



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal
no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir
Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade**

Suellen Martins Nobre

Belém-Pará

Mar-2010



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal
no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir
Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade**

Suellen Martins Nobre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como um dos requisitos para obtenção do Título de Mestre, realizada sob a orientação da Prof.^a Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

Belém - Pará

Mar-2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Nobre, Suellen Martins

Efeitos do treino de automonitoração e do treino de relato verbal no estabelecimento e na manutenção de comportamentos de seguir regras nutricionais em adultos com obesidade / Suellen Martins Nobre; orientadora, Eleonora Arnoud Pereira Ferreira. - 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria de Pesquisa do Comportamento, Belém, 2010.

1. Análise do comportamento. 2. Comportamento - Modificação. 3. Obesidade - Aspectos nutricionais. 4. Dieta. I. Título.

CDD - 22. ed. 150.1943



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento

Dissertação de Mestrado

**“Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de
Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de
Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em
Adultos com Obesidade”**

Candidata: SUELLEN MARTINS NOBRE

Data da Defesa: 10 de maio de 2010

Resultado: Aprovada.

Banca Examinadora:

Eleonora Ferreira

Profª. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (UFPA), Orientadora.

Lincoln Gimenes

Prof. Dr. Lincoln Gimenes (UnB), Membro.

Silvia Canaan Stein

Profª. Dra. Silvia Canaan-Stein (UFPA), Membro.

Aos meus Pais.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida e aos meus pais e irmãos pelo apoio e incentivo.

Agradeço a minha orientadora, Dr^a Eleonora Arnaud, pela dedicação e empenho na orientação deste trabalho e por ser um exemplo real do modelo construcional de Goldiamond.

À Universidade Federal do Pará, ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento e ao CNPQ, agradeço o incentivo à produção de conhecimento científico.

Às participantes, meu agradecimento especial por me receberem em suas casas e em suas vidas. Sem elas este estudo não se realizaria.

Meus agradecimentos se estendem também a todos aqueles que me acompanharam durante o mestrado e que de alguma forma influenciaram e contribuíram para a minha formação profissional e para a concretização deste estudo, em especial:

À Audrey Soares pelas valiosas contribuições durante a elaboração do projeto de pesquisa.

À equipe de profissionais da clínica de nutrição, por acreditar neste estudo, pela disponibilidade e pelas contribuições.

À banca de qualificação e defesa por aceitarem compartilhar seus conhecimentos e experiências e enriquecer este estudo com suas considerações.

Às amigas Liany, Darlene, Raphaella, Ana Paula, Daniella, Shirley, Andréia pelos momentos de desespero e estudo compartilhados e pelo apoio emocional oferecido.

A Marcello e Luiz Henrique, pela grande ajuda na resolução de “problemas técnicos”, que sempre aparecem nos momentos de maior tensão. Vocês se mostraram bons amigos, dispondo de suas habilidades e conhecimentos de maneira solidária e prontificada.

A Marcelo Monteiro por estar ao meu lado durante momentos de sobrecarga, me compreendendo e apoiando. Obrigada pelas alegrias e diversões proporcionadas.

Agradeço a todos aqueles que não foram citados, mas fizeram e fazem parte da minha vida.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iii
Sumário de Tabelas	iv
Sumário de Figuras	v
Resumo	vi
Abstract	vii
I. Introdução	01
II. Objetivos	25
III. Método	25
Participantes	25
Ambiente	27
Materiais e Instrumentos	27
Procedimento	30
Procedimento de Análise dos Dados	34
IV. Resultados e Discussão	39
V. Considerações Finais	93
VI. Referências	100
Anexos	106

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas e clínicas das participantes	26
Tabela 2.	Índices de Fidedignidade das refeições de Cláudia e Maria	39
Tabela 3.	Análise da consistência entre as orientações nutricionais descritas no Plano Alimentar e o comportamento alimentar descrito por Cláudia durante as entrevistas de Linha de Base	48
Tabela 4.	Análise da consistência entre as orientações nutricionais descritas no Plano Alimentar e o comportamento alimentar descrito por Maria durante as entrevistas de Linha de Base	50
Tabela 5.	Descrição dos Planejamentos do café da manhã realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do café da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração	57
Tabela 6.	Descrição dos planejamentos do almoço realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do almoço foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração	59
Tabela 7.	Descrição dos planejamentos do lanche da tarde realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do Lanche da Tarde foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração	63
Tabela 8.	Descrição dos planejamentos do café da manhã realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do café da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados	69
Tabela 9.	Descrição dos planejamentos do almoço realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do almoço foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados	73
Tabela 10.	Descrição dos planejamentos do lanche da tarde realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do lanche da tarde foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados	75
Tabela 11.	Descrição dos planejamentos do lanche da manhã realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do lanche da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados	77
Tabela 12.	Descrição dos planejamentos do jantar realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do jantar foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados	79
Tabela 13.	Relatos das participantes obtidos na entrevista final	89

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1.	Operação para o cálculo do Índice de Adesão à Dieta.	29
Figura 2.	Fórmula do Índice de Fidedignidade.	39
Figura 3.	Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Cláudia e Maria durante as entrevistas da etapa de Linha de Base (LB).	46
Figura 4.	Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Cláudia, obtidos nas etapas de Linha de Base, Treino de Automonitoração e Follow-up.	66
Figura 5.	Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Maria, obtidos nas etapas de Linha de Base, Treino de Automonitoração e Follow-up.	81
Figura 6.	Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, das refeições do café da manhã, almoço e lanche da tarde, obtidos durante o Treino de Automonitoração de Cláudia e de Relato Verbal de Maria.	84

Nobre, Suellen Martins (2010). *Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa: Universidade Federal do Pará, 138p.

RESUMO

A obesidade é uma doença epidêmica, crônica, multifatorial e de alto risco, que afeta milhões de pessoas e provoca uma série de prejuízos sociais, emocionais e econômicos. A análise do comportamento busca compreender os comportamentos do indivíduo obeso que propiciam o surgimento e a manutenção desta condição e as relações deste indivíduo com o seu meio ambiente. Tradicionalmente, pesquisas sobre o tratamento da obesidade, embora utilizem estratégias comportamentais como o registro em automonitoração e treino de relato verbal, em geral enfatizam resultados não comportamentais como critério de sucesso no tratamento (ex. perda de peso). Todavia, alguns autores defendem o uso de critérios comportamentais nos tratamentos de saúde que resultem em melhorias na qualidade de vida, enfatizando a construção de repertórios saudáveis ao invés da eliminação de comportamentos ditos desadaptativos. Baseado no modelo construcional de Goldiamond, este estudo teve como objetivo verificar os efeitos de um treino em automonitoração e em relato verbal no estabelecimento e na manutenção, em curto prazo, de comportamentos de seguir regras nutricionais em adultos com obesidade. Participaram da pesquisa duas mulheres adultas com obesidade, em tratamento em uma clínica nutricional particular, e com dificuldades de adesão à dieta. A coleta de dados foi realizada em ambiente disponibilizado pelas participantes, predominantemente em ambiente domiciliar, em dias alternados, sendo constituída por cinco etapas: (1) Entrevistas de Linha de Base para identificação do repertório alimentar inicial; (2) Intervenção, realizada por meio de duas condições: (I) Treino de Automonitoração e (II) Treino de Relato Verbal; (3) Manutenção em curto prazo; (4) Follow-up; e (5) Encerramento: Entrevista Final, para avaliação dos resultados obtidos. Na condição I utilizou-se registros de automonitoração e de planejamento das refeições, enquanto que na condição II utilizou-se o relato verbal para o planejamento e o acesso à refeição-alvo realizada no dia anterior à entrevista. Em todas as entrevistas de intervenção foram conduzidas análises da consistência entre o registro/retrato da refeição-alvo e as regras descritas no plano alimentar; análises dos custos e benefícios dos comportamentos de seguir ou não as regras nutricionais e identificação das variáveis determinantes para a emissão ou não dos comportamentos de seguir as regras nutricionais. Os treinos foram realizados com apenas uma refeição de cada vez até que se atingisse um dos critérios de mudança de refeição-alvo, sendo o principal a ocorrência de 60% de adesão em três entrevistas consecutivas. Para tanto, a cada entrevista era calculado o Índice de Adesão à Dieta (IAD) da refeição-alvo. Nos resultados, verificou-se que ambas as participantes atingiram o critério estabelecido em todas as refeições, com exceção do lanche da tarde. Inferiu-se a efetividade de ambos os treinos na instalação de comportamentos de auto-observação do repertório alimentar, entretanto foram modestos os resultados referentes ao autocontrole, sugerindo a necessidade de outras estratégias comportamentais, como treino de autocontrole, para a manutenção dos resultados do tratamento da obesidade. Discutiu-se sobre a complexidade do tratamento desta condição de saúde e a necessidade de uma visão ampla de tratamento que atue em outros contextos, além do foco na doença.

Palavras-chave: adesão ao tratamento, obesidade, treino em automonitoração, treino de relato verbal.

Nobre, Suellen Martins (2010). *Effects of Self-Monitoring Training and Verbal Report Training on the Establishment and Maintenance of Nutritional Governed Rule Behavior on Obese Adults*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa: Universidade Federal do Pará, 138p.

ABSTRACT

Obesity is an epidemic, chronic, multifactorial and high risk disease, which affects thousands of people and provokes a lot of social, emotional and economic harms. Behavior Analysis tries to comprehend the obese person's behaviors which cause both the acquisition and maintenance of such condition and the interactions of this individual with the environment. In spite behavioral strategies have been used, such as the self-monitoring register and the verbal report training, research on obesity treatment usually emphasizes non behavioral goals as criteria of success on treatment (e.g. weight loss). However, some authors defend the use of behavioral criteria which may result on benefits on quality of life, emphasizing the construction of healthy behaviors instead of eliminating maladjusted behaviors. Based on Goldiamond's constructional model, the objective of this study was to verify the effects of self-monitoring and verbal report training on the establishment and maintenance, in the short term, of nutritional rule governed behaviors on obese adults. Two obese and adult women, patients on treatment in a private nutritional clinic, who had problems regarding to adherence to diet, participated of this research. Data were usually collected in participants own residences, on alternated days, on five stages: (1) Base Line Interviews in order to identify the initial nutritional behaviors; (2) Intervention, divided on the subsequent conditions: (I) Self-monitoring Training and (II) Verbal Report Training; (3) Short Term Maintenance; (4) Follow-up; and (5) Closing: Final Interview, in order to assess obtained data. On condition I, self-monitoring and meal planning registers were used, as for the condition II, verbal report was used for planning and access to the goal meal which had happened the day before. On all the intervention interviews, consistence analysis were conducted, confronting register/ goal meal report and the rules described on nutritional plan; following nutritional rules behaviors were also analyzed in terms of costs and benefits and the determinants variables for the emission of nutritional rule governed behaviors were identified. The training was applied to only one meal at each time, until one of the criteria of change for the goal meal was reached. In this case, the main criterion was the occurrence of 60% adherence on three consecutive interviews. On each interview the Diet Adherence Rating (DAR) was calculated for the goal meal. Results indicated that both participants reached the established criteria for all the meals but the afternoon snack. The efficacy of both procedures on installing self-monitoring feeding behavior was observed, however, the results concerning to self-control were few, suggesting that another behavioral strategies are needed, such as a self-control training, in order to maintain the results obtained on obesity treatment. The complexity of the treatment for obesity was also discussed as well as the need to considerer not only the disease focus, but the context in which obesity is inserted.

Key words: adherence to treatment, obesity, self-monitoring training and verbal report training.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado importantes transformações em seu padrão de morbidade e mortalidade. De acordo com o levantamento realizado por Silva Junior, Gomes, Cezário e Moura (2003), desde a década de 30 até o ano de 2001 o percentual de mortes por doenças infecciosas e parasitárias reduziu em 40% nas capitais brasileiras, tendo aumentado a incidência das doenças não infecciosas, com destaque para as doenças crônicas.

É possível que mudanças sócio-culturais tenham contribuído para o aumento desta incidência. Nas últimas décadas, verificaram-se mudanças no estilo de vida da população, relacionadas principalmente à redução da prática de atividades físicas e ao aumento do consumo de alimentos com alto valor calórico e sem propósito nutricional, o que influenciou diretamente na prevalência das doenças crônicas (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

Neste cenário epidemiológico, a obesidade se destaca por ser, simultaneamente, uma doença e um fator de risco para outras doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, as quais possuem taxas de prevalência em elevação no país (Ministério da Saúde do Brasil, 2006), constituindo-se um problema de saúde pública.

Obesidade: uma condição crônica em evidência

A obesidade tem sido considerada uma doença crônica, multifatorial e de alto risco, que afeta milhões de pessoas (Ades & Kerbauy, 2002; Souza & cols., 2005). Atualmente vem sendo considerada uma epidemia mundial que acarreta enormes prejuízos à sociedade (Monteiro, Riether & Burini, 2004).

Em termos clínicos, pode ser definida pelo acúmulo anormal ou excessivo de massa de gordura no corpo, em forma de triglicérides, devido a um balanço energético positivo, ou ainda como consequência do abuso de alimentos sem propósito nutricional, o que leva a um excesso de peso que difere dos padrões médios para altura, idade e sexo (Souza & cols., 2005;

World Health Organization [WHO], 2006). Balanço energético é definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. Assim, o balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a energia gasta (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

Segundo Monteiro, Riether e Burini (2004), a alimentação desequilibrada e o sedentarismo são os fatores mais frequentemente apontados como determinantes do súbito aumento dos casos de obesidade entre as populações. Jebb (1997) enfatiza a influência da frequência do comportamento alimentar para o estabelecimento da obesidade. De acordo com ele, indivíduos que consomem maior número de pequenas refeições ao longo do dia apresentam peso relativamente menor do que aqueles que consomem número menor de grandes refeições.

Souza e cols. (2005) destacam os prejuízos sociais, emocionais e econômicos em indivíduos com diagnóstico de obesidade, como dificuldades no âmbito social e ocupacional, incapacitação física, aumento na ocorrência de licenças médicas, perda e/ou recusa de emprego, queda de renda, depressão, ansiedade, baixa autoestima e isolamento social. Outros autores (Francischi & cols., 2000; Monteiro & cols., 2004; WHO, 2006) ressaltam as comorbidades associadas à obesidade, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, câncer, problemas respiratórios, arterosclerose, hiperlipidemias, osteoartrites e patologias biliares.

No que se refere ao diagnóstico da obesidade, em geral este é realizado por meio das medidas de peso e altura, as quais permitem o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), obtido pela razão peso sobre altura ao quadrado. Considera-se que um IMC entre 25,0 e 29,9 significa sobrepeso, entre 30,0 e 39,9 significa obesidade, e, quando se encontra acima de 40, indica obesidade mórbida (Ades & Kerbauy, 2002; Souza & cols., 2005). Entretanto, de

acordo com Nonino-Borges, Borges e Santos (2006), essa avaliação não é completa, pois não é capaz de quantificar a gordura corporal. Para estes autores, a avaliação deve ser complementada com uma análise da quantidade de gordura (massa gorda) e de tecido sem gordura, obtida por meio de diversos exames, sendo o mais utilizado, a bioimpedância elétrica.

Tradicionalmente, o tratamento da obesidade possui três pilares: tratamento medicamentoso ou farmacoterapia, nutricional e realização de exercícios físicos. Existe ainda a intervenção cirúrgica, indicada para casos de obesidade mórbida. Além disso, devido à demanda de mudança no estilo de vida, relacionada principalmente a alimentação e a atividade física, utiliza-se o serviço de psicologia, com destaque para as abordagens de tratamento comportamental e cognitivo-comportamental, consideradas eficazes pelo Consenso Latino Americano em Obesidade [CLAO] (Duchesne, 2001).

De acordo com Nonino-Borges e cols. (2006), a farmacoterapia deve servir apenas como auxílio ao tratamento nutricional, quando necessário. A medicação pode atuar na redução da fome ou modificação da saciedade; na digestão e absorção de nutrientes; ou no aumento do gasto energético. O planejamento nutricional, conforme esses autores, baseia-se no estabelecimento de hábitos e práticas relacionados à escolha dos alimentos, comportamentos alimentares, adequação do gasto energético e redução da ingestão energética, os quais terão que ser incorporados em longo prazo.

É consenso na literatura que dietas drasticamente alteradas nas proporções de nutrientes podem ser perigosas e ineficazes para a manutenção do peso em médio e longo prazo (Fabricatore, 2007; Francischi & cols., 2000; Nonino-Borges & cols., 2006). As recomendações em geral incluem o fracionamento das refeições e alterações na quantidade de calorias e na qualidade dos alimentos consumidos. Nonino-Borges e cols. (2006) ressaltam que a alimentação fracionada em várias refeições ao dia parece resultar em menor sensação de

fome. Quanto à quantidade de calorias ingeridas, a Associação Norte Americana para o Estudo da Obesidade sugere uma dieta de 1.000 a 1.200Kcal/dia para mulheres e de 1.200 a 1.600 Kcal/dia, para homens (Fabricatore, 2007). Em relação à ingestão de nutrientes, recomenda-se redução do consumo de gorduras (Fabricatore, 2007; Francischi & cols., 2000; Nonino-Borges & cols., 2006).

No que diz respeito à atividade física, a literatura aponta que este aspecto isoladamente não é eficaz para perda de peso, entretanto, facilita o controle do peso em longo prazo e melhora a saúde do indivíduo, reduzindo os riscos de comorbidades (Jakicic & Otto, 2005; Monteiro & cols., 2004; Nonino-Borges & cols., 2006; Wadden, Butryn & Wilson, 2007). Jakicic e Otto (2005) ressaltam que os benefícios do exercício físico para o controle do peso podem ser melhor observados após o período inicial de perda de peso, de aproximadamente seis meses.

Contribuições da análise do comportamento para compreensão da obesidade

A análise do comportamento é uma área de atuação baseada na filosofia do Behaviorismo Radical. Segundo esta abordagem, as causas do comportamento não estão dentro dos organismos, mas na sua interação com ambiente externo e podem ser estudadas de forma objetiva (Skinner, 1953/2003). Isto não quer dizer que os eventos privados não façam parte desta relação organismo-ambiente, entretanto, estes não podem ser tomados, em última análise, como causas do comportamento (Cavalcante, 2009; Rubio, 2004). Uma vez que o comportamento e sua relação com as variáveis ambientais são foco de estudo do analista comportamental, então, sua contribuição para a compreensão da obesidade não é investigar a doença em si, mas os comportamentos do indivíduo obeso que propiciam o surgimento e a manutenção desta condição e as relações deste indivíduo com o seu ambiente.

Conforme Cavalcante (2009), no caso da obesidade, a análise do comportamento busca investigar, em especial, “a função que o comportamento alimentar adquiriu a ponto de fazer com que o indivíduo continue a executá-lo em excesso e de forma inadequada, a despeito dos enormes prejuízos sentidos nos campos orgânico e social” (p.38).

Ressalta-se, porém, que qualquer comportamento é adaptativo, tendo sido selecionado e mantido por variáveis ambientais (Goldiamond, 1974/2002). Desta forma, mesmo o comportamento alimentar excessivo e inadequado do ponto de vista da saúde, isto é, que pode levar a consequências prejudiciais ao indivíduo, se ocorre, é porque está sendo fortalecido pelo ambiente, assumindo funções complexas. Dentro de uma análise não linear das contingências (ou seja, uma análise mais ampla que considere outros fatores, aparentemente não relacionadas à doença), é possível identificar as variáveis que controlam e mantêm esse padrão comportamental.

Para Foster, Markris e Bailer (2005), o condicionamento clássico ou respondente pode explicar boa parte do controle ambiental do comportamento de comer, compreendendo o comportamento alimentar como uma resposta eliciada por eventos antecedentes, que se tornam fortemente associados à ingestão de comida. Neste caso, considera-se que o indivíduo obeso possua uma história de pareamento entre o alimento e uma diversidade de estímulos ambientais antecedentes, de forma que a ingestão alimentar possua uma grande frequência em razão da gama de estímulos antecedentes a que está associada.

Embora o condicionamento respondente possa explicar alguns aspectos associados ao comer em excesso e à alimentação inadequada do ponto de vista da saúde, enfatiza-se que este procedimento é insuficiente para esclarecer a complexa relação de controle de estímulos envolvida na condição da obesidade. É possível que parte da classe de comportamentos denominada de comer inadequado (ingerir alimentos sem propósito nutricional e em excesso)

possa ter sido instalada por condicionamento clássico, mas ao longo de suas emissões, estes comportamentos foram adquirindo outras funções para o ambiente.

Para se compreender a complexa relação de controle de estímulos são de grande importância as noções de comportamento operante e probabilidade condicional (Catania, 1999). Uma vez que o comportamento humano é selecionado pelas variáveis ambientais, a função de um determinado comportamento pode ser compreendida por meio da identificação dos estímulos antecedentes (discriminativos e operações estabelecidas) que ocasionam uma determinada resposta e por meio da identificação das consequências, reforçadoras ou aversivas, que aumentam ou reduzem a probabilidade desta ocorrência.

No caso do comer em excesso, contingências atuam de modo a elevar a probabilidade desta resposta, ou seja, a ingestão alimentar é fortalecida. Acredita-se que além do próprio alimento, que é um reforçador primário, outros reforçadores condicionados ou generalizados, de maior magnitude, também atuem contingentes ao comportamento, de acordo com a história de vida da pessoa. Ades e Kerbauy (2002) esclarecem que quando se trata de obesidade e excesso de peso, deve-se considerar o comportamento alimentar como transformado e com funções diferentes.

Neste sentido, é possível observar grandes variações no que se refere a preferências alimentares e de quantidades, as quais podem estar diretamente relacionadas às contingências vivenciadas pelo indivíduo, que modelam padrões de aceitação e recusa de alimentos. Rossi, Moreira e Rauen (2008) acreditam que os hábitos alimentares da família ocupam um papel central na formação das preferências alimentares da criança, as quais tendem a preferir alimentos que lhes são familiares.

Ademais, é importante destacar o papel das mudanças sócio-culturais e de estilo de vida, marcadas pela praticidade e pela busca de conforto, que valorizaram a alimentação em lanchonetes tipo *fast food* e o consumo de alimentos industrializados semiprontos, muitas

vezes ricos em gorduras saturadas e com pouco valor nutricional. Em meio à complexidade do processo de instalação e manutenção do comportamento alimentar de um indivíduo obeso, ressalta-se a necessidade de uma análise não linear das contingências, a fim de abarcar outras variáveis que interferem neste processo, ainda que, conforme a advertência de Ades e Kerbauy (2002), seja difícil identificar, em situação natural e clínica, a história de reforçamento e controle de estímulos que foi desenvolvida.

A obra de Cavalcante (2009) traz grandes contribuições neste sentido, pois reuniu vários estudos de analistas comportamentais brasileiros sobre obesidade, permitindo identificar o que tem sido discutido em termos de controle de estímulos envolvendo esta condição de saúde.

Silva (2001) discute a obesidade como uma condição reforçada positivamente pelo alimento, o qual, para algumas pessoas, seria um dos poucos reforçadores de seu repertório comportamental, sendo limitadas as fontes de reforçamento positivos para estes indivíduos. Com um repertório comportamental reduzido, no que diz respeito a outras atividades reforçadoras, o indivíduo estaria mais propenso a recorrer ao alimento sempre que se sentisse cansado, angustiado, entediado, dentre outros sentimentos. Por outro lado, a autora também acredita que o comportamento alimentar do obeso pode ser instalado e mantido por reforçamento negativo. Neste caso, em situações ansiogênicas, consideradas aversivas, a pessoa emitiria comportamentos de fuga / esquiva por meio do comportamento alimentar, eliminando os estados corporais da ansiedade.

Um importante instrumento de investigação, identificação e interpretação das contingências atuais e históricas é a *análise funcional*. Sturmey (1996) afirma que a análise funcional é uma abordagem singularizada de avaliação, orientada ao desenvolvimento de um tratamento individualizado. Conforme o autor, ela pode ser descritiva, experimental ou servir como parte do tratamento. Enquanto que a primeira apenas identifica operacionalmente a

relação entre o comportamento e o contexto em que ele ocorre, a análise funcional experimental caracteriza-se pela manipulação de variáveis a fim de demonstrar relação de causalidade. Hidaka (2007) enfatiza que no caso da obesidade e de outras doenças crônicas, há evidências sobre o papel do comportamento alimentar no estabelecimento da condição física problemática, justificando o uso da análise funcional para identificação de relações funcionais entre comportamento e seus antecedentes e consequentes. Por fim, a análise funcional também pode funcionar como parte do tratamento quando o paciente é treinado a realizar análises das funções de seus comportamentos no ambiente, elevando a probabilidade de estabelecer e/ou fortalecer em seu repertório os comportamentos-alvo.

O *treino de autocontrole* é outro recurso muito utilizado nos programas de intervenção comportamental. Embora haja muitas formas de autocontrole (Hanna & Todorov, 2002), de acordo com Castanheira (2001a), seu componente básico seria a capacidade do indivíduo de modificar o próprio comportamento, produzindo uma nova resposta que seja incompatível com o comportamento anterior indesejável. O conceito de autocontrole de Rachlin é um dos mais divulgados e envolve o comportamento de escolha ou preferência pelo reforçamento de maior atraso, sendo a escolha do estímulo reforçador menor e imediato chamada de *impulsividade*. Contudo, algumas variáveis afetam a probabilidade de escolha da alternativa de autocontrole, dentre elas valores absolutos e relativos do atraso e magnitude do reforço (Hanna & Todorov, 2002).

Além destes, outros recursos são utilizados para a promoção de mudanças no comportamento alimentar de indivíduos obesos, como o *planejamento* de metas realísticas e específicas com prazos definidos e ampliação de repertório, mediante a instalação de comportamentos concorrentes ao de comer em excesso (Fabricatore, 2007).

Destaca-se também a utilização de *regras* como instrumento de intervenção. Conforme Albuquerque (2005), os efeitos de regras e contingências no meio ambiente podem ser

igualados, uma vez que as regras podem servir tanto como estímulo discriminativo (S^D) quanto como estímulo alterador de função de outros estímulos. Regras funcionariam como S^D quando o comportamento por ela especificado é emitido imediatamente após a sua apresentação e atuariam como estímulo alterador de função de outros estímulos quando o comportamento por ela especificado é emitido na presença dos estímulos antecedentes apresentados na regra, depois de transcorrido certo tempo entre a emissão desta regra e do comportamento por ela especificado.

Ressalta-se, contudo, que os efeitos das regras podem ser influenciados por variáveis como sua extensão e complexidade. Albuquerque e Ferreira (2001) verificaram experimentalmente que quanto maior a extensão de uma regra (isto é, quanto maior o número de diferentes respostas descritas na regra), menor a possibilidade de ser seguida, ainda que o seu seguimento produza consequências reforçadoras. Neste sentido, a partir dos resultados de um estudo sobre adesão ao tratamento do diabetes, Ferreira (2001) apontou a necessidade da equipe de profissionais de saúde em simplificar as prescrições, enfatizando apenas o que é essencial ao tratamento, como recurso para a adesão.

Fala-se, ainda, de *autorregras* sempre que o próprio indivíduo formula e obedece a regra. Segundo Castanheira (2001b) não é raro um indivíduo formular para si próprio regras inadequadas, ambíguas, imprecisas, irreais e impossíveis de seguir. “Algumas vezes, as pessoas fazem autoverbalizações descritivas de contingências identificadas na sua vida e formulam ‘auto-regras’ que passam a controlar seus comportamentos, muitas vezes de forma mais efetiva que as próprias contingências” (p. 40). Neste caso, as autorregras, enquanto comportamento na forma de pensamento, controlariam o comportamento não-verbal dos indivíduos.

Vale ressaltar que, de acordo com Zettle (1990), embora o pensamento não possa ser aceito como a causa iniciadora de outros comportamentos, ele pode entrar nas seqüências

causais deste comportamento e, portanto, não só as contingências que dão origem a esta relação comportamento-comportamento devem ser especificadas, mas também as variáveis ambientais que apóiam tal relação controladora em si. Neste caso, cabe ao profissional de saúde com orientação analítico-comportamental investigar qual o papel das regras e auto-regras no estabelecimento e manutenção de comportamentos alimentares prejudiciais à saúde do indivíduo e suas variáveis controladoras.

Frisa-se o papel das regras enquanto um recurso para construção e modificação de repertórios comportamentais favoráveis à condição de saúde. A literatura destaca algumas vantagens para o seguimento de regras, dentre elas, facilitar e manter a aprendizagem quando os reforçadores não são imediatos, ou são poucos e esparsos (Baldwin & Baldwin, citados por Castanheira, 2001). Esta característica está de acordo com a afirmação de Albuquerque (2005) de que as consequências relatadas na regra são remotas ou atrasadas e que o comportamento não pode ficar sob controle de eventos que ainda não ocorreram. Desta forma, após a formulação de uma regra que especifica os três termos da contingência, a emissão do comportamento especificado pela regra não estaria sob controle das consequências descritas por ela (evento que ainda não ocorreu), mas sim sob controle da própria regra e de suas propriedades formais, ou seja, das consequências por ela relatadas. Neste sentido, regras seriam seguidas não somente devido a uma história de controle por consequências sociais que reforçaram o comportamento de seguir regras e puniram o comportamento de não segui-las, mas também devido a uma história de controle por regras que relatam consequências remotas ou atrasadas para o seu seguimento e para o seu não seguimento.

Esta propriedade da regra a torna de grande utilidade enquanto recurso terapêutico para a intervenção em condições crônicas. Sabe-se que o tratamento de condições crônicas, como a obesidade, é de longo prazo e exige mudanças de estilo de vida que devem ser mantidas ao longo da vida do paciente; logo, a utilização de regras poderia funcionar como

uma forma de controle de estímulos. Quando o profissional de saúde apresenta regras ao paciente, é possível que seus comportamentos fiquem sob controle desta regra e das consequências descritas, emitindo os comportamentos por ela apresentados até que entre em contato com tais contingências remotas ou atrasadas (Matos, 2001; Meyer, 2005).

Nestes casos, *a priori*, os comportamentos do paciente estariam sob controle do estímulo antecedente, regra, e da mediação social do profissional de saúde que reforça o seguimento da mesma. Posteriormente, o paciente teria acesso às consequências, descritas na regra, passando a ter seus comportamentos modelados pelas contingências e ampliando seu repertório comportamental. Durante este processo, caberia ao analista do comportamento manipular contingências para aumentar a probabilidade de seguimento das regras de tratamento dispostas pelo profissional de saúde (Meyer, 2005) e tornar os relatos de seguimento de regras mais confiáveis e precisos.

Treino de Relato Verbal

Skinner (1953/2007) esclareceu que o autoconhecimento é construído por meio de reforçamento diferencial disponibilizado por uma comunidade verbal que, ao realizar questionamentos como “o que você fez?” ou “o que você está fazendo?”, compele o indivíduo a observar e verbalizar sobre o seu próprio comportamento, identificando as variáveis das quais é função. De acordo com Beckert (2004) a realização de um treino de correspondência entre o dizer anterior, o comportamento (fazer) e o comportamento de relatar parece ser importante para aquisição de autoconhecimento e autocontrole. O autoconhecimento é desenvolvido à medida que o indivíduo é capaz de dizer o que faz e/ou o que fez e identificar e descrever as variáveis das quais seu comportamento é função, enquanto que o autocontrole é favorecido uma vez que ao descrever ações futuras o indivíduo estabelece contingências que

tornarão o fazer descrito mais provável. Neste caso, o dizer assumiria a função de resposta controladora e o fazer, resposta controlada (Beckert, 2004).

Além disso, pesquisas sobre correspondência dizer-fazer demonstraram ser possível modificar o fazer, reforçando apenas o dizer, sem a necessidade de modificação direta das contingências que o mantém (Beckert, 2004). Neste sentido, seria possível a modificação do comportamento de comer inadequado e em excesso a partir do reforço contingente a correspondência dizer e comportamento não verbal (comer), seja em forma de planejamento da alimentação (dizer anterior) ou autorrelato alimentar (dizer posterior ao fazer).

A realização de um treino de relato verbal revela-se de grande utilidade para o trabalho do analista comportamental tendo em vista que o relato é uma de suas principais fontes de informação sobre o comportamento do paciente e de suas relações de controle com o ambiente. Em geral, é por meio do comportamento verbal que o profissional de saúde pode ter acesso aos resultados de sua intervenção em relação às condições de saúde do indivíduo, sendo uma das principais formas de acompanhar os resultados do processo de adesão em pesquisas atualmente (Kohlsdorfa & Costa Junior, 2009). Além disso, Ferreira (2001) enfatiza que a solicitação de relatos tem sido bastante praticada em pesquisas em virtude de seu baixo custo, simplicidade e aplicabilidade em diferentes contextos. Neste sentido, cabe ao pesquisador manipular contingências de forma que os autorrelatos tenham maior probabilidade de possuírem confiabilidade.

Algumas pesquisas têm se preocupado em investigar as variáveis que afetam a correspondência entre dizer-fazer ou fazer-dizer, ou ainda, dizer-fazer-dizer. Para Pergher e Sadi (2003) e Pergher (2002) esta correspondência consiste em um exemplo de controle de estímulos, sendo definida, portanto, como um operante. Desta forma, quando há correspondência entre o que se fala e o que se faz, observa-se que o comportamento verbal está sob controle de estímulos antecedentes, caracterizando-se como um *tato*. Todavia,

quando a fala não condiz – parcial ou totalmente – com o fazer anterior, é possível que o relato verbal esteja sob controle de consequências especiais, caracterizando-se como um *mando*. Neste sentido, para que o autorrelato do participante de uma pesquisa ou de um paciente seja considerado fidedigno, é necessário que assuma a forma de tato. De outro modo, de acordo com Beckert (2004), o dizer estaria sob controle de contingências de reforçamento negativo, caracterizando-se como um *mando*.

Considerando-se que comportamentos de fuga e esquiva (reforçamento negativo) ocorrem na presença ou na iminência de estimulação aversiva, estes atuam como resposta a um tipo de controle coercitivo (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005). Portanto, uma estratégia a ser utilizada para aumentar a probabilidade de relatos correspondentes, seja ou não de adesão ao tratamento, no caso de doenças crônicas, seria o emprego de reforçamento positivo contingente a relatos de correspondência, isto é, fidedignos, ao invés de punição contingente a relatos de não-adesão em forma de tatos.

Malerbi (2000) aponta também como estratégia para aumentar a confiabilidade do autorrelato, a solicitação de relato de comportamentos específicos e em intervalos de tempo recentes. Ferreira (2006) acrescenta que relatos em ambientes domiciliares tendem a ser mais fidedignos e que autorrelatos de baixa adesão são mais confiáveis do que verbalizações de adesão em níveis elevados.

Treino de Automonitoração

O treino de automonitoração é outra estratégia comportamental utilizada para o desenvolvimento de repertórios de auto-observação e conseqüentemente o autoconhecimento, favorecendo a mudança comportamental em direção aos objetivos terapêuticos (Foster, Laverty-Finch, Gizzo & Osantowski, 1999; Oliveira, Ferreira & Casseb, 2006; Wadden & cols., 1999).

Cone (1999) define automonitoração como a ação de sistematicamente observar e registrar aspectos do próprio comportamento e eventos ambientais internos e externos, funcionalmente relacionados a este comportamento. Para o autor, o procedimento de automonitoração também deve envolver análises funcionais dos registros realizados, bem como a apresentação dos resultados destas análises para o cliente.

Korotitsch e Nelson-Gray (1999) ressaltam que é o próprio sujeito quem observa e registra seus comportamentos, em ambiente natural, ocorrendo duas respostas (discriminação do comportamento-alvo e autorregistro) independentes entre si e influenciadas por diferentes variáveis. Neste sentido, o indivíduo pode observar o comportamento, mas não registrá-lo em função de variáveis sociais. Conforme Korotitsch e Nelson-Gray, o treino de automonitoração pode ser utilizado tanto para determinação dos comportamentos-alvo, quanto como instrumento de intervenção, devido ao seu efeito reativo naquelas respostas que estão sendo monitoradas. Este efeito reativo tende a ocorrer em direção aos objetivos terapêuticos, sendo relativamente pequeno, porém confiável e praticamente imediato, contribuindo para ajudar o cliente a manter seu investimento inicial no tratamento.

A literatura aponta algumas vantagens para a utilização do registro de automonitoração como possuir menor vulnerabilidade ao esquecimento e às interferências do controle de estímulos, já que o registro é temporalmente próximo à ocorrência do comportamento-alvo; ser uma alternativa econômica para a coleta de dados; permitir o acesso a eventos privados ou mesmo comportamentos emitidos em tempo real, sem a presença de observadores externos; fornecer *feedback* contínuo e imediato ao cliente e oferecer informações mais completas e minuciosas sobre o comportamento e suas variáveis de controle (Bohm & Gimenes, 2008; Jackson, 1999; Korotitsch & Nelson-Gray, 1999). Além disso, Fabricatore (2007) alerta que esta técnica é de grande utilidade em estudos sobre comportamento alimentar, pois, em geral, a população tende a subestimar de 8 a 34% sua ingestão de calorias.

Previamente à aplicação do treino de automonitoração, alguns autores (Barton, Blanchard & Veazey, 1999; Cone, 1999; Foster & cols., 1999; Jackson, 1999) apontam a necessidade de definir parâmetros para o autorregistro, como dimensão do comportamento-alvo a ser registrado, frequência do registro e intervalo de tempo em que a automonitoração ocorrerá. Barton e cols. (1999) indicam o registro em papel e caneta como o mais frequentemente utilizado, talvez pelo seu baixo custo e facilidade de manuseio.

Quanto às medidas para garantir a precisão do autorregistro, a literatura (Barton & cols., 1999; Bohm & Gimenes, 2008; Cone, 1999; Korotitsch & Nelson-Gray, 1999) aponta alguns procedimentos que devem ocorrer no período anterior e posterior ao registro, bem como medidas que devem ocorrer durante o registro.

No momento anterior ao treino de automonitoração, é necessário estabelecer um vínculo de confiança entre o participante e pesquisador. O participante deve conhecer a importância dos registros para o sucesso do tratamento. Para isso, Bohm e Gimenes (2008) sugerem fornecer exemplos bem sucedidos do uso de registros para a resolução de transtornos comportamentais ou para a compreensão de alguns fenômenos pesquisados. Outra medida necessária refere-se ao treino prévio da automonitoração, tendo em vista que a maioria das pessoas não possui em seus repertórios comportamentos de auto-observação e autorregistro.

Quanto aos cuidados a serem tomados durante o registro de automonitoração, o participante deve ser orientado a registrar o comportamento temporalmente o mais próximo possível da sua ocorrência. Isso reduz possíveis esquecimentos e distorções nos relatos sobre as observações. Além disso, Bohm e Gimenes (2008) ressaltam que os registros não devem ocorrer concorrentemente com outros comportamentos como, por exemplo, enquanto fala ao telefone ou realiza qualquer outra atividade. Após a realização dos registros, orienta-se iniciar a sessão de entrevista com a análise dos mesmos, o que reforça o comportamento de registrar

do participante. Além disso, faz-se necessário reforçar o desempenho do indivíduo sempre que os registros sejam feitos de forma precisa e de acordo com as solicitações.

Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005) conduziram estudos com o objetivo de investigar os efeitos da utilização de relato verbal e do registro de automonitoração sobre a adesão à dieta em pacientes com diabetes e excesso de peso, inscritos em um programa multiprofissional de um hospital universitário. No estudo de Immer (2005) participaram cinco adultos, enquanto que Ferreira e Fernandes (2009) conduziram um estudo de caso com um paciente adulto.

Em ambos os estudos, ao preencher o critério de adesão à dieta em menos de 50% das refeições recomendadas pela nutricionista, durante a linha de base (LB), iniciou-se a etapa de intervenção, realizada em ambiente domiciliar, em dias alternados da semana. Como medida de adesão à dieta, as pesquisadoras criaram um Índice de Adesão à Dieta (IAD), calculado considerando-se todas as refeições realizadas ao longo do dia.

Como principal estratégia de intervenção, as pesquisadoras realizaram um Treino de Auto-Observação do comportamento alimentar, que no estudo de Ferreira e Fernandes (2009) teve início com um treino de registro de automonitoração (TRA), utilizando autorregistros com diferentes graus de complexidade, finalizando-se com um treino de relato verbal (TRV) sobre a alimentação do paciente do dia anterior à entrevista. Já Immer (2005) inverteu a ordem dos treinos, iniciando com um TRV e passando posteriormente a um TRA. O critério para encerramento de cada tipo de treino consistiu na obtenção de, no mínimo, 50% de adesão (IAD) em três entrevistas consecutivas.

Após estas etapas, foi realizada uma entrevista para avaliação dos custos e benefícios dos comportamentos de adesão à dieta. Na sequência, as pesquisadoras realizaram entrevistas de Treino no Planejamento (PJ) da adesão à dieta, que consistiu no registro pelos participantes

da estimativa acerca das refeições que seriam realizadas nas 24 horas seguintes, tendo sido atribuído critério de 50% de correspondência entre o dizer-fazer.

Nos resultados do estudo de Immer (2005), três participantes interromperam a coleta de dados durante o TRV, sem alcançar do critério para mudança de treino. Das duas participantes que realizaram todas as etapas da pesquisa, ambas manifestaram aumento da adesão durante o TRV, entretanto, no que se refere ao TRA e etapas seguintes, apenas uma manifestou IADs estáveis, variando entre 50 e 80% de adesão, sugerindo a instalação de repertório de auto-observação e autocontrole do comportamento alimentar.

Os resultados do estudo de caso conduzido por Ferreira e Fernandes (2009) revelam que das oito entrevistas de TRA, em quatro o participante apresentou IAD igual ou superior a 50%, tendo ocorrido quatro recaídas, quando o IAD foi semelhante aos obtidos na LB (33%). Por outro lado, das cinco entrevistas de TRV, em duas foram verificados IAD abaixo de 50%, indicando ampliação do repertório de respostas de auto-observação.

Estes resultados indicam a eficácia dos treinos de automonitoração e de relato verbal na instalação de repertórios de auto-observação e autocontrole do comportamento alimentar. De acordo com Immer (2005), enquanto que o TRV favoreceu a aquisição de repertórios de auto-observação, o TRA proporcionou a manutenção desses repertórios, por meio da discriminação mais acurada das contingências presentes nas regras nutricionais, possibilitando melhor gerenciamento da dieta.

Adesão ao Tratamento de Doenças Crônicas

O conceito de adesão é bastante discutido na literatura, porém não há um consenso quanto à sua definição. Em uma concepção analítico-comportamental, pode ser considerada como uma classe de comportamentos operantes controlados por eventos ambientais, denominados de comportamentos de autocuidado (Malerbi, 2000). Nesta perspectiva, o

conceito não se restringe à correspondência entre as regras de tratamento e os comportamentos dos pacientes, pois envolve ampliação de repertório, abrangendo qualquer comportamento com função de autocuidado, direcionado à promoção de saúde (Ferreira, Mendonça & Lobão, 2007).

Compreender adesão de maneira mais ampla é de fundamental importância para o tratamento de doenças crônicas, tendo em vista que, de acordo com Ferreira e cols. (2007), a terapêutica para este tipo de doença exige um controle regular e em longo prazo, sendo necessário educar o paciente para que ele seja capaz de controlar sua enfermidade e aprenda a lidar com esta nova condição durante a sua vida.

Além disso, é relevante conhecer as variáveis que afetam a probabilidade de adesão ao tratamento, o que torna possível, juntamente com o levantamento do histórico do paciente, pensar em estratégias de promoção do autocuidado.

No que se refere aos fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento da obesidade, Mauro, Taylor, Wharton e Sharma (2007) apontam algumas barreiras envolvidas na dificuldade em alcançar e manter o emagrecimento em longo prazo. Dentre elas, os autores citam a falta de reconhecimento do paciente quanto à cronicidade da doença, que contribui para que o indivíduo enfatize apenas a mera redução de peso, sem considerar a necessidade de mudança no estilo de vida em longo prazo.

Esta barreira refere-se a déficits de conhecimento sobre a doença e seu tratamento. Araújo e Garcia (2006) e Ferreira e cols. (2007) destacam o aspecto educacional/ informativo como fundamental para a adesão. Parece ser consenso na literatura a necessidade de informar ao paciente quanto a sua patologia e ao tratamento, especificando os benefícios de determinados comportamentos de adesão para o melhor controle da doença. Entretanto, este fator, por si só, parece não ser suficiente para promover adesão, porém, pode contribuir para emissão e manutenção de autocuidado.

Outra barreira descrita por Mauro e cols. (2007) se refere às questões culturais e sociais que incentivam o consumo de alimentos calóricos, bem como o receio em evitar tais situações para não perder contato com reforçadores sociais. Neste sentido, é preciso que o paciente adquira outros reforçadores, não relacionados à alimentação. Além disso, é necessário que o indivíduo seja capaz de realizar análises de custos e benefícios das respostas de adesão ao tratamento, avaliando o comportamento mais funcionalmente adequado às situações.

Além do aspecto educacional e da autonomia do cliente para realizar análises de custos e benefícios das respostas de autocuidado, outra estratégia para promoção da adesão refere-se ao vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente. É de responsabilidade do profissional facilitar a construção deste vínculo, a fim de conhecer as possibilidades e limitações do paciente, visando à indicação de alternativas adequadas para o tratamento. Acrescenta-se a este fato que a equipe de saúde deve levar em consideração a história pessoal do paciente, uma vez que tratamentos padronizados podem favorecer a não-adesão ou dificultar a adesão por não considerar as idiossincrasias do paciente (Ferreira & cols., 2007).

De acordo com Foster e cols. (2005), é importante também assegurar que o paciente compreenda a razão para uma mudança específica do comportamento; além disso, o indivíduo deve identificar as metas planejadas, com a ressalva de que metas em curto prazo devem estar baseadas em comportamento em vez de perda de peso, já que muitos outros fatores afetam-no em curto prazo. Outro aspecto importante é identificar os facilitadores e as barreiras para o sucesso do tratamento, que se referem especificamente àquele indivíduo. Para que o tratamento tenha sucesso, é necessário que o mesmo seja delineado do início ao fim, com a participação ativa do paciente. O último aspecto de promoção da adesão descrito pelos autores refere-se à importância de o paciente registrar as suas metas e os passos-chave planejados, bem como da análise funcional das mudanças de comportamento.

Foster e cols. (2005) e Foreyt e Poston II (1998) destacam que o processo de adesão ao tratamento, como qualquer outro processo de aprendizagem, é composto por retrocessos e recaídas. Neste sentido, manejar a não-adesão é uma habilidade essencial tanto para o terapeuta quanto para o cliente. Alguns aspectos devem, portanto, estar claros para ambos, a saber: (i) assumir que a razão da não-adesão deve-se à ausência de planejamento ou habilidade e não à ausência de motivação; (ii) analisar o que ocorreu e como esta ação pode ser prevenida futuramente; (iii) ajudar o paciente a reconhecer a não-adesão e assumir responsabilidade por suas ações; (iv) evitar criticar o paciente ou mesmo questioná-lo sobre sua motivação, pois isto possui efeito aversivo, prejudicando a relação profissional-paciente; e (v) preservar a auto-estima do paciente, identificando realizações pequenas e positivas e ressaltando que a finalidade não é alcançar a perfeição, o que contribuirá para manter uma boa auto-estima do paciente.

Ao colocar em prática as estratégias de adesão, o profissional de saúde deve, em seguida, pensar sobre as medidas de adesão a serem utilizadas, ou seja, os procedimentos de avaliação da adesão a serem adotados. Estes indicadores devem ser considerados com cuidado, pois fornecerão indícios sobre os resultados da intervenção ao longo da mesma e sobre a sua eficácia.

Malerbi (2000) discute algumas estratégias de avaliação da adesão comumente adotadas, dentre elas, os indicadores biológicos, que vem sendo bastante utilizados em pesquisas e tratamentos de saúde. Contudo, a autora alerta que nem sempre estes indicadores são precisos em suas medidas, podendo não refletir fielmente o grau de adesão ao tratamento, pois sofrem influência de outras variáveis não controladas.

Na revisão da literatura realizada, observou-se que, em geral, os tratamentos comportamentais da obesidade consideram como medida de sucesso do tratamento a perda de peso, indicador biológico. Este foco na perda de peso como resultado único do tratamento da

obesidade reflete as influências do modelo biomédico no cuidado à saúde. De acordo com Kaplan (1990), neste modelo a patologia é o foco da pesquisa e o alvo do tratamento, sendo realizadas intervenções para eliminar a doença ou preveni-la.

Kaplan (1990) critica os indicadores biológicos e fisiológicos enquanto resultado último de qualquer tratamento relacionado à saúde. Para o autor, indicadores de saúde e bem-estar devem ser comportamentais, entendendo comportamento como qualquer atividade que possa ser observada por outro organismo ou por algum instrumento do experimentador ou ainda por relatos verbais de experiências subjetivas. Neste sentido, são chamados de resultados comportamentais de saúde a todas as alterações comportamentais no estado de saúde que possam ser observáveis.

Isso não significa que procedimentos direcionados à doença e seus sintomas ou fatores de risco não sejam necessários. Para Kaplan (1990), tais procedimentos, quando aliados a intervenções comportamentais, são mais efetivos para a geração de resultados de saúde. Ambos são complementares para a promoção de resultados comportamentais de saúde, sendo que o segundo é mais amplo, uma vez que intervenções médicas sem foco em resultados comportamentais podem induzir a falsos resultados.

Portanto, indicadores biológicos e fisiológicos devem ser valorizados na medida em que podem atuar como descritores de resultados comportamentais. De outra forma, podem ser desnecessários, pois nem sempre possuem confiabilidade em relação às variáveis que se propõem a mensurar, possuindo várias fontes de erro. Neste sentido, propõe-se focar não mais em fatores de risco, mas sim em resultados de saúde, uma vez que mudanças nos fatores de risco nem sempre implicam em melhoria da saúde, quando se considera medidas comportamentais¹ (Kaplan,1990).

¹ Kaplan (1990) relata um estudo (Steering Committee of the Physician's Health Study Research Group, 1998, 1989) que divulgou como resultado que a ingestão de aspirina preveniria infartos no miocárdio, baseado no fato de que houve uma redução significativa das mortes por esta causa durante os oito anos de follow-up do estudo. Mais tarde,

O modelo construcional de Israel Goldiamond

Goldiamond (1974/2002) também sinaliza as limitações da abordagem de saúde tradicional e propõe um modelo construcional de intervenção, com a ressalva de que não há nada de errado no modelo de tratamento de saúde orientado para a patologia, e que ambos os modelos podem se complementares.

Na abordagem terapêutica de Goldiamond, o foco está na aquisição e manutenção de novos comportamentos que proporcionem melhorias na qualidade de vida do indivíduo. Enfatiza-se a autonomia do paciente em relação ao seu tratamento, de forma que o mesmo seja responsável pelo controle dos sintomas e participe ativamente do planejamento do tratamento a ser realizado (Ferreira & cols., 2007).

Para Goldiamond (1974/2002), a intervenção terapêutica deve estabelecer contingências favoráveis à construção de repertórios mais produtivos, opondo-se à postura de que o objetivo da terapia é eliminar comportamentos ditos inadequados.

Desta forma, a intervenção inicia-se pelo estabelecimento das metas e/ou objetivos comportamentais do tratamento, quando são levantadas as expectativas do paciente, utilizando-se recursos para que esta descrição seja fornecida de forma clara e mensurável, ou seja, por meio de exemplos de padrões de comportamentos a serem emitidos. O segundo passo seria a investigação do repertório comportamental que o indivíduo possui, a fim de identificar as bases para o estabelecimento dos comportamentos-alvo, em vez de dimensionar os comportamentos-problema existentes. A partir de então, busca-se a construção de novos repertórios por meio do restabelecimento de padrões de comportamentos saudáveis, generalização de classes de comportamentos-alvo para outros contextos e instalação de novos padrões comportamentais (Goldiamond, 1974/2002).

porém, verificou-se que as mortes por esta categoria de doença foram compensadas pelo aumento do número de óbitos causados por outras doenças cardiovasculares. Isto é, o foco do tratamento não direcionado a um fator comportamental crucial – vida ou morte – permitiu uma interpretação errônea dos resultados, provando que nem sempre medidas não comportamentais são fidedignas ao medir o que se propõem.

Realiza-se, então, a análise de uma matriz de contingências pra identificar os custos e os benefícios tanto dos comportamentos já estabelecidos quanto da mudança ou construção do novo repertório. Vale ressaltar que a ampliação de repertório ocorre de maneira gradual, por meio do procedimento de modelagem por aproximações sucessivas, estabelecendo-se objetivos cada vez mais complexos, sempre descritos em forma de comportamentos a serem emitidos. Durante a intervenção, o paciente é estimulado a realizar constantes análises funcionais de seus comportamentos bem como análises de custo e benefício das respostas. Além disso, a intervenção também possui foco na manutenção dos comportamentos-alvo, a partir da identificação das variáveis que os mantêm.

Baseados nos princípios do modelo construcional, Ferreira e cols. (2007) indicam ainda a necessidade do estabelecimento de contratos verbais com o cliente como primeiro passo para a aprendizagem de análises de contingências e aquisição de uma melhor auto-observação e conseqüentemente, autoconhecimento. A partir disso, possibilita-se o estabelecimento de novos padrões de comportamentos de maneira gradual e que considere as possibilidades e limitações do paciente. Os autores também enfatizam a necessidade da mediação social por meio de constantes feedbacks ao cliente, possibilitando ao mesmo a discriminação de seus progressos durante o tratamento e controle da doença.

Este modelo de intervenção parece ser de grande auxílio no tratamento de doenças crônicas como a obesidade. É possível que o foco no fortalecimento, generalização e manutenção de comportamentos já existentes no repertório do paciente, bem como na modelagem de novos comportamentos mais saudáveis contribuam para uma efetiva mudança em direção aos objetivos terapêuticos. Isto porque se valoriza a individualidade do paciente e suas idiosincrasias.

Ademais, ao visar à ampliação de repertório, prioriza-se o estabelecimento de contingências mantidas por esquemas de reforçamento positivo ao invés de punição, buscando

ampliar reforçadores. A ênfase na ampliação de fontes de reforçamento é importante na medida em que programas orientados para a eliminação de comportamentos podem privar o organismo de reforçadores críticos e reduzir o grau de liberdade para a obtenção destes estímulos (Gimenes, Andronis & Layng, 2005). Nas palavras de Sidman (1989/2003), “... se a punição for suficientemente forte, pode até mesmo por um fim à produção de reforçadores positivos que sustentam a vida” (p.87).

Neste sentido, ao focar na ampliação de repertório estimula-se o aumento da variabilidade comportamental, elevando a probabilidade de fortalecimento de outras respostas concorrentes ao comer em excesso e mais adequadas quando se considera a saúde do indivíduo. Desta forma, é possível que o paciente continue a ter acesso a reforçadores positivos por meio de outros comportamentos fortalecidos pelo ambiente.

Por tudo isso, acredita-se que uma intervenção comportamental, por meio de Treino de Relato Verbal e Treino de Automonitoração, baseada na abordagem construcional de Goldiamond que vise à adesão ao tratamento da obesidade, mais especificamente, às regras nutricionais oferecidas por uma equipe de nutrição possa ser eficaz para a aquisição e manutenção de comportamentos de autocuidado.

Este estudo situa-se no campo da análise aplicada ao comportamento, a qual é concebida como “uma atividade científica que visa compreender o comportamento socialmente importante através da investigação das variáveis das quais o mesmo é função” (Canaan-Oliveira, 2003, p.351).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar os efeitos de um treino de automonitoração e de um treino de relato verbal sobre o estabelecimento e a manutenção, em curto prazo, de comportamentos de seguir regras nutricionais em adultos com diagnóstico de obesidade.

Objetivos Específicos

- Identificar as variáveis de controle do comportamento alimentar das participantes;
- Verificar a existência de efeito de generalização entre refeições durante a intervenção com Treino de Automonitoração e Treino de Relato Verbal;
- Comparar os Índices de Adesão à Dieta (IAD) obtidos na condição de Treino de Automonitoração com os IADs obtidos na condição de Treino de Relato Verbal.

MÉTODO

Participantes

Duas mulheres adultas, Cláudia e Maria², com diagnóstico de obesidade leve em atendimento em uma clínica nutricional particular, na cidade de Belém-Pa, que aceitaram participar voluntariamente deste estudo (Projeto aprovado pelo CEP/NMT-UFGA, Anexo I). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos das participantes selecionadas.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: apresentar Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 30,0 e 35,0 e medida do abdômen maior que 84 cm; faixa etária entre 20 e 40 anos; residir em Belém e relatar dificuldade em seguir a dieta e baixa adesão ao tratamento. Os critérios de exclusão foram: estar gestante e ter filho recém-nascido.

² Os nomes atribuídos às participantes são fictícios.

Tabela 1.
Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes

	Participantes		
	Cláudia	Maria	
Dados Sociodemográficos e Clínicos			
Dados Sociodemográficos	Idade	25 anos	40 anos
	Estado Civil	Convivência Marital	Solteira
	Escolaridade	Superior Incompleto	Superior Completo
	Ocupação	Estudante Universitária / Desempregada	Professora de Ensino Médio
	Estrutura Familiar	Residia na casa do seu companheiro, onde moravam nove pessoas, sendo, três empregadas domésticas e seis familiares do marido (uma irmã, duas sobrinhas, mãe, tia e a avó). Ao final, mudou-se com o marido, passando a residir com a sua irmã.	Reside com sua filha, de 07 anos, sua mãe e sua avó.
	Nível Socioeconômico*	A2	B2
Dados Clínicos	Medidas Antropométricas	Peso: 80 Altura: 1,51 IMC: 35 Circunferência: 109 cm	Peso: 80,4 Altura: 1,58 IMC: 32,2 Circunferência: 95 cm
	História de tratamentos para obesidade	Sim	Sim
	Experiência prévia c/ dietas para emagrecer	Sim	Sim
	Experiência prévia com automedicação	Sim	Sim
	Tempo de Tratamento c/ a equipe de nutrição atual	01 mês	03 anos
	Tratamento Prescrito	Plano alimentar de 1500cal para redução de peso; sibutramina 10mg; antioxidante celular (uma dose 2x ao dia); spirulina 500mg (1 dose 30min antes do almoço e do jantar) ; Agar Agar 200mg (2 cáp. 30 min. antes do almoço e jantar).	Dieta de 1500cal para redução de peso e controle de triglicerídeos e sucos antianêmicos; fibra de maracujá (2 comp. Antes do almoço e jantar). Sibutramina 12,5mg; antioxidante plus (1 dose 2x ao dia); spirulina 500mg (1 dose 30 min, antes do almoço e jantar); artic sea (ômega 3) (1 comp. Depois almoço e jantar)

Nota: * Classificação socioeconômica segundo ABEP (2008).

Para a seleção das participantes primeiramente analisou-se os prontuários dos pacientes atendidos entre os meses de janeiro e abril de 2009. À medida que os pacientes foram pré-selecionados, buscou-se o contato telefônico para realização do convite à participação na pesquisa e exposição dos objetivos do estudo, bem como a confirmação verbal sobre a dificuldade em seguir a dieta. No total, foram pré-selecionados 49 pacientes. Destes,

apenas quatro aceitaram participar da pesquisa; porém, devido ao abandono do tratamento, duas participantes foram desligadas ao início da coleta de dados. Após o contato telefônico, era agendada uma entrevista no local disponibilizado pela participante, para uma nova explicação dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Ambiente

A coleta de dados foi realizada nos locais disponibilizados pelas participantes, com a exigência de ser um local reservado, para preservação do sigilo da entrevista. Todas as entrevistas com Cláudia foram realizadas em seu domicílio, enquanto que o ambiente de coleta de dados com Maria alternou entre o local de trabalho e seu domicílio.

Materiais e Instrumentos

Gravador MP3: Utilizado para a gravação em áudio de todas as entrevistas realizadas com as participantes.

Protocolo de Análise de Prontuário (Anexo III): Com o objetivo de realizar uma triagem dos possíveis participantes da pesquisa, a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, elaborou-se este protocolo com questões referentes à identificação das participantes (nome, endereço, data de nascimento e contatos), estado clínico (comorbidades, alterações de peso, IMC e medidas de circunferência do abdômen) tratamento indicado (dietético e medicamentoso) e frequência a consulta (data da primeira e da última consulta).

Roteiro de Entrevista Inicial (Anexo IV): Protocolo contendo questões referentes a aspectos sociodemográficos, como composição familiar, moradia, estado civil, nível sócio-econômico (ABEP, 2008), escolaridade, religião, para maior conhecimento do contexto familiar e social das participantes. Também composto por perguntas sobre o histórico da doença e de

tratamentos, preferências alimentares, as orientações profissionais para o tratamento da obesidade e as expectativas relacionadas ao tratamento atual, além de um quadro para o registro do relato do comportamento alimentar habitual tendo como objetivo caracterizar o repertório de entrada do comportamento alimentar e fazer um levantamento do histórico de saúde, tratamento e adesão das participantes.

Recordatório Alimentar das últimas 24h (Anexo V): quadro utilizado pela pesquisadora para o levantamento do repertório alimentar das participantes ocorrido nas últimas 24 horas (dia anterior ao da entrevista), contendo linhas destinadas ao preenchimento de todas as refeições realizadas ao longo do dia e colunas destinadas às informações relacionadas ao contexto alimentar (horário das refeições, atividades, sentimentos e companhias), descrição dos alimentos ingeridos, a fim de se verificar a qualidade dos mesmos, e descrição das quantidades ingeridas.

Plano Alimentar (Anexo VI): Material elaborado pela equipe clínica de nutrição, contendo recomendações referentes ao fracionamento das refeições (desjejum, lanche 1, almoço, lanche 2 e jantar), ao controle da qualidade e da quantidade dos alimentos ingeridos em um período de 24 horas, incluindo lista de substituições para que o paciente planeje cada refeição de acordo com os alimentos disponíveis e recomendações gerais sobre a alimentação a ser realizada. Para cada item alimentar indicado em determinada refeição corresponde a indicação do grupo alimentar no qual estão descritos os alimentos que podem ser utilizados em substituição ao recomendado. Na lista de substituição, são indicados: (a) alimentos permitidos sem restrições e (b) oito grupos de alimentos cada qual com as respectivas quantidades: hortaliças (grupo I e II); carnes e soja (grupo III); queijos (grupo IV); cereais e leguminosas (grupo V); frutas (grupo VI); gorduras (grupo VII); leites e derivados (grupo VIII).

Formulário de Registro de Automonitoração (Anexo VII): Formulário para o autorregistro da refeição-alvo. Possui linhas e colunas para preenchimento de: (a) horário das refeições, (b)

qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos e (c) eventos antecedentes e consequentes ao comportamento alimentar (atividade, sentimento e companhias). As instruções para o preenchimento deste instrumento foram escritas e baseadas nos princípios da entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001).

Formulário de Planejamento Alimentar (Anexo VIII): instrumento elaborado para o planejamento da refeição-alvo, abrangendo tanto a alimentação, em relação à quantidade e à qualidade dos alimentos, quanto o contexto no qual a refeição ocorrerá (horário, local, sentimentos e companhias), ainda que o preenchimento de todos os campos não fosse obrigatório, sendo utilizado na medida da necessidade das participantes.

Inventário de Adesão à Dieta (Anexo IX): Protocolo elaborado para o cálculo do Índice de Adesão à Dieta (IAD) da refeição-alvo, a partir da comparação entre os registros feitos pela participante, seus relatos sobre a alimentação realizada e as instruções contidas no Plano Alimentar.

A Figura 1 apresenta o cálculo do IAD, o qual era obtido pela divisão entre o *nº de itens corretamente ingerido* e a soma do *nº de itens recomendados* e o *nº de itens excedentes ingeridos*. O resultado desta divisão era multiplicado por 100 para se obter o valor em porcentagem.

$$\text{IAD} = \frac{\text{nº de itens corretamente ingeridos}}{\text{nº de itens recomendados} + \text{nº de itens excedentes ingeridos}} \times 100$$

Figura 1. Operação para o Cálculo do Índice de Adesão à Dieta

Escala de Avaliação da Adesão à Dieta (Anexo X): Formulário contendo colunas para o registro dos IADs obtidos pelas participantes durante a coleta de dados e um gráfico cumulativo dos IADs para a análise das mudanças ocorridas.

Roteiro de Entrevista Final (Anexo XI): Instrumento contendo questões sobre custos e benefícios da participação no estudo e os resultados obtidos pelas participantes em relação a mudanças de comportamentos, elaborado com o objetivo de avaliar os resultados obtidos, comparando-se os índices de adesão alcançados ao longo da pesquisa e as mudanças no repertório alimentar.

Procedimento

Realizou-se um estudo de caso, dividido em quatro etapas.

Etapa 1: Entrevistas de Linha de Base (LB)

Foram realizadas quatro entrevistas de linha de base, em dias da semana alternados³. Na primeira entrevista, foi utilizado o Roteiro de Entrevista Inicial, bem como o Recordatório Alimentar. Este último instrumento foi utilizado em todas as entrevistas de linha de base. Ao final desta etapa, a pesquisadora realizou o cálculo dos IADs por refeição e preenchia os gráficos cumulativos de adesão, também por refeição, utilizando respectivamente o Inventário de Adesão à Dieta e a Escala de Avaliação da Adesão à Dieta.

Etapa 2: Intervenção

A partir da quinta entrevista, as participantes foram distribuídas em duas condições, de acordo com a ordem de ingresso na pesquisa: Condição I – Treino de Automonitoração (Cláudia) e Condição II – Treino de Relato Verbal (Maria).

A intervenção teve início com a apresentação às participantes dos IADs obtidos durante a LB, bem como dos gráficos cumulativos de adesão para cada refeição, a fim de selecionar a primeira refeição-alvo. O critério para a seleção da refeição-alvo foi o menor

³ Para este estudo, foram excluídas as refeições realizadas aos finais de semana.

custo de resposta de adesão, considerando-se que quanto maiores os IADs, menor o custo de resposta de adesão.

Ao final de cada intervenção com uma refeição-alvo, os IADs obtidos nas outras refeições eram novamente apresentados às participantes para a escolha da refeição-alvo seguinte, obedecendo-se o mesmo critério de custo de resposta.

Com base no critério de adesão à dieta adotado nos estudos de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005), que estipularam $IAD \geq 50\%$ como adesão à dieta; neste estudo estabeleceu-se a porcentagem de 60% como condição de adesão, tendo sido utilizados os seguintes critérios para o encerramento dos treinos:

- a) Alcance, em três entrevistas consecutivas, de $IAD \geq 60\%$ na refeição-alvo (critério de adesão à dieta); ou
- b) Seis entrevistas consecutivas com $IAD < 60\%$; ou
- c) Ocorrência de três tentativas, sem ultrapassar o limite de nove entrevistas de intervenção. Cada tentativa iniciava com a ocorrência de uma refeição-alvo com $IAD \geq 60\%$ e finalizava com a ocorrência de uma refeição-alvo com $IAD < 60\%$, sem atingir o critério estabelecido no item “a”.

Todas as entrevistas da etapa de intervenção, considerando as Condições I e II, foram constituídas de quatro momentos:

1º Momento: Análise da consistência entre o registro/relato da refeição-alvo e as regras descritas no Plano Alimentar.

2º Momento: Análise dos custos e dos benefícios dos comportamentos de seguir ou não as regras nutricionais.

3º Momento: Análise das variáveis determinantes para a emissão ou não dos comportamentos de seguir as regras estabelecidas pela nutricionista;

4º Momento: Planejamento de ações de adesão considerando-se as ações de mais fácil seguimento de acordo com a análise dos custos e benefícios. Eram realizados acordos sobre os itens alimentares a serem ingeridos e sua quantidade, bem como manejo das variáveis ambientais, estabelecendo-se metas para a refeição-alvo do dia seguinte à entrevista.

Os relatos e/ou registros de comportamento alimentar consistente com as regras nutricionais eram consequenciados pela pesquisadora, que além de sinalizar a consistência entre as regras nutricionais e o comportamento alimentar também emitia verbalizações e expressões não verbais que evidenciavam os esforços das participantes para o seguimento das orientações. Por outro lado, para os relatos e/ou registros de comportamentos de não adesão, a pesquisadora procurava escutá-los atentamente, sem qualquer tipo de verbalização ou expressão não verbal que sinalizasse reprovação ou julgamento. Posteriormente as inconsistências eram identificadas durante o cálculo do IAD.

Ao final de cada entrevista, eram aplicados o Inventário de Adesão à Dieta e a Escala de Avaliação da Adesão à Dieta. Além disso, em todas as sessões de intervenção foi utilizado o Recordatório Alimentar para a coleta de dados das outras refeições realizadas, para as quais a pesquisadora buscou não expressar qualquer comentário relacionado à adesão.

Condição I: Treino de Registro de Automonitoração

Cláudia realizou 15 entrevistas de intervenção, nas quais foi utilizado o Formulário de Registro de Automonitoração e o Formulário de Planejamento Alimentar.

Previamente ao registro de automonitoração, para garantir a precisão do mesmo, dois procedimentos foram adotados: 1) fornecimento de informações à participante sobre a importância dos registros de automonitoração para a adesão ao tratamento e apresentação de

um estudo⁴ em que se verificou a eficácia do instrumento; e 2) fornecimento de informações sobre como e o que registrar, com instruções sobre o momento do registro, dicas para lembrar-se de registrar, período de duração dos registros, as variáveis a serem registradas e definição destas variáveis de forma que não houvesse interpretações dúbias.

Para a instalação do comportamento de autorregistro no repertório da participante, durante a primeira entrevista de intervenção foi realizado um ensaio do autorregistro. Solicitou-se à Cláudia o preenchimento do Formulário de Automonitoração referente à refeição-alvo, considerando os alimentos ingeridos nesta refeição no dia anterior. No ensaio, Cláudia foi orientada a registrar os eventos contextuais (onde realizou a refeição, na companhia de quem e quando), a quantidade de alimentos ingeridos, considerando as medidas descritas no Plano Alimentar, a especificação dos alimentos consumidos e os eventos consequentes ao comportamento alimentar.

Condição II: Treino de Relato Verbal

Maria realizou 32 entrevistas nesta condição. A coleta de dados da refeição-alvo e o planejamento da mesma foram realizados por meio de relato verbal, com auxílio do Recordatório Alimentar.

Frisa-se que a única mudança no procedimento entre as participantes foi quanto à ausência/presença do autorregistro e que os demais procedimentos permaneceram os mesmos (como critério para mudança da refeição-alvo; planejamento (oral); disponibilização de reforço social pela pesquisadora e utilização do Inventário de Adesão à Dieta e da Escala de Avaliação da Adesão à Dieta).

⁴ Oliveira, L. C. C.; Ferreira, E. A. P.; & Casseb, M. S. (2006). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6, 1-18.

Etapa 3: Manutenção em curto prazo

Após a intervenção foram realizadas três entrevistas de manutenção com Maria, em dias alternados, nas quais se utilizou o Recordatório Alimentar, o Inventário de Adesão à Dieta e a Escala de Avaliação da Adesão à Dieta. Nesta etapa, a pesquisadora buscou ouvir atentamente os relatos sem qualquer expressão ou verbalização de aprovação. As consistências e inconsistências entre o comportamento alimentar e as regras nutricionais eram identificadas durante o cálculo dos IADs.

Etapa 4: Follow-up

Esta etapa foi composta por três entrevistas, distanciadas temporalmente por um intervalo aproximado de uma semana, quinze dias e um mês, respectivamente, para a participante Maria. Cláudia realizou apenas uma entrevista de follow-up aproximadamente um mês após seu comunicado de interrupção de sua participação na pesquisa, ocorrido ao longo da intervenção com a terceira refeição-alvo.

Nas entrevistas foi solicitado o Recordatório Alimentar das refeições realizadas no dia anterior ao da entrevista e foram calculados os IADs de cada refeição, a fim de verificar se houve manutenção do repertório de adesão à dieta alimentar.

Etapa 5: Encerramento

Ao final da última entrevista de follow-up realizou-se a etapa de encerramento, utilizando-se do Roteiro de Entrevista Final.

Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados foi individualizada, considerando-se o delineamento de sujeito como seu próprio controle. Foram analisados 62 Formulários de Recordatório Alimentar,

sendo 20 de Cláudia e 42 de Maria, 14 Formulários de Automonitoração e 13 Formulários de Planejamento Alimentar. As informações obtidas pelos formulários foram complementadas pela análise dos áudios de todas as entrevistas realizadas, quando foram transcritos alguns trechos de interações verbais pertinentes a análise dos dados.

As análises foram conduzidas principalmente por meio de comparações entre os IADs obtidos em todas as etapas do procedimento de coleta de dados. Utilizaram-se ainda trechos de interações verbais pesquisadora-participante e trechos de verbalizações das participantes.

Análise dos Índices de Adesão à Dieta (IAD)

Para o cálculo dos IAD, considerou-se como *itens recomendados* a variedade de itens para uma refeição indicados no Plano Alimentar, seja no cardápio ou na lista de substituição (ex: Café da Manhã – leite desnatado, pão de forma light, queijo ricota, e mamão – total 04 itens). *Número de itens excedentes* referiu-se à variedade de itens não recomendados, porém adicionados à refeição pela participante (ex: Café da Manhã – bolo de chocolate – total de 01 item); e *itens corretamente ingeridos* foram aqueles indicados no Plano Alimentar, seja no cardápio ou na lista de substituição, e que foram ingeridos pela participante na quantidade recomendada (ex: Café da Manhã – uma xícara de leite desnatado; duas fatias de pão de forma light, uma fatia fina de queijo ricota, e um mamão).

Nas situações nas quais a participante ingeriu o item recomendado na quantidade correta (01 item corretamente ingerido) e acrescentou à refeição outro item alimentar do mesmo grupo (ex.: Ingeriu uma xícara de leite desnatado (recomendado) e acrescentou um iogurte de fruta, ambos do grupo VIII), independentemente da quantidade, o item acrescido foi considerado como 01 (um) item excedente. Todavia, caso o alimento introduzido fosse composto pela mistura de vários itens como, por exemplo, um misto quente, composto por

pão, queijo e presunto, e nenhum deles estivesse recomendado, considerava-se o número total de itens como excedentes, neste caso, 03 itens excedentes.

Para o enquadramento da alimentação nas categorias *item corretamente ingerido*, *item excedente* e *item recomendado* utilizou-se principalmente as informações contidas no Plano Alimentar, além de orientações obtidas ao longo da pesquisa com a equipe de nutricionistas pertencentes à clínica onde as participantes eram atendidas.

Determinados itens alimentares ingeridos não foram considerados nos cálculos dos IADs. Tais itens foram classificados como “livres”, pois, de acordo com as nutricionistas, não interfeririam na dieta das participantes. A maioria destes itens está descrito na parte inicial da lista de substituição fornecida às participantes em “alimentos permitidos sem restrições”. Foram acrescentados a essa categoria os seguintes itens: adoçante e refrigerante zero.

Ao longo da coleta de dados, as dúvidas a respeito da alimentação das participantes foram sanadas pela equipe de nutrição, a qual disponibilizou o endereço eletrônico para orientações adicionais. Neste sentido, sempre que durante uma entrevista havia dúvidas relacionadas à adequação da alimentação, a pesquisadora, após a entrevista, enviava um e-mail para as nutricionistas descrevendo a alimentação realizada e a dúvida levantada e solicitando maiores orientações. Dirimida a dúvida, a pesquisadora repassava as informações a participante e atualizava o cálculo do IAD. Logo, tais orientações adicionais também foram consideradas para o cálculo dos IADs e consideradas individualmente para cada participante.

Dentre as orientações repassadas, foi acordado com Maria que as recomendações indicadas para o café da manhã e o lanche da manhã, e para o lanche da tarde e o jantar poderiam ser invertidas, isto é, Maria poderia seguir as instruções dirigidas ao lanche da manhã durante o café da manhã e vice-versa e o mesmo procedimento poderia ocorrer entre o lanche da tarde e o jantar.

Além disso, caso Maria não ingerisse a totalidade dos itens recomendados para o café da manhã, os itens não ingeridos poderiam ser transpostos para a refeição seguinte (lanche da manhã). Nestes casos, para o cálculo do IAD do café da manhã consideravam-se como *itens recomendados* apenas os recomendados e ingeridos durante a refeição, enquanto que para o cálculo do IAD do lanche da manhã, acrescentava-se à categoria *itens recomendados* os itens transpostos do café da manhã. O mesmo ocorreu entre o lanche da tarde e o jantar.

Outra orientação recebida durante a coleta de dados foi que a recomendação do almoço, com exceção da indicação de feijão e sua respectiva substituição, poderia ser utilizada para o jantar.

Para garantir a representatividade do IAD, optou-se por reformular o seu cálculo para os lanches da manhã e da tarde, indicados para Maria. Estas refeições eram compostas pela recomendação de um ou dois itens alimentares, o que restringia o cálculo do IAD à zero, 50% e 100% de adesão. Nestes casos, determinou-se que, considerar-se-ia como *números de itens corretamente ingeridos e números de itens recomendados* o número referente à quantidade de porções de grupos de alimentos. Assim, como pode ser observado no Anexo VI (Plano Alimentar de Maria), recomendou-se para o lanche da manhã uma unidade de barra de cereal light (uma porção do grupo V) ou uma maçã (duas porções do grupo VI). Dessa forma, caso a participante relatasse ter ingerido algum item do grupo V, considerava-se como *número de itens recomendados* apenas um item (igual a uma porção do grupo V). Entretanto, caso a participante relatasse ter comido fruta (grupo VI), considerava-se como *número de itens recomendados*, dois itens (igual a duas porções do grupo VI). O mesmo procedimento ocorreu em relação ao lanche da tarde, quando foi possível, em algumas situações, considerar como *número de itens recomendados*, quatro itens (referentes a duas porções do grupo VI e duas porções do grupo V).

Quanto ao fracionamento das refeições, considerou-se *café da manhã* toda a alimentação realizada no período matutino até às 10h; *lanche da manhã*, as ingestões de alimentos ocorridas no período de 10 às 12h; *almoço*, as refeições realizadas entre 12 e 15h; *lanche da tarde*, as ocorrências alimentares no intervalo de 15 às 18h e *jantar*, todo o comportamento alimentar realizado a partir das 18h.

Análise da Fidedignidade do IAD

Para a análise da fidedignidade do cálculo dos IADs foram selecionadas aleatoriamente uma refeição de cada participante referente a cada uma das etapas da coleta de dados, os seja, uma refeição durante a linha de base; uma refeição-alvo de cada treino; uma refeição da etapa de manutenção e uma refeição ocorrida na etapa de follow-up.

Para Cláudia, foram selecionadas cinco refeições: um jantar referente a etapa de LB; um café da manhã, um almoço e um jantar ocorridos durante os respectivos treinos de automonitoração; e um lanche da manhã relatado durante a etapa de follow-up.

Para Maria, foram separadas oito refeições: um jantar ocorrido na etapa de LB, um café da manhã, um almoço, um lanche da tarde, um lanche da manhã e um jantar, realizados durante os respectivos treinos de relato verbal; um café da manhã referente a etapa de manutenção em curto prazo; e um lanche da tarde realizado durante a etapa de follow-up.

Utilizando-se o procedimento de “julgamento cego”, dois pesquisadores experientes realizaram o cálculo do IAD para todas as refeições selecionadas, levando em consideração as orientações nutricionais fornecidas, tanto no Plano Alimentar quanto por e-mail.

Foram comparados os IADs obtidos pelo pesquisador e pelos juízes a fim de se estabelecer o Índice de Fidedignidade do cálculo de cada refeição. Para tanto, utilizou-se a fórmula representada na Figura 2, na qual **IF** é o Índice de Fidedignidade.

$$IF = \frac{\text{n}^\circ \text{ de itens em acordo}}{\text{n}^\circ \text{ de itens em acordo} + \text{n}^\circ \text{ de itens em desacordo}} \times 100$$

Figura 2. *Fórmula do Índice de Fidedignidade*

Os IF encontrados para Cláudia, considerando-se todas as refeições analisadas foram de 96% e 91%, enquanto que o IF geral, para as refeições de Maria, foi de 89,6% e 94,2%. A Tabela 2 apresenta os IF obtidos para cada refeição de ambas as participantes.

Tabela 2.
Índices de Fidedignidade entre Juízes relativos aos IADs das refeições de Cláudia e Maria

Claudia				Maria			
Entrevista	Refeição	IF Juiz 1	IF Juiz 2	Entrevista	Refeição	IF Juiz 1	IF Juiz 2
3	Jantar	80	80	2	Jantar	100	100
6	Café da Manhã	100	100	5	Café da manhã	100	100
13	Almoço	100	100	16	Almoço	87,5	87,5
18	Lanche da Tarde	100	75	20	Lanche da Tarde	100	100
20	Lanche da Manhã	100	100	25	Lanche da Manhã	100	100
				33	Jantar	50	66,6
				37	Café da Manhã	80	100
				42	Lanche da Tarde	100	100
	Média	96	91		Média	89,6	94,2

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados comparando-se o desempenho das duas participantes nas etapas de Linha de Base e Encerramento. Os dados obtidos nas etapas de Intervenção, Manutenção em curto prazo e Follow-up foram analisados individualmente, considerando-se o delineamento de pesquisa de sujeito único e posteriormente comparados, a fim de verificar semelhanças e diferenças entre as condições de Treino de Automonitoração e Treino de

Relato Verbal. Para a discussão dos resultados deste estudo, foram trazidas contribuições da literatura sobre o tema.

Inferências sobre a instalação e manutenção do comportamento de comer inadequado do ponto de vista nutricional

Tanto Cláudia quanto Maria relataram possuir histórico familiar de excesso de peso, ou seja, parentes, ascendentes e/ou colaterais, com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, o que pode indicar pré-disposição genética para o desenvolvimento da doença e/ou compartilhamento de hábitos alimentares favoráveis ao desenvolvimento desta condição de saúde, conforme apontam os estudos de Jebb (1997) e Rossi e cols. (2008).

Cláudia relatou que, embora seus pais possuíssem peso e hábitos alimentares saudáveis, grande parte de seus tios apresentavam excesso de peso e poucos realizavam tratamento pra alterar esta condição clínica. Neste caso, ainda que Cláudia tivesse oferta de alimentos saudáveis em casa, a partir de seus 15 anos, a participante passou a residir na casa de diferentes tios, em resposta de fuga ao controle coercitivo exercido pelo pai, compartilhando dos hábitos alimentares daqueles. Por sua vez, Maria verbalizou que quatro das suas seis irmãs possuíam problemas com o controle do peso, sendo que apenas duas engajavam-se em tratamentos, ainda que de maneira intermitente. Seu pai, falecido, também apresentava problemas de saúde associados ao excesso de peso. Ao final da coleta de dados, a irmã mais velha de Maria foi internada por problemas de saúde relacionados à obesidade mórbida.

Considerando-se as contingências históricas relatadas, é possível que as participantes tenham adquirido, ainda na infância/adolescência, e no convívio familiar, hábitos alimentares favoráveis ao acúmulo excessivo de gordura no organismo, confirmando a literatura que aponta a alimentação inadequada do ponto de vista nutricional como um dos principais fatores

desencadeadores da obesidade (Monteiro & cols., 2004). Esta relação torna-se ainda mais provável para Cláudia que relatou que sempre se reconheceu como uma pessoa “*gordinha*”. Já Maria, afirmou que durante a adolescência não gostava de ser magra e que quando começou a engordar, ficou mais satisfeita com seu corpo. Ambas indicaram os 23 anos como a idade na qual manifestaram excesso de peso. Até esta idade, verificou-se por meio dos relatos das participantes um ambiente predominantemente reforçador no que se refere à alimentação, sem nenhum tipo de controle aversivo.

Os relatos das preferências alimentares das participantes dão dicas da história de reforçamento que possivelmente construíram com determinados tipos de alimentos. Cláudia verbalizou que, embora gostasse de comer saladas, hortaliças e frutas, possuía preferência por massas, como macarrão, gnocchi e pizza, além de churrasquinho (de carne, calabresa ou frango), farofa e comidas tipo *fast food*. Além disso, à época das entrevistas, itens alimentares como hortaliças e frutas eram raramente disponibilizados para consumo na casa em que residia, pois não faziam parte das preferências dos outros moradores. Por sua vez, Maria afirmou gostar bastante das comidas típicas paraenses⁵, sanduíches e salgados fritos, bem como farinha combinada a qualquer tipo de alimento.

Infere-se que, no decorrer da história de vida das participantes, determinados alimentos tenham adquirido valor reforçador condicionado e generalizado, extrapolando o seu valor reforçador primário, conforme sugerem Ades e Kerbauy (2002) e Cavalcante (2009). A literatura comportamental aponta alguns processos de aprendizagem que podem estar envolvidos na instalação e manutenção do comportamento alimentar do obeso, como processos de condicionamento respondente (Foster & cols., 2005) e operante (Silva, 2001).

É possível que para Cláudia alimentos ricos em gordura e com pouco valor nutricional tenham adquirido *status* reforçador ao serem pareados a outros estímulos de mesmo valor.

⁵ Tais como maniçoba, vatapá e tacacá.

Devido a uma história de controle aversivo disponibilizado por seu pai, a participante pode ter desenvolvido certa “privação afetiva” que intensificou o valor reforçador de atenção e de afeto, os quais na infância e adolescência foram disponibilizados por alguns de seus tios e posteriormente pelo companheiro e pela sogra de Cláudia. Ao longo de sua história de vida, a companhia de tais pessoas esteve associada aos seus hábitos alimentares, os quais eram favoráveis ao desenvolvimento da obesidade.

Além disso, esquemas de reforçamento negativos também foram identificados na manutenção do comer inadequado de Cláudia, confirmando as análises levantadas por Silva (2001). Para a autora, a ingestão de comida além de prazerosa, também pode atuar como uma distração temporária de uma situação ansiogênica, reduzindo os níveis de ansiedade. Em alguns momentos esta contingência se revelou vigente para Cláudia, como é possível perceber no relato abaixo:

“Como eu to em época de prova, geralmente em época de prova eu fico muito, muito ansiosa, e aí o quê que eu penso ‘comida, comida, comida’ [risos]. Eu tento não pensar, mas eu acho que eu to tão acostumada com isso...” (13ª entrevista).

Por outro lado, em Maria verificou-se contingências de reforçamento positivo na manutenção do comer inadequado, sendo o alimento um dos poucos reforçadores disponíveis à participante, tendo adquirido valor reforçador generalizado, que pode ser inferido a partir dos autorrelatos abaixo:

“Eu gosto de comer à noite (...) Sabe o que é, Suellen? A minha vida é mais à noite, eu não vivo durante o dia. Eu digo assim, durante o dia eu vivo pro trabalho e pra minha filha, quando eu vou relaxar é durante a noite” (Entrevista Inicial).

“(...) Tem um outro problema, Suellen, é que eu estou me sentindo extremamente cansada, eu até ia falar isso pra Dra D. [nutróloga]. Meu pé tá doendo, sabe doendo, parece que eu pisei em brasa... Aí é assim, eu to assim, entendeste, talvez eu esteja precisando de uma reviravolta na minha vida ... Eu acho que eu sair dessa escola particular. Lá tá me cansando muito, por incrível que pareça, é um dia só, mas tá me cansando muito. Por que eu passo o dia lá, eu acordo cedo e lá é só estresse...Eu to pensando em ficar até junho” (10ª entrevista).

De acordo com Silva (2001), geralmente a pessoa com obesidade possui um repertório pobre em termos de atividades reforçadoras e ao sentir-se entediada ou com uma sensação de vazio ou cansaço, engaja-se em atividades relacionadas ao comer, como experimentar novos pratos e sair com amigos para restaurantes, uma vez que estas atividades compõem suas principais fontes de reforçamento.

Outro aspecto que possivelmente contribuiu para a manutenção de hábitos alimentares favoráveis ao desenvolvimento da obesidade foi o não envolvimento das participantes no planejamento e no preparo de suas refeições. Ambas não assumiam esta responsabilidade e se alimentavam de acordo com suas preferências e dependendo da oferta e disponibilidade de alimentos. Desta forma, não eram capazes de assumir o controle sobre o seu comportamento alimentar, por meio da manipulação de contingências que elevassem sua adesão à dieta.

Além disso, não havia no contexto social das participantes uma rede de apoio para a adesão à dieta e ao tratamento da obesidade. O incentivo à ingestão de alimentos calóricos e favoráveis ao desenvolvimento da obesidade é outra barreira para adesão ao tratamento da obesidade descrita na literatura (Mauro & cols., 2007) e identificada, principalmente no contexto social de Cláudia, como pode ser visualizado no autorrelato a seguir:

“O T. [marido] queria porque queria fazer frango frito pra mim. Eu disse que não queria. A gente ficou discutindo porque ele queria mandar no que eu ia comer. Ele: ‘tu vai ficar com fome!’ e eu disse: ‘eu não vou ficar com fome!’. Conclusão, acabou que ele preparou pra mim dois pães com margarina e patê de presunto. Na verdade eu só queria manteiga, mas ele colocou o patê. E ele ainda queria colocar o Nescau. Eu disse que eu não queria Nescau. Ele: ‘que dieta é essa, de doido!’. Eu: ‘menino pára com isso, não dá pra te entender, quando eu como muito tu reclamas quando eu como pouco tu reclamas, vai entender’.” (6ª entrevista).

Em Maria verificou-se a influência cultural (Mauro & cols., 2007) da culinária paraense como barreira para a adesão à dieta. As comidas típicas regionais possuíam um forte valor reforçador, sendo a recusa deste tipo de alimento uma resposta de alto custo para Maria, como se evidencia no trecho a seguir:

P: e a maniçoba, tu comeste no Círio?

M: Comi. Muita. (...) Mas ela tava sem sal. (...) Eu passei o dia comendo maniçoba, no almoço e no jantar [risos].

(...)

P: Tu achas que é algo que tu ainda tens que melhorar, se controlar mais diante desse tipo de comida?

M: Suellen..., não. É o dia que eu tiro pra comer, tanto que tinham outras coisas, mas eu não quis. No outro dia é que eu comi as outras coisas (42ª entrevista).

Por fim, ressaltam-se os déficits no repertório comportamental das participantes quanto aos comportamentos de autocuidado. Ambas apresentavam histórico de abandono de dietas, em curto intervalo de tempo, e insucesso na perda de peso, exceto quando ingeriam medicamentos inibidores de apetite. Sob o efeito da medicação, as participantes relataram não sentir necessidade de se alimentar, reduzindo a quantidade de ingestão calórica. Todavia, após a retirada da medicação, ambas verbalizaram insucesso na manutenção dos resultados. É possível que a experiência com a ingestão medicamentosa tenha dificultado nas participantes o desenvolvimento do autoconhecimento no que se refere aos sentimentos de privação, saciação e controle alimentar.

Expectativas quanto ao tratamento

As participantes destacaram como principal objetivo do tratamento nutricional a perda de peso. Cláudia verbalizou como meta emagrecer, pelo menos, 20kg até o final do tratamento (sem estimar o tempo em que alcançaria tal objetivo), enquanto Maria objetivou reduzir 15kg em aproximadamente seis meses.

É possível que o foco das participantes quanto à perda de peso, sem considerar a necessidade de mudança de estilo de vida em longo prazo, além de ser um reflexo do enfoque biomédico tradicional utilizado para a condução do seu tratamento, denuncie certo desconhecimento quanto à cronicidade da obesidade. Para Kaplan (1990) a utilização de indicadores biológicos, como a perda de peso, enquanto principal medida de sucesso de

tratamentos de saúde nem sempre é confiável, sendo recomendável utilizar tais indicadores biológicos associados a indicadores comportamentais de saúde, que no caso do tratamento da obesidade, poderia ser adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, aumento da frequência de atividades físicas e melhorias na qualidade de vida do paciente. Quanto à possibilidade de desconhecimento do caráter crônico da obesidade, Araújo e Garcia (2006) e Ferreira e cols. (2007) ressaltam que, embora a informação nem sempre seja suficiente para garantir adesão, o aspecto educacional do tratamento pode contribuir para a emissão e manutenção de comportamentos de autocuidado.

Outros resultados do tratamento também foram verbalizados pelas participantes. Cláudia esperava, em consequência da perda de peso, elevar sua autoestima (sentir-se bonita), provocar “um certo ciúme” no marido, eliminar as dores na coluna e nos joelhos, bem como reduzir os riscos de doenças (comorbidades) e conseguir um emprego - uma vez que acreditava que sua dificuldade em conseguir emprego estava atrelada à obesidade e ao estigma da doença. Maria, além da redução do peso corporal, esperava como resultado do tratamento melhorar a sua qualidade de vida, tornando-se mais ágil, e elevar a sua autoestima, sendo capaz de vestir-se com qualquer roupa e se sentir bem.

Acredita-se que a maior diversidade de metas estabelecida por Cláudia esteja relacionada a um conhecimento mais amplo das consequências da obesidade bem como a um contato anterior com algumas destas consequências relatadas. Cláudia verbalizou que a obesidade eleva os riscos de doenças na coluna, diabetes, doenças cardíacas, dores de cabeça e gastrite - algumas das comorbidades associadas à doença, de acordo com Francischi & cols., 2000; Monteiro & cols., 2004; WHO, 2006 -, bem como dificuldades em conseguir emprego - destacados por Souza e cols. (2005) como prejuízos sociais atrelados à obesidade. Por outro lado, Maria relatou como consequência da obesidade apenas a baixa autoestima, a qual também é apontada por Souza e cols. (2005).

Avaliação do Repertório Inicial (Entrevistas de Linha de Base)

A Figura 3 apresenta os IADs das participantes Cláudia e Maria obtidos em cada refeição durante a etapa de Linha de Base (LB).

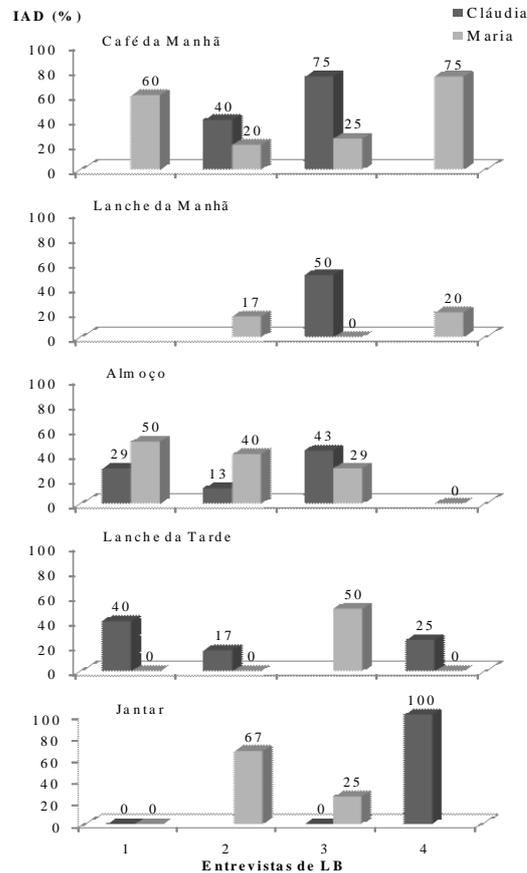


Figura 3. Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Cláudia e Maria durante as entrevistas da etapa de Linha de Base (LB).

De maneira geral, as participantes atingiram IADs abaixo de 60%, tendo ocorrido apenas duas refeições com $IAD \geq 60\%$ para Cláudia (um café da manhã e um jantar) e três refeições com $IAD \geq 60\%$ para Maria (dois café da manhã e um jantar). Cláudia revelou maior dificuldade no fracionamento das refeições, realizando de duas a três refeições por dia. O lanche da manhã foi a refeição realizada com menor frequência, apenas uma ocorrência, seguida do café da manhã, duas ocorrências. A ausência destas refeições estava associada à rotina de Cláudia que passava grande parte da manhã dormindo, quando não frequentava as aulas na faculdade.

Maria, embora tenha fracionado as refeições de acordo com as regras nutricionais, apresentou maior número de IADs iguais a zero, principalmente no lanche da tarde (três ocorrências), no lanche da manhã e no jantar (duas ocorrência cada), indicando uma alimentação inconsistente quanto à qualidade dos alimentos indicados na dieta para estas refeições. O almoço foi a refeição que revelou maior estabilidade de adesão à dieta, tendo obtido IAD acima de 29% em três entrevistas. Na quarta entrevista, a participante relatou que devido a restrições financeiras, optou por realizar apenas um “lanche” no local de trabalho. Ambas as participantes indicaram o café da manhã como a refeição com maior facilidade para seguimento das orientações nutricionais e o jantar como a refeição com maior dificuldade.

As dificuldades relacionadas à adesão às recomendações para os lanches, tanto da manhã quanto da tarde, também foram encontradas no estudo de caso conduzido por Ferreira e Fernandes (2009) e na pesquisa de Immer (2005). Em Ferreira e Fernandes, o paciente demonstrou dificuldades no fracionamento das refeições ao longo do dia, suprimindo as refeições intermediárias. No estudo de Immer (2005), dos cinco participantes, quatro apresentaram IADs para o lanche da manhã abaixo de 50%, revelando dificuldades quanto ao fracionamento, a quantidade e a qualidade dos itens alimentares.

As Tabelas 3 e 4 descrevem a consistência entre as orientações nutricionais prescritas e o relato da alimentação das participantes durante as entrevistas da etapa de linha de base. A Tabela 3 apresenta a descrição, conforme o relato de Cláudia, sobre como era, em geral, a sua alimentação (Repertório Rotina - RR) antes do início da pesquisa e a alimentação descrita nas quatro entrevistas de LB, além de uma análise da consistência entre o repertório alimentar inicial da participante e o Plano Alimentar (PA). A Tabela 4 apresenta uma formatação similar referente às informações apresentadas por Maria.

Tabela 3.

Análise da consistência entre as orientações nutricionais descritas no Plano Alimentar e o comportamento alimentar descrito por Cláudia durante as entrevistas de Linha de Base

Refeições	Plano Alimentar (PA)	Repertório LB (Rotina)				Consistência	
		Repertório Rotina (RR)	1ª LB	2ª LB	3ª LB		4ª LB
Café da Manhã	1 xíc. (200ml) leite desnatado ou suco natural ou ½ por. Gr.VIII 3 unid. torrada integral ou 1 por. Gr. V 1 col. (sopa) requeijão 0% gordura ou margarina ou 1 por. Gr. VII 1 fatia méd. melão ou 1 por. Gr. VI	1 ou 2 unid. Pão de hambúguer 1 ou 2 xíc. Café c/ leite integral 4 a 6 col. peq. açúcar margarina s/ sal ou manteiga 1 fatia queijo prato ou mussarela 1 fatia presunto de peito de peru light	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	1 unid pão de hambúguer margarina 1 xíc. café c/ leite integral 6 col. açúcar IAD= 40%	1 xíc. leite desnatado 4 a 6 gts adoçante 3 unid torrada integral Requeijão light IAD = 75%	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	Pouca consistência entre RR e PA, excedendo nas quantidades de cada item ingerido e no número de itens alimentares. Entrevistas de LB com melhora quanto à quantidade de cada item ingerido e número de itens alimentares. Baixa frequência da refeição.
Lanche da Manhã	2 por. Fruta ou 2 por. Gr. VI Ou 1 unid. barra de cereal ou 1 por. Gr V	1 ou 2 unid. salgados (enrolado ou lanchão queijo e presunto) 1 garrafa coca cola	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	1 unid. barra de cereal de castanha com chocolate IAD=50%	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	Pouca consistência entre RR e PA, divergindo quanto à qualidade dos itens alimentares. Baixa frequência da refeição.
Almoço	2 filés peq. frango ou 2 por. Gr. III 4 col. ch. (sopa) arroz integral ou 1 por. Gr. V 1 cc rasa feijão s/ charque ou 1 por. Gr. V À vontade salada crua 2 col. (sobremesa) azeite/óleo ou 1 por. Gr. VII 1 por/1 cp méd. fruta ou suco ou 1 por. Gr. VI	2 ou 3 col.gr. macarrão ou 2 col. ch. arroz 3 col. ch. carne moída ou 2 bifes grandes 1 caneca coca cola	2 garf. macarrão 1 ½ col. de picadinho 1 caneca de coca-cola IAD=29%	2 unid peitos de frango empanados fritos Catchup 1 caneca coca cola IAD = 13%	2 col. carne assada desfiada com ovo 2 col. arroz cozido 2 col. farofa IAD = 43%	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	Pouca consistência entre RR e PA. Número de itens alimentares inferior ao recomendado. Acréscimo de itens alimentares não recomendados (refrigerante) e excesso de itens alimentares do mesmo grupo (carne e ovo).

Refeições	Plano Alimentar	Repertório LB (Rotina)				Consistência	
		Repertório Rotina (RR)	1ª LB	2ª LB	3ª LB		4ª LB
Lanche da Tarde	1 cp (250ml) suco natural ou 1 por. Gr. VI 2 fatias peq. Pão forma light ou 2 por. Gr. V 1 fatia queijo minas ou 1 por. Gr. IV.	1 pão de hambúrgue r 1 carne de hambúrgue r 1 ou 2 fatias queijo 1 fatia presunto de peito de peru light 1 caneca coca cola ou suco uva de soja	2 unid. pão de forma integral Azeite 1 fatia queijo prato Molho Shoyo 1 caneca coca-cola IAD = 40%	1 unid. pão de hambúrguer 1 unid. peito de frango empanado frito 1 ou 2 fatias queijo mussarela ½ caneca coca cola IAD = 17%	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	Metade do prato salada (alface, cenoura, pimentão, beterraba, milho). Molho Shoyo 1 e ½ cc feijão (simples) 3 unid. filés de peito de frango frito IAD = 25%	Pouca consistência entre RR. e PA, excedendo no número de itens alimentares ingeridos. Acréscimo de itens alimentares não recomendados para a refeição (refrigerante, presunto light, carne ou peito de frango).
Jantar	1 prato fundo sopa de hortaliças s/ massa: 3 col. (sopa) carne de soja ou 1 por. Gr.III. À vontade hortaliças Gr.I e II ou 2 por. Gr. II 1 col. (sobremesa) azeite de oliva ou 1 por. Gr. VII.	Rodízio Pizza ou Churrasco (1 espeto carne, arroz, farofa) ou sanduíche fast-food ou massa ou 1 por. batata-frita coca cola	1 espeto churrasco de carne magra (6 pedaços) 2 potes (café) farofa 2 potes (café) molho 4 col. arroz temperado c/ pedaços de frango Batata frita 1 caneca + 2 copos coca-cola IAD = 0	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	1 espeto churrasco de carne magra (6 pedaços) 2 potes (café) farofa 2 potes (café) molho Batata frita 3 copos coca-cola IAD = 0	1 iogurte (corpus 0% de gordura) 1 barra de cereal (morango com iogurte) ⁶ IAD=100%	Inconsistência entre RR e PA, divergindo quanto à qualidade dos itens alimentares. LB caracterizada por alimentos não recomendados, exceto alimentação descrita na quarta entrevista de LB.

⁶ Embora esta refeição não seja consistente com a indicação contida no Plano Alimentar, a nutricionista de Cláudia considerou 100% de adesão à dieta a esta refeição, considerando o horário em que foi realizada (23h30m).

Tabela 4.

Análise da consistência entre as orientações nutricionais descritas no Plano Alimentar e o comportamento alimentar descrito por Maria durante as entrevistas de Linha de Base

Refeições	Plano Alimentar (PA)	Repertório LB (Rotina)					Consistência
		Repertório Rotina (RR)	1ª LB	2ª LB	3ª LB	4ª LB	
Café da Manhã	1 xíc. (200ml) leite de soja light ou ½ por. Gr.VIII 1 unid. pão integral ou 2 por. Gr. V ½ unid. peq. mamão ou 1 por. Gr. VI 1 col. (sopa) requeijão light ou margarina ou 1 por. Gr. IV	1 xíc. café c/ leite integral açúcar 1 unid. Pão francês Pouca margarina ou 1 unid. iogurte	1 xíc. café c/ leite integral açúcar 1 unid. pão francês margarina IAD= 60%	1 xíc. chá de canela 3 cubos queijo branco IAD= 20%	1 unid. barra de cereal (torta de limão) IAD= 25%	Vitamina: 1 banana, 2 col. farelo de germen de trigo 2 col. leite desnatado adoçante IAD= 75%	Consistência entre RR e PA. Dificuldade em ingerir o número de itens alimentares indicados durante a LB. Adequação quanto à qualidade e a quantidade de cada item.
Lanche da Manhã	1 unid. barra de cereal ou 1 por. Gr. V ou 1 unid. maçã ou 2 por. Gr. VI	Iogurte ou Café com leite Biscoitos de água e sal	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	1 unid. misto quente 1 xíc. café c/ leite integral açúcar IAD= 17%	1 copo canjica 1 xíc. café c/ açúcar IAD= 0	½ unid. enrolado de frango com catupiry 1 copo suco de maracujá açúcar IAD= 20%	Inconsistência entre RR e PA. Relato de ingestão de itens alimentares não recomendados para esta refeição durante as entrevistas de LB.
Almoço	2 filés peq. frango (chapa) ou 2 por. Gr. III 3 col. ch. (sopa) arroz integral ou 2 por. Gr. V 4 col. (sopa) feijão simples ou 1 por. Gr. V À vontade hortaliças do Gr. I e II 1 col. (sobremesa) azeite ou 1 por. Gr. VII 1 fatia abacaxi ou 1 por. Gr. VI	2 postas peixe ou frango 4-5 col. arroz frito 1 cc peq. caldo do feijão 2 col. farinha 1 cp. suco de fruta natural açúcar Doce (sobremesa)	1 fatia torta de carne assada desfiada com ovo 3 col. arroz frito 1½ cc feijão Salada (alface, tomate e pepino) 10 a 20 unid. doce de caju 1 xíc. chá emagrecedor IAD= 50%	1 fatia média lasanha de carne 1 unid. peito frango cozido 2 col. arroz frito 1 gar. macarrão 1 unid. banana 3 col. rasas(sopa) farinha IAD= 40%	1 por. vatapá 5 col. arroz 1 fatia melancia IAD= 29%	1 unid. coxinha 1 copo coca cola IAD= 0	Consistência intermediária entre RR e PA, devido ausência de itens alimentares indicados e acréscimo de itens não indicados. Dificuldade em ingerir o número de itens alimentares indicados na LB. Ingestão de itens não recomendados (refrigerante, lasanha, salgado) e excesso de itens alimentares do mesmo grupo (farinha).

Refeições	Plano Alimentar (PA)	Repertório LB (Rotina)				Consistência	
		Repertório Rotina (RR)	1ª LB	2ª LB	3ª LB		4ª LB
Lanche da Tarde	1 cp (300ml) suco de fruta ou 2 por. Gr. VI 4 unid. bolacha integral ou 2 por. Gr. V	1 copo suco de fruta natural açúcar 6 unid. biscoito doce ou champagne	1 xíc. café c/ leite integral açúcar IAD = 0	1 unid bombom chocolate IAD = 0	1 fatia melancia 1 unid. sanduíche Mc Lanche Feliz (pão, carne, queijo, salada) 1 copo coca cola zero IAD = 50%	1 cuja tacacá IAD= 0	Pouca consistência entre RR e PA, devido relato de ingestão de itens não indicados. Inconsistência entre entrevistas de LB e PA, devido ingestão de itens alimentares não indicados, exceto na 3ª entrevista, na qual ingeriu fruta.
Jantar	Sanduíche: 1 unid. pão integral ou 2 por. Gr.V 1 fatia queijo minas frescal ou 1 por. Gr. IV 1 col. rasa (sobremesa) margarina light ou 1 por. Gr. VII 1 xíc. (200ml) leite desnatado ou ½ por. Gr. VIII Ou Mesmas recomendações para o almoço, exceto feijão.	cachorro quente ou arroz com galinha ou lasanha ou empadão ou pão com queijo ou biscoito	1 por. Batata frita Catchup Maionese Queijo ralado IAD= 0	2 unid. pão de forma 1 fatia queijo margarina 1 fatia presunto 1 copo suco de maracujá Açúcar IAD= 67%	Pouco Caldo do Cozido Pouco Arroz Pouca Farinha IAD= 25%	A REFEIÇÃO NÃO OCORREU	Inconsistência entre RR. e PA. Ingestão de grande variedade de itens alimentares não recomendados para esta refeição. Relato de uma refeição consistente (2ª entrevista de LB), excedendo em dois itens não indicados (açúcar e presunto).

Cláudia demonstrou inconsistências entre seu repertório alimentar e as orientações nutricionais. Foram identificadas déficits de adesão em relação à qualidade, à quantidade dos alimentos recomendados e ao fracionamento das refeições. Em vários momentos foram introduzidos itens não recomendados como, refrigerantes, frituras e açúcar. Além disso, na terceira entrevista referente ao almoço, a participante excedeu na quantidade de itens de um mesmo grupo alimentar, o grupo III (carnes e soja).

Destaca-se o jantar como a refeição de maior inconsistência com as regras nutricionais, tanto em relação ao fracionamento, a qualidade e a quantidade de itens alimentares. Durante a etapa de LB, esta refeição ocorreu após longo intervalo sem ingestão de comida e foi predominantemente composta por alimentos pouco nutritivos e não indicados pela equipe de nutrição. Cláudia verbalizou que embora tivesse procurado ajuda especializada para o tratamento da obesidade ainda não havia iniciado a dieta, até a terceira entrevista de linha de base, quando foram verificadas melhorias na adesão às orientações para o café da manhã, lanche da manhã e almoço. Todavia, na última entrevista de LB a participante realizou apenas duas refeições, o lanche da tarde (IAD=25%) e o jantar (IAD=100%).

A procrastinação do início da dieta, de acordo com Kerbauy (2004), pode refletir um problema de autocontrole. Para a autora, assim como a questão do autocontrole envolve um comportamento que tem a possibilidade de ser reforçado ou punido e que possui uma história de consequências aversivas (desenvolvimento da obesidade), no caso da procrastinação, o comportamento de adiar o início da dieta também pode ser reforçado (pela atratividade de tarefas alternativas) e/ou punido (pela aversividade de não ter iniciado a tarefa esperada). Em ambos, existe uma contingência em curso que permite a emissão de um comportamento de baixa frequência (resposta controladora) que aumentará os reforçadores presentes e a motivação para evitar punições, alterando as condições

ambientais e a probabilidade da resposta controlada, que seria a adesão à dieta (Kerbaudy, 2004). Para Cláudia, o comportamento de iniciar a dieta foi a resposta de baixa probabilidade relatada na terceira entrevista de linha de base.

A partir da análise da Figura 3 e da Tabela 3, comparando as refeições relatadas no repertório de rotina e nas entrevistas de LB, foram identificados em Cláudia alguns comportamentos consistentes com as regras nutricionais, ainda que em baixa frequência: consumo nas quantidades indicadas de leite (grupo VIII), torradas (grupo V), margarina ou requeijão (grupo VII) e uso de adoçante durante o café da manhã; consumo de barra de cereal no lanche da manhã, ainda que tenha necessidade de aprimorar a seleção dos sabores de cereais; ingestão de itens dos grupos III (carnes e sojas) e V (cereais e leguminosas), durante o almoço e de itens dos grupos IV (queijos) e V, durante o lanche da tarde, embora haja necessidade de adequação para as quantidades indicadas em ambas as refeições; e ingestão de itens alimentares considerados leves durante o jantar, quando realizado próximo ao horário de dormir.

Maria revelou repertório alimentar consistente em relação às regras nutricionais no que se refere ao fracionamento das refeições. Apenas o lanche da manhã, na primeira entrevista de LB, e o jantar, na quarta entrevista de LB, não ocorreram. Os lanches, da manhã e da tarde, foram as refeições que apresentaram maior inconsistência com o Plano Alimentar, devido à ingestão de alimentos não recomendados para a refeição, indicando déficits quanto à qualidade dos alimentos recomendados. Para o jantar foram identificadas dificuldades quanto ao controle da qualidade dos alimentos, embora Maria tenha relatado 67% de adesão às regras nutricionais para esta refeição durante a segunda entrevista de LB, indicando necessidade de fortalecimento dos comportamentos alimentares consistentes.

As dificuldades relacionadas ao café da manhã foram quanto ao consumo do número de itens alimentares indicado pela equipe de nutrição. Maria relatou “não sentir

fome” no horário desta refeição e, portanto, ter dificuldades em ingerir o total de itens recomendados. Para o almoço, Maria demonstrou déficits quanto ao consumo de itens dos grupos I, II (hortaliças) e VII (gorduras) e dificuldades de adequação da refeição quanto à qualidade dos itens ingeridos, tendo relatado consumo de alimentos que não constavam nas orientações, como salgado, refrigerante, vatapá (comida típica), doce de caju e lasanha; além de excesso de itens alimentares do mesmo grupo, o que ocorreu na primeira entrevista de LB, quando a participante relatou o consumo de carne assada e ovo (ambos do Grupo III).

Ao comparar as refeições relatadas no repertório de rotina e nas entrevistas de LB, descritas na Tabela 4 e ao analisar a Figura 3 foi possível identificar em Maria os seguintes comportamentos consistentes com as regras nutricionais: fracionamento adequado das refeições; consumo em quantidades adequadas de todos os itens recomendados para o café da manhã, embora não tenha ocorrido relato de ingestão de todos os itens indicados em uma mesma refeição; almoço com ingestão de itens dos grupos III (carnes e soja), V (cereais e leguminosas) e VI (frutas), conforme a orientação nutricional; consumo de fruta durante o lanche da tarde, apesar de apenas uma ocorrência; e ingestão de itens alimentares dos grupos IV (queijos) e V (cereais e leguminosas) durante o jantar. Ressalta-se que tais comportamentos ocorreram com baixa frequência, devendo ser fortalecidos.

Quando indagadas sobre as recomendações nutricionais fornecidas, as participantes não souberam informar os itens alimentares indicados para cada refeição, afirmando que não se lembravam de parte das orientações e que até aquele momento ainda não tinham feito a leitura do plano alimentar e das recomendações contidas no mesmo, embora soubessem como utilizar a lista de substituição.

Cláudia enfatizou a importância de ingerir as vitaminas e os minerais recomendados (fitoterápicos), realizar atividade física e comer alimentos leves à noite, tais

como fruta e um copo de leite. Embora tenha sido recomendada a ingestão de medicamentos para emagrecimento, a participante optou por não ingerir tais medicamentos. Por outro lado, Maria afirmou que recebeu orientações da nutricionista apenas na primeira vez que realizou tratamento na clínica, em 2007, e que quando retomou o tratamento, as incompatibilidades de horário de atendimentos da nutróloga com os da nutricionista impossibilitaram a consulta com esta última. Quanto às orientações que recordava, Maria verbalizou o uso de medicamento, o consumo de frutas durante os lanches da manhã e da tarde e a ingestão de um sanduíche feito com pão integral para o jantar.

Verifica-se, por meio dos relatos das participantes, pouco conhecimento sobre as orientações nutricionais fornecidas e contidas no Plano Alimentar, o que pode ter contribuído para a ocorrência de inconsistências entre o repertório alimentar e as orientações nutricionais. Malerbi (2000) chama a atenção sobre a importância da qualidade das instruções ministradas pelos profissionais de saúde para a adesão ao tratamento. No caso do presente estudo, é possível que esta qualidade tenha sido prejudicada pela extensão e complexidade das orientações nutricionais, que descreviam comportamentos relacionados ao fracionamento das refeições, quantidade e qualidade dos alimentos.

É possível que a extensão destas regras nutricionais tenha interferido no seu seguimento, conforme revelam os resultados da pesquisa experimental conduzida por Albuquerque e Ferreira (2001). Estes dados apontam para a necessidade de fornecer orientações de cuidados de saúde mais simplificadas, que enfatizem apenas o que é essencial ao tratamento, estratégia de promoção da adesão sugerida por Ferreira (2001).

Além disso, ressalta-se que nem sempre as regras emitidas por profissionais de saúde são claras quanto às consequências das respostas nelas descritas, deixando margem a interpretações que podem ser fantasiosas ou irreais, contribuindo para o abandono do

seguimento das regras já que, de acordo com Albuquerque (2005) a emissão do comportamento especificado pela regra está sob controle tanto da própria regra quanto de suas propriedades formais, ou seja, das consequências por ela relatadas, e quando o indivíduo mantém contato prolongado com consequências que contradizem a própria regra, o seu controle pode deixar de ocorrer.

Condição I: Treino de Automonitoração

As refeições-alvo de Cláudia submetidas à intervenção foram, respectivamente, o café da manhã (quatro entrevistas), o almoço (oito entrevistas) e o lanche da tarde (três entrevistas). A Tabela 5 apresenta o contexto no qual o treino de automonitoração do café da manhã ocorreu, a descrição dos planejamentos realizados e os IADs obtidos.

Apesar de Cláudia ter apresentado durante a LB repertório comportamental inconsistente com o recomendado no Plano Alimentar, ela não demonstrou dificuldades em seguir as orientações para o café da manhã durante a fase de intervenção, tendo atingido índices de adesão elevados, se engajado na compra de diversos produtos alimentares indicados para a refeição e alcançado o critério de encerramento do treino de automonitoração em apenas quatro entrevistas.

Na primeira entrevista de intervenção, Cláudia obteve 50% de adesão às recomendações, possivelmente devido a dificuldades relacionadas à orientação alimentar e a autorregra de que poderia ingerir qualquer produto diet/light. Nesta refeição, a participante ingeriu itens alimentares não recomendados na dieta, ainda que light, e excedeu na quantidade de um item alimentar. Após o cálculo do IAD, tendo verificado a inconsistência de determinados itens ingeridos, Cláudia optou por seguir mais rigorosamente as indicações, retirando-os do planejamento da refeição para o dia seguinte.

A partir da introdução do registro do planejamento, Cláudia passou a seguir as regras descritas nos mesmos, obtendo índices de adesão acima de 60% nas entrevistas de intervenção subsequentes. É possível que o fato de Cláudia não estar sob controle dos eventos da privação de alimentos, ou seja, ter relatado em todas as entrevistas de intervenção não sentir fome durante o café da manhã, tenha contribuído para o seguimento das regras descritas no planejamento.

Tabela 5.

Descrição dos Planejamentos do café da manhã realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do café da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Relato de ausência de fome. Disponibilidade de produtos lights.	Excedeu na quantidade de itens (pão) e acrescentou dois itens não indicados (achocolatado light e peito de peru light).	50%	Relato de saciação
3 torradas integrais 3 pts de faca requeijão 0% gordura 2 col. leite desnatado Café Adoçante 1 fatia melão	Relato de ausência de fome. Disponibilidade de produtos lights. Relato de vontade de ingerir itens não recomendados.	Seguiu todas as orientações e o planejamento.	100%	Relato de saciação
3 torradas integrais 3 pts de faca requeijão 0% gordura 2 col. leite desnatado Café Adoçante ½ unid. maçã	Relato de ausência de fome. Disponibilidade de produtos lights.	Seguiu todas as orientações e o planejamento.	100%	Relato de saciação
3 torradas integrais 3 pts de faca requeijão 0% gordura 2 col. leite desnatado Café Adoçante ½ unid. maçã	Relato de ausência de fome. Disponibilidade de produtos lights.	Seguiu as orientações e o planejamento, com exceção de um item alimentar que não estava disponível (fruta).	75%	Relato de saciação

Ao longo do treino, na segunda entrevista, Cláudia verbalizou que embora estivesse seguindo o planejamento queria ingerir outros alimentos, não recomendados para a refeição, indicando que seus comportamentos estavam sob controle das regras e das consequências descritas por elas ou subentendidas. Na quarta entrevista do treino, ao

atingir o critério para mudança de refeição-alvo, verificou-se que o comportamento alimentar consistente com as regras nutricionais havia sido fortalecido, quando a participante verbalizou que:

“C: O café eu to sentindo que eu não tenho mais [dificuldade].... Eu já tenho esse costume, não como mais outras coisas [alimentos não indicados]...” (4ª entrevista - Treino de Automonitoração – Café da Manhã)

Ao final do treino, observou-se o fortalecimento dos comportamentos emitidos durante as entrevistas de linha de base, os quais tiveram sua frequência aumentada, e o engajamento no consumo de frutas (item do grupo VI) nas quantidades recomendadas.

O contexto no qual o treino de automonitoração do almoço, segunda refeição-alvo, ocorreu, os planejamentos realizados para esta refeição e os IADs obtidos estão descritos na Tabela 6. Durante o treino, Cláudia emitiu respostas de baixo custo de adesão, ingerindo os alimentos conforme a sua disponibilidade e relatando “preguiça” ao ter que preparar seus próprios alimentos, como pode ser exemplificado no trecho abaixo:

“C: Na verdade, ontem, dava pra eu ter comido o peito de frango que eu fiz, mas eu fiquei com preguiça de ir lá na cozinha, esquentar. E também eu adoro panqueca” (1ª entrevista – Treino de Automonitoração do Almoço).

Neste caso, sempre que o alimento recomendado estivesse disponível à participante e com acesso facilitado, ou seja, já preparado, a probabilidade de consumo deste alimento nas quantidades indicadas era maior, o que pode ser inferido a partir do comentário da participante na terceira entrevista de treino: “Não, até que não [foi difícil]. Quando tem tudo pronto, até que não é difícil [aderir às orientações para o almoço]...”. Esta probabilidade fortalecia-se ainda mais quando não havia concorrência de estímulos, isto é, quando não era disponibilizado qualquer outro alimento com valor reforçador. Nesta situação, verifica-se o elevado custo de resposta para Cláudia dos comportamentos de preparação das refeições.

Tabela 6.

Descrição dos planejamentos do almoço realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do almoço foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Relato de vontade de comer panqueca. Auto-regras sobre ingestão de itens alimentares.	Reduziu o número de itens alimentares recomendados.	50%	Sentiu estômago pesado.
A entrevista para qual o planejamento foi realizado foi cancelada pela participante.	Privação de alimento. Indisponibilidade de alimentos recomendados. Restrição financeira.	Ingeriu alimento disponível na cantina da faculdade (salgado e suco natural).	14%	Relato de saciação
2 Peito de frango Arroz Feijão Salada Suco light	Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos recomendados. Relato de vontade de comer itens não recomendados no plano alimentar.	Seguiu parcialmente o planejamento, realizando as substituições adequadas. Seguiu as orientações sobre número de itens alimentares e qualidade dos mesmos. Excedeu no número de itens do mesmo grupo alimentar (batata cozida - grupo V).	86%	Relato de saciação “P: Foi ótimo [o almoço], não foi? C: Foi. [risos]. P: Foi difícil [aderir às orientações para o almoço]? C: Não, até que não [foi difícil]. Quando tem tudo pronto até que não é difícil”.
13h. No quarto. Carne Arroz 1 cc ch. feijão Salada c/ azeite ½ maçã	Refeição realizada na sala de estar, às 12h40m. Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos recomendados.	Seguiu parcialmente o planejamento, realizando as substituições adequadas. Seguiu as orientações quanto às quantidades de cada item alimentar. Reduziu o número de itens alimentares planejados (não ingeriu azeite).	83%	Relato de saciação
2 peito de frango Arroz Feijão Salada c/ Azeite Fruta	Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos recomendados, exceto salada.	Seguiu parcialmente o planejamento, realizando as substituições adequadas. Reduziu o número de itens alimentares planejados (não ingeriu salada e azeite). Excedeu no número de itens do mesmo grupo alimentar (batata cozida - grupo V).	57%	Relato de saciação “P: O teu almoço foi muito bom e de acordo com o planejamento, né? Dessa vez praticamente você atingiu os 60% de adesão. Vamos continuar intervindo nele, ok? C: É. É melhor mesmo”.
2 ped. frango 3 col. arroz 1 cc. Feijão Salada c/ Azeite Fruta ou suco	Estar na casa de uma tia. Disponibilidade dos alimentos recomendados. Controle social (tia).	Seguiu o planejamento e as orientações quanto à qualidade e à quantidade. Reduziu o número de itens alimentares planejados (não ingeriu azeite).	83%	Relato de saciação “P: Comparando do início até agora, tu achas que diminuiu a tua dificuldade em relação ao almoço? C: Eu acho que eu ainda tô com um pouco de dificuldade. P: Então nós vamos continuar no almoço”.
No quarto. Porção grupo III Arroz 1 cc ch. Feijão Salada c/ Azeite Fruta	Privação. Estar na casa de uma tia. Disponibilidade de alimentos recomendados e de alimentos reforçadores (hist. de vida) não recomendados. Frustração em relação à dieta e à perda de peso. Preocupação devido a brigas recentes com marido e familiares do mesmo.	Seguiu parcialmente o planejamento. Excedeu na quantidade de um dos itens alimentares (churrasco) e no número de itens do mesmo grupo alimentar (farofa – grupo V).	57%	Sentiu estômago pesado e indisposição.
2 ped. peito de frango 4 col. arroz integral 1 cc. feijão Salada c/ Azeite Fruta	Privação. Disponibilidade de alimentos recomendados e não recomendados.	Seguiu parcialmente o planejamento, realizando as substituições adequadas. Excedeu no número de itens do mesmo grupo alimentar (salada de batata – grupo V e ovo frito – grupo III).	50%	Sentiu estômago pesado e indisposição.

Os estados de privação e não privação assumiram função de operação estabelecadora, potencializando o valor reforçador dos alimentos em geral e principalmente daqueles que já haviam adquirido esta função devido a contingências anteriores vividas por Cláudia. Neste sentido, nas ocasiões em que Cláudia declarou estar com “fome” ou “muita fome”, a participante tendeu a exceder no número de itens alimentares de um mesmo grupo ou ainda a ingerir alimentos não recomendados, como ocorreu na segunda e na sétima entrevista de intervenção. A influência do estado de privação na alimentação de Cláudia pode ser percebida no trecho abaixo:

“C: Eu fiquei quase até 17h na faculdade. Aí foi um problema. Aquele [almoço] que a gente tinha planejado foi bem melhor, tirando a Coca-Cola, né? O problema é almoço por R\$3,00! É difícil! Eu ainda tentei aguentar, mas eu já tava ficando fraca (...). Pra ti falar a verdade, eu nem vi a hora passar e eu não sabia que eu ia ficar até tarde”.

Acredita-se que o planejamento, enquanto uma regra descrita pela própria participante, também tenha adquirido função estabelecadora, elevando a probabilidade de consumo dos alimentos previamente descritos ou seus substitutos. Neste caso, supõe-se que a presença da pesquisadora e suas verbalizações contingentes aos relatos de adesão da participante tenham contribuído para a manutenção do comportamento de seguir essas regras. Este fato se evidenciava quando a participante relatava que havia ingerido os alimentos recomendados ainda que sua vontade fosse ter comido outro tipo de alimento, como ocorreu na terceira entrevista de treino.

Ao início do treino foi identificada uma autorregra que pode ter funcionado como barreiras para adesão à dieta, uma vez que Cláudia relatou que não ingeriu determinado alimento indicado pela nutricionista por acreditar que estaria excedendo no número de itens de um mesmo grupo alimentar. Esta autorregra, inferida a partir do trecho abaixo, demonstra déficits de conhecimento da participante quanto às regras alimentares.

“P: E o arroz, a salada?”

C: Não tem salada, né? Isso, se eu não fizer não tem. Elas [cozinheiras da casa] fazem uma vez ou outra. E eu fiquei com preguiça de fazer. E arroz, como eu já tava comendo a panqueca eu tirei o arroz. Na verdade, eu não como arroz com panqueca, porque eu acho que é a mais, já tem a massa da panqueca (...)” (1ª entrevista – Treino de Automonitoração do Almoço).

Na sexta entrevista de intervenção do almoço, foi verificada a efetividade do controle social sobre o comportamento alimentar de Cláudia, identificada no relato abaixo:

“C: Ontem tinha lá [casa da tia da participante] uma churrascada com gordura, e ela [tia]: ‘Eu sei que tu tá de dieta’ e não deixou eu comer. E ontem ela distribuiu ovo de páscoa, aí quando ela me viu ‘ Ah, meu Deus, D. [prima da participante] esconde dela, esconde’ e a D. saiu correndo. Eu: ‘égua tia, isso é maldade’, ela [tia]: ‘não dá pra ela D., não dá!’. E ela não me deu.” (6ª entrevista – treino de automonitoração – almoço).

Todavia, ressalta-se que este controle raramente estava disponível, sendo exercido somente por um familiar (uma tia da participante). Em geral, o grupo social de Cláudia incentivava a participante a ingerir alimentos inconsistentes com a dieta.

Embora o treino de automonitoração do almoço tenha ocorrido em oito entrevistas e não tenha sido obtido o critério formal de três entrevistas consecutivas com $IAD \geq 60\%$, acredita-se que Cláudia tenha apresentado melhoria na adesão às orientações, uma vez que em sete das oito entrevistas de treino obteve IAD igual ou superior a 50%. Além disso, parte dos itens alimentares recomendados para esta refeição já estavam instalados no repertório da participante, como o consumo de arroz, feijão (itens do grupo V) e carne ou frango (itens do grupo III).

Ao final do treino, Cláudia continuou a emitir os comportamentos consistentes com as regras nutricionais já presentes no seu repertório de linha de base e ampliou seu repertório alimentar, passando a ingerir itens alimentares dos grupos I e II (hortaliças), VI (frutas) e VII (gorduras), ainda que a ingestão de azeite (item do grupo VII) tenha ocorrido em baixa frequência.

Ressalta-se que durante o treino foram observados déficits de controle quanto ao número de itens do mesmo grupo alimentar, principalmente do grupo V – Cereais e leguminosas (quatro ocorrências) e quanto à quantidade indicada de um item do grupo III (carnes e sojas), na sétima entrevista de intervenção.

Em duas ocasiões (quinta e sexta entrevista), pesquisadora e participante discutiram sobre a redução do grau de dificuldade em seguir as recomendações para o almoço, optando-se por permanecer com o treino para que os comportamentos de adesão à dieta se fortalecessem. Após outras duas entrevistas, a pesquisadora decidiu finalizar o treino, tendo avaliado a existência de possíveis efeitos aversivos decorrentes de características do próprio procedimento, que expunha a participante a fracassos, devido ao cálculo dos IADs obtidos e ao preenchimento da Escala de Avaliação da Adesão à Dieta.

A Tabela 7 apresenta o contexto no qual se realizou o treino de automonitoração do lanche da tarde, os planejamentos para esta refeição, terceira refeição-alvo, e os IADs obtidos. Enfatiza-se que esta intervenção foi finalizada, mesmo sem o alcance do critério de mudança de refeição-alvo, devido ao comunicado de Cláudia de interrupção da sua participação na pesquisa.

Cláudia demonstrou dúvidas quanto aos itens alimentares indicados para o lanche da tarde, além de insatisfação com as recomendações prescritas pela nutricionista, denunciando desequilíbrio da relação custo-benefício da emissão de comportamentos de adesão às orientações para o lanche da tarde, como no trecho que segue:

“C: Posso colocar patê?

P: Aqui tá escrito queijo minas.

C: Tem queijo minas aqui e pão de forma integral também. Mas eu não passo nada?

P: A não ser que você queira passar o requeijão e tirar o queijo.

C: Ah, não, mas fica tão sem graça só o pão com o queijo. Parece que eu to comendo uma borracha. (...) Então, eu prefiro tirar esse dois [queijo e manteiga] e comer com o patê.

P: Certo, então a gente pergunta [para a nutricionista] sobre o patê.” (1ª entrevista – Treino de Automonitoração – Lanche da Tarde).

Tabela 7.

Descrição dos planejamentos do Lanche da Tarde realizados por Cláudia e do contexto no qual as refeições do Lanche da Tarde foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados e descritos nos formulários de Automonitoração

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Privação (não realizou almoço).	Ingeriu itens alimentares recomendados para o almoço.	25%	Relato de saciação
<p>“C: Agora eu me lembrei de uma coisa. Amanhã é quarta-feira, não é? É dia de consulta da D. S. [sogra] e provavelmente a gente vai lá na Cairu [sorveteria] e ela vai querer lancha lá. Lá tem mais opção, né? Pode uma torta de atum, por exemplo.</p> <p>P: Olha, o que eu sei que com certeza pode é o suco. O problema da torta é que a gente não sabe exatamente o que tem nem as quantidades.</p> <p>C: Bom, então eu vou ver o que eu posso fazer, lá.</p> <p>P: Ok, mas não esquece do suco de fruta”.</p>	<p>“C: A gente foi no lado da Cairu, eu preferi porque, se não eu sabia que eu ia [não aderir à dieta]...”</p>	<p>Autocontrole. Seguiu as orientações nutricionais.</p>	75%	Relato de saciação.
<p>“C: eu tenho suco artificial, ah, eu posso comer com aquela bolacha e manteiga.</p> <p>P: pode ser. Dá pra ficar saciada?</p> <p>C: Dá, né? Não com muito gosto, mas dá”.</p>	<p>Relato de vontade de comer (Ausência de outros reforçadores alternativos à comida) Indisponibilidade de alimentos recomendados e planejados.</p>	<p>Ingeriu alimento não recomendado (refrigerante)</p>	0	Eliminou a “vontade”

É possível que este descontentamento esteja relacionado à inconsistência entre o repertório alimentar da participante para o lanche da tarde e as orientações da equipe de nutrição. Todavia, a participante manifestou autocontrole ao manipular contingências, elevando a probabilidade de ingestão dos alimentos indicados durante a segunda entrevista de treino de automonitoração, quando decidiu frequentar outro local, ao invés de uma sorveteria, para realizar a refeição.

Frisa-se que durante as três entrevistas de intervenção do lanche da tarde, Cláudia não realizou nenhum registro de automonitoração, alegando esquecimento e falta de tempo. É provável que o abandono dos registros de automonitoração estivesse relacionado ao custo elevado desta atividade, quando comparado ao autorrelato e ao seu envolvimento

com alguns problemas familiares. Nesse momento da pesquisa, alguns conflitos entre Cláudia e os familiares de seu marido se agravaram, interferindo diretamente no seguimento da dieta, como se observa no relato abaixo:

“C: (...) Então assim, esse clima entre mim e a minha cunhada tá muito chato. Eu não to preocupada com ela mais, eu tô preocupada comigo, sabe? E é muito chato isso, muito, muito, sabe? E eu só vou ter sossego quando eu sair daqui, mas enfim. Olha, por exemplo, ontem ocorreu tudo bem, o café, o lanche, ocorreu tudo numa boa, tava tudo tranquilo. Agora hoje, foi horrível o meu almoço, eu comi rápido, rápido, porque eu tava com raiva de todo mundo que tava naquela mesa ...” (5ª entrevista – Treino de Automonitoração - Almoço)

Durante a primeira entrevista de intervenção do lanche da tarde a participante revelou que sua participação na pesquisa estaria sendo mantida pelo controle social da presença da pesquisadora.

“C: Eu já tava super desanimada, não tava a fim de fazer dieta nenhuma. E eu vou te falar com toda sinceridade, eu só vou fazer pra ver no que vai dar e por causa de ti também. Porque eu sei que se eu não fizer, eu vou te prejudicar e eu não gosto de fazer isso. (...) E eu vou te falar, desde sexta até hoje eu não fiz dieta nenhuma. Eu tentei anteontem, por exemplo, mas...” (1ª entrevista – Treino de Automonitoração do Lanche da Tarde).

Neste período, após uma discussão com a cunhada, Cláudia decidiu mudar-se para a antiga residência de seu pai, onde a irmã da participante morava. Todavia, esta mudança acarretou uma série de dificuldades financeiras e emocionais à participante, que comunicou a interrupção na coleta de dados para voltar-se exclusivamente à resolução destas questões. Ao comunicar seu afastamento da pesquisa, Cláudia verbalizou:

(...) “C: Eu acho assim, quando a gente quer, a gente consegue arrumar estímulo e ter força de vontade. Eu to trabalhando tanto aqui, arrumando as coisas, que eu to gastando umas quinhentas calorias. O que eu tenho que tomar conta mesmo é da minha alimentação, que eu não to fazendo direito, não to! Mas é aquela coisa, se eu botar na minha cabeça que eu tenho que fazer, com certeza eu vou fazer. Só que agora não dá, eu não to conseguindo pensar nisso [na dieta], não é o que eu quero ainda. Não tem como eu pensar em dieta com todas essas coisas na minha cabeça. Eu fico nervosa eu penso em cigarro. Ontem eu fiquei doidinha pra fumar”.

(...) “C: Eu to parece uma louca, tu não tá entendendo. Eu não paro. Eu to me desdobrando em várias. Eu to irritada, eu to preocupada porque a D. S. [sogra] disse que ia ajudar, só que eu pensava que era um valor e é outro, menor né (...). O meu maior medo, Suellen, é da gente não conseguir, porque eu vou te falar uma coisa,

não deu certo [a mudança de residência], [então] eu vou embora, vou pra casa da minha tia e ele [companheiro] volta pra lá [casa dos familiares]. Mas eu não volto, com certeza”.

Os Índices de Adesão à Dieta obtidos por Cláudia em todas as refeições durante todas as etapas de coleta de dados estão reunidos na Figura 4. Verifica-se um provável efeito de generalização da intervenção do café da manhã na adesão às orientações nutricionais das outras quatro refeições diárias, principalmente o lanche da manhã, refeição temporalmente mais próxima. Esta refeição, que durante a etapa de LB havia sido realizada uma única vez, com IAD de 50%, durante as quatro entrevistas de treino de automonitoração do café da manhã, ocorreu em três dias com 100% de adesão. Isto é, mesmo sem a intervenção direta na refeição e sem a realização dos cálculos de IAD para o lanche da manhã como *feedback*, Cláudia elevou a frequência de ocorrências da refeição e adequou a seleção de barras de cereais para os sabores recomendados (frutas). Destaca-se ainda o aumento da adesão às recomendações para o jantar durante o treino do café da manhã, pois, das quatro refeições realizadas, três apresentaram IAD acima de 60%.

Durante a intervenção do almoço, o efeito de generalização se estendeu para o café da manhã e para o lanche da manhã, que mantiveram IADs acima de 60%. Por outro lado, o lanche da tarde e o jantar apresentaram um decréscimo nos IAD, o qual permaneceu até o final da pesquisa. É possível que as dificuldades de Cláudia em relação ao seguimento das orientações para o jantar tenham ocorrido devido à maior influência da rede social durante esta refeição, realizada sempre na companhia do companheiro e da sogra. Mesmo assim, houve um período em que Cláudia conseguiu elevar os IADs do jantar, ainda que sem intervenção direta.

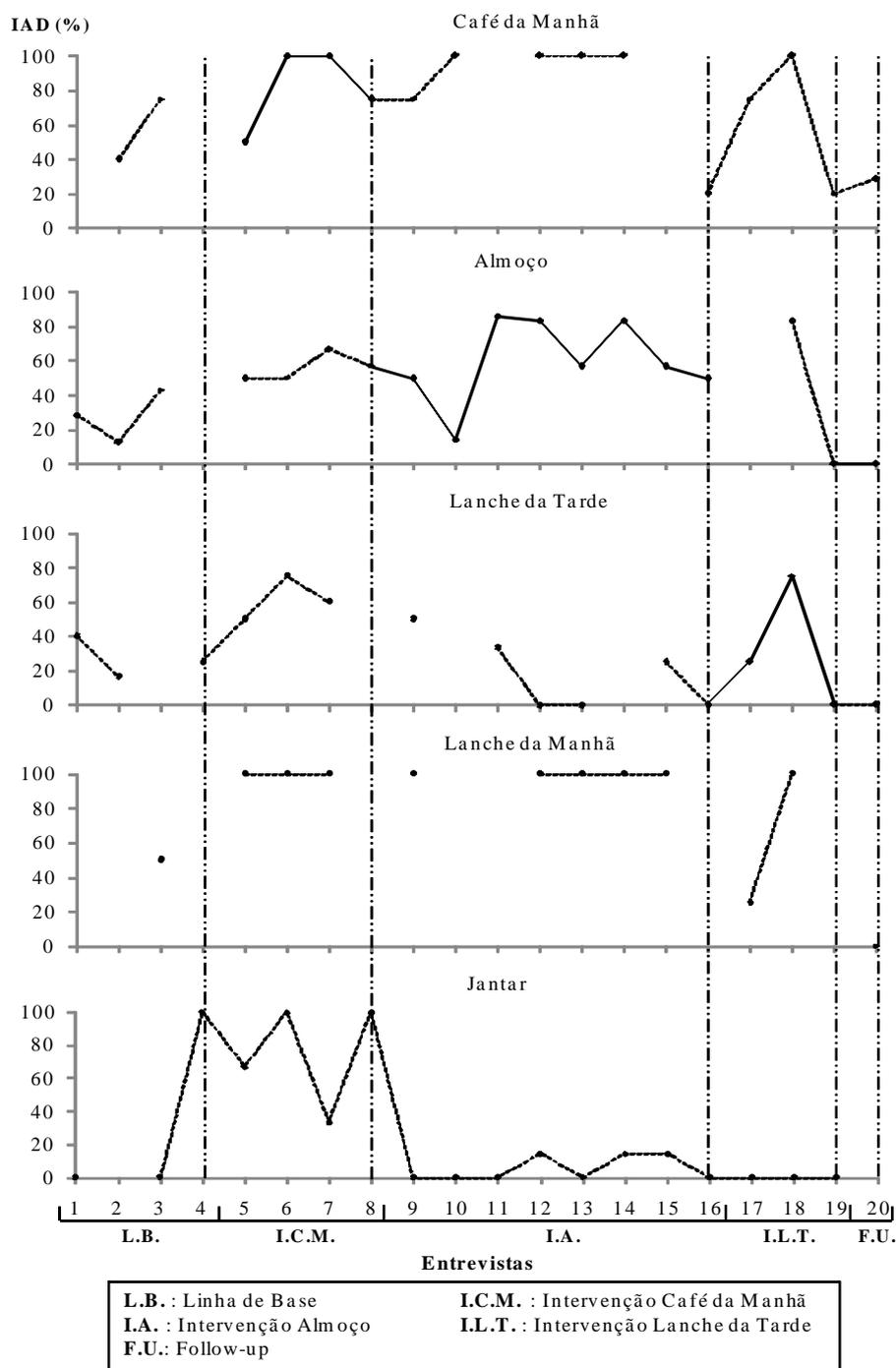


Figura 4. Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Cláudia, obtidos nas etapas de Linha de Base, Treino de Automonitoração e Follow-up

Os efeitos da generalização também se evidenciaram nos autorrelatos de Cláudia que demonstrou realizar auto-observações do seu comportamento alimentar em outras refeições que ainda não haviam sofrido intervenção, passando a verbalizar as contingências de controle do seu comportamento, como nos trechos abaixo:

“C: Agora eu to começando a fazer assim: como eu vejo que mesmo eu comendo sem pressa, às vezes eu como rápido, eu acho. Então, eu me lembro de uma palestra que eu participei uma vez que eles disseram que a gente tinha que mastigar mais de 50 vezes. Aí o quê que eu to fazendo? Ontem eu liguei a televisão justamente pra me entreter, e ficava mastigando assim...” (3ª entrevista – Treino de Automonitoração - café da manhã).

“C: Eu até falei pro T [marido]: meu amor o meu café da manhã eu nem me preocupo mais, não é problema, mas o meu almoço e o meu jantar é complicado. Até a hora do cereal [lanche da manhã], tá tudo ok, né?, mas passando disso...” (1ª entrevista – Treino de Automonitoração - Almoço)

“C: Eu to sentindo que eu to engordando por causa do meu jantar que eu não to dando jeito.” (4ª entrevista – Treino de Automonitoração - Almoço).

Neste sentido, observou-se aumento da consciência de Cláudia quanto ao seu comportamento alimentar e as variáveis que interferem no seguimento das regras nutricionais e no alcance dos resultados desejados para o tratamento, elevando os IADs do café da manhã, almoço e lanche da manhã.

Ao longo das entrevistas de intervenção do lanche da tarde ocorreram episódios de recaídas em relação aos hábitos alimentares anteriores, que se tornaram mais evidentes na entrevista de follow-up, quando a participante, em todas as refeições, obteve IADs abaixo dos manifestados durante as entrevistas de Linha de Base. Na última entrevista do treino de automonitoração do lanche da tarde e na entrevista de follow-up, alguns autorrelatos de Cláudia revelam o custo elevado de respostas de adesão à dieta, como os transcritos abaixo. Durante a entrevista de follow-up, Cláudia afirmou que havia abandonado o tratamento com a nutróloga.

“C: O pão [que eu comi no café da manhã] foi pela gula, porque eu sabendo, poderia ter comido bolacha cream cracker, requeijão. Mas eu tava com preguiça, morrendo de sono” (3ª entrevista – Treino de Automonitoração).

“C: Égua, eu tava com muita preguiça de fazer alguma coisa. Aí como tinha as esfirras do aniversário do T. [marido], eu comi [no almoço]” (3ª entrevista – Treino de Automonitoração).

“C: Porque assim: eu não gosto de café muito doce, mas quando eu reclamo, ele [marido] diz que não vai mais fazer, [risos]. Como eu fico com preguiça [de fazer preparar o café da manhã], eu não falo mais. [risos]” (Entrevista de Follow-up).

Por fim, constatam-se as limitações no repertório de Cláudia para o manejo de variáveis que elevassem a adesão às recomendações do lanche da tarde e do jantar. O jantar foi considerado pela participante como a refeição com maior dificuldade de adesão. Inferese que a dificuldade em aderir às recomendações para esta refeição esteja relacionada às companhias durante o jantar e aos ambientes nos quais era realizado, em geral fora de casa, em lanchonetes, e na companhia do marido e da sogra. Quanto à dificuldade no fracionamento das refeições, esta permaneceu ao final da pesquisa.

Condição II: Treino de Relato Verbal

O treino de relato verbal do comportamento alimentar de Maria obedeceu a seguinte sequência: café da manhã (nove entrevistas), almoço (quatro entrevistas), lanche da tarde (seis entrevistas), lanche da manhã (oito entrevistas) e jantar (quatro entrevistas).

As entrevistas de intervenção do café da manhã foram reproduzidas na Tabela 8. O treino de relato verbal do café da manhã contou com nove entrevistas. Todavia, devido a uma interrupção de aproximadamente uma semana após duas entrevistas, o mesmo praticamente teve que ser reiniciado a partir da terceira entrevista de intervenção.

Tabela 8.

Descrição dos planejamentos do café da manhã realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do café da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos indicados. Auto-regra: “M: por mim eu não comeria nada, mas eu sei que tenho que comer, né, porque depois...”	Seguiu as orientações nutricionais quanto à qualidade dos itens ingeridos. Reduziu o número de itens alimentares.	75%	Relato de saciação
fruta / leite de soja /pão “M: É só isso mesmo, não dá pra fazer a vitamina. Segunda feira é complicado. Acho que vai ser só isso mesmo, mas eu vou ver, se eu comprar alguma coisa...” P: É a barra de cereal? Você não tem? Substitui o pão. Se você comer só esses dois itens, vai ficar com fome. M: É, não... eu vou comprar o pão. Isso mesmo, vou comprar o pão.”	Relato de ausência de fome. Concorrência de estímulos (ir ao trabalho X seguir as orientações nutricionais).	Seguiu o planejamento, com número reduzido de itens alimentares (apenas banana e leite de soja).	50%	Relato de saciação. Chegou ao trabalho no horário.
A entrevista para a qual o planejamento foi realizado foi cancelada pela participante. A coleta de dados foi retomada após uma semana de interrupção.	Relato de ausência de fome. Sentiu mal-estar devido a um resfriado (OE que reduz o valor reforçador da comida). Concorrência de estímulos (deixar a filha na escola X seguir as orientações nutricionais).	Ingeriu apenas um item alimentar.	25%	Relato de saciação. Chegou ao trabalho no horário.
1 unid. - pão careca sem miolo 1 pt de faca - margarina Café c/ adoçante 1 fatia – melancia	Relato de ausência de fome. Aborrecida (OE que reduz o valor reforçador da comida).	Seguiu o planejamento parcialmente. Ingeriu um item em quantidade abaixo da recomendação e do planejado.	50%	Relato de saciação. Chegou cedo na escola da filha.
Vitamina (leite desnatado / farelo de gérmen de trigo / fruta/ adoçante) ou 1 unid. pão careca sem miolo 1 pt de faca - margarina Café c/ Adoçante 2 col. leite desnatado Uma fruta	Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos recomendados.	Seguiu o planejamento (vitamina).	75%	Relato de saciação. Chegou ao trabalho no horário.
“(…) P: Mais alguma coisa além da banana? M: Eu vou ver se eu compro pão. Ah, domingo dá pra comprar pão quando eu sair da missa. Pão sem miolo e um suco. P: Mas se você beber o suco, não vai comer a banana? M: Não, mas porque a fruta... e no lugar do leite? P: No lugar do leite, tu podes tomar iogurte. Eles são do mesmo grupo. M: Posso tomar iogurte, né? Então, é isso. Eu trago do supermercado.	Relato de ausência de fome. Indisponibilidade dos alimentos recomendados (pão e iogurte). Concorrência de estímulos (ir ao trabalho X seguir as orientações nutricionais).	Ingeriu apenas um item alimentar	25%	Chegou ao trabalho no horário.

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
A entrevista para a qual o planejamento foi realizado foi cancelada devido greve de ônibus na cidade.	Relato de ausência de fome. Ausência de estímulos concorrentes. Disponibilidade de alimentos recomendados.	Reduziu a quantidade de itens alimentares (não ingeriu leite) e acrescentou um item não recomendado (queijo minas).	60%	Relato de saciação.
Vitamina: leite desnatado farelo de gérmen de trigo fruta adoçante “M: Eu vou forçar a mamãe a comprar um liquidificador, porque o nosso quebrou. E vai ser uma vitamina... Eu acho que eu vou colocar um pedaço de mamão, sabe por quê? Porque banana prende muito e eu to toda desregulada. E eu tenho problema com isso. Olha, eu não fiz até agora. Antes era sagrado, eu acordava dava vontade, mas agora o que acontece? Dá vontade quando eu to na rua, aí eu não faço.”	Relato de ausência de fome. Ausência de concorrência de estímulos. Disponibilidade dos alimentos recomendados. Controle social exercido pela mãe da participante.	Seguiu o planejamento, realizando as substituições adequadas às orientações alimentares. Reduziu o número de itens recomendados (não ingeriu a fruta).	75%	Relato de saciação.
1 unid. iogurte 1 unid. torrada 1 pt faca requeijão ½ mamão “M: Amanhã eu acho que vai ser uma banda de mamão, uma torrada e só. P: Só uma torrada? M: É só uma torrada com requeijão. Mas eu queria comer o queijo, como é que eu faço? P: Ou um ou o outro. M: Tá. Coloca só o requeijão aí. Acho que tem tudo, não é? P: Falta leite... M: Mas requeijão não é do grupo do leite? (...) O requeijão entra no lugar de que? P: Neste caso, a nutricionista falou que o requeijão entra no lugar da manteiga. M: Tá, então eu vou comer.. Já tem esses três, não é? Pode ser o iogurte? P: Pode. M:Tá, então coloca o iogurte”.	Relato de ausência de fome. Disponibilidade dos alimentos recomendados. Concorrência de estímulos (ir ao trabalho X seguir as orientações nutricionais).	Seguiu parcialmente o planejamento. Reduziu o número de itens recomendados (não ingeriu a fruta). Excedeu na quantidade de itens de um mesmo grupo alimentar (iogurte e leite desnatado).	60%	Relato de saciação. Deixar a filha na escola no horário. Chegar ao trabalho sem atrasos.

Considera-se que o planejamento tenha assumido função de controle, uma vez que em todas as entrevistas a participante seguiu o que havia sido planejado, ainda que parcialmente. Em apenas uma situação o comportamento alimentar de Maria não foi consistente com o planejamento. Neste caso, uma série de fatores inesperados impediu a participante de manipular variáveis que favorecessem o seguimento do planejamento, conforme o seu relato abaixo.

“M: Não foi nada do que a gente planejou. (...) O caso foi que no sábado choveu o dia todo e eu não saí [pra comprar os itens da refeição] e no domingo eu tava me sentindo mal e, além disso, o meu cunhado tá com hepatite e os filhos dele foram todos lá pra casa e eu não tive como sair. E eu não comprei nada. Aí eu comi uma banda de mamão” (6ª entrevista de Treino de Relato Verbal do Café da Manhã).

Ao final da intervenção do café da manhã, Maria fortaleceu repertório de ingestão de todos os itens alimentares recomendados, embora tenha apresentado déficits quanto ao manejo de situações com esquemas de reforçamento concorrentes, quando tendia a uma alimentação com IAD abaixo de 60%.

Durante o treino, observou-se a presença de frequentes esquemas concorrentes de reforçamento durante o café da manhã, quando Maria deveria emitir uma resposta de tomada de decisão (escolha) entre tomar o café recomendado ou sair de casa em determinado horário para não chegar atrasada ao trabalho. Nessas situações, para que Maria conseguisse se alimentar rapidamente, ela ingeria um número reduzido de itens do café da manhã e optava por alimentos de fácil e rápido preparo ou que já estivessem disponíveis. Em geral, Maria manifestou respostas de adesão de baixo custo, optando por ingerir alimentos que não necessitassem de preparo (ex. fruta) ou já preparados (por outra pessoa) ou ainda industrializados (ex. iogurte).

Os estados de aborrecimento e de mal-estar, este último em função de um resfriado, relatados na terceira e na quarta entrevistas e o fato de não sentir os efeitos da privação de

alimentos podem ter funcionado como operação estabelecadora que reduziu o potencial reforçador dos alimentos em geral, contribuindo para que Maria não cometesse excessos em sua alimentação.

É possível que o comportamento alimentar de Maria durante as refeições do café da manhã também estivessem sob controle de uma autorregra formulada a partir das orientações nutricionais e que descreviam que embora não sentisse fome, deveria realizar a refeição, caso contrário sentiria fome mais tarde, como observado em sua fala: “M: Por mim eu não comeria nada; mas eu sei que tenho que comer, né? Porque depois...” (1ª entrevista do Treino de Relato Verbal do Café da Manhã).

Verificou-se também a efetividade do controle social sobre o comportamento alimentar da participante, ainda que este controle tenha sido pouco frequente. Na oitava entrevista de treino de relato verbal do café da manhã, Maria verbalizou:

“M: Eu só comi a torrada porque a mamãe disse que se eu não comer ... nem sei o que ela vai fazer comigo. [risos]. (...) É porque estraga muita coisa, Suellen. Essa semana eu joguei um pote de requeijão pelo meio fora. Essas torradas foram jogadas um monte fora, aveia foi jogada uma caixa fora da validade. E aí, realmente, né, é desperdício... aí eu esqueço, eu esqueço completamente que tem essas coisas lá em casa”

O contexto no qual ocorreu o Treino de Relato Verbal do Almoço, segunda refeição-alvo de Maria, os planejamentos realizados e os IADs obtidos, estão descritos na Tabela 9.

Maria demonstrou facilidade na adesão às orientações alimentares do almoço durante as entrevistas de intervenção, atingindo o critério para mudança de refeição-alvo em apenas quatro entrevistas. É possível que a adesão às orientações do almoço tenha sido facilitada pelo repertório de LB da participante, no qual já constava o consumo de três dos seis itens alimentares indicados na dieta. Além disso, parte dos itens alimentares indicados, de maneira geral, era consistente com o ensinamento cultural sobre o que deve ser

consumido no almoço. Portanto, independentemente do local no qual a refeição era realizada, em geral, Maria tinha disponível os itens alimentares recomendados.

Além disso, o planejamento verbal, enquanto uma regra emitida pela própria participante, elevou a probabilidade de emissão de comportamentos de adesão.

Tabela 9.

Descrição dos planejamentos do almoço realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do almoço foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Em casa. Disponibilidade de comida típica (valor reforçador) e alimentos recomendados.	Ingeriu alimentos não recomendados (comida típica).	29%	Sentiu-se satisfeita
Na escola Arroz feijão carne ou frango Salada Fruta ou suco	Em casa. Disponibilidade de alimentos recomendados. Relato de vontade de comer itens alimentares não indicados na dieta. “M: (...) Aí como eu tava chateada, eu desmarquei a aula e vim pra casa. P: Tu lembra o que a gente tinha planejado? M: Lembro que foi lá na escola. Lembro, que eu já tinha até encomendado, mas eu não quis, como eu vinha pra cá pra casa, eu não quis. P: E aqui, o quê que tu comeste?. M: Aí aqui, primeiro que eu fiquei logo chateada porque o que tinha eu não gosto, né?. Que é carne assada. Mas eu comi...”	Ingeriu os alimentos de acordo com as orientações e seguiu o planejamento, realizando as substituições adequadas. Reduziu o número de itens alimentares. “P: ontem tinha salada? M: ontem...tinha. P: e por que tu não comeste salada? M: porque eu tava com raiva. [risos]. Eu não gosto de salada, eu já gostei muito”.	67%	Relato de saciação.
Peixe assado Feijão Farinha Vinagrete Salada crua Azeite	Em casa Privação. Disponibilidade de alimentos recomendados.	Seguiu o planejamento e as orientações nutricionais, ingerindo todos os itens recomendados. Excedeu no número de itens do mesmo grupo (farinha – grupo V)	83%	Relato de saciação.
Cozidão: Carne 2 col. farinha muita folha 1 ped. macaxeira	Em casa Privação. Disponibilidade de alimentos indicados.	Seguiu o planejamento e as regras nutricionais quanto à qualidade dos alimentos. Reduziu a quantidade de itens alimentares. Ingeriu bastante verdura.	67%	Relato de saciação.

Na terceira e na quarta entrevista, nas quais Maria relatou estar com fome (privação), verificou-se excesso na quantidade de itens alimentares. No primeiro caso, o consumo de farinha e no segundo caso, o consumo de hortaliças dos grupos I e II em quantidade, como recursos para a saciação.

Acredita-se que na primeira entrevista de intervenção do almoço, na qual o IAD foi de 29%, o déficit de autocontrole da participante tenha ocorrido devido ao grande potencial reforçador que determinados tipos de comida típica tenham adquirido para a participante.

Ao final do treino, Maria manteve os comportamentos de ingestão alimentar consistentes com a orientação e ampliou seu repertório de adesão, tendo relatado o consumo de itens dos grupos I e II (hortaliças), e do grupo VII (gorduras), durante a terceira entrevista de intervenção do almoço.

O lanche da tarde foi a terceira refeição-alvo selecionada por Maria. O contexto no qual o treino de relato verbal ocorreu está descrito na Tabela 10.

Durante a intervenção, o critério de adesão não foi alcançado, tendo em vista que o relato de adesão às regras nutricionais foi inferior a 60% em todas as entrevistas. Além disso, na primeira e nas duas últimas entrevistas de intervenção a refeição não foi realizada. De acordo com Maria, sua maior dificuldade em aderir às recomendações para o lanche da tarde foi “lembrar-se” de realizar a refeição, como revela o trecho a seguir:

“P: O quê que tu achas que é a tua principal dificuldade no lanche da tarde?

M: É não lembrar. Amanhã que eu vou pra escola [local de trabalho], eu até lembro que eu tenho que comer alguma coisa, mas... Olha, durante duas tardes eu saí pra resolver umas coisas e só senti fome quando já era a hora do jantar, à noite” (3ª entrevista de Treino de Relato Verbal do Lanche da Tarde).

É possível que este esquecimento em realizar a refeição seja produto de esquemas concorrentes de reforçamento. À tarde, Maria não possuía uma rotina de atividades, entretanto sempre relatava engajamento em compromissos dentro ou fora de casa. Dentre as três situações em que a refeição não foi realizada, em duas a participante estava envolvida em outras atividades (reunião sobre a greve no local de trabalho e salão de beleza) e na outra ocasião, Maria relatou ter sofrido uma situação de conflito com o namorado, que lhe provocou muita tristeza. É provável que este sentimento tenha adquirido função de operação estabelecadora, reduzindo o valor reforçador de variáveis, como a

comida, tendo em vista que neste dia Maria ingeriu poucos alimentos ao longo do dia e passou grande parte do seu tempo deitada na cama.

Tabela 10.

Descrição dos planejamentos do Lanche da Tarde realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do lanche da tarde foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Concorrência de estímulos (participar da reunião sobre a greve dos professores X realizar a refeição).	Esqueceu-se de realizar o lanche da tarde. Engajou-se em atividades voltadas à greve no local de trabalho.	0	Participou do movimento grevista do local de trabalho.
Vitamina (17h) “(…)M: Eu posso fazer a vitamina no lanche? P: Bom, na vitamina tu tens ingredientes recomendados, que são duas porções de fruta e duas porções do grupo V. Em compensação não está recomendado o leite para o lanche da tarde. M:É, então vai ser a vitamina. P: Ok. Que horas? M:Umás 17 horas”.	Chegar em casa. Privação. Disponibilidade de alimento não recomendado para esta refeição.	Ingeriu sopa	33%	Relato de saciação
A entrevista para qual o planejamento foi realizado foi cancelada devido greve de ônibus na cidade.	Estar no cinema com a filha História prévia de reforçamento com o alimento (pipoca). “M: ... porque eu dormi depois do almoço, aí eu acordei atrasada porque eu tinha prometido levar a J. [filha] pro cinema. Aí nós fomos. Chegando lá eu comi pipoca com coca zero. P: Estavas com fome? M: Não. Eu até falei pra ela, ‘da próxima vez que a gente for eu vou comprar só um saco de pipoca’ ”	Ingeriu pipoca (em excesso) com refrigerante enquanto assistia a um filme com a filha.	0	Relato de saciação
16h30m / em casa Vitamina “M: Eu acho que no [no horário do] lanche da tarde eu já to em casa, e aqui fica mais fácil [de seguir a dieta]. Eu acho que eu vou fazer uma vitamina”	Em casa. Relato de ausência de fome. Concorrência de estímulos (ir para o trabalho X realizar a refeição). “M: Eu fiquei trabalhando no computador [em casa] e quando eu vi já tava em cima da hora, aí eu tive que lanchar com pressa”	Reduziu o número de itens alimentares indicados. Ingeriu apenas um (fatia de melancia).	25%	Relato de saciação
16h – em casa 1 - Pão careca sem miolo e sem margarina Suco natural 1 unid. – maçã	Em casa. Discussão com o namorado. Tristeza.	Ficou deitada na cama. Não realizou a refeição.	0	
Não houve planejamento, pois a participante não estava em condições emocionais.	Concorrência de estímulos (fazer as unhas X realizar a refeição). Relato de ausência de fome.	Ocupou seu tempo fazendo as unhas. Não realizou a refeição.	0	Foi ao trabalho com as unhas feitas

Além disso, verificou-se que nenhum dos planejamentos realizados adquiriu função de controle do comportamento alimentar.

A Tabela 11 esquematiza as contingências atuantes durante a intervenção do lanche da manhã. Infere-se que, ao longo dos anos de trabalho na mesma escola, tenha ocorrido um pareamento entre o horário de intervalo em seu ambiente de trabalho e o horário do lanche da manhã, de forma que Maria tenha aprendido a ingerir alimentos durante o intervalo, ainda que não estivesse com fome. Assim, quando estava em seu ambiente de trabalho a participante realizava a refeição. Entretanto, quando não estava no local de trabalho no momento de intervalo, a probabilidade de realizar essa refeição era menor.

Outra variável de controle do lanche da manhã foi a disponibilidade de alimentos. No ambiente de trabalho da participante eram disponibilizados itens alimentares não indicados para esta refeição como café com leite e açúcar e bolachas cream cracker.

Observou-se que Maria consumia os alimentos que estivessem disponíveis, independentemente da recomendação nutricional, como pode ser verificado no trecho a seguir:

“M: Eu me programei para lanchar aqui em casa, porque eu sabia que eu ia sair cedo de lá. Só que eu cheguei aqui não tinha nada, nada, nada [de itens recomendados para a dieta], e eu ia fazer a minha unha. Então eu comi um pedaço de bolo de macaxeira e um copo de Coca-Cola. Não tinha nada, nada, nada [de fruta] e eu pensava que tinha porque a mamãe sempre compra” (5ª entrevista de Treino de Relato Verbal do Lanche da Manhã).

Tabela 11.

Descrição dos planejamentos do lanche da manhã realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do lanche da manhã foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Horário de intervalo no trabalho // estava na rua, cansada. Relato de sede.	Ingeriu os alimentos recomendados // ingeriu água de coco (excedente).	67%	Relato de saciação
1 tangerina 1 iogurte	Horário de intervalo no trabalho. Relato de fome. Disponibilidade de alimentos recomendados e não recomendados.	Seguiu parcialmente o planejamento (iogurte). Acrescentou itens recomendados e não recomendados (oferecidos no local de trabalho).	67%	Relato de saciação
“M: Amanhã eu vou comer uma tangerina. P: Tangerina é uma porção do grupo VI, tu vais querer colocar outra? M: Eu vou levar 6 limões [risos]. Então eu vou ver se eu levo duas tangerinas”..	Horário de intervalo no trabalho. Relato de fome. Disponibilidade de alimentos recomendados e não recomendados.	Seguiu parcialmente o planejamento (uma tangerina). Acrescentou três itens não indicados (oferecidos no local de trabalho).	25%	Relato de saciação
2 fatias de melancia Ou 1 fatia de melancia 1 tangerina	Horário de intervalo no trabalho. Relato de fome. Disponibilidade de alimentos recomendados e não recomendados.	Ingeriu dois itens indicados e dois itens não recomendados, em pequenas quantidades.	50%	Relato de saciação
Fruta “P: Então, pra segunda-feira, que tu vais lá pra escola particular, o que tu podes levar? M: Eu vou levar fruta. P: Certo. Sabes que tu podes comer duas porções de fruta. M: Eu vou levar banana, tangerina, sei lá o que tiver. P: Ok, então é só observar as quantidades das porções.	Relato de fome. Disponibilidade de alimentos não recomendados. Concorrência de estímulos (ir para o salão de beleza X realizar a refeição)	Ingeriu alimentos não recomendados e já disponíveis (bolo com refrigerante).	0	Relato de saciação. Chegou no horário marcado ao salão.
10h - em casa “M: Ah, amanhã eu tô em casa. Então, eu acho que eu vou comer uma tangerina e água de coco”.	Na rua. Relato de fome. Disponibilidade.	Seguiu o planejamento realizando as substituições adequadas.	100%	Queria comer mais, mas “sabia que não podia” (regra)
1 tangerina 1 água de coco	Disponibilidade dos alimentos indicados// Relato de sede.	Seguiu o planejamento (tangerina) // ingeriu água de coco.	100%	Sentiu-se insatisfeita com o sabor do alimento // Relato de saciação
2 fatias – melancia	Disponibilidade dos alimentos indicados em lista de substituição // Relato de sede.	Seguiu o planejamento // adicionou 1 item alimentar excedente (água de coco).	67%	Relato de saciação.

É possível que a dificuldade em seguir as orientações nutricionais estivesse relacionada a autorregras formuladas por Maria que acreditava que não sentia dificuldades em realizar o lanche da manhã e que estava satisfeita com a alimentação que estava sendo

realizada, ainda que os IADs estivessem abaixo de 60%. Verificou-se que dentre os três aspectos que norteavam as orientações nutricionais (fracionamento, qualidade e quantidade dos alimentos), o aspecto quantidade era o que exercia maior controle sobre o comportamento alimentar de Maria. Assim, é possível que a participante acreditasse estar ingerindo alimentos de maneira adequada, por ingeri-los em quantidades reduzidas, ainda que os mesmos não estivessem presentes nas orientações para a refeição.

O planejamento adquiriu maior potencial de controle nas últimas três entrevistas de treino de relato verbal, o que pode ser evidenciado quando a participante relata que após a ingestão do lanche conforme o planejamento sentiu vontade de comer outras coisas, mas não o fez porque sabia que não poderia (oitava entrevista).

Acredita-se que, ao final do treino de relato verbal do lanche da manhã, o repertório alimentar de Maria consistente com as regras nutricionais tenha sido ampliado, uma vez que durante a LB a participante demonstrou déficits quanto à seleção da qualidade dos alimentos, manifestando apenas 20% de adesão às orientações para essa refeição. Após a intervenção, em seis das oito refeições relatadas, o IAD foi igual ou superior a 50%, tendo sido adquirido e fortalecido o consumo de frutas durante o lanche da manhã.

A Tabela 12 apresenta as contingências em vigor durante as entrevistas de intervenção da última refeição-alvo, o jantar. O treino de relato verbal para esta refeição ocorreu em cinco entrevistas, tendo sido interrompido, por aproximadamente um mês após a primeira entrevista, devido a uma viagem de férias da participante.

Tabela 12.

Descrição dos planejamentos do Jantar realizados por Maria e do contexto no qual as refeições do jantar foram realizadas, considerando-se as variáveis relevantes identificadas, o comportamento e o IAD obtido e os eventos consequentes relatados

Planejamento	Contexto (Variáveis Relevantes)	Comportamento	IAD	Eventos Consequentes
	Relato de fome. Não ter alimentos disponíveis em casa. História prévia de reforçamento com churrasco. Venda de churrasco próximo de casa.	Comprou churrasco e dividiu com a filha. Ingeriu as porções recomendadas de carne, arroz e farofa.	60%	Relato de saciação.
Não houve planejamento. Interrupção da coleta por aproximadamente um mês.	Reunião com amigos em uma lanchonete. Disponibilidade de alimentos não recomendados.	Ingeriu alimentos não recomendados e um suco natural.	33%	Relato de saciação e felicidade na presença de amigos.
4 cc – sopa de legumes e carne e massa	Estar na companhia de amigos e familiares, todos se alimentando. Disponibilidade dos alimentos indicados.	Ingeriu alimentos adequados nas quantidades indicadas, realizando as substituições adequadas. Reduziu o número de itens recomendados. “eu lembrei que era sopa, mas a mamãe se recusou a fazer porque tinha muito feijão. Ela queria que acabasse primeiro o feijão”.	75%	Relato de saciação e felicidade na presença de amigos.
2 pães careca sem miolo 2 fatias – queijo minas (substituir uma porção da margarina) 1 copo – leite de soja	Estar na companhia da filha, assistindo televisão. Disponibilidade de alimentos recomendados.	Ingeriu alimentos adequados nas quantidades indicadas, recorrendo à lista de substituição.	100%	Relato de saciação.
Sopa ou lanche recomendado	Relato de fome. Disponibilidade de alimentos indicados.	Seguiu o planejamento (sopa). Acrescentou um item não recomendado (batata cozida).	67%	Sentiu o estômago pesado.

Maria obteve apenas uma refeição com IAD abaixo de 60%, ainda que durante toda a coleta de dados afirmasse que esta era a refeição na qual possuía maior dificuldade de adesão às orientações alimentares. É possível que a obtenção de IADs acima de 60% tenha sido facilitada pela amplitude de opções de alimentos a serem ingeridos. Maria poderia realizar um “lanche” ou ainda uma refeição semelhante às recomendações do almoço, ou ainda ingerir sopa. Durante as entrevistas de intervenção, Maria alternou entre estas opções de escolha de acordo com a disponibilidade dos alimentos.

Na segunda entrevista, quando Maria relatou 33% de adesão às orientações, o local no qual a participante se encontrava não disponibilizava alimentos consistentes com as regras nutricionais para o jantar.

Ressalta-se que apenas na última entrevista de treino de relato verbal, Maria seguiu o planejamento. Nas outras duas entrevistas que tiveram planejamento, a participante aderiu à dieta, utilizando as substituições indicadas.

Considera-se que Maria ampliou seu repertório alimentar consistente com as regras nutricionais, uma vez que soube alimentar-se de maneira variada e adequada às recomendações da equipe de nutrição.

Os Índices de Adesão à Dieta obtidos por Maria em todas as refeições durante as etapas de coleta de dados estão reunidos na Figura 5.

Maria apresentou fracionamento das refeições consistentes com as orientações nutricionais durante todas as etapas de coleta de dados, manifestando maior dificuldade em realizar o lanche da tarde, o qual apresentou maior número de relatos de não ocorrência e de não adesão.

Houve muitos períodos de oscilação na adesão à dieta, não sendo possível reconhecer efeitos de generalização na adesão às orientações das demais refeições. Foi encontrada maior estabilidade apenas no almoço a partir da 23^a entrevista, com IADs superiores a 50%. Durante o período de intervenção do café da manhã, verificou-se aumento da adesão às orientações do almoço e do lanche da manhã, refeições temporalmente mais próximas. O café da manhã permaneceu com IADs elevados durante o treino de relato verbal do almoço, posteriormente passou a sofrer oscilações durante a intervenção da terceira refeição-alvo (lanche da tarde), tendo predominado a ocorrência de IADs $\geq 60\%$ a partir da intervenção do lanche da manhã.

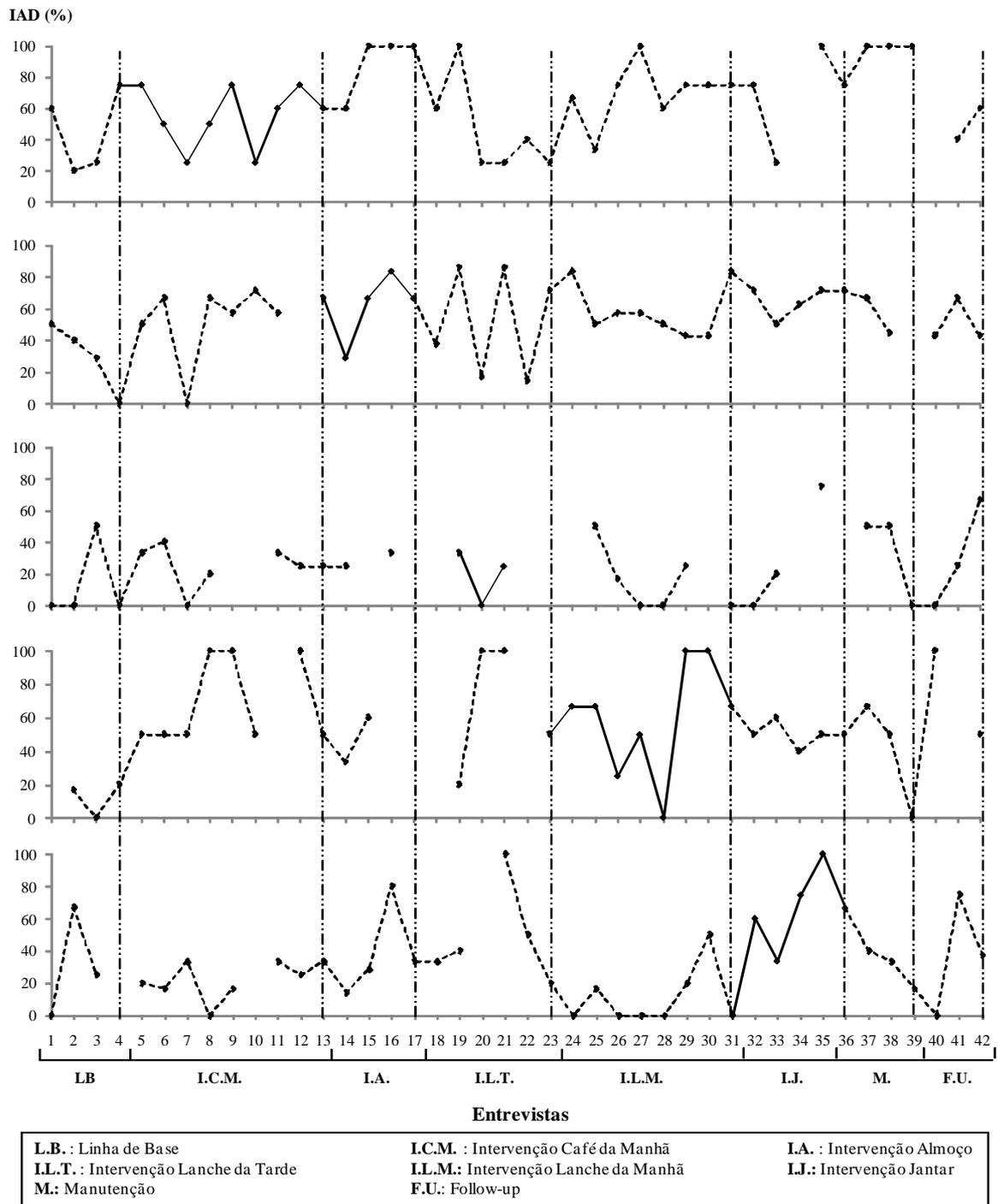


Figura 5. Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, de cada refeição relatada por Maria, obtidos nas etapas de Linha de Base, Treino de Relato Verbal e Follow-up.

De maneira geral, Maria também demonstrou boa adesão às orientações para o lanche da manhã, pois enquanto na LB apresentou índices de adesão de no máximo 20%, a partir das entrevistas de intervenção predominaram os relatos de adesão iguais ou superiores a 50%.

O lanche da tarde, durante toda a coleta de dados, apresentou índices baixos, tendo sido considerado a refeição com maior dificuldade de adesão. Nas entrevistas da etapa de follow-up os IADs para esta refeição manifestaram crescimento. O jantar foi a segunda refeição com maior dificuldade de adesão, no qual se verificou grandes oscilações nos IADs, os quais se concentraram abaixo de 60%.

Ao longo dos treinos de relato verbal e das entrevistas de follow-up, identificaram-se, nos relatos de Maria, melhorias quanto à discriminação de seu comportamento alimentar, tendo ocorrido vários relatos de auto-observação, nos quais a participante foi capaz de identificar as contingências em que estava inserida, como exemplificado nos autorrelatos que seguem:

“M: O que tá faltando é organização pra mim, porque tá completamente desorganizada a minha vida, sabe, Suellen?. O problema é uma questão de logística. Porque foi como eu te falei, se eu comprar uma caixa de leite de soja estraga aqui em casa, se eu fizer supermercado, estraga, porque é só eu que como essas coisas (...) Eu sei que eu preciso me organizar, sabe?” (6ª entrevista – treino de relato verbal – café da manhã)

“M: Isso não é de hoje. Toda a minha família é assim. Pra eu estar na frente da televisão eu tenho que tá comendo, por isso eu não gosto muito de ver televisão, porque me dá vontade de ficar comendo, entendeu? (3ª entrevista – treino de relato verbal – almoço)

“M: Eu to achando que a minha alimentação tá boa. O único problema, tu sabes, tem sido à noite, de tarde pra noite. Eu não sei por que eu não to conseguindo, mas esses dias eu to lanchando [a tarde] fruta ou iogurte. Agora, à noite é que já tá mais complicado. Ou eu não como nada ou varia. Teve uma noite que eu comi abacate, outra foi suco com bolacha e teve duas vezes que eu saí pra comer churrasco na rua. Eu to comendo menos mesmo. Ontem, eu comi muito pouco mesmo”. (1ª entrevista Follow-up)

Ressalta-se que durante as entrevistas de follow-up uma nova contingência entrou em vigor: a ocorrência de crises de pressão alta na participante, que podem ter atuado como uma das variáveis responsáveis pela manutenção dos comportamentos de adesão à dieta e pelo engajamento da participante em atividades físicas, conforme o relato abaixo:

“M: Anteontem eu passei mal de pressão alta [está fazendo exames médicos]. Eu to caminhando três vezes por semana, pelo menos. Eu já fui aqui perto na academia me matricular, lá tá tudo novo!” (1ª entrevista Follow-up).

Neste período, Maria também relatou mudanças quanto à disponibilidade de alimentos em casa. Segundo ela, sua mãe passou a comprar produtos considerados mais saudáveis e a preparar pratos para o almoço de acordo com as orientações nutricionais oferecidas pelo médico cardiologista da participante.

Comparação do desempenho das participantes nas condições Treino de Automonitoração e Treino de Relato Verbal

A Figura 6 compara a trajetória dos Treinos de Automonitoração e de Relato Verbal para as refeições do café da manhã, almoço e lanche da tarde.

A análise da Figura 6 revela que nas intervenções para o café da manhã, ambas as participantes conseguiram atingir o critério de três entrevistas com relatos de refeição com IAD de, pelo menos, 60%. No entanto, Cláudia atingiu este critério em apenas quatro entrevistas, enquanto que Maria manifestou muita oscilação na adesão às orientações para o café da manhã, tendo ocorrido nove entrevistas de treino de relato verbal até o alcance do critério estabelecido. Maria demonstrou dificuldades quanto à ingestão do número de itens recomendados, ingerindo quantidade abaixo da indicada para a refeição, em grande parte das vezes inserida em esquemas concorrentes de reforçamento.

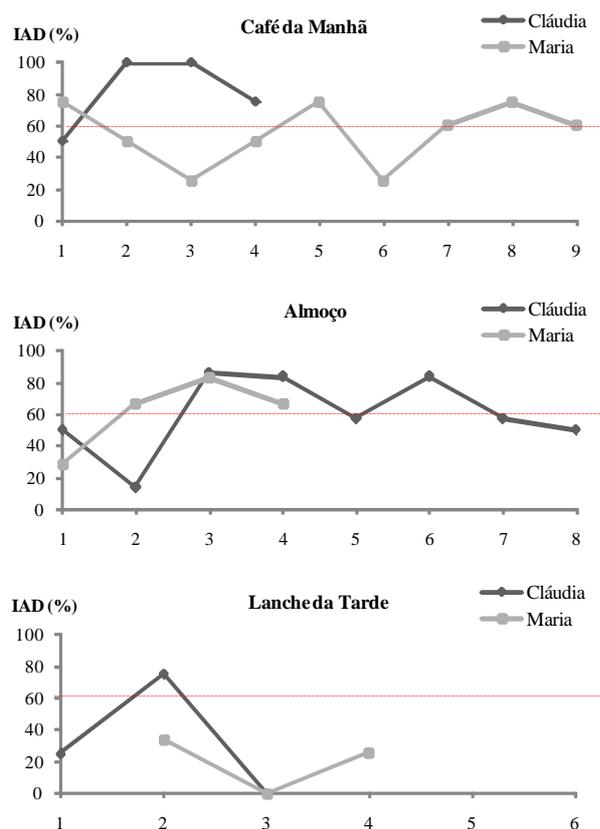


Figura 6: Índices de Adesão à Dieta (IAD), em porcentagem, das refeições do café da manhã, almoço e lanche da tarde, obtidos durante o Treino de Automonitoração de Cláudia e de Relato Verbal de Maria.

No que se refere ao desempenho das participantes durante a intervenção para o almoço, Maria revelou facilidade em aderir às orientações para esta refeição, possivelmente devido ao seu repertório de LB que já contava com três dos seis itens alimentares indicados. Por outro lado, Cláudia revelou dificuldades no alcance do critério estabelecido, ainda que tenha ampliado seu repertório de adesão à dieta, já que obteve IADs iguais ou acima de 50% durante a intervenção, enquanto que na etapa de LB, os IAD foram de 29, 13 e 43%. Cláudia revelou dificuldades quanto ao controle do número de itens do mesmo grupo alimentar, excedendo na quantidade de itens alimentares ingeridos, semelhante às dificuldades de controle alimentar apresentadas no estudo de Immer (2005).

Nenhuma das participantes conseguiu aderir às orientações para o lanche da tarde, considerando-se o critério de adesão estabelecido. Cláudia comunicou a interrupção da

coleta de dados após a terceira entrevista de intervenção do lanche da tarde, tendo realizado apenas uma refeição com IAD superior a 60%. Para Maria, foram realizadas seis entrevistas de treino de relato verbal, sendo que em três, a refeição não foi realizada e nas outras, os IADs foram abaixo de 40%. Infere-se que a dificuldade das participantes esteja relacionada a divergências entre aspectos culturais sobre o lanche da tarde e as recomendações da equipe de nutrição e, no caso de Maria, a vigência de esquemas concorrentes de reforçamento. No estudo de Ferreira e Fernandes (2009) também foram identificadas dificuldades de fracionamento das refeições, devido à omissão das refeições intermediárias (lanches da manhã e da tarde).

De maneira geral, considera-se que ambos os treinos foram efetivos na promoção de autoconhecimento às participantes, corroborando os resultados de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005). Ambas as condições de intervenção permitiram a realização de análises funcionais e ampliação do repertório de auto-observação, conforme descrito na literatura (Beckert, 2004; Foster e cols., 1999; Wadden & cols., 1999) e identificado nos estudos de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005). De acordo com Ferreira e Fernandes (2009), a principal modificação encontrada no comportamento do participante foi a ampliação de seu repertório de auto-observação e o aumento da sua consciência sobre seus comportamentos alimentares. Immer (2005), que em seu estudo realizou inicialmente um treino de relato verbal seguido de um treino em automonitoração, igualmente concluiu que ambos contribuíram para instalação de repertórios de auto-observação, favorecendo o autocontrole do comportamento alimentar, observado pela elevação dos índices de adesão à dieta dos participantes.

Além disso, verificou-se que a participante submetida ao treino de automonitoração (Cláudia) demonstrou generalização da adesão à dieta de maneira mais clara que a participante da condição de treino de relato verbal. Infere-se que a generalização dos

comportamentos de auto-observação e de adesão à dieta de Cláudia esteja relacionada ao efeito reativo do autorregistro, conforme afirmam Korotitsch e Nelson-Gray (1999). Entretanto, acredita-se que ambos os treinos não foram suficientes para instalação de repertório de autocontrole, tendo em vista que tanto Cláudia quanto Maria apresentaram dificuldades quanto à manipulação de contingências favoráveis ao autocontrole alimentar. A baixa frequência de comportamentos de autocontrole indica o grande potencial reforçador imediato adquirido por determinados alimentos e a influência de diferentes variáveis sobre o comportamento alimentar das participantes e pode estar associada ao elevado custo de algumas respostas de adesão como, por exemplo, o preparo das refeições. No estudo de caso de Ferreira e Fernandes (2009), o engajamento do paciente na preparação das suas refeições, principalmente de alimentos do grupo I e II (hortaliças) também foi identificado como fator que dificultou a adesão à dieta.

A utilização de planejamentos das refeições-alvo, tanto por escrito quanto relatado, enquanto treino de correspondência dizer-fazer-dizer, descrito por Beckert (2004), também foi considerado efetivo como variável de controle do comportamento alimentar. Ao planejar a refeição a ser realizada nas 24 horas seguintes, as participantes formularam regras que funcionaram como estímulos alteradores de função de outros estímulos, elevando a probabilidade da resposta não verbal correspondente (comer), o que corrobora com os resultados de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005) e confirma os efeitos das regras descritos por Albuquerque (2005).

As análises de consistência entre os relatos de comportamentos de adesão à dieta e as regras contidas no plano alimentar também contribuíram para que os planejamentos, e os registros/re relatos das participantes fossem progressivamente modelados, elevando o controle exercido pelas recomendações da nutricionista sobre o comportamento alimentar, variável contida no estudo de Ferreira e Fernandes (2009). É possível que as semelhanças

na condução das entrevistas de intervenção, seja de relato verbal, seja de automonitoração, tenham contribuído para a ocorrência de efeitos similares entre as duas condições de intervenção. Além disso, ressalta-se a possível influência da frequência de solicitação de registro/retrato, que ocorria três vezes por semana, contribuindo para a manutenção do controle da verbalização/registo sobre o comportamento alimentar.

Comprovou-se ainda o baixo custo de resposta do comportamento de relatar, ressaltado por Ferreira (2001) e a sua aplicabilidade para estudos sobre adesão à dieta. É possível que o registro de automonitoração tenha exigido maior custo de resposta, pois, embora Cláudia não tenha verbalizado dificuldades em registrar, a participante parou de realizar este comportamento algumas vezes, como durante todo o treino de automonitoração do lanche da tarde. Quanto às vantagens do registro de automonitoração, constatou-se sua utilidade enquanto uma alternativa econômica para a coleta de dados e o acesso a eventos sem a presença de observadores externos (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999; Jackson, 1999). Além disso, Cláudia fornecia, por meio dos registros, informações completas sobre o contexto no qual as refeições eram realizadas.

Quanto à manutenção dos resultados em curto prazo, verificou-se que após o encerramento da intervenção, em geral ocorria uma queda nos IADs para aquela refeição, ainda assim em níveis de adesão (IAD) acima dos encontrados em linha de base. No período pós-intervenção, verificou-se a ocorrência de oscilações nos IADs, o que indica processos de recaídas e retomada ao seguimento das regras nutricionais. No treino de Cláudia ocorreu manutenção da adesão às orientações do café da manhã e do almoço, tendo ocorrido total abandono do seguimento da dieta no período de follow-up. Maria manteve a adesão às orientações do café da manhã, lanche da manhã e almoço, embora com oscilações, até a etapa de follow-up. Não foi observada a manutenção dos IADs obtidos durante o treino de relato verbal do jantar. Considera-se que as dificuldades de

manutenção dos comportamentos de autocuidado para o jantar e os déficits de adesão às orientações do lanche da tarde possam estar relacionados a uma escassez de reforçadores para o repertório comportamental de Maria. Além disso, estas refeições coincidiam com o momento do dia no qual Maria mais se engajava na busca por reforçadores, sendo o alimento um reforçador generalizado.

Quanto à continuidade do tratamento da obesidade e do controle alimentar, é possível que a condição de saúde de Maria, que ao final da entrevista, estava com picos de pressão, tenha contribuído para esta manutenção.

Entrevista Final

A Tabela 13 apresenta os relatos das participantes quanto à avaliação sobre a sua participação na pesquisa considerando o que foi mais fácil e o que foi mais difícil de aderir, os possíveis ganhos e as possíveis mudanças ocorridas.

Ambas as participantes conseguiram relatar os objetivos descritos ao início da coleta de dados, destacando a perda de peso como meta principal. Quanto aos objetivos alcançados, ambas relataram ter alcançado resultados modestos ao longo da pesquisa e reconheceram momentos de recaídas. Cláudia verbalizou que em algum momento conseguiu perder peso e melhorar seu condicionamento físico, porém, posteriormente abandonou completamente a dieta e recuperou o peso perdido. Maria declarou que seus ganhos estavam relacionados à conscientização da necessidade de realizar a dieta e restringir o consumo de determinados alimentos. O aumento da conscientização sobre os aspectos do tratamento também foi citado pelo participante do estudo de Ferreira e Fernandes (2009).

Tabela 13:*Relatos das participantes obtidos na Entrevista Final*

Entrevista Final	Cláudia	Maria
Você lembra quais eram os seus objetivos no início desta pesquisa? Relate-os.	<p>“Emagrecer. Eu queria chegar na minha meta que era pelo menos 60kg, por aí”.</p> <p>“Eu queria me achar mais bonita, mais atraente, conseguir que as minhas roupas entrassem em mim, que eu melhorasse meu condicionamento físico”.</p>	<p>“Querida emagrecer, ser igual a Gisele Bündchen [risos]. Querida buscar saúde, qualidade de vida [roupas caberem, se sentir mais ativa, estar satisfeita com seu corpo, ter mais vontade de sair, passear]. Querida chegar aos 70kg, não era?”</p>
Você considera que conseguiu alcançar estes objetivos?	<p>“Olha, durante aquele tempo que eu tava realmente fazendo, que eu tava indo pra academia, eu tava provocando ciúme, melhorou também o meu condicionamento físico, até mesmo pra dormir também. Eu lembro que o meu vestido jeans deu em mim, porque eu emagreci (...)”</p> <p>“Eu pensei que aqui [casa nova] eu ia conseguir fazer [a dieta], mas eu acho que falta também um pouco de força de vontade e também quando tem assim um incentivo de outras pessoas. Tu eras uma pessoa que me incentivava. Um dia tu não tava, mas no outro tu estavas aqui, sabe? Então, de certa forma eu tinha uma vergonha de dizer ‘não, eu não fiz isso’, então, não era por obrigação, mas era pra eu mostrar que eu conseguia”.</p> <p>“Eu abandonei tudo. Não tem ninguém no meu pé pra dizer ‘não come isso, não como aquilo...’ [risos]. Eu falo isso pra ele [marido]. Ele não diz assim pra mim ‘amor, isso aqui faz mal pra ti’. Não eu digo ‘amor, eu quero batata’, ele vai lá na cozinha e prepara um pratão de batata. Aí eu digo ‘amor, eu quero mais’, aí ele vem e faz e ‘ah, eu não quero mais, só esse já me encheu’, e ele: ‘poxa, mas eu vim pra cá pra cozinha, que me pediu mais...’ [risos]. E Coca-Cola sempre, né? E a normal, não a light. E pra eu agradar eu ainda compro pra ele [coca cola], mas aí eu acabo tomando também, né.(...) até o meu café da manhã mudou, eu tomo uma caneca de nescau, com leite integral, mas sem açúcar, e um pão com queijo mussarela e uma fatia de peito de peru. Eu cortei o lanche da manhã, não to mais fazendo”.</p> <p>“Eu não sei quanto eu to pesando, mas eu imagino que seja sei lá, uns 87kg, por aí, mas eu nunca mais me pesei”.</p>	<p>“Não. O que eu acho é que eu fazendo tratamento eu me sinto assim... hoje por exemplo, eu fazendo academia me deu uma vontade de tomar açai, ‘poxa eu to gastando um dinheirão, eu não to bem, não vou tomar açai’. Então eu acho que, eu melhorei assim pela consciência, porque hoje eu tenho consciência que eu não posso exagerar em nada, eu não posso mais me alimentar como antigamente. Eu to mais responsável, eu acho”</p>
O que mudou em sua alimentação deste o início desta pesquisa?	<p>“Mudou tudo, a única coisa que não mudou eu acho que foi o lanche da tarde, que eu quase não faço, eu aboli da minha vida, [risos] e da noite, assim, uma vez ou outra eu como a noite. Eu quase não vou pro churrasco [jantar], por causa de dinheiro, né, que a gente tem que controlar e eu também não tenho mais aquela vontade de sair de casa, eu fico mais aqui deitada, assistindo TV, as vezes eu vou dormir com fome. [risos]. Agora, de manhã eu acordo varada de fome. Se eu te falar o que eu comi hoje, não tinha nada, não tinha pão, eu comi macarronada de manha cedo, que ele [marido] tinha deixado de ontem”.</p>	<p>“teve fases. Houve uma época que eu olhava pra dieta, que eu planejava o que eu queria comer. Foi mais ou menos no início da pesquisa. Tanto que eu cheguei a pesar 79kg. Eu comprei até umas roupas novas nessa época, eu lembro”.</p> <p>“[hoje em dia] eu só como sopinha, saladinha, peixinho e coisa sem sal. Tirei carne vermelha e enfim, eu to comendo bem pouquinho agora [por causa da pressão alta].</p>
O que permaneceu igual?	<p>“Lanche da tarde e jantar não saudáveis, eu não to tendo mais aquele jantar, mas agora eu quase não janto”.</p>	<p>“P: O que tu achas que tu não conseguiste mudar? M: a vontade de comer besteira à noite. P: mas e o controle para não comer essas besteiras à noite? M: eu não to comendo obrigada, né? Porque, o que eu to fazendo? eu não trago dinheiro, entendeu? Por exemplo, um dia desses nós saímos daqui pra comer um cachorro quente aqui do lado, aí eu ia; só que eu lembrei que eu não tinha dinheiro [risos]. Então eu acho melhor assim, eu não trago dinheiro, então eu não gasto”.</p>

Entrevista Final	Cláudia	Maria
O que você considera que foi mais fácil de realizar durante a pesquisa?	“Sem dúvida, o café da manhã e eu vou te dizer uma coisa, ainda é fácil, eu é que não faço de preguiçosa. E eu ficava saciada, era só comer devagar, o T.[marido] reclama disso, que eu como muito rápido. O lanche da manhã também foi tranquilo.(...) Tu tá em casa [nesse horário], né?, é mais fácil [de realizar estas refeições porque], é pouca coisa, não precisa preparar, tem um lugar certo pra comer e a mesma coisa pro lanche da manhã”.	“M: O café da manhã, com certeza. Colocar frutas no café da manhã. Eu acho que foi a alimentação que eu mais trabalhei. Até hoje ainda é mais fácil”.
O que você considera que foi mais difícil de realizar durante a pesquisa?	“O jantar, principalmente, e o almoço, nem tanto, se ele tivesse pronto era só colocar as quantidades certas.(...) No caso do jantar, o fato dele não estar preparado, o fato de sempre ter o incentivo de outras pessoas pra comer outras coisas”	“O jantar com certeza, por que eu nunca janto [referindo-se a alguns dias anteriores ao da entrevista]”.
Como você avalia a sua participação nesta pesquisa?	“Olha, eu acho que enquanto estava fazendo, tava bom, não uma excelente colaboração da minha parte, mas eu dei o melhor que eu pude...(...) Entre ruim, regular, bom e excelente, eu vou apontar como bom porque eu consegui emagrecer, seguir a dieta e ir cumprindo a dieta da Drª D.”.	“Acho que eu não me esforcei tanto”. “eu acho que eu nunca levei a sério, eu nunca pensei que era pra eu comer menos, não comer isso ou aquilo, eu não olhava pra dieta [Plano Alimentar].”
Quais ganhos você avalia que obteve com esta intervenção?	“De peso. [risos](...) Eu sempre arrumava desculpa pra tudo, eu acho que todo gordinho é assim. Então eu acho que isso que eu ganhei, porque eu tinha isso de arrumar desculpa e agora eu sei que eu não emagreço por que eu não quero. É determinação o que falta e força de vontade e incentivo, na verdade, também falta, antes tinha mais”.	“Apesar de não ter seguido, eu acho que eu aprendi muita coisa sobre a forma de me alimentar, o que comer, que horas, essas coisas”. “Olha, acho que até a questão de vergonha, sabe, as vezes eu dizia não, não vou comer porque a Suellen vem amanhã, e até a R.[empregada doméstica] mesmo dizia, ‘olha, eu vou dizer pra Suellen’. [risos]. Então eu acho que foi por aí mesmo. Isso aconteceu várias vezes”.
O que você considera que ainda deve ser melhorado?	“A minha vontade de querer emagrecer mesmo, de meter na minha cabeça que eu tenho que emagrecer e que eu vou conseguir.”	“ M: Acho que é eu selecionar mesmo o que eu tenho que comer. Fazer uma triagem. Eu já tirei muita besteira das minhas compras. P: mas da compra do café da manhã ou das outras também? M: não, pra tudo. P: Ah, tá, porque antes o almoço era de responsabilidade da tua mãe... M: não, ainda é, só que agora como ela tá me vendo assim, nesse estado e tal, eu passei vários dias mal em casa, aí ela mesma já tá mudando algumas coisas, já tá comprando menos carne, por exemplo, lá pra casa”.

Ambas relataram que a presença da pesquisadora exerceu controle sobre os seus comportamentos de adesão, corroborando os resultados de Immer (2005) e Ferreira (2001). Cláudia afirmou que após a interrupção da coleta de dados, a ausência de controle social foi um dos fatores que contribuiu para o abandono do seu tratamento, além do incentivo do seu marido para o consumo de alimentos calóricos.

No que se refere às possíveis mudanças ocorridas, Cláudia enfatizou aquelas ocorridas após o encerramento da etapa de intervenção, período coincidente com sua mudança de residência, quando suprimiu o lanche da tarde das suas refeições e reduziu a frequência do jantar. Ressalta-se, contudo, que neste período a participante não estava mais envolvida com a dieta e ingeria alimentos sem preocupação com as orientações nutricionais.

Por outro lado, Maria relatou que logo no início da pesquisa observou mudanças em seus hábitos alimentares que resultaram em perda de peso. Ao final da coleta de dados, Maria descreveu uma alimentação saudável e com pouca quantidade de sal, devido à hipertensão, tendo recebido algumas orientações sobre alimentação de seu médico cardiologista. Vale ressaltar que embora Maria tenha elevado sua adesão à qualidade dos alimentos ingeridos, ela ainda apresentava inconsistências quanto à quantidade de cada item alimentar e ao número de itens alimentares recomendados para cada refeição, ingerindo em geral, quantidade menor que a indicada.

Embora Maria tenha relatado que sua “vontade de comer besteiras à noite” continuou, ao final do estudo, ressalta-se que a participante demonstrou ter adquirido habilidade para manejar contingências favoráveis à adesão à dieta prescrita. Por outro lado, Cláudia reconheceu que o lanche da tarde e o jantar apresentaram poucas mudanças satisfatórias quando comparados aos dados coletados ao início da pesquisa.

Ambas as participantes apontaram o café da manhã como a refeição com maior grau de facilidade para adesão e o jantar como a refeição com maior custo de resposta de adesão, semelhante ao relatado no início do estudo e aos resultados encontrados por Immer (2005). Cláudia também descreveu o lanche da manhã como refeição de fácil adesão e apontou as variáveis que tornam o café e o lanche da manhã as refeições de menor custo de resposta de adesão como, estar em casa e ser uma refeição composta por poucos itens alimentares, os quais não necessitam de preparo. As variáveis que tornaram o jantar a refeição com maior custo de resposta de adesão, descritas por Cláudia, foram o fato de ter que prepará-lo (cozinhar alimentos) e a influência de sua rede social para a ingestão de alimentos indicados com restrição de consumo. Além disso, é possível que o café da manhã tenha sido atribuído com a refeição de mais fácil adesão devido as participantes não sentirem os efeitos da privação de alimentos no início da manhã, diferente do que ocorria ao final do dia, durante o jantar.

No aspecto autoavaliação da participação na pesquisa, enquanto Cláudia acredita que se empenhou, Maria verbalizou que não se dedicou o suficiente. Quanto aos ganhos obtidos com esta intervenção, Cláudia demonstrou maior consciência quanto a sua participação para os resultados no tratamento da obesidade e Maria ressaltou aprendizagens relacionadas à sua dieta e as mudanças na sua alimentação a partir do controle exercido pela presença da pesquisadora.

Por fim, as participantes verbalizaram que outros aspectos ainda devem ser trabalhados para que alcancem sucesso no tratamento da obesidade e na adesão às orientações nutricionais, tais como seleção dos alimentos a serem ingeridos em cada refeição e “força de vontade”, que pode ser entendida como aprendizagem de autocontrole ou mesmo manipulação de variáveis que favoreçam o aumento da frequência de comportamentos de autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar os efeitos de um treino de automonitoração e de um treino de relato verbal no estabelecimento e na manutenção, em curto prazo, de comportamentos de seguir regras nutricionais em adultos com obesidade. Para isso, primeiramente procurou-se identificar os comportamentos consistentes com as regras nutricionais presentes no repertório das participantes ao início do estudo. Posteriormente, buscou-se compreender as variáveis de controle do comportamento alimentar das participantes e, ao aplicar os Treinos em Automonitoração e em Relato Verbal, verificar a existência de efeito de generalização entre refeições. Por fim, buscou-se comparar os efeitos das duas condições de intervenção utilizadas.

Na condução da coleta de dados, foi utilizado um delineamento intrassujeito, elaborado de acordo com o modelo construcional de Goldiamond (1974/2002), o qual tem como foco a aquisição e manutenção de novos comportamentos que proporcionem melhorias na qualidade de vida do indivíduo, além de enfatizar a autonomia do paciente em relação ao seu tratamento. Considera-se que este modelo de intervenção tenha sido de grande auxílio para a condução desta pesquisa, tendo em vista que ao preconizar uma análise mais ampla e não linear das contingências, permitiu uma abordagem para além da patologia e sua evolução, levando em consideração aspectos da história de vida das participantes e as funções adquiridas pelos seus comportamentos alimentares.

Conforme apontado pela literatura comportamental (Ades & Kerbaux, 2002; Cavalcante, 2009; Silva, 2001) foram identificadas funções do comportamento alimentar das participantes que vão além do seu valor reforçador primário, sendo o comportamento de comer inadequado mantido tanto em Maria quanto em Cláudia por processos de reforçamento positivo e negativo.

Os treinos de relato verbal e automonitoração mostraram-se efetivos na instalação de repertórios de auto-observação e autoconhecimento, externados a partir dos autorrelatos emitidos pelas participantes sobre as variáveis de controle do seu comportamento alimentar, comprovando a afirmação de Kohlsdorfa e Costa Junior (2009) de que o autorrelato somente pode ocorrer a partir da auto-observação, porque está ligado a estímulos e comportamentos com os quais somente o falante pode ter certo tipo de relação, ou seja, somente ele tem acesso a seus eventos privados, comportamentos encobertos ou ainda seus comportamentos abertos não observáveis por outras pessoas.

Todavia, as participantes continuaram a agir impulsivamente, emitindo respostas com baixo custo de adesão, tendo sido identificados poucos comportamentos de autocontrole. Ao longo da pesquisa, observou-se desequilíbrio da relação custo-benefício da emissão de respostas de adesão, visto que para as participantes, devido a sua história de vida, os custos eram elevados e os benefícios nem sempre reconhecidos, pois eram imprecisos e não imediatos. De acordo com Hanna e Todorov (2002), algumas variáveis afetam a probabilidade de escolha da alternativa de autocontrole, dentre elas valores absolutos e relativos do atraso e magnitude do reforço. Neste caso, cabe uma reflexão sobre o valor reforçador do alimento versus da perda de peso para as participantes desta pesquisa e da estimativa do atraso para o contato com as consequências benéficas do tratamento da obesidade. Embora as participantes tenham relatado contato com alguns dos resultados desejados durante a pesquisa, tais como perda de peso e melhora da condição física, os mesmos foram modestos e provavelmente, de menor valor reforçador que o alimento. Desta forma, pesquisas experimentais que busquem manipular as variáveis envolvidas no autocontrole alimentar se mostram necessárias para a elaboração de estratégias de adesão ao tratamento da obesidade.

Quanto à manutenção dos resultados obtidos durante os treinos de automonitoração e de relato verbal, a ocorrência de oscilações na adesão ao tratamento demonstra a insuficiência destas intervenções, enquanto único recurso, para a manutenção dos resultados. Malerbi (2000) destaca a necessidade de realizar treinamentos de habilidades específicas no contexto do tratamento de doenças crônicas, tais como treino de autocontrole e habilidades sociais. A utilização destas estratégias está de acordo com o modelo construcional que defende o foco na construção de novos repertórios que favoreçam a qualidade de vida. Neste sentido, estudos que utilizem treinos em habilidades específicas para o manejo da adesão ao tratamento poderão ser úteis para a manutenção dos comportamentos de adesão à dieta.

Neste estudo, foram identificadas algumas variáveis de controle do comportamento alimentar das participantes, semelhantes às verificadas no estudo Ferreira e Fernandes (2009), como presença da pesquisadora, enquanto uma figura de autoridade; controle social, exercido por familiares e amigos, que nesta pesquisa funcionou, em grande parte das situações, como uma barreira contra a adesão, devido ao incentivo de consumo de alimentos favoráveis ao desenvolvimento da obesidade; disponibilidade de certos alimentos, os quais, quando não recomendados, elevavam a probabilidade de emissão de comportamentos de não adesão; e a realização dos planejamentos das refeições, que assumiu função de estímulo alterador de função de outros estímulos (operação estabelecadora). Além disso, outras variáveis foram reveladas, como a presença de esquemas concorrentes de reforçamento, envolvendo a refeição e outras atividades simultâneas; controle por autorregras, formuladas a partir de experiências prévias com dietas, e a ocorrência de eventos privados com função estabelecadora (privação e não privação de alimentos, tristeza, mal-estar).

Na revisão da literatura realizada por Malerbi (2000), a autora identificou que a adesão pode ser dificultada em situações nas quais os resultados não são imediatos e em tratamentos que propõem modificações no estilo de vida. Estas dificuldades foram encontradas no presente estudo, devido ao fato do tratamento da obesidade se constituir em um processo lento e gradativo, além de focar uma mudança na história alimentar, alterando a rotina, de maneira abrangente.

Destacam-se ainda as contingências sociais contrárias à adesão à dieta, presentes com maior atuação no contexto no qual Cláudia estava inserida. Estas contingências sociais funcionaram como umas das barreiras de adesão ao tratamento, descritas por Mauro e cols. (2007), mais especificamente à adesão às regras nutricionais. De acordo com Albuquerque e Ferreira (2001), alguns estudos sobre regras têm sugerido que o comportamento de seguir regras pode ser mantido quando estas correspondem às contingências de reforço e o comportamento de segui-las produz consequências reforçadoras. Todavia, o seguimento de regras pode ser abandonado quando as contingências em vigor não favorecem o seu seguimento. No caso das participantes, a ausência de apoio social reflete contingências não favoráveis ao seguimento das regras nutricionais.

Além disso, as dificuldades de adesão à dieta também podem ser explicadas a partir do vínculo estabelecido entre a equipe de nutrição e as participantes, apontado na literatura (Ferreira & cols., 2007) como necessário para a busca de alternativas adequadas ao tratamento que levem em consideração os aspectos individuais do paciente. Mesmo realizando esforços no sentido de orientar a alimentação realizada pelas participantes ao longo da pesquisa, o contato entre as nutricionistas e as participantes ocorreu uma única vez para a entrega do plano alimentar. Desta forma, não foi possível o acompanhamento pelas nutricionistas do engajamento das pacientes na dieta, identificando possíveis

dificuldades. Soma-se a isto, o fato de que o plano alimentar, embora diferenciado, pouco considerava as preferências alimentares e características individuais das participantes e apresentava uma lista de substituição padronizada. Estas questões podem ter contribuído para que, ao final da coleta de dados, as participantes relatassem o abandono do tratamento da obesidade com a equipe atual.

A fim de suprir as necessidades particulares das participantes a respeito das orientações nutricionais, constantemente foram trocadas informações entre a pesquisadora e a equipe de nutrição, gerando um rol extenso de regras relacionadas à alimentação, o que pode ter prejudicado a interpretação e o seguimento das mesmas. É possível que a diversidade de regras referentes a mesma refeição tenha contribuído para as divergências entre determinados cálculos de IAD realizados pelos juízes, durante a medição da fidedignidade da fórmula.

Ressalta-se ainda a escassez de literatura sobre os hábitos alimentares paraenses. Este conhecimento torna-se de grande relevância para a compreensão do comportamento alimentar das participantes e para a elaboração de dietas mais direcionadas aos hábitos alimentares dos pacientes. É possível que alguns dos resultados deste estudo possam ser explicados a partir do conhecimento dos aspectos culturais da culinária e dos hábitos alimentares da população paraense, como, por exemplo, a dificuldade das participantes em aderir às orientações para o lanche da tarde. A recomendação para esta refeição não levou em consideração os hábitos paraenses para o lanche da tarde e as combinações entre os itens alimentares realizadas pela população em geral.

Quanto ao grau de confiabilidade dos relatos, destaca-se que este estudo adotou os procedimentos indicados na literatura (Malerbi, 2000; Ferreira, 2006) para elevar sua confiabilidade. Além disso, a constante frequência de relatos de não-adesão dão indícios desta confiabilidade, tendo em vista que poucos foram as verbalizações de 100% de

adesão. No que se refere às interações entre pesquisadora e participantes, é possível que estas tenham sido facilitadas pela condução da pesquisa baseada na abordagem construcional (Goldiamond, 1974/2002) e adoção de uma postura focada na ampliação de repertório ao invés da eliminação de comportamentos ditos inadequados. É possível que esta condução tenha favorecido o surgimento de relatos correspondentes e mais confiáveis, uma vez que relatos de não adesão foram aceitos sem qualquer tipo de consequenciação que sinalizasse reprovação ou julgamento, valorizando-se a correspondência fazer-dizer.

Este estudo utilizou como medida de adesão o índice de adesão à dieta (IAD), o qual se mostrou bastante útil para o fornecimento de medidas não subjetivas das respostas de adesão. Ressalta-se que a fórmula utilizada foi diferente da apresentada nos estudos de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005). Nestes estudos, realizava-se o cálculo da adesão considerando-se todas as refeições realizadas ao longo do dia, enquanto que o IAD utilizado na presente pesquisa era obtido por refeição, propiciando informações mais detalhada sobre a adesão às orientações nutricionais. Ainda assim, constatou-se a necessidade de adaptação da fórmula do IAD em conformidade ao plano alimentar a ser utilizado, de maneira a garantir maior confiabilidade. No caso do presente estudo, a fórmula do IAD foi deduzida antes do conhecimento do plano alimentar fornecido pela clínica de nutrição particular, tendo sido posteriormente identificadas algumas dificuldades para o cálculo da adesão das refeições do lanche, da manhã e da tarde, as quais foram amenizadas com a adaptação da fórmula.

Ademais, considera-se de grande relevância a condução de estudos que possam estimar o grau de adesão à dieta necessário para a obtenção dos resultados desejados do tratamento da obesidade. Nos estudos de Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005), o critério de adesão foi IAD de, no mínimo, 50%, enquanto que neste estudo, elevou-se para 60% o critério de adesão, compreendendo que para o alcance dos resultados desejados

seria necessário um maior grau de consistência entre as regras nutricionais e o comportamento alimentar.

Por fim, destaca-se a atual influência do modelo biomédico no tratamento da obesidade por parte da clínica de nutrição, a qual teve como foco principal a doença e como meta a redução de peso. É possível que o trabalho interdisciplinar entre a equipe médica, de nutrição e psicologia obtenha melhores resultados em relação à adesão ao tratamento, na medida em que trabalhem compartilhando da mesma orientação no tratamento, que utilize medidas comportamentais de adesão para o alcance de resultados que vão além da perda de peso.

REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). Recuperado em 10 de novembro de 2008, de www.abep.org
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, *13*, 197-216.
- Albuquerque, L. C. (2005). Regras como instrumento de análise do comportamento. Em L. C. Albuquerque (Org.), *Estudos do Comportamento*. (pp.143-176). Belém: Edufpa.
- Albuquerque, L. C. & Ferreira, K.V.D. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. *Psicologia: reflexão e crítica*, *14*, 143-155.
- Araújo, G. B., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista eletrônica de Enfermagem*, *8*, 259-272. Recuperado em 4, outubro, 2008, de http://www.fen.ufg.br/revista/8_2/v8n2a11.htm.
- Barton, K. A., Blanchard, E. B. & Veazey, C. (1999). Self-monitoring as an assessment strategy in behavioral medicine. *Psychological Assessment*, *11*, 490-497.
- Beckert, M. E. (2004). Correspondência verbal/não-verbal: pesquisa básica e aplicações na clínica. Em C. Nabuco de Abreu & H. J. Guilhardi. (Org.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental*. (pp. 259-274). São Paulo: Roca.
- Bohm, C. H. & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicolog*, *1*, 88-100.
- Cameschi, C. E. & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.) *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*. (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed.
- Canaan-Oliveira, S. (2003). Dimensão aplicada na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *16*, 349-354.
- Castanheira, S. S. (2001a). Autocontrole: a linguagem do cotidiano e a análise do comportamento. Em: R. C. Wielenska (Org), *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp. 53-61). Vol. 6. Santo André, SP: ESEtec.

- Castanheira, S. S. (2001b). Regras e aprendizagem por contingência: sempre e em todo lugar. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e cognição*. (pp.36-46). Vol. 7. São Paulo, SP: Esetec.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed
- Cavalcante, L. C. (2009). *Obesidade e análise do Comportamento*. Belém: Unama.
- Cone, J. D. (1999). Introduction to the special section on self-monitoring: a major assessment method in clinical psychology. *Psychological Assessment*, *11*, 411-414.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *3*, 19-24.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior Therapy and Cognitive- Behavioral of Obesity: Is there a difference? *Journal of the American Dietetic Association*, *107*, 92-99.
- Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília-DF.
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.147-189). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, E. A. P. & Fernandes, A.L. (2009). Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*, 629-636.
- Ferreira, E. A. P. Mendonça, M. B. & Lobão, A. C. (2007). Adesão ao tratamento da urticária crônica. *Estudos de Psicologia – Campinas*, *24*, 539-549.
- Foreyt, J. P. & Poston II, W. S. C. (1998). The role of behavioral counselor in obesity treatment. *Journal of the American Dietetic Association*, *98*, S27-S30.
- Foster, G. D., Makris, A. P. & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *82*, 230S-235S.

- Foster, S. L., Lavery-Finch, C., Gizzo, D. P. & Osantowski, J. (1999). Practical issues in self-observation. *Psychological Assessment*, 11, 426-438.
- Francischi, R. P. P.; Pereira, L. O.; Freitas, C. S., Klopfer, M.; Santos, R. C.; Vieira, P.; & Lancha Júnior, A. H. (2000). Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13, 17-28.
- Gimenes, L. S., Andronis, P. T. & Joe Laying, T. V. (2005). O questionário construcional de Goldiamond: uma análise não-linear de contingências. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp.308-322). Vol. 15. Santo André, SP: ESETEC.
- Goldiamond, I. (1974/2002). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108-197. (Trabalho original publicado em 1974).
- Hanna, E. S. & Todorov, J. C. (2002). Modelos de autocontrole na Análise Experimental do Comportamento: utilidade e crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 337-343.
- Hidaka, A. H. V. (2007). *Tratamento Comportamental de Crianças com Obesidade ou Sobrepeso - Estudo Exploratório baseado no Modelo Construcional de I. Goldiamond*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Immer, I. A. (2005). Efeitos do Treino de Correspondência sobre o seguimento de regras nutricionais por adultos com diabetes tipo 2 e obesidade. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado de Psicologia). Universidade Federal do Pará. Belém-Pa.
- Jackson, J. L. (1999). Psychometric considerations in self-monitoring assessment. *Psychological Assessment*, 11, 439-447.
- Jakicic, J. M. & Otto, A. D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 226S-229S.
- Jebb, S. A. (1997). Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*, 53, 264-285.
- Kaplan, R. M. (1990). Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist*, 45, 1211-1220.

- Kerbaux, R. R. (2004). Procrastinar: como analisar para conhecer as consequências de adiar tarefas. Em: M. Zilah & cols. (Org), *Sobre Comportamento e Cognição*: Vol. 13. Santo André-SP: ESEtec.
- Kohlsdorfa, M. & Costa Junior, A. L. (2009). O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27, 131-139.
- Korotitsch, W. J. & Nelson-Gray, R. O. (1999). An Overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11, 415-425.
- Malerbi, F. E. K. (2000). Adesão ao tratamento. Em R. R. Kerbaux (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 148-155). Vol. 5. Santo André, SP: ARBytes Editora.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 51-66.
- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S. & Sharma, A. M. (2007). Barriers to obesity treatment. *European Journal Internal Medicine*, 19, 173-180.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.). *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*. (pp. 211-227) Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde do Brasil (2006). *Obesidade*. (Cadernos de Atenção Básica. Nº 12) Brasília - Distrito Federal.
- Monteiro, R. C. A. Riether, P. T. A. & Burini, R. C. (2004). Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Revista de Nutrição*, 17, 479-489.
- Nonino-Borges, C. B., Borges, R. M. & Santos, J. E. (2006). Tratamento clínico da obesidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39, 246-252.

- Oliveira, L. C. C., Ferreira, E. A. P. & Casseb, M. S. (2006). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6, 1-18.
- Pergher, N. K. (2002). É possível saber se o cliente está falando a verdade? Em A. M. S. Teixeira, A. M. L. Sénéchal-Machado, N. M. S. Castro & S. D. Cirino (Orgs), *Ciência e comportamento Vol2: conhecer e avançar*. (pp. 109-122). Santo André, SP: ESETEC.
- Pergher, N. K. & Sadi, H. M. (2003). Verdade e mentira sob o ponto de vista da análise do comportamento. Em H. M. Sadi & N. M. S. Castro (Orgs.), *Ciência e comportamento Vol 3: Conhecer e Avançar*. (pp.147-162). Santo André, SP: ESETEC.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M. & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição Campinas*, 21,739-748.
- Rubio, A. R. (2004). Behaviorismo Radical: uma revisão do conceito de *Self* na obra de B. F. Skinner. Em: M. Zilah & cols. (Org), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 13*. Santo André-SP: ESETEC.
- Sidman, M. (1989/2003). *Coerção e suas implicações*. Editora Livro Pleno: Campinas, SP.
- Silva Júnior, J. B. S., Gomes, F. B. C., Cezário, A. C. & Moura, L. (2003). Doenças e agravos não-transmissíveis: Bases Epistemiológicas. Em M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho (Orgs.), *Epidemiologia & Saúde*. (pp. 289-311). (6ªed). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Silva, V. L. M. (2001). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer?. Em: R. C. Wielenska (Org), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 6*. Santo André – SP: ESETEC.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, J. M. B., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M. & Silva, N. G. (2005). Obesidade e Tratamento: Desafio Comportamental e Social. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1, 59-67.

Sturney, P. (1996). *Functional Analysis in Clinical Psychology*. NY: John Wiley & Sons.

Wadden, T. A., Butryn, M. L. & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, *132*, 2226-2238.

Wadden, T. A., Sarwer, D. B. & Berkowitz, R. I. (1999). Behavioural treatment of the overweight patient. *Baillere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, *13*, 93-107.

World Health Organization - WHO. (2006). *Obesity and overweight*. Recuperado em 14 março de 2008: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Zettle, D. R. (1990). Rule-Governed Behavior: a radical behavioral answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, *40*, 41-49.

ANEXOS

Anexo I: Aprovação do projeto pelo CEP/NMT-UFPA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. **Protocolo:** Nº001 /2009-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** EFEITOS DO TREINO DE AUTOMONITORAÇÃO NO ESTABELECIMENTO E NA MANUTENÇÃO DE COMPORTAMENTO DE SEGUIR REGRAS NUTRICIONAIS EM ADULTOS COM OBESIDADE.
3. **Pesquisador Responsável:** Suellen Martins Nobre.
4. **Instituição / Unidade:** IFCH/UFPA.
5. **Data de Entrada:** 09/01/2009.
6. **Data do Parecer:** 28/02/2009.

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela durante a reunião realizada no dia 28/02/2009. Considerando que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS, manifestou-se pela aprovação do parecer do relator.

Parecer: **APROVADO**

Belém, 28 de janeiro de 2009.


Profº Teiichi Oikawa

Coordenador do CEP-NMT/UFPA.

Anexo II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento - PPGTPC

PROJETO: Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade⁷

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é auxiliar na adesão à dieta alimentar em adultos com obesidade. O estudo será realizado por meio de entrevistas em sua residência, na hora que for mais conveniente para você, em dias alternados e previamente agendados. Estas entrevistas serão gravadas em áudio para melhor análise dos dados. Estima-se que este estudo tenha duração de quatro a seis meses, uma vez que os intervalos entre as entrevistas se tornarão mais espaçados ao final da pesquisa.

Sua participação ocorrerá por meio de fornecimento de informações sobre sua alimentação e histórico de tratamento da obesidade e por meio de registros em dias alternados sobre os alimentos ingeridos nas últimas 24hs, cujos objetivos lhe serão esclarecidos durante a pesquisa.

Este estudo poderá trazer benefícios a pessoas que, como você, têm dificuldades para seguir as orientações do tratamento da obesidade.

Ressaltamos que esta pesquisa apresenta riscos mínimos à integridade física ou emocional dos participantes. Asseguramos ainda que todas as informações prestadas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos científicos, sendo a divulgação destas informações anônima e transmitida em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Sua participação é completamente voluntária e você é livre para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer forma de represália.

Suellen Martins Nobre

Mestranda do PPGTPC

Fone: 3249-1238/ 8141-3198

Registro no Conselho: CRP 10/02662

Profª. Drª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

End: Universidade Federal do Pará.

Fone: 3083-1448/ 8111-3915

Registro no Conselho: CRP 10/00049-3

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ___ / ___ / ____

⁷ Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical, localizado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal. Fone: 3241-9864.

Anexo III: Protocolo de Análise de Prontuário



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Identificação

ID:

Nome:	Prontuário:
Data de Nascimento*: / /	Sexo:
Endereço*:	
Perímetro:	Bairro:
Cidade:	
Telefone Residencial:	Celular:

Estado Clínico Atual:

Outras doenças comorbidas:					
Medidas*	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Peso					
Altura					
IMC					
Circunferência					

Tratamento indicado (data: / /):

Nutrologia / Nutrição

Frequência às consultas:

Equipe	
1ª consulta	/ /
Última Consulta	/ /

Pratica exercícios físicos regularmente?

--

Anexo IV: Roteiro de Entrevista Inicial



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

Instruções

Esta pesquisa tem como objetivo auxiliar na adesão à dieta alimentar em adultos com obesidade. Para tanto, e conforme já lhe foi esclarecido no TCLE, este estudo possui várias etapas, as quais lhe serão explicadas no seu devido momento. O primeiro passo dessa pesquisa, momento atual, consiste na realização de uma entrevista, na qual lhe serão feitas perguntas acerca do tratamento da obesidade recomendado/praticado, especialmente sobre sua alimentação, o histórico da doença e seus hábitos alimentares. Esperamos que com esta entrevista possamos conhecer um pouco mais sobre você e sua condição de saúde, a fim de melhor planejarmos a intervenção a ser realizada durante esta pesquisa. O(a) Sr(a) poderá responder livremente sobre estas questões, as quais serão registradas com auxílio de um gravador, para que possamos melhor analisar os dados obtidos. Ao final dessa entrevista, conversaremos para marcarmos uma nova entrevista. Alguma dúvida?

Roteiro de Entrevista

Data: ____/____/____

Identificação:

Nome:	Prontuário:	
Estado Civil:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Ocupação:	
Religião:		
Telefone Residencial:	Celular:	

Informações sobre Moradia e Composição Familiar

Endereço:	
Perímetro:	
Bairro:	
Cidade:	
Quantas pessoas moram na casa?	
Nome	Grau de Parentesco

Nível Sócio-Econômico (ABEP, 2008): Posse de Itens

ITENS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do Chefe de Família	
Analfabeto / Até 3ª série fundamental	0
Até 4ª série fundamental	1
Fundamental completo	2
Médio completo	4
Superior completo	8

Classe	Pontos	Classe	Pontos
A1	42-46	C2	14-17
A2	35-41	D	8-13
B1	29-34	E	0-7
B2	23-28		
C1	18-22		

I - Contexto familiar relacionado à doença:

1) Dentre as pessoas que residem com você, quantas possuem diagnóstico de obesidade ou sobrepeso? Quem são elas? Fazem tratamento?

2) Há outros familiares com este diagnóstico ou pessoas com quem você conviva? Quem são eles? Fazem tratamento?

II – Aspectos históricos sobre o excesso de peso:

1) Com que idade você apresentou peso corporal acima da faixa considerada apropriada?

2) Quando você foi diagnosticado com obesidade? (Há quanto tempo? Com que idade?)

3) Quais os sintomas que você sentia que o levaram a procurar ajuda médica/nutricional?

4) Que orientações você recebeu para controlar a obesidade (peso)? (*investigar se o participante recebeu orientações sobre medicação, dieta e exercícios físicos*). Quando você iniciou o tratamento com sua médica-nutróloga atual? Desde as primeiras orientações até hoje, houve alguma mudança nas orientações recebidas?

5) Você está ingerindo alguma medicação para emagrecer? Qual? (*Investigar se foi sob orientação médica*).

6) Você pratica exercícios físicos regularmente? Desde quando? Com que frequência? Quais?

7) Além das orientações que você recebeu àquela época, que outros recursos você tem utilizado para controlar a obesidade? *(Investigar o uso de práticas alternativas como chás, remédios caseiros etc.)*.

8) Antes de você iniciar o tratamento atual com a médica nutróloga, você já havia realizado outro(s) tratamento(s) para a obesidade? Qual ou quais?

9) Quais os resultados obtidos com estes tratamentos? *(Investigar história de sucesso no seguimento de regras)*.

10) Você já participou de algum acompanhamento da sua alimentação semelhante ao que está sendo proposto neste momento? Se sim, quando e como se deu este processo? *(História de participação em treino semelhante ao previsto neste estudo constitui-se como critério de exclusão da participação na pesquisa)*.

III - Dieta

1) Quais os alimentos da sua preferência?

2) Quais os alimentos que você mais rejeita?

3) Nos finais de semana, como costuma ser a sua alimentação? É semelhante a ingerida durante a semana? Em que é diferente? *(exemplos)*.

IV – Orientações recebidas na(s) consulta(s) com a nutricionista:

1) Quais foram as orientações que você recebeu da nutricionista?

2) Quais os horários sugeridos para você fazer as suas refeições? *(Investigar se o participante descreve sobre a importância do fracionamento e horário das refeições).*

3) Quais os alimentos que a nutricionista indicou como aqueles que você deve dar preferência?

4) Quais os alimentos que ela sugeriu que você reduza a ingestão?

5) Você recebeu a lista de substituição dos alimentos? Você sabe como utilizá-la? Descreva.

6) Sobre as orientações recebidas:

Em geral, pessoas com obesidade têm dificuldades para mudar seus hábitos alimentares. No seu caso:

6.1) O que você acha que é mais fácil de cumprir?

6.2) E o que é mais difícil?

6.3) O que você tem feito para enfrentar essa dificuldade?

6.4) Destas orientações que você recebeu, quais as que você vem seguindo até o momento?

7) Até que ponto a mudança nos hábitos alimentares tem afetado o seu relacionamento com a família e os amigos? (*Investigar relacionamentos dentro e fora da família, como amigos e colegas de trabalho*).

8) De 0 a 10, qual a nota que você dá para a sua adesão ao tratamento sugerido pela nutricionista?

9) A que você atribui a sua dificuldade em seguir as orientações nutricionais?

V- Expectativas:

1) O que você acredita que sejam as consequências mais sérias da sua doença?

2) Quais os resultados mais importantes que você espera receber do tratamento nutricional?

3) Quais os resultados que você espera desta intervenção?

Anexo V: Recordatório Alimentar



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

RECORDATÓRIO ALIMENTAR¹

Nome: _____

Data: ____/____/____

Horário	Refeição	Contexto			Alimentos Ingeridos		Consequentes Imediatos		
		Local	Companhia	Sentimentos	Quais?	Quantidades (medidas)	Atividades	Sentimentos	Companhias
	Café da Manhã								
	Lanche da Manhã								
	Almoço								
	Lanche da Tarde								
	Jantar								
	“Extras”								

¹ O Recordatório alimentar das últimas 24hs não poderá ser aplicado em uma segunda-feira, pois se refere à alimentação realizada no dia anterior.

Anexo VI: Plano Alimentar

Cliente: Cláudia

Plano Alimentar com lista de substituição:

Refeição	Alimento	Quantidade	Grupo de Substituição
Café da Manhã	Leite desnatado	1 xícara (200ml)	Ou suco natural
	Torrada integral	3 unidades	1 porções do grupo 5
	Requeijão 0% de gordura	1 colher de sopa	1 porção do grupo 7
	Melão	1 fatia média	1 porção do grupo 6
Lanche Manhã	Fruta ou	2 porções	2 porção do grupo 6
	Barra de cereal	1 unidade	1 porção do grupo 5
Almoço	Frango	2 filés pequenos	2 porção do grupo 3
	Arroz integral	4 colheres de sopa	1 porções do grupo 5
	Feijão s/ charque	1 concha rasa	1 porção do grupo 5
	Salada crua	À vontade	-
	Azeite / óleo	2 colheres de sobremesa	1 porção do grupo 7
	Fruta ou suco	1 porção / 1 copo médio	1 porção do grupo 6
Lanche Tarde	Suco natural	1 copo (250ml)	1 porção do grupo 6
	Pão de forma light	2 fatias pequenas	2 porções do grupo 5
	Queijo minas	1 fatia	1 porção do grupo 4
Jantar	Sopa de hortaliças s/ massa	1 prato fundo	
	- Carne de soja	3 colheres de sopa	1 porção do grupo 3
	- hortaliças do grupo 1 e 2	À vontade	2 porções do grupo 1
	- Azeite de Oliva	1 colher de sobremesa	1 porção do grupo 7

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

- Utilize **adoçante** ou **açúcar light** como substituição do açúcar refinado;
- Utilize o **azeite de oliva** ou **margarina light (creme vegetal)** como substituição da manteiga;
- Substitua o leite integral por desnatado ou leite de soja light;
- Aumente o consumo de alimentos ricos em **FIBRA**: frutas, verduras e legumes, torradas integrais, pão integral, bolacha integral, farinha de linhaça, farelo de aveia, arroz integral etc;
- Aumente o consumo de líquidos (pelo menos de 6 a 8 copos de água por dia);
- **Alimentos que devem se evitados**: frituras, gordura de carnes, peles de aves e peixes, embutidos (salsicha, mortadela, presunto gordo, salame, lingüiça, charque etc.), enlatados, conservas, molhos (maionese, catchup, molho de tomate, etc.), refrigerantes, excesso de massa e doces.

Cliente: Maria

Plano Alimentar com lista de substituição:

Refeição	Alimento	Quantidade	Grupo de Substituição
Café da Manhã	Leite desnatado	1 xícara (200ml)	½ porção do grupo 8
	Pão integral	1 unidade	2 porções do grupo 5
	Mamão	½ unidade pequena	1 porção do grupo 6
	Requeijão light	1 colher de sopa cheia	1 porção do grupo 4
Lanche Manhã	Maçã ou	1 unidade	2 porção do grupo 6
	Barra de cereal light	1 unidade	1 porção do grupo 5
Almoço	Frango	2 filés pequenos (chapa)	2 porção do grupo 3
	Arroz integral	3 colheres de sopa cheias	2 porções do grupo 5
	Feijão simples	4 colheres de sopa	1 porção do grupo 5
	Hortaliças do grupo 1 e 2	À vontade	-
	Azeite	1 colher de sobremesa	1 porção do grupo 7
	Sobremesa: abacaxi	1 fatia	1 porção do grupo 6
Lanche Tarde	Suco de uva	1 copo (300ml)	2 porção do grupo 6
	Bolacha integral	4 unidades	2 porções do grupo 5
Jantar	Sanduíche:		
	- Pão integral	1 unidade	2 porção do grupo 5
	- Queijo minas frescal	1 fatia	1 porção do grupo 4
	- Margarina light	1 colher (sobremesa) rasa	1 porção do grupo 7
	Leite desnatado	1 xícara (200ml)	½ porção do grupo 8

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

- Utilize **adoçante** ou **açúcar light** como substituição do açúcar refinado;
- Utilize o **azeite de oliva** ou **margarina light (creme vegetal)** como substituição da manteiga;
- Substitua o leite integral por desnatado ou leite de soja light;
- Aumente o consumo de alimentos ricos em **FIBRA**: frutas, verduras e legumes, torradas integrais, pão integral, bolacha integral, farinha de linhaça, farelo de aveia, arroz integral etc;
- Aumente o consumo de líquidos (pelo menos de 6 a 8 copos de água por dia);
- **Alimentos que devem se evitados**: frituras, gordura de carnes, peles de aves e peixes, embutidos (salsicha, mortadela, presunto gordo, salame, lingüiça, charque etc.), enlatados, conservas, molhos (maionese, catchup, molho de tomate, etc.), refrigerantes, excesso de massa e doces.

LISTA DOS GRUPOS EQUIVALENTES OU DE SUBSTITUIÇÃO

ALIMENTOS PERMITIDOS SEM RESTRIÇÕES		
Água	Canela	Picles
Alho	Cominho	Pimenta
Baumilha	Limão	Sal (os portadores de pressão)
Café e chá sem açúcar	Louro	Alta deverão evitá-lo)
Caldo de carne magra	Orégano e Erva doce	Vinagre

GRUPO 1:

Hortaliças: praticamente sem calorias. Em cada 100 g contém menos de 25 Calorias. **COMER À VONTADE.**

- Acelga, agrião, aipo. Alcachofra, alface, almeirão, aspargo, berinjela, cebolinha, chicória, escarola, espinafre, folhas de beterraba, jiló, maxixe, pepino, rabanete, repolho, salsa, salsão, tomate, cogumelo conserva, palmito, nabo, abobrinha e coentro.

GRUPO 2:

- **Hortaliças:** uma porção referida equivale a 35 Calorias e contém aproximadamente: P=3g; HC=8g; L=0

ALIMENTO	QUANT.	MEDIDA CASEIRA	ALIMENTO	QUANT.	MEDIDA CASEIRA
Abóbora	48g	3 colheres de sopa rasa			
Caruru	80g	1 prato de sobremesa raso	Brócolos	100g	10 cc de sopa cheia (picada)
Couve-flor	75g	3 cc de sopa cheia (picada)	Cenoura	55g	1 unidade pequena
Couve bruxelas	80g	5 cc de sopa cheia (picada)	Cebola	70g	1 unidade média
Jambú	100g	1 prato de sobremesa	Chuchu	100g	4 cc de sopa cheia (picada)
Pimentão verde	55g	1 unidade média	Quiabo	40g	1 cc de sopa cheia (picada)
Vagem	100g	3 colheres de sopa cheia			
Beterraba	80g	1 unidade pequena			

GRUPO 3:

Carnes e soja: uma porção referida equivale a 82 calorias e contém aproximadamente: P=12; HC=1; L=5

Atum em água e sal (68 gr)	4 cc (sopa) cheias	Ovo (gema) (23 gr)	1 unidade pequena
Atum consumo em azeite (31 gr)	2 cc (sopa) cheias	Ovo (clara) (150 gr)	5 unidades médias
Bife (56 gr)	1 unidade pequena fina	Ovo de codorna (50 gr)	5 unidades
Bacalhau (60 gr)	3 cc (sopa) cheia	Pato (25 gr)	
Camarão seco (25 gr)	5 unidades pequenas	Peru (50 gr)	1 fatia grande
Camarão fresco (94 gr)	3 unidades médias	Peixe (100 gr)	1 filé pequeno magro
Costela de boi magra (40 gr)	1 fatia média	Pirarucu (33 gr)	
		Presunto de Peru	1 fatia grande
Caranguejo (100 gr)	5 cc (sopa) cheia	Pernil Assado (35 gr)	1 fatia média
Costela de porco magra (31 gr)	1 unidade média	Sardinha no azeite (33 gr)	1 unidade média
Carne de sol (39 gr)	2 cc (sopa) rasa picada		
Charque magro (18 gr)	1 cc (sopa) rasa picada	Siri (80 gr)	5 unidades pequenas
Carne de porco magra (50 gr)	1 fatia pequena fina		
Carne magra moída (42 gr)	3 cc (sopa) rasa		
Frango (coxa) (55 gr)	1 unidade grande		
Frango peito (68 gr)	1/2 unidade pequena		
Frango sobrecoxa (65 gr)	1 unidade média		
Frango desfiado (60 gr)	3 cc (sopa) cheia		
Hambúrguer (44 gr)	1 pequeno		
Língua (30 gr)	1 fatia média		
Lula (100 gr)	4 unidades média		
Fígado (60 gr)	1 fatia pequena		
Mexilhão (85 gr)	11 unidades peq.		

GRUPO 4:

- **Queijos:** Uma porção referida equivale a 82 calorias e aproximadamente: P=6; HC=0; L=6

Minas frescal (35 gr)	1 Fatia Média	Requeijão (30 gr)	1 cc (Sopa) Cheia
Prato (21 gr)	1 Fatia Grande	Mussarela (25 gr)	1 Fatia Média
Requeijão light (50 gr)	1 1/2 cc (Sopa) Cheia	Polenguinho (24 gr)	1 unidade
Ricota (50 gr)	1 Fatia Grande		

GRUPO 5:

• Cereais e Leguminosas: uma porção referida equivale a 70 calorias e contém aproximadamente: P=3; HC=15; L=1

Arroz cozido (63 gr)	3 cc (sopa) rasa	Aveia (18 gr)	1 cc (sopa) cheia
Batata doce (60 gr)	2 cc (sopa) rasa	Bolacha água e sal (17 gr)	2 unidades
Batata cozida (93 gr)	1 unidade pequena	Bolacha cream cracker (16 gr)	2 unidades
Batata sauté (46 gr)	2 cc (sopa) cheia	Biscoito maisena ou maria (17 gr)	3 unidades
Batata frita (25 gr)	1 cc (sopa) cheia	Pão Árabe (27 gr)	1/3 und. Grande
Macarrão caseiro (30 gr)	2 garfadas	Pão doce (25 gr)	1/2 und. Pequena
Macaxeira (60 gr)	2 cc (sopa) cheia	Pão de batata (25 gr)	1/2 unidade média
Farinha de mandioca (20 gr)	1 cc (sopa) cheia	Pão de Forma (25 gr)	1 fatia
Farinha em geral (20 gr)	1 cc (sopa) cheia	Pão integral (25 gr)	1 fatia
Milho verde em conserva (60 gr)	3 cc (sopa) cheia	Pão de glúten (27 gr)	1 fatia fina
Ervilha em conserva (108 gr)	4 cc (sopa) cheia	Pão de leite (25 gr)	1 unidade média
Feijão preto (68 gr)	4 cc (sopa) cheia	Pão de chá (25 gr)	1 unidade pequena
Feijão branco (51 gr)	3 cc (sopa) cheia	Pão de hambúrguer (25 gr)	1/2 und. Pequena
Lentilha (60 gr)	3 cc (sopa) cheia	Pão francês com miolo (26 gr)	1/2 unidade
Grão de bico (60 gr)	3 cc (sopa) cheia	Pão francês sem miolo (26 gr)	1 unidade
Gérmen de trigo (20 gr)	1 cc (sopa)	Pão de queijo (16 gr)	1 unidade média
Cuscus de tapioca (28 gr)	1/2 fatia pequena	Pão de milho (25 gr)	1 fatia média
Farinha de tapioca (20 gr)	4 cc (sopa) rasa	Torrada de pão francês/ Bi-tost (22 gr)	3 unidades

GRUPO 6:

Frutas: uma porção referida equivale a 40 calorias e contém aproximadamente: P=0; HC=10; L=0

Abacate (24 gr)	1 cc (sopa) rasa	Jambo (80 gr)	2 unidades médias
Abacaxi fresco (75 gr)	1 fatia média	Kiwi (60 gr)	1/2 unidade pequena
Abacaxi em calda (32 gr)	1 fatia pequena	Laranja (90 gr)	1 unidade pequena
Acerola (120 gr)	10 unidades	Limão (138 gr)	6 unidades pequenas
Açaí (16 gr)	1 colher de sopa	Lima (80 gr)	1 unidade média
Ata (40 gr)	1 unidade pequena	Manga (60 gr)	1 unidade pequena
Água de Coco (200 ml)	1 copo médio	Maçã (65 gr)	1/2 unidade média
Ameixa Seca enlatada (21 gr)	2 unidades médias	Mamão papaia (135 gr)	1/2 unidade pequena
Ameixa fresca vermelha (74 gr)	1 unidade	Maracujá (45 gr)	1 unidade média
Banana prata (40 gr)	1 unidade média	Melão (160 gr)	2 fatias pequenas
Bacaba (20 gr)	1 colher de sopa	Melancia (200 gr)	1 fatia média
Bacuri (38 gr)		Morango (100 gr)	5 unidades grandes
Biribá (67 gr)	1/2 unidade pequena	Murici (fruto) (60 gr)	
Caqui (51 gr)	1/2 unidade pequena	Pêra (55 gr)	1/2 unidade média
Caju (87 gr)	1 unidade média	Pupunha (24 gr)	
Carambola (138 gr)	1 unidade média	Pêssego fresco (96 gr)	3 unidades pequenas
Castanha do Pará sem casca (6 gr)		Pêssego em calda (24 gr)	1 unidade pequena
		Passas (10 gr)	1 cc (sopa) rasa
Cupuaçu (55 gr)	3 colheres de sopa	Sapoti (40 gr)	1 unidade pequena
Figo (28 gr)	1/2 unidade média	Tangerina (100 gr)	1 unidade pequena
Goiaba (58 gr)	1 unidade média	Taperebá (57 gr)	
Graviola (66 gr)	3 cc (sopa) rasa polpa	Uva (56 gr)	7 unidades média
Jaca (60 gr)	5 bagos pequenos		

• Qualquer fruta, na quantidade referida, acrescida de água e transformada em suco, terá o mesmo conteúdo calórico, desde que não seja adicionado açúcar ou mel.

• As frutas secas são desidratadas, isto é, com menos água, porém possuem a mesma quantidade de calórica que as correspondentes frescas. Entre elas citamos: *banana passa, uva passa, ameixa preta, maçã, pêssego, nêspera, figo*, etc.

GRUPO 7:

Gorduras: uma porção referida equivale a 45 calorias e contém aproximadamente: P=0; HC=0; L=5

Óleo, azeite	1 colher (sobremesa)	Margarina Light (13 gr)	2 colheres (sobremesa) rasa
Manteiga ou margarina (6 gr)	1 colher (sobremesa) rasa	Azeitona (36 gr)	8 unidades pequenas
Creme de leite (15 gr)	1 colher (sopa) rasa	Maionese Light (11 gr)	1 colher (sobremesa) rasa
Creme de leite light (30 gr)	2 colheres (sopa) rasa	Maionese (6 gr)	1 cc (chá) cheia

GRUPO 8:

Leites e derivados: uma porção referida equivale a 150 calorias e contém aproximadamente: P=10; HC=12; L=7

Leite líquido integral 240 ml	1 copo grande	Iogurte desnatado (483 ml)	2 unidades grandes (200 ml)
Leite liq. desnatado 400 ml	2 copos médios (200 ml)	Leite integral em pó (30 gr)	2 colheres (sopa) cheia
Coalhada com soro (58 ml)	1/2 copo pequeno	Leite de Soja (36 gr)	3 colheres (sopa) cheia
Iogurte natural (158 ml)	1 unidade pequena	Leite Condensado (46 gr)	3 colheres (sopa)
Leite Desnatado em pó 40 gr	4 cc (sopa) cheia	Leite líquido semi-desnatado	1 copo duplo (300 ml)

Em virtude de haver, atualmente, inúmeros produtos derivados de leite e produtos e subprodutos de soja, cada qual com conteúdos calóricos próprios, recomendamos que consultem suas embalagens quanto ao seu valor calórico total, para que possam adequá-los na alimentação diária.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- FRACIONAR AS REFEIÇÕES EM PORÇÕES PEQUENAS E EM HORÁRIOS REGULARES (Alimentar-se de 3 em 3 horas);
- CONSUMIR PELO MENOS 3 COPOS DE LÍQUIDOS AO LONGO DO DIA;
- EVITAR O CONSUMO DE LÍQUIDOS DURANTE AS REFEIÇÕES;
- REALIZAR MASTIGAÇÃO ADEQUADA (mastigar bem os alimentos);
- FAZER A ROTATIVIDADE DOS ALIMENTOS (ex: consumir peixe ou frango 3x por semana, soja 1x por semana, carne vermelha 1 ou 2x por semana);
- FAZER CONSUMO DIÁRIO DE ALIMENTOS RICOS EM FIBRA (frutas, verduras e legumes, sementes de linhaça e gergelim, farelos de trigo e aveia, arroz integral, macarrão integral, pães light com fibras, torradas integrais, etc);
- REDUZIR O CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EM GORDURA, AÇÚCAR E SAL;
- REDUZIR O CONSUMO DE ALIMENTOS EMBUTIDOS E DEFUMADOS (salsicha, lingüiça, charque, bacon, mortadela, presunto etc.);
- EVITAR OS ALIMENTOS RICOS EM GORDURA TRANS (margarinas, bolachas, salgadinhos, biscoitos recheados, sorvete, chocolate, etc.);
- DAR PREFERÊNCIA AO CONSUMO DE GORDURAS SAUDÁVEIS (ÔMEGA 3) – MONO E POLIINSATURADAS (azeite extra-virgem, creme vegetal light, óleo de canola, óleo de girassol, óleo de milho, castanhas, sardinha, atum, salmão, etc.);
- UTILIZAR ERVAS NO PREPARO DAS REFEIÇÕES (alecrim, orégano, açafrão, gengibre) E EVITAR MOLHOS E TEMPEROS INDUSTRIALIZADOS;
- AUMENTAR O CONSUMO DE CHÁS (chá verde, erva doce, camomila, carqueja, etc.);
- DAR PREFERÊNCIA AO CONSUMO DE SUCO NATURAL E EVITAR O CONSUMO DE REFRIGERANTES E BEBIDA ALCOÓLICA;
- AUMENTAR O CONSUMO DE DERIVADOS DA SOJA: leite de soja light (ades, suprasoy, cyclus, sollys), Iogurte de soja (naturis – batavo), Sucos a base de soja (ades, cyclus, sollys), Queijo de soja (tofu), proteína texturizada de soja (carne de soja), etc.

Anexo VII: Formulário de Registro de Automonitoração



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE AUTOMONITORAÇÃO

Instruções

Agora vamos dar início à próxima etapa desta pesquisa: o treino de registro de automonitoração. Esta etapa tem como objetivo utilizar recursos para promover ou melhorar a sua adesão à dieta recomendada pela equipe de nutrição. Para tanto, você receberá um protocolo para o auto-registro de sua alimentação. Ressaltamos que este instrumento tem sido considerado eficaz para o tratamento de diversas desordens alimentares, sendo utilizado em diferentes pesquisas com crianças e adultos, obtendo resultados positivos e satisfatórios.

Para esta pesquisa, o registro deverá ser feito por refeição, iniciando com a refeição que você acredite ser mais fácil para seguir as recomendações realizadas. Hoje faremos um treino para que você conheça o formulário de auto-registro e saiba o que deverá registrar.

A mudança de registro de uma refeição para outra refeição ocorrerá quando você atingir o critério de, no mínimo, 60% de adesão à dieta em três entrevistas consecutivas. O cálculo desta percentagem será explicado para você posteriormente. Inicialmente, você deverá realizar o auto-registro em dias alternados, durante os dias da semana (de segunda a sexta-feira), sempre na véspera do nosso encontro, o qual também ocorrerá em dias alternados, exceto aos domingos. Atingido o critério em todas as refeições, este registro passará a ser realizado semanal, quinzenal e mensal.

É muito importante que você faça o registro referente à refeição logo após o seu término para que não haja esquecimentos. Você também pode colocar lembretes visíveis no local onde você realiza a refeição a ser registrada. Lembramos que é necessário que você nos descreva tudo o que você ingere, sendo os alimentos indicados ou não pela equipe de nutrição. Os relatos de insucesso no seguimento das orientações alimentares são importantes para que possamos conhecer as suas dificuldades em seguir à dieta.

A cada entrevista serão realizados a análise do registro efetuado, a comparação entre o registro e as recomendações da equipe profissional e o planejamento da refeição para o dia seguinte. Além disso, será realizado o cálculo do seu Índice de Adesão à Dieta (IAD) e será visualizada, por meio de gráficos, a sua trajetória de adesão às recomendações nutricionais. Como na etapa anterior, esta fase também terá auxílio de um gravador de áudio.

A duração desta etapa da pesquisa é variável, possuindo em média um período de 3 a 4 meses. As informações com maiores detalhes sobre as fases que compreenderão esta etapa serão repassadas conforme o momento apropriado.

Alguma dúvida? Então, como você irá fazer?

Anexo IX: Inventário de Adesão à Dieta



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

INVENTÁRIO DE ADESÃO À DIETA

Instruções

O instrumento a ser apresentado a seguir é o Inventário de Adesão à Dieta. Ele será utilizado ao final de cada entrevista com o objetivo de verificar o grau de correspondência entre as orientações alimentares, o planejamento da refeição realizado por você e o registro da refeição-alvo. Além disso, tem como objetivo calcular o Índice de Adesão à Dieta (IAD) por refeição.

Alguma dúvida?

Data: ____/____/____

Nome: _____

Refeição: _____

Cálculo IAD por Refeição

$$\text{IAD} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de itens corretamente ingeridos}}{\text{n}^\circ \text{ de itens recomendados} + \text{n}^\circ \text{ de itens excedentes ingeridos}} \times 100$$

$$\text{IAD} = \frac{\quad}{\quad + \quad} \times 100 =$$

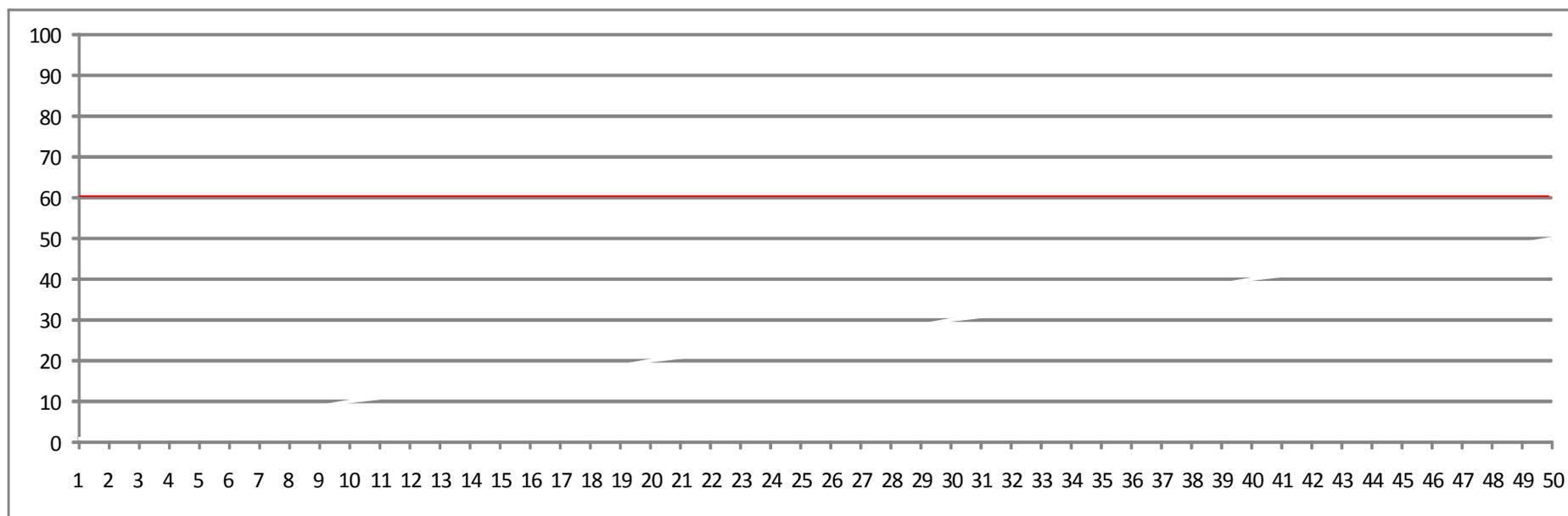
Anexo X: Escala de Avaliação da Adesão à Dieta



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO À DIETA

Refeição: _____



Data	IAD

Data	IAD

Data	IAD

Data	IAD

Data	IAD

Data	IAD

Anexo XI: Roteiro de Entrevista Final



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

Instruções

Chegamos à última etapa desta pesquisa. Realizaremos agora a entrevista de encerramento para exposição e avaliação dos resultados, buscando comparar os dados obtidos no início da pesquisa, quando se utilizou o Roteiro de Entrevista Inicial, com os dados coletados até a última entrevista, utilizando-se o Protocolo de Registro de Automonitoração.

Neste momento, gostaríamos de discutir com você sobre o progresso no seguimento das orientações nutricionais e as melhorias que ainda necessitam ser implementadas.

Ressaltamos que nesta fase, a sua participação com elogios e críticas ao procedimento empregado é de grande importância para que esta intervenção possa ser utilizada com outros pacientes com condição de saúde semelhante a sua.

Data: ____/____/____

Nome: _____

1) Você lembra quais eram os seus objetivos no início desta pesquisa? Relate-os.

2) Você considera que conseguiu alcançar estes objetivos?

3) O que mudou em sua alimentação deste o início desta pesquisa?

4) O que permaneceu igual?

5) Quanto a sua alimentação nos finais de semana: O que mudou? O que permaneceu? (*exemplos*)

6) O que você considera que foi mais fácil de realizar durante a pesquisa?

7) O que você considera que foi mais difícil de realizar durante a pesquisa?

8) Como você avalia a sua participação nesta pesquisa?

9) Quais ganhos você avalia que obteve com esta intervenção?

10) O que você considera que ainda deve ser melhorado?

11) Você deseja acrescentar algum comentário?
