

MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS COMO ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

BEHAVIORAL CHANGES AS A NURSING CARE STRATEGY: AN INTEGRATIVE REVIEW

MODIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:
REVISIÓN INTEGRADORA

Emilia Campos de Carvalho¹
Ana Carolina Scarpel Moncaio²

RESUMO

Neste estudo, buscou-se conhecer o emprego da mudança comportamental como uma estratégia da assistência de enfermagem. Os dados foram obtidos nas bases de dados LILACS, CINAHL e PUBMED, utilizando as palavras-chave *mudança comportamental* e *cuidados de enfermagem* e seus correspondentes em língua inglesa, bem como os descritores *behavior therapy* e *nursing care*, na base PUBMED. A amostra final foi composta por 24 estudos; a maioria (n= 17) proveniente dos Estados Unidos, realizados por enfermeiros (n= 21), utilizando diferentes estratégias de mudança comportamental, com metodologias de revisão sistemática (n= 9), meta-análise (n=1) ou experimental (n=9), e com evidências níveis 1 e 2 (n=17). Os resultados sugerem que mudanças comportamentais exercem efeito positivo para reduzir a dor, a ansiedade e os sintomas comportamentais em pacientes com câncer, com demência e doença de Alzheimer. Estudos bem delineados e controlados ainda são necessários para o emprego dessa estratégia pela enfermagem.

Palavras-chave: Terapia Comportamental; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to understand how behavioral changes can be used as a nursing care strategy. Data were collected from LILACS, CINAHL and PUBMED databases, using the keywords in Portuguese and English *behavioral changes* and *nursing care* as well as *behavior therapy* and *nursing care* in PUBMED. The final sample consisted of 24 studies. The majority (n= 17) took place in the United States and was carried out by nurses (n= 21), using different behavioral change strategies, with a systematic review (n= 9), meta-analysis (n=1) or experimental (n=9) methodology, and with evidence levels 1 and 2 (n=17). Results suggest that behavioral changes exert a positive effect by reducing pain, anxiety and behavioral symptoms in cancer, dementia and Alzheimer's disease patients. Well-designed and controlled studies are still necessary to contribute to the utilization of this strategy.

Key words: Behavior Therapy; Nursing Care; Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene por objeto conocer el empleo del cambio de conducta como una estrategia de la atención de enfermería. Los datos fueron recogidos en las bases de datos LILACS, CINAHL y PUBMED, utilizando las palabras clave *cambio comportamental* y *cuidados de enfermería* y sus correspondientes en la lengua inglesa, y los descriptores *behavior therapy* y *nursing care* en la base PUBMED. La muestra final estuvo compuesta por 24 estudios; la mayoría (n= 17) proveniente de los Estados Unidos, realizados por enfermeros (n= 21), utilizando diferentes estrategias de cambio de conducta, con metodologías de revisión sistemática (n= 9), meta-análisis (n=1) o experimental (n=9), y con evidencias niveles 1 y 2 (n=17). Los resultados sugieren que los cambios de conducta tienen un efecto positivo en la reducción del dolor, ansiedad y síntomas de conducta en pacientes con cáncer, demencia y enfermedad de Alzheimer. Aún se precisan estudios bien delineados y controlados para contribuir al empleo de dicha estrategia por la enfermería.

Palabras clave: Terapia Conductista; Atención de Enfermería; Enfermería.

¹ Enfermeira. Professora titular da EERP-USP.

² Enfermeira. Mestranda de Enfermagem da EERP-USP.

Endereço para correspondência: Emilia Campos de Carvalho: Avenida Bandeirantes nº 3900. Campus Universitário. Ribeirão Preto. CEP 14.040-902. E-mail: ecdcava@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A modificação comportamental como estratégia de intervenção tem sua origem na área da psicologia, e o uso dos conceitos a ela referidos em estudos naturalistas, em ambiente do lar ou escolar¹ datam da primeira metade do século XX.¹

Comportamento é qualquer ato, movimento ou resposta observável, registrável e mensurável apresentada pelo indivíduo. Os comportamentos podem ser reflexo ou respondente, isto é, respostas automaticamente eliciadas por um número de estímulos do meio ambiente, incondicionados (exemplo: reflexo plantar, ato de sugar) ou condicionados (associação de respostas não aprendidas a outros estímulos, constituindo novos reflexos); ou operantes, isto é quando a resposta é emitida e depois reforçada. Por exemplo, aprender a ler, aprender a lavar as mãos após refeição ou reduzir peso.

Modificação de comportamentos é um processo no qual um dado comportamento observado é modificado por meio de aplicação sistemática de técnicas alicerçadas em teoria da aprendizagem e em estudos experimentais.¹⁻³ Para tanto, o agente que conduz essa mudança deve ser hábil para avaliar a eficácia da técnica que está sendo adotada, assim como as características do comportamento a ser modificado. Tais características dizem respeito à frequência, razão, intensidade, duração ou padrão de comportamento.

Inúmeros são os comportamentos que podem ser modificados, sejam eles motores, verbais ou combinações desses modos de comportamentos; podem variar de comportamentos simples a complexos ou mesmo internos do organismo, como batimentos cardíacos, pressão arterial, náusea ou sudorese.

Mudanças comportamentais: procedimentos

Existe uma variedade de procedimentos que buscam aumentar ou diminuir comportamentos e que podem ser empregados por diferentes profissionais, como psicólogos, professores, educadores especiais, paraprofissionais, agentes terapêuticos, inclusive enfermeiros.

Dentre as estratégias ou procedimentos que aumentam a frequência de comportamentos, a literatura aponta: aprovação/elogios, modelação ou repetição do comportamento final desejado, imitação/modelagem passiva (*passive shapping*), programas de reforçamento, reforço por fichas, instrução programada (arranjo do material ou tarefa em pequenos passos ou sequências), autoespecificação da contingência do comportamento, autorreforçamento e estabelecimento de regras e direções claras. Por outro lado, procedimentos para diminuir a frequência de comportamentos envolvem extinção, repreensão/extinção, reforçamento de comportamento incompatível com o comportamento indesejável, retirada do reforçamento, aproximações sucessivas do estímulo aversivo, dessensibilização, perda de pontos/custo da resposta, mediação, autoavaliação e autoinstrução.²

Como princípios gerais para mudança de comportamento, são apontados os esquemas de reforços (modo como o reforço é dado após a resposta, envolvendo tipo de reforços e tempo entre os reforços), além da saciação e privação, com vista a maximizar a força de um reforço.²

Modificação comportamental e enfermagem

Como estratégia de enfermagem, a modificação comportamental tem sido empregada quando se pretende ajudar o cliente/paciente a aumentar um comportamento de saúde desejável ou a diminuir um indesejável.⁴

A estratégia compreende cinco fases: a) avaliação do padrão do comportamento do cliente ou adoção da linha de base, incluindo: definição precisa do comportamento, identificação dos eventos antecedentes e as consequências do comportamento, registro do padrão do comportamento, eventos antecedentes, frequência do comportamento e eventos de reforço ou punição; b) formação do diagnóstico da situação explicitando o comportamento a ser alterado; c) elaboração do plano de modificação do comportamento, com a concordância entre cliente e enfermeiro sobre o método, tipo e frequência do reforço ou punição, identificação de novos métodos para aumentar comportamento desejável ou diminuir o indesejável, identificação de eventos antecedentes que possam ser alterados e identificação de outras pessoas significantes ou membros da equipe; d) implementação do plano; e) avaliação da eficácia do plano com base na comparação da frequência inicial e final do comportamento; modificação do plano se necessário, alterando eventos antecedentes, reforços ou punições ou ainda fracionando em unidades menores o comportamento a ser alterado.⁴

A mudança de comportamentos pode ser aplicada em diferentes cenários na enfermagem, para clientes /pacientes de diferentes faixas etárias e para mudanças dos mais variados tipos de comportamento. Essa estratégia tem merecido a atenção de alguns autores, sendo considerada, ainda, uma das terapias complementares ou alternativas.⁵ Embora o emprego da estratégia de mudança comportamental pelos enfermeiros seja apontado e recomendado pela literatura, sua utilização deve ser precedida por aquisição de habilidades para tal fim.

OBJETIVO

Identificar as evidências do uso da estratégia de enfermagem na modificação comportamental, no processo terapêutico de assistência de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Empregou-se a revisão sistemática da literatura, com o propósito de responder à questão: Quais as evidências do uso terapêutico da estratégia de mudança comportamental pela enfermagem? Para tanto, foram

adotadas as seguintes fases⁶: identificação do tema a questionamento da revisão integrativa (definição da questão de pesquisa e identificação das palavras-chave); amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.

As bases dados utilizadas foram LILACS, CINAHL e MEDLINE, a partir do início de sua indexação, ou seja, 1966 para MEDLINE e 1982 para as demais; a busca deu-se por acesso eletrônico, empregando as combinações das palavras-chave *modificação comportamental* e *cuidado de enfermagem* e suas correspondentes em língua inglesa. Empregou-se, também, a combinação dos descritores [MESH] *behavior therapy* associado com *nursing care*.

Foi estabelecido, para seleção, que os artigos estivessem disponíveis na íntegra, abordassem o emprego das estratégias mencionadas e estivessem publicados em inglês, espanhol ou português. Foram adotados os limitadores: pesquisa clínica, pesquisas experimentais ou quase experimentais, revisões e diretrizes. Foram identificados 237 itens: 232 na PUBMED, 3 na CINAHL e 2 na LILACS. Foram excluídos da análise os artigos repetidos (n=18), sem resumos (n=33), os não direcionados a pacientes (n=21), que não tratavam diretamente do tema (n=10), os que retratavam abordagens farmacológicas (n=4), teses internacionais (n=1) e aqueles que apresentavam apenas abordagens teóricas ou opiniões dos autores (n=73). Dos 66 elegíveis, foram desconsideradas as revisões que não apresentaram os métodos empregados e as publicações que não estivessem em fontes de acesso gratuitos, disponíveis na instituição de origem do trabalho ou no portal CAPES (n=42).

Procedimentos de análise dos artigos

Para a análise dos artigos elegíveis, foram empregados os seguintes itens já utilizados com sucesso na literatura^{6,7}: identificação do artigo (título, periódico, país, idioma, ano de publicação); instituição sede do artigo; tipo de revista científica; características metodológicas do estudo – tipo de publicação (experimental; quase experimental; não experimental; *ex post facto* ou descritiva; *survey*; avaliações; pesquisa de resultado);⁸ objetivo ou questão da investigação; amostra; tratamento dos dados; resultados; análise; implicações; nível de evidência; e tipo de intervenção.

Para a determinação do nível de evidência foi utilizado o sistema de hierarquia de evidências, que prevê sete níveis, sendo eles: nível 1: evidência obtida de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes ou *guidelines* baseados em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível 2: evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico randomizado bem desenhado; nível 3: evidência obtida de ensaios clínicos bem desenhados sem randomização; nível 4: evidência obtida de estudo com

caso controle e estudos com coorte; nível 5: evidência obtida de revisões sistemáticas de estudos descritivos e estudos qualitativos; nível 6: evidência obtida de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível 7: evidência obtida da opinião de autoridades e ou comitê de especialistas.⁹

Cada artigo elegível foi lido e, a seguir, preenchido o instrumento de análise pelo autor. Uma amostra aleatória dos artigos relativos a cada estratégia foi analisada por um segundo pesquisador para se estabelecer confiabilidade no procedimento de codificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 24 estudos,¹⁰⁻³³ dentre os quais apenas 3 foram escritos por profissionais não enfermeiros e publicados em periódicos de outras áreas da saúde. A maioria representa estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América (n=17) (TAB. 1). Não foi obtido nenhum estudo brasileiro, o que denota uma área pouco explorada pela enfermagem brasileira.

Quanto ao delineamento, os estudos eram de revisão (n=9), estudos experimentais (n=8), não experimentais (n=4) quase experimentais (n=2) e meta-análise (n=1). Chama a atenção, de forma positiva, o elevado número de revisões sistemáticas e estudos experimentais, ocorrência não usual na área de enfermagem.

Evidências obtidas

Os estudos de nível 1 são considerados a melhor fonte de evidências e são obtidos de revisões sistemáticas ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes ou de *guidelines* baseados em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados.⁹

Dentre os estudos identificados, um¹⁰ foi classificado nessa categoria. Os autores analisaram a *intervenção psicoeducacional* por meio de uma meta-análise para determinar quanto o cuidado psicossocial e educacional provido ao adulto com câncer afeta sete indicadores (resultados): ansiedade, depressão, humor, náusea, vômito, dor e conhecimento. A intervenção mais citada foi a de aconselhamento comportamental ou cognitivo para aumentar habilidades ou trocar pensamentos e comportamentos (relaxamento, hipnose, imagem guiada), bem-estar psicológico (ansiedade, depressão, humor), bem estar fisiológico (náuseas, vômitos, dor) e conhecimento.

Os resultados apontam que algumas estratégias foram significativas para as variáveis examinadas, evidenciando diminuição de ansiedade quando se emprega psicoterapia cognitiva e não comportamental ou ainda a dessensibilização sistemática; para a depressão foram eficazes o uso de psicoterapia não comportamental/não cognitiva ($d_+ = 0,66$; n=5), educação ($d_+ = 0,50$; n=4), relaxamento muscular guiado por imagem ($d_+ = 0,40$; n=12), terapias combinadas com educação ou não comportamentais ($d_+ = 0,52$; n=12).

TABELA 1 – Distribuição dos artigos de acordo com nível de evidência, autoria, periódico e origem

Autor	Tipo de estudo	Nível de evidência	Primeiro autor Profissão	Periódico de enfermagem	Origem do artigo
DEVINE et al. ¹⁰	Meta-análise	1	Enfermeiro	SIM	EUA
BARSEVICK et al. ¹¹	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
BERGER et al. ¹²	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
CHAN et al. ¹³	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	China
SUTTERS et al. ¹⁴	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
ARDERY et al. ¹⁵	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
HUGHES ¹⁶	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	Europa
BONADONNA ¹⁷	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
CALDERON et al. ¹⁸	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
LOVEJOY et al. ¹⁹	Revisão Sist.	2	Enfermeiro	SIM	EUA
CIMPRICH et al. ²⁰	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
MARKS ²¹	Experimental	2	NÃO	NÃO	Europa
ROTTKAMP ²²	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
BINGÖL et al. ²³	Experimental	2	NÃO	NÃO	Europa
TAPPEN ²⁴	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
BECK et al. ²⁵	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
BLAIR ²⁶	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
TAMEZ et al. ²⁷	Experimental	2	Enfermeiro	SIM	EUA
WEBER ²⁸	Quase Exper.	3	Enfermeiro	SIM	EUA
BLAIR ²⁹	Quase Exper.	3	Enfermeiro	SIM	EUA
MONSEN et al. ³⁰	Não Exper.	3	Enfermeiro	SIM	Europa
ISRAEL et al. ³¹	Não Exper.	3	NÃO	NÃO	EUA
PARKER ³²	Não Exper.	6	Enfermeiro	SIM	Europa
SCHOFIELD ³³	Não Exper.	7	Enfermeiro	SIM	Europa

Estratégias comportamentais [meditação, psicoeducação (psicoeducação $d_{+}=1,04$ e $n=11$, 95% $CI=0,69$ e $Q=17$), relaxamento muscular guiado por imagem, dessensibilização] mostraram-se efetivas para náusea; o relaxamento é efetivo para a dor e o ensino é efetivo para aumentar o conhecimento, sobretudo quando a informação é escrita. Apesar disso, faltam dados nos estudos para avaliar efeitos em grupos específicos, duração do tratamento, reprodução do estudo e o número de vezes em que se repetiu a intervenção.

Dentre os 17 estudos de nível 2, 8 eram revisões sistemáticas e 9 estudos experimentais. Dentre as revisões, em 1 estudo¹¹ foram analisados os resultados de pesquisas que utilizaram a *intervenção psicoeducacional*, totalizando 55 artigos (36 deles estudos clínicos randomizados), no período de 1980 a 2000. Os autores concluíram que essa estratégia foi efetiva para minimizar a depressão de portadores de câncer; sugerem ainda, para determinação da eficácia da intervenção, exames

da relação entre dose de intervenção e grau de resposta em amplas amostras com grupos controles.

Tratando-se, ainda, de depressão em pacientes com câncer, em uma revisão sistemática¹² para identificar o estado da ciência em relação aos problemas e distúrbios com o sono, foram identificadas pelos autores evidências (nível 1) de que *intervenções cognitivas e comportamentais* são tratamentos que promovem, em pessoas com câncer, o aumento do sono, bem como mudanças dos comportamentos, dos pensamentos negativos e atitudes e crenças quanto ao sono.

Em revisão sistemática¹³ de 11 artigos, sendo 6 randomizados com controle, 3 quase-experimentos e 2 estudos de casos, os autores estudaram o efeito da terapia comportamental *cognitiva* na assistência de enfermagem em saúde mental e concluíram que essa estratégia pode ser recomendada no cuidado de enfermagem, bem como que foi efetiva para elevar o estado mental e as funções globais além de reduzir problemas de pacientes esquizofrênicos. Chamam a atenção para que

enfermeiros são competentes terapeutas empregando terapia comportamental cognitiva e devem integrar tal papel em suas atribuições mediante o desenvolvimento de habilidades psicoterapeutas.

Em outra revisão¹⁴ sistemática (de janeiro de 1977 a julho de 1990) com 31 estudos, foram contemplados os aspectos de dor em crianças com câncer. Quanto ao manejo de *estratégias psicológicas* para a redução de dor, encontrou-se que respiração profunda e comportamentos de autocontrole minimizam a dor em crianças com câncer. Embora tenham apontado, ainda, que estratégias psicológicas relacionadas em vários outros estudos devem ter suas conclusões e serem vistas à luz das limitações metodológicas dos estudos, destacam que estratégias de *coping* de autorregulação e comportamento de familiares e do *staff* podem auxiliar crianças a tolerar o transplante de medula óssea.

Em estudo¹⁵ revendo as opções de manejo de dor aguda em idosos, em face do uso de doses elevadas de analgésicos, alternativas *não farmacológicas* foram identificadas, tais como: informações sobre os cuidados de saúde (educação em saúde); treinamento de habilidades; apoio psicossocial e uso do relaxamento, capazes de reduzir o analgésico utilizado, aumentar a atividade e funções, diminuir a depressão e a ansiedade e aumentar o envolvimento dos familiares.

O resultado segue uma diretriz baseada em evidências na temática de dor aguda em idosos, desenvolvida com a intenção de melhorar a prática de enfermagem e médica. Os idosos com prejuízo cognitivo relatam a dor de formas diferentes, e a equipe deve atentar quanto às mudanças comportamentais verbalizações e expressões faciais de dor deles.

Em revisão¹⁶ que analisou estudos que empregam a *teoria cognitiva de Beck* (Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD ou Beck Depression Inventory – BDI), identificou-se que ela é útil para tratar idosos deprimidos. Os resultados e evidências sugerem que muitas questões exigem sensibilidade do terapeuta por isso devem ser discutidos para certas adaptações ao estilo e ao conteúdo da terapia tanto em grupo quanto individualmente. Além disso, os enfermeiros psiquiátricos podem contribuir para minimizar a depressão nos idosos com a utilização da teoria cognitiva.

Na revisão sistemática¹⁷ em que se busca identificar o uso da meditação em doentes crônicos e seus efeitos clínicos, são descritas as teorias de meditação e também outros tipos, como hipnose, relaxamento muscular progressivo e *biofeedback*. Aponta-se que a meditação tem impacto nas doenças crônicas, no mecanismo psiconeuroimunológico, interferindo nos processos de pensamento, percepção, comportamento e ponderação de bem-estar. A meditação é definida como um processo de treino da atenção que visa facilitar a transcendência, finalizando o sofrimento e transformando a consciência humana. Pode ser uma estratégia empregada na atenção primária, secundária ou terciária.

Em outra revisão sistemática,¹⁸ descreve-se a avaliação de problemas de saúde relacionados com a obesidade, bem como orientações com base nas investigações científicas para diminuir a obesidade nos adolescentes. Os autores relatam os riscos da obesidade em conjunto com a hipertensão e diabetes e recomendam que elas sejam feitas em casa, no colégio ou com a comunidade. As intervenções utilizadas são a *modificação do hábito alimentar* (que nesse caso é influenciado pelo modelo dos pais), o aumento *da atividade física, o relaxamento e a redução do estresse*.

Os resultados obtidos mostram que as intervenções para a diminuição de fatores de risco cardíaco na infância têm tido êxito e contribuem na produção de estudos. A troca alimentar, a inserção dos exercícios físicos, as mudanças comportamentais são intervenções críticas. Os enfermeiros pediátricos necessitam conhecer tais estratégias para a orientação aos pais e adolescentes para prevenir os riscos. A força de tais orientações influenciará na tomada de decisão saudável para uma vida com mais qualidade.

A teoria comportamental, a teoria cognitiva e a teoria cognitivo-comportamental foram objeto de interesse de uma revisão sistemática (15 artigos) visando descrever sua aplicação com uso terapêutico para a depressão relacionada ao câncer.¹⁹ Os autores descrevem que esquemas regulares de sessões de *terapia cognitivo-comportamental* apontam evidências consistentes de serem mais efetivas para diminuir a depressão do que esquemas ao acaso por necessidade do paciente ou pelo tratamento prescrito pelo médico.

A terapia breve reduz de forma eficaz a depressão relacionada ao câncer em grande parte dos sujeitos. Alguns estudos sugerem que a terapia em grupo é mais eficaz e mulheres mais idosas acolhem melhor a técnica de relaxamento do que as mais jovens. Com adequada formação, as enfermeiras podem incorporar as técnicas da terapia cognitivo-comportamental a esses pacientes às trocas de pensamentos são realísticas, apresentar os pacientes a outros que auxiliem na compreensão dessa realidade, desenvolver protocolos para *screening* para pacientes com depressão e desenvolver caminhos para manter o paciente sobrevivendo livre da depressão.

Em outro estudo,²⁰ foi avaliada a capacidade cognitiva de atenção direta (CDA) de 157 mulheres que tiveram diagnóstico confirmado e recente para CA de mama; comparou-se a eficácia da *intervenção ambiental natural para restabelecer a atenção* (capacidade cognitiva de atenção direta – CDA) dessas mulheres por meio dos escores antes e após a intervenção. As 157 mulheres foram divididas em dois grupos: um de intervenção (83) e o outro que não recebeu nenhum tipo de intervenção (74). A capacidade de atenção foi avaliada em dois momentos: aproximadamente 17 dias antes da cirurgia e 19 dias depois dela. O grupo da intervenção incluiu um programa de 120 minutos de exposição por semana em casa e recebeu orientações sobre a intervenção no consultório (20 a 30'). O grupo controle apenas teve explicações do propósito das atividades em

ambiente natural, seleção da atividade preferida, visita monitorada a jardim botânico, contrato e registro diário das atividades.

Notou-se um efeito significativo em relação à intervenção de ambiente natural, sugerindo benefícios terapêuticos para a capacidade de direcionar a atenção para a intervenção precoce centrada no restabelecimento da atenção em mulheres com diagnóstico recente de CA de mama. O emprego da intervenção pode contribuir para a diminuição da fadiga mental ou cognitiva nessa clientela.

Dentre os estudos experimentais, um²¹ trata do acompanhamento de 92 pacientes com neurose (fobias e obsessivo-compulsivo) no recebimento da *psicoterapia comportamental* por enfermeiros. Dos 92 pacientes, 46 foram acompanhados por um enfermeiro generalista e 46 por um enfermeiro psiquiátrico (recebendo a psicoterapia comportamental). Os pacientes tiveram significativa melhora após o recebimento da psicoterapia comportamental do que com o tratamento generalista. Os pacientes preferem serem tratados na atenção primária. O valor do trabalho dos enfermeiros especialistas é controlado por pesquisas e seus efeitos sobressaem dos mesmos.

Numa clientela composta por 10 pacientes lesados medulares, divididos aleatoriamente em grupo experimental (n=5) e grupo controle (n=5), foi estudada²² a *modificação do comportamento* em relação à terapia corporal e ao posicionamento corporal desses pacientes. Um grupo recebeu formação na modificação do comportamento no posicionamento corporal, o outro recebeu posicionamento habitual pelo corpo de enfermagem (grupo controle). Os comportamentos de posicionamento corporal foram modificados mediante a demonstração de posturas corporais e elaboração da posição corporal e de como ele se move, com a atenção do enfermeiro no *reforço positivo*.

Após o tratamento, o grupo de modificação do comportamento apresentou alteração significativa no aumento das frequências diárias nas mudanças de posição ($U=2, p=.016$) e o paciente iniciou mudanças de posição ($U=0, p=.004$), na diminuição da assistência necessária para a mudança da mesma ($U=4, p=.048$) e na diminuição da frequência dos intervalos prolongados de pressão da pele ($U=0, p=.004$). Não houve troca significativa na frequência de atividades diárias ou na participação das atividades de vida diária no grupo controle. O autor conclui que repetições do estudo são necessárias para a confirmação dos resultados.

A análise da eficácia de um programa de reabilitação pulmonar domiciliária²³ em 28 crianças com asma, com duração de 30 dias compreendeu *técnicas de relaxamento, exercícios "endurance", respiratórios e de ritmo e controle de ansiedade*. As crianças foram divididas em dois grupos, sendo o grupo 1 experimental e o grupo 2, de controle. Os pais foram orientados previamente quanto ao programa e à aceitação dele. Antes do estudo, os grupos não diferiam nos parâmetros. Houve diminuição significativa nos sintomas e na medicação utilizados pelo grupo 1, bem como melhoria da

qualidade de vida (capacidade pulmonar). Não houve mudanças no grupo 2 (controle).

Um estudo²⁴ tratou da estimulação e formação de habilidades numa população composta de 63 pessoas (de 59 a 102 anos) com demência e institucionalizadas distribuídas em três grupos (estimulação geral, formação de habilidades e controle) com duração de 20 semanas com escores pré e pós-teste. O grupo de *estimulação geral* trabalhou com jogos, músicas, conversas e cuidados de enfermagem. O grupo *formação de habilidades* treinou atividades como vestir-se, alimentar-se, tomar banho, andar, dentre outras.

Foram 20 semanas, 5 dias por semana, com duração de 2 a 5 horas por dia. Quanto ao desempenho físico, os grupos não apresentaram diferenças significativas no pré-teste, entretanto houve nível inicial mais elevado para o grupo treinamento. No pós-teste, o grupo com estimulação teve pequeno ganho na média. Já o grupo controle apresentou leve diminuição.

Após ajuste dos dados, o grupo *formação de habilidades* teve média significativamente diferente do grupo *controle* e o grupo *estimulação* não teve diferença. Quanto ao teste das atividades diárias, no pré-teste embora não seja significativo, o grupo *formação de habilidades* teve a maior média, o grupo *estimulação* foi menor e o grupo *controle* teve diminuição de seus valores. No pós-teste, o grupo *formação de habilidades* obteve diferença significativa dos demais grupos. A intervenção efetiva reduz a dependência dos pacientes com demência.

Embora os três grupos de tratamento não tenham diferido significativamente em ambos, no pré-teste da escala de automanutenção física [$F(2,60)=.48, p=.62$] ou o teste de desempenho de atividades de vida diária [$F(2,60)=.02, p=.98$], a inspeção dos meios pré-testes indicou que os indivíduos do grupo de formação de habilidades, em média, iniciaram o tratamento em um menor nível de capacidade funcional do que o grupo da estimulação geral ou controle.

As *atividades psicossociais* na redução de comportamentos disruptivos e no aumento do afeto, em 143 portadores de demência institucionalizados, foram testadas por duas intervenções sobre atividades diárias e atividades psicossociais e na combinação dessas durante 12 semanas.²⁵ O número inicial de participantes foi 179, entretanto 36 não terminaram. Os pacientes foram divididos em 5 grupos: 29 no grupo de atividades de vida diária (ADLs); 30 no grupo das atividades psicossociais (PSA); 30 no da combinação ADLs mais PSA (CB); 30 no ao placebo e 24 no grupo de nenhuma intervenção. Desse total, 16 foram retirados por possuírem dados incompletos.

O estudo foi composto por seis fases: a) atividades preliminares; b) três semanas de período de normalização/desensibilização; c) doze semanas de intervenção; d) um mês de *follow up*; e) dois meses de *follow up* e f) análise dos vídeos (filmagens). Os autores concluíram que não ocorreram diferenças significativas entre os grupos, entretanto o aumento do afeto é positivo no tratamento, mas não controla as condições, além de sugerir que

outros fatores podem aumentar o afeto positivo em pessoas com demência.

Os comportamentos vocais (positivos e negativos) foram inalterados. No entanto, o principal efeito foi significativo nas três análises iniciais. As gravações apresentam significativamente mais comportamentos do que fizeram para as variáveis dependentes de pacientes não agressivos fisicamente ($p=.001$), vocalmente agitados ($p=.001$) e global DBS ($p=.002$). Além disso, o principal efeito do tempo foi significativo para DBS global ($p=.002$) e as quatro subescalas de agressivos fisicamente ($p=.001$), não agressivos fisicamente ($p=.027$), vocalmente agressivos ($p=.021$) e com comportamentos vocais agitados ($p=.008$).

Em outro estudo,²⁶ foram analisadas três estratégias (três grupos) no autocuidado de portadores de deficiência física residentes em clínicas de enfermagem (62 mulheres e 17 homens com idade de 56 a 100 anos). Para isso, houve a distribuição dos pacientes em grupos: Grupo 1 – combinação de metas estabelecidas mais o *manejo do comportamento operante de reforço imediato, modelagem e reforço positivo*; Grupo 2 – estabelecimento de metas mútuas; e Grupo 3 – cuidado usual de comportamentos matinais. As intervenções foram implantadas após treinamento do *staff*, observação da frequência de comportamentos dos residentes por 14 dias e realização e seguimento do plano de metas. A maioria dos sujeitos do Grupo 1 e vários do Grupo 2 progrediram de completa dependência do *staff* para a dependência parcial. O *staff* no Grupo 1 foi mais efetivo para despertar a motivação nos pacientes. O uso de técnicas operantes mais reforço positivo eleva a independência dos pacientes para a realização dos cuidados físicos.

Autores²⁷ empregaram o uso de *relaxamento* e tratamento farmacológico (drogas) no controle da ansiedade. A população foi composta de 60 indivíduos, divididos em três grupos (20 em cada grupo) na determinação do treino de relaxamento sobre a frequência da ingestão de medicação e na comparação do efeito da instrução gravada e ao vivo para o tal treinamento. Foram 20 indivíduos em cada grupo: grupo A ou *controle*, somente o uso da medicação; o grupo B recebeu a instrução ao vivo para o relaxamento mais uso de medicação; e grupo C recebeu a instrução gravada para o relaxamento mais uso de medicação.

Quanto aos resultados, na fase inicial, os sujeitos dos três grupos não apresentaram diferenças significativas quanto à ingestão de medicação; houve diminuição ao longo do estudo, sendo mais acentuado para o grupo B. Quanto às demais variáveis, houve significância, entretanto os grupos não eram homogêneos para notar grandes diferenças. Conclui-se que deve haver eliminação do controle externo e a aprendizagem do relaxamento precisa ser mais bem acompanhada além de não ser modificada.

Embora com menor grau de consistência, foram identificados outros estudos; quatro deles foram categorizados como de nível 3 de evidências. Um²⁸

trata do uso do *relaxamento* (relaxamento muscular progressivo, respiração meditativa, imagens guiadas e música suave) para uma população composta por 39 pacientes psiquiátricos na verificação do efeito dessa técnica na redução do estresse. Com isso, o autor aplicou a escala de Ansiedade de *State-Trait Anxiety Inventory* (antes e após relaxamento). Houve significativa redução dos níveis de ansiedade obtidos após o pós-teste. O autor concluiu que o relaxamento diminui o nível de estresse e a enfermagem pode incorporar o mesmo em sua prática diária. O paciente pode fazer uso em casa e aplicar o relaxamento no seu tempo livre ou antes de dormir. O autor sugere novos estudos para melhor embasamento do conhecimento para essa temática.

Outro autor²⁹ implantou um programa de *modificação comportamental* na identificação dos distúrbios do sono relacionados ao barulho durante duas semanas numa UTI. Foram realizadas medidas da intensidade do barulho antes e depois da implantação do programa de modificação comportamental. Não houve diminuição significativa do barulho (de 80% para 78,1%), entretanto é possível diminuir fatores que afetam o sono introduzindo um programa de modificação de comportamento e períodos sem barulho. O programa incluiu mudanças das rotinas médicas e de enfermagem.

O autor concluiu que o barulho na UTI precisa ser revisto, devem-se verificar as reais necessidades dos controles dos sinais vitais para diminuir os distúrbios do sono e, além disso, as fontes de barulho devem ser identificadas e minimizadas.

Um autor³⁰ comparou duas abordagens de enfermagem quanto à eficácia para promover o autocuidado nas atividades de vida diária (ADLs) e na melhora da autoestima de residentes de um lar. A população foi composta de 20 indivíduos, 10 em cada unidade, designados aleatoriamente para uma condição de enfermagem. Quanto às intervenções, utilizou-se o *manejo do comportamento operante (Skinner), prontidão, modelagem e reforço positivo*. Os funcionários locais foram treinados pelo autor. Os funcionários da condição 1 tiveram um embasamento maior que na condição 2. Na condição 1, as estratégias foram claramente delineadas. Na condição 2, os residentes raramente foram encorajados ou obtiveram reforço positivo. Ainda na condição 1 houve o acompanhamento das ADLs visando à maior independência dos residentes, com a utilização de reforço positivo, modelagem, participação no tratamento e modificação do mesmo. Na condição 1, a maioria evoluiu da dependência para a independência das ADLs (maior independência, maior autoestima). Na condição 2, o autocuidado foi insignificante e a autoestima caiu. A autonomia, o controle pessoal e o senso de competência podem ser reforçados com facilidade, com resultados positivos para a saúde.

Em outro estudo³¹ houve a utilização de técnicas *cognitivo-comportamentais* para 105 pessoas com alcoolismo de 30 a 60 anos para a realização de triagem e aconselhamento na atenção primária no acompanhamento com uma enfermeira. A distribuição

dos pacientes foi feita de forma aleatória para dois grupos: Grupo 1 ou controle – recebimento de orientações para reduzir o consumo de álcool, panfleto e convite para retornar após 1 ano; Grupo 2 ou aconselhamento: recebimento do mesmo panfleto, orientações sobre técnicas cognitivo-comportamentais e registro diário sobre o nível de álcool no organismo durante um ano.

Após um ano de acompanhamento, os pacientes que participaram do aconselhamento (Grupo 2) apresentaram reduções significativas no consumo de álcool, na redução dos problemas psicossociais e do soro Gama Glutamyl Transferase. Os pacientes do grupo controle (Grupo 1) não apresentaram redução dos problemas psicossociais nem no soro, entretanto, relataram a redução do consumo de álcool. Houve maior satisfação por parte da equipe médica diante dessa atuação da enfermagem.

Nenhum dos estudos foi classificado como nível 4 ou 5, mas um foi obtido no nível 6; trata-se do trabalho³² que utilizou a Dialectical Behavioral Therapy (DBT) para sete pacientes com desordem de personalidade. O uso da DBT equivale a um programa realizado pelo *staff* com seis fases, sendo quatro delas de alta prioridade. Como resultados, o autor relata que os sete sujeitos que participaram por um ano de programa apresentaram expressiva redução de atos de autodanos e de dias de internação. A terapia dialética mostrou-se aplicável a comportamentos limítrofes e passível de ser empregada na enfermagem.

Por fim, um estudo³³ foi obtido com nível 7 de evidência. O autor trabalhou com pacientes com dor crônica na avaliação do *ambiente sensorial*, na tentativa de minimizá-la nessa população. As intervenções foram realizadas no ambiente sensorial, quarto com luz variada, música, odores e tatos com o objetivo de despertar prazer sensorial. Os pacientes foram divididos em dois grupos, com duas sessões em cada grupo: um grupo com relaxamento convencional (controle) e o outro com o uso do ambiente sensorial (experimental). O grupo experimental sentiu-se melhor, dormindo mais, alguns pacientes ajustaram o quarto quanto à necessidade deles. Houve significativa redução da dor no grupo experimental e também da depressão nessa classe estudada. O ambiente sensorial contribui para a redução da dor crônica. A enfermeira pode empregar adaptações no ambiente para estimular pacientes com dor crônica.

Pelos estudos descritos, nota-se que há predominância de estudos empregando a abordagem cognitiva e comportamental^{12,13,19,21,31} visando à modificação de algum tipo de comportamento. A literatura³⁴ aponta que a teoria cognitiva atua nas perspectivas de autodesenvolvimento, adaptação e mudança. As pessoas contribuem para todas as circunstâncias da vida, não sendo necessariamente produtos da auto-organização, pró-ação, autorregulação e autorreflexão.

A técnica de relaxamento foi empregada em diferentes estudos envolvendo crianças, adultos e pacientes psiquiátricos.^{23,27,28}

Quanto aos sujeitos, notou-se o direcionamento dos autores para pacientes com câncer.^{10-12,14,19-20} Esses achados podem ser reforçados por outros na literatura que também se direcionavam a mulheres com câncer.^{35,36}

Em relação às manifestações clínicas, os autores dos estudos analisados aplicaram tal estratégia predominantemente em pessoas idosas com dor aguda, dor em portadores de câncer como (crianças e adultos), depressão de pessoas com câncer; crianças com asma, doentes crônicos institucionalizados, adolescentes com obesidade, portadoras de câncer de mama; portadores de neurose, lesão medular, demência, pacientes com problemas psiquiátricos, pessoas com alteração do sono e em situação de alcoolismo.

Os principais comportamentos indesejáveis, ou seja, em que havia interesse em que fossem mudados, foram: respostas a estresse, como alteração de sono, depressão, ansiedade, neuroses, alcoolismo, humor, náuseas e vômitos, fadiga, dor; nível de conhecimento; atividades da vida diária (alimentação, higiene, atividade física, autocuidado); e comportamento em relação à saúde.

Embora evidências sólidas tenham sido descritas, alguns autores não obtiveram resultados significantes de mudança no comportamento estudado; podem ser citados o estudo³⁰ no qual, mesmo após a implantação do programa de modificação comportamental de profissionais em uma UTI, não houve diminuição significativa dos ruídos nesse ambiente de trabalho (redução de apenas 1,9%); e, ainda o que verificou o efeito no desempenho de atividades físicas (dependência) por meio de estimulação²⁴ por conversas, músicas, jogos e cuidados de enfermagem em pessoas com demência.

Autores relatam a necessidade de uma avaliação mais cautelosa sobre o emprego dessas estratégias para futuras generalizações.^{10,11,22,27,28}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias são as possibilidades de intervenções não farmacológicas para mudanças de comportamento. Especialmente, foram empregadas técnicas de relaxamento, treinamento de habilidade, educação em saúde, meditação, atividades físicas, mudança de hábito alimentar, psicoterapia comportamental, mudança de posição corporal, autocuidado, aconselhamento e treino de percepção de estímulos ambientais.

Ainda que futuros estudos sejam recomendados, as evidências disponíveis permitem aconselhar o emprego da estratégia de mudança comportamental por enfermeiros, em especial as intervenções cognitivas e comportamentais, como tratamentos que propiciaram aumento ou mudança de comportamentos. Cabe destacar a exigência, para tal emprego, da aquisição de habilidades e reflexão crítica sobre as condições para tal uso.

REFERÊNCIAS

1. Staats AW. El conductivismo social: un fundamento de la modificación Del comportamiento. *Rev Latinoam Psicol.* 1979; 11(1): 9-46.
2. O'Leary KD, O'Leary SG. *Classroom management.* New York: Pergamon Press; 1972.
3. Young LD, Patterson JN. Information and opinions about behavior modification. *J Behavior Ther Exp Psychiatry.* 1981; 12(3): 189-96.
4. Griffith-Kenney JW, Christensen PJ. *Nursing Process: application of theories, frameworks and models.* 2ª ed. StLouis: Mosby; 1986.
5. Snyder A, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am.* 2003; 38(3): 495-508.
6. Silveira RCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
7. Gresta MM, Bastos MAR. Cateteres intracardiácos transtorácicos: práticas de manuseio e complicações. *REME Rev Min Enferm.* 2008; 12(3): 396-402.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 769p.
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence – based practice in nursing & health care: A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
10. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum.* 1995; 22(9): 1369-81.
11. Barsevick AM, Sweeney C, Haney E, Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2002; 29(1): 73-84.
12. Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL, et al. Sleep/Wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum.* 2005; 32(6E): 98-126.
13. Chan W, Leung JK. Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *J Clin Nurs.* 2002; 11: 214-24.
14. Sutters KA, Miaskowski C. The problem of pain in children with cancer: a research review. *Oncol Nurs Forum.* 1992; 19(3): 465-71.
15. Ardery C, Herr KA, Titler MG, Sorofman BA, Schmitt MB. Assessing and managing acute pain in older adults: research base to guide practice. *Medsurg Nurs.* 2003; 12(1): 7-18.
16. Hughes CP. Community psychiatric nursing and the depressed elderly: a case for using cognitive therapy. *J Adv Nurs.* 1991; 16(5): 565-72.
17. Bonadonna R. Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nurs Pract.* 2003; 17(6): 309-19.
18. Calderon KS, Yucha CB, Schaffer SD. Obesity-related cardiovascular risk factors: intervention recommendations to decrease adolescent obesity. *J Pediatr Nurs.* 2005; 20(1): 3-14.
19. Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives. *Cancer Nurs.* 1997; 20(3): 155-67.
20. Cimprich B, Ronis DL. Na environmental intervention to restore attention in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer Nurs.* 2003; 26(4): 284-92.
21. Marks I. Controlled trial of psychiatric nurse therapists in primary care. *Bri Med J.* 1985; 290(6476): 1181-4.
22. Rottkamp BC. A behavior modification approach to nursing therapeutics in body positioning of spinal cord-injured patients. *Nurs Res.* 1976; 25(3): 181-6.
23. Bingöl KG, Yilmaz M, Sur S, Ufukaltintas D, Sarpel T, Guneterkendirli S. The effects of daily pulmonary rehabilitation program at home on childhood asthma. *Allergol et Immunopathol.* 2000; 28(1): 12-4.
24. Tappen RM. The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Res Nurs Health.* 1994; 17: 159-65.
25. Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uriri JT, O'Sullivan P, Walls R, et al. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nurs Res.* 2002; 51(4): 219-28.
26. Blair CE. Combining behavior management and mutual goal setting to reduce physical dependency in nursing home residents. *Nurs Res.* 1995; 44(3): 160-5.
27. Tamez EG, Moore MJ, Brown PL. Relaxation training as a nursing intervention versus pro re nata medication. *Nurs Res.* 1978; 27(3): 160-5.
28. Weber S. The effects of relaxation exercises on anxiety levels in psychiatric inpatients. *J Holistic Nurs.* 1996; 14(3): 196-205.
29. Blair CE. Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues Ment Health Nurs.* 1999; 20(6): 559-70.
30. Monsen MG, Edéll-Gustafsson UM. Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioral modification programme. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005; 21: 208-19.
31. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician- nurse team. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996; 20(8): 1443-50.
32. Parker L. Dialectical behavioural therapy: a working perspective. *Nurs Times.* 2001; 97(4): 38-9.
33. Schofield P. Sensory delights. *Nurs Times.* 1996; 92(5): 40-1.
34. Bandura A. The evolution of social cognitive theory. In: Smith KG, Hitt MA, editores. *Great minds in management.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 9-35.
35. Lewis FM, Casey SM, Brandt PA, Shands ME, Zahlis EH. The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psycho-oncology.* 2006; 15(6):486-97.
36. Lewis FM, Cochrane BB, Fletcher KA, Zahlis EH, Shands ME, Gralow JR, et al. Helping her heal: a pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psycho-oncology.* 2008; 17(2):131-7.

Data de submissão: 28/8/2009

Data de aprovação: 7/1/2010