

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Descrição de Estratégias Educacionais entre  
Estudantes de Fisioterapia e Deficientes Físicos  
Favorecedores de Adesão.

**Monica da Silva Trabuco Soares**

UFSCar  
Junho/2010

# Descrição de Estratégias Educacionais entre Estudantes de Fisioterapia e Deficientes Físicos Favorecedores de Adesão.

Monica da Silva Trabuco Soares

Dissertação de mestrado submetida à banca de Defesa junto ao programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Educação Especial.  
Orientação: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis.

UFSCar  
Junho/2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S676de

Soares, Monica da Silva Trabuco.

Descrição de estratégias educacionais entre estudantes de fisioterapia e deficientes físicos favorecedores de adesão / Monica da Silva Trabuco Soares. -- São Carlos : UFSCar, 2010.  
94 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Educação especial. 2. Reabilitação. 3. Psicologia. 4. Saúde. I. Título.

CDD: 371.9 (20ª)



Banca Examinadora da Dissertação de **Monica da Silva Trabuco Soares.**

Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis  
(UFSCar)

Ass. Maria de Jesus Dutra Reis

Profa. Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello  
(UFSCar)

Ass. Ana Lúcia Rossito Aiello

Profa. Dra. Marisa Cassia Registro Fonseca  
(USP/Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto)

Ass. Marisa Cassia Registro Fonseca

*“O que nos falta é a capacidade de traduzir em proposta aquilo que ilumina a nossa inteligência e mobiliza nossos corações: a construção de um novo mundo”.*  
*(Herbert José de Sousa – Betinho)*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a TODOS aqueles que acreditaram na realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, a minha família que sempre apostou e investiu na minha formação como pessoa e como acadêmica. Em especial à minha mãe que aceita minhas escolhas até quando estas a obrigam a uma distância que não foi a escolha dela e ao meu pai que deixa muitas saudades e, onde estiver, recebe meu amor e gratidão.

Aos meus amigos queridos, sejam eles de São Bernardo do Campo, São Carlos, Ribeirão Preto ou do resto do mundo. Vocês são energia a me impulsionar sempre em busca de uma versão cada vez melhor de mim mesma. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

À Universidade Federal de São Carlos, representada inicialmente pela minha orientadora com quem tenho compartilhado nos últimos três anos uma aventura no mínimo emocionante. Depois ao Programa de Pós Graduação em Educação Especial que me recebeu como aluna e que não me abandonou mesmo em momentos críticos. Agradeço a USE por ter disponibilizado o espaço e ao Serviço de Fisioterapia pelos participantes para a realização da coleta de dados. Aos próprios participantes por permitirem a minha inserção no contexto tão íntimo e delicado quanto é o de fisioterapia.

## SUMÁRIO

Resumo .....	x
Abstract .....	xi
Introdução .....	1
Deficiência Física: a busca de uma definição .....	1
Deficiências físicas e motoras .....	3
Deficiência Física, desamparo e depressão .....	5
Adesão ao tratamento para garantir intervenções efetivas .....	10
Educação em saúde: instrumento para promover adesão? .....	12
Estudos sobre adesão e efetividade das intervenções em diferentes profissionais .....	15
Análise do comportamento e odontologia .....	15
Análise da interação médico-paciente .....	16
Objetivos do trabalho .....	17
Método .....	18
Participantes .....	18
Local, material e equipamento .....	19
Procedimentos .....	20
Autorização institucional .....	20
Seleção de participantes e procedimento de coleta .....	20
Procedimento de análise e categorias observadas .....	21
Resultados .....	30
Discussão .....	45
Referências .....	50
Anexos .....	55

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar .....	55
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudante .....	57
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o paciente .....	61
Anexo 4: Folha de registro das categorias educativas .....	64
Anexo 5: Folha de registro dos comportamentos de adesão e de não adesão .....	66
Anexo 6: Folha de registro das categorias de adesão e de não adesão não verbais .....	68
Anexo 7: Folhas de registro das categorias de adesão e de não adesão verbais .....	70
Anexo 8: Tabela de frequência de categorias de estratégias educativas durante todas as sessões, para todas as díades .....	73
Anexo 9: Tabela de ocorrência das categorias de adesão em diferentes sessões para diferentes díades, distribuídas em intervalos de dez minutos .....	75
Anexo 10: Tabela com o total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões .....	77
Anexo 11: Tabela com o total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais não facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões .....	79
Anexo 12: Tabela com o total de ocorrências por categorias de comportamentos não verbais indicadores de adesão emitidos pelos pacientes para diferentes díades e sessões .....	81
Anexo 13: Tabela com o total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais emitidos pelos pacientes não indicadores de adesão para diferentes díades e sessões .....	83
Anexo 14: Tabela com o total de ocorrência por categorias de comportamentos verbais facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões .....	85
Anexo 15: Tabela com o total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais indicadores de adesão emitidos pelos pacientes para diferentes díades e sessões .....	87
Anexo 16: Tabela com o total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais não facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões .....	89
Anexo 17: Tabela com o total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais não indicadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões .....	91



## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1: Frequência acumulada nas categorias educativas a cada intervalo da sessão, para todas as díades, nas diferentes sessões ..... 30
- Figura 2: Total de ocorrências para as categorias de comportamentos educativos com função informativa, função explicativa e função instrutiva em cada uma das sessões das três díades ..... 33
- Figura 3: Frequência acumulada de comportamentos verbais e não-verbais das diferentes díades em intervalos de dez minutos ..... 36
- Figura 4: Frequência acumulada de comportamentos de adesão, não verbais e verbais, nas diferentes sessões para todas as díades observadas ..... 38
- Figura 5: Frequência acumulada de comportamentos de adesão não verbais e verbais mais apresentados pelas díades nas diferentes sessões ..... 40
- Figura 6: Frequência acumulada de comportamentos de não adesão não verbais e verbais mais apresentados pelas díades nas diferentes sessões ..... 42
- Figura 7: Porcentagem de comportamentos de adesão não verbais e verbais relativos à tarefa em terapia e relativos à relação terapêutica ..... 44

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes das diferentes díades Estudante de Fisioterapia e Paciente deficiente físico .....	19
Tabela 2: Definição das categorias funcional informativa de estratégias de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004) .....	24
Tabela 3: Definição da categoria funcional explicativa de estratégias de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004) .....	25
Tabela 4: Definição da categoria funcional instrutiva de estratégias de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004) .....	26
Tabela 5: Definições das categorias de ação verbal facilitadoras ou não-facilitadoras de adesão adaptadas de Fernandes e Britto (2005) .....	27
Tabela 6: Definições das categorias de ações não-verbais facilitadoras ou não-facilitadoras de adesão adaptadas de Fernandes e Britto (2005) .....	28
Tabela 7: Frequência de ocorrência de estratégias educativas, por sessão, para todas as díades .....	32
Tabela 8: Frequência total da ocorrência das categorias de adesão para todas as díades, em todas as sessões .....	34
Tabela 9: Frequência de categorias de estratégias educativas durante todas as sessões, para todas as díades .....	73
Tabela 10: Frequência de ocorrência das categorias de adesão em diferentes sessões para diferentes díades, distribuídas em intervalos de dez minutos .....	75
Tabela 11: Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes facilitadores de adesão .....	77
Tabela 12: Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes não facilitadores de adesão .....	79
Tabela 13: Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos pacientes indicadores de adesão .....	81
Tabela 14: Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos pacientes não indicadores de adesão .....	83
Tabela 15: Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos estudantes facilitadores de adesão .....	85
Tabela 16: Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos pacientes indicadores de adesão .....	87

Tabela 17: Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes não facilitadores de adesão .....	89
Tabela 18: Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos pacientes não indicadores de adesão .....	91

## RESUMO

SOARES, M.S.T. (2010). *Descrição de Estratégias Educacionais entre Estudantes de Fisioterapia e Deficientes Físicos Favorecedores de Adesão*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre do Programa de Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. (99 paginas).

As deficiências físicas causam impacto na vida do indivíduo, afetando-o em diferentes aspectos. Deficientes físicos sob tratamento de reabilitação trazem uma história ampla de extinção de repertório anteriormente reforçado, somada a experiências de condições aversivas restritivas, sendo a própria prática de intervenção uma exposição a atividades repetitivas, desafiadoras e novas que podem, inclusive, produzir dor. Dessa forma, é fundamental que profissionais responsáveis por essa intervenção sejam capazes de modelar e manter novos comportamentos que levem a promoção de bem estar e um melhor aproveitamento das potencialidades dos indivíduos, e assim garantir uma melhor adesão do paciente ao tratamento. Assim, faz-se necessário investigar o uso de estratégias educativas de profissionais em formação e os possíveis indicadores de adesão ao tratamento oferecido por estes. O presente trabalho teve dois objetivos. O primeiro foi identificar o uso de estratégias educacionais por parte dos estudantes de fisioterapia; o segundo foi identificar situações em que o uso destas estratégias estaria relacionado à adesão ou não ao tratamento fisioterapêutico. Participaram do estudo três díades estudante de fisioterapia/paciente, compostas por três estagiários de graduação em fisioterapia e dois adultos com deficiência física. O estudo foi realizado junto à unidade de atendimento em saúde pública, ligada a uma instituição pública de ensino do interior do estado de São Paulo. Sessões de intervenção do fisioterapeuta foram registradas na íntegra por um equipamento de câmera instalado na sala de atendimento. A interação entre a díade estudante-paciente foi analisada observando-se ocorrências de comportamentos verbais e não verbais emitidos pelos estudantes e pelos pacientes. O registro das ocorrências foi realizado em intervalos de 10 segundos de observação e 10 segundos de registro. Os comportamentos analisados foram organizados em dois conjuntos amplos de categorias: (1) *Estratégias Educativas na Intervenção* e (2) *Estratégias Facilitadoras de Adesão*. Os resultados referentes às *Estratégias Educativas* mostraram que 87% da ocorrência da mesma referiu-se a instruções, verbais ou por demonstração, das atividades físicas propostas. O uso de *estratégias educativas* para promover mudança, estabelecendo comportamentos funcionais por modelagem ou informações gerais sobre saúde ocorreram com frequência baixa. As categorias referentes à adesão parecem indicar que o fisioterapeuta em formação emite comportamentos favoráveis à adesão (98%) mais voltados para um esforço do para a manutenção da relação socialmente reforçadora com o paciente. A discussão mostra que embora os estudantes de fisioterapia demonstrem o domínio de estratégias que fortalecem a relação terapêutica, é preciso enfatizar a necessidade de se fortalecer a formação do profissional de fisioterapia em princípios de aprendizagem e no estabelecimento de estratégias educativas no exercício de seu trabalho junto ao deficiente físico, de forma a garantir a modelagem e manutenção de comportamentos compatíveis a novas condições de aprendizagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** reabilitação, educação em saúde, interações educativas, adesão ao tratamento, estudantes de fisioterapia, deficiência física.

## ABSTRACT

Soares, MST (2010). *Description of Educational Strategies among Students of Physical Therapy and Handicap promoters of Accession*. Dissertation for the Master's degree of Special Education Program at the Federal University of Sao Carlos. São Carlos. São Carlos. (99 pages).

The physical disabilities impact the individual's life, affecting it in different ways. Disabled people in rehabilitation treatment brings a broad history of extinction of previously reinforced repertoire, coupled with the experience of aversive restrictive conditions, and the actual practice of intervention exposure to repetitive activities and challenging new ones that may even produce pain. Thus it is essential that professionals responsible for such intervention are able to model and maintain new behaviors that lead to the promotion of wellness and a better utilization of the potential of individuals, and thus ensure better patient compliance to treatment. Thus, it is necessary to investigate the use of educational strategies for professionals in training and possible indicators of adherence to treatment offered by them. This study had two objectives. The first was to identify the use of educational strategies by the students of physiotherapy, the second was to identify situations where the use of these strategies would be related to adherence to physical therapy or not. Participants were three dyads physiotherapy student / patient, composed of three graduate trainees in physical therapy and two adults with physical disabilities. The study was conducted with the unit of care in public health, linked to a public university in the State of São Paulo. Intervention sessions the physiotherapist were recorded in full by a camera equipment installed in the attendancing room. The interaction between the student-patient dyad was analyzed by observing instances of verbal and nonverbal behaviors emitted by the students and patients. The record of the events took place at intervals of 10 seconds of observation and 10 seconds to register. The behaviors analyzed were divided into two broad sets of categories: (1) *Educational Strategies for the intervention* and (2) *Strategies Facilitators of Adherence*. The results regarding the *Educational Strategies* showed that 87% of the occurrence of the same referred to the instructions, oral or demonstration of physical activities proposed. The use of *educational strategies* to promote change, setting performances by modeling or general information on health occurred at low frequency. The categories relating to the membership seems to indicate that the physical therapist in training issues in favor of joining behaviors (98%) focused more on an effort to maintain socially reinforcing relationship with the patient. The discussion shows that although physiotherapy students demonstrate mastery of strategies that strengthen the therapeutic relationship, we must emphasize the need to strengthen the training of occupational therapy in early learning and the establishment of educational strategies in the course of their work together the disabled, to ensure the maintenance of behavior modeling and compatible with new conditions of learning.

**KEY WORDS:** rehabilitation, health education, educational interactions, adherence to treatment, physiotherapy students, physical disability.

## **Deficiência Física: A busca de uma definição**

O Ministério da Saúde (2006b) define deficiência física como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta em comprometimento da função física. Indivíduos que possuem uma deficiência motora carregam uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, em decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida (Ministério da Saúde, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população de qualquer país, em tempo de paz, possui algum tipo de deficiência, das quais 2% seriam deficiências físicas (Ministério da Saúde, 2002). No Brasil, segundo o censo realizado em 2000 pelo IBGE, as deficiências atingem 24,5 milhões de pessoas, sendo que 22,9% destas correspondem a deficiências físicas (Ministério da Saúde, 2006a).

A Educação Especial tem sido uma área fértil para o aparecimento de polêmicas e propostas inovadoras, sendo uma área para a qual as pessoas dirigem atenção com as mais variadas necessidades ou interesses e, por vezes, com intenso envolvimento, além de comportar sentimentos de paixões e temores, ensejando muitas reações ambivalentes dessas pessoas (Omote, 1999). Este cenário pode ter contribuído para a atual ausência de um consenso sobre qual seria a melhor definição de deficiência física e também para a manutenção de algumas controvérsias na área.

Desde há algum tempo a Organização Mundial de Saúde tinha o interesse de abordar as conseqüências da doença, tentando entender o que acontecia, ao longo do tempo, com aquele que recebera o diagnóstico de uma doença crônica ou mesmo aquele que sofrera um acidente (Farias & Buchalla, 2005; Buchalla, 2003; Matheus & Schliemann, 2007; Amiralian et. al., 2000). Até meados da década de 70, as questões

relativas à deficiência sempre estiveram subordinadas ao âmbito médico e de especialistas que, por sua vez, atendiam às instituições (Saeta, 1999).

Em 1976 foi publicado o primeiro documento oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que declara essa preocupação em atentar para doenças e/ou distúrbios crônicos e suas implicações para a vida destes pacientes: a *Classificação Internacional de Deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças* – CIDID (Matheus & Schieliman, 2007). De acordo com este documento, **deficiência** (*impairment*) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; **incapacidade** (*disability*) é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *desvantagem* (*handicap*) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (Farias & Buchalla, 2005).

Neste documento de 1976, apesar do conceito ter se ampliado, fragilidades como a falta de relação entre as dimensões que a compõe e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, foram apontadas. Uma revisão então resultou, em maio de 2001, na aprovação da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), traduzida em Língua Portuguesa com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Farias & Buchalla, 2005)

A CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Nesse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação social (Farias & Buchalla, 2005).

Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social (Farias & Buchalla, 2005). Tais conceitos apresentados nessa classificação introduziram um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas são determinadas também pelo contexto dos ambientes físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, ela permite, além disso, avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (Farias & Buchalla, 2005).

Assim, as agências oficiais e sociais de controle passam a ter um papel importante e específico na caracterização das deficiências; por exemplo, no atendimento a deficientes, passa-se a dar importância a conceitos como autoconceito, auto-imagem e auto-estima (Farias & Buchalla, 2005).

#### *Deficiências Físicas e Motoras*

De forma geral, as deficiências têm sido divididas em três grandes tipos: Sensoriais, Mentais e Físico-motoras. As causas que levam às deficiências podem ser: pré-natais (aquelas que decorrem de problemas ocorridos ainda durante a gestação), perinatais (intercorrências no momento do parto) ou pós-natais (doenças e/ou traumas ocorridos após o nascimento). Então elas podem ser separadas como congênitas (desde o nascimento) ou adquiridas, e ainda em temporárias ou permanentes (Matheus & Schielimann, 2007).



Vários são os fatores de risco para a deficiência física. Dentre eles, podemos citar: violência urbana – imprudência e desrespeito às leis de trânsito em geral, ferimentos por arma de fogo ou arma branca; acidentes desportivos; acidentes do trabalho; tabagismo; maus hábitos alimentares; uso de drogas; sedentarismo; epidemias/endemias; agentes tóxicos e falta de saneamento básico (Ministério da Saúde, 2006b). Devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas, as causas das deficiências - particularmente as físicas - estão cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, os acidentes vascular-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose, entre outros (Ministério da Saúde, 2002).

Sousa e Pierin (2002) afirmam que um dos principais responsáveis pela presente prevalência de deficiências físicas são as doenças crônicas (ex. diabetes, hipertensão, depressão, entre outras) as quais causam impacto na vida do paciente ao afetar aspectos não apenas na área física, mas também as áreas econômica, social, psicológica e até mesmo cultural. Problemas familiares e de esfera sexual, isolamento social, conflitos a respeito de dependência, problemas de auto-imagem e possibilidade de morte são alguns exemplos de alterações que o paciente pode vivenciar diante da doença (Sousa & Pierin, 2002), e sinalizam a necessidade de que a definição de deficiência vá para além do aspecto biológico e/ou físico.

Matheus e Schliemann (2007) ressaltam que é importante fazer uma distinção entre a deficiência física e a deficiência motora. A primeira delas, deficiência física, pode ser compreendida como uma alteração física aparente, por exemplo, a falta ou deformação de um membro; a segunda, deficiência motora, estaria mais associada à falha na função, principalmente dos membros, por exemplo, as paralisias. Entretanto, a sobreposição e confusões conceituais entre estes dois tipos de deficiência pode ser

justificada pela suas freqüentes associações: ter uma deficiência física pode acarretar falhas nas funções motoras, ao mesmo tempo em que deficiências motoras poderão aparentar como deficiências físicas, como quando há a perda do tônus muscular, que atrofia os membros (Matheus & Schliemann, 2007).

As deficiências motoras são, na maioria das vezes, inatas, sendo a causa mais provável a falta de oxigenação cerebral da criança durante a gestação e o parto, como a que gera a Paralisia Cerebral. Já as deficiências físicas são freqüentemente adquiridas, principalmente em situações traumáticas que lesionam órgãos ou tecidos e acarretam em perdas de membros ou movimentos, vistas nos traumatismos medulares, amputações e/ou em pessoas com doenças neurodegenerativas (Matheus & Schliemann, 2007). Entretanto, é preciso atentar-se para as particularidades de cada caso, pois nem todos os deficientes físicos enfrentarão sempre os mesmos graus de dificuldades ou encontrarão os mesmos recursos para enfrentá-las. A CIF da OMS se propõe, dessa forma, a avaliar as funções e estruturas do corpo, as atividades de vida diária e a participação do indivíduo nestas atividades, além de fatores ambientais, que podem tanto ser facilitadores como obstáculos para uma vida de qualidade do portador de deficiência (Matheus & Schliemann, 2007).

Evidencia-se então que, tanto a deficiência física quanto a motora requer um novo olhar sobre todas as dimensões envolvidas nesta questão. Na deficiência motora inata é requerida, especialmente da família, uma adaptação do meio social e às demandas de cuidados deste indivíduo; na deficiência física adquirida, que é o foco deste estudo, é requisitada do indivíduo uma adaptação a sua nova condição de vida.

### **Deficiência Física, Desamparo e Depressão**

Buscaglia (1993) ao relatar sua experiência, comenta que a pessoa que se torna deficiente é colocada em contato com sentimentos de estranheza e não familiaridade, necessitando assim de uma adaptação de tudo aquilo que reconhece como sua identidade pessoal.

Em seu estudo, Souza (2003) se propôs a delinear e avaliar a eficácia de um programa de ampliação do repertório funcional de seis pessoas portadoras de deficiência física adquirida por meio do redirecionamento ou ampliação de suas atividades de vida diária. A intervenção consistiu em estabelecer prioridades a curto e médio prazo junto aos participantes e seus familiares para o envolvimento desses indivíduos em atividades relevantes e concluiu-se levantando questões importantes a respeito da qualidade de vida e inserção social de indivíduos portadores de deficiência física.

Segundo tal estudo, a restrição de atividades é, em geral, uma das primeiras conseqüências das deficiências físicas adquiridas dado que o indivíduo com uma deficiência física, sob qualquer circunstância, muda completamente a forma de se relacionar com o mundo. Isto implica que repertórios adquiridos anteriormente deverão estar em extinção, enquanto novas aprendizagens devem ser adquiridas para lidar com o mundo, dentro das novas condições impostas pela *deficiência*. Estas mudanças complexas tornam-se uma fonte de desamparo e de baixa motivação, impactando não somente na vida diária, mas, também, nos próprios procedimentos de reabilitação que envolve, na maioria das vezes, um custo alto de respostas (ex., atividades repetitivas e dolorosas, uma recuperação lenta dos processos motores e físicos, gastos com medicação e transporte, introdução de prótese e órtese, entre outros) (Souza, 2003).

Desta forma, os indivíduos com deficiência, particularmente sob tratamento de reabilitação, trazem uma história relativamente ampla de extinção de repertório anteriormente reforçado, somada a experiências, muitas vezes recentes, de condições

aversivas dolorosas e restritivas. A própria prática de intervenção induz o indivíduo a atividades repetitivas, relativamente desafiadoras e novas podendo, por vezes, produzir sessões em que a dor esteja presente.

Souza (2003) descreve que a dificuldade nas mudanças no ambiente atual somada as expectativas pouco realistas de quem está em reabilitação, podem gerar uma tensão entre este, sua família e o profissional. Os pacientes, em geral, esperam voltar a fazer suas atividades com acuidade e competência similares às condições anteriores ao processo de mudança física. Expectativas pouco realistas, particularmente na fase mais ativa dos tratamentos de reabilitação, dificultariam todo o processo de intervenção e recuperação; a frustração das expectativas com alguma frequência pode levar à expressão de raiva e depressão (Souza, 2003). Todas estas dificuldades podem refletir numa relação pobre e inadequada com o profissional, na baixa adesão ou no próprio abandono do tratamento.

Bromley (1997) afirma que muitos portadores de paraplegia e tetraplegia iniciam um estado depressivo que pode se expressar em agressões aos membros da equipe, comportamento anti-social e, em casos mais graves, queixas físicas incluindo dor. Em outros casos, estes podem tornar-se indiferentes e apáticos, o que pode ser ainda pior. Esta condição psicológica pode interferir na adaptação destes indivíduos, fazendo com que estes se recusem a aprender a executar as atividades cotidianas a partir de sua nova condição física.

A descrição de tais condições envolvidas na aquisição de uma deficiência torna claro que as limitações ocorrem fundamentalmente quanto ao controle que tal indivíduo exerce sobre suas condições de vida. A perda constante e crescente de previsibilidade e controlabilidade do ambiente podem gerar o processo conhecido como desamparo aprendido (Seligman, 1977; Matos, 1981). Ou seja, à medida que diminui as

possibilidades do indivíduo prever e controlar seu ambiente aumenta sua tendência à prostração e à inação. Como pontuado por Ferreira e Botomé (1984), as significativas limitações da sociedade e das condições econômicas são potencializadas pela deficiência física, de forma que, aquele que possui uma deficiência física ao invés de aprender a modificar as variáveis que influenciam sua vida e sua condição, aprende a agir de maneira a ficar mais desamparado, como se não houvesse nada o que pudesse ser feito com relação a tais variáveis.

Williamson (1992, 1994, 1998) realizou uma série de estudos guiada pela hipótese de que a restrição de atividades normais é um fator importante para a relação entre adoecimento e depressão. Os resultados de tais estudos demonstraram que a restrição de atividades é importante para o ajustamento a várias condições de adoecimento e perda da capacidade física. A autora observou uma correlação significativa entre a restrição de atividades e o aumento do índice de depressão em pessoas doentes.

Souza (2003) sugeriu, considerando as correlações encontradas entre restrição de atividade e depressão, que os profissionais de saúde atentem para os efeitos nocivos da restrição de atividades cotidianas de seus pacientes, dado que está é uma das primeiras conseqüências das deficiências adquiridas e pode ser fonte de desamparo e baixa motivação em relação a procedimentos de reabilitação e/ou outros aspectos da vida que envolvem muito custo de resposta.

Souza (2003) partindo da perspectiva de que deficiência física está associada a desamparo, comentou que o deficiente pode estar num estado de paralisia emocional, o que acaba por dificultar ou impedir que este aja com as variáveis envolvidas na situação, ficando assim cada vez mais desamparado. Defendeu então que são necessários esforços no sentido de modificar ou prevenir o quadro de desamparo de

modo que o deficiente passe então a se mobilizar em direção a sua devida inserção social.

Seligman (1977) sugeriu que a resolução dos efeitos do desamparo depende de proporcionar meios para que a pessoa readquira a crença de seu controle sobre os eventos que lhe são importantes, desenvolvendo ou resgatando seu senso de auto-eficácia.

O uso pelo profissional de técnicas conhecidas e bem utilizadas de planejamento da aprendizagem, nestas condições, pode favorecer as condições de aquisição e manutenção de novos comportamentos que promovam bem estar e um melhor aproveitamento das potencialidades dos indivíduos. Como afirma Ferreira e Botomé (1984), a deficiência física precisa ser entendida pelas possibilidades de interação da pessoa, com suas atuais características, com o ambiente onde vive que, por sua vez, precisa apresentar características que possibilitem a aliança entre o máximo aproveitamento e o menor custo. Portanto, fatores como cultura, valores e a maneira de viver desses indivíduos precisam ser considerados ao se propor intervenções que tenham como intuito modificar as condições ou características de suas vidas. Neste contexto, Souza (2003) aponta a necessidade de uma ação interdisciplinar da área psicossocial a fim de oferecer apoio à família e à pessoa com deficiência. Esta intervenção deveria priorizar o estabelecimento de um repertório que favorecesse a adesão ao tratamento, condição fundamental para que mudanças qualitativas ocorram (Potter, Gordon, & Hamer, 2003; Campbell, Evans, Tucker, Quilty, Dieppe, & Donovan, 2001; Grahn, Stigmar, & Ekdahl, 2001; Forjaz & Tinucci, 2002).

### **Adesão ao tratamento para garantir intervenções efetivas**

Um importante problema dos serviços de reabilitação é a falta de adesão ao tratamento, principalmente em serviços ambulatoriais, dado que nesta situação os profissionais de saúde têm acesso e controle limitados aos comportamentos do paciente. E sem adesão ao programa de reabilitação, também não se pode garantir a efetividade do tratamento.

A literatura tem apresentado o conceito de **adesão** com uma diversidade representativa de definições. Kurita e Pimenta (2003) definem aderir ao tratamento como: “aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente” (p. 416). Já Sousa e Pierin (2002) apontam que a adesão seria determinada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. No entanto, acrescentam uma definição que caracterizam como mais completa: “*o cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas os medicamentos, mas, também, todos os demais cuidados e providências recomendadas*” (Sousa & Pierin, 2002, p.62).

Além disso, a obtenção da adesão depende do conhecimento dos determinantes dos padrões de comportamento do paciente que se caracterizam como classe de adesão e não adesão (Greenspoon, 1997). Neste contexto, classe de adesão pode ser compreendida como “*uma classe de ações de seguimento de prescrições para ao tratamento, quantas sejam e quaisquer que sejam*” (Arruda & Zanon, 2002, p. 3). Sendo assim, o termo acaba sendo aplicado com variáveis topografias e funções no controle da doença, com relação a diversos fatores ambientais. Além disso, a adesão ao tratamento pode implicar um conjunto de ações correspondentes a mais de uma recomendação e, não necessariamente, o paciente atenderá a todas. Dessa forma, é preciso determinar qual parte do tratamento o paciente adere, assim como considerar níveis hierárquicos de

adesão (Arruda & Zanon, 2002). O que se conclui é que não há uma definição única e padronizada para o termo adesão, e que este precisa ser adaptado aos diversos contextos da doença, do paciente e do repertório comportamental daquele que deverá aderir às prescrições.

Com isso, seria fundamental que a formação na área de saúde incluísse no processo curricular e de habilitação um conjunto de conhecimento robusto e sofisticado sobre o comportamento do indivíduo e da sociedade; estes conteúdos deveriam ser tão valorizados e enfatizados quanto aqueles que dizem respeito à identificação de categorias nosológicas de patologias e dos procedimentos técnico-cirúrgicos envolvidos (Silva, Panhoca, & Blachman, 2004). Os terapeutas precisam considerar os aspectos comportamentais da sua prática profissional, a fim de que esta seja eficaz. Grande parte da literatura que explora teorias de cognição social e motivação é aplicável ao cuidado do paciente (Sluijs, Kok, & Van der Zee, 1993).

Entretanto, Rebelatto e Botomé (1999) apontam que na sua atuação no campo profissional, o fisioterapeuta parece não utilizar de forma sistemática os conhecimentos disponíveis nas áreas de conhecimento básicos sobre aprendizagem e educação. Isto poderia acabar por comprometer o exercício profissional, dado que os modelos que orientam o ensino de novos profissionais são, prioritariamente, as rotinas de técnicas disponíveis na profissão, o acréscimo de outras ou melhorias nas já existentes. Os autores ainda acrescentam que o ensino na graduação tem que ter claro, além de realizar com competência e cuidado, o estabelecimento de uma ponte entre as necessidades da realidade, as características da atuação profissional e o conhecimento de diferentes áreas do conhecimento. Esta ponte permitiria o entendimento e desenvolvimento da multiplicidade de aspectos envolvidos, não só com a realidade com a qual o profissional atua, mas também à atuação do profissional diante dessa realidade.



### **Educação em saúde: instrumento para promover adesão?**

Educação ao paciente pode ser definida como “*uma experiência planejada de aprendizado, usando uma combinação de métodos como ensino, aconselhamento e técnicas de modificação do comportamento que influencie o conhecimento do paciente e comportamentos de saúde*” (Sluijs, 1991, p. 561; Kerssens et. al., 1999, p.165). Dado isso, é necessária uma maior prevalência deste material na literatura dos profissionais de saúde, mais especificamente, de fisioterapia, principalmente se considerarmos as implicações de sua responsabilidade como motivadores e educadores de seus pacientes (Sluijs et. al. 1993).

Quase todas as sessões de tratamento em fisioterapia incluem atividades educacionais. A educação das pessoas com doenças crônicas – ou em particular, daquelas com deficiências – tem como finalidade influenciar o comportamento do paciente para a obtenção e manutenção de mudanças. Além disso, objetivam ajudar o paciente a: entender, conhecer e aceitar a doença/ deficiência; conhecer e reconhecer os comportamentos de risco; informar sobre decisões de tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamentos e, por fim, enfrentar problemas de manutenção da terapia (Sousa & Pierin, 2002).

Sluijs (1991), endereçando a questão da importância da educação ao paciente em fisioterapia, particularmente na contribuição da mesma nos processos de adesão e de prevenção, implementou um estudo no qual desenvolveu um *checklist* como uma ferramenta de avaliação da educação para pacientes em fisioterapia composta de atividades educacionais. Inicialmente, por meio do exame da literatura especializada, a autora propôs categorias de tipos de ensino, atividades informativas e aconselhamento que um fisioterapeuta pode usar para fornecer informações e promover mudanças de comportamentos relacionados à saúde. Estas categorias foram avaliadas com relação a

sua aplicabilidade e fidedignidade. No estudo foram utilizadas 227 sessões, gravadas em fita cassette, de todo o tratamento de 25 pacientes. Ao final, foram identificados 65 itens de atividades educativas no *checklist*, organizados em duas grandes categorias que abarcaram diferentes subcategorias, a saber: (1) *Categoria de Elementos Educacionais* (Ensinar e fornecer informação sobre doenças; instruções sobre exercícios para práticas em casa; conselho e informações; educação sobre saúde em geral; aconselhamento sobre problemas relacionados com estresse) e (2) *Categoria Condições* (Relação paciente terapeuta; acesso planejado e sistematizado; demandas e percepções do paciente). Os autores propõem que estas categorias poderiam ser utilizadas para investigar atividades educacionais correntes na prática de fisioterapia ou numa revisão, além de contribuir para o desenvolvimento de padrões de qualidade de cuidado.

Posteriormente, ainda investigando a educação a pacientes, Sluijs, Kok e van der Zee (1993) desenvolveram um estudo que investigou se a adesão de pacientes a um regime de exercícios físicos estaria relacionada às características do paciente ou de sua doença, à sua atitude ou ao comportamento do fisioterapeuta. Para isso, reuniram uma amostra de 300 fisioterapeutas e lhes solicitaram que, primeiro, respondessem um questionário sobre suas opiniões a respeito da educação a pacientes. Depois, eles deveriam gravar os primeiros 25 pacientes tratados numa certa semana e completar um registro de cada um destes. Depois do atendimento, o fisioterapeuta deveria pedir ao paciente que completasse um questionário assim que voltasse para casa. Os pacientes então deveriam mandar suas respostas diretamente à instituição de pesquisa, sem que estas passassem pelo fisioterapeuta. Compararam pacientes que aderiam e aqueles que não aderiam ao tratamento de forma a determinar o que diferenciava os dois grupos. Os resultados mostraram que os três fatores mais relacionados à não adesão foram: (1) barreiras percebidas e encontradas pelos pacientes; (2) a falta de *feedback* positivo (3) o

grau de desamparo. A partir destes resultados, os autores concluíram que os dados poderiam auxiliar na formulação de causas e efeitos em futuras pesquisas clínicas, e que estas pesquisas deveriam considerar o tipo e a eficácia de exercícios terapêuticos para diferentes doenças. Além disso, concluíram que, para a prática, parece importante que fisioterapeutas explorem cuidadosamente que problemas seus pacientes encontram em seus esforços para aderir e então encontrar soluções para estes problemas, em cooperação com eles.

Elias e Britto (2004) buscando investigar a relevância de informar, explicar e instruir o cliente como forma de processo educacional de psicoterapia, construíram categorias de intervenção no contexto terapêutico. O trabalho envolveu a filmagem de três diferentes díades estudantes-terapeutas, de clientes selecionadas randomicamente, e a observação, registro, análise e comparação dos dados coletados. Por meio da metodologia de observação direta e medida do comportamento, definiram-se categorias funcionais de intervenção educacional, subdivididas por sua vez, sete classes de técnicas de intervenção educacional. A categoria *Função Informativa*, foi subdividida em: educar para a psicoterapia e informar textualmente. A categoria *Função Explicativa* subdividiu-se em: *reeducar para a situação*, *reeducar para o comportamento* e *modelagem por reforço positivo*. Concluindo as categorias, a *Função Instrutiva* incluiu as subdivisões *modelação 1* (falar como fazer) e *modelação 2* (demonstrar como fazer). A análise de tais dados permitiu a verificação da frequência de tais categorias de forma a sugerir que com o passar do tempo e com mais oportunidades de treinamento, aumentou-se a tendência de uso de tais intervenções educacionais por parte dos estudantes-terapeutas. Além disso, foi possível concluir a relevância da presença dos aspectos educacionais em sessões terapêuticas, dado que estas podem contribuir para o

aprendizado de respostas mais adaptativas por parte do cliente, além de poder se estender a outros contextos terapêuticos.

### **Estudos sobre adesão e efetividade das intervenções em diferentes profissionais**

#### *Análise do comportamento e odontologia*

Estudos recentes com outros profissionais tais como de odontologia, têm demonstrado que a formação em princípios de aprendizagem e o uso sistemático da análise funcional do comportamento pode ser um poderoso instrumento na formação do profissional (Moraes, Sanchez, Possobon & Costa Júnior, 2004; Rolim, Moraes, César, & Costa Júnior, 2004; Rolim, 2006). Ao trabalhar com crianças com história de não-colaboração, os autores analisaram funcionalmente a díade cirurgião-dentista e criança não colaborativa por meio do registro das sessões, descrições dos episódios de interação entre o profissional e o cliente e a classificação dos comportamentos emitidos em categorias de acordo com sua funcionalidade. Os resultados de Moraes et al. (2004), assim como os de Rolim et al. (2004) e Rolim (2006) revelaram que o profissional e a criança aprendem a se comportar um em relação ao outro no contexto de atendimento odontológico. Quando o profissional estabelece uma relação de reforço positivo e contingente a respostas apropriadas da criança, a probabilidade de colaboração aumenta, indicando maior adesão. De fato Moraes et al. (2004) enfatiza que a colaboração da criança pode ser vista como uma operação estabelecadora, uma condição motivadora, para os comportamentos do profissional e, ao mesmo tempo, mudanças no comportamento do profissional, mudam condições de controle de respostas discriminativas da criança ao ambiente odontológico, aumentando a adesão ao tratamento. Apontam, então, a importância da contribuição da análise funcional do comportamento como instrumento fundamental para o estudo da interação profissional-paciente. Já Rolim et al. (2004) concluíram que o tratamento odontológico envolve um

controle bidimensional, onde a atuação do dentista depende do padrão comportamental da criança assim como de sua história de aprendizagem ao contexto de tratamento. Por fim, os resultados de Rolim (2006) mostraram que a aprendizagem mútua entre paciente e profissional durante o atendimento odontológico é importante não só para a saúde bucal como também para a promoção de repertórios de enfrentamento diante de situações que envolvam eventos aversivos.

#### *Análise da interação médico-paciente*

Ainda com o objetivo de identificar um conjunto de possíveis comportamentos, presentes na relação profissional-paciente, que facilitasse a adesão ao tratamento, Fernandes e Britto (2005) registraram em vídeo a primeira consulta de orientação de médicos a pacientes recentemente diagnosticados com portadores de HIV. Os autores coletaram dados de quatro díades médico-paciente. As sessões foram transcritas e a análise do registro cursivo levou à elaboração de quatro grandes categorias do médico e quatro relativas aos pacientes. Relativo aos médicos, as categorias definidas foram: (1) ação verbal facilitadora de adesão, (2) ação verbal não facilitadora de adesão, (3) ação não verbal facilitadora de adesão e (4) ação não verbal não facilitadora de adesão. Com relação aos pacientes foram relacionadas às seguintes categorias: (1) relato indicativo de adesão, (2) relato indicativo de risco para a adesão, (3) ação não verbal indicativa de adesão e (4) ação não-verbal indicativa de não adesão. Concluiu-se a partir de tal trabalho sobre a importância de estudos que tratem da relação médico paciente, que cabe ao médico fornecer regras claras sobre os procedimentos a serem seguidos, além da explicação sobre os comportamentos necessários, as consequências de não-adesão e os benefícios da terapia.

## **OBJETIVOS DO TRABALHO**

Considerando a importância das práticas educativas na adesão ao tratamento e sendo a adesão um elemento essencial na efetividade de recuperação e adaptação do portador de deficiência física; levando em conta ainda a importância de se produzirem dados nacionais sobre o ensino ou uso destas práticas educativas na formação do profissional que trabalha com populações especiais em geral e, em particular, na fisioterapia, entendemos que seria importante investigar as variáveis *uso de prática educativa* e *adesão ao tratamento* em profissionais em formação (estagiários) de fisioterapia ao trabalhar com indivíduos com necessidades físicas especiais.

Desta forma o presente trabalho teve como objetivo geral investigar o uso de práticas educativas em estudantes de fisioterapia em estágio de formação e a presença de indicadores de adesão ao tratamento.

Para tanto, três objetivos específicos foram então delimitados. O primeiro deles foi identificar o uso de estratégias educacionais e de mudança de comportamento por profissionais em formação no curso de fisioterapia. O segundo foi identificar, nas situações investigadas, se e quais categorias de estratégias estariam relacionadas à adesão ao tratamento fisioterápico.

## Método

### *Participantes*

Participaram do estudo três díades estudante de fisioterapia/deficiente físico. As díades foram compostas por três estudantes de graduação em fisioterapia e dois diferentes pacientes com deficiente física. Para inclusão no estudo foram selecionados pacientes adultos com deficiência física que não comprometia a fala. Estes eram atendidos por estagiários, individualmente ou em grupo, uma vez por semana, com uma previsão de acompanhamento de, pelo menos, dois meses e referenciados para o atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos participantes. Dois estudantes eram do sexo masculino e uma do sexo feminino; todos estavam no último ano de formação, cuja duração era de quatro anos em período integral. No momento da coleta, o estudante da díade 1 estava no terceiro bimestre do ano e os estudantes das díades 2 e 3 foram filmados durante o quarto e último bimestre do ano.

Os dois pacientes eram cadeirantes, com alterações de movimento e sensibilidade de membros inferiores e superiores. Uma das pacientes (LU) foi observada na interação com dois diferentes estudantes (Díades 1 e 2); isto aconteceu em função do rodízio dos mesmos entre diferentes áreas de formação durante o último ano. Esta paciente encontrava-se matriculada em um curso de graduação na área de ciências exatas de uma instituição pública de ensino superior. A paciente sofreu trauma raquimedular ao mergulhar em água rasa há aproximadamente 10 anos, que resultou em lesão incompleta de nível C3-C4. Nas avaliações realizadas pelos estudantes e registradas em prontuário, os mesmos registraram que a paciente era orientada e colaborativa, mas que se dispunha a vir a fisioterapia apenas uma vez na semana. No

registro ainda constava que a paciente era semi dependente em AVDs (Atividades de vida diária), que tinha dificuldades nas transferências e na condução da cadeira de rodas. Demonstrava insegurança quando conduzida em elevados e/ou rampas ou em alguns exercícios propostos por medo de cair da cadeira de rodas. O Paciente LI (Díade 3) apresentava uma doença degenerativa progressiva (Charcot Marie), trabalhava como administrador em uma empresa e era casado. Segundo avaliação, o paciente era colaborativo, questionador, mas, por vezes, demonstrava dificuldades em ouvir por completo as orientações durante os exercícios. Paciente era independente para AVDs, fazia as transferências para a cadeira de rodas sem ajuda e não necessitava de auxílio na condução da cadeira de rodas. Vinha à fisioterapia somente uma vez na semana.

Tabela 1- Caracterização dos participantes das diferentes díades Estudante de Fisioterapia e Paciente deficiente físico.

Díade	Estudante	Sexo	Idade	Paciente	Sexo	E.civil	Idade	Diagnóstico
1	CA	Masc	22	LU	Fem	Solt	31	Trauma Raquimedular
2	FE	Masc	23					
3	MA	Fem	22	LI	Masc	Cas	43	Doença de Charcot Marie



### *Local, material e equipamento*

O estudo foi realizado numa unidade de atendimento em saúde pública ligada a uma universidade do interior do estado de São Paulo, onde trabalham profissionais e estudantes do curso de graduação e pós-graduação em Fisioterapia. Este atendimento faz parte de uma unidade saúde-escola de atendimento à pacientes do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados foram utilizadas filmagens em aparelho de registro digital, modelo Compaq Presario C770BR Notebook PC, habilitado com o software Cyberlink YouCam 1.00.1005 e folhas para o registro dos dados e das informações retiradas do prontuário. Os materiais clínicos, aparelhos e equipamentos fisioterápicos estavam disponíveis no local de atendimento aos pacientes. Utilizou-se câmera digital acoplada ao equipamento para o registro da interação entre a díade.

Para a análise dos dados, o software Windows Media Player foi utilizado para a visualização das filmagens, além da contabilização do tempo de sessão e recortes dos trechos alvos de análise.

### *Procedimentos*

#### *Autorização institucional*

O projeto foi submetido e aprovado por Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, com registro SIAPE 0070.0.135.000-07, parecer nº 005/2008. O projeto foi analisado e autorizado pela unidade de atendimento onde a coleta foi realizada. O protocolo de aprovação pode ser examinado no Anexo 1.

Foi realizada uma consulta inicial aos docentes supervisores da fisioterapia para verificar seu interesse no desenvolvimento da pesquisa junto ao seu programa. Apesar da Unidade de atendimento ter aprovado a realização do projeto não houve

manifestação inicial voluntária por parte dos professores de fisioterapia que viabilizasse a execução do estudo. Assim, um novo ofício foi redigido e encaminhado ao coordenador das atividades do setor de atendimento para que conhecesse a proposta de trabalho relatada no projeto de pesquisa e, dado que era representante do curso, funcionasse como um elo junto aos docentes responsáveis pelas atividades de estágio em fisioterapia. Este segundo contato também não gerou interessado. Por fim, o contato pessoal da orientadora do estudo com professores supervisores das atividades práticas de fisioterapia produziu algum interesse e estabeleceu-se um primeiro contato com os pacientes, criando as condições para a coleta.

#### *Seleção de participantes e procedimento de coleta*

Os professores supervisores interessados forneceram uma lista de possíveis díades, com dias e horários de atendimento, além de diagnóstico dos pacientes em tratamento. Então, de acordo os horários de coleta dos pesquisadores e horários de atendimento dos pacientes, os potenciais participantes foram convidados verbalmente e três díades aceitaram participar do estudo, sendo que um dos participantes paciente formou díade com dois diferentes estudantes. Individualmente, os participantes foram cuidadosamente informados quanto às justificativas e implicações do estudo, assim como sobre os objetivos da pesquisa numa tentativa de minimizar possíveis influências dessas informações nos dados a serem coletados. Os estagiários de fisioterapia que concordaram em participar assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)* apresentado no Anexo 2; no Anexo 3 vemos o TCLE referente ao participante paciente na díade. O projeto foi submetido também ao comitê de ética local da própria unidade de atendimento e aos supervisores dos estudantes envolvidos, que deram permissão escrita para que a pesquisa ocorresse.

As sessões foram registradas por um equipamento de câmera instalado na sala de atendimento. O equipamento era montado e ajustado antes da sessão de intervenção ter lugar. A área de foco foi selecionada de forma a enquadrar os dois participantes, visualizando os movimentos em andamento e as informações verbais disponibilizada. Além disto, a seleção do local priorizava a exclusão de outros pacientes, quando a intervenção acontecia em sala de atendimento em grupo. Duas sessões de intervenção fisioterápica de cada paciente foram filmadas na íntegra.

#### *Procedimento de análise e categorias observadas*

Para análise, considerou-se todo o período de filmagem. Depois de arquivadas, as filmagens foram visualizadas utilizando-se o software Windows Media Player. O mesmo software possibilitou o manejo das filmagens, de forma que as imagens eram paralisadas ou aceleradas permitindo a seqüência de análise como a seguir: dez segundos de observação, o registro das interações ocorridas neste período, um trecho de dez segundos ignorado e novamente a observação. Esta seqüência foi aplicada na íntegra dos registros de filmagem. A presença das categorias relacionadas em cada uma das análises foi registrada em folhas de registro desenvolvidas para este estudo.

A interação entre a díade estudante-paciente foi analisada observando-se ocorrências de comportamentos verbais e não verbais emitidos por eles a intervalos de 10 segundos. Uma primeira observação dos registros analisou o comportamento dos estudantes focando as categorias das estratégias de intervenções educacionais, como definidas por Elias e Britto (2004). Iniciou-se com o período de observação de dez segundos, onde a pesquisadora realizava o registro escrito da ocorrência dos comportamentos observados, segundo as categorias acima citadas. Caso ainda restassem dúvidas, uma nova execução do período de filmagem correspondente aos dez segundos

de observação era realizada. Terminado o registro escrito, a filmagem era avançada por dez segundos e iniciava-se um novo intervalo de observação. Assim os intervalos de observação e de registro eram intercalados. As definições de cada uma das categorias educacionais e suas classes de técnicas estão descritas nas Tabelas apresentadas a seguir.

Na Tabela 2 são apresentadas as categorias de estratégias funcionais informativas e suas respectivas classes de técnicas. Foi considerada parte desta categoria qualquer informação sobre saúde em geral que foi dada ao paciente, assim como orientações sobre programação de tratamento, a indicação de cada uma das técnicas utilizadas, além de informações relacionadas ao diagnóstico e prognóstico. Tais informações poderiam ser passadas de forma verbal ou por meio de textos e manuais explicativos.

A Tabela 3 apresenta a definição da categoria funcional explicativa de estratégia e suas respectivas classes de técnicas. Esta categoria incluiu intervenções que o fisioterapeuta realizou com o intuito de fornecer algum tipo de consequência à resposta emitida pelo paciente. Tal *feedback* poderia: reforçar a manutenção de comportamentos adequados ao contexto fisioterapêutico, por exemplo, receber elogio por execução de exercício ou pelo seguimento da orientação dada pelo profissional (modelação por reforço positivo); provocar mudanças no ambiente para que a resposta emitida pelo paciente seja mais próxima do esperado pelo fisioterapeuta, como adequar mobiliário para a realização de exercícios, escolher o melhor momento para a realização dos exercícios, quais os materiais e/ou pessoas necessárias para a realização das orientações dadas (reeducar para a situação) e, por último, modificar a resposta diretamente emitida pelo paciente para que esta esteja de acordo o que foi passado pelo fisioterapeuta, como quando o fisioterapeuta descreve quais cadeias corporais o paciente precisa modificar

pra trabalhar a musculatura correta de um tipo específico de exercício (reeducar para o comportamento) no momento em que a tentativa ocorre ou após um relato do paciente.

Tabela 2 – Definição das categorias funcional informativa de estratégias de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004).

Função Informativa (IEFI)	CATEGORIAS
<p><i>Intervenções realizadas com o objetivo de informar ao cliente sobre aspectos considerados relevantes sobre a terapia, de forma oral ou escrita, ao longo de todo o processo de atendimento.</i></p>	<p><b>Educar para a terapia (IEFI-1)</b>            Informações orais fornecidas ao cliente sobre os procedimentos do processo de tratamento da terapia, no que se refere à duração de cada sessão de atendimento, frequência semanal, princípios explicativos da abordagem com a qual trabalharão terapeuta, procedimentos e técnicas utilizadas, em que momentos são úteis, credibilidade do tratamento junto a órgãos de saúde, métodos de intervenção adquiridos por meio de estudos empíricos em laboratório, forma de seleção de conteúdos a serem abordados durante as sessões e estruturação destas. Tais dados são abordados durante a sessão com o objetivo geral de levar o cliente a compreender o modelo de intervenção terapêutica, com relação ao tratamento e aspectos gerais e/ou corrigir possíveis distorções de idéias sobre a terapia. Tendo em vista que estes procedimentos podem vir a facilitar a adesão ao processo, pois se supõe que estes conhecimentos tragam maior credibilidade ao tratamento.</p> <p><b>Informar textualmente (IEFI-2)</b>            Informações escritas fornecidas ao cliente, por meio da realização de leitura de textos ou trechos de textos informativos, correspondentes ao problema apresentado pelo cliente, envolvendo ou não questões relativas à terapia propriamente dita. Estas leituras podem ser realizadas durante os atendimentos ou quando o terapeuta solicita tais leituras como tarefas de casa. Este procedimento tem o objetivo de maximizar o entendimento do cliente a respeito de seu comportamento-problema e/ou sobre aspectos da terapia, esclarecendo dúvidas e detalhando o problema abordado. O que também pode facilitar a adesão à terapia.</p>

Tabela 3 – Definição da categoria funcional explicativa de estratégias de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004).

Função	Categoria	Sub-categorias
<b>(IEFE)</b>	<b>Explicativa</b>	<p><b>Reeducar para a situação (IEFE-3)</b> Explicações fornecidas ao cliente sobre objetos ou pessoas presentes na situação, no momento em que seus comportamentos adaptados ou desadaptados ocorrem, sendo estas situações antecedentes e/ou conseqüentes seja em casa, no trabalho ou durante o lazer. Devem ser priorizadas as explicações e exemplos contendo a situação que envolve o cliente. Sendo que, durante tais explicações o terapeuta pode ou não realizar perguntas direcionadas, que lêem o cliente a compreender melhor. A finalidade principal deste procedimento é levar o cliente a descrever os fatores ou contingências que favorecem a manutenção de vários de seus comportamentos.</p>
<p><i>Intervenções elaboradas com a finalidade de explicar ao cliente aspectos considerados relevantes sobre a situação e comportamentos apresentados, bem como a utilização de reforço positivo verbal pelo terapeuta.</i></p>		<p><b>Reeducar para o comportamento (IEFE-4)</b> Explicações fornecidas ao cliente sobre seu comportamento adequado ou inadequado sejam estes comportamentos públicos ou privados. Devem ser priorizados explicações e exemplos contendo o comportamento-problema desempenhado pelo cliente. Sendo que, durante tais explicações o terapeuta pode ou não realizar perguntas direcionadas ou exemplos de comportamentos de terceiros, que façam com que o cliente compreende melhor. O objetivo principal deste procedimento é levar o cliente a discriminar o tipo de inadequação de seu comportamento e quando utiliza respostas adequadas, em seu ambiente natural.</p>
		<p><b>Modelagem por reforço positivo (IEFE-5)</b> Explicações fornecidas ao cliente, consideradas apenas quando o terapeuta utiliza o reforço positivo verbal diante do modo de proceder e/ou falas do cliente sobre como procedeu, tendo os comportamentos do cliente ocorrido durante a sessão ou a respeito do que relata ter realizado em seu ambiente natural, de forma a apontar adequações comportamentais. Esta forma de proceder do terapeuta tem o intuito de fortalecer ou manter a utilização de tais comportamentos no ambiente natural e/ou no ambiente clínico.</p>

A Tabela 4 apresenta a descrição da categoria funcional instrutiva de estratégia de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas. Por fim, a categoria instrutiva descreveu a função do fisioterapeuta de fazer o paciente discriminar as etapas necessárias para a execução adequada das orientações. Em fisioterapia, tal categoria

poderia aparecer quando o profissional disser ao paciente o que quer que ele faça (modelação 1) ou mostrar o como ele quer que tal exercício seja realizado, seja por meio de uma dica física, um toque ou a execução de um exercício de forma passiva, ou também quando o fisioterapeuta executar ele mesmo o movimento necessário ao exercício, servindo de modelo ao paciente (modelação 2).

Tabela 4 – Definição da categoria funcional instrutiva de estratégia de intervenção educacional e suas respectivas classes de técnicas (Elias & Britto, 2004).

Categoria		Sub-categorias
<b>Função (IEFIs)</b>	<b>Instrutiva</b>	<b>Modelação 1 (Falar como fazer) (IEFIs-6)</b> Instruções fornecidas ao cliente. São consideradas as falas do terapeuta sobre a melhor forma de se comportar em situações do ambiente natural, no que se refere ao conteúdo verbalizado, expressão facial, entonação de voz, postura corporal, vestuário e/ou auto comandos. Tendo sido esta demonstrada, relatada pelo cliente ou sendo apenas uma exemplificação de prováveis situações no ambiente natural deste. A finalidade principal deste procedimento é de aprimorar ou adequar às atitudes do cliente frente as mais diversas situações do ambiente natural.
<i>Intervenções realizadas ao longo do processo de atendimento com a finalidade de instruir o cliente a respeito de aspectos considerados relevantes para a psicoterapia, de forma oral ou por meio de demonstrações.</i>		<b>Modelação 2 (Demonstrar como fazer) (IEFIs-7)</b> Instruções demonstradas e encenadas diante do cliente, consideradas quando o terapeuta demonstra, com a colaboração do cliente, o comportamento adequado a ser executado em determinada situação no ambiente natural, no que se refere ao conteúdo verbalizado, expressão facial, entonação de voz, postura corporal e/ou auto comandos. Tendo sido esta situação demonstrada, relatada pelo cliente ou sendo apenas uma exemplificação de prováveis situações no ambiente natural deste. Sendo que, durante tais explicações o terapeuta pode ou não realizar a troca de papéis, características do Ensaio Comportamental. A finalidade deste procedimento é adequar ou aprimorar os comportamentos do cliente frente as mais diversas situações do ambiente natural por meio da demonstração de possíveis comportamentos adequados.

Um segundo conjunto de análises do material registrado examinava as interações ocorridas entre fisioterapeuta-estagiário e paciente, considerando as categorias verbais e



não verbais facilitadoras de adesão. Foram examinados os comportamentos categorizados como facilitadores ou não de adesão ao tratamento por parte do fisioterapeuta e indicativas de adesão ou de risco para a adesão por parte dos pacientes. Foram analisadas tanto as respostas verbais como também as não verbais emitidas pela dade.

As definições de cada uma dessas categorias utilizadas estão descritas nas Tabelas apresentadas na seqüência. A Tabela 5 apresenta as categorias de ações verbais; enquanto a Tabela 6 descreveria as categorias não-verbais.

Tabela 5 – Definições das categorias de ação verbal facilitadoras ou não-facilitadoras de adesão adaptadas de Fernandes e Britto (2005).

	<b>Facilitadora de Adesão/ Adesão</b>		<b>Não-Facilitadora de Adesão/Risco para a Adesão</b>	
	<b>Fisioterapeuta</b>	<b>Paciente</b>	<b>Fisioterapeuta</b>	<b>Paciente</b>
<b>Ação Verbal/ Relato Indicativo</b>	Verbalizações que esclarecem dúvidas dos pacientes sobre aspectos do processo de tratamento ou explicações sobre exames, doenças ou procedimentos, por meio de falas apropriadas ou assertivas. Tais explicações têm a função de alterar o conhecimento do paciente sobre assuntos relevantes a respeito do tratamento.	Verbalizações dos pacientes que afirmam seguir todas as instruções dos fisioterapeutas, mesmo que com dificuldades, devido à ocorrência de eventos outros. Tem a função de demonstrar conhecer suas condições após contrair a doença e relatar suas dificuldades.	Verbalizações do fisioterapeuta que citam termos técnicos sem explicá-los, questiona, aponta comportamentos passíveis de punição social ou biológica ou mesmo não dá oportunidade para o cliente fale ou se expresse verbalmente. Tais verbalizações podem dificultar as respostas do paciente.	Verbalizações que sugerem que o paciente parece desconhecer as conseqüências da enfermidade após contrai-la. Tem a função de relatar, ao fisioterapeuta, o desconforto ou mal-estar sentidos ante sua condição.

Tabela 6 – Definições das categorias de ações não-verbais facilitadoras ou não-facilitadoras de adesão adaptadas de Fernandes e Britto (2005).

	Facilitadora de Adesão/ Adesão		Não-Facilitadora de Adesão/Risco para a Adesão	
	Fisioterapeuta	Paciente	Fisioterapeuta	Paciente
<b>Ação Não-Verbal</b>	<p>Categorias de ações não-vocais do fisioterapeuta como: olhar direcionado ao paciente, sorrir, balançar a cabeça em sinal de aprovação ou curvar-se flexionando o corpo à altura dos quadris em direção ao paciente. Tais comportamentos tinham a função de aproximar-se do paciente quando o fisioterapeuta reforçava os relatos sobre assuntos que lhe interessavam.</p>	<p>Ações não-vocais por parte do paciente como manter contato visual com o fisioterapeuta, balançar a cabeça em sinal de aprovação, responder prontamente às solicitações do fisioterapeuta ou curvar-se flexionando o corpo em direção ao fisioterapeuta enquanto recebia informações. Tais comportamentos teriam a função de atentar para as informações recebidas durante a sessão.</p>	<p>Categorias de ações não-vocais não-facilitadoras de adesão do fisioterapeuta, como postura corporal ereta com a cabeça inclinada para o alto, interromper a consulta, olhar para os lados enquanto o paciente falava, movimentar inquietamente mãos e pés ou não examinar o paciente. Tais comportamentos parecem ter tido a função de apressar a sessão.</p>	<p>Ações não-vocais do paciente com balançar a cabeça em sinal de discordância, desviar o olhar do fisioterapeuta, movimentar-se na cadeira, bocejar e enquanto o fisioterapeuta falava, ou movimentar mãos e pões durante a consulta. Tais comportamentos sugerem funções desconfortantes diante do fisioterapeuta.</p>

Além do que foi definido pelo estudo de Fernandes e Britto (2005), consideraram-se como ações facilitadoras ou indicativas de adesão todas aquelas emitidas pela díade e que aumentava a probabilidade de um responder ao outro, aumentando a chance de manutenção do processo de intervenção. Tais comportamentos incluíram ações verbais como *perguntar para o paciente sobre os dias que antecederam*

*ao atendimento, a respostas do paciente a tais questões, conversar sobre amenidades ou assuntos não relacionados à terapia em si, entre outros (entendendo que estas interações fortaleceriam a interação fisioterapeuta-paciente). Os não-verbais facilitadores de adesão seriam: manter-se próximo ao paciente, sorrir para o mesmo, olhar para o paciente quando este fala o paciente voltar o olhar para o fisioterapeuta, assentir com a cabeça, entre outros.*

Como ações não facilitadoras de adesão, foram consideradas ações que de alguma maneira interferissem com a manutenção do relacionamento terapeuta-paciente ou não favorecesse aspectos da intervenção. Exemplos de tais ações incluem: *responder um ao outro de forma não assertiva, emissão de verbais ou não que indicavam dor, não manutenção de contato visual, entre outros.*

Foram analisados, ainda, os registros de evolução do paciente examinando as seguintes variáveis: frequência às sessões de tratamento, cumprimento das prescrições médicas e terapêuticas prescritas, registros formais e informais de realização de exercícios em casa, entre outros.

## RESULTADOS

A coleta de dados resultou no registro de sete sessões, com um tempo aproximado de 40 minutos cada sessão. Um total de 33% das sessões foi analisado por um segundo observador e a fidedignidade entre os resultados mostrou uma variação de 97,3 a 99,3%.

A Figura 1 mostra a frequência acumulada das estratégias educativas observadas. O uso das categorias instrutivas foi predominante, sendo que para as díades 1 e 2, o maior número de ocorrências foi de Modelação 2 (mostrar como fazer) e na díade 3 para Modelação 1 (falar como fazer). As categorias reeducação para a situação, reeducação do comportamento e modelagem por reforço positivo foram mais frequentemente utilizadas pelo estudante da díade 3.

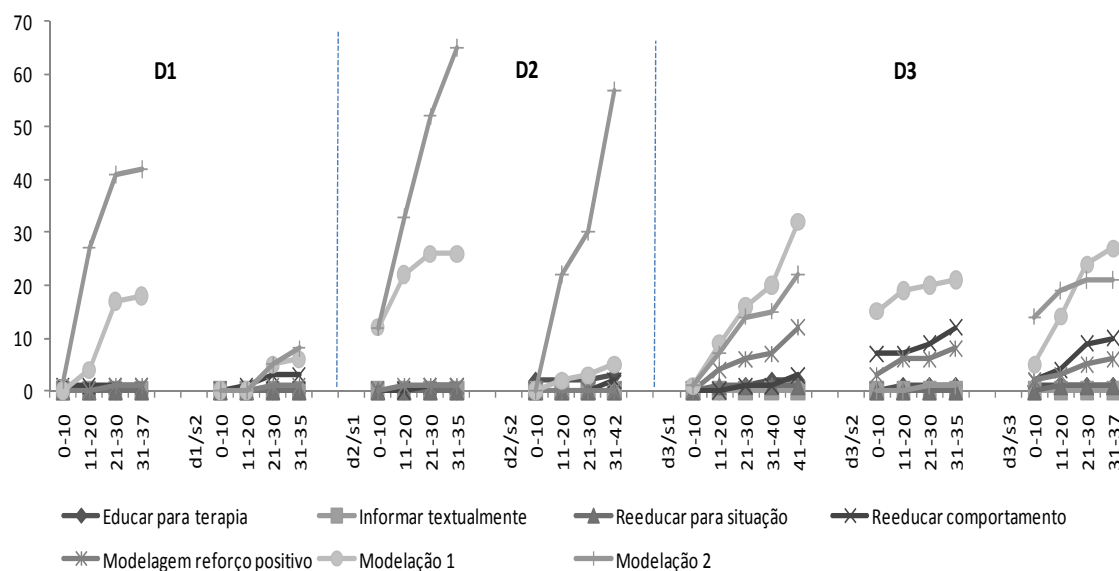


FIGURA 1 – Frequência acumulada das estratégias educativas a cada intervalo da sessão, para todas as díades, nas diferentes sessões.

A Tabela 7 apresenta a distribuição categorial de estratégias educativas durante todas as sessões para todas as díades, nas diferentes categorias gerais. A duração das sessões foi na maioria de 35 minutos, variando entre 35 e 46 minutos. As categorias Modelação 1 e Modelação 2 foram as frequentes e distribuídas nos diversos intervalos das díades, aparecendo em 23 dos 28 intervalos de registros. A categoria Informar textualmente, por outro lado, não ocorreu em nenhum dos intervalos de registro. A categoria *função Instrutiva* foi significativamente mais frequente, com um total de 351 ocorrências (83% do total de ocorrências), sendo 216 para modelação por demonstração e 135 para modelação verbal. A categoria *função explicativa* foi pouco frequente, com um total de 65 ocorrências, sendo 29 delas para a técnica de modelagem por reforço positivo, 32 para a técnica reeducar para o comportamento e quatro para reeducar para a situação. A *função informativa* foi a menos frequente durante as sessões, resultando num total de sete ocorrências, todas elas para a técnica de educar para a terapia. A técnica *informar textualmente* não apareceu em nenhuma das observações.

A Tabela 7 ainda mostra que a sessão 2 da díade 1 apresenta um número relativamente pequeno de estratégias educativas por parte do fisioterapeuta, somando um total de 18 ocorrências em toda sessão. A técnica de *modelagem por reforço positivo* somou um total de apenas vinte e nove ocorrências nas sete sessões registradas, representando apenas 6,86% do total de ocorrências *educativas* registradas nas diferentes sessões.

TABELA 7 – Frequência de ocorrência de estratégias educativas, por sessão, para todas as díades.

			INFORMATIVA		EXPLICATIVAS			INSTRUTIVAS	
DIADE	SESSÃO	TEMPO MIN	EDUCAR TERAPIA	INFORMAR TEXT.	REEDUCAR SITUAÇÃO	REEDUCAR COMPORT	MODELAGEM REFORÇO	MODELAÇÃO VERBAL	MODELAÇÃO DEMONS
<b>D1</b>	1	37	0	0	0	1	1	18	42
	2	35	0	0	0	3	1	6	8
	<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>50</b>
<b>D2</b>	1	35	0	0	0	1	1	26	65
	2	42	3	0	0	2	0	5	57
	<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>122</b>
<b>D3</b>	1	46	2	0	1	3	12	32	22
	2	35	1	0	0	12	8	21	1
	3	37	1	0	1	10	6	27	21
	<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>80</b>	<b>44</b>
<b>TOTAL</b>			<b>7</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>135</b>	<b>216</b>
<b>GERAL</b>			<b>7</b>			<b>65</b>		<b>351</b>	

A Figura 2 apresenta a ocorrência das categorias funcionais das estratégias educativas dos estudantes de fisioterapia nas diferentes sessões. Todos os estudantes utilizaram predominantemente *estratégias educativas com função instrutiva*, e tal predominância permaneceu nas diferentes sessões. Em seguida, vieram as estratégias de *categorias explicativas*, sendo que a estudante da díade 3 foi a que mais se utilizou das mesmas (53 vezes). A categoria funcional informativa foi a menos presente no registro, e foi a única ausente em três das sete sessões observadas. O estudante da díade 1 não se utilizou de estratégias educativas com função informativa.

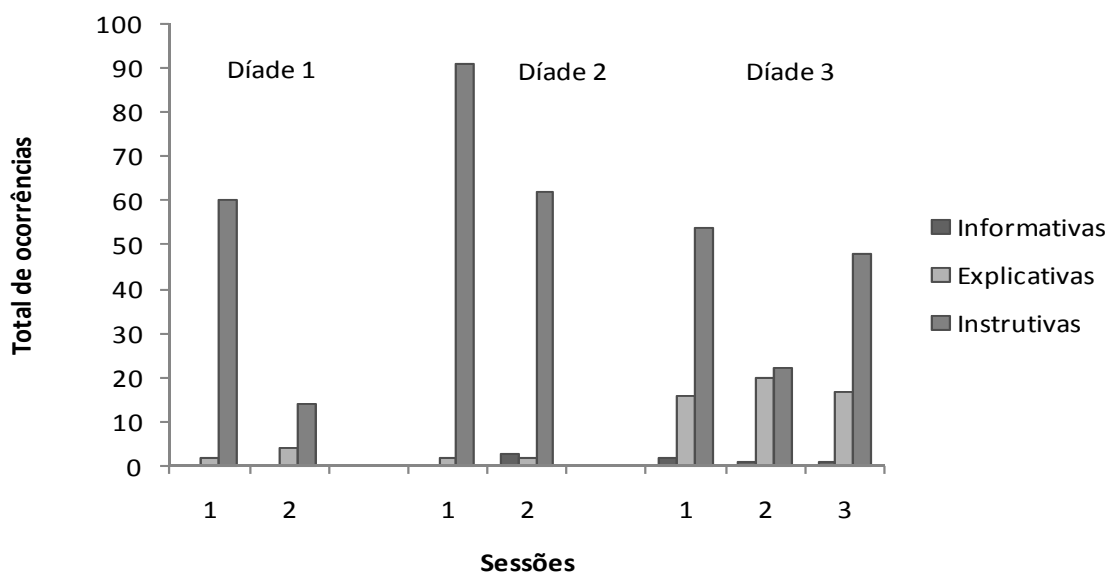


Figura 2 – Total de ocorrências para as categorias de estratégias educativas com função informativa, função explicativa e função instrutiva em cada uma das sessões das três díades.

A Tabela 8 apresenta a frequência total de ocorrência de *categorias de adesão* e de *não adesão*. Um primeiro dado a ser destacado é que, de fato, todos os estudantes emitem uma grande quantidade de comportamentos favorecedores de adesão, sejam eles verbais, num total de 487 ocorrências, quanto de não verbais, com 730 registros,

representando aproximadamente 94,3% do total de ocorrências. Quando comparadas, em cada sessão, as estratégias verbais e não-verbais facilitadoras de adesão utilizadas pelos estudantes e os comportamentos indicativos de adesão dos pacientes, percebeu-se uma diferença de padrão entre as interações verbais e não verbais. Com relação às estratégias facilitadoras de adesão e aos comportamentos indicativos de adesão verbais, os comportamentos indicativos de adesão do paciente apareceram em número menor que as estratégias facilitadoras de adesão utilizadas pelos estudantes. Já com relação às interações não verbais, os comportamentos indicativos de adesão foram mais frequentes que as estratégias facilitadoras de adesão em quase todas as sessões, com exceção da sessão 1 da díade 2. Podemos observar também um número maior de comportamentos não-verbais indicativos de não-adesão, por parte da paciente Lu, na sessão 2 da díade 2. Nesta sessão, em particular, a paciente estava num processo doloroso e, portanto, apresentou uma série de respostas corporais indicativas de esquiva à intervenção, que pareciam esta sob controle da operação estabelecida construída pelo processo doloroso.



TABELA 8– Frequência total da ocorrência das categorias de adesão para todas as díades, em todas as sessões.

DÍADE	Sessão	VERBAL/ RELATO				NÃO VERBAL			
		FISIOTERAPEUTA		PACIENTE		FISIOTERAPEUTA		PACIENTE	
		FA	NFA	IA	IRA	FA	NFA	IA	INA
1	1	75	0	55	1	105	5	111	1
	2	34	0	22	0	79	0	105	0
2	1	90	0	76	8	96	0	95	32
	2	62	0	61	13	125	0	126	86
3	1	90	2	61	9	132	3	136	3
	2	75	26	60	23	101	22	106	37
	3	61	3	55	14	92	12	97	10
<b>TOTAL</b>		<b>487</b>	<b>31</b>	<b>390</b>	<b>68</b>	<b>730</b>	<b>42</b>	<b>776</b>	<b>169</b>

(FA= favorecedora de adesão; NFA= Não favorecedora de adesão; IA= Indicador de Adesão; IRA=Indicador de Risco para adesão; INA=Indicador de não adesão)

Entretanto, como vimos na Tabela 10, esta paciente (LU), participante de duas diferentes díades (Díade 1 e Díade 2), tanto no que se refere a respostas verbais e quanto não verbais indicativas de não adesão, parece apresentar um responder diferenciado de adesão na presença de diferentes terapeutas. Enquanto na Díade 1 a paciente teve apenas um relato de *risco para a adesão* somadas as duas sessões, na díade 2 os mesmo relatos ocorreram 21 vezes. Quanto a *respostas não-verbais indicativas de não-adesão*, houve apenas uma ocorrência nas duas sessões da díade 1 e 118 nas sessões referentes à díade 2. Vale a pena notar, contudo, que as duas sessões analisadas na díade 1, representam as duas últimas interações entre estes agentes sociais; as sessões da díade 2, são representam os contatos iniciais com o novo

terapeuta. Desta forma, a diferença na adesão poderia estar tanto sob controle da nova agência social, quanto do grau de familiaridade com a mesma ou com a interação de ambas.

A Figura 3 mostra a frequência acumulada de comportamentos verbais e não verbais de adesão e não adesão pra as três díades. Observamos que a tendências das curvas de respostas *verbais e não verbais* dos estudantes e dos pacientes são semelhantes; esta tendência similar aparece tanto para respostas de adesão, como de não adesão. Pode-se notar um número maior de comportamentos de adesão (do estudante facilitadores de adesão e do paciente indicadores de adesão) em comparação aos comportamentos de não adesão, em geral, para todas as díade. Observou-se ainda uma maior frequência de comportamentos *não verbais* nas interações; isto aconteceu particularmente nas primeiras sessões da díade.

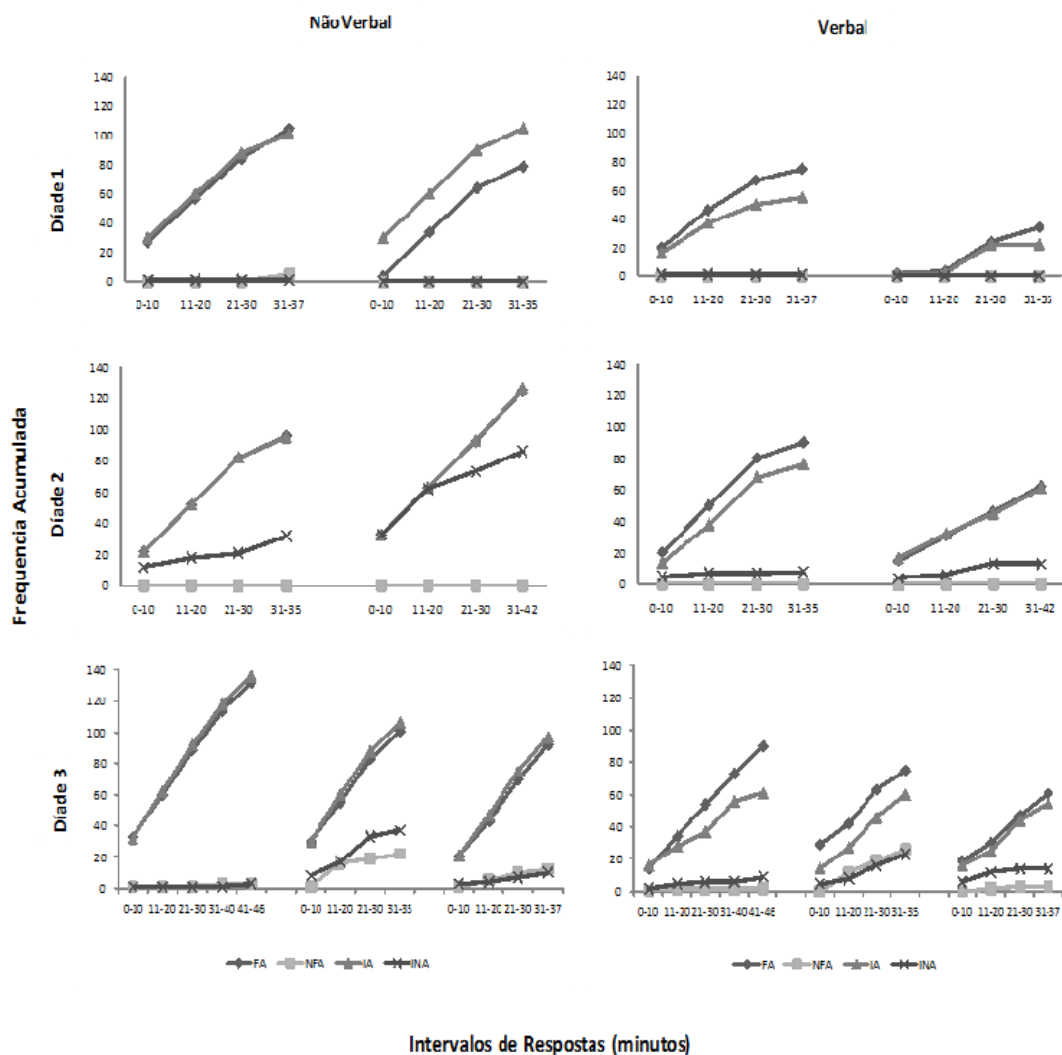


Figura 3 – Frequência acumulada de comportamentos verbais e não-verbais das diferentes díades em intervalos de dez minutos. As diferentes séries indicam os comportamentos dos estudantes facilitadores de adesão (FA), não facilitadores de adesão (NFA) e dos pacientes indicativos de adesão (IA) e indicativos de não adesão (INA).

Considerando, ainda, a Figura 3, podemos observar algumas particularidades, como um número expressivamente superior de comportamentos não-verbais indicativos de não-adesão, por parte da paciente na sessão 2 da díade 2. Nesta sessão, em particular, a paciente estava num processo doloroso e, portanto, apresentou uma série de respostas

corporais indicativas de esquia à intervenção, que pareciam esta sob controle da operação estabelecida construída pelo processo doloroso. Na segunda sessão da díade 1, embora haja uma tendência crescente para os comportamentos de adesão tanto do paciente quanto do estudante, a distância entre as curvas foi maior que nas outras sessões observadas. Em tal sessão, o estudante passou grande parte do tempo fora da sessão, e assim as oportunidades de emissão de comportamentos foi menor.

A Figura 4 apresenta a frequência acumulada de comportamentos de *adesão*, sejam verbais ou não verbais, durante a interação das díades observadas. A tendência das curvas, no transcorrer da sessão, entre estagiário e paciente segue a mesma tendência, no transcorrer de toda a sessão.

As Figuras 5 e 6 apresentam a análise das observações com o foco em categorias não verbais e verbais que se apresentaram e que foram consideradas de adesão e de não adesão.

A Figura 5 representa a distribuição dos comportamentos *não verbais e verbais de adesão mais comuns*. Na parte superior da figura, os três comportamentos não verbais de maior frequência dos estudantes e dos pacientes estão distribuídas entre as diferentes sessões e díades. Na parte inferior a mesma distribuição acontece, só que agora para os comportamentos de adesão verbais.

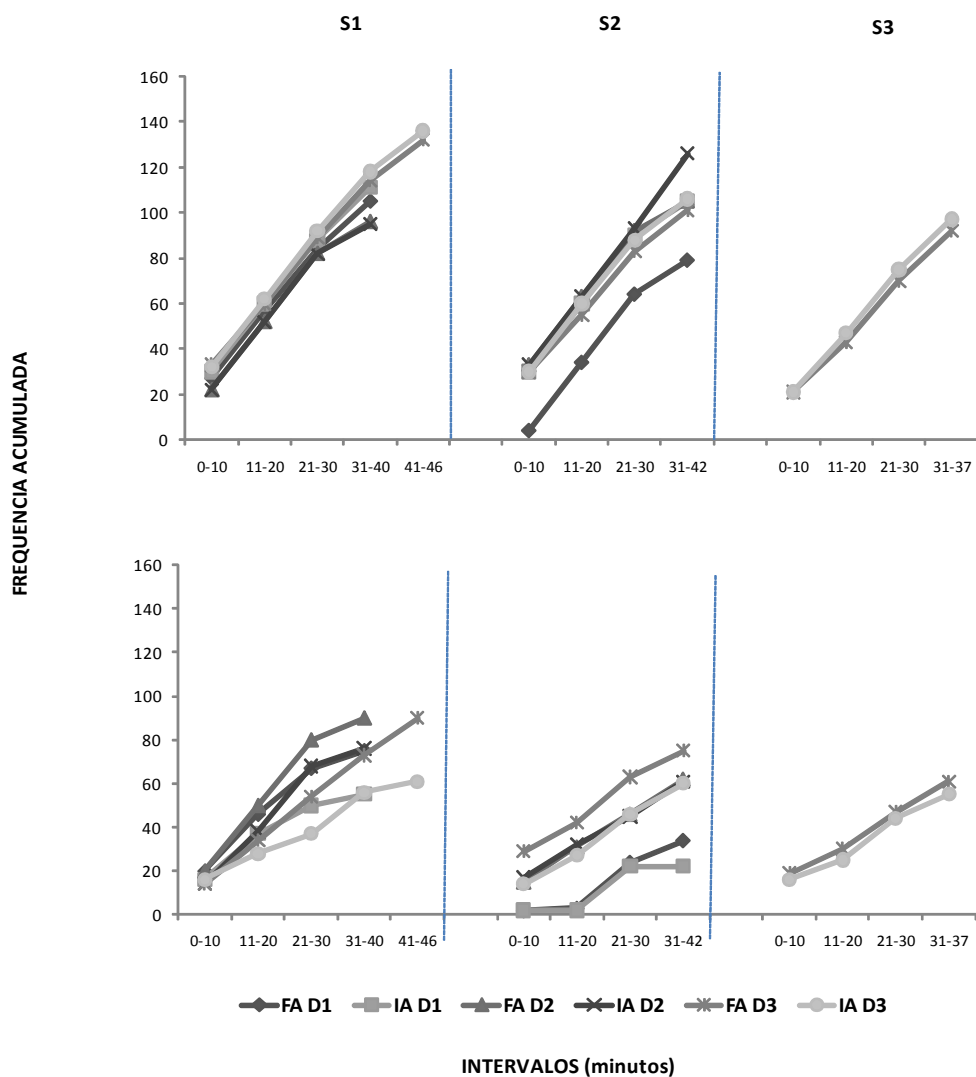


Figura 4 – Frequência acumulada de comportamentos de adesão, não verbais e verbais, nas diferentes sessões para todas as díades observadas, tanto do estudante de Fisioterapia (F), quanto do Paciente (I). Na parte superior da figura vemos a ocorrência de comportamentos facilitadores de adesão *não verbais*; na inferior a ocorrência dos comportamentos facilitadores *verbais*. (FA D1= Facilitadores adesão estudante da díade 1; IA D1= Indicadores de adesão paciente díade 1; FA D2 = facilitadores de adesão estudante díade 2; IA D2 = Indicadores de adesão paciente díade 2; FA D3= facilitadores de adesão estudante da díade 3; IA D3= indicadores de adesão comportamentos do paciente da díade 3).

Na Figura 5, com relação aos comportamentos não verbais, o valor máximo de respostas por categoria ocorreu para *paciente aproximar-se*, que atingiu 153 ocorrências no final da sessão 1 da díade 2. As categorias de comportamento *estudante aproximar-se*, *estudante contato visual*, *paciente contato visual* e *paciente aproximar-se* descreveram curvas de aquisição que se sobrepõem, ou seja, que apresentam a mesma tendência. As categorias *estudante ajuda física* e *paciente executar* apresentaram curvas que refletiram menor frequência de comportamentos apresentados. A exceção ocorreu na sessão 2 da díade 1 em que a categoria *paciente executar* apresentou uma curva que se destacou em frequência das outras categorias e atingiu o máximo de ocorrências desta sessão que foi de 81 apresentações.

Já na análise das categorias de comportamentos verbais ilustradas na Figura 5, aquela que atingiu maior frequência numa sessão foi a categoria *paciente inicia ou continua assuntos gerais compatíveis com o tratamento*, com 62 ocorrências. Tal categoria foi a que apresentou maiores curvas de aquisições em diferentes díades e sessões; a categoria *estudante inicia ou continua assuntos gerais compatíveis com o tratamento* sempre esteve acompanhada de perto esta categoria do paciente, mesmo em sessões onde a curva de frequência se mostrou mais distante das outras categorias, como na sessão 1 das díades 1 e 2, onde as frequências atingiram o máximo de 51 e 58 para a díade 1 e 62 e 58 ocorrências para a díade 2, respectivamente. As outras categorias de adesão verbais mais frequentes foram: *estudante indica ação a ser realizada*, *estudante responde a dúvidas/observações sobre o tratamento*, *paciente relata dúvidas/observações sobre o tratamento* e *paciente responde assertivamente* apresentaram padrões análogos.

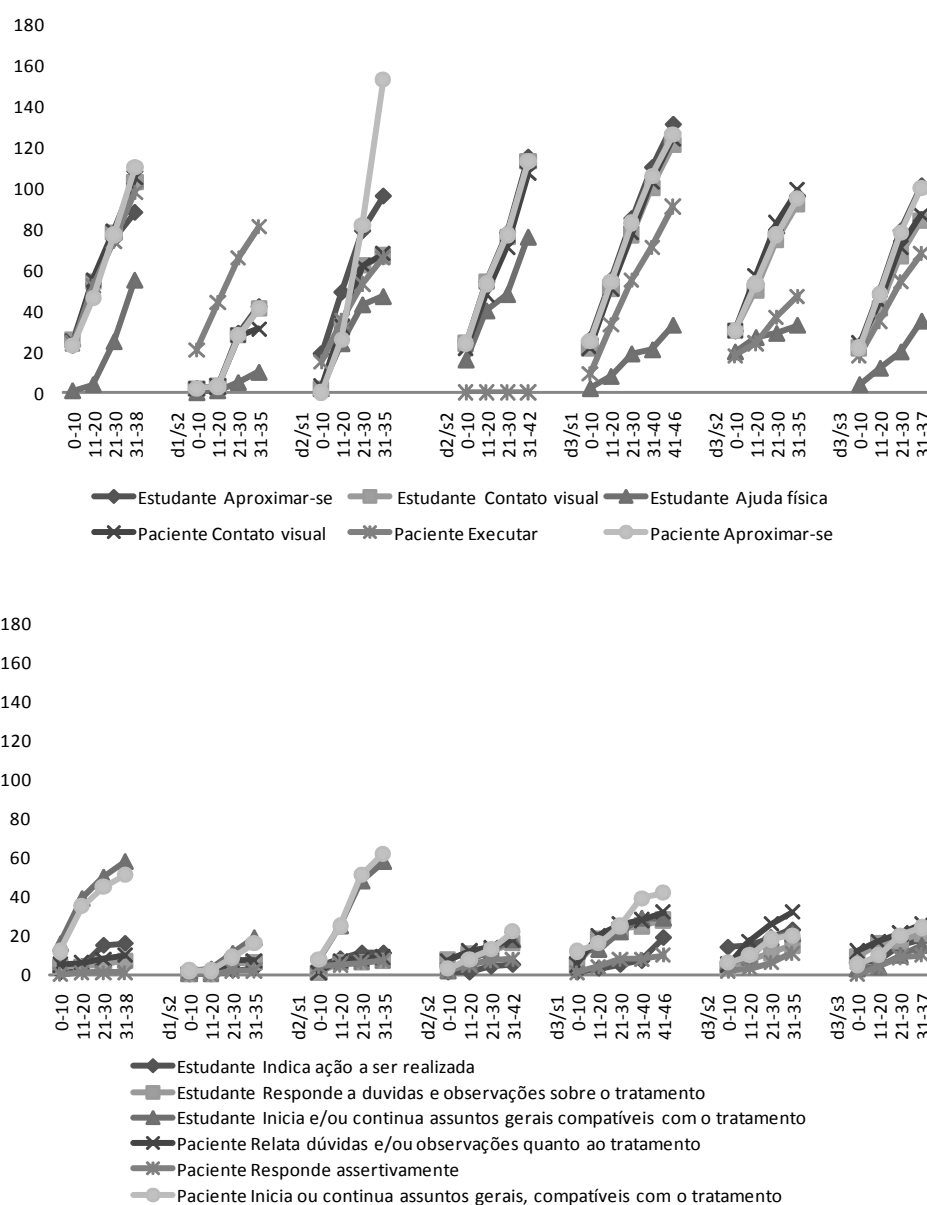


Figura 5 – Frequência acumulada de comportamentos de adesão não verbais e verbais mais apresentados pelas díades nas diferentes sessões.

Por sua vez, a Figura 6 mostra os comportamentos mais comuns de *não adesão*. A parte superior da figura traz dois comportamentos não verbais de não adesão mais frequentemente apresentados pelas díades; tanto o estudante como o paciente *voltam-se para terceiros durante o atendimento*. Dado que os pacientes observados recebiam atendimento em um ginásio simultaneamente a outros pacientes, a interação com outras pessoas presentes no mesmo ambiente é comum. Em seguida, observamos que a na primeira sessão da díade 1 e na segunda sessão da díade 3, os comportamentos *estudante ausentar-se*, *estudante voltar-se para terceiros*, *paciente não executar* e *paciente voltar-se para terceiros* têm apresentação tendência semelhante, com o máximo 18 ocorrências por categoria. Na segunda sessão da díade 1, parece existir relação entre as categorias *estudante ausentar-se* e *paciente voltar-se para terceiros* e *estudante voltar-se para terceiros* e *paciente não executar*. A primeira dupla de categorias apresentaram uma maior frequência, e chegaram a 67 e 69 aparições para *estudante ausentar-se* e *paciente voltar-se para terceiros*, respectivamente. A segunda sessão da díade 2 também apresenta um ponto de destaque, com o distanciamento aparente da categoria *paciente não executar* das demais, com uma variação de 30 a 67 ocorrências, enquanto que para as outras o maior valor foi de 16 registros. Isto ocorreu numa sessão onde a paciente estava com dores e que não houve a execução de exercícios ativos por parte da paciente, já que a intervenção do estudante focou-se na diminuição do sofrimento da mesma. Outras relações observáveis nesta parte da figura apareceram nas sessões da díade 3. As categorias *estudante ausentar-se* e *paciente não executar/ficar parado* na primeira sessão variaram de 6 a 14 e 1 a 11 ocorrências. E na terceira sessão da mesma díade, as categorias *estudante voltar-se para terceiros* e *paciente voltar-se para terceiros* as curvas variaram simultaneamente entre 11 e 43 registros.



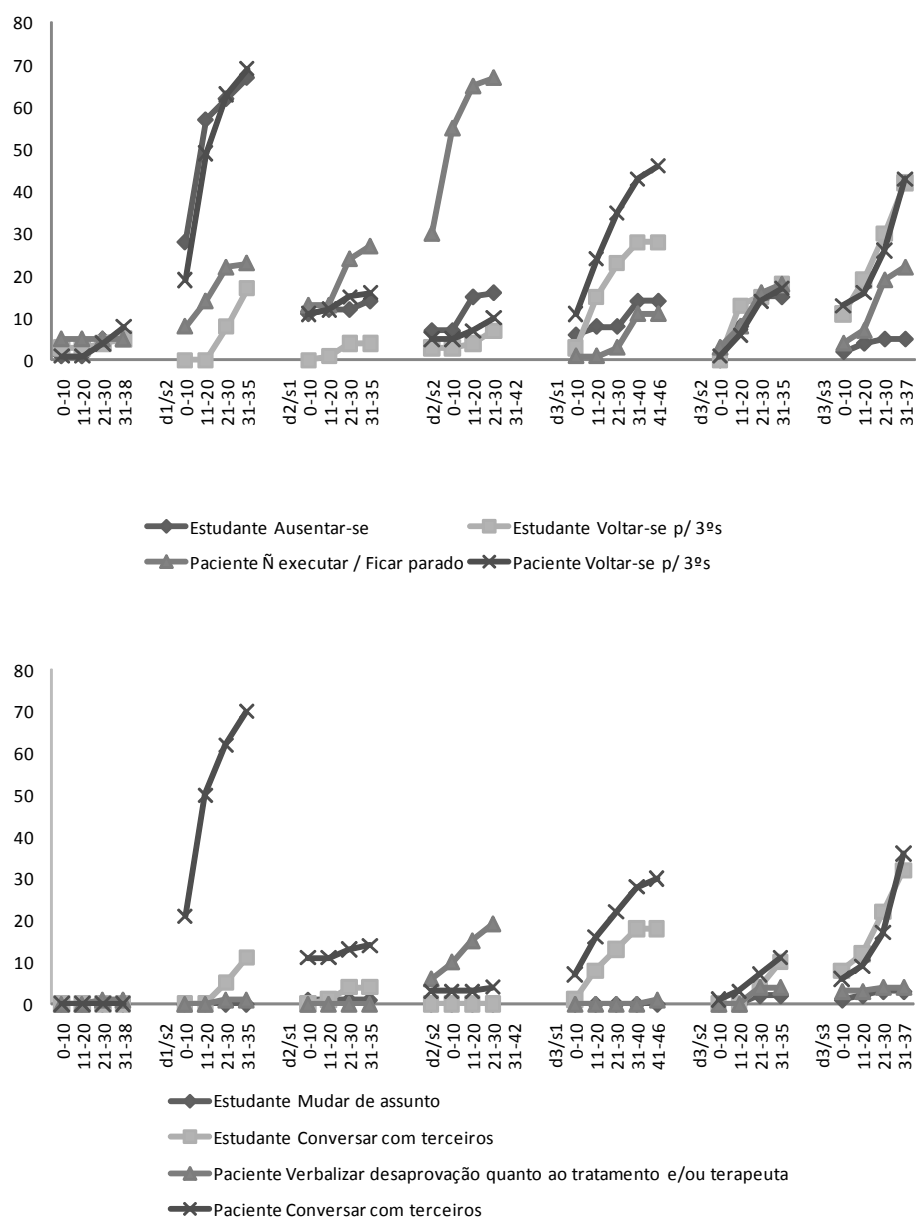


Figura 6 – Frequência acumulada de comportamentos de não adesão não verbais e verbais mais apresentados pelas díades nas diferentes sessões.

Na mesma Figura 6, quando consideramos as categorias de *não adesão verbais*, a mais freqüente foi *paciente conversar com terceiros*. Em cinco das sete sessões esta categoria foi a que obteve maior curva de aquisição, chegando a 70 ocorrências na segunda sessão da díade 2. Nesta sessão, inclusive, as ocorrências em tal categoria se distanciaram significativamente das outras, o que complementa os dados já pontuados anteriormente sobre esta sessão de que diante da ausência do estudante, o paciente focou suas respostas não verbais e verbais no responder a um terceiro presente no ambiente de terapia. Na sessão 2, da díade 2, o maior registro foi para a categoria *verbalizar desaprovação quanto ao tratamento e/ou terapeuta*. Mais uma vez é preciso voltar a observações anteriores e que apontaram que nesta sessão a paciente estava com dores e, suas verbalizações estavam ligadas ao sofrimento gerado diante da intervenção. Na díade 3, as categorias *estudante conversar com terceiros* e *paciente conversar com terceiros* apresentaram proximidade das curvas de aquisição nas três sessões. Uma estratégia deste estudante, repetidamente observada durante na análise dos registros, foi a inclusão de um terceiro paciente na interação sua com o paciente que atendia. Na terceira sessão, inclusive, uma das atividades incluía mesmo a participação do terceiro, e o registro das categorias do estudante *conversa com terceiros* e *paciente conversa com terceiros*, como era de se esperar, ficou muito semelhante, variando de 8 a 32 para o estudante e 6 a 36 para o paciente.

A Figura 7 apresenta uma diferente forma de análise utilizando os mesmos dados de categorização de adesão das observações. Nesta, os comportamentos levantados foram separados em termos de duas funções: *o responder direcionado a execução da tarefa de terapia* e *o responder voltado à formação e manutenção da relação terapêutica*. O que se observa primeiramente é que as díades se comportaram de forma a emitir mais freqüentemente comportamentos voltados ao estabelecimento e

manutenção da aliança terapêutica. Com relação aos comportamentos não verbais dos estudantes, 73% foi para a relação e 27% para a tarefa. Por sua vez, os pacientes emitiriam 65% de comportamentos não verbais com foco na relação e 35% se focavam na tarefa. Para os comportamentos verbais, o padrão de resposta do estudante e do paciente foi mais diferenciado, sendo que o estudante investiu 65% dos comportamentos apresentados voltados para a relação enquanto que o paciente direcionou apenas 51%.

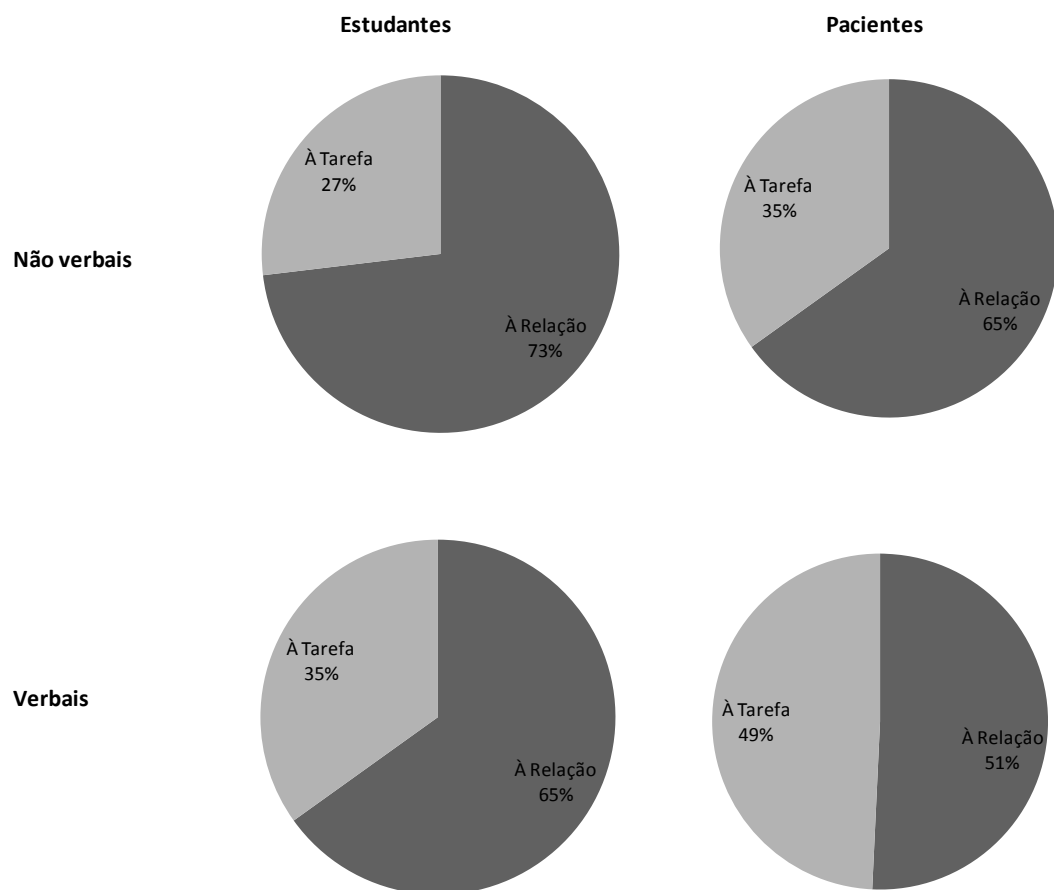


Figura 7 – Porcentagem de comportamentos de adesão não verbais e verbais relativos à tarefa em terapia e relativos à relação terapêutica.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral investigar o uso de estratégias educativas em estudantes de fisioterapia em estágio de formação e a presença de indicadores de adesão ao tratamento, dado a importância das práticas educativas na adesão ao tratamento e da adesão na efetividade de recuperação e adaptação do portador de deficiência física. Este estudo usou da metodologia de observação e quantificação do comportamento com o objetivo de estabelecer relações possíveis dentre as variáveis *uso de estratégias educativas e adesão ao tratamento* em profissionais em formação (estudantes estagiários) de fisioterapia ao trabalhar com indivíduos com necessidades físicas especiais. Tal metodologia é característica das ciências humanas, mas permite adaptações outros contextos como o contexto de saúde que é abordado neste estudo. Além disso, pode ser uma contribuição importante para que conhecimentos dos processos envolvidos na relação da díade paciente terapeuta sejam mais ricamente descritos.

Os resultados parecem indicar que os profissionais em formação de fisioterapia, no contexto nos quais foram observados, apresentam uma baixa incidência de estratégias educativas durante a intervenção. Nas ocasiões onde estratégias educativas foram utilizadas, houve uma prevalência significativa do uso de modelação para o ensino de habilidades relacionadas ao tratamento; os estagiários majoritariamente descreviam o comportamento a ser emitido ou apresentavam uma demonstração do mesmo. Estes resultados parecem fortalecer aspectos discutidos por Rebelatto e Botomé (1999) quando afirmaram que o profissional de fisioterapia não utiliza de forma sistemática os conhecimentos disponíveis sobre processos de aprendizagem e educação,

e que o ensino de novos profissionais opta por enfatizar as rotinas e técnicas características da profissão.

Sluijs (1991) propondo o seu *checklist* de estratégias educativas importantes no processo de intervenção do fisioterapeuta destaca pelo menos dois grandes conjuntos de categorias: (1) *Categoria de Elementos Educacionais* (Ensinar e fornecer informação sobre doenças; instruções sobre exercícios para práticas em casa; conselho e informações; educação sobre saúde em geral; aconselhamento sobre problemas relacionados com estresse) e (2) *Categoria Condições* (Relação paciente terapeuta; acesso planejado e sistematizado; demandas e percepções do paciente). Esta autora utilizou registros em fita cassete e trabalhou majoritariamente com o relato verbal. Ao examinarmos os resultados obtidos, particularmente considerando a natureza das interações verbais, podemos observar que conjuntos de estratégias relacionadas a categoria de elementos educacionais aparecem de forma pouco expressiva, quando aparecem. Pouco tempo foi utilizado, no início ou no final das sessões para conferir aspectos como: (1) atividades realizadas em casa, (2) informações sobre o plano de atividades do dia e seus objetivos, (3) informações gerais sobre aspectos de saúde geral aproveitando relatos do paciente, entre outros.

Examinando os comportamentos diretamente relacionados à adesão, podemos observar que os fisioterapeutas aparentemente apresentam uma frequência significativa de ações facilitadoras da mesma. Observa-se claramente o pouco uso de punição e o predomínio de estratégias verbais e não-verbais facilitadoras da adesão. No trabalho de Fernandes e Britto (2005) foi observado que na interação do médico com o paciente foi possível identificar comportamentos tanto facilitadores, quando não facilitadores da adesão. Contudo estes autores analisaram estas categorias separadamente, identificando alguns comportamentos específicos, tais como: *Perguntar se o paciente entendeu uma*

*explicação, Esclarecer dúvidas, citar termos técnicos sem explicar, questionar a veracidade da fala*, entre outros. Computados desta forma, os comportamentos de não-facilitação da adesão apresentam igual porcentagem de ocorrência do que os de não-adesão. Sendo assim, uma análise mais cuidadosa foi implementada para tentar distinguir pelo menos duas grandes categorias facilitadoras de adesão. A primeira delas diz respeito a comportamentos na interação que estabelecem e fortalecem a relação fisioterapeuta-paciente (ex. *perguntar sobre o final de semana, escutar sobre os problemas da semana, sorrir durante o treino*, entre outros); e outro conjunto que discrimina a adesão às práticas da intervenção terapêutica em si (ex. *descrição das atividades físicas realizadas em casa, registro de atividades desenvolvidas na semana, solicitar e dar informações sobre o quadro específico do paciente e sobre saúde em geral*, entre outros).

Considerando as observações dos pesquisadores, a maior porcentagem de ocorrência esteve concentrada no primeiro conjunto de comportamentos (*fortalecedores da relação*), mas com poucos investimentos ou estratégias diretamente voltados para o estabelecimento da adesão às práticas clínicas exigidas. Ao utilizar as categorias de Sluijs (1991) na investigação das práticas de fisioterapia alvo deste estudo, concluímos que a categoria condições, em especial a subcategoria *relação paciente terapeuta* foi a mais freqüente e teve estreita relação aos comportamentos ditos de adesão.

Por outro lado, as curvas de aquisição das diferentes categorias de comportamentos parecem indicar um responder semelhante do estudante e do paciente, uma conclusão que vem ao encontro de outras trazidas por Rolim et al. (2004), que concluíram que o tratamento odontológico envolve um controle bidimensional, onde a atuação do dentista depende do padrão comportamental da criança assim como de sua história de aprendizagem ao contexto de tratamento. Ou seja, na prática dos estudantes

de fisioterapia também é possível encontrar um controle bidimensional entre a díade, só que este não vem sendo explorado de maneira adequada pelos profissionais de saúde em formação, dado que estes direcionam grande parte da sua intervenção apenas ao aspecto de criar condições para o processo terapêutico sem aproveitar as condições criadas para o planejamento de intervenções mais efetivas. É preciso acrescentar que nas interações não verbais observadas, este responder semelhante foi mais propício para a presença de comportamentos indicativos de adesão por parte dos pacientes que nas interações não verbais. Tal dado parece apontar para o fato de que o aproveitamento das condições criadas para aumentar a efetividade das intervenções deva considerar ou talvez até priorizar o uso de estratégias não verbais facilitadoras de adesão.

Os estudantes de fisioterapia parecem apresentar uma alguma dificuldade em transferir parte do controle do tratamento ao paciente. Este, por sua vez, sem oportunidades de expressar suas expectativas diante do tratamento, se vê muitas vezes frustrado diante do rumo dado a intervenção, o que reforça sua sensação de perda de controle. Já é sabido os malefícios de uma perda constante e crescente de previsibilidade para os indivíduos, manifestando-se, principalmente numa tendência à prostração e à inação (Seligman, 1977; Mattos, 1981). Dessa forma, o fisioterapeuta acaba por também impor mais uma limitação ao seu paciente que já sofre outras limitações impostas pela sociedade e por sua condição econômica e este, ao invés de aprender a modificar as variáveis que influenciam sua vida e sua condição, acaba por aprender a agir de maneira a ficar ainda mais desamparado (Ferreira & Botomé, 1984).

É interessante notarmos que, de forma similar aos estudos descritos com profissionais de odontologia (Moraes, 2004; Rolim e colaboradores, 2004; Rolim 2006), os profissionais em formação não apresentam um repertório estabelecido que permita identificar comportamentos adequados e programar reforços positivos contingentes.

Possivelmente esta dificuldade seja um dos elementos que faz com que o profissional em formação muitas vezes acabe por priorizar, na sua prática, o uso de técnicas que não requerem uma participação ativa do paciente, ou sofrem um estranhamento demasiado quando o mesmo se expressa mais ativamente com relação ao seu tratamento. Os profissionais em formação em fisioterapia poderiam ganhar mais com uma formação que permitisse um maior entendimento da deficiência física a partir das oportunidades de interação com a pessoa, com suas atuais características e com o ambiente em que vive, deixando de levar em conta fatores culturais na hora de propor mudanças voltadas para a modificação das atuais condições de vida do paciente (Ferreira e Botomé, 1984).

Como afirma Arruda e Zannon (2002), é preciso determinar qual parte do tratamento o paciente adere, assim como considerar níveis hierárquicos de adesão. Desta forma, a observação das interações, no que diz respeito à adesão, parece indicar que embora haja um esforço do profissional em manter uma relação socialmente reforçadora com o paciente, falta ampliar este trabalho no sentido de fornecer regras claras, falar dos benefícios da terapia, assim como dos comportamentos necessários dentro e também fora do contexto terapêutico, o que poderia diminuir a probabilidade de aprendizado de comportamentos relacionados à adesão por parte do paciente.

Este estudo encontrou dificuldades principalmente na formação da amostra a ser analisada. Infelizmente não houve interesse voluntário por parte dos professores do curso de fisioterapia pela pesquisa, o que atrasou em muito o início da coleta de dados. Assim, as coletas aconteceram apenas nos dois últimos bimestres do ano letivo concorrendo com outras atividades da pesquisadora que teve um intervalo muito curto de tempo por semana para realizar as filmagens. Em estudos futuros seria interessante ter uma amostra maior para que os dados fossem mais generalizáveis e que as observações já ocorressem no início do ano letivo, o que possibilitaria novas relações



com novas variáveis como o tempo de tratamento. Outras relações, como o mesmo aluno com diferentes pacientes no decorrer do ano também poderia gerar novas conclusões.

## REFERÊNCIAS

- Amiralian, M.L.T., Pinto, E. B., Ghirard, M.I.G., Lichtig, I., Masini, E.F.S., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 93-107.
- Arruda, P.M. & Zannon, C.M.L.C. (2002). *Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. 1ª edição. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Bromley, I. (1997). *Paraplegia e tetraplegia – um guia teórico prático para fisioterapeutas, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Buchalla, C.M. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta fisiátrica*, 10(1), 29-31.
- Buscaglia, L. (1993). *Os deficientes e seus pais*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Record.
- Campbell, R., Evans, M, Tucker, M., Quilty, B., Dieppe, P., & Donovan, J. L. (2001). Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(February), 132-138.
- Elias, P.V.O. & Britto, I.A.G.S. (2004). Categorias funcionais de Intervenção aplicadas em contextos terapêuticos. Em M. Z. S. Brandão & colaboradores (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição - Contingências e Metacontingências: Contextos Socioverbais e o comportamento do terapeuta* (vol.13). Santo André, SP: ESETec Editores Associados. (pp.424-437).
- Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8(2), 187-193.

- Fernandes, C.R.D. & Britto, I.A.G.S. (2005). Atuação médica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognição*. VII (2), 205-218.
- Ferreira, M. R. & Botomé, S. P. (1984). *Deficiência física e inserção social: a formação dos recursos humanos*. Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul.
- Forjaz, C.L.M. & Tinucci, T. (2002). Estratégias de melhora da adesão ao exercício como tratamento não-farmacológico de doenças crônicas. *Risco Cardiovascular Global 3: Convencendo o Paciente a Reduzir o Risco*. (pp.104-137). São Paulo: Lemos Editorial.
- Grahn, E.B.M., Stigmar, G.K.E., & Ekdahl, C.S. (2001). Motivation for change and personal resources in patients with prolonged musculoskeletal disorders. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 5(3), 160-172.
- Greenspoon, J. (1997). Compliance, health services, and behavior analysis. Em: P.A. Lamal (org.). *Cultural Contingencies*. (pp.31-52). Londres: Praeger Publishers.
- Kerssens, J.J., Sluijs, E.M., Verhaak, P.F.M., Knibbe, H.J., & Hermans, I.M.J. (1999). Educating patient educators: enhancing instructional effectiveness in physical therapy for low back pain patients. *Patient Education and Counseling*. 37(2), 165-176.
- Kurita, G.P. & Pimenta, C.A.M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 61(2B), 416-425.
- Matheus, N.M. & Schliemann, A.L. (2007). A construção do conceito de deficiência na área da saúde. Obtido em 22 de julho de 2009 na World Wide Web: [http://www.pucsp.br/pac/downloads/artigo\\_construcao\\_conceito.pdf](http://www.pucsp.br/pac/downloads/artigo_construcao_conceito.pdf).

- Matos, M. A. (1981). A ética do exercício de controles aversivos. *Boletim de Psicologia*, 33, 125-133.
- Ministério da Saúde (2002). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Portaria nº1060/GM de 05 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>).
- Ministério da Saúde (2006a). *Dados Estatísticos*. Obtido em 03 de abril 2007 na World WideWeb:[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23426](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23426).
- Ministério da Saúde (2006b). *Deficiência Física*. Obtido em 03 de abril de 2007 na WorldWideWeb:[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23422](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23422).
- Moraes, A.B.A., Sanchez, K.A.S., Possobon, R.F., & Costa Júnior, A.L. (2004). Psicologia e odontopediatria: A contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 75-82.
- Omote, S. (1999). Normalização, integração, inclusão.... *Ponto de Vista* 1(1), 4-13.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: The patient's perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 195-202.
- Rebelatto, J.R. & Botomé, S.P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma Ação Preventiva e Perspectivas Profissionais*. 2ª Edição. São Paulo: Manole.
- Rolim, G.S., César, J., & Costa Júnior, A.L. (2004). Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 533-541.

- Rolim, G.S. (2006). *Análise da Interação Profissional-paciente no Atendimento Odontopediátrico como requisito para a capacitação do dentista para o trabalho com pacientes especiais*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- Saeta, B. R. P. (1999). O contexto social e a deficiência. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 1(1), 51-55.
- Seligman, M.E.P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: Hucitec.
- Silva, O.M.P, Panhoca, L., & Blachman, I.T. (2004). Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. *Salusvita*, 23(1), 109-116.
- Sluijs, E.M. (1991). A checklist to assess patient education in physical therapy practice: Development and reliability. *Physical Therapy*, 71(8), 561-569.
- Sluijs, E.M., Kok, G.J., & van der Zee, J. (1993). Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Physical Therapy*, 73(11), 771-786.
- Sousa, A.L.L. & Pierin, A.M.G. (2002). Papel da enfermagem no aumento dos índices de adesão nas doenças crônicas. *Risco Cardiovascular Global 3: Convencendo o Paciente a Reduzir o Risco*. (pp.57-83). São Paulo: Lemos Editorial.
- Souza, D.M.X. (2003). *Ampliação do Repertório Funcional de Portadores de Deficiência Física*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- Williamson, G. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-resident elderly adults. *Journal of Gerontology*, 47(6), 367-372.

Williamson, G. (1994). Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Psychosocial Perspectives on Disability*, 9(5), 249-268.

Williamson, G. (1998). The central role of restricted normal activities in adjustment to illness and disability: A model of depressed affect. *Rehabilitation Psychology*, 43(4), 327-347.

**ANEXO 1**

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676  
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110  
 Fax: (016) 3361.3176  
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil  
[proppg@power.ufscar.br](mailto:proppg@power.ufscar.br) - <http://www.proppg.ufscar.br/>

## CAAE 0070.0.135.000-07

**Título do Projeto:** Aprendizagem e formação profissional: análise das interações educativas fisioterapeuta-paciente durante o atendimento a deficientes físicos

**Classificação:** Grupo III

**Pesquisadores (as):** Mônica da Silva Trabuço Soares, Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra Reis (orientadora)

### Parecer Nº. 005/2008

#### 1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e ao término do estudo.

#### 2. Avaliação do projeto


O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: As pendências apontadas no Parecer nº 284/2007, de 14/11/2007, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

#### 3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 17 de janeiro de 2008.

  
 Profa. Dra. Cristina Paiva de Sousa  
 Coordenadora do CEP/UFSCar



**ANEXO 2:**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudante

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Indivíduos com deficiência física, sob tratamento de reabilitação, estão presentes na prática profissional do fisioterapeuta. Estes pacientes, comumente, estão sob condições aversivas dolorosas e restritivas trazidas, inclusive, pela intervenção, já que esta freqüentemente induz o indivíduo a atividades repetitivas, relativamente desafiadoras e novas podendo, por vezes, produzir sessões em que a dor esteja presente. Estas dificuldades podem gerar tensão entre o profissional e o paciente (e seus familiares), o que pode refletir numa relação pobre e inadequada com o profissional, na baixa adesão ou no próprio abandono do tratamento.

O uso pelo profissional de técnicas conhecidas e bem utilizadas de planejamento da aprendizagem, nestas condições, pode favorecer as condições de aquisição e manutenção de comportamentos que promovam bem estar e um melhor aproveitamento das potencialidades dos indivíduos. Os fisioterapeutas precisam considerar os aspectos comportamentais da sua prática profissional, a fim de que esta seja eficaz, principalmente se considerarmos as implicações de sua responsabilidade como motivadores e educadores de seus pacientes.

Dado as considerações apresentadas, o presente trabalho tem como objetivo geral descrever o uso de estratégias educacionais e de mudança de comportamento por profissionais em formação no curso de fisioterapia e investigar se a relação desse uso à adesão ou não ao tratamento fisioterápico por parte do paciente.

A pesquisa será realizada na Unidade Saúde Escola (USE) onde já ocorrem os atendimentos fisioterápicos e envolverá a observação direta destes atendimentos e o registro integral das sessões por meio de um equipamento de vídeo para a análise posterior.

Gostaríamos de contar com sua participação neste estudo. Garantimos que você não será exposto a situações de perigo ou desconforto, e que sua participação ou não no estudo não implicará em qualquer prejuízo. Se estiver de acordo com sua participação, por favor, assine a autorização que segue abaixo:

**Estudo: Aprendizagem e formação profissional: análise das interações educativas fisioterapeuta-paciente durante o atendimento a deficientes físicos.**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que:

- 1) recebi informações detalhadas sobre a natureza e objetivos do estudo acima, destinado a investigar o uso de estratégias educativas e de mudança de comportamento sendo que minha participação no estudo não implicará em nenhum ônus;
- 2) autorizo voluntariamente minha participação no estudo acima citado: a) permitindo a filmagem dos atendimentos e b) autorizando o uso destas informações para finalidades científicas e acadêmicas, desde que garantido sigilo sobre minha identidade e a identidade do (a) meu paciente (a);
- 3) tenho conhecimento de que sou livre para desistir de participar do estudo a qualquer momento, com garantias de não ocorrência de constrangimentos ou represálias, sem necessidade de justificar minha decisão e, neste caso, comprometo-me a avisar a pesquisadora;
- 4) tenho conhecimento de que minha participação e a de meu paciente é sigilosa, isto é, que nossas identidades não serão divulgadas em qualquer publicação, relatório ou comunicação científica referentes aos resultados da pesquisa;
- 5) estou de acordo que as atividades previstas no estudo não representam nenhum risco para mim e meu paciente ou para qualquer outro participante.
- 6) o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Se estiver de acordo com sua participação nesta pesquisa, por favor, assine abaixo.

São Carlos , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

estagiário de fisioterapia

Mestranda: Monica da Silva Trabuco Soares  
 e-mail: monica.stsoares@gmail.com  
 Fone: (16) 92618024

Orientador: Maria de Jesus Dutra dos Reis  
 e-mail: dmjr@power.ufscar.br  
 Fone: (16) 33518492 ou (16) 3351 8645

**ANEXO 3**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o paciente

### ANEXO 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A deficiência física pode causar importantes impactos nas vidas dos indivíduos afetados por esta condição, em aspectos não apenas na área física, mas também nas áreas econômica, social, psicológica e até mesmo cultural. Muitas vezes, estas pessoas estão sob condições dolorosas e restritivas trazidas pelas decorrências da própria deficiência. E, por vezes, estas condições são geradas pela intervenção, já que esta pode levar o indivíduo à prática de atividades repetitivas, relativamente desafiadoras e novas que podem, inclusive, produzir dor. Estas dificuldades podem gerar tensão entre o profissional e o paciente (e seus familiares), podendo refletir numa relação pobre e inadequada com o profissional, na baixa adesão ou no próprio abandono do tratamento, o que traria implicações sérias para a efetividade do atendimento prestado.

O uso pelo profissional de técnicas conhecidas e bem utilizadas de planejamento da aprendizagem pode favorecer as condições de aquisição e manutenção de comportamentos que promovam bem estar e um melhor aproveitamento das potencialidades dos indivíduos sob tratamento. Os fisioterapeutas têm responsabilidades como motivadores e educadores de seus pacientes.

Dado as considerações apresentadas, o presente trabalho tem como objetivo geral descrever o uso de estratégias educacionais e de mudança de comportamento por profissionais em formação no curso de fisioterapia e investigar se a relação desse uso à adesão ou não do paciente ao tratamento fisioterápico.

A pesquisa será realizada na Unidade Saúde Escola (USE) onde já ocorrem os atendimentos fisioterápicos e envolverá a observação direta destes atendimentos e o registro integral das sessões por meio de um equipamento de vídeo para a análise posterior.

Gostaríamos de contar com sua participação neste estudo. Garantimos que você não será exposto a situações de perigo ou desconforto, e que sua participação ou não no estudo não implicará em qualquer prejuízo. Se estiver de acordo com sua participação, por favor, assine a autorização que segue abaixo:

Estudo: **Aprendizagem e formação profissional: análise das interações educativas fisioterapeuta-paciente durante o atendimento a deficientes físicos.**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que:

- 1) recebi informações detalhadas sobre a natureza e objetivos do estudo acima, destinado a investigar a relação terapeuta-paciente, sendo que minha participação no estudo não implicará em nenhum ônus;
- 2) autorizo voluntariamente minha participação no estudo acima: a) permitindo que meus atendimentos sejam registrados e b) autorizando o uso destas informações para finalidades científicas e acadêmicas, desde que garantido sigilo sobre minha identidade;
- 3) tenho conhecimento de que sou livre para desistir de participar do estudo a qualquer momento, com garantias de não ocorrência de constrangimentos ou represálias, sem necessidade de justificar minha decisão e, neste caso, comprometo-me a avisar a pesquisadora;
- 4) tenho conhecimento de que minha participação é sigilosa, isto é, que minha identidade não será divulgada em qualquer publicação, relatório ou comunicação científica referentes aos resultados da pesquisa;
- 5) estou de acordo que as atividades previstas no estudo não representam nenhum risco para mim ou para qualquer outro participante.
- 6) o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br  
Se estiver de acordo com sua participação nesta pesquisa, por favor, assine abaixo.  
São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

---

Assinatura do paciente

Mestranda: Monica da Silva Trabuco  
Soares  
e-mail: monica.stsoares@gmail.com  
Fone: (16) 92618024

Orientador: Maria de Jesus Dutra dos Reis  
e-mail: dmjr@power.ufscar.br  
Fone: (16) 33518492 ou (16) 3351 8645

**ANEXO 4**

Folha de registro das categorias educativas





**ANEXO 5:**

Folha de registro dos comportamentos de adesão e de não adesão



**ANEXO 6**

Folha de registro das categorias de adesão e de não adesão não verbais



**ANEXO 7**

Folhas de registro das categorias de adesão e de não adesão verbais





**ANEXO 8**

Tabela 9 - Frequência de categorias de comportamentos educativos durante todas as sessões, para todas as díades.



Tabela 9 – Frequência de categorias de comportamentos educativos durante todas as sessões, para todas as díades.

Díade/sessão	Tempo (min)	INFORMATIVAS		EXPLICATIVAS			INSTRUTIVAS		Total por intervalo
		Educar Terapia	Informar Textualmente	Reeducar Situação	Reeducar Comportamento	Modelagem Reforço positivo	Modelação1 (verbal)	Modelação 2 (demonstração)	
<b>DÍADE 1</b> Sessão 1	0-10	0	0	0	1	0	0	2	3
	11-20	0	0	0	0	0	4	25	29
	21-30	0	0	0	0	1	13	14	28
	31-35	0	0	0	0	0	1	1	2
Sessão 2	0-10	0	0	0	0	0	0	0	0
	11-20	0	0	0	1	0	0	0	1
	21-30	0	0	0	2	1	5	5	13
	31-35	0	0	0	0	0	1	3	4
<b>DÍADE 2</b> Sessão 1	0-10	0	0	0	0	0	12	12	24
	11-20	0	0	0	0	1	10	21	32
	21-30	0	0	0	1	0	4	19	24
	31-35	0	0	0	0	0	0	13	13
Sessão 2	0-10	2	0	0	0	0	0	0	2
	11-20	0	0	0	0	0	2	22	24
	21-30	0	0	0	0	0	1	8	9
	31-41	1	0	0	2	0	2	27	32
<b>DÍADE 3</b> Sessão 1	0-10	0	0	0	0	0	1	1	2
	11-20	0	0	1	0	4	8	6	19
	21-30	1	0	0	1	2	7	7	18
	31-40	1	0	0	0	1	4	1	7
	41-46	0	0	0	2	5	12	7	26
Sessão 2	0-10	0	0	0	7	3	15	0	25
	11-20	1	0	0	0	3	4	0	8
	21-30	0	0	0	2	0	1	1	4
	31-40	0	0	0	3	2	1	0	6
Sessão 3	0-10	1	0	0	2	2	5	14	24
	11-20	0	0	1	2	1	9	5	18
	21-23	0	0	0	5	2	10	3	17
		0	0	0	1	1	3	0	5

**ANEXO 9:**

Tabela 10 - Ocorrência das categorias de adesão em diferentes sessões para diferentes díades, distribuídas em intervalos de dez minutos.

Tabela 10 - Frequência de ocorrência das categorias de adesão em diferentes sessões para diferentes díades, distribuídas em intervalos de dez minutos.

DÍADE	TEMPO	VERBAL/ RELATO				NÃO VERBAL			
		FISIOTERAPEUTA		PACIENTE		FISIOTERAPEUTA		PACIENTE	
		FA	NFA	IA	INA	FA	NFA	IA	INA
Díade 1 Sessão 1	0-10	20	0	16	1	27	0	30	1
	11-20	26	0	21	0	30	0	30	0
	21-30	21	0	13	0	27	0	28	0
	31-35	8	0	5	0	21	5	23	0
Sessão 2	0-10	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>1</b>	<b>105</b>	<b>5</b>	<b>111</b>	<b>1</b>
	11-20	2	0	2	0	4	0	30	0
	21-30	1	0	0	0	30	0	30	0
	31-35	21	0	20	0	30	0	30	0
		10	0	0	0	15	0	15	0
		<b>34</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>105</b>	<b>0</b>
Díade 2 Sessão 1	0-10	20	0	14	5	22	0	22	12
	11-20	30	0	24	2	30	0	30	6
	21-30	30	0	30	0	30	0	30	3
	31-35	10	0	8	1	14	0	13	11
Sessão 2	0-10	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>8</b>	<b>96</b>	<b>0</b>	<b>95</b>	<b>32</b>
	11-20	15	0	17	4	33	0	33	33
	21-30	16	0	15	2	30	0	30	29
	31-41	15	0	13	7	29	0	30	11
		16	0	16	0	33	0	33	13
		<b>62</b>	<b>0</b>	<b>61</b>	<b>13</b>	<b>125</b>	<b>0</b>	<b>126</b>	<b>86</b>
Díade 3 Sessão 1	0-10	14	1	16	2	33	1	32	1
	11-20	20	1	12	3	27	0	30	0
	21-30	20	0	9	1	29	0	30	0
	31-40	19	0	19	0	25	2	26	0
	41-46	17	0	5	3	18	0	18	2
Sessão 2	0-10	<b>90</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>132</b>	<b>3</b>	<b>136</b>	<b>3</b>
	11-20	29	0	14	5	30	1	30	8
	21-30	13	12	13	3	25	15	30	9
	31-35	21	7	19	8	28	3	28	16
Sessão 3	0-10	12	7	14	7	18	3	18	4
	11-20	<b>75</b>	<b>26</b>	<b>60</b>	<b>23</b>	<b>101</b>	<b>22</b>	<b>106</b>	<b>37</b>
	21-30	19	0	16	6	21	1	21	3
	31-37	11	2	9	6	22	4	26	1
		17	1	19	2	27	5	28	3
		14	0	11	0	22	2	22	3
		<b>61</b>	<b>3</b>	<b>55</b>	<b>14</b>	<b>92</b>	<b>12</b>	<b>97</b>	<b>10</b>

(FA= favorecedora de adesão; NFA= Não favorecedora de adesão; IA= Indicador de Adesão; IRA=Indicador de Risco para adesão; INA=Indicador de não adesão).

**ANEXO 10**

Tabela 11 - Total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões.

Tabela 11 – Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes facilitadores de adesão.

díade/sessão d1/s1	Contato visual	Executar	Sorrir	Aproximar-se	Balançar cabeça	Organizar-se
d1/s2	105	98	35	33	18	13
d2/s1	33	81	9	1	4	7
d2/s2	68	66	15	71	25	5
d3/s1	107	0	37	113	37	12
d3/s2	124	91	16	126	21	16
d3/s3	99	47	13	95	12	45
	87	68	13	100	3	28
<b>total</b>	<b>623</b>	<b>451</b>	<b>138</b>	<b>539</b>	<b>120</b>	<b>126</b>

**ANEXO 11**

Tabela 12 - Total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais não facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões.

Tabela 12 - Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes não facilitadores de adesão

díade/sessão	Desviar o olhar	Examinar apress//e	Balança cabeça -	Ausentar-se	Voltar-se p/ 3ºs
d1/s1	1	0	0	6	5
d1/s2	1	0	0	67	17
d2/s1	0	0	0	14	4
d2/s2	1	0	0	16	7
d3/s1	9	0	1	14	28
d3/s2	4	0	1	15	18
d3/s3	5	0	0	5	42
<b>total</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>137</b>	<b>121</b>

**ANEXO 12**

Tabela 13 - Total de ocorrências por categorias de comportamentos não verbais indicadores de adesão emitidos pelos pacientes para diferentes díades e sessões.



Tabela 13 - Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos pacientes indicadores de adesão

Contato visual	Executar	Sorrir	Aproximar-se	Balançar cabeça	Organizar-se
105	98	35	33	18	13
33	81	9	1	4	7
68	66	15	71	25	5
107	0	37	113	37	12
124	91	16	126	21	16
99	47	13	95	12	45
87	68	13	100	3	28
<b>623</b>	<b>451</b>	<b>138</b>	<b>539</b>	<b>120</b>	<b>126</b>

**ANEXO 13**

Tabela 14 - Total de ocorrência por categorias de comportamentos não verbais emitidos pelos pacientes não indicadores de adesão para diferentes díades e sessões.

Tabela 14 - Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos pacientes não indicadores de adesão.

Desviar o olhar	Aperta a boca	Ñ executar / parado	Franze os olhos	Voltar-se p/ 3ºs	Movimento incompat	Balança cabeça -
1	0	5	0	8	1	0
1	6	23	2	69	0	0
4	20	27	32	16	3	4
3	59	67	39	10	5	9
11	1	11	1	46	0	7
3	1	18	4	17	3	3
8	1	22	2	43	6	1
<b>31</b>	<b>88</b>	<b>173</b>	<b>80</b>	<b>209</b>	<b>18</b>	<b>24</b>

**ANEXO 14**

Tabela 15 - Total de ocorrência por categorias de comportamentos verbais facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões.

Tabela 15 - Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos estudantes facilitadores de adesão

díade/sessão	Explicar atividade, exercício, doença e/ou procedimento	Solicitar feedback	Indicar ação a ser realizada	Responder a dúvidas e observações sobre o tratamento	Descrever progressos do paciente	Descrever/Questionar sobre tarefas extra	Informar sobre condições facilitadoras	Dar feedback	Corrigir assertivamente	Iniciar e/ou continuar assuntos gerais compatíveis com o tratamento
d1/s1	1	3	16	7	0	0	0	3	3	58
d1/s2	0	1	3	6	0	0	1	2	2	19
d2/s1	7	4	11	7	8	0	0	0	1	58
d2/s2	8	14	5	16	3	0	3	5	4	18
d3/s1	20	13	19	28	11	0	0	6	12	29
d3/s2	6	7	23	15	3	0	0	19	18	21
d3/s3	11	8	18	21	6	0	0	6	11	15
<b>total</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>51</b>	<b>218</b>

**ANEXO 15**

Tabela 16 - Total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais indicadores de adesão emitidos pelos pacientes para diferentes díades e sessões.

Tabela 16 - Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos pacientes indicadores de adesão

díade/sessão	Pedir explicações sobre atividades, exercício, doença e procedimentos	Relatar dúvidas e/ou observações quanto ao tratamento	Verbalizar aprovação quanto ao tratamento e/ou terapeuta	Descrever progressos	Solicitar feedback	Descrever desempenho em atividade extra	Responder assertivamente ao terapeuta	Iniciar ou continuar assuntos gerais, compatíveis com o tratamento
d1/s1	2	10	1	0	0	0	1	51
d1/s2	0	7	0	2	0	0	2	16
d2/s1	0	9	1	0	0	0	7	62
d2/s2	4	18	5	1	0	0	8	22
d3/s1	7	32	0	4	0	0	10	42
d3/s2	1	32	4	1	0	0	11	20
d3/s3	4	26	3	5	2	0	10	24
<b>total</b>	<b>18</b>	<b>134</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>237</b>

**ANEXO 16**

Tabela 17 - Total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais não facilitadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões.



Tabela 17 - Totais de ocorrências de comportamentos não verbais dos estudantes não facilitadores de adesão

	Explicar aspectos do tratamento de forma incompleta ou inadequada	Citar termos técnicos	Corrigir não assertivamente	Mudar de assunto	Iniciar e/ou continuar assuntos incompatíveis com o tratamento	Responder pelo paciente	Conversar com terceiros
<i>díade/sessão</i>							
d1/s1	0	0	0	0	0	0	0
d1/s2	0	0	0	0	0	0	11
d2/s1	0	0	0	1	0	0	4
d2/s2	1	0	0	0	0	0	0
d3/s1	0	0	0	0	0	0	18
d3/s2	0	0	3	2	0	0	10
d3/s3	1	0	2	3	0	1	32
<i>total</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>75</i>

**ANEXO 17**

Tabela 18 - Total de ocorrências por categorias de comportamentos verbais não indicadores de adesão emitidos pelos estudantes para diferentes díades e sessões.

Tabela 18 - Totais de ocorrências de comportamentos verbais dos pacientes não indicadores de adesão

díade/sessão	Relatar comportamentos prejudiciais ao tratamento	Responder não assertivamente	Interromper o terapeuta não assertivamente	Verbalizar desaprovação quanto ao tratamento e/ou terapeuta	Iniciar ou continuar assuntos incompatíveis com o tratamento	Mudar de assunto	Conversar com terceiros
d1/s1	0	1	0	1	0	0	0
d1/s2	0	1	0	1	0	1	70
d2/s1	2	0	1	0	0	0	14
d2/s2	2	1	0	19	2	0	4
d3/s1	0	0	0	1	0	0	30
d3/s2	3	5	1	4	1	1	11
d3/s3	0	0	1	4	0	0	36
<b>total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>165</b>