tempo jamais poderão romper.

Ao papai, que com sua imensa sabedoria, que escola nenhuma pode ensinar, tanto me ensinou. E por sua persistência em investir tanto em meus estudos.

Ao meu irmão, sempre com bons conselhos quando eu fraquejava.

A minha amada sobrinha para a qual sou um exemplo e com a qual redescobri a inocência e as delícias da infância.

Aos amigos, em especial a Patrícia Ribeiro, pelo incentivo ao ingresso no mestrado e a Luziane Kirchner, pela companhia, carinho, apoio e todo tipo de contribuição inimaginável.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Rita Zoéga Soares, não só pelas constantes orientações, mas sobretudo pela sua amizade que tornava nossos encontros tão agradáveis. Ao mesmo tempo uma mulher delicada e intensamente forte na qual tenho um perfeito modelo a seguir.

Ao Prof.Dr. Marco Aurélio, por sua relevante colaboração, envolvido desde o início e que com tanto afinho me auxiliou nas etapas iniciais e imprescindíveis da pesquisa, sem o que o trabalho não teria o respaldo do conhecimento médico. Um grande exemplo de humanidade numa área tantas vezes distante. Obrigada pelo empenho, por tantos sábados de orientação e por toda a sua atenção com este projeto.

Aos médicos urologistas Dr. Frederico Fraga, Dr. Horácio Alvarenga Moreira, Dr. Lauro Brandina, Dr. Marco Aurélio de Freitas Rodrigues, Dr. Nicola Morati Neto, Dr. Silvio de Almeida, que tão solícitamente se dispuseram a participar das filmagens e conseguiram horários em suas sobrecarregadas rotinas.

Aos técnicos do Labted, por todo seu empenho e dedicação nas filmagens, produção e edição, e por possibilitarem que esse projeto tenha sido concretizado. Em especial destaque para Antônio Carlos Costa e Waldecyr Salvi.

Às minhas colegas de mestrado Mariana Amaral e Renatha El Rafihi Ferreira, por todas as contribuições em nossos encontros de supervisão. É gratificante perceber que a partir desta convivência acadêmica floresceram grandes amizades, certamente inesquecíveis.

Aos professores e colegas do mestrado. Além das enormes contribuições teóricas, eram grande fonte de reforços positivos.

Ao Prof.Dr. José Carlos Dalmas, que foi tão prestativo na assessoria estatística.

Às estagiárias Lais S. Cruz e Valquiria M. Gonçalves, pelas importantes colaborações e contribuições, mesmo que isso significasse fazer uma ponta de figurante.

Aos prestativos secretários, Maria Inês de Souza e Jonas Villa, sempre tão prestativos e dispostos a ajudar.

Aos participantes, sem os quais esta pesquisa não teria sentido.

A todos, *Muito Obrigada!*

“Quando encontrar seus métodos mais efetivos, a educação será quase totalmente dedicada à tarefa de estabelecer e manter uma melhor forma de vida”. (Skinner, 1978, p.148, Reflections on Behaviorism and Society).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
ARTIGO 1 – CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE RENAL	9
INTRODUÇÃO	12
Doença Renal Crônica	12
Hemodiálise	14
Transplante Renal	14
Adesão ao Tratamento	17
A Cirurgia e a Importância da Informação	19
Psicologia da Saúde	21
Recursos Audiovisuais	22
MÉTODO	25
RESULTADOS	26
DISCUSSÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ARTIGO 2 – AVALIAÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE RENAL: UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL	35
INTRODUÇÃO	38
MÉTODO	40
Participantes	40
Instrumentos	41
Procedimento	41
Análise dos Dados	42
RESULTADOS	43
DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

APÊNDICES	48
APÊNDICE A	49
APÊNDICE B.....	51
APÊNDICE C.....	52
APÊNDICE D	54
APÊNDICE E.....	55
ANEXO	56
ANEXO A	57

APRESENTAÇÃO

Uma cirurgia de transplante renal é um momento bastante crítico para pacientes e equipe de saúde e como tal requer intensos cuidados. Entretanto, muitas vezes os pacientes não são informados adequadamente em decorrência de diversos fatores. Uma forma de melhorar a comunicação das informações é a utilização de recursos áudio-visuais como auxiliares nesta tarefa.

A presente dissertação apresenta os resultados de uma pesquisa a respeito da construção e avaliação de um vídeo sobre o transplante renal destinado a pacientes no período pré cirúrgico. Optou-se por dividir o trabalho em duas seções, descritas a seguir.

A primeira seção apresenta uma revisão teórica sobre meios de informação e situações cirúrgicas e tem como objetivo descrever o processo e os seus resultados alcançados na construção de vídeo informativo sobre transplante renal.

A segunda seção apresenta os resultados de uma pesquisa que avaliou o vídeo informativo por meio da aplicação de um questionário de conhecimentos sobre o transplante renal.

As duas seções serão submetidas, respectivamente, aos periódicos: *Jornal Brasileiro de Transplantes da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (São Paulo - SP)* e *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília - DF)*.

O intuito destes estudos é o de aprimorar o modo de fornecer informações sobre o transplante ao paciente renal crônico, facilitando o trabalho da equipe de saúde e melhorando esta comunicação.

ARTIGO 1¹**CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE RENAL****CONSTRUCTION OF AN INFORMATIONAL VIDEO ON RENAL
TRANSPLANTATION**

Ana Cristine Ruppenthal - Mestranda em Análise do Comportamento - Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina..

Maria Rita Zoéga Soares - Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde - Universidade de Valencia – Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento- Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina

Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina - Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, KM 380, Caixa Postal 6001, Cep 86051-990, Londrina, PR, Fone/Fax: (43) 3371-4227.

Endereço para correspondência: Maria Rita Zoéga Soares: ritazoega@hotmail.com

¹ A ser submetido à publicação no periódico Jornal Brasileiro de Transplantes.
O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

RUPPENTHAL, Ana. Cristine. **Construção de um vídeo informativo sobre transplante renal**. 2010. 57 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, 2010.

RESUMO

O transplante de rim, importante substituto da função renal, é um procedimento que beneficia a reinserção laboral e social do paciente. Entretanto, a cirurgia de implantação renal é de grande porte e envolve inúmeros riscos. Além disso, algumas vezes ocorrem dificuldades no fornecimento das informações devido às particularidades na comunicação entre paciente e profissional da saúde. Informar, na forma oral ou audiovisual, pode proporcionar meios para que o paciente lide com a situação da melhor forma e apresente mudanças comportamentais relacionadas a comportamentos de adesão. O objetivo deste trabalho foi produzir um vídeo sobre transplante renal. Participaram seis urologistas responsáveis pelos transplantes realizados na cidade de Londrina, PR, que responderam um roteiro de perguntas sobre transplante previamente elaborado. Foram utilizadas imagens ilustrativas e a montagem do vídeo seguiu a sequência do roteiro. Após a edição o vídeo passou a contar com 22 minutos de duração.

Palavras chave: Transplante renal. Análise do Comportamento. Informação. Vídeo.

RUPPENTHAL, Ana. Cristine. **Construction of an informational video on renal transplantation**. 2010. 57 f. Dissertation (Master's Degree in Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brazil, 2010.

ABSTRACT

The kidney transplant, an important substitute for kidney function, is a procedure that benefits the working and social reintegration of the patient. However, the kidney's implantation surgery is wide and involves many risks. In addition, sometimes there are difficulties in providing information due to the peculiarities in the communication between patient and health professional. Informing, orally or by audio, can create contingencies for the patient to handle the situation the best way and to present behavioral changes related to adherence behaviors. The aim of this study was to produce a video about kidney transplantation. The participants were six urologists responsible for the transplants performed in the city of Londrina, who answered a script with questions on transplantation, prepared in advance. Illustrative images were used, and the video elaboration followed the same sequence of the script. After the editing, the video has ended up with the total duration of 22 minutes.

Keywords: Kidney transplantation. Behavior Analysis. Information. Video

INTRODUÇÃO

Dentre todos os tratamentos disponíveis para a Doença Renal Crônica (DRC), o transplante renal se constitui na melhor terapêutica. Entretanto, sua eficácia depende de comportamentos de adesão ao tratamento medicamentoso que o sucede. Orientar as pessoas e prepará-las para esse momento crítico, é de fundamental importância e de responsabilidade de toda a equipe de saúde, inclusive do psicólogo.

Existem diversos meios de fornecer informações aos pacientes. Alguns estudos identificaram a eficácia da utilização de meios audiovisuais para tal tarefa. A boa relação custo/benefício e a grande aceitação e facilidade de utilização pelos pacientes tornam essa forma de fornecimento de informação uma opção apropriada. Este estudo descreve o processo de produção de um vídeo informativo sobre o transplante, direcionado a pessoas com insuficiência renal. O objetivo do vídeo, além de padronizar e facilitar o trabalho da equipe é fornecer informações e esclarecimentos ao paciente, por meio de imagens e ilustrações, sobre o processo cirúrgico. Desta forma, espera-se alterar o controle de estímulos discriminativos e diminuir a aversividade da intervenção cirúrgica por meio da descrição de contingências as quais o paciente pode ser exposto durante esta situação.

Doença Renal Crônica

Quando as funções renais cessam ou diminuem a níveis insuficientes, ocasionando o comprometimento progressivo e severo do organismo, ocorre a Doença Renal Crônica (DRC). É uma síndrome complexa, consequente à perda da capacidade excretória renal, de modo que os rins não desempenham sua função de excretar água e substâncias nocivas ao funcionamento corporal adequado (Draibe, Ajzen, 2005).

No início do comprometimento da função renal, o indivíduo não apresenta sintomas. A doença renal torna-se crônica, segundo Riella (2003), quando há deterioração irreversível da função dos rins e elevação persistente da creatinina² no organismo. Isto ocorre por falha na capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e eletrolítico, o equilíbrio dos sais minerais do organismo, ocasionando a uremia. A uremia pode ser definida como uma intoxicação causada por altas taxas de uréia presente na corrente sanguínea, o que

² Creatinina: É uma substância resultante do metabolismo das proteínas e constitui-se num importante marcador da função renal.

provoca diversos sintomas, como náuseas, vômitos, gosto metálico na boca, perda de memória, entre outros. Deste modo, lenta e progressivamente, os rins perdem sua capacidade de excreção devido à redução progressiva da filtração glomerular³, que é o principal meio de retirar solutos tóxicos do organismo, como o sódio e a uréia (Schor, Ajzen, 2005). Comumente os sintomas são percebidos apenas nos estágios mais avançados da DRC segundo destaca Riella (2003).

As manifestações da uremia, principal sintoma da DRC, se assemelham a uma intoxicação sistêmica⁴, e são causados por uma ou mais substâncias dialisáveis, ou seja, substâncias que poderão ser filtradas por meio de algum procedimento dialítico⁵, entre elas estão a uréia, a creatinina e o fósforo (Riella 2003; Rambusek, 1990). De acordo com Riella (2003) existem diversas causas para a DRC, sendo que as principais são hipertensão arterial, glomerulonefrite e diabetes mellitus⁶. Inclui ainda as infecções urinárias de repetição, lesões hereditárias (doença renal policística), distúrbios vasculares, obstrução urinária, e o uso crônico de medicamentos ou agentes tóxicos.

Uma das peculiaridades da Doença Renal Crônica é que, por ser uma doença crônica, não envolve a expectativa de cura ou um possível retorno ao estado “saudável”. Como tal, exige grande adaptação do paciente a importantes mudanças decorrentes do tratamento e o ajustamento a esta nova realidade (Patterson, 1991; Thomas, Gonçalves, Alhieri, 2003). Esta enfermidade afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (Floriani, 2004), pois, devido às complicações orgânicas advindas da DRC, a integridade física e emocional do paciente, bem como sua ocupação na família e na sociedade, ficam comprometidas. Os cuidados com a saúde diariamente requeridos, os altos custos do tratamento, a necessidade de atendimento por uma equipe de profissionais e a imprevisibilidade em relação ao futuro, são as principais situações vivenciadas pelos pacientes (Perrin, Shinkoff, 2000).

Existem diversos procedimentos dialíticos, capazes de substituir a função renal, tais como a hemodiálise, a diálise peritoneal noturna, a diálise peritoneal contínua com cicladora domiciliar (CCPD) ou a diálise peritoneal ambulatorial contínua domiciliar (CAPD), além do transplante renal de doador vivo ou falecido (Daugirdas, Blake, Inget, 2003). Dentre as terapias de substituição renal, a hemodiálise é o procedimento mais

³ Filtração glomerular: Filtração realizada por estruturas renais conhecidas por glomérulos.

⁴ Intoxicação sistêmica: Perturbações biológicas causadas por substância capaz de causar danos que podem colocar a vida em risco ou causar sequelas persistentes.

⁵ Procedimentos dialíticos: São processos pelos quais as substâncias tóxicas nocivas ao organismo são retiradas ou filtradas, são eles a hemodiálise e a diálise peritoneal.

⁶ Para maiores detalhes vide a página da Sociedade Brasileira de Nefrologia, www.sbn.org.br.

frequente e a maioria dos pacientes que participa de um transplante renal já se submeteu a essa terapia. No presente trabalho, como a população-alvo para a qual o filme é destinado em sua maioria é dependente deste tratamento, a seguir serão descritos brevemente os procedimentos de hemodiálise e transplante renal.

Hemodiálise

De acordo com o censo realizado em 2007 pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, existiam cerca de 73.000 pacientes em diálise no Brasil (Sesso et al., 2007). Este procedimento constitui-se na filtração artificial de solutos da corrente sanguínea, em um processo complexo, contínuo e com grande risco de complicações, que vão desde alterações da pressão arterial, vômitos, câimbras, até mesmo sintomas mais graves como embolia pulmonar ou parada cardíaca, inclusive com risco de morte. A média semanal é de três sessões, com duração aproximada de quatro horas cada uma e durante estas sessões, os pacientes podem apresentar sensações de desconforto e dor (Sesso, 2005).

Nesta modalidade de tratamento os pacientes passam a depender diretamente dos procedimentos e ficam expostos a fatores estressantes como a estrita regulação da ingestão de alimentos e líquidos, o grande número de medicamentos, ou a condição aversiva do próprio procedimento de diálise. Na maioria das vezes ficam impossibilitados de trabalhar em decorrência do grande número de horas de tratamento e de suas consequências extenuantes, além disso as limitações físicas apresentadas podem impedi-los de realizar até mesmo tarefas domésticas leves (Daugirdas et al., 2003). As complicações da doença podem ser intensas e tendem a aumentar com a evolução desta, acarretando perdas relacionadas à expectativa de vida, autonomia e disfunção sexual (Carreira, Marecon, 2003). Excetuando os raros casos em que um paciente recupera a função renal, a única forma de deixar o tratamento dialítico é o transplante renal (Sesso et al., 2007).

Transplante Renal

Um dos mais importantes meios de substituição da função renal é o transplante, devido ao seu efeito benéfico na reinserção social e laboral do paciente. Após um

transplante bem sucedido o paciente deixa de ter restrições em atividades sociais, de lazer e de trabalho. Esta cirurgia é um procedimento bastante conhecido, a implantação da técnica de transplante renal data da década de 1960, quando surgiram novas drogas imunossupressoras eficazes em evitar a rejeição do novo órgão implantado (Pestana, 2005). Estas drogas têm a função de inibir a ação do sistema imunológico, responsável pelas defesas do organismo, evitando que o organismo rejeite o órgão implantado.

A doação de rins para a cirurgia de transplante renal pode ser realizada a partir de doadores vivos ou falecidos. Os doadores vivos são geralmente parentes relacionados, familiares próximos ou o cônjuge do receptor. O doador escolhido é sempre o que tem a maior compatibilidade imunológica⁷ e aceita realizar a doação (Pestana, 2005). Os doadores falecidos são os diagnosticados com morte encefálica, que apresentem condições clínicas para serem doadores e que tenham a retirada dos órgãos autorizada pela família.

Dentre os cerca de 73.600 pacientes em diálise no Brasil no ano de 2007, foram realizados apenas 3.397 transplantes renais. Atualmente, menos de 10% dos pacientes com doença renal crônica são encaminhados para o transplante, embora 60% das pessoas em tais condições possam ser transplantadas. De acordo com dados do censo de 2007 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima-se que 32.650 pacientes estavam em fila de espera para transplante renal. Ou seja, o número de rins doados é insuficiente para a demanda (Castro, 2005; Pestana, 2005; Sesso et al., 2007).

O transplante renal é a modalidade de transplante de órgão sólido mais frequente e, também, é um dos procedimentos que apresenta maior risco de rejeição (Camargo, 2005). Por se tratar de um órgão com múltiplas funções, inclusive a secreção de diversos hormônios, o risco do organismo rejeitar o enxerto é alto. A rejeição ao órgão transplantado se dá pela resposta imune do organismo contra antígenos⁸, presentes na superfície do tecido. Além disso, com o uso de drogas imunossupressoras, as possibilidades de infecções são elevadas, aumentando o risco de perda do novo rim, inclusive pela própria nefrotoxicidade destas. As drogas imunossupressoras, utilizadas para diminuir a resposta imunológica do organismo e assim evitar a rejeição, podem ser tóxicas e causar danos ao funcionamento do rim implantado.

⁷ Quando duas pessoas compartilham os mesmos Antígenos Leucocitários Humanos (abreviação em inglês = HLA) diz-se que elas são compatíveis, isto é, seus tecidos são imunologicamente compatíveis. HLA são proteínas que se localizam na superfície de todas as células do organismo

⁸ Antígenos: São quaisquer substâncias estranhas, como vírus, bactérias, hemácias e células teciduais, que quando em contato com o organismo não são reconhecidas pelo sistema imunológico.

A rejeição aguda, ou seja, em que o início dos sintomas ocorre de modo abrupto ou insidioso é responsável por 2/3 das perdas dos enxertos durante o primeiro ano, principalmente nos três primeiros meses após a cirurgia. Já a rejeição crônica pode ocorrer em qualquer momento, desde a primeira semana após o transplante (Pestana, 2005) e pode estar relacionada com a recidiva da doença de base, ou seja, a doença que causou a perda renal inicial. Existem várias outras complicações no pós-transplante, como infecções oportunistas e outras consequências da imunossupressão. A taxa de indivíduos que desenvolvem diabetes mellitos pós-transplante é de 10%, e o risco de câncer é maior nessa população (Pestana, Ramos, Ajzen, 1992).

A cirurgia de implantação renal é de grande porte e envolve inúmeros riscos, como parada cardíaca, hemorragia e choque anafilático. Motivos pelos quais nem todos os pacientes com doença renal crônica podem ser submetidos a este procedimento. Uma bateria minuciosa de exames é realizada, tanto com o receptor quanto com o doador para avaliar a viabilidade da cirurgia, além de ser necessária uma “avaliação emocional” de ambos (Associação Brasileira de transplante de Órgãos - ABTO).

A rejeição é uma preocupação constante nesta população devido ao risco de complicações ou a possibilidade do paciente retornar ao tratamento dialítico. Apesar disso, o transplante é a terapêutica mais econômica e eficaz preferida por profissionais e pacientes portadores de insuficiência renal pelo fato de provocar grande melhora na qualidade de vida, bem como por ser mais efetivo em relação à reabilitação socioeconômica do paciente renal crônico, por possibilitar seu retorno ao mercado de trabalho (Castro, 2005; Pereira et al., 2003; Pestana, 2005).

Em relação aos outros procedimentos, o transplante possibilita uma melhor qualidade de vida aos renais crônicos. Quando comparada à população em diálise, a qualidade de vida do paciente transplantado é mais elevada. Estes dados foram confirmados por Pereira et al. (2003) em um estudo de avaliação de qualidade de vida realizado com 72 transplantados renais, 43 pacientes em tratamento de hemodiálise e um grupo controle de 58 pessoas saudáveis. O instrumento utilizado foi o SF-36, já traduzido e validado para o português (Ciconelli, 1997). O SF-36 é um instrumento genérico de qualidade de vida utilizado para avaliar indivíduos acometidos por diversas patologias, bem como a população em geral.

Pereira et al. (2003) identificaram que os pacientes submetidos a um transplante renal bem sucedido têm a qualidade de vida relacionada à saúde bem mais próxima à de pessoas saudáveis quando comparado aos pacientes renais crônicos mantidos em hemodiálise. Isto ocorre principalmente em relação aos dados referentes às dimensões de

saúde física. O transplante renal com boa evolução está associado dispensa da realização de algum tratamento dialítico, hemodiálise ou diálise peritoneal. E a expectativa de vida é prolongada em comparação com pacientes em outras terapias renais substitutivas (Castro, 2005).

Apesar das enormes vantagens de um transplante renal bem sucedido, podem ocorrer rejeições agudas tardias após o primeiro ano de transplante em função da má adesão ao tratamento imunossupressor, como alerta Pestana (2005). Uma das grandes dificuldades após um transplante bem sucedido é conseguir que o paciente mantenha comportamentos de adesão, ou seja, que não interrompa o uso dos medicamentos imunossupressores e siga as orientações médicas corretamente.

Adesão ao Tratamento

Segundo os propósitos analítico-comportamentais a adesão pode ser compreendida como um padrão comportamental aprendido por meio de regras, pelas consequências das próprias ações e/ou pela observação de modelos bem sucedidos. Riegler e Baer (1987) afirmam que o comportamento de adesão ao tratamento é baseado no controle do comportamento governado por regras, de modo que a dificuldade para instalar e manter este tipo de padrão comportamental está na complexidade e na abrangência das explicações médicas sobre as instruções a serem seguidas. Neste caso é possível desenvolver o repertório comportamental da adesão, por meio de intervenções instrucionais bem elaboradas que descrevam claramente para pacientes e familiares a doença e a importância de seguir as prescrições médicas (Arruda, Zannon, 2002).

A aprendizagem por regras, ou através de instruções, fornece a informação ao indivíduo sobre as contingências em vez de fazê-lo se submeter a elas. É a maneira pela qual um indivíduo, por meio do relato verbal, leva outro a emitir comportamentos. O controle por regras tem utilidade em situações nas quais as contingências naturais são fracas, operam a longo prazo, ou quando eliminam efeitos aversivos das consequências naturais (ex: pode ser funcional submeter-se a procedimentos médicos dolorosos que possibilitem a cura da doença). Entretanto sua utilização excessiva pode tornar o sujeito insensível às contingências naturais e impedir o desenvolvimento de estratégias de discriminação significativas para sua sobrevivência (Meyer, 2005).

Comportamentos do sujeito aprendidos diretamente pelas consequências de suas ações no ambiente, ou seja, modelados por contingência, são processos que ocorrem lentamente. Entretanto, com esta aprendizagem o sujeito fica mais vulnerável às mudanças ambientais e apresenta maior conhecimento das contingências que exercem controle sobre seu comportamento (Castanheira, 2001). Os comportamentos operantes de adesão podem ser controlados também por eventos ambientais, como, por exemplo, quando consideramos que o comportamento operante de tomar diariamente um medicamento pode ser uma resposta de esquivar-se das complicações da doença, ou pode estar sendo mantido pela aprovação do profissional de saúde, de amigos ou familiares (Malerbi, 2001; Souza, 2004).

A aprendizagem também ocorre pela observação de modelos de comportamentos de outras pessoas que foram bem sucedidas. Por meio da observação, novos padrões de resposta podem emergir, de forma que a frequência de sua ocorrência aumenta quando o comportamento observado é reforçado positivamente, enquanto que padrões são inibidos quando o modelo é negativamente reforçado (Bandura, 1979; Derdyk, Groberman, 2004). A aprendizagem por observação difere da imitação, como aponta Catania (1999) enquanto a imitação apenas “copia” a topografia de resposta do modelo sem discriminar as variáveis que a controlam, a aprendizagem por observação ocorre a discriminação das ações de um outro organismo e o efeito das consequências positivas vivenciadas pelo outro, identificando as contingências envolvidas. Derdyk e Groberman (2004) afirmam que a imitação é uma forma de exercer o comportamento governado por regras, ou seja, quando dada a instrução o sujeito é capaz de segui-la independente da sua história prévia de aprendizagem e do contato com a contingências.

No caso específico do transplante renal existem diversas contingências relacionadas ao comportamento de adesão. A não-adesão pode ocorrer em períodos prolongados sem a presença de sintomas, ou seja, na ausência de sintomas, alguns pacientes deixam de seguir as recomendações passadas pelos médicos, aumentando o risco de recidiva da doença ou de rejeição do órgão (Dunbar, Agras, 1980). Outros fatores de risco para a não-adesão podem ser as consequências negativas do tratamento (riscos da cirurgia ou tratamento e efeitos colaterais dos remédios), os tratamentos que exijam grandes mudanças na rotina de vida do paciente, a falta de suporte social ao paciente (La Greca, Schuman, 1995; Malerbi, 2001), os tratamentos de caráter preventivo e a falta de informação sobre a doença e as implicações do tratamento (Arruda, Zannon, 2002).

A Cirurgia e a Importância da Informação

Quando a terapêutica de escolha constitui-se num procedimento invasivo, como é o caso da cirurgia de transplante, as respostas de ansiedade e medo dos pacientes tendem a aumentar consideravelmente de frequência, trazendo efeitos indesejáveis ao tratamento (Medeiros, Nunes, 2001). Neste contexto, existem inúmeras contingências aversivas em operação, e pode ocorrer perda de diferentes tipos de reforçadores, relacionados a condições fisiológicas, comportamentais, sociais e culturais (Santos, 2003). O paciente submetido a procedimento cirúrgico tem medo da dor e da anestesia, de complicações e da morte (Broering, Crepaldi, 2008; Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, Mathias, 2007).

Problemas de saúde que envolvem condições de incerteza de cura e os próprios procedimentos médicos são situações aversivas que podem levar a respostas de ansiedade. Tenani e Pinto (2007) ressaltam que, para diminuir a frequência destes comportamentos, é imprescindível que o paciente receba informações no período pré-operatório. Infelizmente alguns pacientes não recebem orientações adequadas sobre seus procedimentos cirúrgicos (Silva, Nakata, 2005). E, apesar deste período ser o momento em que os pacientes mais necessitam de informação, apoio e atenção, as vezes são deixados sozinhos na sala de operação, identificados, não pelos seus nomes, mas pela sala ou tipo de cirurgia (Tenani, Pinto, 2007). Uma característica inerente a este procedimento é, por serem intervenções pontuais, muitas vezes o paciente tem apenas um contato breve com o profissional que realizará a cirurgia. Pacientes desinformados e profissionais não preparados para orientar podem piorar o prognóstico médico e diminuir chances de sucesso do tratamento, além de tornar a recuperação mais lenta (Broering, Crepaldi, 2008; Soares, Casanova, Dupont, 2009). Vários autores corroboraram por meio de pesquisas a afirmação de que o fornecimento de informações, além de proporcionar tranquilidade ao paciente, indica uma forma diferente de lidar com a situação e promove modificações comportamentais que podem resultar em mudanças nos comportamentos respondentes e operantes relacionadas à ansiedade, ou seja, fornecer informações no período pré-cirúrgico pode reduzir potencialmente as respostas de ansiedade associadas à cirurgia (Jlala, French, Foxall, Hardman, Bedford, 2010; Juan, 2005; Masui et al., 2010).

A ansiedade pode ser definida como um estado corporal que pode ocorrer quando a pessoa não possui controle da situação a ser enfrentada e não tem uma resposta de fuga-esquiva adequada para cessar a ocorrência de uma dada estimulação aversiva (Coelho, Tourinho, 2006; Domingos, 1993; Leite, 2001; Queiroz, Guilhardi, 2001). A definição de

ansiedade proposta por Skinner (1953/1998) afirma que além das respostas de ansiedade serem reflexas perante um estímulo aversivo condicionado, também são compostas por operantes de fuga e esquiva de estímulos aversivos condicionados e incondicionados. E tais respostas operantes tem como consequência a eliminação ou adiamento da estimulação aversiva (Banaco, Zamignani, 2004).

Fornecer informações específicas e descritivas possibilita que o paciente tenha algum grau de controle sobre sua condição e como resultado, pode ocorrer a diminuição de comportamentos de ansiedade, do tempo de internação, da mortalidade e do impacto da hospitalização (Domingos, 1993). As explicações sobre a cirurgia, procedimentos e possíveis consequências também tem como objetivo promover o aumento da frequência de comportamentos de autocuidado após a cirurgia, ou seja, de comportamentos de adesão, o que gera menor risco de complicações no período pós-operatório (Tenani, Pinto, 2007). O paciente e também sua família devem ser comunicados sobre o contexto que envolve um procedimento médico, incluindo as razões da necessidade da execução do procedimento, bem como dos possíveis resultados a serem obtidos e eventuais efeitos indesejáveis (Soares et al., 2009). Ao descrever os procedimentos, a equipe prepara o paciente para a cirurgia que, desse modo, pode apresentar menos respostas de ansiedade e mais comportamentos colaborativos, como por exemplo caminhar, tomar os medicamentos e seguir as orientações da equipe de saúde (Broering, Crepaldi, 2008; Soares et al., 2009). A orientação pré-operatória deve visar o esclarecimento de dúvidas através da apresentação das informações sobre as possíveis situações a serem experienciadas (Baggio, Teixeira, Portella, 2001).

No caso específico do paciente cirúrgico, aumento ou diminuição da frequência de respostas de ansiedade podem estar relacionados com as contingências de apresentação de informações sobre o procedimento a ser realizado (Hughes, 2002; Ribeiro, Rengel, 2002). O que leva à discussão acerca de quem seria responsável por fornecê-las. Todos os profissionais da saúde têm como papel fundamental fornecer informação, com o objetivo de melhorar a compreensão acerca da enfermidade e tratamento, aumentar a frequência de comportamentos de adesão e melhorar a capacidade de relacionamento com a equipe (Lopes, 2004). O psicólogo, em especial, deve utilizar seu conhecimento para que a informação seja compreendida, pois o paciente bem informado evolui melhor, mais rapidamente e sofre menos (Gorayeb, 2001). A delimitação da função do psicólogo neste ambiente e a descrição de sua atuação serão realizadas no tópico seguinte.

Psicologia da Saúde

A atuação da Psicologia no ambiente hospitalar pode ser entendida como conjunto de pesquisas relacionadas às doenças e seus tratamentos, focalizada em prevenção, estilo de vida e adesão ao tratamento (Kerbaux, 2002). Esta área de atuação psicológica e de pesquisa se distingue das outras por compreender o comportamento no contexto da saúde e doença. E tem desenvolvido modelos explicativos da influência saúde-comportamento a fim de subsidiar intervenções voltadas à promoção, prevenção e tratamento de doenças. Além disso, integra o atendimento, o ensino e a pesquisa de questões relacionadas à saúde e aos problemas físicos e emocionais (Kerbaux, 1999).

Em contextos envolvendo procedimentos invasivos, como por exemplo a cirurgia, o psicólogo atua no planejamento de contingências com objetivo de promover o desenvolvimento comportamental do paciente e instituir condições favoráveis à sua adaptação às experiências aversivas a serem enfrentadas (Costa Jr, 1999). No ambiente hospitalar o papel do psicólogo, além de orientar acerca dos padrões adequados a serem apresentados pelo paciente, é garantir o fornecimento de informações apropriadas, que descrevam as contingências as quais o paciente será exposto durante a cirurgia, com o objetivo de colocá-lo sob controle de outros estímulos discriminativos presentes no contexto. Deste modo o psicólogo fornece estimulação suplementar para que respostas já existentes no repertório do sujeito, incompatíveis com as respostas fuga e esquiva, aumentem sua probabilidade de ocorrência. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que em uma situação composta por vários estímulos, é possível reagir a diferentes aspectos da situação, dependendo da história de reforçamento anterior. Ao dar a instrução para que o cliente preste atenção em outros aspectos de uma situação, aumentam a probabilidade de que novos aspectos passem a controlar o comportamento (Meyer, 2000). Ou seja, o paciente deixa de ficar sob controle das limitações iniciais, com a dor e desconforto decorrentes da cirurgia, e dos efeitos colaterais, como o desconforto gástrico, causado pelo grande número de medicamentos; e passa a ficar sob controle dos benefícios da cirurgia, como o fato de não precisar fazer hemodiálise três vezes por semana nem necessitar de uma dieta tão restritiva, e passar a ter um funcionamento quase normal do organismo.

Além da intervenção direta do profissional, outras formas de intervenção são necessárias para atender os diversos problemas comportamentais provenientes da complexidade das contingências em vigor na doença renal. Uma forma complementar de realizar intervenção é a utilização de recursos audiovisuais com o objetivo de informá-los

sobre características específicas de sua condição e das implicações do procedimento (Jlala et al., 2010).

Recursos Audiovisuais

As informações relacionadas ao procedimento cirúrgico podem ser realizadas de dois modos: de forma oral ou com a utilização de algum recurso audiovisual. Tradicionalmente, a forma oral é a mais comumente empregada pela equipe de saúde. Esta forma requer a presença ao vivo do profissional, adequado conhecimento quanto ao conteúdo a ser abordado, habilidade de ensino e disponibilidade de tempo para realização da tarefa. Como alternativa, os recursos audiovisuais, como vídeos, são métodos práticos que possibilitam a repetição de cenas quando necessário, têm baixo custo financeiro em relação à grande abrangência e podem ser usados individualmente ou em grupo. Além disso, diminuem o tempo necessário para expor a mesma quantidade de informações que a educação habitual, facilitando, desta forma, o trabalho de toda a equipe de saúde em informar os pacientes sobre os procedimentos (Domingos, 1993).

Em um estudo comparativo, Paula e Carvalho (1997) compararam o uso de recurso audiovisual (vídeo) e oral pela equipe de enfermagem no setor de ginecologia e obstetrícia. Participaram do estudo 104 pacientes de cirurgias programadas, sendo que 54 delas estavam no grupo que recebeu orientação exclusivamente oral e 50 através de vídeo. Um dos grupos assistiu a um vídeo com 10 minutos de duração, baseado em um roteiro previamente proposto, com informações sobre a cirurgia: cuidados pré-cirúrgicos, ambiente, anestesia, ato cirúrgico e cuidados pós-cirúrgicos. O outro grupo recebeu informações oralmente seguindo o mesmo roteiro previamente proposto. Após a cirurgia responderam questões abertas que continham a sequência do roteiro previamente proposto pelo vídeo e pela informação oral. Os grupos foram homogêneos e não houve diferença significativa entre eles e, apesar disso, constatou-se uma diferença qualitativa nas respostas quando o recurso utilizado era o vídeo, pois, muitas pacientes respondiam do mesmo modo que ouviram no filme ou descreviam detalhes das cenas observadas. O tempo necessário para informar as pacientes sobre os procedimentos foi reduzido, de 45 minutos na comunicação oral, para 10 minutos com a utilização do vídeo.

O fornecimento de informações também está relacionado a diminuição de respostas de ansiedade no período próximo a cirurgia (Gautschi, 2010; Jlala et al., 2010;

Kyiohara et al., 2004; Masui et al., 2010) . Para comprovar tal afirmação, Medeiros e Nunes (2001) realizaram uma investigação sobre a influência de um vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia, que é a remoção cirúrgica da mama para tratar o tecido mamário doente, normalmente um câncer. As participantes foram 22 pacientes do serviço de mastologia, especialidade médica que se dedica ao estudo das glândulas mamárias, que estavam internadas para a realização de mastectomia. Não foram incluídas na amostra pacientes que já tivessem realizado uma mastectomia anterior. As primeiras 11 pacientes internadas durante o período da coleta de dados compuseram o grupo experimental e as 11 pacientes seguintes, o grupo de controle. Todas as participantes responderam o Inventário de Ansiedade Traço-Estado [IDATE]. Este inventário, adaptado e validado para o português, é composto por duas subescalas auto-aplicáveis com 20 itens cada, utilizadas para medir os conceitos de ansiedade traço e estado. A ansiedade também pode ser classificada como estado ou traço. O estado de ansiedade refere-se a um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo, em que a ansiedade é evocada por estímulos presentes no ambiente e tem intensidade variável. Enquanto que o traço de ansiedade define um padrão de comportamento que se mantém relativamente estável ao longo do tempo e menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais (Andrade, Gorenstein, 1998).

Somente ao grupo experimental foi apresentado o vídeo de informações adicionais estruturado a partir de informações verbais de profissionais de saúde que atuam na área. As imagens e depoimentos utilizados corresponderam o máximo possível às reais dependências hospitalares utilizadas no período perioperatório (período que compreende o tempo de internação anterior e posterior à cirurgia). Os depoimentos apresentavam informações habitualmente não concedidas nos procedimentos usuais. Os profissionais da equipe de saúde que participaram do vídeo foram convidados a falar sobre vários tópicos propostos pelos pesquisadores, o local da entrevista foi o próprio ambiente hospitalar.

Os grupos eram homogêneos em relação aos dados demográficos e ao nível de ansiedade antes da cirurgia. Entretanto, na avaliação após a cirurgia os níveis de estado de ansiedade mostraram-se, de modo estatisticamente significativo, mais elevados no grupo que não assistiu ao vídeo. A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, observados via inventário, evidencia-se a existência de relação entre a apresentação de informações e as respostas de ansiedade (Paula, Carvalho, 1997).

Nos estudos citados ficou clara a correlação entre ansiedade e informações sobre o procedimento cirúrgico (Kiyohara et al., 2004; Medeiros, Nunes, 2001). O que ressalta a importância em manter o paciente sempre bem informado. Ambientes médicos, especialmente cirúrgicos, estão associados a períodos de incerteza onde a falta de conhecimento é prejudicial. A partir da compreensão acerca dos procedimentos pode ocorrer diminuição de comportamentos não colaborativos e de respostas de ansiedade, sendo fundamental informar o paciente. Fornecer informações é uma das estratégias mais empregadas e eficazes para auxiliar pacientes a se adaptarem à hospitalização (Alder, Porter, Abraham, Teijlingen, 2004). No estudo de Paula e Carvalho (1997) comprovou-se que o uso de um recurso audiovisual como um vídeo pode reduzir o tempo necessário para informar os pacientes sobre os procedimentos e desta forma é possível que o uso complementar de recursos audiovisuais facilite o trabalho de cirurgiões.

Além de recursos audiovisuais, novas tecnologias também têm sido utilizadas. Gautshi et al. (2010) desenvolveram um sistema informatizado e interativo para auxiliar no processo de informação para pacientes de cirurgia eletiva de disco lombar. O recurso utilizado é um sistema de informação audiovisual computadorizado, que combina imagens, texto, som e vídeo sobre a intervenção cirúrgica é planejado instalado em um computador portátil. Tal programa também pode ser acessado pela internet em um site on-line.

Antes da primeira aplicação do programa, uma introdução e um manual de instrução audiovisual são iniciados automaticamente. Na sequência, a intervenção cirúrgica programada podem ser escolhida a partir de uma lista e informações sobre o diagnóstico e tratamento podem ser acessados. Oito diferentes intervenções neurocirúrgicas eletivas estão disponíveis no sistema. Tem uma duração de 20 a 50 minutos, dependendo do tipo de intervenção visualizado. Os autores justificam a construção de tal instrumento devido ao fato de que, em tempos de internet e outros meios de comunicação, exista uma tendência de que alguns pacientes sejam mais críticos e tenham crescentes expectativas de ser plenamente informados. Ainda de acordo com Gautshi et al. (2010) muitos pacientes buscam informações em sites da internet antes das consultas, no entanto nem sempre a informação é correta e de procedência confiável. Utilizar os recursos de multimídia existentes possibilita uma forma segura e interativa de informar os pacientes.

Muitos pacientes chegam ao transplante renal sem as informações necessárias sobre a cirurgia. A pouca escolaridade e baixa renda presentes na maioria dessa população podem interferir diretamente na forma de acesso e compreensão de informações e prejudicar o adequado esclarecimento das informações necessárias. Somam-se a esses fatores a ampliação do número de membros das equipes de saúde, a falta de comunicação entre os

profissionais, o curto prazo para prestar atendimento e fornecer orientações e a presença de dificuldades de memória dos pacientes devido às consequências da uremia.

Existem formas distintas de fornecer informação aos pacientes. Recursos audiovisuais são úteis para tal tarefa. A boa relação entre o custo financeiro e o benefício atingido, além da aceitação e facilidade de utilização pelos pacientes, tornam essa uma interessante alternativa. O uso de recursos audiovisuais, além de padronizar e facilitar o trabalho da equipe pode descrever contingências as quais os pacientes poderão ser expostos durante a cirurgia e esclarecer as dúvidas mais frequentes. Um vídeo bem ilustrado, com linguagem clara e objetiva, compatível com o nível de escolaridade e compreensão do paciente auxilia na redução do tempo necessário para informar sobre os procedimentos, o que possibilita aos profissionais da saúde dedicar mais tempo ao contato direto com cada paciente. Embora existam evidências das vantagens do uso deste tipo de instrumento, não foram encontrados trabalhos específicos nesta população. Em decorrência do crescente número de pessoas que necessitam submeter-se a este tipo de procedimento, propõe-se a construção de um vídeo com imagens e informações sobre o transplante renal. O objetivo deste trabalho foi o de executar e descrever o processo de construção de um vídeo informativo sobre o transplante renal destinado a pacientes no período pré-cirúrgico.

MÉTODO

Após tramitação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi iniciada a pesquisa. Inicialmente foram realizadas entrevistas com médicos urologistas para identificar quais eram as informações relevantes para os pacientes no período que antecede a cirurgia, o que possibilitou o levantamento de tópicos importantes e das perguntas mais frequentes feitas pelos pacientes. Tais dados serviram de referência para construir o roteiro para o vídeo (Apêndice A). Além destes dados, foram utilizados folhetos informativos sobre transplante e literatura da área para a elaboração do roteiro (Daugirdas, 2003; Riella, 2003). O roteiro foi avaliado e retificado pela equipe de urologia e tem 30 questões distribuídas entre seis temas: Anatomia e Funcionamento Renal; Transplante Renal; Doação; Pré-Operatório; Cirurgia; e Pós-Operatório.

Os seis médicos urologistas responsáveis pelos transplantes renais realizados na cidade de Londrina foram convidados a participar das gravações e assinaram uma autorização para a gravação de suas imagens e sua posterior exibição a pacientes renais.

Anteriormente às gravações, os médicos eram contatados e lhes era fornecido o tema e as questões que deveriam responder. As questões do roteiro do vídeo foram distribuídas entre os seis urologistas, de modo que cada um deles ficou responsável por responder um tema específico do roteiro.

As filmagens foram agendadas previamente e realizadas nos consultórios e salas cirúrgicas da clínica de Urologia conveniada ao SUS, localizada na cidade de Londrina, PR e ocorreram de acordo com a disponibilidade dos médicos e da equipe de gravação. Duas gravações foram realizadas no estúdio do Labted (Laboratório de Tecnologia Educacional da Universidade Estadual de Londrina).

Todas as gravações foram anteriormente agendadas e eram precedidas da assinatura da autorização para exibição de imagens (Apêndice B). Cada médico recebeu com antecedência uma relação de questões do roteiro que seriam respondidos durante as filmagens. Também participou desta etapa uma estagiária aluna do curso de Psicologia.

A edição das imagens foi realizada em uma ilha de edição do Labted (Laboratório de Tecnologia Educacional da Universidade Estadual de Londrina), por um técnico especializado sob a orientação constante da pesquisadora. Foram utilizados os programas de edição de imagens: Adobe Premiere 2.0, Adobe Fotoshop 8.0 e Power Point 2007.

RESULTADOS

As filmagens com os seis urologistas se estenderam pelo período de seis meses, ocorreram de maio de 2009 a outubro de 2009. Este atraso se deve ao fato do fechamento da Universidade em virtude de um surto de gripe H1N1. Outro fator que interferiu na realização das filmagens foram as dificuldades em conciliar horários entre a equipe de filmagem e os urologistas. Enquanto os primeiros necessitavam de agendamento com bastante antecedência, os urologistas, em virtude atribuições do ofício, nem sempre conseguiam cumprir os horários combinados. Desta forma, várias gravações foram adiadas e remarçadas. No decorrer da construção do vídeo também ocorreram afastamentos temporários de dois dos técnicos responsáveis pelas filmagens por motivos administrativos e de saúde. Todos estes fatores impossibilitaram realizar uma refilmagem das gravações.

As gravações com os urologistas eram realizadas e repetidas inúmeras vezes até que estivessem compreensíveis e sem erros técnicos. Os urologistas foram orientados a

usar linguagem simples e acessível. Em algumas tomadas tal orientação não foi totalmente atingida e, em alguns momentos, o vídeo apresenta trechos com termos técnicos ou explicações extensas.

Após o término das gravações, todas as cenas gravadas foram avaliadas pela pesquisadora, que selecionou as mais apropriadas. O processo de edição ocorreu durante uma semana, no mês de dezembro de 2009, e foi executado, em uma ilha de edição, por um técnico especializado sob a orientação constante da pesquisadora. As imagens ilustrativas e animações presentes no vídeo foram encontradas na internet (por meio de buscas em sites de imagens – “Google imagens”) ou reproduzidas a partir de materiais informativos impressos. Em alguns momentos também foram utilizados textos em Power point em conjunto com as imagens para ressaltar as informações descritas.

A montagem do vídeo seguiu a sequência das questões presentes no roteiro de vídeo. As 30 questões, distribuídas entre os seis temas específicos (Anatomia e Funcionamento Renal; Transplante Renal; Doação; Pré-Operatório; Cirurgia; e Pós-Operatório), descrevem o contexto que envolve o transplante, incluindo as razões da necessidade da execução do procedimento, a importância de seguir as recomendações da equipe de saúde, os possíveis resultados a serem obtidos e eventuais efeitos indesejáveis, bem como quais os comportamentos colaborativos, como por exemplo caminhar, tomar os remédios e seguir as orientações da equipe de saúde.

Foram gravadas em estúdio, com a participação de um voluntário, estudante de jornalismo, a narração inicial, presente no início do roteiro, explicando os propósitos do vídeo, e as questões do roteiro. Além da narração, o texto inicial aparece escrito no formato de Power point, assim como os temas e as questões. Depois de cada questão é apresentada a resposta gravada por um dos médicos. Após a edição o vídeo passou a contar com 22 minutos de duração. Foram gravadas em DVD várias cópias para distribuição às clínicas de urologia e hemodiálise participantes da pesquisa. Foi realizado por técnicos do Labted um trabalho de arte para a confecção das capas dos DVDs com o uso de ilustrações sobre o tema e imagens dos urologistas.

DISCUSSÃO

Acredita-se que a produção final do vídeo foi satisfatória, de modo que os seis temas foram esclarecidos pelos médicos e as dúvidas mais frequentes foram contempladas. Por

meio da descrição das questões o vídeo indica quais são as contingências mais comuns em atuação e quais são os comportamentos de adesão esperados, como andar após a cirurgia e tomar os medicamentos corretamente, como consequência, pode aumentar a probabilidade de que modificações comportamentais ocorram no repertório dos pacientes. A orientação pré-operatória deve visar o esclarecimento de dúvidas através da apresentação das informações sobre as possíveis situações a serem experienciadas pelos pacientes (Baggio, Teixeira, Portella, 2001). No presente estudo buscou-se construir o vídeo considerando tal fato, de modo que a partir da disponibilização de informações específicas e descritivas o paciente tenha algum grau de controle sobre sua condição. Além disso, a informação descritiva prepara o paciente para a cirurgia e, como consequência, pode ocorrer a diminuição de respostas de ansiedade e a apresentação de comportamentos colaborativos, como por exemplo caminhar, tomar os remédios e seguir as orientações da equipe de saúde (Broering, Crepaldi, 2008; Soares et al., 2009). Ao descrever as contingências as quais o paciente será exposto durante a cirurgia, a informação tem como objetivo colocá-lo sob controle de outros estímulos discriminativos presentes no contexto e aumentar a probabilidade que outros aspectos passem a controlar o comportamento (Meyer, 2000). Tal condição pode colaborar para que o paciente fique sob controle dos benefícios de não precisar fazer hemodiálise ou dieta restritiva, ao invés de ficar sob controle da dor e desconforto decorrentes da cirurgia, ou do desconforto gástrico provocado pelo grande número de remédios utilizados.

De acordo com a literatura, a forma oral comumente é a mais empregada pela equipe de saúde para fornecer informação ao paciente. Recursos audiovisuais, como vídeos são alternativas práticas e com boa relação custo-benefício, além disso podem reduzir o tempo necessário para informar os pacientes sobre os procedimentos quando comparados a forma oral. É possível que o uso complementar de recursos audiovisuais facilite o trabalho de cirurgiões ao possibilitar que os profissionais dediquem mais tempo ao contato direto com cada paciente.(Domingos, 1993).

Embora existam evidências das vantagens do uso deste tipo de instrumento, considera-se que uma desvantagem de vídeos sobre cirurgias seja a possibilidade de aumentar a frequência de comportamentos de ansiedade e medo em alguns pacientes, relacionada à apresentação de imagens cirúrgicas ou informações sobre as complicações. Tal condição pode ocorrer especialmente em pacientes que já apresentam respostas de ansiedade em outros contextos. Gautshi (2010) sugere que, nesses casos, o médico deve estar presente durante a exibição do vídeo para esclarecer as dúvidas do paciente. Essa limitação também pode ser reduzida com a utilização de animações esquemáticas e simulações virtuais dos detalhes da operação, substituindo vídeos que mostrem de forma muito nítida tecido humano e sangue. Em nosso estudo foram utilizadas algumas imagens e animações para ilustrar as explicações dos médicos.

Gautshi et al., (2010) afirmam que uma das consequências de fornecer informações adequadas aos pacientes no período pré-operatório seria a possibilidade de torná-los mais participativos durante as consultas, pois munidos de informações, podem fazer perguntas mais

pontuais e de seu interesse. Além disso, é possível reduzir potencialmente a ansiedade associada à cirurgia e permitir aos pacientes administrar sua situação no período pós-operatório (Masui, 2010). As orientações devem buscar esclarecer dúvidas através da apresentação de informações sobre possíveis situações a serem experienciadas pelo paciente durante todo o período perioperatório (Baggio, Teixeira, Portella, 2001). Nesse sentido, o vídeo descreve as contingências pelas quais o paciente passará durante este período e também contém indicações dos comportamentos de adesão que deverão ser apresentados em cada momento da intervenção cirúrgica.

Jlala et al., (2010) destacam o fato de que não existe um método ideal para realizar a educação pré-operatória do paciente pelo médico. Quando a elucidação das dúvidas e apresentação de informações é realizada de forma verbal, apenas uma pequena parte das informações é compreendida pelo paciente. Para otimizar tal condição, diferentes materiais auxiliares devem ser utilizados, como por exemplo figuras, folhetos impressos, cartazes, fitas de áudio, vídeos e programas de computador. Embora a informação impressa seja uma ferramenta muito utilizada para auxiliar o cirurgião a informar os pacientes, uma grande limitação deste método seria que nem todos os pacientes podem ser alfabetizados o suficiente para ler e compreender um folheto informativo. Na maioria dos casos, a aplicação de recursos impressos é limitada pelo nível socioeconômico, variabilidade da idade e gênero do paciente. Além disso, tal recurso não é recomendado para pacientes com função cognitiva limitada ou para pacientes analfabetos (Gautshi et al., 2010). Nesse sentido, o recurso utilizado denotou efetividade ao passo que é por ser de fácil compreensão, pois as informações contidas no vídeo são bem esclarecidas e não há a necessidade de ser alfabetizado para elucidar as principais dúvidas a respeito do tema.

Entretanto é preciso ressaltar que a utilização de materiais informativos é um recurso complementar do trabalho do profissional. Informar os pacientes é parte essencial da função do médico e ajuda a fortalecer a relação de confiança entre o profissional e o paciente (Gautshi et al., 2010). Kiyohara et al. (2004) reafirmam que a atenção do anestesiológico pode reduzir ansiedade, mesmo sem usar medicamentos. Entretanto a interação entre paciente e anestesiológico geralmente ocorre durante uma única visita do dia anterior a cirurgia. De modo análogo ocorre com o cirurgião, pois em suas intervenções pontuais muitas vezes o paciente tem apenas um contato rápido com o profissional que realizará a cirurgia.

A relação entre o paciente e o profissional é um ponto contemplado pelo presente trabalho, os urologistas convidados a participar do vídeo informativo são cirurgiões titulares de uma equipe responsável por todos os transplantes realizados na cidade. Um dos objetivos com a utilização futura do presente vídeo é a familiarização de pacientes com os cirurgiões envolvidos, e consequente fortalecimento dessas relações. Isso não significa que as consultas ao vivo seriam preteridas ao material informativo. Como assegura Gautshi et al. (2010) uma cuidadosa e detalhada explicação do funcionamento pelo médico deve ocorrer para reduzir os temores do paciente e servir como fortalecedor de uma relação de confiança entre paciente e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Normalmente se considera que a carga de informações relatadas pelo médico em um curto período de tempo é grande para muitos pacientes, pois não estão familiarizados com termos médicos, nomes de doenças e funcionamento do hospital. As informações dadas sobre procedimentos cirúrgicos padrão muitas vezes são idênticas e o cirurgião tende a repetir o mesmo diálogo com diferentes pacientes muitas vezes ao dia. Para melhorar esse fornecimento de informações e facilitar o trabalho dos profissionais, materiais auxiliares podem ser utilizados (Gautshi, 2010). Existem vários meios de informar o paciente e novos modos têm sido desenvolvidos. Entretanto, para nossa realidade social e limitações financeiras, o uso em larga escala de recursos mais avançados como programas de computador, por exemplo, ainda é inviável. Apesar disso, o emprego de mídias mais simples e comuns como vídeos ou gravações de áudio podem ter um alcance maior e mais efetivo. De modo que a construção de novos vídeos com temas pertinentes deve ser estendida também para outras populações.

Espera-se que o presente trabalho venha a contribuir para que a informação sobre o transplante seja mais facilmente fornecida aos pacientes e que pesquisas futuras contribuam no sentido de ampliar o uso efetivo de recursos auxiliares no fornecimento de informações ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO. Manual de Transplante Renal (livreto), Unidade de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Alder B, Porter M, Abraham C, Teijlingen E. Psychology and sociology applied to medicine (2ª edição). London: Churchill Livingstone; 2004.

Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Revista de Psiquiatria Clínica, 25 (6), 285-290 [atualizada em 1998; acesso em 2010 junho 9]. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7ViiKz-gh8cJ:bases.bireme.br/cgi->>

Arruda PM, Zannon CMLC. Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. Santo André: Esetec Editores Associados; 2002.

Baggio MA, Teixeira A, Portella MR. Pré-Operatório do Paciente Cirúrgico Cardíaco: A Orientação da Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 2001, 22, 122-139.

Banaco RA, Zamignani DR. An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. In TCC Grassi (org) *Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview*. Santo André: ESETec; 2004.

Bandura A. *Modificação do comportamento*. Tradução: Nick E, Peotta L. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.

Broering CV, Crepaldi MA. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*; 2008, 18, 61-72.

Camargo LFA. Infecções em Pacientes Renais Crônicos, in Ajzen H, Schor N. *Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri: Editora Manole; 2005.

Carreira L, Marecon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*; 2003, 11(6), 823-831.

Castanheira SS. Regras e aprendizagem por contingências: sempre e em todo lugar. In: Guilhardi HJ, Madi MBBF (orgs.) *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: Esetec Editores Associados; 2001, 7, 221-223.

Castro EK. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*; 2005, 8(1), 1-14.

Catania AC. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey" (SF-36). [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997.

Coelho NL, Tourinho EZ. *O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento*, Belém, PA: Universidade Federal do Pará. [dissertação]; 2006.

Costa-Júnior AL. Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; 1999, 12(1), 107-118.

Daugirdas JT, Blake PG, Inget TS. *Manual de diálise*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 2003 (3).

Derdik PR, Groberman SS. Imitação. In: Abreu CN, Guilhardi HJ. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca; 2004, 102-110.

Domingos NAM. *Preparo para cirurgia: teste de programas psicológicos na redução de ansiedade de crianças e mães*. Campinas, SP: Universidade de São Paulo. [dissertação]; 1993.

Draibe AS, Ajzen H. Insuficiência Renal Crônica, in Ajzen Hm, Schor N. *Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri: Editora Manole; 2005.

- Dunbar JM, Agras WS. Compliance with medical instructions. In: Ferguson JM, Taylor CB (orgs). *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. Lancaster: MTP, 1980, 3. [acesso em 2007 julho 20]. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=G4nDf9N43SAC&pg=PA22&ots=ZAFa5E-A7U&dq=The+comprehensive+handbook+of+behavioral+medicine&sig=UYnqKvnmCQpQuRxHDoOXeu2IoHk#PPP1,M1>>.
- Florinani CA. Cuidador e Familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2004, 50 (4) 341-345
- Gautschi OP, Stienen MN, Hermann C, Cadosch D, Fournier J, Hildebrandt G. Web-based audiovisual patient information system - a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochir*; 2010, 152, 1337–1341.
- Gorayeb R, Guerrelhas F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*; 2003, 5 (1), 11-19.
- Gorayeb R. A Prática da Psicologia Hospitalar. In: Marinho ML, Caballo VE (Orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: EDUEL; 2001, 263-278.
- Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nursing Standard*; 2002, 6, (28), 33-37.
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*; 2010, 104 (3), 369–374.
- Juan K. Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. *Psicologia Hospitalar*, 2005, (3), 2. [acesso em 2010 setembro 14]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092005000200006&lng=pt&nrm=iso>.
- Kerbaay RR. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André: ARBytes; 1999.
- Kerbaay RR. Behavior and Health: Disease and Challenges. *Psicol. USP*; 2002, 13, (1), 11-28. [acesso em 2008 maio 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-6564. doi: 10.1590/S0103-65642002000100002.
- Kiyohara IY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto UM, Inagaki MM, Ogawa NY, Gonzales PESM, Mandelbaum R, Okubo ST, Watanuki T, Vieira JE. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas Faculdade Médica de São Paulo*; 2004, 59(2), 51-56.
- La Greca AM, Schuman WB. Adherence to prescribed medical regimens. In: ROBERTS MC (org). *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford Press; 1995, (2) 55-83.
- Leite SMC de S. Transtorno da ansiedade: estratégias de intervenção. In: Wielenska CR (org). *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos*. Santo André: Esetec; 2001, (6), 245-247.

Lopes AL. A eficácia de informações em período pré-operatório a pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2004.

Malerbi FEK. Adesão ao tratamento. In: Kerbaury RR, Teixeira AMS (orgs.) Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: Esetec Editores Associados; 2001, 5, 149-153.

Marcolino JAM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LAST. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. Revista Brasileira de Anestesiologia; 2007, 57 (2), 157-166.

Masui Y, Watanabe M, Suehara N, Tamae K, Mizuo N, Ishiyama K, Kimura M, Kido H, Kakizoe S, Mitsuyama S. Introduction of preoperative instruction video orientation in the intensive care unit: changes in preoperative anxiety levels before and after the introduction of the videos. Esophagus; 2010, 7, 45-47.

Medeiros RHA, Nunes MLT. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade, Psicologia em Estudo; 2001, 6 (2), 95-100.

Meyer SB. Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? Acta Comportamentalia; 2000, 8 (2), 215-225.

Meyer SB. Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. In: Rodrigues, J.A.; Ribeiro, M.R. Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação. Porto Alegre: Artmed; 2005, 211-227.

Patterson JM. Family resilience to the challenge of a child's disability. Pediatric Annals; 1991, 20 (9), 491-499.

Paula AAD, Carvalho ECC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. Rev. latino-americana de enfermagem; 1997, 5 (3) 35-42.

Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo ART, Noronha IL, Campagnari JC, Egidio J. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal, Jornal Brasileiro de Nefrologia; 2003, 25 (1), 10-6.

Perrin JM, Shonkoff JP. Developmental disabilities and chronic illness: An overview. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Orgs). Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000, 452-464.

Pestana JOM. Transplante Renal, in Ajzen H, SchorN. Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Barueri: Editora Manole; 2005.

Pestana JOM, Ramos OL, Ajzen H. Guia Clínico para o Transplante Renal. Jornal Brasileiro de Nefrologia; 1992, 14, 66-86.

Queiroz PP, Guilhardi HJ. Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: Caso clínico. In HJ Guilhardi, MBBP Madi, PP Queiroz, MC Scoz (Eds.). Sobre comportamento e cognição. Santo André, SP: ESETEC; 2001, 7, 257-268.

Rambusek, MH. Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. São Paulo; 1990.

- Ribeiro AS, Rengel DHP. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente à cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas. *Ver. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*;1992, 2 (1), 9-12.
- Riegler HC, Baer DM. A developmental analysis of rule-following. In H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior*. San Diego: Academic Press; 1987, 21.
- Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, 4.
- Santos GT. A Psicologia na formação dos profissionais de saúde; in *Sobre o Comportamento e Cognição*, org.: Brandão MZ da S. Santo André, SP: ESETec; 2003, 12.
- Schor N, Ajzen H. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Nefrologia*. Unifesp/EPM. São Paulo: Manole; 2005, 2.
- Sesso R. Epidemiologia de Insuficiência Renal Crônica no Brasil, in Ajzen H, Schor N. *Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri: Editora Manole; 2005.
- Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Júnior JE, Lugon J. Resultados do Censo de Diálise da SBN- 2007. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*; 2007, 29 (4).
- Silva WN, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2005, 8, 673-676.
- Skinner BF. *Ciência e Comportamento Humano*. (Todorov JC, Azzi R Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 1953/1998
- Soares MRZ, Casanova L, Dupont S. Uma alternativa de atuação em psicooncologia pediátrica: o foco sobre a informação. In SR de Souza, VB Haydu (Orgs.). *Psicologia Comportamental Aplicada: Avaliação e Intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação*. Londrina: EDUEL; 2009, (1), 122-143.
- Souza EML. *Conduas de adesão ao tratamento da asma e práticas parentais*. Dissertação [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
- Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivos de Ciência e Saúde*; 2007, 14, 81-87.
- Thomas CV, Gonçalves LFS, Alhieri J C. Avaliação Psicológica de Características de Adesividade ao Tratamento Dialítico em Pacientes Portadores de Nefropatias Crônicas. In : I Congresso Brasileiro de Saúde Mental e Qualidade de Vida em Nefrologia. São Paulo: Anais; 2003, 1, 85-85.

ARTIGO 2⁹**AVALIAÇÃO DE UM VÍDEO INFORMATIVO SOBRE TRANSPLANTE RENAL: UMA ANÁLISE
COMPORTAMENTAL****AVALIATION OF AN INFORMATIONAL VIDEO ON RENAL
TRANSPLANTATION: A BEHAVIORAL ANALYSIS**

Ana Cristine Ruppenthal - Mestranda em Análise do Comportamento - Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da **Universidade** Estadual de Londrina.

Maria Rita Zoéga Soares - Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde - Universidade de Valencia – Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento- Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina

Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina - Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, KM 380, Caixa Postal 6001, Cep 86051-990, Londrina, PR, Fone/Fax: (43) 3371-4227.

Endereço para correspondência: Maria Rita Zoéga Soares: ritazoega@hotmail.com

⁹ A ser submetido à publicação no periódico: Psicologia: Teoria e Pesquisa
O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

RUPPENTHAL, Ana. Cristine. Avaliação de um vídeo informativo sobre transplante renal: uma análise comportamental. 2010. 57 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, 2010.

RESUMO

Recursos audiovisuais são uma alternativa para auxiliar a equipe a informar o paciente, padronizam e facilitam o trabalho da equipe de saúde, reduzem o tempo necessário, tem boa relação custo/benefício e são de fácil utilização. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia em relação aos pacientes de um vídeo informativo sobre transplante renal.

Método: 19 renais crônicos em hemodiálise, divididos aleatoriamente em grupo controle e experimental, ambos os grupos responderam questionários socioeconômicos e sobre conhecimentos da doença e transplante. Apenas o grupo experimental assistiu um vídeo informativo. Após duas semanas ambos os grupos responderam novamente o questionário sobre conhecimentos e os resultados foram comparados.

Resultados: Houve diferença significativa entre os grupos em relação a quantidade de respostas corretas após o vídeo, o grupo experimental teve uma variação estatisticamente significativa.

Discussão: O uso do vídeo demonstrou ser vantajoso pela boa relação entre o custo financeiro e o benefício atingido.

Palavras chave: Transplante renal. Análise do Comportamento. Informação. Vídeo.

RUPPENTHAL, Ana. Cristine. **Avaliation of an informational video on renal transplantation: a behavioral analysis**. 2010. 57 f. Dissertation (Master's Degree in Behavior Analysis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brazil, 2010.

ABSTRACT

Audiovisual resources are an alternative to help the health professionals to informing the patient, to standardizing and facilitating the work of the health staff, to reducing the time that is required. They also have a good cost-benefit and are easy to use. This study aimed to evaluate the efficacy of an informational video on renal transplantation comparing two groups.

Methods: 19 patients with chronic kidney disease were randomly divided into control and experimental group. Both groups answered questionnaires, wich had questions about their socio-economic status and their knowledge about the disease and transplantation. The experimental group watched the informative video. After two weeks both groups answered the same questionnaire and the results were compared.

Results: There were significant differences between groups regarding the number of correct answers after the video, the experimental group had a statistically significant change.

Discussion: The use of video has proved to be advantageous for the good relation between the financial costs and the benefits achieved with it's use.

Keywords: Kidney transplantation. Behavior Analysis. Information. Video.

INTRODUÇÃO

Um dos tratamentos utilizados para substituir a função renal é o transplante, e quando bem sucedido, prolonga a expectativa de vida em comparação com outras terapias renais substitutivas (Castro, 2005). Tal terapêutica apresenta bons resultados na reinserção social e laboral do paciente e possibilita que este mantenha uma rotina semelhante a de uma pessoa saudável. Entretanto, a cirurgia de implantação do enxerto renal é de grande porte e envolve inúmeros riscos cirúrgicos, como qualquer outra grande intervenção. Além disso, é alta a probabilidade de desenvolver infecções com o uso de remédios imunossupressores cujo objetivo é evitar a rejeição renal.

Ainda assim, o transplante é o tratamento mais eficaz para a maioria dos pacientes renais por possibilitar grande melhora na qualidade de vida e ser mais efetivo em relação à reabilitação socioeconômica ao permitir seu retorno ao mercado de trabalho (Pereira et al., 2003; Pestana, 2005).

O grande desafio dessa condição é manter comportamentos de adesão após o transplante bem sucedido, ou seja, garantir que o transplantado continue o uso dos medicamentos imunossupressores e siga as orientações médicas. A não adesão no pós transplante renal pode estar relacionada a ausência de sintomas neste período. Quando os sintomas estão ausentes, alguns pacientes deixam de usar os medicamentos imunossupressores e de seguir as recomendações médicas, aumentando o risco de recidiva da doença ou de rejeição do órgão transplantado (Dunbar e Agras, 1980). Além disso, Arruda e Zannon (2002) alertam para o fato de que a não-adesão pode estar relacionada à falta de informação sobre a doença e as implicações do tratamento.

Existem diversos meios de fornecer informação aos pacientes, dentre estes, o mais utilizado para orientar sobre o procedimento cirúrgico renal é a partir de informações verbais. Neste sentido, os meios audiovisuais também apontam ser eficazes para tal tarefa e são fáceis de utilizar, possibilitando a repetição de cenas quando necessário e menor custo em relação à grande abrangência. Além disso, podem ser usados individualmente ou em grupo e diminuem o tempo necessário para a realização da tarefa (Domingos, 1993).

O estudo de Mishra et al (2010) é um exemplo da efetividade do uso de novas tecnologias em um ensaio controlado para avaliar o efeito da gravação de consultas em áudio sobre a qualidade do consentimento livre e esclarecido em cirurgias cardíacas. Participaram do estudo 84 pacientes que se submeteram a cirurgia da artéria coronária. Os pacientes foram divididos em três grupos. O grupo controle (n=29) não recebeu nenhuma fita

de áudio. O grupo genérico (n=25) recebeu uma fita contendo informações gerais. E o grupo de consulta (n=30) recebeu uma fita de áudio com a gravação da consulta médica. Os participantes foram avaliados por meio de um questionário de conhecimentos anteriormente publicado pelo autor; da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); e também completaram o Teste Nacional de Leitura para Adultos (NART), que avalia a capacidade de pronunciar palavras corretamente e é utilizado como escala de inteligência. Deste modo foi possível identificar grupos com capacidade intelectual equivalentes, dado útil no contexto do questionário de conhecimento. Como resultado foi comprovado neste estudo que, fornecer gravações de áudio das consultas aumenta a percepção de autonomia do paciente e de controle em relação a sua saúde. Outra consequência de se fornecer informações aos pacientes no período pré-operatório é torná-los mais participativos durante as consultas, pois munidos de informações, fazem perguntas mais pontuais e de seu interesse (Guatschi, et al., 2010).

Em outro estudo, Medeiros e Nunes (2001) investigaram a influência de um vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia. Participaram 22 pacientes do serviço de mastologia, internadas para a realização de mastectomia. Não foram incluídas na amostra pacientes com mastectomia anterior. As primeiras 11 pacientes internadas durante o período da coleta de dados compuseram o grupo experimental e as 11 pacientes seguintes, o grupo de controle. Todas as participantes responderam o Inventário de Ansiedade Traço-Estado [IDATE], utilizado para medir os conceitos de ansiedade traço e estado, adaptado e validado para o português. O vídeo de informações adicionais foi apresentado somente ao grupo experimental. Foi estruturado a partir de informações verbais de profissionais de saúde que atuam na área. As imagens corresponderam o máximo possível às reais dependências utilizadas no período de internação e cirurgia. Foram apresentadas informações habitualmente não concedidas nos procedimentos usuais.

Os grupos eram homogêneos em relação aos dados demográficos e ao nível de ansiedade antes da cirurgia. Entretanto, na avaliação após a cirurgia os níveis de estado de ansiedade mostraram-se, de modo estatisticamente significativo, mais elevados no grupo que não assistiu ao vídeo. A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, observados via inventário, evidencia-se a existência de relação entre a apresentação de informações e as respostas de ansiedade (Paula & Carvalho, 1997).

Ambientes médicos, especialmente cirúrgicos, estão associados a períodos de incerteza onde a falta de conhecimento é prejudicial. Fornecer informações é uma das estratégias mais empregadas e eficazes para auxiliar pacientes a se adaptarem à hospitalização. Pode ocorrer aumento de comportamentos colaborativos e diminuição de

respostas de ansiedade a partir da compreensão sobre os procedimentos. (Alder, Porter, Abraham, & Teijlingen, 2004).

Muitos pacientes chegam ao transplante renal sem as informações necessárias sobre a cirurgia. A pouca escolaridade e baixa renda presentes na maioria dessa população podem interferir diretamente na forma de acesso e compreensão de informações e prejudicar seu adequado esclarecimento. Somam-se a esses fatores a ampliação do número de membros das equipes de saúde, a falta de comunicação entre os profissionais, os curtos prazos para prestar atendimento e fornecer orientações e a presença de dificuldades de memória dos pacientes devido às consequências da doença renal crônica (Daugirdas, Blake & Inget, 2003).

Recursos audiovisuais padronizam e facilitam o trabalho da equipe de saúde, descrevem e ilustram as contingências que os pacientes poderão ser expostos durante a cirurgia. Com sua utilização ocorre redução do tempo necessário para informar, o que possibilita aos profissionais da saúde dedicar mais tempo ao contato direto e na relação com cada paciente (Kiyohara, et al.2004).

A boa relação entre o custo financeiro e o benefício atingido, além da aceitação e facilidade de utilização pelos pacientes, torna o recurso audiovisual mais uma alternativa para auxiliar a equipe. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um vídeo informativo sobre transplante direcionado a pessoas com insuficiência renal.

MÉTODO

Participantes

19 pacientes em tratamento de hemodiálise, num total de 11 homens e 8 mulheres, selecionados de acordo com os seguintes critérios: idade entre 18 e 60 anos: em tratamento por no mínimo de 6 meses e no máximo de 5 anos; com condições médicas para se submeter ao transplante; não apresentar transtorno psiquiátrico; não apresentar deficiência auditiva e/ou visual que o impossibilite de assistir e ouvir o vídeo. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por meio de sorteio em grupo experimental (assistir o vídeo) e grupo controle (não assistir o vídeo). O grupo experimental contou com 11 integrantes e o grupo controle com 8. A coleta dos dados ocorreu de maio a julho de 2010.

Instrumentos

A. Vídeo informativo sobre transplante renal: Vídeo de 22 minutos de duração, desenvolvido pela pesquisadora a partir do Roteiro do Vídeo Informativo (Apêndice A), um roteiro de perguntas construído com o auxílio dos médicos urologistas e que conta com um total de 30 questões distribuídas entre seis temas (Anatomia e Funcionamento Renal; Transplante Renal; Doação; Pré-Operatório; Cirurgia; e Pós-Operatório). O vídeo segue a sequência de perguntas do roteiro. Cada questão é narrada no vídeo e em seguida é apresentada a resposta gravada por um dos médicos.

B. Ficha de Identificação (Apêndice E): Questionário para identificar dados sócio demográficos (idade, estado civil, ocupação, escolaridade e tempo de tratamento).

C. Questionário de conhecimentos (Apêndice C): questionário não validado projetado para este estudo, com perguntas sobre transplante renal e suas implicações. Foi baseado no Roteiro do Vídeo Informativo (Apêndice A) e no vídeo informativo sobre transplante renal. Constituído de 10 perguntas fechadas, cada uma delas com quatro alternativas de resposta distribuídas aleatoriamente (uma correta, duas incorretas e uma não sabe). O intuito deste questionário foi avaliar o nível de conhecimento acerca do procedimento cirúrgico dos participantes.

D. Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) (Anexo A): Questionário que avalia a posse de bens de consumo e permite dividir a população brasileira em cinco classes econômicas, Classes A, B, C, D e E por meio da distribuição de pontos, segundo os critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2009).

Procedimento

A pesquisa foi iniciada após tramitação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. O Questionário de Conhecimentos, elaborado pela pesquisadora, foi embasado nas questões e conteúdos presentes no vídeo informativo sobre transplante renal. O questionário passou por pequenas alterações de linguagem após ser submetido a um estudo-piloto para verificar a adequação das questões. Dois pacientes em tratamento de hemodiálise participaram desse estudo e posteriormente foram excluídos da seleção dos participantes.

Foi realizada uma pré-seleção dos participantes, de acordo com os critérios já mencionados, em duas clínicas conveniadas de nefrologia localizadas na cidade de Londrina, Paraná. Os participantes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora na própria clínica em um dia de tratamento de hemodiálise. Nessa situação foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi agendada para dia e horário de acordo com a disponibilidade dos pacientes. Para esta etapa a pesquisadora contou com o auxílio de uma estagiária de iniciação científica aluna do curso de Psicologia.

No dia e horário combinados foi apresentado aos pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), o qual era assinado nos casos de assentimento. A seguir, aplicava-se individualmente os seguintes instrumentos: Ficha de Identificação, Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP e Questionário de Conhecimentos, administrados mediante texto escrito, lido em voz alta e preenchido pela pesquisadora, com o auxílio da estagiária previamente treinada.

Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em grupo experimental e grupo controle mediante sorteio. Todos os participantes compareceram a dois encontros, com um intervalo de duas semanas entre eles. No primeiro encontro, ambos os grupos responderam a todos os instrumentos e posteriormente, apenas os participantes do grupo experimental assistiram o vídeo informativo sobre a cirurgia. Após o intervalo de duas semanas, ambos os grupos responderam novamente o questionário de conhecimentos sobre o transplante renal. Somente após concluir os questionários o grupo controle foi convidado a assistir ao vídeo.

As sessões de vídeo ocorreram individualmente ou em duplas nas dependências das clínicas conveniadas, em salas ou consultórios disponibilizados para a pesquisa, e foram realizadas com o auxílio de um computador pessoal portátil de responsabilidade da pesquisadora.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir dos resultados dos instrumentos aplicados. Métodos estatísticos não paramétricos e descritivos exploratórios foram utilizados para descrever e comparar as repostas ao questionário sobre conhecimento em ambos os

grupos, experimental e controle. Para realizar tais análises foram utilizados os testes: teste T (Student) independente e teste T (Student) pareado.

RESULTADOS

A partir do estudo constatou-se que a média de idade dos participantes foi de 46 anos, com desvio padrão de 14,89. O estado civil de 68,42% era casado e de 31,58%, solteiro. Em relação à situação profissional, 47,37% eram aposentados, 26,32% estavam trabalhando, 15,79% eram do lar, 5,26% estavam em licença médica e 5,26% eram estudantes. Contavam, em média, com 27 meses de tratamento de hemodiálise.

Segundo critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), quanto à condição econômica, 31,58% dos pacientes pertencia a classe D (que corresponde a uma renda mensal de até um salário mínimo), 42,11% pertencia a classe C2 (renda mensal de um salário mínimo e meio) e 26,32%, a classe C1 (correspondente a dois e meio salários mínimos). Em relação à escolaridade, 5,26% eram analfabetos, 42,10% tinham ensino fundamental, 26,31% o ensino médio e 26,31% a graduação.

Em relação à quantidade de acertos às questões, a análise foi realizada a partir da somatória de acertos de todos os participantes de cada grupo, ou seja, as respostas corretas de cada grupo foram reunidas e posteriormente comparadas e analisadas.

A somatória dos acertos do grupo controle na primeira aplicação do questionário foi em média de 4,625 questões corretas. Na segunda aplicação, o somatório foi de 5,625 questões corretas. Na análise estatística dos resultados do grupo controle, a diferença entre a somatória dos acertos na primeira aplicação do questionário e na segunda aplicação, foi de $p = 0,154642$. Uma diferença entre as duas amostras considerada estatisticamente não significativa.

Em relação ao grupo experimental, o número de acertos na primeira aplicação foi em média de 8,727272 questões corretas e na segunda, de 9,454545. Por meio da aplicação do teste T pareado foi demonstrado que a diferença entre as duas amostras era de $p = 0,023627$, o que indica uma diferença estatisticamente significativa.

Quando comparados os resultados entre os dois grupos com a aplicação do teste T independente, $p = 0,000146457$. O que denota que inicialmente já existia diferença significativa entre os grupos em relação ao número de acertos, ou seja, os grupos não eram homogêneos neste aspecto. Comparando-se a outras características dos grupos, como classe

social ou situação profissional, constatou-se que não havia diferença significativa entre eles. Entretanto em relação à escolaridade, verificou-se que no grupo controle 12,5% eram analfabetos, 62,5% tinha o ensino fundamental, 12,5% o ensino médio e 12,5% a graduação, enquanto no grupo experimental 27, 7% tinham o ensino fundamental, 36,36% o ensino médio e 36,36% a graduação.

Houve limitações neste estudo, considerando que o tamanho da mostra ficou aquém do esperado e os grupos não eram homogêneos em relação ao número de acertos iniciais.

DISCUSSÃO

O reduzido número de participantes pode estar relacionado ao fato de que esta população enfrenta diversas limitações em sua rotina em decorrência da doença e do tratamento de hemodiálise. Pessoas submetidas a estes tratamento frequentemente ficam impossibilitadas de trabalhar e podem apresentar limitações físicas que os impedem de realizar até mesmo tarefas domésticas leves. O tratamento tem uma rotina extenuante de três sessões semanais, com duração de quatro horas cada e, além disso, participantes com menor condição econômica frequentemente tem mais dificuldades em se deslocar até a clínica (Daugirdas et al., 2003). Talvez o delineamento do estudo tenha contribuído para que poucos pacientes elegíveis participassem, pois o deslocamento até a clínica em dias diversos ao tratamento para a realização da coleta de dados pode ter um alto custo de resposta para eles. Neste sentido, sugere-se a busca por alternativas para garantir maior engajamento, com por exemplo realizar a coleta de dados durante o horário de hemodiálise. O tamanho reduzido da amostra impossibilitou o cruzamento de dados para avaliar a existência de correlações, como por exemplo entre classe social e quantidade de respostas corretas.

A diferença estatisticamente significativa existente entre os dois grupos, experimental e controle, em relação ao número de acertos, é uma fraqueza desta pesquisa, que pode estar relacionada à discrepância existente entre os grupos em relação à escolaridade. Apesar da distribuição entre os grupos ter sido aleatória, o grupo controle apresentou um elevado número de participantes com baixa escolaridade (analfabetos e ensino fundamental somaram 75% da amostra), enquanto que no grupo experimental os participantes apresentaram níveis de escolaridade mais elevados. Em avaliações futuras mais critérios deverão ser definidos para tornar as amostras mais homogêneas. Um bom exemplo do uso de

critérios para a distribuição da amostra é o estudo de Mishra et al, (2010), em que se utilizou o instrumento Teste Nacional de Leitura para Adultos (NART) para identificar grupos com capacidade intelectual equivalentes, dado importante neste contexto.

Apesar das limitações já citadas, os dados comprovaram que após assistir o vídeo, houve um aumento significativo da frequência de questões respondidas corretamente, comprovando preliminarmente a eficácia de sua utilização. O principal objetivo desta pesquisa foi avaliar se o nível de conhecimento se alterava após a exibição do vídeo e assim garantir sua utilização como facilitador do processo de comunicação de informações aos pacientes. Neste sentido, corroborando a literatura, o vídeo sinaliza ser eficaz para tal tarefa, pois alterou significativamente a frequência de repostas corretas após sua utilização, enquanto que o grupo controle não apresentou alteração significativa na frequência de repostas corretas apresentadas.

Não existe um método ideal para fornecer informações. Historicamente a escrita foi utilizada como uma forma eficaz de difundir a informação aos pacientes, mas nem todos os pacientes são alfabetizados o suficiente para ler e compreender um folheto informativo (Jlala, 2010). Em tempos de internet e novas tecnologias, a dificuldade está em atingir a pacientes tão diversos entre si e garantir que todos tenham acesso as informações e as compreendam a seu modo. Tal condição deve ser considerada no contexto da saúde, pois quando bem informado o paciente evolui melhor, mais rapidamente e sofre menos (Gorayeb, 2001).

Uma característica inerente aos procedimentos cirúrgicos é a baixa frequência de contato do paciente com o cirurgião, comumente nesta situação o paciente tem apenas um contato rápido com o profissional que realizará a cirurgia. Vários autores salientam a importância da informação ao paciente e o adequado preparo dos profissionais para essa função, aumentando as chances de sucesso do tratamento, tornando a recuperação mais rápida, aumentando a frequência de comportamentos colaborativos e diminuindo as respostas de ansiedade (Broering & Crepaldi, 2008; Soares, Casanova & Dupont, 2009). Além do objetivo de informar, a participação dos médicos no vídeo teve como objetivo aproximá-los do pacientes, no sentido de que estes ao menos saibam quem são os profissionais envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora conclusões extrapolativas sobre os efeitos do uso do vídeo não possam ser feitas em função do baixo número de participantes do presente estudo, os resultados indicam que ocorre alteração significativa no nível de conhecimento dos pacientes após sua aplicação, ou seja, sua utilização como recurso complementar para informar os pacientes pode ser efetiva. Apesar disso, a utilização do vídeo como ferramenta complementar para informar os pacientes jamais irá substituir a relação direta com o médico. Consideramos que tal recurso possa facilitar tal relação, na medida que o paciente, ao compreender melhor o tratamento, possa ter mais familiaridade com o assunto e sinta-se mais a vontade para perguntar, e portanto possa tornar-se mais próximo do médico.

Novas tecnologias para informar o pacientes estão sendo testadas com êxito, entretanto ainda contamos com sérias limitações de recursos e dificuldade de implementação, decorrentes de restrições financeiras e educacionais da população. Deste modo, a utilização de um recurso como um vídeo informativo tem boa relação custo/benefício e deve ser estendida a outras áreas da saúde ampliando sua abrangência de maneira significativa. Espera-se que o presente estudo venha a contribuir no sentido de fornecer subsídios a profissionais da saúde interessados em aumentar a compreensão do paciente sobre o procedimento e a consequente melhora da relação direta com este.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alder, B., Porter, M., Abraham, C. & Teijlingen, E. (2004). *Psychology and sociology applied to medicine* (2ª edição). London: Churchill Livingstone.
- Arruda, P.M. & Zannon, C.M.L.C. (2002). *Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Baggio, M. A., Teixeira, A & Portella, M. R. (2001). Pré-Opertório do Paciente Cirúrgico Cardíaco: A Orientação da Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfremagem*, 22, p. 122-139.
- Broering, C. V. & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18, p. 61-72.
- Castro, E.K. (2005). O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(1), p. 1-14.

Daugirdas, J.T.; Blake, P.G & Inget, T.S. (2003). *Manual de diálise* (3a ed). Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.

Domingos, N.A.M., (1993) *Preparo para cirurgia: teste de programas psicológicos na redução de ansiedade de crianças e mães*. Campinas, SP. Dissertação (Mestrado).

Dunbar, J.M.,; Agras, W.S. Compliance with medical instructions. In: Ferguson, J.M., Taylor, C.B. (orgs). *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. v.3. Recuperado em 20 de julho de 2007, de: MTP, 1980. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=G4nDf9N43SAC&pg=PA22&ots=ZAFa5E-A7U&dq=The+comprehensive+handbook+of+behavioral+medicine&sig=UYnqKvnmCQpQuRxHDoOXeu2IoHk#PPP1,M1>.

Gautschi, O.P., Stienen, M.N, Hermann, C., Cadosch, D., Fournier, J., & Hildebrandt, G. (2010). Web-based audiovisual patient information system—a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochir*, 152, p. 1337–1341.

Gorayeb, R. (2001). A Prática da Psicologia Hospitalar. In: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (Orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde* Londrina: EDUEL. p. 263-278.

Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G. & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), p. 369–374.

Kiyohara, I. Y., Kayano, L.K., Oliveira, L.M., Yamamoto, M.U. Inagaki, M.M., Ogawa, N.Y., Gonzales, P.E.S.M., Mandelbaum, R., Okubo, S.T., Watanuki, T. Vieira, J.E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas Faculdade médica de São Paulo*, 59(2), p. 51-56.

Mishra, P. K., Mathias, H., Millar, K., Nagrajan, K. & Murday, A. (2010). A Randomized Controlled Trial to Assess the Effect of Audiotaped Consultations on the Quality of Informed Consent in Cardiac Surgery. *Archives of Surgery*. 145(4), p. 383-388.

Pereira, L.C.; Chang, J.; Fadil-Romão, M.A.; Abensur, H.; Araújo, A.R.T.; Noronha, I. L.; Campagnari, J.C.; e Egidio, J., (2003). Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal, *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25 (1), 10-6.

Pestana, J.O.M., (2005). Transplante Renal, in Ajzen, H.;Schor,N., *Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri: Editora Manole.

Soares, M.R.Z.; Casanova, L. & Dupont, S. (2009), Uma alternativa de atuação em psicooncologia pediátrica: o foco sobre a informação. In S.R. de Souza & V.B. Haydu (Orgs.). *Psicologia Comportamental Aplicada: Avaliação e Intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação*. Londrina: EDUEL, 1 ed, p.122-143.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro do Vídeo Informativo

Este é um vídeo sobre o transplante renal. Procuramos responder as questões mais frequentes e importantes sobre a cirurgia e as suas consequências. As informações que você vai assistir neste vídeo servem apenas de orientação. Muitas das dúvidas que você tem serão esclarecidas. Mesmo assim, você pode ter dificuldade para entender alguns detalhes, ou mesmo precisar de explicações mais completas. Você tem o direito de perguntar e solicitar aos seus médicos e a sua equipe de saúde qualquer informação que não tenha sido explicada ou que você não tenha entendido. Tudo que vai ser falado nesse vídeo é o que acontece com a maioria dos pacientes. Isso significa que podem ocorrer algumas situações especiais, em que a equipe tenha que tomar atitudes diferentes das que serão explicadas aqui. É muito importante que você converse com seu médico sobre o assunto e esclareça suas dúvidas. Vamos começar falando sobre:

ANATOMIA E FUNCIONAMENTO RENAL

- 1- Onde os rins estão localizados no corpo?
- 2 - O que os rins fazem?
- 3 - Quais são as substâncias tóxicas (impurezas) que os rins precisam retirar?
- 4 – O que acontece quando os rins falham?

TRANSPLANTE RENAL

- 5 - O que é transplante renal?
- 6 - Quem serão meus médicos durante e após o transplante?
- 7- Quais são as vantagens de um transplante de rim?
- 8 - Existem desvantagens no transplante renal?

DOAÇÃO

- 9 - Quais são os tipos de doador?
- 10 - Como é escolhido o doador?
- 11 - Existem riscos para quem vai doar um rim?
- 12 - O doador levará uma vida normal apenas com um rim?
- 13 - O doador fará acompanhamento médico depois da cirurgia?

PRÉ-OPERATÓRIO

- 14 - Terei alguma preparação especial antes da cirurgia de transplante?
- 15- Que cuidados que o doador deve ter antes da operação?

16 - Por quanto tempo ficaremos no hospital?

17- Quais são os exames necessários para verificar se o transplante é possível?

18- O que significa rejeição? E como saberei se estou rejeitando meu novo rim?

CIRURGIA

19 - Quanto tempo dura a cirurgia?

20 - Onde o cirurgião implanta o novo rim e por quê?

21 - Eu preciso ir para UTI?

22- Como será a recuperação do doador depois da cirurgia?

23- O meu novo rim fabricará urina imediatamente?

24 - Usarei algum tipo de sonda após a cirurgia? E por quanto tempo?

PÓS-OPERATÓRIO

25 - Continuarei a ver meu médico depois do meu transplante?

26- Poderei receber visitas?

27 - Após a cirurgia, quando doador e receptor poderão se encontrar?

28- Quando eu e meu doador poderemos retornar ao trabalho após a cirurgia?

29 – Como eu e meu doador podemos colaborar para ter uma boa recuperação?

30 - Se meu transplante for bem sucedido, vou continuar com restrições em minha alimentação e na quantidade de líquidos?

APÊNDICE B

Termo de Autorização da Exibição de imagens

Eu, _____(nome), autorizo a gravação de minhas imagens para construção de um vídeo informativo sobre transplante renal e sua posterior exibição a pacientes renais para fins didáticos. A elaboração do vídeo é tema da dissertação de Mestrado em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina e é de responsabilidade da pesquisadora Ana Cristine Ruppenthal, RG: 4650087-9 SSP-PR e coordenada pela Prof. Dra. Maria Rita Zoéga Soares, RG. 1480821-3 SSP-PR., cadastro na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina.

Sua participação é voluntária e você também terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Bem como, não haverá qualquer remuneração ou custo financeiro pela sua participação.

Londrina, ____ de _____ de 20__ .

Ana Cristine Ruppenthal

Pesquisadora
RG: 4.650.084-9

Assinatura do participante

Nome:
RG:

Universidade Estadual de Londrina – Rod. Celso Garcia Cid (PR 445), km 380,
Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Psicologia Geral e Análise do
Comportamento - Fone para contato (43) 3371-2490 ou pelo e-mail: bioetica@uel.br e
cep_uel@uel.br.

APÊNDICE C

Questionário de conhecimentos

1 – Onde o novo rim será implantado?

- () no lugar de um dos rins que não funciona mais, na altura das costas.
- () na parte inferior do abdômen (barriga), de preferência do lado direito.
- () não sei.
- () atrás do intestino.

2 – O que acontece com os rins antigos?

- () permanecem no mesmo lugar, só são retirados se estiverem com algum problema.
- () não sei.
- () um deles é retirado para que seja colocado o novo rim em seu lugar.
- () depois da cirurgia são jogados fora porque não funcionam mais.

3 – O uso de remédios para prevenir a rejeição é para toda vida?

- () Não sei.
- () Não, apenas no período imediatamente depois do transplante.
- () Sim, o uso nunca deve ser interrompido.
- () Com o tempo não vou mais precisar tomá-los.

4 – Haverá alguma limitação na vida do doador depois do transplante?

- () Não, ele levará uma vida normal.
- () Não sei.
- () Com o tempo, acho que ele poderá ter que fazer hemodiálise.
- () A sua função renal ficará comprometida e poderá causar problemas de saúde.

5 – Se o seu transplante der certo você ficará curado?

- () Sim, ficarei livre da diálise para sempre.
- () Não sei.
- () Não, o transplante é um outro tipo de tratamento, ainda terei problemas renais.
- () Sim, mas mesmo com meu rim novo terei de fazer diálise de vez em quando.

6 – Você terá de ter algum cuidado especial logo depois do transplante?

- Não sei.
- Não precisarei ter nenhum cuidado especial, porque meu rim estará funcionando perfeitamente.
- Não poderei sair à rua por 6 meses.
- Durante algum tempo farei várias consultas e exames, além de evitar lugares com muitas pessoas.

7- Quem pode doar um de seus rins?

- Alguém que goste muito de mim e que por isso tenha obrigação de doar.
- Familiar relacionado que seja compatível.
- Uma pessoa que tenha compatibilidade, mas tem que ser do mesmo sexo.
- Alguém que tenha a mesma idade que eu.

8 - Quem será o médico que fará o seu transplantes?

- um dos médicos da clínica de diálise (nefrologista).
- uma equipe de urologia.
- não sei.
- um cirurgião geral.

9 - Se o transplante for bem sucedido, você vai continuar tendo que controlar a quantidade de líquidos?

- não sei.
- Não, alimentação e ingestão de líquidos será normal.
- Sim, vou ter que evitar excessos de líquidos para sempre.
- Sim, líquidos ácidos deverão ser evitados para sempre.

10- Quanto tempo, em média, o doador vivo volta ao trabalho após a cirurgia?

- Não sei.
- 30 dias (1 mês).
- 90 dias (3 meses).
- 180 dias (6 meses).

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr. _____(nome), você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “*Construção de um vídeo informativo sobre o transplante renal*”. Esta pesquisa faz parte do curso de Mestrado em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina e é de responsabilidade da pesquisadora Ana Cristine Ruppenthal, RG: 4650084-9 SSP-PR, coordenada pela Prof. Dra. Maria Rita Zoéga Soares, RG. 1480821-3 SSP-PR e está cadastrada na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina.

O presente estudo busca construir e avaliar um vídeo com informações sobre o transplante renal.

Para participar você terá de vir a clínica onde você faz hemodiálise, em um horário que combinaremos de acordo com sua disponibilidade. Serão dois encontros em que você terá que responder algumas perguntas e será convidado a assistir a um vídeo com informações sobre o transplante.

Sua participação é voluntária e você também terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Bem como, não haverá qualquer remuneração ou custo financeiro pela sua participação.

Suas respostas são confidenciais e, portanto, ao divulgar os resultados da pesquisa em publicações e eventos científicos, será respeitado o sigilo de suas respostas.

Londrina, _____ de _____ de 20__ .

Ana Cristine Ruppenthal

RG: 4.650.084-9

Assinatura do participante:

Nome:

RG:

Universidade Estadual de Londrina – Rod. Celso Garcia Cid (PR 445), km 380,
Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Psicologia Geral e Análise do
Comportamento - Fone para contato (43) 3371-2490 / (43) 3371 4227 ou pelo e-mail:
bioetica@uel.br e cep_uel@uel.br.

APÊNDICE E**Ficha de Identificação:**

Nome completo: _____

Estado civil: () Solteiro () casado () separado () divorciado () amasiado

Idade: _____ anos.

Situação profissional:

- () aposentado / pensionista
- () em licença médica pelo INSS (encostado)
- () trabalhando
- () estudante
- () do lar

Renda total da família: _____ salários mínimos.

Tempo de hemodiálise: _____ anos.

Escolaridade:

- () analfabeto
- () ensino fund. incomp.
- () ensino fund. Completo
- () ensino médio incompleto
- () ensino médio completo
- () ensino superior incomp.
- () ensino superior compl.
- () pós-graduação.

ANEXO

ANEXO A

Critério para Classificação Sócio Econômica “Brasil”

