



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

EFEITOS DO TREINO DE CUIDADORES SOBRE COMPORTAMENTOS DE
APOIO À ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS
POR PORTADORES DE DIABETES

Michele da Silva Malcher

Belém – Pará
Maio/ 2005



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

EFEITOS DO TREINO DE CUIDADORES SOBRE COMPORTAMENTOS DE
APOIO À ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS
POR PORTADORES DE DIABETES

Michele da Silva Malcher

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

Belém - Pará
Maio/ 2005

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do CFCH-UFPA, Belém-PA – Brasil)

Malcher, Michele da Silva

Efeitos do treino de cuidadores sobre comportamentos de apoio à adesão às orientações nutricionais por portadores de diabetes / Michele da Silva Malcher ; orientadora, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. – 2005

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2005.

1. Psicologia clínica da saúde 2. Voluntários juntos aos doentes. 3. Redes de relações sociais. 4. Diabéticos. 5. Dieta. I. Título.

CDD - 20. ED. 616.0019

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira
Universidade Federal do Pará
Departamento de Psicologia Social e Escolar
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Orientadora

Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon
Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Membro

Profa. Dra. Carla Cristina Paiva Paracampo
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Membro

Profa. Dra. Olívia Misae Kato
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Suplente

À minha família e meus amigos,
fontes máximas de apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu mestre em todos os momentos.

A Universidade Federal do Pará, ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, ao Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e a CAPES por todo o incentivo oferecido desde o início à conclusão deste trabalho.

A Prof^ª. Dr^ª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, pela competência, atenção e carinho dispensados em todos os momentos de orientação e por tudo o que tem me ensinado como pessoa e profissional.

A minhas “mães”, Jovina e Zenaide, cuja sabedoria e amor foram determinantes para superar os desafios à conclusão de mais este projeto “familiar”. Isto é uma pequena parte de toda a gratidão que tenho a elas.

A meu marido, Tom, companheiro e cúmplice desde que a realização deste mestrado era apenas uma meta a alcançar. Seu carinho e apoio são essenciais.

A Mariene Casseb, Michele Oliveira, Silvia Maués, Mislene Lima, Aline Hidaka, Vivian Marchezini, Luciane Ramos, Fabiana Oliveira, Adriene Robert, Adriana Reis, Eveny Teixeira, Allinne Miranda e Paulo Goulart pela grande amizade demonstrada nas alegres conversas ou quando dividimos angústias e experiências tentando ajudar uns aos outros.

A auxiliar de pesquisa Eude Balieiro, que com grande disponibilidade e compromisso colaborou no processo de coleta e análise dos dados.

A meu irmão, Frank, que muitas vezes foi amigo e prestativo, auxiliando nas “crises” do computador.

Às professoras Célia Zannon, Carla Paracampo e Olívia Kato por terem aceitado examinar este trabalho.

A meu pai, minha irmã Joana e a todos que direta ou indiretamente ofereceram seu carinho e apoio contribuindo para mais essa vitória.

ÍNDICE

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Índice	iii
Lista de tabelas	iv
Resumo	vi
Abstract	vii
Introdução	1
O diabetes e a problemática da adesão	3
O apoio social e suas implicações para o gerenciamento do diabetes	6
Contribuições da Análise do Comportamento para a modificação de padrões comportamentais em saúde	12
Objetivos	18
Método	20
Participantes	20
Ambiente	21
Materiais e Equipamentos	21
Instrumentos	21
Procedimento	21
Procedimento de organização e análise dos dados	33
Resultados	39
Discussão	98
Referências	111
Anexos	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumentos utilizados durante a coleta de dados e seus objetivos	21
Tabela 2 - Fases da pesquisa e instrumentos correspondentes	23
Tabela 3 - Sistema de categorização de comportamentos do cuidador, inferidos por relato e diretamente observados	33
Tabela 4 - Sistema de categorização de comportamentos do paciente diretamente observados como consequência aos comportamentos do cuidador	35
Tabela 5 - Características sócio-demográficas dos participantes – pacientes (P) e cuidadores (C)	38
Tabela 6 - Conhecimento sobre o diabetes e seu tratamento segundo relato de pacientes e cuidadoras durante a Entrevista Inicial	40
Tabela 7 - Estado clínico das pacientes ao início do estudo, segundo informações registradas em prontuário	42
Tabela 8 - Apoio social à realização da dieta oferecido pelos familiares, segundo relato das pacientes durante a avaliação inicial	45
Tabela 9 - Apoio social fornecido pelas cuidadoras indicadas e pelos demais familiares, segundo relato das pacientes durante a Entrevista Inicial	46
Tabela 10 - Apoio social fornecido às pacientes e dificuldades para oferecer apoio de acordo com relatos das cuidadoras obtidos durante a entrevista de Linha de Base 2	48
Tabela 11 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C1) durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1	50
Tabela 12 - Comportamentos apresentados pela paciente (P1) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C1), durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1	52
Tabela 13 - Comportamentos de apoio estabelecidos em acordo e registrados pela Cuidadora 1 durante o treino em automonitoração	54
Tabela 14 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C1) durante as sessões de observação direta em pós-treino	58
Tabela 15 - Comportamentos apresentados pela paciente (P1) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C1), durante as sessões de observação direta em pós-treino	61
Tabela 16 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C2) durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1	63
Tabela 17 - Comportamentos apresentados pela paciente (P2) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C2), durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1	66

Tabela 18 - Comportamentos de apoio registrados pela cuidadora (C2) durante o treino em automonitoração	69
Tabela 19 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C2) durante as sessões de observação direta em pós-treino	72
Tabela 20 - Comportamentos apresentados pela paciente (P2) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C2), durante as sessões de observação direta em pós-treino	75
Tabela 21 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C3) durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1.	77
Tabela 22 - Comportamentos apresentados pela paciente (P3) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C3), durante as sessões de observação direta em Linha de Base 1	79
Tabela 23 - Ocorrência de comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C3) durante as sessões de observação direta em pós-visita	81
Tabela 24 - Comportamentos apresentados pela paciente (P3) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela cuidadora (C3), durante a observação direta em pós-visita	83
Tabela 25 - Conhecimento sobre o diabetes e seu tratamento segundo relato das pacientes durante as Entrevistas Inicial e Final	85
Tabela 26 - Estado clínico inicial e final das pacientes, segundo informações registradas em prontuário	87
Tabela 27 - Apoio social à realização da dieta oferecido pelos familiares e pela cuidadora (C1), segundo relato da paciente (P1) durante a Avaliação Inicial e a Entrevista Final	91
Tabela 28 - Apoio social à realização da dieta oferecido pelos familiares e pela cuidadora (C2), segundo relato da paciente (P2) durante a Avaliação Inicial e a Entrevista Final	92
Tabela 29 - Apoio social à realização da dieta oferecido pelos familiares e pela cuidadora (C3), segundo relato da paciente (P3) durante a Avaliação Inicial e a Entrevista Final	93
Tabela 30 - Apoio recebido ao tratamento, segundo informações obtidas na Entrevista Final com as pacientes (P1, P2 e P3)	95

Malcher, M. S. Efeitos do treino de cuidadores sobre comportamentos de apoio à adesão às orientações nutricionais por portadores de diabetes. Belém-Pará, 2005. 143p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

RESUMO

Estudos em saúde têm apontado a disponibilidade de apoio social como um dos fatores relacionados à adesão ao tratamento por portadores de diabetes. Utilizando-se como referenciais teórico-metodológicos a análise do comportamento e o modelo construcional de Goldiamond, este estudo teve como objetivo avaliar efeitos de um treino de cuidadores de adultos com diabetes, com enfoque nos comportamentos de apoio oferecidos ao comportamento alimentar dos pacientes. Adicionalmente, pretendeu-se investigar os efeitos deste treino sobre a adesão à dieta pelos pacientes. Participaram deste estudo três pacientes do sexo feminino inscritas em um programa de acompanhamento a portadores de diabetes e um membro familiar de cada paciente, totalizando três díades cuidador-paciente, das quais duas foram alocadas na Condição de Treino (CT) e uma na Condição de Não-Treino (CNT). Utilizaram-se como fontes de informação os relatos das pacientes e das cuidadoras, a observação direta de interações comportamentais e indicadores clínicos. Segundo o delineamento de sujeito como seu próprio controle, a intervenção consistiu no treino em análise de contingências e manejo comportamental, realizado em visitas domiciliares por meio de registros de automonitoração. Os resultados mostraram que as cuidadoras que participaram da Condição de Treino apresentaram ampliação no repertório comportamental de apoio, o que não foi verificado quanto à cuidadora que participou da Condição Não-Treino. A redução nos níveis glicêmicos e os relatos apresentados pelas pacientes da Condição de Treino sugerem que a intervenção tenha contribuído para melhorias na adesão às orientações nutricionais por estas pacientes.

Palavras-chave: apoio social, treino de cuidadores, adesão à dieta.

Malcher, M. S. Effects on the training of caregivers on support behaviors to adherence to nutritional orientations by diabetes patients. Belém-Pará, 2005, 143 p. Essay to Master's Degree. Federal University of Pará. Postgraduation Program on Theory and Research of Behavior.

ABSTRACT

Health studies have pointed out that social support is one of the factors related to the adherence to diabetes patients treatment. Based on behavior analysis reference and especially on Goldiamond's constructional approach this study aimed to evaluate the effects of training procedure on caregivers support behavior offered to adult patients' feeding behavior. Further, it was intended to analyze effects of this training on the patients' adherence to dietary prescription. Taking part on this study were three women enrolled in a program for diabetes patients and one family member of each patient, amounting to three caregiver-patient dyads, two of which were allocated on a Training Condition (TC) and one, on a Non-Training Condition (NTC). As information sources, one used the verbal reports of the patients and of the caregivers, direct observation of behavioral interaction and clinical indicators. Using the subject as its own control, the intervention consisted on the training in contingency analysis and behavioral handling, accomplished in home visits by means of self monitoring records. The results showed that caregivers who took part on the Training Condition presented enlargement on the support behavior repertoire, which was not verified regarding the caregiver who took part on the Non-Training Condition. The glycemic levels reduction and the reports presented by the Training Condition patients suggest that the intervention has contributed to improvements on the adherence to nutritional orientations by these patients.

Key-words: social support, caregivers' training, adherence to dietary prescription.

Doenças crônicas têm sido crescentemente tomadas como foco de pesquisa e intervenção pelas diversas ciências que constituem a área da saúde, dentre as quais destaca-se a Psicologia (Kerns, 1996). A Psicologia da Saúde é definida como a especialidade que objetiva investigar o processo de saúde e doença, contribuindo para a modificação e o desenvolvimento de comportamentos de saúde, prevenção e tratamento de doenças, assim como a promoção de melhorias no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo antes, durante e depois da enfermidade (Matarazzo, 1980). Com objetivos e tecnologias próprios, o psicólogo integrado à equipe de saúde pode contribuir diretamente com as especialidades médicas no que se refere ao gerenciamento de doenças crônicas, facilitando a instalação e manutenção de comportamentos mais saudáveis no repertório do paciente (Ferreira, 2001; Guimarães, 1999).

Entende-se como *doença crônica* toda enfermidade para a qual os recursos médico-farmacológicos disponíveis são insuficientes para curar ou resolver a patologia subjacente e cujo tratamento objetiva desacelerar ou impedir o progresso da doença, aliviar os sintomas e manter o melhor nível possível de funcionamento do organismo (Derogatis, Fleming, Sudler & Pietra, 1996, p. 59). As condições crônicas, por sua grande complexidade, impõem comprometimentos à qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, além de onerosos encargos financeiros ao sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2003; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2003). A OMS aponta que os gastos com condições crônicas correspondem a 60% do custo total com doenças no mundo. No Brasil, em 1950, as doenças crônicas eram apontadas como causa de morte em 12% dos óbitos, índice que atualmente corresponde a 40% (Ministério da Saúde, 2003).

Observa-se que apesar do aumento na incidência de condições crônicas, os sistemas de saúde não dispõem de um plano adequado de gerenciamento, predominando um paradigma de tratamento a doenças agudas (OMS, 2003). Embora os avanços no gerenciamento biomédico

e comportamental tenham contribuído para aumentar a capacidade de prevenir e controlar estas condições, as evidências científicas que poderiam direcionar o adequado manejo destas patologias não orientam as práticas dos profissionais de saúde (OMS, 2003).

Com base na análise dos resultados de diversas pesquisas de intervenção, a OMS (2003) propôs recentemente um modelo ampliado de tratamento para condições crônicas que se fundamenta na integração dos três componentes estruturais de ação do sistema de saúde, definidos como o nível *micro*, *meso* e *macro*. O nível *micro* envolve as interações do paciente com o grupo de pessoas próximas, como amigos e familiares, e com os profissionais de saúde. O nível *meso* corresponde às organizações de saúde e à comunidade, enquanto o nível *macro* refere-se à esfera das políticas de saúde.

Este novo modelo sugere diretrizes e métodos para modificar a forma de prevenção e gestão de doenças crônicas (OMS, 2003). Dentre os elementos essenciais para o aprimoramento do sistema de saúde, destaca-se o apoio à mudança para um paradigma de tratamento da doença a longo prazo, o alinhamento de políticas setoriais de saúde, a ênfase na prevenção, o apoio ao paciente em sua própria comunidade e o aperfeiçoamento dos profissionais do serviço de saúde. Destaca-se, também, a importância de se considerar o papel ativo do paciente no controle da doença, enfatizando a necessidade de desenvolverem habilidades comportamentais para gerenciar seu tratamento.

De acordo com a OMS (2003), as estratégias de modificação de comportamentos e habilidades de comunicação apresentam-se como recursos eficazes para melhorar a interação profissional-paciente e o engajamento no tratamento. Assim, a capacitação de profissionais para utilizar estas tecnologias constitui-se em outra recomendação desta organização.

A disponibilidade de apoio social corresponde a outro aspecto enfatizado nas diretrizes propostas pela OMS (2003) para o gerenciamento de condições crônicas, na medida em que recomenda a centralização do tratamento no paciente e sua família. A inclusão de familiares

em programas de tratamento destas condições é considerada como um fator importante para auxiliar os pacientes na realização das atividades de autocuidado necessárias ao tratamento.

1. O diabetes e a problemática da adesão ao tratamento

Recentes estudos têm destacado a problemática da baixa adesão como uma realidade freqüente no tratamento de doenças crônicas (Ferreira, 2001; Glasgow & Eakin, 1998; Malerbi, 2000; Malerbi, 2001). Nos países em desenvolvimento, o índice de adesão chega a ser de apenas 20%, conforme apresentado pela OMS (2003).

Arruda e Zannon (2002) referem que o conceito de adesão não é consensual, tendo sido definido por Haynes, em 1979, como o conjunto de comportamentos do indivíduo que coincidem com as recomendações médicas para os cuidados em saúde. Seguindo uma perspectiva conceitual mais recente, Arruda e Zannon propõem que a adesão envolveria uma classe de ações de seguimento de prescrições, e não apenas uma única topografia de resposta definida por sua correspondência à orientação recebida. Desse modo, este conceito supõe um conjunto de comportamentos de autocuidado, enfatizando-se a importância da participação ativa do paciente desde o planejamento do tratamento até a realização das ações previstas em sua rotina diária (Malerbi, 2001; World Health Organization – WHO, 2003).

O Diabetes apresenta-se como um modelo clássico para o estudo do gerenciamento de doenças crônicas (Arruda & Zannon, 2002; Ferreira, 2001). Considerada uma doença epidêmica, o diabetes é atualmente um dos maiores problemas mundiais de saúde com relação ao número de pessoas afetadas, incapacitação e mortalidade prematura, correspondendo à quarta ou quinta causa de morte em países desenvolvidos. O Brasil é o nono país em número de pacientes portadores de diabetes, o que corresponde a aproximadamente 3,3 milhões de casos (International Diabetes Federation - IDF, 2000). De acordo com a Sociedade Brasileira

de Diabetes - SBD (2003), dentre a população brasileira com idade entre 30 e 69 anos, 7,8% dos indivíduos são portadores de diabetes.

De acordo com a SBD (2000), o diabetes é definido como uma síndrome de etiologia múltipla que resulta da produção deficiente de insulina e/ou da incapacidade desta de exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando-se por hiperglicemia crônica, com comprometimento no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. Apesar dos sintomas clássicos desta patologia - polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento e astenia - estarem freqüentemente ausentes, pode ocorrer hiperglicemia em grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas durante longo período antes da confirmação do diagnóstico (SBD, 2000). Na maioria das vezes, os sintomas são identificados apenas no estado mais avançado da doença (Zagury, Zagury & Guidacci, 1998).

Segundo a etiologia, o diabetes pode ser classificado em Tipo 1 e Tipo 2. O Tipo 1 decorre da destruição das células β (beta) do pâncreas, o que resulta na incapacidade deste órgão em produzir insulina, predominando uma tendência à cetoacidose. É identificado predominantemente na infância e na adolescência, sendo necessária a administração de insulina por via injetável. Segundo a IDF (2000), o diabetes Tipo 2 apresenta a maior prevalência, representando de 85 a 95% dos casos. O Tipo 2 decorre de graus variáveis de resistência à insulina e da deficiência parcial na produção deste hormônio, desenvolvendo-se freqüentemente na idade adulta em indivíduos com excesso de peso, que podem ser tratados com hipoglicemiantes orais, dieta e atividade física (Glasgow & Eakin, 1998; SBD, 2000). No entanto, para o controle do diabetes Tipo 2 inicialmente prioriza-se o seguimento às orientações nutricionais e a prática regular da atividade física, sendo recomendado o uso de medicação apenas quando a dieta e o exercício não se mostrarem eficazes para o controle da glicemia (SBD, 2000).

Os portadores de diabetes, em sua maioria, possuem uma ou mais doenças crônicas relacionadas, assim como podem apresentar comorbidades como depressão, abuso de álcool e outras substâncias (Glasgow & Eakin, 1998). A longo prazo, o diabetes aumenta os riscos de doenças cardíacas e complicações microvasculares como retinopatias, cardiopatias e neuropatias. Tal como ocorre com as demais condições crônicas, os custos envolvidos no controle e tratamento das complicações do diabetes representam grande encargo econômico para o indivíduo, seus familiares e o sistema de saúde (SBD, 2000).

A complexidade do gerenciamento do diabetes é um dos fatores que impõe grande comprometimento à adesão ao tratamento, visto que compreende um conjunto de tarefas nas quais o indivíduo deve se engajar, denominadas atividades de autogerenciamento ou autocuidado. A maioria destas atividades exige complexas mudanças comportamentais como o seguimento de plano alimentar apropriado, automonitoração da glicemia, uso e ajuste de doses de medicamentos, engajamento em atividade física regular e exame dos pés. A mudança dos hábitos alimentares é considerada o aspecto mais difícil do tratamento, assim como o engajamento em atividade física regular (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Ferreira, 2001; Glasgow & Eakin, 1998; Toljamo & Hentinen, 2001). Com a adesão a comportamentos de autocuidado, os pacientes podem minimizar as complicações associadas ao diabetes e manter um adequado controle metabólico (DCCT Research Group, 1989; UKPDS, 1998).

No tratamento de doenças crônicas, as mudanças comportamentais podem ter alto custo se forem incompatíveis com os hábitos do indivíduo, o que dificulta ainda mais a adesão (Ferreira, 2001). Desse modo, um importante aspecto facilitador de adesão corresponderia à estruturação de um plano individualizado de autogerenciamento, que deveria ser direcionado a variáveis operacionalizáveis e passíveis de modificação. O fornecimento de informações acerca da doença e seu tratamento e o apoio e monitoramento constantes também podem melhorar a adesão, propiciando benefícios à qualidade de vida dos pacientes (OMS, 2003).

A OMS destaca que intervenções que combinam a educação em saúde com a utilização de estratégias de manejo comportamental têm demonstrado maior eficácia quanto à adesão ao tratamento (WHO, 2003). Na maioria dos estudos da área, a adesão é avaliada com base em indicadores biológicos, como a hemoglobina glicosada (HbA1)¹, peso e glicemia de jejum². Estudos recentes têm utilizado outros indicadores de adesão, como a observação direta de comportamentos de adesão, o auto-relato dos pacientes, obtidos por meio da entrevistas, aplicação de instrumentos padronizados ou preenchimento de registros de automonitoração, assim como o relato de cuidadores, particularmente quando se trata de crianças e adolescentes portadores de condições crônicas (Arruda & Zannon, 2002; Ferreira, 2001; Ferreira & Casseb, 2002; Fisher & cols, 2002; Gleeson-Kreig, Bernal e Wooley, 2002).

2. O apoio social e suas implicações para o gerenciamento do diabetes

O apoio social tem sido apontado como um dos fatores relevantes para a adesão ao tratamento do diabetes e de outras condições crônicas (Ferreira, 2001; Gallant, 2003; Glasgow & Eakin, 1998; Kerns, 1996; McCann & Bovbjerg, 1998), apresentando-se como alvo de pesquisas de diferentes disciplinas como a Enfermagem, a Medicina e a Psicologia.

Convém inicialmente diferenciar dois conceitos básicos abordados por estas pesquisas – rede de apoio social e apoio social. Envolvendo as interações sociais em sentido mais amplo, define-se *rede de apoio social* como "teias" de relações sociais que circundam o indivíduo, ou como grupos de pessoas com quem o indivíduo estabelece contato ou alguma forma de participação social, o que inclui características como disponibilidade e frequência de

¹ Exame analisado em laboratório que demonstra uma média do nível de glicose no sangue num período de 2 a 3 meses. O intervalo de normalidade é de 4 a 6%, considerando-se que valores acima de 8% concorrem para o aumento do risco de desenvolvimento de complicações (American Diabetes Association - ADA, 2002).

² Exame realizado em laboratório que indica o nível de glicose no sangue, coletado após o mínimo de 8 horas desde a última ingestão calórica. O intervalo de normalidade é de 70 a 126 mg/dl, sendo que os valores abaixo deste intervalo indicam estado de hipoglicemia e, acima deste, indicam estado de hiperglicemia (SBD, 2003).

contato com amigos e parentes (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997).

Por outro lado, a definição de *apoio social* não é consensual. Gleeson-Kreig e cols. (2002) destacam que, dentro de uma variedade de definições, este conceito multidimensional tem sido descrito de acordo com três características: (1) os aspectos estruturais do apoio; (2) os tipos funcionais de assistência, e (3) a natureza do apoio. Os aspectos *estruturais* correspondem ao tamanho da rede de apoio disponível e a características como quem é o indivíduo que fornece o apoio. Segundo os tipos *funcionais*, o apoio recebido pode ser classificado de quatro modos: (a) emocional, (b) informativo, (c) avaliativo e (d) instrumental. O *apoio emocional* refere-se à assistência afetiva que propicia sentimentos de acolhimento, sendo frequentemente fornecido por familiares e amigos. O *apoio informativo* inclui recomendações práticas para resolução de problemas, que podem ser fornecidas por profissionais de saúde. O *apoio avaliativo* envolve o fornecimento de informação que é relevante para a auto-avaliação, de modo que são expressas afirmações sobre a adequação dos comportamentos do indivíduo. Por último, o *apoio instrumental* refere-se ao fornecimento de auxílio material, como cuidado pessoal e assistência financeira (Gleeson-Kreig & cols., 2002; Langford & cols., 1997; Toljamo & Hentinen, 2001). A terceira característica envolvida na definição de apoio social – *natureza do apoio* – inclui a avaliação sobre a qualidade deste, especificando-se se é desejado e considerado apropriado em sua natureza e duração.

Com base nas definições encontradas na literatura, Chor e cols. (2001) consideram que apoio social refere-se ao grau com que as relações interpessoais correspondem às diferentes funções do apoio, com ênfase no nível de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. Desse modo, os conceitos de apoio e rede de apoio social estão intimamente interligados na medida em que as fontes de apoio social emergem da rede de apoio da qual dispõe um indivíduo (Langford & cols., 1997; Toljamo & Hentinen, 2001).

No que se refere a estudos que relacionam o apoio social ao manejo de doenças crônicas, uma recente meta-análise desenvolvida por Gallant (2003) demonstrou resultados significativos com relação ao diabetes. A análise de pesquisas desenvolvidas com diferentes condições crônicas demonstrou que o apoio social exerceu maior influência sobre o gerenciamento de doenças que exigem um complexo esquema de tratamento, tal como identificado no diabetes. Maiores níveis de apoio social foram positivamente correlacionados à adesão à dieta e atividade física entre portadores desta patologia. A autora sugere que, como exemplo de comportamento de autocuidado diretamente relacionado a componentes sociais (como a interação com familiares), o seguimento à dieta pode ser mais suscetível às influências do apoio social recebido.

Gleeson-Kreig e cols (2002) destacam a diversidade de resultados encontrados nas pesquisas que buscam relacionar o diabetes ao apoio social. A respeito disso, Toljamo e Hentinen (2001) argumentam que permanece pouco esclarecido como o apoio social está associado com a adesão aos comportamentos de autocuidado e ao controle metabólico.

Em pesquisa realizada por Gleeson-Kreig e cols (2002) buscou-se analisar a composição da rede de apoio social e a relação entre o apoio recebido e o gerenciamento do diabetes, por meio da aplicação de questionários padronizados. Participaram desta pesquisa, adultos e idosos portadores de diabetes Tipo 1 que possuíam ampla rede de apoio social, composta principalmente por membros da família. Neste estudo, identificou-se que o apoio social não foi consistentemente relacionado ao gerenciamento do diabetes. Contudo, os autores argumentam que esses resultados foram obtidos provavelmente em virtude da medida de apoio adotada – questionário padronizado - e não de uma real ausência de relação entre apoio social e diabetes.

Outra pesquisa com portadores de diabetes Tipo 1 foi realizada por Toljamo e Hentinen (2001), na qual buscaram descrever as dificuldades quanto ao tratamento, analisar a

adesão ao autocuidado e o controle metabólico, relacionando-os ao apoio social fornecido por amigos, familiares, profissionais de saúde e outros pacientes. Utilizaram questionários desenvolvidos pelos próprios pesquisadores como instrumentos para medir a adesão e o apoio social, enquanto o controle metabólico foi mensurado através da hemoglobina glicosada. Os comportamentos de adesão ao autocuidado corresponderam a 81% do total de comportamentos relatados. Identificou-se que pacientes que aderiram ao autocuidado receberam mais apoio fornecido particularmente por familiares e amigos em comparação com aqueles que negligenciaram o autocuidado. Os resultados indicaram, ainda, que a adesão foi positivamente associada a dimensões específicas do apoio oferecido por familiares e amigos, as quais corresponderam ao apoio emocional e instrumental. Os dados obtidos também evidenciaram que pacientes que relataram baixa adesão ao autocuidado apresentaram pobre controle metabólico e que as maiores dificuldades identificadas pelos pacientes corresponderam ao seguimento da dieta e da atividade física prescritas.

Outro aspecto relevante foi investigado no estudo realizado por Fisher e cols. (2002) ao analisar possíveis correlações entre o engajamento de familiares em práticas de gerenciamento e o autocuidado por pacientes adultos com diabetes Tipo 2. O gerenciamento da doença foi avaliado segundo diferentes áreas da vida do paciente: biológica, saúde geral, comportamental, emocional e qualidade de vida. As informações referentes às áreas de saúde geral, comportamental (engajamento na dieta e atividade física), emocional e qualidade de vida foram coletadas por meio de escalas padronizadas (The General Health subscale of the Medical Outcome Study 36 Item Short Form Health Survey, 24-Hour Activity, Diet Observation, The Center for Epidemiological Studies – Depression e Diabetes Quality of Life) enquanto que o aspecto biológico foi avaliado com base no indicador clínico de hemoglobina glicosada (HbA1). Também foram utilizadas escalas padronizadas (Organized Cohesiveness, Family Coherence e Assessment of Interparental Conflict) para avaliar a

estrutura, organização e o envolvimento dos familiares no gerenciamento do diabetes. A análise dos dados indicou que as correlações entre a participação familiar e o gerenciamento da doença ocorreram principalmente quanto às áreas de qualidade de vida e comportamental. Quanto a futuras pesquisas, estes resultados apontam para a necessidade de ampliação do foco de análise para além dos índices biológicos, incluindo-se medidas comportamentais a fim de avaliar com maior segurança a eficiência de intervenções clínicas. Fisher e cols. propõem que intervenções para melhorar o gerenciamento do diabetes precisam considerar como os comportamentos de autocuidado e seus resultados podem influenciar e serem influenciados pela família ou pelo ambiente de cuidado, concorrendo para uma abordagem social do gerenciamento de doenças crônicas.

Direcionando-se à população juvenil, Wysocki, Greco, Harris, Bubb e White (2001) descreveram um modelo de intervenção no qual adolescentes portadores de diabetes e suas famílias participaram de um processo terapêutico cognitivo-comportamental, tendo sido acompanhados durante os intervalos de seis e doze meses após a terapia. Os participantes foram distribuídos em três grupos, sendo que o primeiro foi submetido a uma terapia padrão para o tratamento do diabetes, enquanto o segundo grupo participou de grupos de educação e apoio profissional. Apenas o terceiro grupo incluiu a participação de familiares dos adolescentes na terapia cognitivo-comportamental, que compreendia intervenções como treino em resolução de problemas, treino em habilidades de comunicação e reestruturação cognitiva. Os resultados alcançados demonstraram que as famílias que participaram da terapia familiar apresentaram melhorias no padrão de interações familiares e na comunicação pais-adolescentes. Quanto ao tratamento do diabetes, a aplicação desta intervenção (inclusão de familiares no processo psicoterapêutico) produziu melhorias na adesão que foram identificadas apenas a partir dos seis e doze meses de acompanhamento. Contudo, as medidas

de hemoglobina glicosada (medida do estado clínico) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

De modo geral, a revisão destes estudos evidenciou algumas limitações quanto ao delineamento adotado para a coleta e análise dos dados. A maioria dos autores que investigou as influências do apoio social sobre o gerenciamento do diabetes respaldou suas conclusões em análises correlacionais, sem averiguação dos efeitos produzidos mediante a manipulação de variáveis (Fisher & cols, 2002; Resnick, Orwig, Magaziner & Wynne, 2002; Toljamo & Hentinen, 2001). Os relatos de manipulações do apoio social e familiar correspondem a um número reduzido de pesquisas de intervenção (Hanson, De Guire, Schinkel & Kolterman, 1995; Wysocki e cols, 2001). Dentre os estudos de intervenção, predominou a participação de pais e amigos de crianças e adolescentes portadores de diabetes Tipo 1, enquanto que intervenções direcionadas a familiares de pacientes diabéticos idosos não foram identificadas na literatura.

Convém ressaltar que grande parte dos estudos que investigam a relação família-doença crônica atribui a denominação de *cuidadores* aos responsáveis por prover os cuidados e coordenar os recursos requeridos pelo paciente, sejam eles pais, filhos ou cônjuges destes indivíduos (Arruda & Zannon, 2002; Garrido & Almeida, 1999).

Um dos aspectos freqüentemente abordados por pesquisas com cuidadores refere-se ao impacto ou sobrecarga (*burden*) dirigida aos familiares em decorrência do cuidado dispensado aos indivíduos cronicamente doentes, sejam estes prejuízos ao estado físico ou psicológico dos cuidadores. Arruda e Zannon (2002) destacam que a atividade de cuidado diário a portadores de condições crônicas impõe prejuízos ou custos relacionados a diferentes aspectos da vida do cuidador, como custos financeiros decorrentes das exigências para o controle da doença, necessidade de buscar conhecimentos e desenvolver habilidades de manejo do tratamento, necessidade de reorganizar horários e atividades diárias, incluindo atividades

profissionais, além de custos emocionais relacionados a sentimentos de tensão e preocupação com o paciente e comprometimentos à vida social dos familiares envolvidos.

Autores como Cerqueira e Oliveira (2002), Garrido e Almeida (1999), Reiss, Steinglass e Howe (1993) chamam atenção para o elevado impacto imposto a cuidadores de pacientes cuja doença envolve comprometimento cerebral, implicando em dificuldades comportamentais. Estas limitações provavelmente exercem influência sobre o número de intervenções envolvendo cuidadores nestas patologias, que é notadamente maior que o número de intervenções em doenças crônicas cujos sintomas são menos visíveis e causam menor impacto sobre a vida do cuidador, como é o caso do diabetes.

Quanto ao aspecto metodológico, também se observa uma quantidade reduzida de estudos de intervenção dirigidos a cuidadores, os quais têm sido freqüentemente relatados por profissionais de enfermagem, geriatria e psiquiatria, sendo pouco relatados por profissionais de Psicologia. Por outro lado, freqüentemente observa-se que os relatos de intervenções com cuidadores não descrevem claramente as tecnologias utilizadas para se atingir as mudanças comportamentais pretendidas.

3. Contribuições da Análise do Comportamento para a modificação de padrões comportamentais em saúde

A análise do comportamento (AC) tem fornecido importantes contribuições para a modificação de padrões comportamentais em saúde, apresentando-se como uma eficiente perspectiva de atuação do psicólogo neste contexto (Amaral, 1999; Ferreira, 2001). O profissional de Psicologia que atua segundo a perspectiva analítico-comportamental utiliza princípios e tecnologias advindas da ciência do comportamento, que tem como base filosófica o Behaviorismo Radical de B. F. Skinner. Esta perspectiva científica adota o comportamento como seu objeto de estudo, que é definido como a interação entre o organismo e o ambiente,

compreendendo-se que há uma relação funcional entre os eventos comportamentais e as variáveis ambientais, de modo que mudanças no ambiente implicam em modificações no comportamento (Skinner, 1998).

Centralizada nesta relação organismo-ambiente, a análise do comportamento constitui-se numa tentativa de entendimento e resolução de problemas comportamentais humanos a partir do estabelecimento de relações funcionais em ambiente natural. Apresenta-se, portanto, como um modelo metodológico promissor para a compreensão do processo saúde-doença, buscando identificar como as variáveis ambientais podem afetar o estado biológico do indivíduo e vice-versa (Guimarães, 1999).

De acordo com a análise do comportamento, a maioria dos comportamentos dos indivíduos é adquirida através de aprendizagem e pertence à classe dos operantes, definidos como aqueles que produzem efeitos no ambiente, sendo então controlados por suas conseqüências (Skinner, 1998). Ao relacionar as modificações no ambiente e o comportamento dos indivíduos, a AC utiliza alguns conceitos-chave dentre os quais destaca-se o termo *contingência*, que enfatiza como a probabilidade de um evento pode ser afetada ou causada por outros eventos. Particularmente quanto ao comportamento operante, contingência refere-se às condições sob as quais uma conseqüência é produzida por uma resposta (Souza, 1999).

Um importante instrumento metodológico da análise do comportamento refere-se à análise funcional. Realizar a *análise funcional* de um comportamento corresponde a identificar as contingências responsáveis pela ocorrência e modificação deste (Matos, 1999). Identificando-se o tipo de relação existente entre eventos antecedentes, comportamentais e conseqüentes, torna-se possível compreender e controlar diferentes padrões de comportamento de um indivíduo.

Por sua complexidade, alguns comportamentos são mais eficientemente ensinados através de regras, evitando-se longas exposições às contingências. *Regras* são definidas por Skinner (1980) como estímulos verbais especificadores de contingências os quais exercem a função de estímulo discriminativo como parte de um conjunto de contingências de reforço. Como exemplos de regras têm-se as instruções, ordens, avisos e conselhos, que fornecem descrições das relações existentes entre eventos antecedentes à resposta, a própria resposta e suas conseqüências (Albuquerque, 2001).

Catania (1999) sugere que uma das principais funções das regras é substituir as contingências de reforço no estabelecimento de novos comportamentos. Por meio do controle por regras, um indivíduo pode, por exemplo, comportar-se adequadamente a um novo conjunto de eventos ambientais sem que tenha sido anteriormente exposto a essas condições, conduzindo a uma aprendizagem mais rápida (Castanheira, 2001). A utilização de regras mostra-se útil, também, quando as contingências modelariam um comportamento indesejável (Skinner, 1980) ou quando o comportamento que se pretende instalar traria compensações apenas após certo tempo (Baum, 1999).

Estabelecendo um paralelo entre a utilização de regras e a exposição direta às contingências, Skinner (1980) destaca que as contingências modelam e alteram a probabilidade de ocorrência de um comportamento, enquanto que as regras podem controlar a topografia deste, mas não alteram sua probabilidade. No comportamento modelado pelas contingências e no comportamento governado por regras estão envolvidas variáveis controladoras distintas e, desse modo, estes comportamentos apresentam propriedades diferentes.

Segundo Albuquerque (2001), as conseqüências sociais arranjadas para as respostas de seguir regras seriam as responsáveis pelo estabelecimento e manutenção deste tipo de comportamento. Diversos estudos em pesquisa básica, segundo a Análise Experimental do

Comportamento (AEC), têm demonstrado os efeitos de "variáveis sociais" sobre o seguimento de regras, observadas mediante a introdução de um observador durante a execução da tarefa experimental. Segundo estes estudos, a observação direta do comportamento do participante (monitorização) apresenta-se como uma variável relevante para propiciar a manutenção do comportamento de seguir regras (Cerutti, 1994; Galizio, 1979).

A compreensão do controle exercido por regras e a identificação de condições sob as quais seu seguimento torna-se mais provável apresentam-se como tópicos especiais de contribuição da AC e da AEC às intervenções em saúde. Observa-se que as instruções, como uma modalidade de regras, são amplamente utilizadas por profissionais desta área, na medida em que descrevem ao paciente as orientações para o tratamento. Particularmente no atendimento às doenças crônicas, muitas vezes acredita-se que basta fornecer instruções ao paciente que naturalmente isto conduz a seu seguimento (Ferreira, 2001). Segundo resultados de estudos experimentais sobre o seguimento de instruções e de pesquisas em psicologia da saúde, recomenda-se que a equipe de saúde considere variáveis como a extensão da instrução (Albuquerque & Ferreira, 2001), além das peculiaridades do ambiente e do estilo de vida dos pacientes de modo a facilitar a realização do tratamento segundo as orientações recebidas (Ferreira, 2001; Guimarães, 1999).

O modelo construcional de Israel Goldiamond (1974) – também baseado nos princípios da AC – tem viabilizado bons resultados junto ao tratamento de doenças crônicas, particularmente quando estão envolvidas conseqüências a longo prazo. Este modelo prioriza a construção e ampliação de repertórios comportamentais adequados sobre a eliminação de repertórios inadequados. O processo de aprendizagem de novos comportamentos ocorre por meio de aproximações sucessivas, partindo-se dos repertórios adequados de que o indivíduo já dispõe, através de procedimentos de modelagem, considerando-se uma hierarquia crescente de complexidade. Uma intervenção pautada neste modelo auxilia o indivíduo a analisar e

modificar as contingências, de modo que possa controlar suas próprias respostas, ampliando suas opções de ação (Goldiamond, 1974).

Segundo este modelo, a utilização de registros de automonitoração, associada ao uso de técnicas comportamentais como reforçamento positivo de comportamentos adequados, definição de metas e treino em solução de problemas, favorece o desenvolvimento de respostas de auto-observação que podem aumentar a consciência do indivíduo sobre seus comportamentos e as variáveis que os controlam. Desse modo, favorecem a substituição de repertórios inadequados por outros mais adequados, ou seja, por padrões comportamentais que aumentem a probabilidade de acesso a reforçadores e impliquem em menor custo para o indivíduo. Além disso, o uso destes registros facilita a coleta de dados observáveis, permitindo a análise dos progressos atingidos com a intervenção (Goldiamond, 1974).

Recentes estudos em saúde, que realizaram intervenções comportamentais respaldadas no modelo construcional (Ferreira, 2001; Ferreira & Casseb, 2003; Malcher, 2002), demonstraram a eficiência do uso de registros de automonitoração para o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado por pacientes diabéticos.

De modo geral, as pesquisas que abordam o gerenciamento de condições crônicas, como o diabetes, destacam a necessidade da realização de intervenções que propiciem mudanças comportamentais progressivas e duradouras no repertório dos pacientes (Gallant, 2003). Para atingir este objetivo, autores como Glasgow e Eakin (1998) e Gleeson-Kreig e cols. (2002) recomendam que o ambiente social do paciente seja considerado, planejando-se o processo de apoio aos comportamentos de autogerenciamento, o que inclui o treino em habilidades de cuidado.

A respeito da disponibilidade de apoio familiar à realização do tratamento, a prática clínica demonstra que comumente os membros familiares dificultam ou simplesmente falham em apoiar os esforços do paciente em modificar comportamentos inadequados, concorrendo

para a problemática da baixa adesão ao tratamento. São comuns os relatos de pacientes que descrevem dificuldades em encontrar auxílio para realizar as atividades de autocuidado previstas no tratamento (Kerns, 1996). A participação dos familiares na execução de planos de intervenção é particularmente importante quando se trata da assistência a pacientes idosos, cuja saúde e funcionamento geral são comumente comprometidos.

Em concordância com as diretrizes fornecidas pela OMS (2003) no que se refere à participação familiar (nível micro) e à utilização de estratégias de manejo comportamental por programas que objetivem a prevenção e/ou melhorias na adesão ao tratamento de condições crônicas, o psicólogo da saúde que atua segundo o modelo comportamental pode contribuir para modificar padrões de interação entre familiares e pacientes. Por outro lado, o refinamento de programas de intervenção que facilitem o gerenciamento de condições crônicas poderia auxiliar na redução de encargos financeiros com o tratamento de complicações destas patologias (Gallant, 2003).

Respalhada no modelo construcional, uma intervenção dirigida a familiares poderia ampliar os padrões comportamentais de apoio já disponíveis, assim como instalar novos padrões de apoio, considerando-se as peculiaridades dos indivíduos envolvidos. Além disso, a presença de cuidadores que monitorassem o comportamento dos pacientes em ambiente natural poderia constituir-se em um procedimento intermediário utilizado com o objetivo de aumentar a probabilidade de seguimento às orientações de tratamento, de modo que a exposição às conseqüências naturais possa gradativamente controlar as respostas de autocuidado.

Em face à carência de pesquisas que investiguem as influências do apoio social sobre o gerenciamento de condições crônicas por meio da manipulação sistemática de variáveis, este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental dirigida a familiares de portadores de diabetes, focalizando especificamente os comportamentos de

apoio oferecidos ao gerenciamento da dieta. Aos familiares envolvidos neste estudo foi atribuída a denominação de “cuidadores”, visto que por meio de sua participação foram iniciados na atividade de cuidado ou assistência a pacientes diabéticos, conforme define a literatura da área (Arruda & Zannon, 2002; Garrido & Almeida, 1999).

A definição de *apoio social* considerada neste estudo consistiu no conjunto de comportamentos, apresentados pelos cuidadores, que propiciassem condições para o aumento da ocorrência de comportamentos de adesão às orientações nutricionais pelos pacientes. De acordo com os tipos funcionais de apoio social descritos por Gleeson-Kreig e cols. (2002), estes comportamentos de apoio podem envolver tanto a assistência emocional (atenção e acompanhamento durante as refeições), informativa (descrição de orientação nutricional sob a forma de “lembretes”), avaliativa (fornecimento de feedback positivo a comportamento alimentar apropriado) e instrumental (compra ou preparo de alimentos compatíveis com o protocolo nutricional). Desse modo, considerou-se como comportamentos de apoio oferecidos pelo cuidador tanto eventos antecedentes quanto eventos conseqüentes ao comportamento alimentar do paciente.

Adicionalmente, a possibilidade de construção de tecnologias para atuar com familiares de pacientes crônicos apresenta-se como outro indicador da relevância científica e social deste estudo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Este estudo teve como objetivo principal desenvolver um procedimento de treino de familiares no papel de cuidadores, avaliando-se os efeitos desta intervenção sobre seus repertórios de apoio com relação ao comportamento alimentar de pacientes com diabetes.

Objetivos Específicos:

- Verificar se o repertório dos familiares que participaram da condição de treino (intervenção) apresentou modificações quanto aos comportamentos de apoio à realização da dieta pelos pacientes, realizando-se uma análise comparativa entre os repertórios apresentados por estes e por um terceiro familiar integrante da condição de não-treino.
- Identificar se a aplicação deste treino contribuiu para modificações na adesão às orientações nutricionais pelos pacientes e na sua discriminação sobre o apoio recebido ao tratamento.
- Desenvolver tecnologias comportamentais para a intervenção com familiares de pacientes diabéticos.

MÉTODO

1. Participantes

Participaram do estudo três pacientes adultos portadores de diabetes, inscritos no Programa de Atenção ao Portador de Diabetes (PAPD) do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), na cidade de Belém-PA, e um membro familiar de cada paciente, totalizando três díades de paciente-familiar na composição da amostra. Durante a seleção dos participantes foram considerados inicialmente os seguintes critérios de inclusão:

1. Os pacientes deveriam estar inscritos no referido programa há pelo menos um ano, a fim de viabilizar a identificação daqueles que apresentassem um padrão característico de não-adesão às orientações de tratamento, especialmente no que se refere às orientações nutricionais, e deveriam estar isentos de seqüelas graves decorrentes do diabetes, como nefropatias ou neuropatias. A adesão ao tratamento foi avaliada com base na glicemia de jejum, de modo que este indicador clínico deveria indicar estado de hiperglicemia.
2. Os familiares deveriam possuir idade igual ou superior a dezoito anos, ser alfabetizados, residir com o paciente e permanecer no domicílio durante a realização das principais refeições do paciente, dentre estas o almoço.

Os pacientes foram selecionados por meio de contato direto feito pela pesquisadora em sala de espera do ambulatório do HUBFS, durante os dias de atendimento do PAPD. Satisfeitos os critérios iniciais de inclusão, seguia-se à investigação sobre a disponibilidade de apoio social a comportamentos alimentares. O apoio social foi investigado segundo um roteiro de avaliação adaptado de um instrumento validado por La Greca e Berman (2002), destinado a avaliar o apoio social oferecido a portadores de diabetes na realização do tratamento (Anexo 1). Como critério final para a seleção de participantes, os pacientes que obtiveram índices

inferiores ou iguais a 50% de respostas afirmativas no instrumento, correspondendo ao apoio disponível, foram considerados aptos a participar da pesquisa. Os familiares foram selecionados dentre aqueles cujos comportamentos não favoreciam ou prejudicavam diretamente a adesão ao tratamento, segundo indicação do paciente.

2. Ambiente

A coleta de dados foi realizada tanto na sala de espera do ambulatório do HUBFS, quanto em ambiente domiciliar.

3. Materiais e Equipamentos

Utilizou-se gravador de áudio e fitas cassete para registrar as entrevistas realizadas com pacientes e familiares, além de câmera filmadora e fitas 8mm, durante as sessões de observação direta.

4. Instrumentos

O conjunto de instrumentos utilizados era composto por folhas de registro, roteiros de entrevista, tabelas e gráficos, material informativo e protocolos para registro de automonitoração, conforme especificado na Tabela 1.

5. Procedimento:

Neste estudo foi utilizado o delineamento de sujeito como seu próprio controle, com o objetivo de obter confiabilidade na análise dos efeitos da variável independente (treino de cuidadores) sobre as variáveis dependentes (mudanças nos repertórios de apoio dos familiares e melhora na adesão à dieta pelo paciente). Quanto à distribuição dos participantes, as duas

rante a coleta de dados e seus objetivos.

Objetivos

- Avaliar o apoio social oferecido ao paciente em seu ambiente familiar, de modo a viabilizar a seleção dos participantes (Anexo 1).
 - Esclarecer o paciente sobre a relevância do estudo, benefícios e procedimentos a serem realizados, garantindo-se a concordância quanto a sua participação (Anexo 2).
 - Investigar informações sobre as características sócio-demográficas do paciente e de seu grupo familiar, conhecimento sobre o diabetes, seu tratamento e comportamentos de adesão às regras nutricionais (Anexo 3).
 - Registrar informações sobre indicadores clínicos e adesão ao agendamento de consultas apresentada por pacientes selecionados para participar do estudo (Anexo 4).
 - Coletar informações sobre as características sócio-demográficas dos membros familiares que participaram do estudo, seus conhecimentos relacionados ao diabetes, sobre o tratamento do paciente e a identificação da linha de base de comportamentos de apoio à dieta do paciente (Anexo 5).
 - Registrar os padrões comportamentais dos participantes durante as sessões de observação (Anexo 6).
 - Fornecer orientações gerais sobre o diabetes, seu tratamento (ênfase na dieta) e suas implicações para a saúde, organizadas em linguagem acessível aos participantes (cuidadores). O material informativo foi adaptado de materiais educativos dirigidos a portadores desta patologia e seus familiares já elaborados por profissionais da área médica (Anexo 7).
 - Apresentar aos cuidadores os resultados obtidos a partir das sessões de observação direta em LB1 (Anexo 8) e apresentar a cada dia de participantes os resultados obtidos ao final do estudo (Anexos 13, 14 e 15)
 - Treinar os cuidadores a registrar diariamente seus comportamentos de apoio com relação à dieta do paciente, a partir de uma lista de comportamentos definida com base nos resultados da observação (Anexo 9).
 - Ampliar o repertório de apoio social dos cuidadores a partir do planejamento e registro de comportamentos relevantes a serem emitidos a partir de contrato estabelecido entre o experimentador e o cuidador (Anexo 10).
 - Investigar a ocorrência de mudanças no comportamento de apoio dos familiares após a intervenção (Anexo 11).
 - Auxiliar na fase de orientação em diabetes e seu tratamento realizada com a Cuidadora 1 (Anexo 12).
-

primeiras díades selecionadas foram alocadas na condição de treino (CT) e a terceira díade, na condição de não-treino (CNT).

A coleta de dados, em todas as fases do estudo, foi realizada pela experimentadora com a colaboração de uma auxiliar de pesquisa, aluna do curso de graduação em Psicologia da UFPA.

As fontes de informação utilizadas compreenderam: (1) relato dos cuidadores mediante entrevista pré-treino e sessões de treino com a utilização de registros de automonitoração; (2) relato das pacientes mediante entrevistas inicial e final; (3) observação direta de comportamentos da díade paciente-cuidador em contexto de almoço, em situação de pré e de pós-treino; e (4) indicadores clínicos dos pacientes segundo registro em prontuários.

Como etapa preliminar, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical/ UFPA, segundo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Nesta ocasião, firmou-se o compromisso de se realizar o treino com o familiar que participou da CNT, após o término do estudo, caso fossem identificados benefícios com a aplicação da intervenção.

A pesquisa constou de dez fases, conforme demonstra a Tabela 2, e sua realização compreendeu a duração aproximada de dois meses, com cada díade de participantes.

Segue-se a descrição detalhada de cada fase realizada na pesquisa:

- Fase 1:

A Fase 1 correspondeu à abordagem aos pacientes durante a sala de espera no ambulatório do HUBFS. Os 49 candidatos a participar da pesquisa foram convidados, individualmente, a responder verbalmente a algumas questões que correspondiam à avaliação inicial sobre o apoio social disponível (Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações

mentos correspondentes.

Descrição	Instrumentos
opera, avaliação inicial do apoio al com os pacientes selecionados.	Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Roteiro de Entrevista Inicial com o Paciente
pacientes	Protocolo de análise dos prontuários de pacientes
familiares	Roteiro de Entrevista com o Familiar (1ª parte) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
e Observação Direta (CT e CNT)	Protocolo de transcrição de observação
a com familiares (2ª parte)	Roteiro de Entrevista com o Familiar (2ª parte)
(CT): saúde de contingências e manejo	Material informativo impresso e protocolo nutricional fornecido pela equipe do programa; síntese dos dados da observação direta sob a forma de tabelas e/ou gráficos; registro de automonitoração; registro de automonitoração com planejamento de comportamentos de apoio.
REINO (CNT):	
al (CT e CNT)	Protocolo de transcrição de observação
entes (CT e CNT)	Roteiro de Entrevista Final com o Paciente Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais
s (CT e CNT)	Protocolo de análise de prontuários
om as participantes (CT e CNT)	Síntese dos resultados obtidos ao final do estudo

Nutricionais – Anexo 1), a fim de confirmar ou não a possibilidade de sua participação. Atendidos os critérios pré-estabelecidos, o paciente era convidado a participar do estudo mediante a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), de modo que lhe fossem apresentados os objetivos e procedimentos envolvidos no estudo, bem como a necessidade de realização de visitas domiciliares e filmagens no horário de almoço. Caso o paciente concordasse em participar, seguia-se à assinatura do Termo de Consentimento e à seleção do familiar que participaria do estudo, conforme indicação do paciente. Nessa ocasião também foram coletadas informações sobre as características sócio-demográficas do paciente e sua família e investigados os dados de linha de base quanto ao comportamento alimentar, segundo roteiro de entrevista previamente estruturado, cujas sentenças foram adaptadas a cada participante, a fim de facilitar seu entendimento (Anexo 3). Ao final desta entrevista, foi solicitada a autorização para estabelecer contato telefônico com o familiar indicado, a fim de obter sua concordância para a realização de contato inicial em seu próprio domicílio.

- Fase 2:

A Fase 2 compreendeu a análise de prontuários dos pacientes selecionados, com o objetivo de coletar informações sobre o estado clínico (glicemia de jejum, hemoglobina glicosada, triglicerídeos, colesterol total, peso e índice de massa corpórea) e adesão ao agendamento das consultas do programa, compreendidas como medidas de adesão ao tratamento pelos pacientes (Anexo 4).

- Fase 3:

Nesta fase foi estabelecido contato inicial com o familiar selecionado, em ambiente domiciliar, com o intuito de explicitar o objetivo e as atividades previstas na pesquisa, de

modo que o acordo de participação fosse firmado com a assinatura do Termo de Consentimento. Por meio da 1ª. Parte (Entrevista Inicial) do Roteiro de Entrevista com Familiares (Anexo 5), foram coletadas informações mais detalhadas sobre as características sócio-demográficas do cuidador, assim como se investigou a linha de base de conhecimentos sobre o diabetes e seu tratamento. Os participantes foram informados verbalmente de que o estudo seria realizado com a participação de outras díades paciente-familiar, de modo que a intervenção seria realizada inicialmente com os primeiros participantes selecionados e, posteriormente, seria realizada com os demais. A partir desta visita, cada novo encontro foi agendado segundo a disponibilidade dos participantes.

- Fase 4:

Realizaram-se visitas domiciliares, com intervalo médio de dois dias, nas quais foram feitas observações da interação cuidador-paciente durante o almoço (Linha de Base 1). Todo o período do almoço era filmado pela pesquisadora, de modo que viabilizasse o registro integral dos comportamentos apresentados pela díade neste contexto. Dentre as seis refeições diárias indicadas no protocolo nutricional, o almoço foi selecionado para as sessões de observação por ser aquela de maior compatibilidade de horário entre pesquisadores e participantes, além de ser uma das refeições de maior dificuldade para a adesão às orientações, conforme apontado pela literatura (Ferreira, 2001).

As sessões de observação do almoço foram realizadas no horário entre 12 e 13 horas, tendo apresentado duração média de 25 minutos para a díade P1-C1, 23 minutos para a díade P2-C2 e 14 minutos para a díade P3-C3.

Durante a situação de filmagem, a experimentadora preparava o equipamento colocando-o sobre algum móvel do ambiente previamente selecionado considerando-se os ângulos de observação. Assim que a filmagem era iniciada, a experimentadora retirava-se

para aguardar o término da sessão em outro cômodo indicado pelos participantes. Esta fase compreendeu a gravação de quatro refeições, sendo a primeira considerada para fins de habituação ao equipamento de filmagem e as três sessões de observação de Linha de Base 1.

O cômodo no qual eram realizadas as sessões de observação variaram entre as díades, de modo que a díade C1-P1 realizava as refeições na sala de jantar, a díade C2-P2 na cozinha e a díade C3-P3 na sala de estar. Nestes três ambientes a iluminação era propiciada por luz natural proveniente de uma porta e/ou janela, que também viabilizava a ventilação no local.

Para as díades C1-P1 e C3-P3, a maioria das sessões de observação (5 de 6) contou com a participação da paciente, da cuidadora e outro familiar (filho da paciente, no caso da primeira díade, e a filha da cuidadora, no caso da segunda díade). Quanto à díade C2-P2, todas as sessões de observação contaram apenas com a participação da paciente e da cuidadora.

Após a transcrição das filmagens (Anexo 6), uma sessão de observação de cada díade foi categorizada independentemente pela pesquisadora e pela auxiliar, sendo posteriormente analisada conjuntamente a fim de avaliar a fidedignidade na categorização dos dados. Comparando-se as categorias observadas nesta sessão e o número de ocorrências registradas para cada uma destas categorias, obteve-se uma correspondência de 90,2% no índice de concordância entre os observadores.

O sistema de categorização de comportamentos utilizado neste estudo consta de dois grandes grupos de categorias comportamentais: (1) comportamentos apresentados pelo cuidador, com 22 categorias e (2) comportamentos apresentados pelo paciente em consequência ao comportamento do cuidador, com 20 categorias. Este sistema foi estruturado com base no instrumento apresentado por La Greca e Bearman (2002), e de acordo com os dados obtidos com cada díade, adaptados à situação de almoço, mediante a leitura integral dos protocolos de transcrição de sessões.

- Fase 5:

Após as sessões de observação direta, realizou-se nova entrevista com o familiar, de acordo com a 2ª. Parte (Linha de Base 2) do Roteiro de Entrevista com Familiares (Anexo 5), com o objetivo de investigar os comportamentos adequados quanto ao fornecimento de apoio ao tratamento do paciente e dificuldades encontradas em oferecer apoio.

- Fase 6:

A Fase 6 contou unicamente com a participação dos cuidadores, especificados segundo as duas condições (CT e CNT). Conforme descrito anteriormente, os Cuidadores 1 e 2 (C1 e C2) foram alocados na condição de treino, enquanto o Cuidador 3 (C3) foi alocado na condição de não-Treino.

CONDIÇÃO DE TREINO (CT):

O programa de intervenção foi estruturado com base em dois objetivos principais: (1) fornecer aos cuidadores orientação em diabetes e saúde e (2) treinar os cuidadores em análise de contingências e manejo comportamental. As sessões de intervenção foram realizadas em dias alternados, durante visitas domiciliares e, conforme descrito a seguir, envolveram os mesmos procedimentos para os dois cuidadores até a quarta sessão.

Sessão 1:

A primeira sessão de treino correspondeu à orientação em diabetes e saúde, cujo objetivo consistiu em fornecer instruções sobre diabetes, seu tratamento (com ênfase na dieta) e implicações para a saúde, por meio da leitura e discussão de um material informativo previamente elaborado pela experimentadora com base em manuais disponíveis para o público em geral por associações especializadas em diabetes (Anexo 7). Ao discutir o aspecto referente à alimentação e ao fracionamento das refeições, a pesquisadora solicitava o

protocolo nutricional fornecido ao paciente pela equipe de nutrição do PAPD, de modo a discutir diretamente com o cuidador as instruções para cada refeição. Na primeira sessão de treino com a Cuidadora 1 foi utilizado um protocolo nutricional padrão (Anexo 12), visto que a Paciente 1 não conseguiu localizar o protocolo fornecido pela equipe do programa.

Sessão 2:

Com o objetivo de viabilizar a ampliação de repertórios adequados e a instalação de novos repertórios de apoio, iniciou-se a sessão com a apresentação dos resultados obtidos por meio das filmagens nas sessões de observação direta realizadas durante a Linha de Base 1, utilizando-se gráficos e tabelas, elaborados especificamente para este treino, com cada um dos cuidadores (Anexo 8). Convém ressaltar que estes dados foram expostos utilizando-se uma terminologia diferente da adotada no sistema de categorização referido anteriormente, uma vez que se priorizou a apresentação de categorias de comportamentos de apoio por meio de linguagem mais simples, a fim de facilitar seu entendimento pelos cuidadores.

Durante a exposição e discussão dos dados, os comportamentos adequados apresentados na Linha de Base 1 foram conseqüenciados com feedback positivo. Em seguida realizou-se nova leitura das orientações nutricionais contidas no protocolo recebido pelo paciente quanto à realização do almoço, com o objetivo de utilizar o comportamento alimentar esperado como referência para o fornecimento de apoio pelo cuidador.

A seguir, o treino no uso de registro de automonitoração foi iniciado partindo-se de registros menos complexos, conforme orienta o modelo construcional. O primeiro protocolo foi preenchido pelo cuidador com o auxílio da pesquisadora, registrando cursivamente os comportamentos de apoio em relação ao comportamento alimentar do paciente identificados no repertório do cuidador durante a Linha de Base 1. Em seguida, o cuidador foi orientado a marcar com um “X”, na segunda coluna do protocolo, os comportamentos que ocorressem

durante o almoço do dia seguinte, preenchendo o registro após o encerramento da refeição (Anexo 9).

Sessão 3:

Durante a terceira sessão de treino, o registro preenchido pelo cuidador referente ao almoço do dia anterior foi analisado conjuntamente com a pesquisadora. Nesse momento, priorizou-se o reforçamento contingente a relatos de comportamentos adequados feitos pelos cuidadores, realizado por meio da apresentação de feedback positivo (expressões faciais de aprovação, elogio e comentários sobre os avanços em seu repertório). O cuidador era solicitado a descrever o contexto no qual ocorreu cada um dos comportamentos registrados, investigando-se o comportamento do paciente emitido após o comportamento descrito pelo cuidador. Desse modo, o treino em análise funcional foi realizado mediante os relatos do cuidador sobre os comportamentos de apoio emitidos e suas conseqüências.

Por fim, procedeu-se ao treino no uso de registro incluindo o planejamento de comportamentos de apoio (Anexo 10). O planejamento destes comportamentos foi realizado por meio de contrato verbal entre a pesquisadora e o cuidador, com base nos comportamentos de apoio que pudessem ser emitidos em situação de refeição dentre aqueles especificados por La Greca e Bearman (2002). Dois novos comportamentos de apoio a serem emitidos foram selecionados pelo próprio cuidador, considerando-se os repertórios com menor custo ou dificuldade para o participante, os quais foram adicionados ao protocolo de registro de automonitoração. Seguiu-se a isto o fornecimento de instruções para preenchimento do registro no dia seguinte, conforme descrito anteriormente.

Foram discutidos princípios básicos para o manejo do comportamento do paciente, fornecendo ao cuidador instruções quanto ao uso de reforçamento positivo, modelagem e implicações do controle coercitivo.

Sessão 4:

A quarta sessão foi destinada à análise do registro de automonitoração, com base no que foi planejado, com o intuito de favorecer o estabelecimento de repertórios de auto-observação e autocontrole pelo cuidador referentes ao apoio ao paciente. Ao final desta sessão, dois novos comportamentos de apoio foram especificados pelo cuidador e adicionados ao protocolo tal como ocorrido na sessão anterior, de modo que outro registro envolvendo o planejamento de comportamentos fosse definido.

As sessões subseqüentes destinaram-se ao acompanhamento dos repertórios de apoio que haviam sido estabelecidos, repetindo-se nos registros posteriores os comportamentos descritos no registro analisado durante a quarta sessão. O treino em análise funcional e manejo do comportamento do paciente eram realizados simultaneamente à análise dos registros de automonitoração.

O encerramento das visitas de treino obedeceu ao critério de estabilidade de três sessões com índice igual ou superior a 65% de ocorrência dos comportamentos listados. Desse modo, o número de sessões de treino variou de acordo com o desempenho do cuidador, analisado a partir dos registros de automonitoração.

Foram realizadas sete sessões de treino com a Cuidadora 1 e seis sessões com a Cuidadora 2. Realizaram-se estas sessões entre as 14 e 15 horas, correspondendo à duração média de 25 minutos com a Cuidadora 1 e 23 minutos com a Cuidadora 2.

CONDIÇÃO NÃO-TREINO (CNT):

O cuidador da CNT participou de apenas uma visita mensal, com duração de vinte minutos, na qual foram abordados aspectos gerais sobre a rotina da família e do paciente como, por exemplo, atividades de lazer e atividades ocupacionais. A maior parte do período de tempo destinado à visita foi dedicada à programação do reinício das sessões de observação.

Realizou-se esta visita na tentativa de atenuar os efeitos da variável *presença do experimentador* sobre o desempenho deste participante, em relação aos demais que participaram da condição de treino.

- Fase 7:

Durante a fase de observação final, realizou-se a filmagem de mais três sessões de observação direta com cada díade de participantes, sendo as duas primeiras sessões em dias alternados e a última com o intervalo de uma semana desde a sessão anterior. Estas sessões foram realizadas com o objetivo de observar diretamente os comportamentos de apoio oferecidos ao paciente durante o almoço, após o treino (CT) ou após a realização de visita mensal (CNT), viabilizando a identificação de possíveis modificações no repertório dos cuidadores. Os procedimentos de filmagem, transcrição e categorização dos dados obtidos foram semelhantes aos descritos na Fase 4.

- Fase 8:

Nesta fase realizou-se a entrevista final com cada paciente, com base no roteiro previamente estruturado (Anexo 11), e nova aplicação do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais (Anexo 1), com a finalidade de investigar a ocorrência de possíveis mudanças no comportamento de apoio dos cuidadores, segundo relato do paciente.

- Fase 9:

Esta fase correspondeu à análise final do prontuário do paciente, a fim de verificar seu estado clínico (glicemia de jejum, hemoglobina glicosada, colesterol total, triglicerídeos, peso e índice de massa corpórea) e a adesão ao agendamento das consultas do programa após o processo de intervenção (CT) e visita mensal (CNT).

- Fase 10:

A última fase do estudo consistiu em uma visita para apresentação da síntese dos resultados obtidos aos participantes (pacientes e cuidadores), organizada em linguagem acessível com o objetivo de facilitar seu entendimento. Esta última visita formalizou o encerramento do estudo. Foram utilizados gráficos semelhantes aos usados com os cuidadores ao início do treino (CT), na sessão dois da Fase 6.

6. Procedimento de organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados buscando-se evidenciar modificações ocorridas no repertório de apoio apresentado pelos familiares que participaram das condições de treino e de não-treino.

As informações obtidas por meio de entrevistas cada participante (entrevistas iniciais e de LB 2) foram analisadas separadamente, isto é, as respostas dos pacientes e as dos cuidadores corresponderam a dois grupos distintos de dados para análise. Desse modo, informações sobre o conhecimento em diabetes e seu tratamento, fornecimento/ disponibilidade de apoio social foram analisadas buscando-se comparar os resultados obtidos durante entrevistas iniciais e entrevistas finais por participante.

Após a transcrição das sessões de observação direta, procurou-se identificar comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados por cada cuidador em relação ao comportamento alimentar do respectivo paciente. Considerou-se *comportamento de apoio* como uma classe de respostas que favorece a emissão de comportamentos de adesão às orientações nutricionais pelo paciente. Considerou-se *comportamento de risco* como uma classe de respostas que dificulta ou é incompatível com a resposta de adesão à orientação nutricional pelo paciente. Exemplos destes comportamentos podem ser observados na Tabela 3.

Quanto ao comportamento do paciente, focalizaram-se as respostas apresentadas em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pelo cuidadores (Tabela 4). Após leitura minuciosa de cada sessão transcrita, os comportamentos dos cuidadores e os dos pacientes foram analisados, por díade, segundo o referido sistema de categorização.

Na elaboração do sistema de categorias, os comportamentos do cuidador foram agrupados em: (a) *descritos em relato verbal*: aqueles comportamentos cuja ocorrência foi inferida com base nos relatos do cuidador, feitos durante as sessões de observação, em momentos como a chegada ou a despedida do observador no domicílio, e (2) *diretamente observados*: aqueles comportamentos do cuidador obtidos exclusivamente por meio das filmagens. Todos os comportamentos do paciente foram *diretamente observados*.

No que se refere ao estado clínico dos pacientes, os dados obtidos com pesquisas aos prontuários clínicos foram comparados considerando-se informações coletadas nos períodos pré e pós-treino (CT) ou pós-visita mensal (CNT), a fim de identificar possíveis modificações em indicadores clínicos, descritivos de adesão ao tratamento.

de comportamentos do cuidador, descritos em relato verbal e diretamente observados.

Categoria	Exemplo
bebida compatível com a orientação nutricional	C compra carne e arroz para o almoço (C2-O4) ¹
bebida incompatível com a orientação nutricional	C compra refrigerante (C2-O3) ²
com alimento compatível com a orientação	C prepara frango guisado com batata e arroz branco para o almoço (C2-O2)
com alimento incompatível com a orientação	C prepara ovo mexido com salsicha para o almoço (C2-O3).
para comer no horário recomendado	C. diz: “Umbora, umbora comer, mãe!” (C2-O1)
comer com o paciente	C senta-se à mesa para comer com P (C1-O1; C1-O2; C1-O3; C2-O1; C2-O2; C2-O3)
alimento ou bebida compatível com a orientação	C coloca um prato servido com salada sobre a mesa (C1-O5)
alimento ou bebida incompatível com a orientação	C coloca um copo com farinha sobre a mesa, próximo a P (C1-O1)
regra consistente com o protocolo nutricional.	C. diz: “Tomando um pouco de açaí e não comendo a farinha não faz mal”! (C1-O4)
alimento ou bebida compatível com a orientação	C vai até a geladeira, pega uma tigela com mangas e apresenta-a à P (C1-O1) C se serve de uma colher de salada. Olha para P e pergunta: “Quer”?” (C3-O2)
alimento ou bebida incompatível com a orientação	C pergunta: “Quer farinha, mãe”? C diz: “Quer refrigerante”?” (C2-O1; C2-O3)
o paciente com alimento/bebida compatível com a orientação	C serve dois copos de água e leva-os à mesa. Bebe um deles e coloca o outro próximo a P (C2-O1) C serve o prato de P com carne cozida, legumes e arroz (C3-O1)
o paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional	C coloca uma porção de caranguejo no prato de P (C1-O5)
correspondentes àqueles consumidos pelo paciente compatíveis com a orientação nutricional	C serve-se de arroz e meio prato de salada crua. (P come uma manga oferecida por C) C pega outra manga e come-a (C1-O1)

recomendados e diferentes daqueles consumidos refeição	C serve-se de uma caneca de açaí com açúcar. (P. come carne cozida, peixe frito e arroz) (C1-O2)
do paciente para fornecimento de alimento ou refeição.	(P diz a C: “Arroz”!) C desloca-se até a cozinha e traz o prato da mesa servido com arroz (C1-O1) (P pede um copo d’água a C) C pega o copo de P e serve-o (C1-O1)
acionado ao comportamento alimentar do paciente, positivo (aprovação)	C. diz: “Eu disse pra ela (experimentadora) que o café a senhora nunca mais tomou com açúcar. E cada vez vai melhorar mais né, mãe”? (C1-O4)
eciativo (crítica/ desaprovação) ao comportamento	(P encerra o almoço colocando seu prato com metade do alimento servido sobre o prato vazio de C) C. diz: “Agora que é pra ela comer, ela não come nada! Não adianta! Sei que mais tarde vai querer comer”!
na mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	C termina a refeição e permanece à mesa observando P, que se alimenta (C2-O1; C2-O2)
o, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda	(P come) C retira-se da mesa e sobe a escada, permanecendo no segundo andar da casa enquanto P almoça (C2-O3)
ente sobre assuntos relacionados ao tratamento do medicação, atividade física, exames laboratoriais, entre outros.	C diz a P: “Eu ainda vou ver a senhora com seu diabetes, a sua glicemia normalzinha, em nome de Jesus, né mãe”? (C2-O1)
ente sobre tema geral, como atividades de rotina lazer, comportamento de outros familiares, entre	C. diz a P: “Perguntei pra <i>Fulana</i> quanto foi o aterro dela. Diz que foi cem reais aquele aterro dela” (C2-O1)

respondem ao cuidador (C1, C2 ou C3) e à sessão de observação da qual o exemplo foi extraído.

respondem a comportamentos de risco (n=8) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de apoio (n=14)

o de comportamentos do paciente diretamente observados como consequência aos comportamentos do

Categoria	Exemplo
o compatível com a orientação nutricional,	P come uma porção de bife e seis colheres de arroz; alimentos comprados por C para a refeição (P2-O4) ¹
o incompatível com a orientação nutricional,	P come feijão com charque comprados por C (P3-C3)
o incompatível com a orientação nutricional,	(C comprou refrigerante para o almoço) P bebe água (P2-O3)
o compatível com a orientação nutricional, preparado pelo	P come frango guisado com batata e arroz branco preparado pela cuidadora (P2-O2)
o incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo	P come bife empanado preparado por C (P3 O6)
o compatível com a orientação nutricional, preparado pelo	(C oferece à paciente ovo mexido com salsicha) P balança negativamente a cabeça (P2-O3)
o compatível com a orientação, disposto à mesa pelo	Após o convite de C, P senta-se à mesa (P2-O1)
o incompatível com a orientação, disposto à mesa	P serve-se de duas colheres de arroz, disposto à mesa por C (P1-O6)
o compatível com a orientação nutricional, oferecido	P pega a manga oferecida por C, corta-a e come (P1-O1)
o incompatível com a orientação nutricional,	P bebe o refrigerante oferecido por C (P2-O1) P serve-se de vatapá oferecido por C (P2-O1)
o incompatível com a orientação nutricional,	P diz a C: “Eu não. Não gosto desse refrigerante”! (P2-O3) (C oferece-lhe ovo mexido com salsicha) P balança negativamente a cabeça.
o compatível com a orientação nutricional, servido	P come os alimentos servidos por C: carne cozida, legumes e arroz (P3-O1)
o compatível com a orientação nutricional, servido	P come o caranguejo servido por C (P1-O5)
o compatível com a orientação nutricional, servido	P bebe o copo de água servido por C (P1-O1)

feedback recebido, demonstrando concordância com o cuidador.	P balança afirmativamente a cabeça, enquanto come (P1-O4)
de comentário depreciativo do cuidador	Diante de comentário feito por C, P permanece sentada, em silêncio (P3-O1)
do cuidador de retirar-se da mesa enquanto o	P diz a C: “Madame, ainda não acabei de almoçar”! (P2-O3)
sobre assuntos relacionados ao tratamento do atividade física, exames laboratoriais, consultas	Após comentário de C sobre sua glicemia, P balança a cabeça afirmativamente e diz: “Quando a glicose baixa melhora tudo, a vista melhora” (P1-O4)
sobre tema geral, como atividades de rotina diária, tratamento de outros familiares, entre outros.	Após comentário de C, P responde: “Que cem reais, nada”! (P2-O1)

respondem ao participante (P1, P2 ou P3) e à sessão de observação da qual o exemplo foi extraído.

respondem a comportamentos de não-adesão (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de adesão

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados iniciando-se por uma descrição das características sócio-demográficas dos participantes, seguida da apresentação do conhecimento sobre diabetes e seu tratamento conforme relatos obtidos em entrevistas com os pacientes e seus cuidadores durante as Fases 1 e 3 deste estudo, complementadas pelos dados obtidos mediante análise de prontuários realizada na Fase 2. Em seguida serão apresentadas informações sobre a história clínica e sobre a história de adesão às orientações nutricionais por cada um dos pacientes. Quanto ao apoio social ao tratamento, os resultados obtidos com os pacientes na Fase 1 e com os cuidadores na Fase 5 serão apresentados separadamente.

Os resultados obtidos com o procedimento de intervenção serão apresentados por meio de estudos de caso, seguidos de uma análise comparativa entre os resultados obtidos com os participantes ao final do estudo.

1. Características sócio-demográficas dos participantes

Participaram deste estudo três díades de pacientes (P1-C1, P2-C2 e P3-C3). A Tabela 5 mostra as características sócio-demográficas dos participantes. Todos eram do sexo feminino, sendo que as idades das pacientes variaram entre 53 e 77 anos e as idades das cuidadoras, entre 23 e 40 anos de idade. As pacientes eram alfabetizadas, embora duas delas não tivessem concluído o ensino fundamental. As duas pacientes com idade mais elevada eram aposentadas e atuavam como donas de casa, enquanto que a outra trabalhava como autônoma. A renda familiar das participantes variou em torno de dois salários mínimos a dois salários mínimos e meio.

De acordo com os critérios estabelecidos para composição da amostra, todas as cuidadoras eram alfabetizadas, tendo iniciado ou concluído o ensino médio. Duas destas

gráficas dos participantes – pacientes (P) e cuidadores (C).

	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Composição familiar
s	Ensino Fundamental Incompleto (2ª série)	Dona de casa/ Aposentada	2 salários mínimos	Moram a paciente, o filho, a filha (cuidadora), o genro e um neto. A outra filha mora com o genro e a neta em outra casa no mesmo terreno.
s	Ensino Médio Completo	Professora particular de alunos de 1ª a 4ª série do ensino fundamental		
s	Ensino Fundamental Completo	Vendedora autônoma de confecções e bijuterias	2 salários mínimos	Mora com a filha (cuidadora).
s	Ensino Médio Incompleto (1ª série)	Desempregada		
s	Ensino Fundamental incompleto (2ª série)	Dona de casa/ Aposentada	2 salários mínimos e meio, aproximadamente	Mora com a sobrinha (cuidadora) e os dois filhos desta. Há um bebê de sete meses, neto da cuidadora
s	Ensino médio completo	Manicure		

atuavam como profissionais autônomas e a outra estava desempregada durante o período do estudo. Todas as participantes residiam em casa própria.

2. Conhecimento sobre o diabetes e seu tratamento

Os dados referentes ao conhecimento sobre diabetes e seu tratamento coletados durante as entrevistas iniciais com pacientes e cuidadoras estão apresentados na Tabela 6.

De modo geral, constatou-se que o relato das pacientes indicava o conhecimento de que o diabetes consiste em uma doença crônica. Contudo, a Paciente 1 demonstrou distorções quanto ao conhecimento de variáveis etiológicas, apontando variáveis emocionais (“nervoso”) como causa para o desenvolvimento do diabetes. Esta paciente também demonstrou conhecer que existem dois tipos de diabetes, mas não soube descrever nenhum deles.

Quanto ao tratamento, predominou no relato das pacientes a necessidade de realização de dieta e uso de medicação. Apenas a Paciente 2 destacou a atividade física como estratégia de controle da glicemia. Por outro lado, a Paciente 3 referiu exclusivamente o cuidado com os pés como a instrução recebida para o tratamento do diabetes. Neste caso, ressalta-se que, segundo o relato da Cuidadora 3, a paciente recusava-se a manter-se calçada em casa, mesmo quando andava em locais de maior exposição a riscos, como o quintal. Provavelmente, a monitoração constante da cuidadora quanto a este aspecto contribuiu para o relato da instrução de cuidado com os pés, em detrimento das demais orientações.

Com relação ao conhecimento sobre o diabetes segundo o relato das cuidadoras, observou-se que C1 e C3 possuíam informações de que o diabetes compreende uma alteração na glicemia. A Cuidadora 1 descreveu com precisão a faixa glicêmica indicadora de normalidade. Em contrapartida, a Cuidadora 2 relatou não dispor de conhecimento algum acerca do diabetes, sendo que apenas na entrevista de Linha de Base 2 esta cuidadora relatou

tes e seu tratamento segundo relato de pacientes e cuidadoras durante a Entrevista Inicial.

O que é o diabetes?	O que se deve fazer para controlar o DM?
e, que vem do nervoso e de outras coisas. Sei tipos”.	“Tem que fazer dieta e tomar os remédios pra baixar o açúcar no sangue”.
organismo, na glicose. O normal é 110 e pelo que mãe a partir de 110 é anormal a taxa de glicose diabetes”.	“Trata com a dieta, com medicamento. O diabético deve ter sossego, paz, não se aborrecer”.
ável, que tem que ter repouso, fazer caminhada. A glicose tem que ser controlada”.	“Eles (equipe do programa) falam sobre a dieta, medicação e exercício físico”.
falar dessa doença, diabetes, mas o que significa	“Não sei dizer. Só sei que ela só come manteiga light, adoçante, leite desnatado, creme de leite light, tudo light”.
o, é algo grave que não tem cura”.	“Tem que cuidar dos pés, das unhas, lavar roupas com luva, andar calçada, passar creme nos pés”.
car no sangue. Excesso de açúcar no sangue”.	“Principalmente não comer doce, açúcar, excesso de sal. Fazer a dieta, não comer gordura, não comer massa. Não andar descalço, fazer caminhada pra não engordar”.

que não sabia que a paciente era portadora de diabetes antes de ser convidada a participar da pesquisa. O impacto desta informação pode ser avaliado com base no relato desta cuidadora:

“Eu fiquei triste. Eu chorei. Ela não me falou nada. Descobri através de vocês. Eu sabia que ela estava com algum problema, porque ela toma um monte de remédios. Mas eu pensava que fosse pressão (hipertensão)” (Cuidadora 2, Linha de Base 2).

No que se refere ao tratamento do diabetes, as Cuidadoras 1 e 2 destacaram a realização de dieta, enfatizando a contra-indicação ao consumo de açúcar. Estas cuidadoras demonstraram conhecimento sobre a qualidade de alguns alimentos recomendados, contudo, apresentaram dificuldade em descrever suas quantidades, segundo a orientação nutricional recebida pelas pacientes. A realização de atividade física regular foi apontada apenas pela Cuidadora 3, enquanto o uso de hipoglicemiante oral foi relatado pela Cuidadora 1. Em virtude do desconhecimento do diagnóstico de diabetes pela Cuidadora 2, esta referiu apenas conhecimento sobre o consumo de alimentos “especiais” pela paciente.

3. História clínica das pacientes

Os resultados referentes ao estado clínico das pacientes encontram-se descritos na Tabela 7. Segundo informações registradas em prontuário pela equipe de profissionais que compõem o PAPD, constatou-se que todas as pacientes eram portadoras de diabetes Tipo 2, cujo tempo de diagnóstico variou entre 5 a 10 anos. O tempo de ingresso destas pacientes no PAPD variou entre 1 ano e 2 meses a 4 anos e 10 meses.

Quanto ao peso, apenas a Paciente 1 apresentava IMC indicando sobrepeso, enquanto as demais se encontravam com peso normal. As três pacientes registraram índices de hiperglicemia ao início do estudo, assim como outro indicador clínico – triglicerídeos – também se apresentava além do limite esperado³.

³ Exame analisado em laboratório que demonstra o perfil lipídico do indivíduo. A normalidade é indicada por índices inferiores a 150 mg/dl (Oliveira, 2003)

es ao início do estudo, segundo informações registradas em prontuário.

de ico	Tempo de ingresso no PAPD	Indicadores clínicos	Tratamento indicado	Outras patologias
s	4 anos e 1 mês	Peso: 64.600g IMC: 29 (Sobrepeso) Glicemia de jejum:145 mg/dl Colesterol total: 174 mg/dl Triglicerídeos: 152 mg/dl	Atividade física regular, hipoglicemiantes orais e dieta.	Hipertensão arterial
s	4 anos e 10 meses	Peso: 53.500g IMC: 22,8 (Peso normal) Glicemia de jejum:173 mg/dl Colesterol total: 188 mg/dl Triglicerídeos: 293 mg/dl	Atividade física regular, hipoglicemiantes orais e dieta.	–
s	1 ano e 2 meses	Peso: 60.000g IMC: 26 (Peso normal) Glicemia de jejum: 188 mg/dl Colesterol total: 200 mg/dl Triglicerídeos: 345 mg/dl	Atividade física regular, hipoglicemiantes orais e dieta.	–

4. História de adesão das pacientes às orientações nutricionais

Segundo os relatos das pacientes acerca das orientações nutricionais recebidas no PAPD, constatou-se que estas descreviam principalmente a qualidade dos alimentos recomendados, fazendo pouca referência à quantidade especificada no protocolo nutricional. As quantidades foram descritas apenas quando se tratou de refeições cujas regras eram de menor complexidade, como ocorreu com a Paciente 1, que descreveu as porções de alimentos recomendados para os lanches e a Paciente 2, que descreveu as quantidades correspondentes ao desjejum e aos lanches. Apenas a Paciente 3 descreveu as quantidades indicadas para refeições com instruções mais complexas, como almoço e jantar.

De modo geral, as descrições das pacientes quanto à ingestão alimentar realizada no dia anterior à Entrevista Inicial demonstraram discrepâncias quanto às orientações recebidas, tanto no que se referiu à quantidade quanto à qualidade dos alimentos. As Pacientes 1 e 3 referiram não realizar habitualmente a ceia, a qual, por este motivo, foi descrita como a refeição mais difícil de ser seguida. A Paciente 2 apontou o almoço como a refeição realizada com maior grau de dificuldade quanto ao seguimento das orientações.

Quanto à participação nas atividades do PAPD observou-se que todas as pacientes apresentavam boa adesão uma vez que, durante os doze meses anteriores à pesquisa, as Pacientes 1 e 2 compareceram a todas as consultas agendadas, enquanto que a Paciente 3 faltou a apenas uma consulta de enfermagem, a qual foi realizada três dias depois do dia previamente programado.

5. Apoio social recebido ao tratamento segundo informações das pacientes durante a Fase 1

Os dados relacionados ao apoio social ao tratamento, de acordo com as pacientes, foram obtidos por meio de dois procedimentos. O primeiro correspondeu à aplicação do

Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais, realizada durante a sondagem para participação na pesquisa (avaliação inicial), e o segundo correspondeu à Entrevista Inicial realizada com as pacientes após a ratificação dos critérios de inclusão para composição da amostra.

Os resultados obtidos por meio do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais (Tabela 8) demonstraram índices de apoio diferenciados entre as três pacientes. A Paciente 1 apresentou 15% de respostas afirmativas, referentes aos itens 3, 9 e 10, representando a participante com menor apoio social ao tratamento no início do estudo

A Paciente 2 apresentou a distribuição mais equilibrada entre respostas positivas e negativas, garantido o critério mínimo para participação na pesquisa, isto é, até 50% de respostas afirmativas. Os itens aos quais a paciente atribuiu respostas afirmativas foram: 1, 2, 3, 10, 11, 15, 16, 17, 18 e 20.

A Paciente 3 apresentou 45% de respostas afirmativas aos itens 1, 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18 e 20, em contrapartida a 55% de respostas negativas aos demais itens.

Segundo as informações obtidas na Entrevista Inicial (Tabela 9), constatou-se que todas as pacientes relataram que o apoio recebido dos familiares acontecia por meio de instrução verbal sobre o que não deveriam comer, sugerindo presença de controle coercitivo, com o predomínio de um enfoque eliminativo a comportamentos considerados inadequados, com baixa ocorrência de estímulos a comportamentos de adesão às orientações nutricionais.

Com relação ao familiar apontado pelas pacientes como possível cuidador durante a pesquisa, observou-se relatos semelhantes quanto ao tipo de comportamento identificado como apoio pelos demais familiares. As Pacientes 2 e 3 relataram a apresentação de instruções verbais pelas cuidadoras indicadas, provavelmente realizadas com o objetivo de

da dieta oferecido pelos familiares, segundo relato das pacientes durante a avaliação inicial

categorias de apoio	P1		P2		P3	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
alimentos adequados		x	x		x	
para você comer adequadamente		x	x		x	
alimentos adequados para você comer, antes de servi-los	x		x			x
para suas refeições		x		x		x
para que você precisa se alimentar (do ponto de vista nutricional)		x		x		x
para poder planejar suas refeições		x		x		x
para saber os alimentos que você come		x		x		x
para saber o que não deve comer	x			x	x	
para saber quais bebidas que não pode ingerir	x		x		x	
para ter certeza de que está comendo alimentos adequados		x	x		x	
para saber os alimentos recomendados em sua dieta		x		x		x
para saber as refeições que você pode comer		x		x		x
para saber o que não pode comer		x		x		x
para saber se come em excesso ou muito pouco		x	x		x	
para saber se se alimenta adequadamente		x	x		x	
para saber o que você pode comer		x		x		x
para saber o que não deveria comer		x	x		x	
	15%	85%	50%	50%	45%	55%

as cuidadoras indicadas e pelos demais familiares, segundo relato das pacientes durante a Entrevista Inicial

Apoio recebido pela família em geral	Apoio fornecido pela cuidadora indicada
pelo telefone, perguntando como eu estou. Me visitam e exageram na comida. Me visitam de manhã comigo”	“Ela sempre me dá mais atenção. Conversa mais que os outros filhos”. “Ela faz o café todo com açúcar. Não separa o meu”
“Quando não devo comer, perguntam se estou bem e se eu levo daqui do hospital”	“Ela me diz às vezes o que não comer ou pergunta”
“Quando não posso comer coisa doce”.	“Ela fala o que eu não posso comer, às vezes”.

evitar a ingestão de alimentos inadequados pelas pacientes. A Paciente 1, contudo, também apontou o apoio afetivo-emocional disponibilizado pela cuidadora indicada.

6. Apoio social disponibilizado ao tratamento segundo informações obtidas com as cuidadoras durante a Fase 5

Segundo os relatos obtidos na segunda parte da entrevista com as cuidadoras, identificou-se que a Cuidadora 1 confirmou o relato da paciente quanto ao fornecimento de instruções com o objetivo de evitar a ingestão de alimentos inadequados. Conforme demonstra a Tabela 10, as demais cuidadoras destacaram outros comportamentos considerados como repertório de apoio.

A Cuidadora 2 descreveu o comportamento de preparar as refeições, enfatizando o cuidado com o uso do sal e uma preocupação com a utilização de outros temperos no preparo dos alimentos da paciente. Por outro lado, relatou manter um clima de interação positivo com a paciente, considerando isto como repertório de apoio para o controle do diabetes. A Cuidadora 3 enfatizou a seleção de alimentos recomendados para o preparo das refeições, assim como destacou o comportamento de acompanhar a paciente comendo alimentos compatíveis com a orientação nutricional durante as refeições.

Investigando-se os fatores que dificultariam o fornecimento de apoio, as cuidadoras apontaram variáveis diferentes. A Cuidadora 1 relatou a falta de tempo como o principal obstáculo ao fornecimento de apoio. A Cuidadora 2, por outro lado, referiu a indisposição para acompanhar a paciente na realização de atividade física, mas não relatou dificuldades diretamente relacionadas ao apoio à realização da dieta. Dois outros fatores foram relatados pela Cuidadora 3 – o “desgaste emocional” resultante da monitoração excessiva ao comportamento da paciente, o que sugere interações coercitivas, e dificuldades financeiras enfrentadas pela família.

às pacientes e dificuldades para oferecer apoio de acordo com relatos das cuidadoras obtidos durante a

Apoio social fornecido	Dificuldades para oferecer apoio
os que ela não pode comer e brigo com os que oferecem (alimentos inadequados)” ¹ ção e pro diabetes quando ela se sente	“Não tenho muito tempo pra ajudar”.
lico e tomar os remédios. Ninguém mais	
que faço a comida aqui em casa. Já ela mais sem graça. Não tempero mais . Depois de pronta que eu ponho sal o” . er mais ela como eu aborrecia”.	“Eu tenho preguiça de caminhar. Prefiro ir pra academia, mas agora não estou malhando. Aí eu já vou caminhar só pra fazer companhia pra ela”.
m mais do que antes, porque eu sou muito coisas para dentro de casa, mas só o r. Porque geralmente ela não pode ão faço bolo” . ultimamente só o que ela pode comer” .	“É o cuidado para ela não cair. É a briga pra ela andar de sandália”. “Financeiramente, porque só eu e o salário dela às vezes não dá pra comprar o frango e a carne que ela pode comer, ou quando ela quer uma fruta não tem”.

a comportamentos de apoio relacionados à realização da dieta pelas pacientes.

7. Procedimento de Intervenção

7.1. ESTUDO DE CASO 1

(a) Observação direta – Linha de Base 1

A Tabela 11 apresenta os dados referentes aos comportamentos de apoio e aos comportamentos de risco apresentados pela Cuidadora 1 durante as sessões de observação direta durante a Linha de Base 1 (LB 1).

Verificou-se que algumas categorias de comportamentos de apoio ocorreram durante as três sessões de observação, sugerindo a estabilidade destes no repertório da Cuidadora 1. Segundo o sistema de categorização, estas categorias foram descritas como: (6) *senta-se à mesa para comer com o paciente*; (14) *ingere alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição*, (19) *permanecer sentado à mesa enquanto o paciente realiza a refeição* e (22) *conversa com o paciente sobre tema geral*. Cogita-se que a ocorrência de duas destas categorias (6 e 19) tenha sido influenciada pela própria situação de filmagem e pela presença do pesquisador. De acordo com o relato da Paciente 1 durante a Entrevista Inicial, estes comportamentos eram apresentados pela Cuidadora 1 de maneira esporádica, de modo que sua participação durante a realização do almoço não foi destacada como comportamento de apoio disponível ao início do estudo. A resposta negativa ao item (14) *se alimenta na mesma hora que você*, do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais (Tabela 8), também sugere a instabilidade deste comportamento antes do início da pesquisa.

Outros comportamentos de apoio foram identificados apenas em um dos três dias de filmagem, como os especificados segundo as categorias: (7) *dispõe à mesa alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional*; (10) *oferece ao paciente alimento ou bebida*

comportamentos de apoio e comportamentos de risco relatados e apresentados pela cuidadora (C1) durante as sessões de observação e 1.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
bebida compatível com a orientação nutricional			
bebida incompatível com a orientação nutricional			
alimento compatível com a orientação nutricional			
alimento incompatível com a orientação nutricional			
comer no horário recomendado			
comer com o paciente	x	x	x
alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x		
alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional	x		x
regra consistente com o protocolo nutricional.			
alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x		
alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
do paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional		x	
do paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional			
recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição	x	x	x
recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante refeição		x	
do paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.	x		
acionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo			
crítico (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente			
na mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	x
o, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
paciente sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividades diárias, consultas médicas, entre outros.			
paciente sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, assuntos familiares, entre outros.	x	x	x

onde as categorias sombreadas correspondem a comportamentos de risco (n=8) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de apoio (n=14)

compatível com a orientação nutricional; (12) serve o prato/ copo do paciente com alimento/ bebida compatível com a orientação nutricional, e (16) atende à solicitação da paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.

Identificou-se também a ocorrência de duas categorias de comportamentos de risco à adesão à dieta pelo paciente, que corresponderam a: (8) *dispõe à mesa alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional*, apresentado em duas sessões de observação, e (15) *ingere alimentos não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante a refeição*, identificado durante uma única sessão.

De modo geral, os resultados obtidos na LB1 demonstraram que a Cuidadora 1 apresentou repertório de comportamentos de apoio (n=8 de 14 ou 57%) mais amplo que o repertório de comportamentos de risco (n=2 de 8 ou 25%), quando o número de categorias correspondentes a estes foi comparado.

A Tabela 12 apresenta os comportamentos apresentados pela Paciente 1 em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela respectiva cuidadora. Ao analisar os dados, verificou-se que o comportamento da cuidadora exerceu função importante diante do comportamento de adesão à orientação nutricional apresentado pela paciente. Nas situações em que a cuidadora dispôs à mesa, ofereceu ou serviu o prato da paciente com alimento compatível com a orientação, observou-se que a paciente se engajou em comportamento alimentar apropriado.

As categorias correspondentes a estes comportamentos incluíram: (8) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador; (10) ingere bebida ou alimento compatível com a orientação, oferecido pelo cuidador e (13) ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador.*

entados pela paciente (P1) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela e observação direta em Linha de Base 1

Categorias comportamentais diretamente observadas	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador para realizar a refeição no horário recomendado			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.	x		
Compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador	x		x
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador	x		
Compatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador		x	
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Conselho fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.	x		
Feedback recebido, demonstrando concordância com o comentário apresentado pelo cuidador			
Incompatível com o comentário depreciativo do cuidador			
Incompatível com o comentário do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Incompatível com o comentário do cuidador sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
Incompatível com o comentário do cuidador sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento alimentar, entre outros.	x	x	x

As categorias sombreadas correspondem a comportamentos de não-adesão (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de adesão (n=14)

Em contraponto, o comportamento de risco da cuidadora também pareceu estar relacionado à ocorrência de comportamento alimentar inadequado da paciente, conforme observado na categoria (9) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador*.

(b) Treino em análise de contingências e manejo comportamental

O treino em automonitoração foi dividido em três etapas. A Etapa I constou de cinco categorias comportamentais de apoio apresentadas pela cuidadora durante a LB1. A Etapa II compreendeu a inclusão de dois novos comportamentos de apoio, segundo contrato estabelecido entre a experimentadora e a cuidadora. Por fim, a Etapa III correspondeu à inclusão de mais duas categorias de comportamentos de apoio a serem emitidas pela cuidadora totalizando nove categorias ao final do treino. Os resultados do treino por dia de registro estão apresentados na Tabela 13.

Durante a Etapa I, a cuidadora registrou a ocorrência de quatro dos cinco (80%) comportamentos de apoio estabelecidos no acordo com a pesquisadora e especificados no protocolo de registro de automonitoração. Segundo relato da cuidadora, a categoria *atende à solicitação do paciente* não ocorreu em virtude da ausência de solicitação de ajuda pela paciente, durante a refeição.

Na Etapa II, a Cuidadora 1 registrou a ocorrência de cinco dos sete (71,4%) comportamentos listados no protocolo de automonitoração, correspondendo às categorias: *atende à solicitação do paciente, oferece alimento compatível com a orientação nutricional, ingere alimentos correspondentes aos ingeridos pelo paciente, acompanha o paciente almoçando na mesma hora e elogia-o quando segue a dieta*.

o estabelecidos em acordo e registrados pela Cuidadora 1 durante o treino em automonitoração.

Comportamentos de apoio	Dias de registro				
	1	2	3	4	5
Alimentação do paciente		x			x
Alimento compatível com a orientação nutricional	x	x	x		
Alimento compatível com a orientação nutricional	x				
Alimentos correspondentes aos ingeridos pelo	x	x	x		x
Paciente almoçando na mesma hora	x	x	x		x
Paciente segue a dieta		x	x	x	x
Alimentos são adequados					
Paciente a comer alimentos adequados			x	x	x
(criação de regra)					
Preferir alimentos que o paciente não pode			x		x
Total	80,0%	71,4%	66,6%	22,2%	66,6%

Nos três dias de registro correspondentes à Etapa III observou-se índices variados de ocorrência de comportamentos de apoio. Esta etapa foi iniciada no terceiro dia de registro, no qual seis dos nove (66,6%) comportamentos de apoio foram registrados pela Cuidadora 1. Os dois novos comportamentos planejados para esta etapa, correspondentes a *encoraja o paciente a comer alimentos adequados e tenta não oferecer alimentos que o paciente não pode ingerir*, tiveram sua ocorrência registrada pela cuidadora durante o terceiro e o quinto dia de registro.

Segundo o relato da Cuidadora 1, durante o almoço realizado no quarto dia de registro a família recebeu a visita de um técnico que iria fazer reparos no sistema elétrico da casa. Este fato dificultou a participação da cuidadora em apoio à paciente, ocasionando o registro de apenas dois dos nove (22,2%) comportamentos estabelecidos no acordo. Em virtude da intercorrência relatada no quarto dia de registro, decidiu-se realizar uma nova sessão de treino, cujos resultados corresponderam ao quinto dia de registro. Neste, o índice registrado foi igual a 66,6%, referente a seis dos nove comportamentos de apoio listados, correspondendo à ocorrência dos comportamentos apresentados no terceiro dia.

Com o decorrer do treino, constatou-se que o comportamento de apoio especificado como *serve alimento compatível com a orientação nutricional* não teve mais sua ocorrência registrada. De acordo com o relato da Cuidadora 1, a própria Paciente 1 passou a se servir dos alimentos recomendados no protocolo nutricional. Por outro lado, não houve registro do comportamento de apoio especificado como *pergunta se certos alimentos são adequados*, planejado com o objetivo de auxiliar a paciente a avaliar a compatibilidade do alimento disponível com a regra nutricional, conforme demonstra a Tabela 13.

(c) Relatos sugestivos de ampliação do repertório de apoio pela Cuidadora 1 e de adesão à dieta pela Paciente 1 obtidos durante as sessões de treino

No decorrer das sessões de treino, ao serem realizadas análises de contingências a partir dos registros de automonitoração, quando a cuidadora era solicitada a relatar eventos antecedentes, eventos conseqüentes e o próprio comportamento de apoio apresentado, identificaram-se relatos que sugeriam a ampliação do repertório de apoio por parte da Cuidadora 1.

“ Quando eu for ao supermercado, dá para deixar ela escolher [os alimentos indicados no protocolo nutricional]” (3ª sessão)

Este relato sugere o planejamento de outros comportamentos de apoio pela Cuidadora 1, além daqueles planejados no protocolo de automonitoração e envolvidos na própria situação de refeição.

Em diversas ocasiões, os relatos da Cuidadora 1 sugeriam o estabelecimento de repertório de análise de contingências, ao identificar relações entre seus comportamentos de apoio e os comportamentos de adesão pela paciente.

“ Foi uma orelhinha assim, pequena [doce de padaria]. Ela pegou e eu perguntei: mãe, a senhora vai comer isso? Ela disse: não, não quero não!” (4ª sessão)

“Ela disse que não ia comer salada. Eu peguei o pepino e aí ela disse: então faz [a salada]. Ela comeu quase tudo” (5ª sessão)

Por outro lado, a Cuidadora 1 apresentou relatos que sugeriram a instalação de repertório de análise de contingências relacionado a manejo de situações ou comportamentos de risco, como segue:

“ Às vezes, na hora da comida, a gente pega alguma coisa [não recomendada], aí ela quer também” (4ª sessão)

“ Tinha refrigerante e eu queria tomar, mas eu não trouxe para a mesa” (7ª sessão)

A adesão às orientações nutricionais pela Paciente 1 foi relatada pela cuidadora durante as sessões de treino. Destacaram-se relatos referentes ao fracionamento, ingestão de alimentos em qualidade e quantidades recomendadas e supressão do consumo de açúcar.

“ Na hora do café ela toma uma xícara, come um pãozinho e aí mais tarde come uma fruta” (3ª sessão)

“Quando ela faz carne com verduras, ela tira um pedaço só de carne e o resto é só verdura” (4ª sessão)

“Ela também parou de tomar café com açúcar. Porque de manhã ela ia lá e olha!!!!...[referindo-se ao excesso de açúcar utilizado anteriormente pela paciente]” (4ª sessão)

Outro tópico enfatizado pela Cuidadora 1 refere-se ao aspecto emocional do apoio social oferecido à paciente:

“Acho que ela se sente mais fortalecida. Ela parou de falar aquelas coisas que ela falava, que ninguém se importava com ela. Aí ela parou mais!” (6ª sessão)

(d) Observação direta – Pós-treino

Os comportamentos de apoio e de risco apresentados pela Cuidadora 1 durante a observação pós-treino estão demonstrados na Tabela 14.

Observou-se estabilidade em algumas categorias de comportamentos de apoio no repertório da Cuidadora 1, correspondendo às mesmas categorias identificadas durante a LB1, especificadas como: (6) *senta-se à mesa para comer com o paciente*; (14) *ingere alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição* e (19) *permanece sentado à mesa enquanto o paciente realiza a refeição*. Conforme ocorrido nas sessões de observação durante a LB1, a categoria (22) *conversa com o paciente sobre tema geral* também foi identificada em todas as sessões de observação pós-treino.

Outros comportamentos de apoio foram identificados apenas em uma das três sessões de observação, como os especificados segundo as categorias: (9) *descreve ao paciente regra consistente com o protocolo nutricional*, (16) *atende à solicitação do paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição*, (17) *faz comentário relacionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo* e (21) *conversa com o paciente sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes*.

comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C1) durante as sessões de

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida para comer no horário recomendado			
Alimento ou bebida para comer com o paciente	x	x	x
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional		x	x
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida de acordo com a regra consistente com o protocolo nutricional.	x		
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x	x	
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida do paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida do paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional		x	
Alimento ou bebida recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição	x	x	x
Alimento ou bebida não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante refeição			
Alimento ou bebida do paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.	x		
Alimento ou bebida relacionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo	x		
Alimento ou bebida depreciativo (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente			
Alimento ou bebida à mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	x
Alimento ou bebida não à mesa, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Alimento ou bebida relacionado ao paciente sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividades laboratoriais, consultas médicas, entre outros.	x		
Alimento ou bebida relacionado ao paciente sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, atividades de outros familiares, entre outros.	x	x	x

onde x indica a ocorrência do comportamento de risco (n=8) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de apoio (n=14)

Por outro lado, observou-se que categorias que haviam sido apresentadas em apenas um dia durante a LB1 apresentaram ocorrência registrada em dois dias de observação pós-treino. Estas categorias corresponderam a: (7) *dispõe à mesa alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional* e (10) *oferece ao paciente alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional*.

Analisando-se os resultados obtidos nas sessões de observação em pós-treino, identificou-se a ocorrência de três categorias de comportamentos de apoio não identificadas durante a LB1 (9, 17 e 21).

Observou-se uma única categoria de comportamento de risco, correspondente a (13) *serve o prato/ copo do paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional*, identificada durante a segunda sessão de observação em pós-treino.

Comparando-se os resultados obtidos na LB1 e nas observações em pós-treino, a Cuidadora 1 demonstrou ampliação no repertório de comportamentos de apoio (n=10 de 14 ou 71%), com a inclusão de novas categorias comportamentais (9, 17 e 21) e aumento no número de sessões em que outras categorias (7 e 10) foram registradas. Identificou-se a redução no número de categorias de comportamentos de risco (n=1 de 8 ou 12,5%) apresentadas pela Cuidadora 1, de modo que as duas categorias observadas durante a LB1 (8 e 15) não foram registradas durante as sessões de observação finais.

De acordo com os comportamentos planejados durante o treino, observou-se que a Cuidadora 1 estabeleceu como meta tentar não dispor ou oferecer alimentos incompatíveis com a orientação nutricional ao paciente, o que realmente não foi observado durante as sessões de observação pós-treino. De modo semelhante, outros comportamentos de apoio não verificados durante a LB1 e planejados durante o treino como elogiar o comportamento alimentar apropriado do paciente e encorajá-lo a comer alimentos adequados, por meio de

descrição de regra nutricional, também foram incluídos no repertório da cuidadora durante as observações pós-treino.

Os comportamentos apresentados pela Paciente 1 em consequência aos comportamentos da Cuidadora 1 estão demonstrados na Tabela 15.

O comportamento da Paciente 1 mostrou-se compatível com os comportamentos apresentados pela Cuidadora 1, de modo que diante da ocorrência de comportamentos de apoio verificou-se o engajamento da paciente em comportamento alimentar apropriado. As categorias que indicaram o repertório de adesão à orientação nutricional foram (8) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador* e (10) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador*.

A única categoria de comportamento de risco apresentada pela Cuidadora 1 foi seguida de comportamento alimentar inadequado, como descrito na categoria (14) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador*.

entados pela paciente (P1) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela e observação direta em pós-treino.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.		X	X
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador	X	X	
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador		X	
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Consentimento fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.	X		
Incompatível com a orientação nutricional, diante de feedback positivo fornecido pelo cuidador			
Presença de comentário depreciativo do cuidador			
Comportamento do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Comportamento do cuidador sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade de consultas médicas, entre outros.	X		
Comportamento do cuidador sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento de outros.	X	X	X

As células sombreadas representam a não-adesão (n=6) e as células não-sombradas representam a adesão (n=14).

7.2. ESTUDO DE CASO 2

(a) Observação direta – Linha de Base 1

A Tabela 16 apresenta os dados referentes aos comportamentos de apoio e de risco apresentados pela Cuidadora 2 durante as sessões de observação direta em LB1.

Identificou-se que duas categorias de comportamento de apoio demonstraram estabilidade durante a LB1, ocorrendo em todas as sessões de observação. Estas categorias corresponderam aos comportamentos definidos como (6) *senta-se à mesa para comer com o paciente* e (22) *conversa com o paciente sobre tema geral*. Conforme observado nos resultados do Caso 1, sugere-se que a situação de observação tenha contribuído para a ocorrência significativa da categoria 6 no Caso 2, uma vez que este comportamento ocorria de modo esporádico antes do início do estudo, segundo relato da Paciente 2 durante a Entrevista Inicial. Os resultados obtidos durante a avaliação inicial do apoio disponível também sugeriram a instabilidade deste comportamento, visto que esta paciente declarou não ocorrência da categoria correspondente ao item 14 (*se alimenta na mesma hora em que você*) do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais, conforme apresentado na Tabela 8.

Outras duas categorias de comportamentos de apoio foram observadas durante duas das três sessões da LB1, sendo definidas como: (14) *ingere alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição* e (19) *permanece sentado à mesa enquanto o paciente realiza a refeição*.

O comportamento de apoio inferido pelo relato da Cuidadora 2 categorizado como (3) *prepara a refeição com alimento compatível com a orientação nutricional* foi identificado apenas na segunda sessão de observação. De modo semelhante, as categorias definidas como (5) *convida o paciente para comer no horário recomendado* e (12) *serve o prato/copo do*

comportamentos de apoio e comportamentos de risco relatados e apresentados pela cuidadora (C2) durante as sessões de intervenção. Os dados são apresentados na tabela 1.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Bebida compatível com a orientação nutricional			
Bebida incompatível com a orientação nutricional			x
Alimento compatível com a orientação nutricional		x	
Alimento incompatível com a orientação nutricional			x
Comer no horário recomendado	x		
Comer com o paciente	x	x	x
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Regra consistente com o protocolo nutricional.			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional	x		x
Comer com o paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional		x	
Comer com o paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição	x	x	
Alimentos recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante a refeição			x
Alertar o paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.			
Reagir ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo			
Reagir de forma crítica (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente			
Deixar o paciente sozinho na mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	
Retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			x
Discutir com o paciente sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividades físicas, consultas médicas, entre outros.			
Discutir com o paciente sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, assuntos familiares, entre outros.	x	x	x

As células sombreadas representam comportamentos de risco (n=8) e as células não-sombreadas representam comportamentos de apoio (n=14)

paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional foi identificada apenas uma vez durante a LB1.

A Cuidadora 2 apresentou em LB1 cinco diferentes categorias de comportamentos de risco à adesão à dieta pela paciente, definidas como: (2) *compra alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional*, (4) *prepara a refeição com alimento incompatível com a orientação nutricional*, (11) *oferece ao paciente alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional*, (15) *ingere alimentos não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante refeição* e (20) *interrompe a refeição, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta*. Cada uma destas categorias foi identificada apenas uma vez durante as sessões de observação.

Comparando-se os repertórios de apoio e de risco apresentados pela cuidadora, verificou-se um número proporcionalmente maior de categorias de risco (n=5 de 8 ou 62,5%), em comparação com o número de categorias de comportamentos de apoio observadas (n=7 de 14 ou 50%).

Os dados referentes aos comportamentos apresentados pela Paciente 2 em consequência aos comportamentos da Cuidadora 2 estão apresentados na Tabela 17. Constatou-se que alguns comportamentos de apoio apresentados pela Cuidadora 2 foram seguidos de comportamentos de adesão à dieta pela paciente, segundo especificam as categorias: (4) *ingere alimento compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador* e (13) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador*.

Na segunda sessão de observação em LB1, a Paciente 2 apresentou o comportamento definido pela categoria (18) *faz crítica ao comportamento do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta, sugerindo contracontrole ao comportamento de risco apresentado pela cuidadora*. Durante todas as sessões de observação, a paciente apresentou a

entados pela paciente (P2) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela observação direta em Linha de Base 1

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			x
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador		x	
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			x
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador para realizar a refeição no horário recomendado	x		
Compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador	x		
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			x
Compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador		x	
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Feedback fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.			
Feedback recebido, demonstrando concordância com o comentário apresentado pelo cuidador			
Incompatível com o comentário depreciativo do cuidador			
Feedback do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			x
Feedback sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
Feedback sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento alimentar, entre outros.	x	x	x

As categorias sombreadas representam a comportamentos de não-adesão (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de adesão (n=14)

categoria comportamental (20) *conversa com o cuidador sobre tema geral*, em consequência a comportamento semelhante apresentado pela cuidadora.

Diante de comportamentos de risco da cuidadora, verificou-se que ora a Paciente 2 apresentou comportamentos de adesão, ora apresentou comportamentos de não-adesão à dieta. Os comportamentos de adesão observados como consequência a comportamentos de risco da cuidadora corresponderam a respostas de recusa a alimentos inadequados comprados, preparados ou oferecidos por esta. Estes comportamentos foram descritos segundo as categorias: (3) *recusa bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador*, (6) *recusa alimento incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador* e (12) *recusa bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador*.

Em contrapartida, a Paciente 2 apresentou uma ocorrência do comportamento de não-adesão definido como (11) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador*, em consequência a comportamento de risco apresentado pela cuidadora. Nesta ocasião, em que a Cuidadora 2 ofereceu à paciente um prato típico de recomendação restrita (vatapá) doado pela vizinha, o comportamento alimentar da paciente parece ter ficado sob controle de sua história de preferências alimentares e do comportamento de risco da cuidadora.

Por outro lado, os resultados sugerem que em algumas situações o comportamento alimentar da Paciente 2 pareceu não estar relacionado a comportamentos de risco apresentados pela Cuidadora 2. Observou-se que os comportamentos de adesão da paciente às orientações nutricionais (recusar alimento ou bebida não recomendadas no protocolo) especificados pelas categorias 3 e 12 foram apresentados pela paciente diante da disponibilidade (compra) e oferecimento de refrigerante pela Cuidadora 2, ocasião em que a Paciente 2 referiu não gostar do refrigerante escolhido pela cuidadora. O comportamento

especificado pela categoria 6 foi apresentado diante da disponibilidade de ovos mexidos com salsicha, preparados pela cuidadora. Nesta situação não foi possível identificar condições que possam ter influenciado a resposta de recusa da paciente.

Adicionalmente, verificou-se que a Paciente 2 se alimentou além das quantidades recomendadas em seu protocolo nutricional durante todas as sessões de observação na LB1, visto que servia seu prato duas vezes com os alimentos preparados para o almoço, sem que a cuidadora fizesse comentários a este respeito.

(b) Treino em análise de contingências e manejo comportamental

A Tabela 18 apresenta os resultados correspondentes ao treino em automonitoração. Do mesmo modo descrito no Caso 1, o treino foi dividido em três etapas. Na Etapa I foram incluídas cinco categorias de comportamentos de apoio identificadas no repertório da Cuidadora 2 durante as observações de LB1. Na Etapa II foram planejados dois novos comportamentos de apoio, segundo contrato verbal entre a experimentadora e a cuidadora. A Etapa III, constituída de dois dias de registro, compreendeu o planejamento de duas novas categorias comportamentais de apoio a serem emitidas pela cuidadora. Ao final do treino, o protocolo de automonitoração utilizado compreendeu nove categorias de comportamentos de apoio. Segundo os resultados obtidos, verificou-se que durante a Etapa I a Cuidadora 2 registrou a ocorrência dos cinco comportamentos de apoio listados no protocolo de automonitoração, correspondendo ao índice de 100%.

Na Etapa II foram registrados seis dos sete (85,7%) comportamentos especificados no protocolo, os quais corresponderam às categorias: *acompanha o paciente almoçando na mesma hora, convida o paciente a comer no horário adequado para a refeição, serve o alimento compatível com a orientação nutricional, ingere alimentos correspondentes aos ingeridos pelo paciente, permanece à mesa enquanto o paciente se alimenta mantendo-se*

o estabelecidos em acordo e registrados pela Cuidadora 2 durante o treino em automonitoração.

Comportamentos de apoio	Dias de registro			
	1	2	3	4
Paciente almoçando na mesma hora	x	x	x	x
Paciente a comer no horário adequado para	x	x	x	x
Comportamento compatível com a orientação	x	x	x	x
Quantidades correspondentes aos ingeridos pelo	x	x	x	x
Presente na mesa enquanto o paciente se alimenta, de acordo com o seu comportamento	x	x	x	x
Paciente segue a dieta			x	
Alimentos ingeridos são adequados		x		x
Alimentos que estão incluídos na orientação			x	x
Recusa alimentos que o paciente não pode			x	
Total	100,0%	85,7%	88,0%	77,7%

atendo a seu comportamento e pergunta se certos alimentos são adequados.

No primeiro dia de registro da Etapa III, a cuidadora registrou oito dos nove (88%) comportamentos listados no protocolo. Verificou-se que os dois novos comportamentos de apoio planejados – *descreve alimentos que estão incluídos na orientação nutricional e tenta não oferecer alimentos que o paciente não pode ingerir* – tiveram sua ocorrência registrada no início da Etapa III. No quarto dia, foram registrados sete dos nove (77, 7%) comportamentos de apoio especificados.

(c) Relatos sugestivos de ampliação do repertório de apoio pela Cuidadora 2 e de adesão à dieta pela Paciente 2 obtidos durante as sessões de treino

A Cuidadora 2 apresentou ao início do treino relatos que sugeriam a ocorrência de comportamentos de risco. Dentre os relatos de comportamento de risco destacou-se:

“ Eu botei pra ela o arroz, o bife e não botei farofa. Arroz eu botei bastante. Umase sete colheres” [ao servir o prato da paciente] (3ª sessão)

Quanto aos relatos que sugeriram a ampliação do repertório de apoio, alguns estavam relacionados à ocorrência de comportamentos não planejados durante o treino, incluindo ações realizadas fora da situação de refeição, como a compra e o preparo de alimentos recomendados no protocolo nutricional da paciente.

“ Teve refrigerante. Foi guaraná diet, que eu comprei” (3ª sessão)

“ Eu fiz até a saladinha dela, com alface, pepino e rodela de tomate” (5ª sessão)

“ Eu cozinhei pra gente. Eu tenho cozinhado” (6ª sessão)

“ Eu já comprei mais [frutas]. Tem acerola aí pra fazer suco de novo” (6ª sessão)

Também foram identificados relatos que indicaram o estabelecimento de repertório de análise de contingências, de modo que a cuidadora descreveu relações entre comportamentos de apoio e as conseqüências destes no comportamento da paciente.

" Comprei um bocado de frutas pra ela ontem. Comprei maçã, comprei goiaba. Ela comeu goiaba no lanche" (3ª sessão)

" Botei cinco colheres de arroz, um pedacinho de carne e não botei farinha [ao servir o prato da paciente]. Botei bastante salada. Ela comeu primeiro a salada e depois que ela foi comer a comida. Por isso ela comeu pouco" (5ª sessão)

Os comportamentos de adesão às orientações nutricionais apresentados pela Paciente 2 foram destacados pela cuidadora, por meio de relatos sobre a qualidade e a quantidade de alimentos ingeridos.

" Foi suco de acerola só com adoçante, mas ela tomou. Ela não fez questão de colocar leite condensado" (6ª sessão)

" Ela comeu toda a salada. Ela nem repetiu" [relacionado à alimentação acima das quantidades recomendadas] (5ª sessão)

Segundo relato da cuidadora, a Paciente 2 inicialmente apresentou comportamentos indicativos de crítica ou punição a novos comportamentos de apoio apresentados pela participante. Estas reações diante de modificações comportamentais da cuidadora eram discutidas durante o treino, de modo a evitar o comportamento de esquivar da cuidadora em oferecer apoio à realização da dieta pela paciente.

" Eu fiz até a saladinha dela. Ela olhou e disse: o que tu estás fazendo? Ah, é pra senhora. Aí ela: porque já? será que eu vou morrer? Eu falei: a senhora sabe que eu faço comida aqui, eu sempre faço comida. A senhora come salada. Ponha logo aí!" (5ª sessão)

" [Paciente come a salada preparada pela cuidadora, que elogia seu comportamento] Que bom, ela tá comendo salada! Ela começou a achar graça. Disse pro A: Olha aí, o que ela tem hoje?!" (5ª sessão)

(d) Observação direta – Pós-treino

A Tabela 19 apresenta os comportamentos de apoio e de risco identificados no repertório da Cuidadora 2 durante as sessões de observação pós-treino.

Observou-se estabilidade em quatro categorias de comportamentos de apoio no repertório da Cuidadora 2, sendo que duas destas consistiram em categorias que também tiveram sua ocorrência registrada em todos os dias de observação durante a LB1: (6) *senta-se*

comportamentos de apoio e comportamentos de risco relatados e apresentados pela cuidadora (C2) durante as sessões

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x	x	
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional para comer no horário recomendado			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional para comer com o paciente	x	x	x
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional que regra consistente com o protocolo nutricional.			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional do paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional do paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição	x	x	x
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante refeição			x
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional do paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.	x		
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional relacionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional depreciativo (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional à mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	x
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional não à mesa, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional do paciente sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional do paciente sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, atividades familiares, entre outros.	x	x	x

onde x indica a ocorrência do comportamento de risco (n=8) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de apoio (n=14)

à mesa para comer com o paciente e (22) conversa com o paciente sobre tema geral. As duas outras categorias consistiram em (14) *ingere alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição* e (19) *permanece sentado à mesa enquanto o paciente ainda se alimenta*, as quais haviam sido identificadas em dois dias de observação na LB1.

A categoria inferida pelo relato da cuidadora e definida como (1) *compra alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional* foi apresentada durante dois dias consecutivos de observação pós-treino. A categoria (16) *atende à solicitação do paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição* foi identificada apenas na primeira sessão de observação pós-treino. Estas duas novas categorias de comportamentos de apoio apresentadas durante a observação pós-treino sugerem a ampliação do repertório de apoio disponível pela Cuidadora 2.

Verificou-se a ocorrência de apenas uma categoria de comportamento de risco durante a última sessão de observação pós-treino, a qual consistia em (15) *ingere alimentos não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante a refeição*. O número de categorias de comportamentos de apoio (n=6 de 14 ou 43%) foi superior ao de comportamentos de risco (n=1 de 8 ou 13%).

Comparando-se os comportamentos observados na LB1 e no pós-treino, identificou-se que a Cuidadora 2 apresentou novas categorias comportamentais de apoio, embora outras identificadas na LB1 não tenham sido verificadas na observação final (3, 5 e 12). Por outro lado, apenas uma dentre as cinco categorias comportamentais de risco apresentadas na LB1 teve sua ocorrência registrada durante as sessões de observação pós-treino.

No que se refere aos comportamentos de apoio planejados durante o treino, identificou-se que uma das metas da Cuidadora 2 consistiu em tentar não oferecer alimentos compatíveis com a orientação nutricional à paciente. Em concordância com esta meta, a

categoria comportamental (11) *oferece ao paciente alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional*, observada durante a LB 1, não foi identificada durante as sessões de observação pós-treino. Em contrapartida, a categoria (15) *ingere alimentos não recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante a refeição*, que também se caracterizava pela exposição de alimentos inadequados à paciente, foi observada durante igual número de sessões em LB1 e pós-treino. Outros comportamentos planejados durante o treino, como elogiar quando a paciente seguisse a dieta, perguntar se certos alimentos eram adequados e descrever à paciente alimentos incluídos no protocolo nutricional não foram identificados durante as sessões de observação em pós-treino.

Os comportamentos apresentados pela Paciente 2 em consequência aos comportamentos de apoio e de risco apresentados pela Cuidadora 2 durante as sessões em pós-treino estão demonstrados na Tabela 20.

Segundo os dados coletados, verificou-se que a categoria comportamental (20) *conversa com o cuidador sobre tema geral* foi apresentada pela Paciente 2 durante todos os dias de observação pós-treino, correspondendo ao que foi observado em LB1. Foram identificadas duas novas categorias comportamentais, especificadas como (1) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador* e (15) *ingere alimento ou utiliza utensílio fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação*. A primeira, considerada um comportamento de adesão às orientações nutricionais, foi observada durante duas sessões pós-treino, em consequência a comportamentos de apoio apresentados pela cuidadora. Em contraponto, não foram identificados categorias comportamentais de não-adesão. Os resultados obtidos sugerem que o comportamento de adesão da paciente parece ter sido influenciado pelo comportamento de apoio apresentado pela cuidadora.

entados pela paciente (P2) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela direta em pós-treino.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador	x	x	
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador para realizar a refeição no horário recomendado			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.			
Compatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Consentimento fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.	x		
Feedback recebido, demonstrando concordância com o comentário apresentado pelo cuidador			
Incompatível com o comentário depreciativo do cuidador			
Incompatível com o comentário do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Incompatível com o comentário do cuidador sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
Incompatível com o comentário do cuidador sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento alimentar, entre outros.	x	x	x

em a comportamentos de não-adesão (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de adesão (n=14)

Verificou-se, também, que a Paciente 2 serviu seu próprio prato durante todas as sessões de observação em pós-treino, de modo que a Cuidadora 2 demonstrou pouca participação no auxílio à paciente durante a realização das refeições.

7.3. ESTUDO DE CASO 3

(a) Observação direta – Linha de Base 1

A Tabela 21 apresenta as categorias de comportamentos de apoio e de risco identificados no repertório da Cuidadora 3 durante as sessões de observação na LB1.

Segundo os dados coletados, identificou-se a ocorrência de quatro categorias comportamentais de apoio durante todos os dias de observação, indicando sua estabilidade no repertório da cuidadora. Estas categorias corresponderam a (6) *senta-se à mesa para comer com o paciente*, (14) *ingere alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição*, (19) *permanece sentado à mesa enquanto o paciente realiza a refeição* e (22) *conversa com o paciente sobre tema geral*. Tal como observado nos Casos 1 e 2, a presença da observadora pode ter influenciado a ocorrência dos comportamentos especificados sob as categorias 6 e 19. Constatou-se que antes de iniciar o almoço, a Cuidadora 3 servia o prato de todos os membros da família, sugerindo o cuidado com a divisão do alimento disponível. Desse modo, o comportamento definido segundo a categoria (12) *serve o prato/copo do paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional* foi apresentado pela cuidadora durante duas das três sessões de observação na LB1.

Dois outros comportamentos de apoio foram identificados apenas uma vez durante a LB1: (1) *compra alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional* e (10) *oferece ao paciente alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional*. Quanto a comportamentos de risco, apenas uma categoria foi observada na primeira sessão da LB1,

comportamentos de apoio e comportamentos de risco relatados e apresentados pela cuidadora (C3) durante as sessões de sessão 1.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Bebida compatível com a orientação nutricional		x	
Bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento compatível com a orientação nutricional			
Alimentos incompatíveis com a orientação nutricional			
Para comer no horário recomendado			
Comer com o paciente	x	x	x
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Regra consistente com o protocolo nutricional.			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x		
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional	x	x	
Alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
Alimentos recomendados e correspondentes àqueles consumidos pelo paciente durante a refeição	x	x	x
Alimentos recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante a refeição			
Alimento fornecido ao paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.			
Comportamento relacionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo			
Comportamento crítico (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente	x		
Comportamento relacionado ao comportamento alimentar do paciente, enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	x
Comportamento relacionado ao comportamento alimentar do paciente, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Comportamento relacionado ao comportamento alimentar do paciente, sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividades diárias, consultas médicas, entre outros.			
Comportamento relacionado ao comportamento alimentar do paciente, sobre temas gerais, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, assuntos familiares, entre outros.	x	x	x

As categorias sombreadas referem-se aos comportamentos de risco (n=8) e as categorias não-sombreadas referem-se aos comportamentos de apoio (n=14) relatados

definida como (18) *faz comentário depreciativo (crítica/desaprovação) ao comportamento alimentar da paciente*. O repertório de comportamentos de apoio (n=7 de 14 ou 50%) apresentado pela Cuidadora 3 demonstrou-se mais amplo que o repertório de comportamentos de risco (n=1 de 8 ou 13%) durante a LB1.

Os comportamentos apresentados pela Paciente 3 em consequência aos comportamentos da Cuidadora 3 durante a LB1 estão apresentados na Tabela 22.

No que se refere ao comportamento da Paciente 3, verificou-se a ocorrência de duas categorias comportamentais indicativas de adesão às orientações nutricionais, apresentadas em consequência a comportamentos de apoio emitidos pela Cuidadora 3. A categoria descrita como (13) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador* foi identificada em duas das três sessões de observação, enquanto que a categoria (1) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador* foi observada apenas na segunda sessão da LB1.

Em correspondência ao comportamento apresentado pela Cuidadora 3, a paciente apresentou a categoria comportamental definida como (20) *conversa com a cuidadora sobre tema geral* durante todas as sessões de observação na LB1.

Não foram identificados comportamentos de não-adesão às orientações nutricionais pela Paciente 3 em consequência a comportamentos apresentados pela cuidadora.

(b) Observação direta – Pós-visita

A Tabela 23 apresenta os comportamentos de apoio e de risco identificados no repertório da Cuidadora 3 durante a observação pós-visita.

Verificou-se que as categorias 6, 14, 19 e 22, que apresentaram estabilidade durante as sessões de LB1 (Tabela 21), também foram identificadas durante todas as sessões de observação pós-visita.

entados pela paciente (P3) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela observação direta em Linha de Base 1

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador		x	
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador para realizar a refeição no horário recomendado			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador	x	x	
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			
Consílio fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.			
Feedback recebido, demonstrando concordância com o comentário apresentado pelo			
Falta de comentário depreciativo do cuidador	x		
Falta de comentário do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Falta de comentário sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade e consultas médicas, entre outros.			
Falta de comentário sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento e outros.	x	x	x

As categorias sombreadas representam a não-adeseção (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a adeseção (n=14)

comportamentos de apoio e comportamentos de risco apresentados pela cuidadora (C3) durante as sessões de

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
bebida compatível com a orientação nutricional	x		
bebida incompatível com a orientação nutricional		x	x
alimento compatível com a orientação nutricional			
alimento incompatível com a orientação nutricional		x	x
para comer no horário recomendado			
comer com o paciente	x	x	x
alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			
alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
regra consistente com o protocolo nutricional.			
alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional			x
alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional			
com o paciente com alimento/bebida compatível com a orientação nutricional	x	x	
com o paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional			x
respostas àqueles consumidos pelo paciente durante refeição	x	x	x
recomendados e diferentes daqueles consumidos pelo paciente durante refeição			
colocado ao paciente para fornecimento de alimento ou utensílio necessário à refeição.			
relacionado ao comportamento alimentar do paciente, fornecendo feedback positivo			
crítico (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente			x
sentado à mesa enquanto o paciente realiza a refeição.	x	x	x
deixando a mesa, retirando-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
comentando sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
comentando com o paciente sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, assuntos familiares, entre outros.	x	x	x

As células sombreadas referem-se aos comportamentos de risco (n=8) e as células não-sombreadas referem-se aos comportamentos de apoio (n=14) relatados

O comportamento de apoio definido como (12) *serve o prato/ copo da paciente com alimento/ bebida compatível com a orientação nutricional* foi identificado durante duas sessões de observação pós-visita.

As categorias comportamentais de apoio correspondentes a (1) *compra alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional* e (10) *oferece ao paciente alimento ou bebida compatível com a orientação nutricional* foram observadas em apenas uma das três sessões de observação.

Analisando-se os dados obtidos mediante as sessões de observação, constatou-se que as categorias comportamentais de apoio apresentadas durante a LB1 foram as mesmas categorias (n=7 de 14 ou 50%) apresentadas pela Cuidadora 3 durante as observações pós-visita, de modo que o número de sessões em que cada categoria foi registrada também demonstrou similaridade entre as duas fases.

Paralelamente, o repertório referente a comportamentos de risco apresentou ampliação (n=4 de 8 ou 50%), de modo que três novas categorias comportamentais foram apresentadas pela Cuidadora 3, além daquela já identificada durante a LB1, a qual correspondeu a (18) *faz comentário depreciativo (crítica/ desaprovação) ao comportamento alimentar do paciente*.

As três novas categorias de comportamentos de risco identificadas durante as sessões de observação pós-treino corresponderam a: (13) *serve o prato/copo do paciente com alimento/ bebida incompatível com a orientação nutricional*, com uma ocorrência, (2) *compra alimento ou bebida incompatível com a orientação nutricional* e (4) *prepara a refeição com alimento incompatível com a orientação nutricional*, as quais foram relatadas pela cuidadora ao iniciar as duas sessões de observação finais.

A Tabela 24 apresenta os dados referentes ao repertório da Paciente 3, identificados em consequência aos comportamentos da Cuidadora 3 durante as sessões de observação pós-visita.

entados pela paciente (P3) em consequência aos comportamentos de apoio ou de risco apresentados pela e observação direta em pós-visita.

Categorias comportamentais	Sessões		
	1	2	3
Compatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador	x		
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador		x	x
Incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador		x	x
Incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador para realizar a refeição no horário recomendado			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador.			
Incompatível com a orientação, disposto à mesa pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			x
Incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador			
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador	x	x	
Incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador			x
Consentimento fornecido pelo cuidador, mediante sua prévia solicitação.			
Feedback recebido, demonstrando concordância com o comentário apresentado pelo			
Falta de comentário depreciativo do cuidador			x
Falta de comentário do cuidador ao retirar-se da mesa enquanto o paciente ainda se alimenta.			
Falta de comentário sobre assuntos relacionados ao tratamento do diabetes, como medicação, atividade física, consultas médicas, entre outros.			
Falta de comentário sobre tema geral, como atividades de rotina diária, atividades de lazer, comportamento de	x	x	x
Falta de comentário sobre outros temas.			

As categorias sombreadas representam a não-adesão (n=6) e as categorias não-sombreadas correspondem a comportamentos de adesão (n=14)

A categoria comportamental (13) *ingere bebida ou alimento compatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador*, que indica comportamento alimentar apropriado da Paciente 3, foi identificada durante duas sessões de observação pós-visita, como consequência a comportamentos de apoio apresentados pela cuidadora. A categoria especificada como (20) *conversa com o cuidador sobre tema geral* foi observada durante todas as sessões de observação, de modo compatível com o repertório demonstrado pela cuidadora.

Verificou-se que diante de comportamentos de risco apresentados pela cuidadora, a Paciente apresentou comportamentos de não-adesão às orientações nutricionais. Estes comportamentos corresponderam às categorias (2) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, comprado pelo cuidador* e (5) *ingere alimento incompatível com a orientação nutricional, preparado pelo cuidador*, identificadas durante duas sessões de observação; e (11) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, oferecido pelo cuidador* e (14) *ingere bebida ou alimento incompatível com a orientação nutricional, servido pelo cuidador*, ambas identificadas durante a última sessão de observação pós-visita.

Neste caso, os comportamentos de apoio e de risco apresentados pela Cuidadora 3 durante as sessões de observação pareceram estabelecer a ocasião para a apresentação de comportamentos de adesão e não adesão, respectivamente, pela Paciente 3.

8. Análise comparativa dos resultados obtidos com todas as participantes ao final do estudo

Segue-se a apresentação comparativa dos resultados obtidos por meio das entrevistas inicial e final com as Pacientes 1, 2 e 3, nas quais foram coletadas informações referentes ao conhecimento sobre diabetes e seu tratamento e à adesão às orientações nutricionais. Serão

comparadas, ainda, as informações sobre o estado clínico das pacientes, coletadas nos prontuários ao início e ao final do estudo, e os dados referentes ao apoio social oferecido pelas Cuidadoras 1, 2 e 3, segundo relato das pacientes durante a avaliação/ entrevista inicial e entrevista final.

8.1. Conhecimento sobre diabetes e seu tratamento segundo relato das pacientes durante as entrevistas inicial e final

A Tabela 25 apresenta os dados acerca do conhecimento sobre diabetes e seu tratamento obtidos durante a entrevista inicial e final com as pacientes.

Comparando-se os relatos obtidos durante as entrevistas iniciais e finais, não foram identificadas modificações relevantes quanto ao conhecimento sobre o diabetes. Conforme verificado na entrevista inicial, na entrevista final a Paciente 1 continuou a enfatizar a cronicidade da doença, além de destacar variáveis emocionais como causas para o desenvolvimento do diabetes. A Paciente 2 continuou a apontar o aumento da glicemia, assim como a Paciente 3 continuou demonstrando desconhecimento acerca da doença.

No que se refere ao tratamento, as três pacientes relataram a necessidade da realização de dieta e uso de medicação durante as entrevistas finais. Comparando-se estes resultados com os obtidos na entrevista inicial, verificou-se que a Paciente 1 incluiu na entrevista final a atividade física em seu relato sobre comportamentos de autocuidado para o controle glicêmico. A Paciente 2 manteve relatos semelhantes sobre o controle do diabetes durante as duas entrevistas. Identificou-se que apenas as pacientes que participaram da condição de treino (Paciente 1 e 2) mencionaram o engajamento em atividade física regular como aspecto relevante para o controle do diabetes. Por outro lado, a Paciente 3, que ao início do estudo relatou apenas o cuidado com os pés como a orientação recebida para o tratamento do

diabetes e seu tratamento segundo relato das pacientes durante as Entrevistas Inicial e Final

	Entrevista Inicial		Entrevista Final
?	O que se deve fazer para controlar o DM?	O que é o diabetes?	O que se deve fazer para controlar o DM?
ue, que outras ue tem	“Tem que fazer dieta e tomar os remédios pra baixar o açúcar no sangue”.	“O diabetes é o açúcar no sangue. Ela pode vir do nervo, ser nervosa”.	“Não pode comer nada com açúcar, bolo, refrigerante. Nada que leve açúcar. Deve tomar tudo com adoçante. Não comer muito sal, nem muita gordura por causa do colesterol, porque com certeza onde há o diabetes, o colesterol sempre está por ali”. “Precisa caminhar e eu sou testemunha disso”. Não se aborrecer. Ter uma vida tranqüila”.
vel, que , fazer ça no que ser	“Eles (equipe do programa) falam sobre a dieta, medicação e exercício físico”.	“É um aumento de glicose no sangue”.	“É pra tomar a medicação, fazer esportes, dieta”.
é algo .	“Tem que cuidar dos pés, das unhas, lavar roupas com luva, andar calçada, passar creme nos pés”.	“É uma doença. Não gosto nem de pensar. Não, não sei o que é”.	“Muita coisa. Lá no hospital falaram da comida, sobre não andar descalça. Sobre a receita, o que eu posso comer, o que eu não posso e o remédio que eles me dão”.

diabetes, ao final do estudo apontou a realização de dieta e o uso de medicação como atividades de autocuidado para o controle da glicemia.

8.2. Estado clínico das pacientes ao início e ao final do estudo

Os indicadores do estado clínico das pacientes, obtidos por meio de pesquisa a prontuários médicos realizada durante a Fase 9, estão apresentados na Tabela 26.

Com base nas informações coletadas nos prontuários, identificou-se que as Pacientes 1 e 2 apresentaram ganho de peso, embora seus estados nutricionais não tenham sido alterados, visto que se mantiveram com sobrepeso e peso normal, respectivamente. A Paciente 3 demonstrou perda de peso, o que também não implicou em modificações em seu estado nutricional (peso normal).

Verificou-se que as pacientes que participaram da condição de treino (Paciente 1 e 2) apresentaram redução da glicemia de jejum, de modo que ao início do estudo registraram índices de hiperglicemia e ao final deste atingiram índices de normoglicemia. A Paciente 3 também apresentou redução na glicemia de jejum, contudo, manteve-se dentro do intervalo considerado como estado de hiperglicemia.

Quanto aos demais indicadores clínicos, todas as pacientes registraram a redução de colesterol total e de triglicérides, com exceção da Paciente 2 que apresentou níveis de colesterol total iguais ao início e final da intervenção. Ao final do estudo, as instruções para o tratamento mantiveram-se inalteradas, de modo que todas as pacientes possuíam indicação para realização de dieta hipocalórica, uso de hipoglicemiantes orais e realização de atividade física regular. Apenas a Paciente 1 apresentava hipertensão ao final do estudo, não sendo identificado o desenvolvimento de outras patologias pelas participantes.

nal das pacientes, segundo informações registradas em prontuário.

Estado clínico inicial		Estado clínico final	
Indicadores clínicos	Outras patologias	Indicadores clínicos	Outras patologias
<p>o) 145 mg/dl 4 mg/dl mg/dl</p>	Hipertensão arterial	<p>Peso: 65.300g IMC: 29,4 (Sobrepeso) Glicemia de jejum:103 mg/dl Colesterol total: 167 mg/dl Triglicerídeos: 123 mg/dl</p>	Hipertensão arterial
<p>ormal) 173 mg/dl 8 mg/dl mg/dl</p>	–	<p>Peso: 55.400g IMC: 23,6 (Peso normal) Glicemia de jejum: 96 mg/dl Colesterol total: 188 mg/dl Triglicerídeos: 189 mg/dl</p>	–
<p>mal) 188 mg/dl 0 mg/dl mg/dl</p>	–	<p>Peso: 57.150g IMC: 25,4 (Peso normal) Glicemia de jejum: 130 mg/dl Colesterol total: 179 mg/dl Triglicerídeos: 128 mg/dl</p>	–

8.3. Adesão das pacientes às orientações nutricionais ao início e ao final do estudo

Os relatos das pacientes sobre as orientações recebidas pela equipe que integra o PAPP apresentaram importantes modificações comparando-se os dados obtidos nas entrevistas iniciais e finais. Diferente do que foi obtido em entrevista inicial, durante a entrevista final, as Pacientes 1 e 2 relataram quantidades compatíveis com aquelas descritas no protocolo nutricional para todas as refeições, além de descrever adequadamente a qualidade dos alimentos recomendados.

Durante a entrevista inicial, a Paciente 3 relatou as quantidades dos alimentos recomendados para refeições mais complexas (almoço e jantar). Contudo, ao final do estudo destacou principalmente a qualidade destes alimentos, visto que apenas os recomendados para o desjejum e a ceia, refeições consideradas como menos complexas, foram descritos em quantidade e qualidade por esta paciente.

No que se refere à ingestão alimentar do dia anterior, a Paciente 1 relatou comportamento alimentar compatível com a orientação nutricional durante o lanche 1, o almoço e o jantar, isto é, em metade (3 de 6 refeições ao dia) das refeições recomendadas. A Paciente 2 relatou adesão ao desjejum, lanche 1, almoço e ceia, correspondendo a quatro de seis das refeições recomendadas, sendo que o almoço havia sido apontado como a refeição mais difícil de ser realizada. Apenas a ingestão alimentar referentes ao desjejum e à ceia foram relatadas com adesão pela Paciente 3, correspondendo a duas refeições realizadas corretamente, dentre as seis recomendadas. Desse modo, foram identificadas mudanças nos relatos de adesão à dieta durante a entrevista final, particularmente quanto às Pacientes 1 e 2, visto que ao início do estudo todas pacientes relataram realizar suas refeições em qualidade e quantidade incompatíveis com aquelas descritas no protocolo nutricional.

Todas as pacientes apontaram o lanche 2 como a refeição mais difícil de ser seguida, demonstrando diferenças nos relatos apresentados nas fases inicial e final do estudo. As

pacientes apresentaram diferentes justificativas para o relato de dificuldade em aderir ao lanche 2. As Pacientes 1 e 3 justificaram a não realização desta refeição devido à indisponibilidade de alimentos apropriados para essa refeição, enquanto que a Paciente 2 destacou a ingestão alimentar em quantidade acima do recomendado durante algumas situações de almoço e a conseqüente falta de apetite durante o lanche 2.

No que se refere à participação nas atividades do PAPD, todas as pacientes compareceram as últimas consultas programadas com a equipe de enfermagem, nutrição e medicina, de modo compatível com a adesão identificada ao início do estudo.

8.4. Apoio social recebido ao tratamento segundo informações das pacientes ao início e ao final do estudo

As informações sobre o apoio disponível às pacientes 1, 2 e 3 obtidas por Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais (Fase 9) estão apresentadas nas Tabelas 27, 28 e 29, respectivamente. Nestas são demonstrados os índices correspondentes ao apoio fornecido pelos familiares ao início e ao final do estudo, considerando-se também os comportamentos de apoio oferecidos especificamente pelas cuidadoras após o treino (C1 e C2) e a visita mensal (C3).

Os dados apresentados na Tabela 27 sugerem o aumento do índice de apoio disponível segundo relato verbal da Paciente 1, comparando-se o percentual de respostas afirmativas obtido na avaliação inicial (15%) e com o obtido na entrevista final (90%). A Cuidadora 1 foi considerada responsável por 17 dos 18 itens de apoio cujas respostas foram afirmativas. Estes itens incluíram aqueles já indicados durante a avaliação inicial (3, 9 e 10), além de outros aos quais foram atribuídas respostas negativas ao início do estudo. Constatou-se que a Cuidadora 1 atribuiu respostas negativas aos itens 7 e 13 durante a entrevista final, conforme observado na avaliação inicial do apoio social.

ão da dieta oferecido pelos familiares e pela cuidadora (C1), segundo relato da paciente (P1) durante a

Categorias de apoio	Avaliação Inicial		Entrevista Final	
	Sim	Não	Sim	Não
quados		x	x	
ra você comer adequadamente		x	x	
quados para você comer, antes de servi-los	x		x	
ra suas refeições		x	x	
você precisa se alimentar		x	x	
lo nutricional)		x	x	
er ao planejar suas refeições		x		x
imentos que você come		x	x	
a que não deve	x		x	
bebidas que não pode ingerir	x		x	
ter certeza de que está comendo alimentos adequados		x	x	
comendados em sua dieta		x	x	
ue servem refeições que você pode comer		x		x
		x	x	
		x	x	
xcesso ou muito pouco		x	x	
ê se alimenta adequadamente		x	x	
		x	x	
você pode comer		x	x	
oisa que não deveria		x	x	
	15%	85%	90%	10%

ortamentos de apoio oferecidos especificamente pela cuidadora.

Durante a avaliação inicial, a Paciente 2 atribuiu respostas afirmativas a 50% dos itens de apoio, enquanto que ao final do estudo este percentual consistiu em 90% (Tabela 28). Os itens avaliados com respostas positivas após o treino incluíram aqueles apontados ao início do estudo (1, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 18 e 20), exceto o item 10 ao qual foi atribuída resposta negativa. Os itens 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14 e 19 corresponderam aos demais comportamentos de apoio aos quais a Paciente 2 atribuiu respostas positivas durante a entrevista realizada ao final do estudo. Onze destes 18 itens representam comportamentos de apoio fornecidos pela Cuidadora 2, segundo relato da paciente. Ao final do estudo, a paciente atribuiu respostas negativas aos itens 10 e 13, diferenciando-se dos resultados obtidos na avaliação inicial quando foi registrada resposta afirmativa ao item 10.

Segundo a Tabela 29, a Paciente 3 apresentou respostas positivas a 85% dos itens indicativos de apoio social ao final do estudo, enquanto que ao início deste o referido percentual correspondeu a 45%. Os itens especificados com respostas afirmativas incluíram aqueles já apontados durante a avaliação inicial (1, 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18 e 20), além de outros especificados segundo os números 4, 5, 7, 8, 12, 14, 15 e 19. Conforme relato da paciente, a totalidade destes itens correspondeu a comportamentos de apoio fornecidos pela Cuidadora 3 ao final do estudo. Durante a entrevista final, a Paciente 3 apresentou respostas negativas aos mesmos itens (3, 6 e 13) indicativos de apoio social.

A Tabela 30 demonstra as informações referentes ao apoio social fornecido pelas cuidadoras e benefícios para o tratamento, segundo relato das pacientes 1, 2 e 3 durante a Entrevista Final.

As três pacientes identificaram mudanças no repertório comportamental das respectivas cuidadoras, de modo que a melhoria na qualidade da atenção recebida foi o aspecto mais enfatizado.

da dieta oferecido pelos familiares e a cuidadora (C2), segundo relato da paciente (P2) durante a Avaliação

Categorias de apoio	Avaliação inicial		Entrevista final	
	Sim	Não	Sim	Não
Alimentos adequados	x		x	
Para você comer adequadamente	x		x	
Alimentos adequados para você comer, antes de servi-los	x		x	
Para suas refeições		x	x	
Para você precisa se alimentar		x	x	
(do ponto de vista nutricional)		x	x	
Para ajudar a planejar suas refeições		x	x	
Alimentos que você come		x	x	
Alimentos que não deve		x	x	
Bebidas que não pode ingerir	x			x
Para ter certeza de que está comendo alimentos adequados	x		x	
Recomendados em sua dieta		x	x	
Alimentos que servem refeições que você pode comer		x		x
		x	x	
	x		x	
Excesso ou muito pouco	x		x	
Para se alimenta adequadamente	x		x	
	x	x	x	
Alimentos que você pode comer		x	x	
Alimentos que não deveria	x		x	
	50%	50%	90%	10%

Porcentagens de apoio oferecidos especificamente pela cuidadora.

da dieta oferecido pelos familiares e a cuidadora (C3), segundo relato da paciente (P3) durante a avaliação

Categorias de apoio	Avaliação inicial		Entrevista final	
	Sim	Não	Sim	Não
Alimentos adequados	x		x	
Para você comer adequadamente	x		x	
Alimentos adequados para você comer, antes de servi-los		x		x
Para suas refeições		x	x	
Se você precisa se alimentar		x	x	
(do ponto de vista nutricional)		x		x
Para ajudar a planejar suas refeições		x	x	
Alimentos que você come		x	x	
Alimentos que não deve	x		x	
Bebidas que não pode ingerir	x		x	
Ter certeza de que está comendo alimentos adequados	x		x	
Recomendados em sua dieta		x	x	
Alimentos que servem refeições que você pode comer		x		x
		x	x	
		x	x	
Excesso ou muito pouco	x		x	
Se se alimenta adequadamente	x		x	
	x		x	
Alimentos que você pode comer		x	x	
Cobrir necessidades que não deveria	x		x	
	45%	55%	85%	15%

Intervenções de apoio oferecidas especificamente pela cuidadora.

ento, segundo informações obtidas na Entrevista Final com as pacientes (P1, P2 e P3).

As quanto ao apoio	Apoio fornecido pelo cuidador após o treino	Benefícios da intervenção para o tratamento
ara mim. Eu senti que responsabilidade a meu preocupada comigo”.	<p>“Ela pega o prato dela e almoça junto comigo”</p> <p>“Às vezes ela fica olhando e diz: não pode comer isso não é, mãe?”</p> <p>“Quando estive num aniversário e peguei um pedaço grande de bolo, ela disse: a senhora vai comer tudo isso? Aí eu comi só um pedacinho”.</p> <p>“Agora ela faz salada de pepino, faz torrada, faz frango com legumes pra mim”.</p>	<p>“Melhorei em cem por cento. Não sinto mais nada” (referindo-se a sintomas como dores no corpo e calores)</p> <p>“Eu como menos”</p> <p>“Acho que ajudou a baixar o diabetes. Eu quero que chegue em setenta”</p>
a dieta). Ficou mais	<p>“Ela ficou mais preocupada: a senhora vai comer isso, comer aquilo, vai fazer isso? Ficou mais preocupada”.</p> <p>“Diz: a senhora não vai fazer a caminhada? Às vezes eu saio só, às vezes ela vai também”.</p>	<p>“O benefício foi porque ela ficou mais atenta em mim, mais cuidadosa, fala mais. Antigamente ela nem... Mas depois ela ficou mais ciente, né? Isso é uma coisa que a pessoa tem que ter: apoio do familiar”.</p>
a. Ela não queria nem Parece que era uma que ela ficou com	<p>“Ela briga quando estou descalça, ela briga quando eu estou molhada, quando eu me corto um pouquinho”.</p> <p>“Agora ela vem fazer [prepara a refeição]. Prova antes se está salgado. Agora eu já até aprendi. O óleo ela bota pouco. Ela bota mais verduras para mim”.</p>	<p>“Foi bom porque vocês conversaram com ela. Aí eu senti que melhorou mesmo”.</p>

comportamentos de apoio fornecidos em relação ao comportamento alimentar das pacientes.

Todos os relatos apresentados pela Paciente 1 referem-se a comportamentos de apoio fornecidos em relação a seu comportamento alimentar. Foram enfatizados os comportamentos de acompanhamento durante a realização de refeições, o preparo de alimentos compatíveis com a orientação nutricional e o fornecimento de instruções sobre alimentos não recomendados.

A Paciente 2 destacou a apresentação de perguntas pela cuidadora, as quais parecem ter a função de conduzir a paciente a avaliar a qualidade dos alimentos a serem ingeridos. Foram identificados, ainda, relatos sobre a participação da cuidadora durante a realização de exercício físico pela paciente, o que sugere a ampliação do repertório de apoio a outras atividades de autogerenciamento do diabetes.

Segundo relato da Paciente 3, o comportamento de apoio fornecido pela cuidadora em relação à realização da dieta correspondeu ao preparo de refeições compatíveis com a orientação nutricional. Em contraponto, foi identificado relato sugestivo de uso de controle aversivo por parte da cuidadora, com o objetivo de evitar situações de risco à integridade física da paciente.

9. Avaliação dos resultados com as participantes

Sínteses dos resultados obtidos no estudo foram apresentadas oralmente a cada díade paciente-cuidadora, utilizando-se material escrito descritivo de relatos das participantes, gráficos e tabelas elaborados em linguagem simples, de modo que facilitasse seu entendimento (Anexos 12, 13 e 14). Após a apresentação dos resultados, a ocorrência ou não de benefícios decorrentes da participação no estudo foram discutidas entre a experimentadora e as participantes, de modo que as cuidadoras e pacientes demonstraram concordância quanto aos dados apresentados. Esta visita compreendeu o encerramento da pesquisa com as díades

P1-C1 e P2-C2, enquanto que a realização posterior do treino foi programada com a díade que participou da Condição de Não-Treino (P3-C3).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo desenvolver um procedimento de treino de cuidadores de pacientes portadores de diabetes, utilizando-se como referenciais teórico-metodológicos a Análise do Comportamento e o modelo construcional de Goldiamond (1974). Os resultados obtidos serão discutidos considerando-se as modificações nos repertórios de apoio apresentados pelas cuidadoras e as modificações na adesão às orientações nutricionais pelas respectivas pacientes.

1. Modificações nos repertórios de apoio apresentados pelas cuidadoras

Segundo os resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que o treino realizado contribuiu para a ampliação do repertório de apoio disponível às Cuidadoras 1 e 2 com relação à adesão à dieta pelas Pacientes 1 e 2. A redução no repertório comportamental de risco também foi verificada apenas quanto às cuidadoras que participaram do treino (C1 e C2).

Desse modo, destaca-se a eficácia do treino em análise de contingências por meio do uso de registros de automonitoração em programas de intervenção dirigidos a cuidadores, conforme observado em pesquisas que utilizaram estes recursos com o objetivo de desenvolver comportamentos de autocuidado em saúde (Ferreira, 2001; Ferreira & Casseb, 2002; Malcher, 2002).

Neste estudo utilizou-se o relato das participantes, obtido por entrevistas e pela aplicação do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais, e a observação direta de comportamentos como fontes de informações sobre o repertório de apoio oferecido pelas cuidadoras, particularmente relacionado à adesão à dieta pelas pacientes.

Segundo a aplicação do Roteiro, realizada durante a avaliação inicial e a Entrevista Final, o relato de todas as pacientes (P1, P2 e P3) indicaram aumento no percentual de apoio disponível ao final do estudo. Verificou-se que 85 a 90% dos itens descritivos do apoio disponível às pacientes pelos familiares foram atribuídos especificamente às cuidadoras que participaram do estudo (Tabelas 27, 28 e 29).

Estes resultados mostraram-se compatíveis com os relatos descritivos de apoio coletados durante as entrevistas inicial e final, particularmente quanto aos comportamentos de apoio fornecidos pelas Cuidadoras 1 e 2. Comparando-se os relatos das Pacientes 1, 2 e 3, constatou-se que, ao final do estudo, as pacientes cujas cuidadoras participaram do treino (C1 e C2) identificaram maior variabilidade de comportamentos de apoio fornecidos por suas cuidadoras, os quais não foram relatados ao início da pesquisa (Tabelas 9 e 30). Estes dados sugerem ter ocorrido melhor discriminação por estas pacientes quanto ao apoio fornecido pelas Cuidadoras 1 e 2 para a realização do tratamento.

Embora a Paciente 3 tenha relatado o engajamento da Cuidadora 3 no preparo das refeições, ao final do estudo, esta paciente descreveu comportamentos da cuidadora que sugeriam uso de controle aversivo com o objetivo de evitar situações de risco à saúde da paciente. Este relato evidenciou a dificuldade desta familiar em propiciar condições que favorecessem o engajamento da paciente em comportamentos saudáveis, em concordância com a literatura da área que destaca a freqüente falta de habilidades dos familiares para auxiliar o paciente a executar os comportamentos previstos no tratamento de condições crônicas (Kerns, 1996; OMS, 2003).

Dentre as variáveis que podem ter contribuído para o restrito repertório de comportamentos de apoio disponível pelas cuidadoras ao início do estudo, destacou-se o conhecimento limitado sobre o tratamento do diabetes, particularmente relacionado à dieta. As Cuidadoras 1 e 3 demonstraram conhecer basicamente a qualidade de alguns alimentos

descritos no protocolo nutricional, enquanto que a Cuidadora 2 relatou desconhecer o próprio diagnóstico da Paciente 2, portadora de diabetes há cinco anos.

Estes resultados evidenciam a falta de participação da família no atendimento à saúde de portadores de condições crônicas, o que contribui para prejuízos no apoio social disponível ao gerenciamento destas patologias, ao contrário do que orienta as diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde (2003) quanto à centralização do tratamento no paciente e sua família.

Variáveis sócio-econômicas e dificuldades de gerenciamento da rotina diária (administração do tempo) foram aspectos apontados pelas cuidadoras como obstáculos ao fornecimento de apoio às pacientes. Assim como a adesão ao tratamento por pacientes portadores de diabetes parece estar relacionada a variáveis individuais, como repertório disponível e estilo de vida (Ferreira, 2001; Glasgow & Eakin, 1998; Guimarães, 1999), o engajamento de cuidadores no auxílio ao tratamento também deve ser analisado considerando-se aspectos individuais, como recursos financeiros disponíveis, atividades concorrentes e estilo de vida.

No que se refere à avaliação do apoio social às orientações nutricionais, o uso de um instrumento padronizado e de simples aplicação demonstrou ser eficiente para sondagem inicial dos participantes. Por outro lado, a utilização de instrumentos elaborados em outros contextos sócio-culturais comumente exige adaptações nos comportamentos/eventos descritos e linguagem utilizada, tal como verificado neste estudo ao se utilizar o Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais.

Segundo os resultados obtidos mediante as sessões de observação direta das interações entre as díades de cuidadoras-pacientes (C1-P1, C2-P2, C3-P3) durante a LB1, identificou-se o predomínio de comportamentos de apoio sobre comportamentos de risco no que se refere aos repertórios das Cuidadoras 1 e 3. A Cuidadora 2 apresentou repertório de comportamentos

de risco proporcionalmente mais amplo que o repertório de comportamentos de apoio observados em LB1.

Durante estas sessões iniciais de observação, as três cuidadoras apresentaram alguns comportamentos de apoio cuja estabilidade parece ter sido influenciada pela presença da experimentadora (Tabelas 11, 16 e 21), visto que na maioria destas sessões as cuidadoras sentavam-se à mesa e permaneciam acompanhando as pacientes durante toda a refeição. Sugere-se que a realização de procedimentos de pesquisa que incluam visitas e/ou filmagens de situações de vida diária dos participantes contribuam para alterações iniciais nos repertórios destes, sem, contudo, inviabilizar a utilização de tais medidas comportamentais. A análise dos progressos no repertório de cada paciente, por meio do delineamento de sujeito como seu próprio controle, mostrou-se útil mesmo considerando-se alterações iniciais no repertório das participantes em decorrência do uso de observação direta. A viabilidade de intervenções comportamentais estruturadas sob a forma de estudos de caso tem sido evidenciada pelos resultados obtidos em recentes estudos da área (Ferreira, 2001; Ferreira & Casseb, 2002; Malcher, 2002).

Durante a intervenção, as Cuidadoras 1 e 2 passaram gradativamente a registrar a ocorrência de novos comportamentos de apoio mediante a utilização de protocolos de automonitoração, com base nos quais foi realizado o treino em análise de contingências (Tabelas 13 e 18).

Durante as sessões de treino identificou-se, também, que as Cuidadoras 1 e 2 apresentaram relatos sugestivos de ampliação do repertório de apoio para além dos comportamentos planejados, assim como relatos indicativos do estabelecimento de repertório de análise de contingências, segundo o qual as cuidadoras descreviam as relações entre seu próprio comportamento (de apoio e de risco) e suas conseqüências sobre o comportamento de adesão ou não-adesão pelas pacientes. Este resultado mostra-se compatível com as

proposições de Ferreira (2001) e Goldiamond (1974) sobre o estabelecimento de repertórios adequados não diretamente planejados por programas de intervenção comportamental, obtidos por meio do treino no uso de registros de automonitoração.

O treino na realização de registros menos complexos e a posterior utilização de registros incluindo o planejamento de comportamentos de apoio, partindo-se de respostas com menor custo para as cuidadoras, mostraram-se relevantes para promover modificações gradativas nos comportamentos destas participantes.

O uso combinado destes registros com estratégias comportamentais, como a apresentação de *feedback* positivo a comportamentos adequados e o estabelecimento de metas comportamentais por meio de contrato entre a pesquisadora e as cuidadoras, contribuíram para o desenvolvimento do repertório de auto-observação pelas Cuidadoras 1 e 2, o que favoreceu a discriminação e o manejo de variáveis controladoras de seu próprio comportamento, segundo propõe o modelo construcional (Goldiamond, 1974). Conseqüentemente, este repertório favoreceu a ampliação de comportamentos de apoio pelas Cuidadoras 1 e 2 e seu manejo quanto a situações de risco à adesão à dieta pelas pacientes, em concordância com as proposições de Goldiamond sobre a aplicabilidade do uso de registros de automonitoração para o desenvolvimento de auto-observação e autocontrole.

A inclusão da etapa de orientação em diabetes e saúde mostrou-se relevante para obtenção de resultados favoráveis neste estudo, em face à carência de informações sobre a patologia e tratamento, segundo relato das cuidadoras ao início do estudo. A respeito disso, a OMS (2003) destaca o fornecimento de informações sobre a doença e seu tratamento a pacientes e a sua rede natural de apoio (familiares) como um fator básico facilitador de adesão por portadores de condições crônicas.

Comparando-se os resultados obtidos por meio das sessões de observação em LB1 e em pós-treino, verificou-se que as Cuidadoras 1 e 2, que participaram da condição de treino (CT), apresentaram modificações nos repertórios de apoio observados.

No que se refere à Cuidadora 1, identificou-se a ampliação de seu repertório comportamental de apoio de 8 para 10 das 14 categorias de apoio consideradas no estudo. Além da inclusão de novas categorias de apoio, verificou-se o aumento no número de sessões em que categorias já observadas em LB1 foram registradas em pós-treino (Tabela 14). A Cuidadora 2, que em LB1 havia apresentado repertório correspondente a 5 categorias de apoio, durante as sessões de observação em pós-treino passou a apresentar 6 das 14 categorias de apoio especificadas no estudo (Tabela 19). A ampliação deste repertório foi menos visível que a demonstrada pela Cuidadora 1, visto que três outras categorias identificadas em LB1 não foram registradas em pós-treino.

Paralelamente, o repertório de comportamentos de risco das cuidadoras que participaram da condição de treino (CT) apresentou redução quando comparado ao conjunto de categorias comportamentais de risco identificadas em LB1. A Cuidadora 1 apresentou redução de 2 para 1 das 8 categorias comportamentais de risco durante as sessões de observação em pós-treino, enquanto que a Cuidadora 2 apresentou redução de 5 para 1 das 8 categorias comportamentais de risco durante as referidas sessões.

Este resultado destaca que, embora a Cuidadora 2 não tenha apresentado grandes alterações quanto ao repertório comportamental de apoio, foi identificada redução no número de categorias comportamentais de risco apresentadas por esta após o treino. Isto sugere que a realização de intervenções comportamentais baseadas no modelo construcional, que prioriza a construção de repertórios adequados, pode contribuir para a redução na ocorrência de comportamentos considerados inadequados, sem que se utilizem diretamente estratégias para a eliminação de comportamentos (Goldiamond, 1974).

A Cuidadora 3, que participou da condição de não-treino (CNT), apresentou as mesmas categorias comportamentais de apoio durante as sessões de observação em LB1 e em pós-visita e, em contrapartida, apresentou ampliação de seu repertório de comportamentos de risco, de modo que o número de categorias identificadas passou de 1 para 3 das 8 categorias comportamentais de risco descritas no sistema de categorização (Tabela 23).

Analisando-se comparativamente estes resultados com aqueles obtidos por meio do Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais durante a Entrevista Final, constatou-se que houve modificações na discriminação da Paciente 3 quanto aos comportamentos de apoio fornecidos pela Cuidadora 3, embora os dados obtidos por meio das sessões de observação em pós-treino não tenham demonstrado a ampliação deste repertório. A modificação na discriminação dos comportamentos de apoio por esta paciente, provavelmente, ocorreu em virtude do aumento da monitoração da Cuidadora 3 a seu comportamento alimentar, mesmo que estas interações tenham envolvido o controle coercitivo por esta cuidadora, conforme sugerem os relatos da paciente durante a Entrevista Final.

Desse modo, considerou-se que a participação no treino pelas Cuidadoras 1 e 2 contribuiu para a modificação de comportamentos de apoio apresentados ao início do estudo.

Comparando-se os resultados obtidos por meio das sessões de observação direta em pós-treino com os relatos das Cuidadoras 1 e 2 durante as sessões de treino, identificou-se que a Cuidadora 1 apresentou novos comportamentos de apoio, segundo as metas estabelecidas por contrato verbal durante a intervenção. Esta cuidadora apresentou os comportamentos de apoio de elogiar o comportamento alimentar apropriado da paciente, encorajá-la na realização da dieta, por meio da descrição de regras nutricionais, assim como não emitiu comportamentos de dispor ou oferecer alimentos ou bebidas incompatíveis com a orientação nutricional à Paciente 1.

De modo semelhante com o identificado no repertório da Cuidadora 1, a Cuidadora 2 não apresentou o comportamento de risco de oferecer à paciente alimentos ou bebidas incompatíveis com a orientação nutricional, repertório que havia sido identificado durante as sessões em LB1. Contudo, outros comportamentos de apoio planejados durante as sessões de treino não foram identificados durante as sessões de observação em pós-treino.

Observando-se os resultados referentes aos comportamentos registrados durante o treino, verificou-se que os comportamentos de apoio planejados tiveram sua ocorrência registrada em um ou dois dias de registro (Tabela 18), o que provavelmente contribuiu para o estabelecimento destes comportamentos no repertório da Cuidadora 2, mas não garantiu sua manutenção. Por outro lado, a emissão de comportamentos de crítica pela Paciente 2 em relação a comportamentos de apoio apresentados pela Cuidadora 2 pode ter adquirido função aversiva, contribuindo para a redução da probabilidade de ocorrência destes comportamentos, de modo que esta cuidadora dedicou-se a reduzir a emissão de comportamentos de risco, como a oferta de alimentos não recomendados à paciente. Este resultado evidencia a importância de se considerar a discussão/fornecimento de dicas sobre princípios de manejo comportamental em intervenções voltadas ao treino de cuidadores, a exemplo do que recomenda a OMS (2003), no que se refere ao treino de profissionais de saúde no uso destes princípios.

De acordo com a definição de *apoio social* adotada neste estudo, verificou-se que as ações das cuidadoras definidas como comportamentos de apoio envolveram os diferentes tipos funcionais de apoio social descritos em grande parte dos estudos que abordam este tema (Gleeson-Kreig & cols., 2002; Langford & cols., 1997; Toljamo & Hentinen, 2001), embora os resultados não tenham sido descritos em termos destas variações funcionais.

2. Modificações na adesão às orientações nutricionais pelas pacientes

O aumento no número de refeições realizadas com adesão pelas Pacientes 1 e 2 e a redução dos níveis glicêmicos (normoglicemia) apresentados por estas pacientes sugeriram a eficácia do treino de cuidadores para facilitar a adesão às orientações nutricionais por pacientes diabéticos. Desse modo, a disponibilidade de apoio social parece constituir-se em um dos fatores facilitadores de adesão ao tratamento por portadores desta patologia, conforme apontado pela literatura (Ferreira, 2001; Gallant, 2003; Glasgow & Eakin, 1998; Kerns, 1996; McCann & Bovbjerg, 1998). Por outro lado, a presença de cuidadoras treinadas para apoiar e monitorar o comportamento alimentar das pacientes em ambiente natural pode ter contribuído para o seguimento (adesão) às orientações descritas pela equipe de nutrição, de acordo com o que apontam pesquisas experimentais sobre os fatores envolvidos no seguimento de regras (Cerutti, 1994).

Neste estudo, a adesão às orientações nutricionais foi avaliada por meio do relato das pacientes durante as Entrevistas Iniciais e Finais e por meio de indicadores clínicos obtidos por meio de consulta aos prontuários, ao início e ao final do estudo.

Comparando-se os relatos sobre a descrição de regras nutricionais obtidos durante as Entrevistas Inicial e Final, verificou-se que as Pacientes 1 e 2 passaram a relatar a quantidade e a qualidade dos alimentos de modo compatível com as orientações nutricionais para as seis refeições previstas. Por outro lado, a Paciente 3 descreveu quantidades e qualidades compatíveis com a orientação nutricional apenas quanto a refeições menos complexas.

Com relação à alimentação do dia anterior, as Pacientes 1 e 2 relataram comportamento alimentar compatível com as orientações nutricionais na maioria das refeições realizadas. O menor número de refeições executadas com adesão foi relatado pela Paciente 3. Quanto à refeição envolvida no treino das cuidadoras, as Pacientes 1 e 2 relataram ter realizado o almoço do dia anterior de modo compatível com a orientação nutricional, em quantidade e

qualidade. Sugere-se que a própria participação das pacientes no estudo possa ter contribuído para o estabelecimento de repertório de auto-observação e o aumento na adesão às orientações nutricionais, visto que foram solicitadas a descrever comportamentos alimentares, além de terem participado de sessões de observação direta de sua rotina de alimentação.

Quanto a informações adicionais sobre o conhecimento da patologia, não foram identificadas mudanças relevantes nos relatos das Pacientes 1, 2 e 3, obtidos durante as Entrevistas Inicial e Final. Este dado destaca a problemática da dificuldade de acesso a informações sobre a doença e as atividades envolvidas no tratamento por familiares de portadores de diabetes, na medida em que os próprios pacientes não dispõem do conhecimento necessário ao gerenciamento desta condição crônica.

No que se refere às orientações para tratamento do diabetes (controle glicêmico), verificou-se que as Pacientes 1 e 2 passaram a relatar as três principais atividades de autogerenciamento do diabetes – realização de dieta, engajamento em atividade física regular e uso de hipoglicemiantes orais – durante a Entrevista Final. Com base nestes resultados, foram identificados relatos diferenciais entre as participantes da condição de treino e de não-treino apenas quanto à necessidade de realização de atividade física, o que pode ter sido influenciado pela orientação em diabetes fornecida às Cuidadoras 1 e 2 na primeira sessão de treino.

Os dados clínicos obtidos através de consulta aos prontuários ao final do estudo demonstram que houve alterações no peso corporal de todas as pacientes (Tabela 26). Embora as Pacientes 1 e 2 tenham apresentado ganho de peso e a Paciente 3 tenha apresentado redução deste, isto não implicou em alterações no estado nutricional destas pacientes. Provavelmente, as modificações nos hábitos alimentares relatadas pelas Pacientes 1 e 2, não se mostraram suficientes para propiciar a redução de peso corporal, embora tenham contribuído para redução em outros indicadores clínicos.

As pacientes cujas cuidadoras participaram do treino (Pacientes 1 e 2) apresentaram redução nos índices de glicemia de jejum ao final do estudo, indicando estado de normoglicemia. A Paciente 3 continuou registrando estado de hiperglicemia, mesmo tendo apresentado redução na glicemia de jejum. Convém destacar que durante o estudo não foi possível utilizar a hemoglobina glicosada (HbA1) como indicador clínico para avaliação da adesão à dieta, conforme realizado em pesquisas anteriores (Ferreira, 2001; Fisher & cols., 2002; Toljamo & Hentinen, 2001; Wysocki e cols., 2001), visto que todos os exames solicitados pela médica do programa não foram executados em decorrência da falta de material necessário para a análise laboratorial.

A análise comparativa dos dados obtidos por meio das sessões de observação direta em LB1 e em pós-treino destacaram a existência de relações funcionais entre os comportamentos emitidos pelas cuidadoras e pelas pacientes. Princípios teórico-metodológicos propostos pela Análise do Comportamento, como a análise funcional, mostraram-se úteis para a identificação de variáveis ambientais envolvidas no controle do comportamento das cuidadoras e das pacientes, em concordância com as proposições de Guimarães (1999) sobre a relevância da identificação de variáveis envolvidas no processo saúde-doença.

Os resultados sugerem que os comportamentos de adesão às orientações nutricionais apresentados por todas as pacientes foram influenciados pelos comportamentos de apoio apresentados por suas cuidadoras, durante as sessões de observação em LB1 e em pós-treino. Por outro lado, os comportamentos de risco apresentados pelas Cuidadoras 1, 2 e 3 mostraram diferentes conseqüências sobre os comportamentos das respectivas pacientes.

Durante as sessões de observação em LB1 e pós-treino, a Paciente 1 apresentou comportamentos compatíveis com os comportamentos apresentados pela Cuidadora 1, visto que diante de comportamentos de risco apresentou comportamentos de não-adesão à dieta.

Durante a LB1, a única categoria comportamental de risco apresentada pela Cuidadora 3 pareceu não influenciar o comportamento da Paciente 3, visto que não foi identificado comportamento de não-adesão. Por outro lado, particularmente durante as sessões de observação em pós-visita, quando o repertório de comportamentos de risco da Cuidadora 3 demonstrou ampliação, esta paciente apresentou comportamentos de não-adesão à dieta em consequência aos comportamentos de risco da cuidadora.

Particularmente durante a LB1, identificou-se que os comportamentos de risco da Cuidadora 2 foram seguidos tanto por comportamentos de adesão quanto por comportamentos de não-adesão às orientações nutricionais pela Paciente 2. Sugere-se que, provavelmente, o comportamento de adesão da Paciente 2 diante destes comportamentos tenha sido influenciado por variáveis de sua história de vida, como preferências alimentares.

De acordo com a literatura da área (Ferreira, 2001; Glasgow & Eakin, 1998; OMS, 2003), estes resultados destacam a multiplicidade de variáveis controladoras do comportamento de adesão por pacientes diabéticos, tais como fatores individuais relacionados à história de aprendizagem (repertório de entrada ao início do tratamento, preferências alimentares) e fatores ambientais (disponibilidade de apoio social, acesso a alimentos recomendados, fornecimento de orientações de tratamento simples e individualizadas).

Nesta pesquisa, as relações entre o apoio social e adesão ao tratamento do diabetes foram investigadas com base num procedimento de intervenção cujos resultados mostraram-se compatíveis com outros descritos por pesquisadores que realizaram estudos correlacionais sobre este tema (Toljamo & Hentinen, 2002; Fisher e cols., 2002; Wysocki, 2001).

A elaboração de material informativo e o desenvolvimento de protocolos de automonitoração para acompanhamento de comportamentos de apoio mostrou-se compatível com um dos objetivos deste estudo, segundo o qual pretendia-se desenvolver tecnologias voltadas ao treino de cuidadores de pacientes diabéticos.

A ampliação do repertório comportamental das Cuidadoras 1 e 2 constituiu-se em um indicador dos efeitos positivos desta intervenção, embora a investigação da manutenção destes comportamentos tenha se apresentado como uma das limitações do delineamento metodológico utilizado.

Os resultados obtidos por meio deste treino individualizado de cuidadoras destacam a relevância da participação de familiares ou outros indivíduos da rede de apoio natural do paciente em programas de atenção a portadores de diabetes (Glasgow & Eakin, 1998; Kerns, 1996; OMS, 2003). O alto custo imposto por intervenções domiciliares dirigidas a um número restrito de familiares poderia ser minimizado por atividades em grupo integradas à própria rotina de atendimento ambulatorial aos pacientes.

Desse modo, as tecnologias desenvolvidas neste estudo poderiam ser adaptadas e utilizadas em futuras intervenções dirigidas a um número maior de cuidadores de portadores de diabetes ou outras condições crônicas.

REFERÊNCIAS

- ADA - American Diabetes Association (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care, 25 (7), 213-228.
- Albuquerque, L.C. (2001). Definições de regras. Em: H.J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade (7), (pp. 132-140). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Albuquerque, L. C. & Ferreira, K. V. D. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. Psicologia: Reflexão e Crítica, 14 (1), 143-155.
- Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. Em: R. R. Kerbauy (Org). Comportamento e saúde: explorando alternativas (pp.3-9). Santo André, SP: ArtBytes.
- Arruda, P. M. & Zannon, C. M. L. (2002). Tecnologia Comportamental em Saúde - Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Baum, W. M. (1999). Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Casseb, M. S. & Ferreira, E.A.P.(2002). Efeitos do uso de registros de automonitoração no seguimento de regras nutricionais por uma portadora de diabetes Tipo 2 e obesidade Classe I. Diabetes Clínica, 6, 452-459.
- Castanheira, S. S. (2001). Regras e aprendizagem por contingência: sempre e em todo lugar. Em: H. J. Guilhardi (Org.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade (7), (pp.126-131). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Catania, A. C. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Cerqueira, A. T. A. R. & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia Usp, 13 (1), 113-150. Disponível:http://www.scielo.Br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&Ing=en&nrm=iso. Recuperado em 05 de maio de 2003.
- Cerutti, D. T. (1994). Compliance with instructions: Effects of randomness in scheduling and monitoring. The Psychological Record, 41, 51-67.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S. & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. Cadernos de Saúde Pública, 17 (4), 887-896.
- Cox, D. J. & Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 628-638.
- DCCT Research Group (1989). Diabetes control and complications trial (DCCT): Results of feasibility study. Diabetes Care, 10, 1-19.
- Derogatis, L. R., Fleming, M. P., Sudler, N. C. & Pietra, L. D. (1996). Psychological assessment. Em P. M. Nicassio e T. W. Smith (Orgs.), Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective (pp. 59-115). Washington: American Psychological Association.
- IDF – International Diabetes Federation (2000). Diabetes Atlas 2000: executive summary. Disponível: http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat_set.html?Estat0.html~Mail. Recuperado em 12 de agosto de 2003.
- 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. & Casseb, M. S. (2002). Efeitos do uso de registros de automonitoração no seguimento de regras nutricionais por uma paciente diabética obesa. Diabetes Clínica, 6, 452-459. Rio de Janeiro-RJ: Atlântica.

- Fisher, L., Chesla, C. A., Skaff, M. M., Gilliss, C., Mullan, J.T., Bartz, R. J., Kanter, R. A. & Lutz, C.P. (2002). The family and disease management in hispanic and european - american patients with Type 2 diabetes. Diabetes Care, 23 (3), 267-272.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. Health Education & Behavior, 30 (2), 170-195.
- Garrido, R. & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. Arquivos de Neuropsiquiatria, 57 (2-b), 427-434.
- Glasgow, R. E. & Eakin, E. G. (1998). Issues in diabetes self-management. Em: S. A. Shumaker, E. B. Sebron, J. K. Ockene & W. L. McBee (Orgs). The handbook of health behavior change. 2 ed. New York: Springer Publishing Company.
- Gleeson-Kreig, J. A., Bernal, J. & Wooley, S (2002). The role of social support in the self-management of diabetes mellitus among a hispanic population. Public Health Nursing, 19 (3), pp. 215-222.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a construcional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. Behaviorism, 2, pp.1-84.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. Em: R. R. Kerbauy (Org). Comportamento e saúde: explorando alternativas. Santo André, SP: ArtBytes.
- Hanson, C., De Guire, M., Schinkel, A. & Kolterman, O. G. (1995). Empirical validation for a family centered model of care. Diabetes Care, 18 (10), 1347-1356.
- Kerns, R. D. (1996). Family assessment and intervention. Em: P. M. Nicassio e T. W. Smith (Orgs.), Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective (pp. 207-244). Washington: American Psychological Association.

- La Greca, A. M. & Bearman, K. J. (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire - Family Version: Evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. Journal of Pediatric Psychology, 27 (8), 665-676.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing, 25, 95-100.
- McCann, B. S. & Bovbjerg, V. E. (1998). Promoting dietary change. Em S. A. Schumaker, E.B.Schron, J.K.Ockene e W.L.McBee (Orgs.), The handbook of health behavior change (pp. 166-188). New York: Springer Publishing Company.
- Malcher, M. S. (2002). Psicologia clínica aplicada à saúde: relato do atendimento a um portador de diabetes Tipo 2 no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza. E. A. P. Ferreira (Orientadora). Trabalho de Conclusão de Curso. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Malerbi, F. E. K. (2000). Adesão ao tratamento. Em: Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva. Conceitos, pesquisa e aplicação (5), (pp. 148-155). Santo André, SP: ARBytes.
- Malerbi, F. E. K. (2001). Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. Em: H. J. Guilhardi (Org.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade (7), (pp. 126-131). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 35, pp.807-817.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. Estudos de Psicologia, 16 (3), 8-17.
- Ministério da Saúde (2003). Programa saúde do idoso. Disponível: http://www.saudeemmovimento.com.br//profissionais/pesquisa/terceira_idade/estatistica.asp. Recuperado em 13 de agosto de 2003.

- WHO - World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland.
- Oliveira, J. B. A. (2003). Exames laboratoriais para clínico. Mogi das Cruzes, SP: MEDSI.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF.
- Reiss, D., Steinglass, P. & Howe, G. (1993). The family's organization around the illness. In: R. E. Cole & D. Reiss. How do families cope with chronic illness? (pp.173-213). Hildale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J. & Wynne (2002). The role of social support on exercise behavior in older adults. Clinical Nursing Research, 11 (1), 52-70.
- S B D - Sociedade Brasileira de Diabetes (2000). Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Disponível: <http://www.diabetes.org.br/Diabetes/cons1.html>. Recuperado em 12 de agosto de 2003.
- S B D - Sociedade Brasileira de Diabetes (2003). Estatísticas do Diabetes no Brasil. Disponível: http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat_set.html. Recuperado em 12 de agosto de 2003.
- Skinner, B. F. (1980). Contingências de reforço: Uma análise teórica. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. Publicado originalmente em 1969.
- Skinner, B. F. (1998). Ciência e comportamento humano. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes. Publicado originalmente em 1953.
- Souza, D. G. (1999). O que é contingência? Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista (1), (pp.82-87). Santo André, SP: ARBytes.

Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. Journal of Clinical Nursing, 10, 618-627.

UKPDS (1998). Landmark study shows risk of complications of diabetes can be reduced dramatically. Obtido em 21 de março de 1999. Disponível: <http://www.drl.ox.ac.uk/ukpds/index/html>

Wysocki, T., Greco, P., Harris, M. A., Bubb, J. & White, N. H. (2001). Behavior therapy for families of adolescents with diabetes. Diabetes Care, 24 (3), 441-446.

Zagury, L, Zagury, T. & Guidacci, G (1998). Diabetes sem medo: orientação para diabéticos e seus familiares. 9 ed. Rio de Janeiro, RJ: Rocco.

ANEXOS

Anexo 1. Roteiro de Avaliação do Apoio Social

Roteiro de Avaliação do Apoio Social às Orientações Nutricionais¹

Na sua família, alguém...	Sim	Não
1. Encoraja você a comer alimentos adequados		
2. Compreende o quanto é importante para você comer adequadamente		
3. Pergunta se certos alimentos são adequados para você comer, antes de servi-los		
4. Vai ao mercado comprar alimentos para suas refeições		
5. Planeja refeições nos horários em que você precisa se alimentar		
6. Lembra-o de seguir sua dieta (protocolo nutricional)		
7. Sugere alimentos que você pode comer ao planejar suas refeições		
8. Acompanha-o comendo os mesmos alimentos que você come		
9. Indica quando você come alguma coisa que não deve		
10. Evita “tentar” você com comidas ou bebidas que não pode ingerir		
11. Observa-o enquanto se alimenta para ter certeza de que está comendo alimentos adequados		
12. Cozinha para você pratos que são recomendados em sua dieta		
13. Escolhe restaurantes (lanchonetes) que servem refeições que você pode comer		
14. Se alimenta na mesma hora que você		
15. Elogia-o quando segue sua dieta		
16. Diz quando você esta comendo em excesso ou muito pouco		
17. Demonstra que está feliz quando você se alimenta adequadamente		
18. Acompanha/ supervisiona sua dieta		
19. Compra alimentos “especiais” que você pode comer		
20. Diz a você para não comer alguma coisa que não deveria		

¹Extraído de La Greca, & Bearman (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire - Family Version: Evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (8), 665-676. Traduzido livremente por Michele da Silva Malcher.

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO: Apoio social e gerenciamento do diabetes: efeitos do treino de cuidadores

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma pesquisa que busca estudar o apoio oferecido pela família aos pacientes diabéticos. Trabalhando diretamente com um membro da família, gostaríamos de saber se isto pode ou não ajudar o paciente a cumprir adequadamente as orientações da equipe de nutrição.

Os resultados deste estudo poderão ajudar não apenas o senhor(a) e sua família, mas também um grande número de familiares que tem dificuldades para auxiliar o tratamento de um parente com diabetes. A sua participação nesta pesquisa não trará nenhum risco a sua saúde e nem comprometerá de qualquer forma o seu atendimento no Programa de Atenção ao Paciente Diabético, no Hospital Universitário.

Durante o estudo, serão realizadas várias entrevistas que serão gravadas em fitas cassete. A primeira será realizada no Hospital Universitário, sendo que as demais ocorrerão em sua própria residência. Neste estudo também serão realizadas algumas filmagens da rotina da família durante uma das refeições.

No caso de ser um familiar, o senhor(a) será solicitado a fazer algumas anotações durante o período entre as visitas domiciliares. O modo adequado de realizar as anotações será explicado a cada passo do estudo.

As informações obtidas ao final desta pesquisa serão publicadas e apresentadas em eventos científicos, mas a sua privacidade e a de sua família serão resguardadas, não permitindo que sejam identificados. Os resultados também lhe serão apresentados ao final deste estudo.

Se desejar, o(a) senhor(a) poderá interromper sua participação a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa ou seu atendimento no hospital. Caso tenha qualquer dúvida, estarei disponível para fornecer-lhe os devidos esclarecimentos.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Michele da Silva Malcher

End: Conjunto Satélite, WE Sete, nº 914 - Coqueiro

Fone: 278-9376/ 9605-9576

Registro no Conselho: CRP 10/01617

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 material para exame.

Belém, ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO FAMILIAR

Anexo 3. Roteiro de Entrevista Inicial com o Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Nº do Registro: _____
 Sexo: _____ Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Naturalidade: _____ Entrada no HUBFS: ____/____/____
 Endereço: _____ CEP.: _____
 Bairro: _____ Telefone: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____
 Renda familiar: _____

SOBRE O DIABETES

• Histórico:

Tipo de DM: _____ Tempo de diagnóstico: _____
 Idade no diagnóstico: _____ Local do atendimento: _____
 Sintomas quando do diagnóstico: _____

Tratamento inicial e primeiras orientações: _____

Antecedentes familiares: _____

Hospitalizações por causa do Diabetes e outros: _____

Cadastramento no programa: ____/____/____

• Situação atual:

() Obesidade () Sobre Peso () Hipertensão () Fumo () Colesterol Elevado

Outras patologias: _____

• Conhecimento sobre a doença:

Como o paciente define o que é o DM:

TRATAMENTO ATUAL

Relato do paciente sobre as orientações recebidas até o momento a respeito do tratamento (o que fazer para controlar o diabetes?):

• Comparecimento às consultas:

Especialidade	Dia agendado	Dia do comparecimento

- Orientação nutricional e comportamento alimentar:

Refeições	Regras	Alimentos ingeridos (dia anterior)
Desjejum		
Lanche 1		
Almoço		
Lanche 2		
Jantar		
Ceia		

Refeição mais difícil de ser seguida: _____

- Histórico dos exames:

Data	Glicemia de jejum	Hemoglobina glicosada	Peso / IMC	Outros índices clínicos

FAMÍLIA

- Organização familiar:

Parentesco	Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Patologias

REDE DE APOIO SOCIAL

- Impactos do diagnóstico sobre a interação familiar

Reação da família após diagnóstico:

Mudanças no relacionamento familiar observadas a partir do diagnóstico:

- Comportamentos de apoio:

Comportamentos de apoio ou cuidado ao tratamento oferecidos pelos familiares:

Familiar selecionado pelo paciente para participar da intervenção: _____

Motivos que conduziram a essa escolha:

Comportamentos de apoio ou cuidado oferecidos por este familiar ao paciente:

Anexo 4. Protocolo de Análise de Prontuários de Pacientes

Paciente: _____ N° Registro: _____

Data de ingresso no programa: ___/___/___

Data do encaminhamento à pesquisa: ___/___/___

- Indicadores clínicos:

Data	Glicemia de jejum	Hemoglobina glicosada	Peso / IMC	Outros índices clínicos

- Comparecimento às consultas do programa:

Especialidade	Dia agendado	Dia do comparecimento

Anexo 5. Roteiro de Entrevista com o Familiar (Entrevista Inicial e LB 2)

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR

Nome: _____ Nº do Registro: _____
 Sexo: _____ Nascimento: ____/____/____
 Idade: _____
 Naturalidade: _____ Entrada no HUBFS: ____/____/____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP.: _____
 Telefone: _____
 Escolaridade: _____
 Ocupação: _____ Horário de atividades: _____

1ª PARTE (Entrevista Inicial)

SOBRE O DIABETES

- Conhecimento sobre a doença:

Como o familiar define o que é o diabetes:

O que conhece sobre o tratamento do diabetes:

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

- Conhecimento do familiar sobre as regras fornecidas ao paciente:

Refeições	Descrição das regras
Desjejum	
Lanche 1	
Almoço	
Lanche 2	
Jantar	
Ceia	

2ª PARTE (Linha de Base 2)

REDE DE APOIO SOCIAL

- Impactos do diagnóstico sobre o familiar (cuidador):

Reação ao saber do diagnóstico:

Ocorreram mudanças no relacionamento com o paciente a partir do diagnóstico? Quais foram essas mudanças?

- Relacionamento familiar atual:

Comportamentos de apoio ou cuidado em relação ao tratamento do paciente:

Comportamentos de apoio específicos à dieta:

Quanto ao fornecimento de apoio ao tratamento do diabetes, que dificuldades são relatadas?

OBSERVAÇÕES (horário disponível para visita): _____

de observação

_____ Familiar: _____

Horário de término: _____

Duração: _____

ente	Situação de refeição Comportamento do familiar	Observações

re o diabetes e seu tratamento.

NDO A

LAR O

TES



DIABETES: AFINAL O QUE É?

O Diabetes mellitus, popularmente conhecido apenas por diabetes, é uma doença crônica, caracterizada pela elevação da glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal.

No exame chamado glicemia de jejum, a taxa normal é de 70 a 126 mg/dl.



O diabetes ocorre quando o pâncreas não produz quantidade suficiente de insulina ou quando esta não consegue exercer adequadamente sua função, que é "transportar" o açúcar obtido dos alimentos para dentro das células, dando-lhes energia.

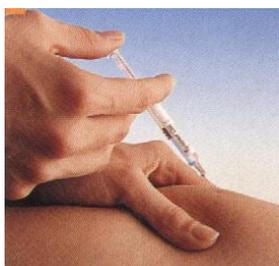
Devido a isso, o paciente diabético pode sentir:

- ✓ Muita sede
- ✓ Muita fome
- ✓ Muita vontade de urinar
- ✓ Sonolência
- ✓ Dores generalizadas
- ✓ Cansaço físico
- ✓ Visão turva
- ✓ Desânimo
- ✓ Câibras
- ✓ Cansaço nas pernas
- ✓ Formigamento e dormências

QUAIS TIPOS EXISTEM?

Tipos de diabetes: Tipo 1 e Tipo 2.

Insulinodependente
Tipo 1



Tipo 2: aquele onde o paciente necessita de comprimidos (hipoglicemiantes orais) para controlar a doença.

CAUSAS E DESENVOLVIMENTO DO TIPO 2

Fatores genéticos (herdados) fazem com que a pessoa quando nasce já tenha predisposição para ser diabética. Quando, aliado a isso, há fatores como obesidade, hábitos sedentários e alimentação rica em açúcares, a doença se desenvolve.

O diabetes é uma doença que, se não tratada e bem controlada, acaba produzindo, com o decorrer do tempo, complicações de saúde graves como infarto, derrame cerebral, cegueira, impotência, nefropatia (doença do rim) e até amputação de membros.

O bom controle do diabetes pode propiciar uma vida normal e evitar complicações da doença.



De imediato, o melhor controle da glicemia pode propiciar ao paciente melhor qualidade de vida.

GLICEMIA É FRUTO DA A DE VÁRIOS FATORES:

Cumprir a dieta prescrita

Tomar correta e
regularmente os remédios
receitados

Fazer exercícios físicos
adequados e bem dosados



v Fazer os testes de sangue
e/ou urina, regularmente.

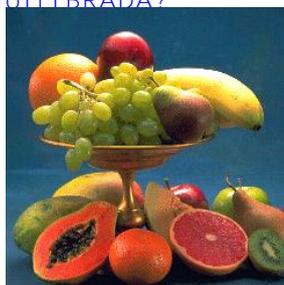


v Participar regularmente das
consultas (médico,
nutricionista e enfermagem).

D E DIABETES

ÇÃO EQUILIBRADA?

rada é
os os
ao
e e



amento do diabetes inclui a
o uso de medicamentos,

tanto, é fornecer todos os
anismo e manter a glicemia
prevenir as complicações do

controle da glicemia está
a, que é prescrita pelo
diabético, atendendo às

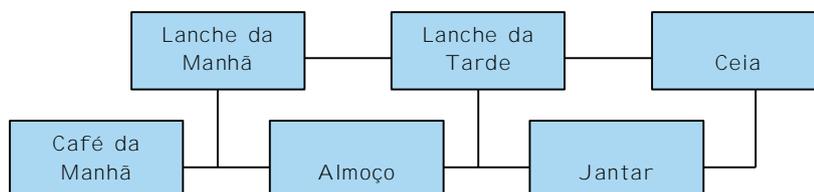
FEIÇÕES?

e, pois ajuda na escolha dos
es e na programação das
rários recomendados.

DICAS PARA CONTROLAR MELHOR O DIABETES:

1. Variar sempre os alimentos
2. Evitar os alimentos gordurosos
3. Comer alimentos ricos em fibras
4. Evitar o consumo de alimentos que contêm açúcar
5. Evitar bebidas alcoólicas
6. Fazer as refeições e os lanches em horários regulares.

Além disso, é importante fazer refeições de 3 em 3 horas.



No diabetes Tipo 2, a maioria dos pacientes é obeso. O excesso de gordura diminui a habilidade do corpo em usar sua própria insulina.

Portanto, a perda de peso é o fator mais importante no controle do Tipo 2, diminuindo a necessidade de medicamentos e, em alguns casos, até sua suspensão.

DIETA MAIS SAUDÁVEL:

...do bem os alimentos. Assim,
...or aproveitados e aumenta a

...ante as
...cultura a
...que se
...u após



...alimentos previstos na dieta
...recomendado.

...Comer frutas, verduras e
...legumes, de preferência
...crus, já que são ricos em
...fibras.

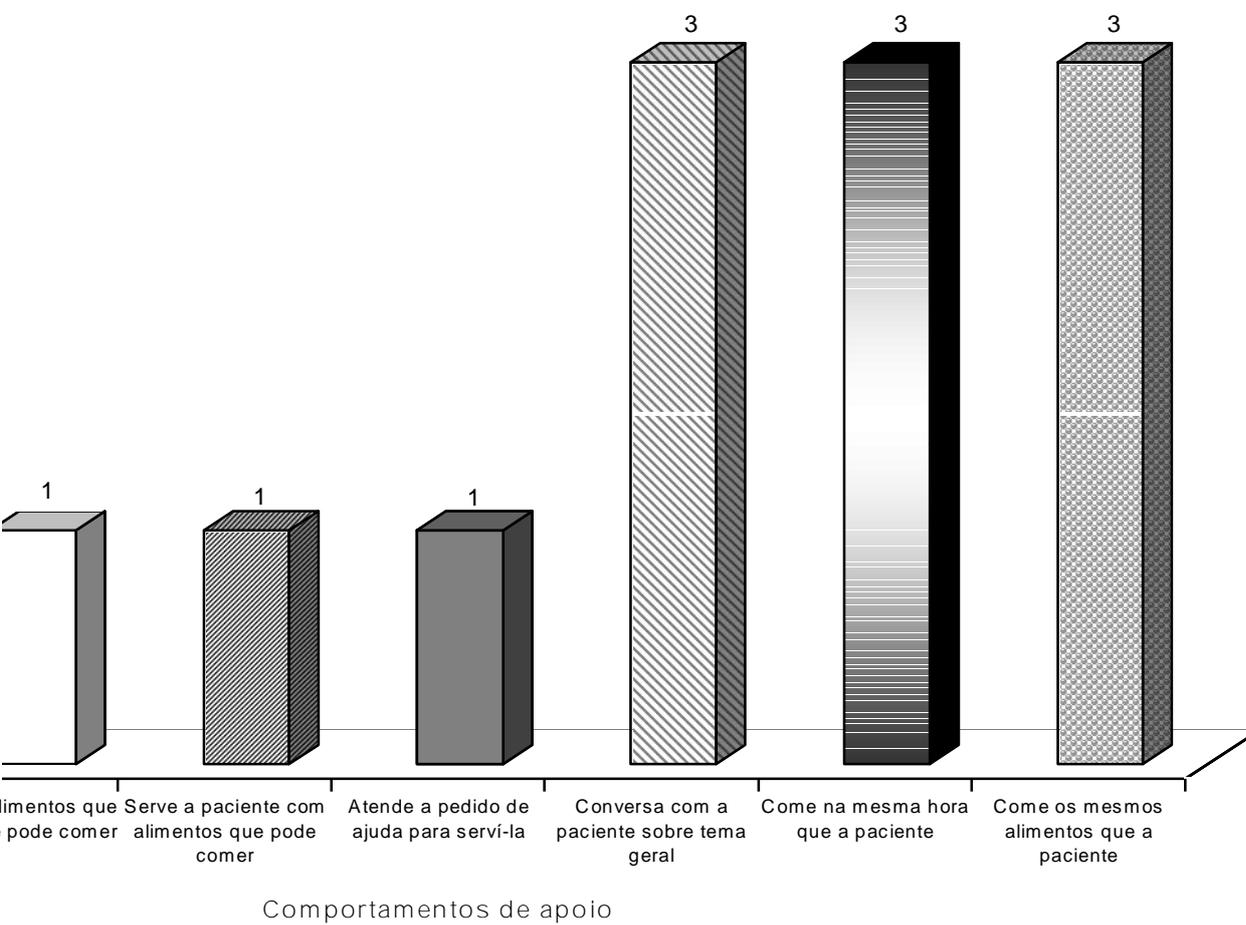
- v Usar sal em pequenas quantidades e evitar alimentos que contenham muito sal.
- v Evitar frituras (como salgadinhos) e alimentos gordurosos, principalmente de origem animal (carnes gordas e queijos), pois contêm muito colesterol.
- v Usar adoçante no lugar do açúcar.
- v São proibidos: mel, doces em geral e refrigerantes tradicionais. Se quiser tomar refrigerantes, procure os "diet".



forma de Gráficos e Tabelas apresentados aos participantes (C1 e C2) durante o treino.

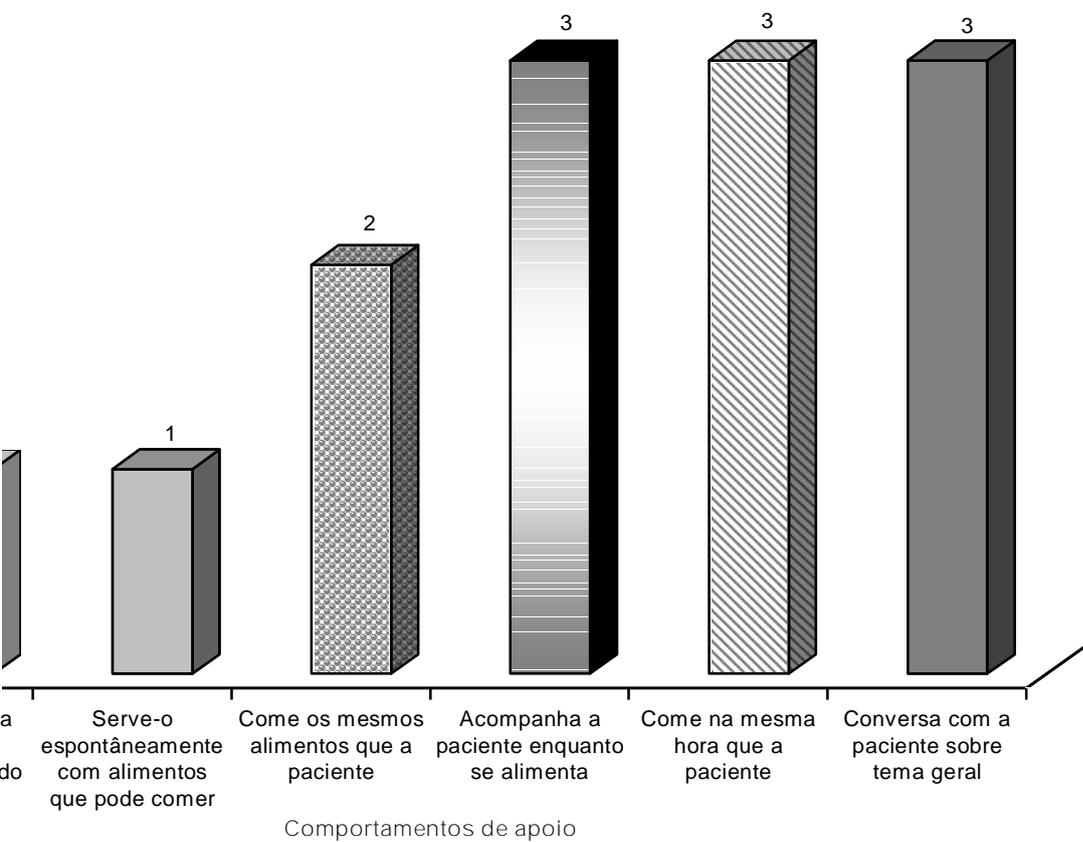
CUIDADORA 1

Comportamentos de apoio observados durante o almoço



CUIDADORA 2

Comportamentos de apoio observados durante o almoço



Anexo 9. Registro de automonitoração

Nome: _____

Data: ____/____/____

Marque com um "X" aqueles comportamentos que você apresentou durante o almoço.

<i>Comportamentos</i>	<i>Data do registro</i> ____/____/____
*	
*	
*	
*	
*	
*	
*	

* Nota: os diferentes comportamentos de apoio foram preenchidos a partir dos dados coletados com a observação direta.

Anexo 10. Registro de automonitoração com planejamento de comportamentos de apoio

Nome: _____

Data: ____/____/____

Marque com um "X" aqueles comportamentos que você apresentou durante o almoço.

<i>Comportamentos planejados</i>	<i>Data do registro</i> ____/____/____
*	
*	
*	
*	
*	
*	
*	

* Nota: os diferentes comportamentos de apoio foram preenchidos a partir dos dados coletados com a observação direta e de comportamentos de apoio estabelecidos como metas pelos cuidadores.

Anexo 11. Roteiro de Entrevista Final com o Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Nº do Registro: _____
 Sexo: _____ Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Naturalidade: _____ Entrada no HUBFS: ____/____/____
 Endereço: _____ CEP.: _____
 Bairro: _____ Telefone: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____
 Renda familiar: _____

DIETA

- Orientação nutricional e comportamento alimentar:

Refeições	Regras	Alimentos ingeridos (dia anterior)
Desjejum		
Lanche 1		
Almoço		
Lanche 2		
Jantar		
Ceia		

Refeição mais difícil de ser seguida: _____

REDE DE APOIO SOCIAL

- Relacionamento familiar atual

Comportamentos de apoio ou cuidado oferecidos pelo familiar ao tratamento:

Houve mudanças no apoio oferecido pelo familiar que participou do estudo? Quais foram essas mudanças? (Investigar se ocorreu a ampliação deste repertório).

Particularmente quanto ao apoio à dieta, houve modificações? Quais?

O paciente é capaz de identificar benefícios ao seu tratamento, provenientes desta intervenção? Quais?

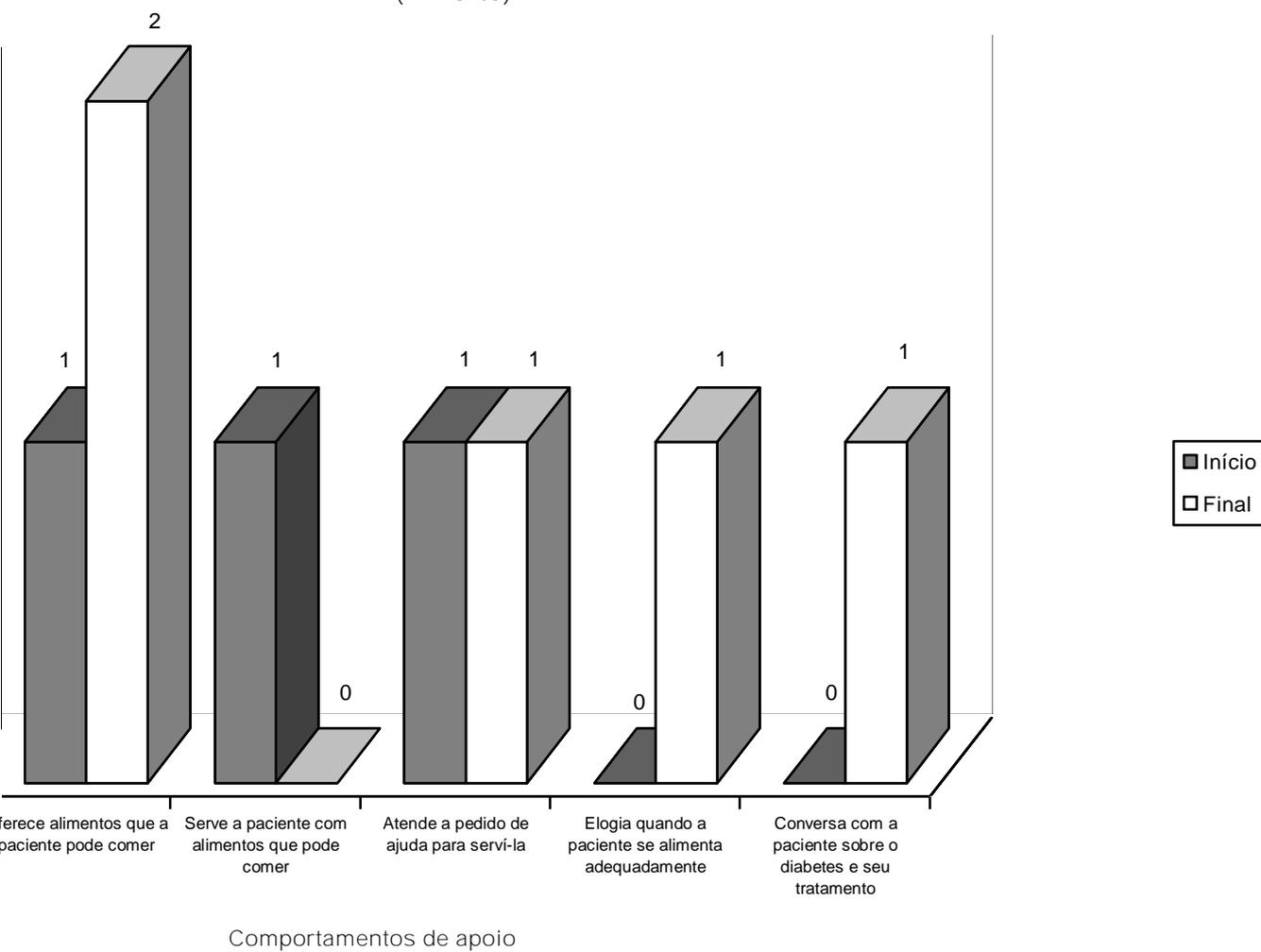
Anexo 12. Protocolo nutricional

Refeições	<i>Sugestão</i>
Desjejum	Leite desnatado: 1 xícara Pão: 50 gr Fruta: ½ porção Café Adoçante
Lanche	Fruta: 1 unidade Refresco de fruta: 1 copo Adoçante
Almoço	Frango, peixe, carne magra: 1 porção Arroz (batata, macarrão ou tubérculo): 4 colheres Feijão: ½ concha pequena Salada crua
Lanche	Fruta: 1 porção (de acordo com a lista de substituições)
Jantar	O mesmo do almoço, em menor quantidade Sopa de legumes e verduras: 1 prato
Ceia	Leite desnatado: 1 xícara

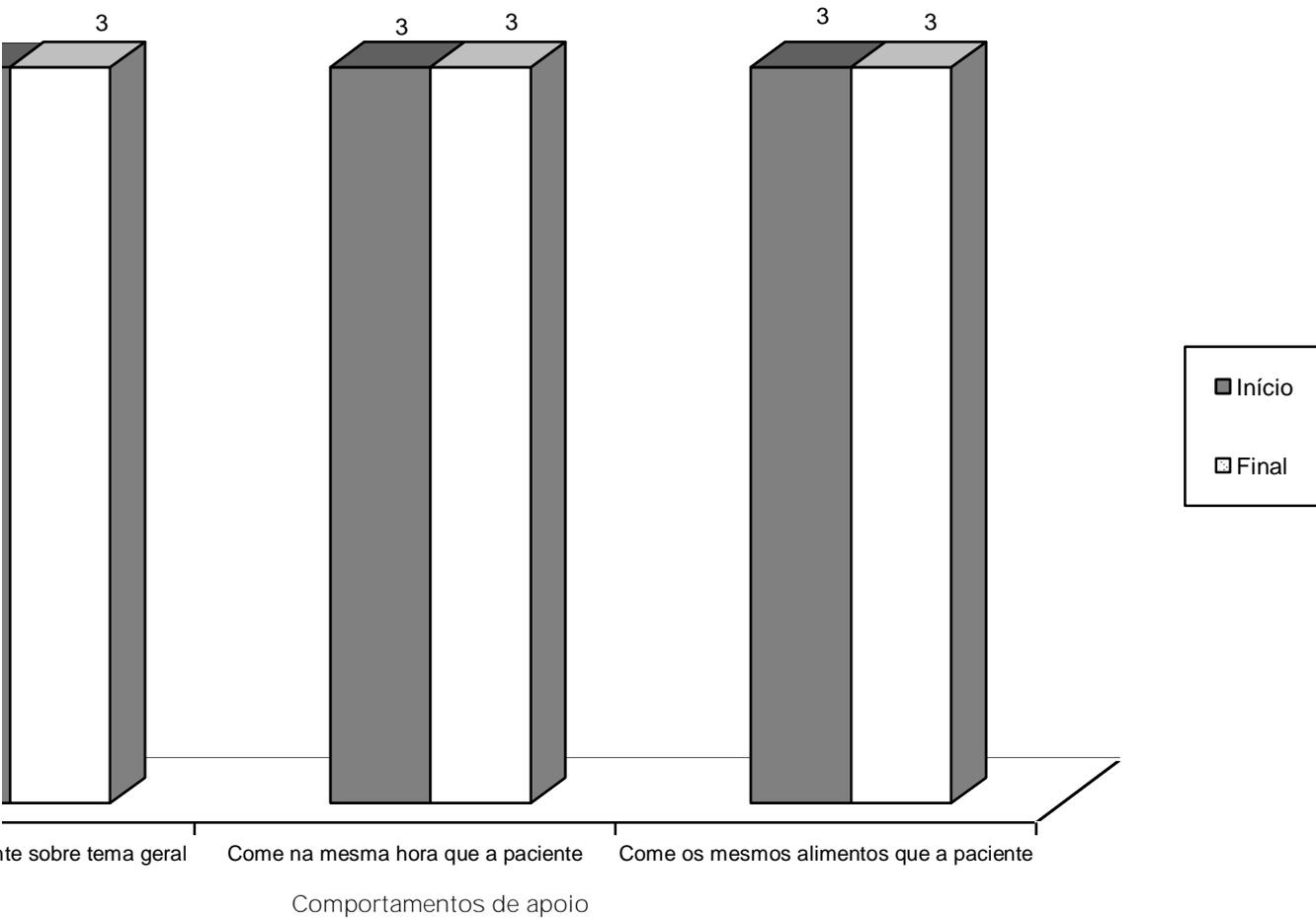
Proibições	Recomendações
Sal de cozinha em excesso Comidas típicas Alimentos enlatados ou embutidos Temperos industrializados Carnes ou peixes salgados Vísceras Açúcar refinado Massas em excesso Gorduras em geral (frituras)	Comer em horário regular Mastigar bem os alimentos Tomar água constantemente Comer verduras diariamente Controlar o peso Controlar a glicemia Retornar ao consultório para reajuste da dieta

presentada à díade C1-P1 durante a avaliação final

Comportamentos de apoio observados durante o almoço ao início e ao final do estudo
(1ª Parte)



Comportamentos de apoio apresentados durante o almoço ao início e ao final do estudo
(2ª Parte)



RELATOS

Comportamento da familiar (cuidadora)

" Quando eu for ao supermercado, dá para deixar ela escolher"

" Foi uma orelinha assim, pequena [doce de padaria]. Ela pegou e eu perguntei: mãe, a senhora vai comer isso? Ela disse: não, não quero não!"

"Ela disse que não ia comer salada. Eu peguei o pepino e aí ela disse: então faz [a salada]. Ela comeu quase tudo"

" Tinha refrigerante e eu queria tomar, mas eu não trouxe para a mesa"

Comportamento da paciente

" Na hora do café ela toma uma xícara, come um pãozinho e aí mais tarde come uma fruta"

" Quando ela faz carne com verduras, ela tira um pedaço só de carne e o resto é só verdura"

" Ela também parou de tomar café com açúcar. Porque de manhã ela ia lá e olha..."

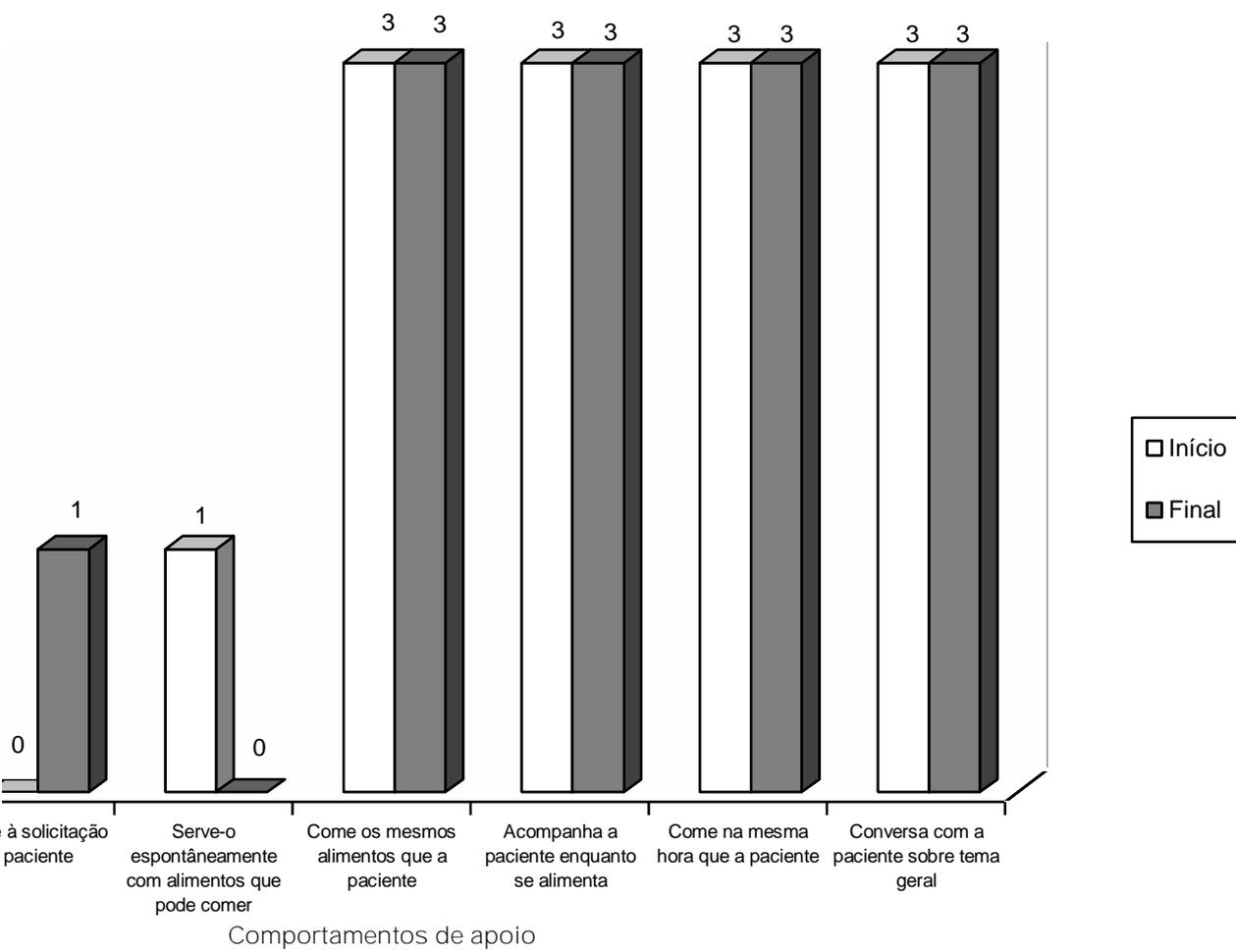
" Acho que ela se sente mais fortalecida. Ela parou de falar aquelas coisas que ela falava, que ninguém se importava com ela. Aí ela parou mais!"

DADOS CLÍNICOS DA PACIENTE 1 AO INÍCIO E AO FINAL DO ESTUDO

	Início do estudo	Final do estudo
Glicemia de jejum	145 mg/dl	103 mg/dl
Colesterol total	174 mg/dl	167 mg/dl
Triglicerídeos	152 mg/dl	123 mg/dl
Peso	64.600g	65.300g

presentada à idade C2-P2 durante a avaliação final

Comportamentos de apoio observados durante o almoço ao início e ao final do estudo



RELATOS

Comportamento da familiar (cuidadora)

" Teve refrigerante. Foi guaraná diet, que eu comprei"

" Eu fiz até a saladinha dela, com alface, pepino e rodela de tomate"

" Eu cozinhei pra gente. Eu tenho cozinhado"

" Eu já comprei mais [frutas]. Tem acerola aí pra fazer suco de novo"

" Comprei um bocadinho de frutas pra ela ontem. Comprei maçã, comprei goiaba. Ela comeu goiaba no lanche"

" Botei cinco colheres de arroz, um pedacinho de carne e não botei farinha [ao servir o prato da paciente]. Botei bastante salada. Ela comeu primeiro a salada e depois que ela foi comer a comida.

Por isso ela comeu pouco"

Comportamento da paciente

" Foi suco de acerola só com adoçante, mas ela tomou. Ela não fez questão de colocar leite condensado"

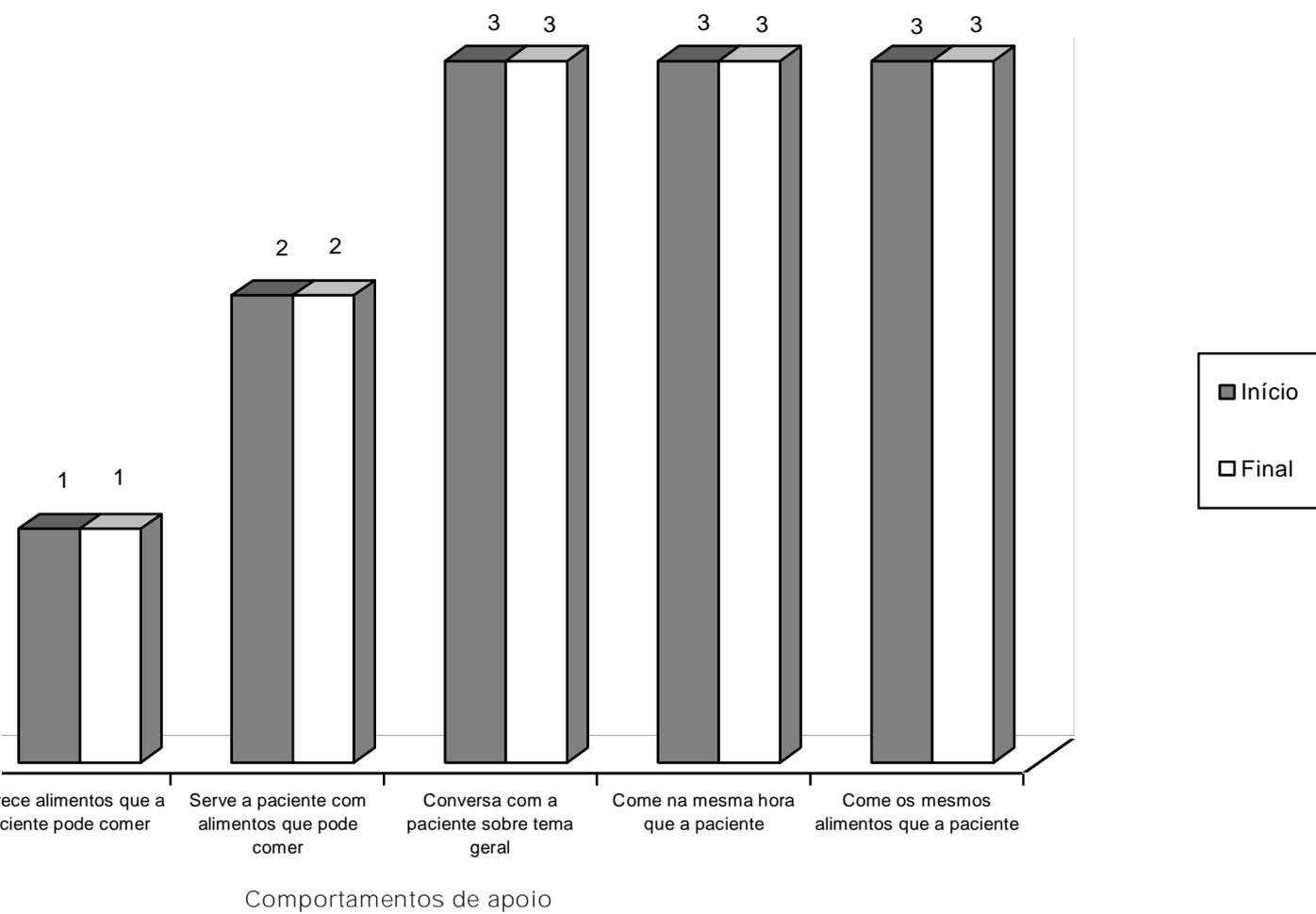
" Ela comeu toda a salada. Ela nem repetiu" [relacionado à alimentação acima das quantidades recomendadas]

DADOS CLÍNICOS DA PACIENTE 2 AO INÍCIO E AO FINAL DO ESTUDO

	Início do estudo	Final do estudo
Glicemia de jejum	173 mg/dl	96 mg/dl
Colesterol total	188 mg/dl	188 mg/dl
Triglicerídeos	293 mg/dl	189 mg/dl
Peso	53.500g	55.400g

presentada à díade C3-P3 durante a avaliação final

Comportamentos de apoio observados durante o almoço ao início e ao final do estudo



DADOS CLÍNICOS DA PACIENTE 3 AO INÍCIO E AO FINAL DO ESTUDO

	Início	Final
Glicemia de jejum	188 mg/dl	130 mg/dl
Colesterol total	200 mg/dl	179 mg/d
Triglicerídeos	345 mg/dl	128 mg/dl
Peso	60.000g	57.150g