



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

**TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Lúcia Cristina Cavalcante da Silva

Belém, Pará
2015



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

**TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**

Lúcia Cristina Cavalcante da Silva

Matrícula nº. 2010009D0010

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento, elaborado sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

LINHA DE PESQUISA: Análise do Comportamento: Desenvolvimento de Tecnologia Comportamental.

Belém, Pará

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFPA

Silva, Lúcia Cristina Cavalcante da

Treino de habilidades sociais e comportamento alimentar após cirurgia bariátrica/
Lúcia Cristina Cavalcante da Silva. — Belém, 2015.

Orientadora: Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento. Belém, 2015.

1. Treino de habilidades sociais. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Comportamento
alimentar. I. Ferreira, Eleonora Arnaud Pereira orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 617.43



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
 Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa
 do Comportamento - PPGTPC
 E-mail: laercio@ufpa.br/comporta@ufpa.br
 Fones: 3201-8476 / 3201-8542
 Rua Augusto Corrêa, nº 01
 Guamá, Cep: 66.075-110
 Belém - Pará

Tese de Doutorado.

“Treino de Habilidades Sociais e Comportamento Alimentar Após Cirurgia Bariátrica”

Aluna: Lúcia Cristina Cavalcante da Silva.

Data da Defesa: 09 de Julho de 2015.

Resultado: Aprovada.

Banca examinadora:

Eleonora Arnaud Pereira Ferreira
 Prof.^a Dr.^a Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (Orientadora – UFPA)

Mariene da Silva Casseb
 Prof.^a Dr.^a Mariene da Silva Casseb (Membro – IESPES)

Enise Cássia Abdo Najjar
 Prof.^a Dr.^a Enise Cássia Abdo Najjar (Membro – UEPA)

Gabriela Souza do Nascimento
 Prof.^a Dr.^a Gabriela Souza do Nascimento (Membro – UNAMA)

Marília de S. Araújo
 Prof.^a Dr.^a Marília de Souza Araújo (Membro – UFPA)

Aos amores da minha vida: Maria Jacy, Ana Luiza e Marina

Ao meu modelo de profissional: Eleonora Ferreira

À responsável por eu ter me apaixonado por essa área: Rachel Rodrigues Kerbaury (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Peço licença para ignorar padrões normativos neste trecho do trabalho, devido a legítima incompetência de conter em esquadros o profundo sentido do agradecimento às pessoas que acreditaram, confiaram, compreenderam, ajudaram e tornaram possível essa trajetória.

Se um dia você ouvir que os elementos pré-textuais de uma tese são sua parte mais simples, desconsidere a fala do interlocutor, ele provavelmente não examinou em profundidade sua experiência, no processo de transformação de intenções iniciais em relato de pesquisa, no momento de escrever trechos como a Dedicatória e os Agradecimentos. Muitos fazem isso, mas nós da Psicologia já desistimos desse expediente faz tempo!

Mãe, quem diria que das aulas de violão da tia Madalena, iria nascer um amor tão lindo por um tal Arlindo, uma tal Lúcia Cristina e uma tal Luciana? Se estou aqui é porque nós sempre desafiamos as previsões sobre os desdobramentos óbvios da vida, nós nos perdemos e nos achamos muitas vezes, mas nunca deixamos de acreditar que é possível. Sigamos assim.

Ana Luiza e Marina, quem diria que caberia em mim tanto de vocês e em vocês tanto de mim? Isaac Newton, minha família é especialista em desafiar às leis da Física, sobretudo aquela que diz que dois corpos não podem ocupar o mesmo lugar no espaço.

Elizabete e Pedro, quem diria que minha filha ao ganhar uma boadrastra me daria de presente a irmã amada e o sobrinho querido que eu tenho hoje? Queridos legisladores que discutem o conceito de família, lamento informar que suas tentativas de enquadramento esbaram na diversidade de possibilidades de amar.

Eleonora, quem diria que a minha professora dos primeiros anos da UFPA, que me colocou na primeira experiência de estágio na Santa Casa (pingando de suor no porão às 13h), me aceitaria como orientanda (apesar da enorme fila causada por você ser competente não apenas técnica e teoricamente, mas por você ser quem você é!)? Se me dissessem que seria assim em 1990, talvez eu dissesse que não iria trabalhar na área da saúde, mas é preciso sempre rever regras/autorregras para ter a honra de encontrar pessoas tão especiais como você. Salve meu modelo de mãe e profissional!

Bianca Leão de Oliveira (nome completo para futuras referências bibliográficas), quem diria que a pequenina do sorriso doce das aulas de História da Psicologia se tornaria uma competente e continente parceira profissional em estudos sobre obesidade? Tesouro são assim, surgem nos mais inusitados lugares. Mas eu já vi isso acontecer antes, não é Thiago Pavão, Bernardo Rodrigues, Gabriela Nascimento, Bruna Menezes e Dayse Saavedra? Vocês são grandes operações estabelecedoras para a minha carreira e brindam minha vida com as suas existências, presenças e até mesmo com a saudade por suas ausências.

Queridas participante de pesquisa, agradeço imensamente a confiança no meu trabalho, a ponto de dividirem comigo uma parcela significativa desse novo momento de vida de vocês, numa trajetória que começou para algumas (P1 e P2) ainda na antessala da cirurgia, com os medos e as despedidas ante a possibilidade da morte, e atravessou um período de grandes transformações, culminando com esse primeiro ano do resto de suas vidas. Os rostos que nem eu e nem vocês vamos ver terão a possibilidade de aprender com os relatos e as análises aqui delineadas, aumentando a possibilidade de traçar caminhos mais reforçadores em busca de uma vida melhor.

Meu carinhoso obrigado às professoras do Exame de qualificação de projeto de tese, as professoras Carla Paracampo, Hilma Curi, Marília Araújo e Fabiana Coelho Pereira, que confirmaram minha escolha pelo tema e me acrescentaram possibilidades de abordagem importantíssimas.

Finalizo agradecendo a tantas pessoas que me ajudaram a encontrar participantes (Nehmias, Alexandrine, Alessandra Garcia, Selma, Maristela...), pela prontidão e alegria em me ajudar. À equipe de nutrição que trabalhou juntinho de mim: Lorena Furtado Falcão, Karolynne Cunha e Ana Paula. Às IES que faço parte do corpo docente pela compreensão e apoio de cada colega e coordenador(a). E à minha primeira família profissional, os meus queridos colegas e professores do Curso de Psicologia da UFPA, especialmente meus parceiros de NTPC, PPGTPC, meus queridos Marcus Carvalho Neto, Claudia Aline Monteiro e Romariz Barros e os meus mestres Olavo Galvão, Marcelo Galvão, Grauben Assis e Celina Magalhães

Bem vamos à tese

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	01
Cirurgia Bariátrica	02
Comportamento alimentar, obesidade mórbida e cirurgia bariátrica	05
Comportamentos sociais habilidosos ou habilidades sociais?	12
Treino de habilidades sociais ou de assertividade?	17
Obesidade e habilidades sociais	22
OBJETIVOS	28
Objetivo geral	28
Objetivos específicos	28
MÉTODO	29
Participantes	29
Ambiente	30
Instrumentos	30
Materiais	34
Procedimento de coleta de dados	34
Procedimento de análise de dados	42
RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
Caracterização geral das participantes	45
Condição 1	47
Avaliação inicial	47
Avaliação do comportamento alimentar antes do THS	58
Treino em Habilidades Sociais	60
Reavaliação do comportamento alimentar após THS	74
Reavaliação do comportamento social após THS	78
Follow-up	81
Condição 2	86
Avaliação inicial	86
Comportamento social	87
Comportamento alimentar	89
Análise comparativa das Condições 1 e 2	92
Comportamento social	92
Comportamento alimentar	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	<i>Fluxo do procedimento de coleta de dados para cada participante</i>	41
Tabela 2.	<i>Dados sociodemográficos, clínicos e distribuição das participantes por Condição do estudo da Condição 1</i>	46
Tabela 3.	<i>Comparação das respostas de P1 com os valores da amostra normativa e desvio padrão de cada item do IHS na primeira aplicação do IHS</i>	51
Tabela 4.	<i>Comparação das respostas de P2 com os valores da amostra normativa e desvio padrão de cada item do IHS na primeira aplicação do IHS</i>	53
Tabela 5.	<i>IADs absolutos por refeição, IADs médio por R24h e média geral de IAD por Fase 1 (Avaliação inicial) de P2</i>	57
Tabela 6.	<i>IADs absolutos por refeição, IADs médio por R24h e média geral de IAD na Fase 2 (Avaliação do comportamento alimentar antes do THS) de P1 e P2</i>	59
Tabela 7.	<i>Avaliação de P1 sobre a possibilidade de emissão das habilidades sociais por fator do IHS</i>	61
Tabela 8.	<i>Presença de itens indicados por fator do IHS para o THS na primeira aplicação do IHS, na composição da TabI e nos dois instrumentos pela participante P2</i>	63
Tabela 9.	<i>Avaliação de P2 sobre a possibilidade de emissão dos itens por fator do IHS</i>	64
Tabela 10.	<i>Frequência da emissão dos itens do THS emitidos por semana, segundo o registro de P1, sem considerar os efeitos nas interações sociais</i>	65
Tabela 11.	<i>Frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas de cada item do THS por semana de treino de P1</i>	67
Tabela 12.	<i>Frequência da emissão dos itens do THS emitidos por semana, segundo o registro de P2, sem considerar os efeitos nas interações sociais</i>	70
Tabela 13.	<i>Frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas de cada item do THS por semana de treino de P2</i>	72
Tabela 14.	<i>IADs absolutos por refeição, IAD médio por R24h e média geral de IAD na Fase 4 (Reavaliação do comportamento alimentar após o do THS) obtidos por P1 e P2</i>	75
Tabela 15.	<i>Análise dos tipos de contingências para a resposta de comer excessivamente de P1</i>	76
Tabela 16.	<i>Análise dos tipos de contingências para a resposta de comer excessivamente de P2</i>	77

Tabela 17.	<i>IADs absolutos por refeição, IAD médio por R24h e média geral de IAD na Fase 5 (Follow-up) de P1 e P2</i>	82
Tabela 18.	<i>Frequência de itens do THS emitidos por P1 no Follow-up</i>	84
Tabela 19.	<i>Frequência de itens do THS emitido por P2 no Follow-up</i>	85
Tabela 20.	<i>IAD absolutos por refeição, média por R24h e média geral obtidos pela participante P8</i>	90
Tabela 21.	<i>Cálculo do IAD dos sete sujeitos da Condição 2 sem dieta personalizada</i>	91

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i>	Comparação dos valores obtidos por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira aplicação do IHS com P1.	50
<i>Figura 2.</i>	Comparação do desempenho por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira aplicação do IHS com P2.	52
<i>Figura 3.</i>	Comparação dos valores dos itens por fator obtidos por P1 com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira e na segunda aplicação do IHS.	78
<i>Figura 4.</i>	Comparação dos valores dos itens por fator obtidos por P2 com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira e na segunda aplicação do IHS.	79
<i>Figura 5.</i>	Médias gerais dos IADs por fase do procedimento de P1 e P2 e porcentagem de adesão à dieta considerada minimamente adequada.	83
<i>Figura 6.</i>	Comparação dos valores obtidos por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada do IHS das participantes da <i>Condição 2</i> .	88

Silva, L.C.C (2015). Treino de habilidades sociais e comportamento alimentar após cirurgia bariátrica. Belém, Pará, 2015. 151pp. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.

RESUMO

A cirurgia bariátrica tem sido a principal indicação médica para casos de obesidade mórbida após a constatação da intratabilidade clínica. Entretanto, há registros de resultados muito variados, como reganho de peso, anorexia e bulimia, até manutenção do peso normal. Dentre os fatores estudados pela literatura está a relação entre obesidade e déficits em habilidades sociais, em geral ou especificamente relacionadas a situações alimentares. Esta pesquisa objetivou avaliar os efeitos do Treino de habilidades sociais (THS) no comportamento alimentar em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Participaram da pesquisa dez mulheres adultas, indicadas à cirurgia bariátrica, divididas em duas condições: Condição 1- Tratamento de rotina (TR) + THS, composta por duas participantes (P1 e P2); e, Condição 2 - TR, composta por oito participantes (de P3 a P10). Os critérios para a inclusão das participantes na Condição 1 foram: (a) estar na fase de exames pré-operatórios à cirurgia bariátrica; (b) ter Índice de Adesão à Dieta (IAD) abaixo de 50%; (c) não ter realizado quaisquer outros procedimentos cirúrgicos contra a obesidade (balão gástrico, por exemplo); e, (d) ter obtido baixos escores em, pelo menos, um dos cinco fatores avaliados no Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os critérios para a inclusão das participantes na Condição 2 foram: (a) ter realizado a cirurgia bariátrica em um período superior a três meses e inferior a um ano e (b) não ter realizado quaisquer outros procedimentos cirúrgicos contra a obesidade (balão gástrico, por exemplo). As participantes da Condição 1 foram expostas a seis fase de coleta de dados: Avaliação inicial; Avaliação do comportamento alimentar antes do THS; THS; Reavaliação do comportamento alimentar após o THS; Reavaliação do comportamento social após o THS e; Follow-up. O THS foi baseado em automonitoração, análise de contingências e ensaio comportamental. Todas as fases foram realizadas no período pós-operatório tardio, exceto a Avaliação inicial que ocorreu no período pré-operatório. As participantes da Condição 2 realizaram apenas a Avaliação inicial, aplicada no período pós-operatório tardio. Os dados sobre o comportamento alimentar foram obtidos por meio da análise do Roteiro de entrevista sobre comportamento alimentar e do Recordatório alimentar de 24 horas adaptado (R24h), permitindo a identificação dos alimentos ingeridos, do fracionamento, do IAD absoluto por refeição, médio por R24h e a média geral dos IAD's por fase do estudo. Os dados sobre o comportamento social foram obtidos por meio da análise do IHS e do Formulário de automonitoração da emissão dos itens do THS, permitindo a identificação dos valores obtidos em cada item e nos escores fatoriais do IHS e da frequência e consequência da emissão de cada item do THS. Foram traçadas comparações entre os IAD e os escores fatoriais e os valores por item do IHS: 1) por participante em diferentes fases do estudo; 2) por participantes expostos a mesma Condição do estudo; 3) por participantes expostos a diferentes Condições do estudo.

Quanto ao comportamento social, verificou-se que as participantes de ambas as Condições apresentaram déficits em itens componentes dos cinco fatores e nos itens não agrupados em fatores do IHS. Com exceção de P2 da Condição 1, as demais participantes apresentaram maiores déficits em itens do fator F5 (Autocontrole da agressividade em situações aversivas). Quanto ao comportamento alimentar, verificou-se que nenhuma participante obteve IAD médio em R24h, nem na média geral dos três IADs de cada fase do procedimento, equivalente ou superior a 50%, tendo ocorrido reduzido número de IADs absolutos por refeição com estes valores. O abandono precoce do acompanhamento multiprofissional por 9/10 participantes pode ter contribuído para este resultado. A análise dos R24h das participantes de ambas as Condições também indicou que a escolha do alimento e o fracionamento das refeições no período pós-operatório tardio variaram pouco, já que apesar da inclusão de alimentos com menor valor calórico, identificou-se a manutenção de alimentos hipercalóricos na dieta e a supressão de refeições na maioria das participantes. A comparação dos dados do comportamento alimentar e do repertório de habilidades sociais das duas participantes da Condição 1 indicou que o THS realizado no período pós-operatório tardio não teve efeitos significativos para o aumento do IAD de ambas. Este resultado se confirmou com a comparação dos valores obtidos nas mesmas variáveis pelas participantes da Condição 2, a despeito dos efeitos em termos de aumento de repertório de auto-observação e autoconhecimento identificados nas participantes da Condição 1.

Palavras-chave: Treino de habilidades sociais; Automonitoração; Cirurgia bariátrica; Comportamento alimentar; Período pós-operatório tardio.

Silva, L.C.C (2015). Social Skills Training and alimentary behavior after bariatric surgery. Doctoral Dissertation submitted to the Graduate Program in Behavior Theory and Research. 151 pp. Belém, Pará, Brazil: Federal University of Pará.

ABSTRACT

Bariatric surgery has been the primary clinical indication for morbid obesity cases after the observation of medical intractability. However, there are records of much varied results: weight regain; anorexia and bulimia; regular weight maintenance. Among the factors studied in the literature is the relation between obesity and a general social skills deficit or one that is specifically related to feeding situations. This study assessed the effects of Social Skills Training (SST) in eating behavior in individuals undergoing bariatric surgery. The participants were ten adult women indicated for bariatric surgery, distributed in two conditions: Condition 1 – Routine treatment + Social Skills Training, composed of two participants (P1 and P2); and, Condition 2 - Routine treatment, composed of eight participants (from P3 to P10). The inclusion criteria of participants in Condition 1 were: (a) be in the preoperative examinations bariatric surgery; (b) having membership index Diet (IAD) below 50; (c) no history of any other surgical procedures for obesity (gastric balloon, for example); and (d) low scores on at least one of the five factors evaluated in the Social Skills Inventory (IHS). The inclusion criteria of participants in Condition 2 were: (a) have performed Bariatric Surgery in a period of more than three but less than a year and (b) no history of any other surgical procedures for obesity (gastric balloon, for example). The participants in Condition 1 were exposed to six data collection phase: Initial Assessment; Evaluation of eating behavior before THS; THS; Reassessment of eating behavior after the THS; Reassessment of social behavior after the THS and; Follow-up. The THS was based in self-monitoring, analysis of contingencies and behavioral testing. All phases were carried out in the late post-surgical period, except the Initial Assessment that occurred in the preoperative period. The participants of the condition 2 held only an initial assessment, applied in the late post-surgical period. The data about the eating behavior were obtained through the analysis of the interview script on eating behavior and 24-hour dietary recall adapted (R24h), allowing the identification of the food ingested, fractionation, the IAD per meal, absolute medium by R24h and the overall average of the IAD's per phase of the study. The data on social behavior were obtained through the analysis of the IHS and the self-monitoring form of issue of THS, allowing the identification of values obtained in each issue and in factorial scores of IHS and the frequency and consequence of each issue of THS. Were drawn comparisons between the IAD and the factorial scores and values per item of the IHS: 1) per participant in different phases of the study; 2) for participants exposed to the same condition of the study; 3) for participants exposed to different conditions of the study. As to social behavior, it was found that the participants of both conditions showed deficits in five factors and components items in the items grouped into factors of IHS. With the exception of P2 of condition 1, the other participants showed greater deficits in F5 factor issue (Self-control of aggressiveness in aversive situations). As for eating behavior, it was found that no participant obtained average in R24h, or IAD on general average of IADs three of each phase of the

procedure, equivalent to or greater than 50, having occurred few IADs absolutes per meal with these values. The early withdrawal of multidisciplinary follow-up by 9/10 attendees may have contributed to this result. The analysis of the R24h of the participants of both conditions also indicated that the choice of food and meal frequency in the late post-surgical period varied little, since despite the inclusion of foods with lower caloric value, identified the maintenance of food calorie diet and the elimination of meals in most participants. The comparison of the data of the eating behavior and repertoire of social skills of the two participants in the Condition 1 indicated that the THS conducted in late post-surgical period had no significant effects for the increase of the IAD. This result was confirmed with the comparison of values obtained in the same variables for Condition 2 participants, in spite of the effects in terms of increasing repertoire of self-observation and self-knowledge in the participants of the condition 1.

Keywords: Social skills training; Self-monitoring; Bariatric surgery; Feeding behavior; late post-surgical period.

A obesidade é uma doença crônica não transmissível de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, resultante de pré-disposição genética e da exposição a um ambiente que favoreça a ingestão superior ao gasto calórico (obesogênico) (Fandino, Benchimol, Coutinho, & Appolinario, 2004; Fernandes, Fujiwara, & Melo, 2011).

O método recomendado pela World Health Organization [WHO] (1995) para a aferição do estado nutricional é o Índice de Massa Corpórea (IMC), que estabelece seis classificações, a saber: Baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$); Normal ($IMC 18,5 \text{ a } 24,9 \text{ kg/m}^2$); Sobrepeso ($IMC 25 \text{ a } 29,9 \text{ kg/m}^2$); Obesidade Classe 1 ($IMC 30 \text{ a } 34,9 \text{ kg/m}^2$); Obesidade classe II ($IMC 35 \text{ a } 39,9 \text{ kg/m}^2$); e, Obesidade Mórbida ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$).

Estudos realizados pela WHO (2015) demonstraram que a quantidade de pessoas obesas no mundo mais que duplicou desde 1980, perfazendo um contingente de mais de 600 milhões de pessoas atingidas, alcançando altos níveis de prevalência em países com baixos índices de desenvolvimento, a exemplo do que se observa na América Latina (Carvalho, 2000; Damiani, Damiani & Oliveira, 2002), passando, assim, a se configurar como uma epidemia.

No Brasil, pesquisas apontam o mesmo avanço na prevalência do sobrepeso e da obesidade, fazendo parte de uma transição epidemiológica (Oliveira, 2000), uma vez que o país que contava com um alto índice de subnutridos e um baixo índice de pessoas acima do peso no início da década de 70, vem tendo aumentos significativos no contingente de pessoas obesas e no contingente de pessoas subnutridas. O IBGE (2014) divulgou dados da pesquisa do VIGITEL BRASIL, que dão conta que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso, dos quais 17,5% são obesos.

A obesidade mórbida, a expressão mais grave e com mais riscos associados, também tem crescido de forma significativa na população mundial. No Brasil, nos

últimos 15 anos, a incidência aumentou de 0,3% para 3% da população adulta, sendo 2% do sexo masculino e 4% do sexo feminino (IBGE, 2014; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2006).

Os prejuízos causados pela obesidade mórbida abrangem alterações orgânicas significativas com acentuada morbimortalidade (Coutinho & Benchimol, 2006), bem como quadros psicopatológicos graves com transtornos de ansiedade e depressão. Sobre esta última condição, Swencionis e Rendell (2012), após revisão da literatura da área, afirmaram que as mulheres obesas são mais propensas a relatar ideação suicida e tentativas de suicídio do que as mulheres de peso normal.

O tratamento clínico não cirúrgico é necessariamente multiprofissional, uma vez que inclui atividades físicas, planejamento alimentar, psicoterapia e, em alguns casos, o uso de medicamentos (Vasques, Martins, & de Azevedo, 2004). Porém, os resultados apontam que “dificilmente [os obesos mórbidos] conseguem perder peso com tratamento clínico; 98% dos que perdem têm recidiva em menos de um ano e 100% em cinco” (Elias et al., 2011, p.290).

Tais resultados têm feito com que a cirurgia bariátrica seja uma indicação cada vez mais frequente no Brasil, perfazendo um total de 72 mil em 2012, pois é a única intervenção que resulta em perda de peso rápida, expressiva e mantida por longo período de tempo (Laurino Neto, Herbell, Tauil, Silva, & Lima, 2012).

Cirurgia Bariátrica

Cirurgias bariátricas são um grupo de técnicas cirúrgicas que proporcionam a redução da ingestão calórica, gerando a perda expressiva de peso e melhora nos índices metabólicos (Cambi, Marchesini, & Baretta, 2015).

A realização de cirurgias para combater a obesidade mórbida não é algo tão recente quanto possa parecer. Cruz e Morimoto (2004) recapitulam sucintamente esta história afirmando que a abordagem cirúrgica à obesidade mórbida iniciou-se na década de 1950 com operações que causavam má absorção [de nutrientes]. Por conta dos efeitos colaterais estas cirurgias foram abandonadas, passando a serem substituídas por procedimentos que limitam a ingestão de alimentos.

As chamadas cirurgias bariátricas ou cirurgias antiobesidade podem ter caráter exclusivo ou restritivo e buscam dificultar com maior ou menor intensidade a absorção de nutrientes. Essas intervenções cirúrgicas podem ser divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica, ou seja, cirurgias restritivas; 2) interferem na digestão (cirurgias disabsortivas); e 3) uma combinação de ambas as técnicas, isto é, cirurgias mistas (Oliveira, Linard, & Azevedo, 2004; Quadros, Hecke, Ortellado, Dalabona, & Suzane, 2005). Nos últimos anos, as cirurgias bariátricas que combinam técnicas restritivas e disabsortivas são as mais usadas.

Um exemplo de combinação das técnicas restritivas e disabsortivas é a gastroplastia com derivação em Y de Roux (cirurgia de Fobi-Capella), considerada o procedimento padrão ouro para cirurgia bariátrica, devido à eficiência e baixa morbimortalidade (SBCBM et al., 2006). Este procedimento consiste “na associação da gastroplastia vertical com colocação de anel de silicone associada à derivação gastrojejunal em Y de Roux” (Silva & Sanches, 2006, p.91), o que cria uma pequena bolsa gástrica (20cc a 30cc de capacidade aproximadamente), que tem em sua parte final um anel que impede o rápido esvaziamento do estômago, provocando precoce saciedade, além de fazer com que o alimento passe direto para a parte inferior do jejuno, desviando assim a absorção do mesmo, sendo por isso considerada uma técnica cirúrgica mista – restritiva e dissabsortiva (Lima Barreto Filho, Oliveira, Almeida,

Moura, & Alves Junior, 2008).

Na tentativa de orientar a decisão de pacientes e equipes de saúde pela realização da cirurgia bariátrica, foi elaborado pela SBCBM o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade (SBCBM et al., 2006). Tal Consenso considera três aspectos para a indicação da cirurgia: massa corpórea, idade e tempo de doença. Levando em consideração estes aspectos, são candidatos à cirurgia:

1) *Em relação à massa corpórea*: paciente com IMC > 40, independentemente da presença de comorbidades; com IMC entre 35 e 40, na presença de comorbidez; e, pacientes com IMC entre 30 e 35, na presença de comorbidez classificadas como grave por médico especialista. Em todos estes casos, é necessária a constatação de intratabilidade clínica da obesidade por um endocrinologista;

2) *Em relação à idade*: abaixo de 16 anos, na presença da síndrome de Prader-Willy ou outras síndromes genéticas similares, desde que com o consentimento e a adesão da família à cirurgia e ao acompanhamento de longo prazo do paciente; entre 16 a 18 anos, quando houver indicação e consenso entre a família e equipe multidisciplinar; entre 18 e 65 anos, sem restrições quanto à idade; acima de 65 anos, mediante avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

3) *Em relação ao tempo da doença*: IMC e comorbidades em faixa de risco no período mínimo de dois anos, desde que tenha realizado tratamentos convencionais prévios sem sucesso ou com recidiva do peso, excetuando-se os casos de pacientes com IMC maior que 50 ou com IMC entre 35 a 50 com doenças de evolução progressiva ou risco elevado, condições nas quais não se aplica o critério “tempo de doença”.

Dentre as principais razões para a realização da cirurgia bariátrica estão as preocupações com a saúde (52%) e com as condições médicas relacionadas à obesidade

(28%) (Brantley et al., 2014). As mulheres representam 80% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Nascimento, Bezerra, & Angelin, 2013).

Um aspecto na literatura sobre o assunto chama a atenção: a necessidade de o paciente compreender e se comprometer com a realização de mudanças em seu estilo de vida, sobretudo no que concerne à alimentação. Cruz e Morimoto (2004) destacam que a intervenção cirúrgica é apenas o início de um período de um a dois anos de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde.

Por conta da necessidade de atendimento contínuo, a literatura considera que o período pós-operatório tardio da cirurgia bariátrica, já na fase ambulatorial do atendimento, começa a partir dos 15 dias após a cirurgia e se estende por toda a vida do paciente (Franke, 2012; Moraes, & Carvalho, 2007). Entretanto, estudos, como os de Cambi et al (2015) e Costa, Valezi, Matsuo, Dichi e Dichi (2010), dão conta do abandono do tratamento com a equipe multiprofissional já no primeiro ano após a cirurgia bariátrica e o retorno aos hábitos alimentares anteriores a cirurgia, principalmente o consumo de doces moles e chocolates, com consequente reganho de peso e múltiplas deficiências nutricionais. Daí a importância de conhecimento do comportamento alimentar e padrão dietético do potencial paciente à cirurgia bariátrica.

Comportamento alimentar, obesidade mórbida e cirurgia bariátrica

O comportamento alimentar é definido por Fisberg (2005) como um conjunto de ações combinadas que envolvem aspectos quantitativos e qualitativos dos alimentos ingeridos, mas também sua procura, sua aquisição de alimentos, o ato de alimentar-se e as condições rítmicas e ambientais que acompanham as refeições e os fenômenos pré e pós-ingestão.

No caso dos indivíduos obesos, a análise da literatura sobre o perfil dietético indica que o consumo alimentar é caracterizado por elevadas taxas de ingestão de alimentos de alta densidade energética e ricos em gorduras, açúcares e sal, em detrimento do consumo deficitário de frutas, legumes e verduras, gerando balanço energético positivo (Magno et al., 2014; Vieira, Del Ciampo, Lopes, & Del Ciampo, 2014).

As práticas alimentares familiares aparecem como variáveis críticas no processo de ganho e manutenção de peso excessivo. Os resultados obtidos por Oliveira e Ribeiro (2013) ilustram bem esta influência, já que os autores verificaram que mulheres obesas que tinham cônjuges com hábitos alimentares inadequados tiveram mais dificuldade para emagrecer. Estudos sobre dificuldades de adoção de hábitos alimentares saudáveis em pacientes diabéticos encontraram os mesmos dados sobre a influência negativa da família (Gomes-Villas Boas, Foss, Freitas, & Pace, 2012; Rossi; Pace; Hayashida, 2009).

Outro aspecto sobre o comportamento alimentar de pessoas obesas que vem sendo estudado pela literatura mais recente é a adoção cada vez mais frequente, sem orientação de um profissional de saúde, de dietas veiculadas pela mídia. Abreu, Paternez, Chaud, Valverde e Gaze (2013) examinaram algumas dessas dietas publicadas em revistas para o público leigo e concluíram que se tratam de dietas restritivas, que levam à perda de peso, mas que colocam a saúde do indivíduo em risco, devido a não ingestão de micro e macronutrientes importantes.

Outra linha de investigação sobre o comportamento alimentar em obesos ou com sobrepeso tem sido a adesão do tratamento nutricional (Fuentes, Guazi, Biesek, & Passoni, 2012; Guimarães, N. G., Dutra, E. S., Ito, M. K. & Carvalho, 2010). Em um desses estudos, Martins, Ferreira, Cavalcante da Silva e Almeida (2015) categorizaram

oito tipos de alimentares erros mais comuns, a saber: Tipo 1- alimento recomendado ingerido em quantidade superior; Tipo 2- alimento não recomendado ingerido durante a refeição; Tipo 3 - alimento não recomendado ingerido nos intervalos das refeições; Tipo 4- alimento não recomendado não ingerido durante a refeição; Tipo 5- alimento recomendado ingerido em intervalo entre refeições; Tipo 6- alimento recomendado ingerido refeição diferente da recomendada; Tipo 7 - alimento recomendado ingerido em quantidade inferior; e, Tipo 8- refeição não realizada. Tal classificação pode ser bastante útil na caracterização com comportamento alimentar ante o plano alimentar recomendado e pode servir como base para sua reformulação.

No que concerne especificamente ao comportamento alimentar após a cirurgia bariátrica, o exame da literatura revela expressiva variabilidade intersujeitos no período pós-operatório tardio. Estudos apontam: (i) a manutenção do padrão alimentar anterior (Zunker, Karr, Saunders, & Mitchell, 2012), com preferência por alimentos hipercalóricos de fácil digestão ingeridos em pequenas porções várias vezes ao dia (Ades & Kerbaux, 2002; Machado, Zilberstein, Cecconello, & Monteiro, 2008; McGrice & Porter, 2012), que podem gerar recidivas de peso (Rasera-Junior et al., 2012); (ii) grandes restrições alimentares ou superalimentação seguidas de vômito, configurando, respectivamente, quadros de anorexia e bulimia (Cordás, Lopes Filho, & Segal, 2004; Müller, Mitchell, Sondag, & Zwaan, 2013); intolerância alimentar (Valezi, Brito, Marli Jr, & Brito, 2008; Wardé-Kamar, Rogers, Flancbaum, & Laferrère, 2004); abuso de álcool em substituição ao alimento (Heinberg, Ashton, & Coughlin, 2012); e (iii) a aquisição ou aumento da frequência de comportamentos alimentares saudáveis (Adami, Meneghelli, & Scopinaro, 1999; Berenguer et al., 2007; Hawke et al., 1990; Roehling, 1999; Santos, 2005).

Este conjunto de dados indica a importância da realização de estudos sobre as variáveis das quais o comportamento alimentar é função neste período. Além disso, confirma a importância do acompanhamento nutricional no período pré-operatório, no sentido de iniciar ajustes alimentares, promover perda de peso inicial e realizar a preparação à aquisição de novos hábitos alimentares no período pós-operatório tardio (Magno et al., 2014).

Na perspectiva teórico-metodológica da Análise do Comportamento, o comportamento alimentar, assim como os demais comportamentos operantes, é uma relação organismo-ambiente constituída sob o controle de três níveis de variação e seleção (filogênese, ontogênese e cultura), que tem como característica principal a sensibilidade às suas consequências (Skinner, 1974; 1990; 1953; 1981).

Neste sentido, é possível afirmar que mesmo quando o comportamento alimentar, sobretudo a seleção inadequada de alimentos e a ingestão excessiva, traz prejuízos à saúde de um indivíduo, como ocorre nos casos de obesidade mórbida, ele tem função e é mantido por um conjunto de contingências reforçadoras.

Desta forma, o comportamento de comer excessivamente é um comportamento operante para o qual estão dispostas duas consequências diferentes, uma reforçadora imediata e outra aversiva adiada (Kerbaux, 1977; 1987), o que se caracteriza como uma situação de conflito (Skinner, 1953). O conflito ocorreria em função das consequências não serem apenas diferentes no tempo de apresentação, mas também na magnitude (maior/menor) e até mesmo na natureza (reforçadora/aversiva) (Deluty, 1978; Logue, 1995; Rachlin, 2000; Rachlin & Green, 1982). Discriminar as contingências das quais o comportamento é função é condição básica, mas não suficiente à mudança no comportamento operante de um indivíduo (Skinner, 1953).

Devido à história de seleção pelas consequências (Skinner, 1981), a consequência imediata provavelmente assume o controle sobre o responder tornando-o mais provável em determinadas situações, em detrimento da consequência adiada, a despeito dos grandes prejuízos à saúde causados pela obesidade (Logue, 1995).

Sobre as possíveis funções do comportamento de comer excessivamente, Cavalcante (2009, p. 20), ao analisar a literatura analítico-comportamental sobre a questão, elencou:

- (1) carência de fontes alternativas de reforçamento positivo [...], haja vista que o alimento é considerado um reforçador primário, pelas suas qualidades sensoriais [...], sobretudo os doces e os ricos em gordura [...], e pelo seu valor de sobrevivência [...];
- (2) história familiar de substituição de contato físico e atenção por comida [...] e/ou ambiente familiar atual com oferta de alimentos hipercalóricos e padrões de ingestão inadequados [...], e
- (3) exposição a ambientes aversivos geradores de respostas de ansiedade e de fuga-esquiva (inclusive em situações sociais) como a ingestão excessiva de alimentos para reduzir momentaneamente os seus efeitos orgânicos [...].

A cirurgia bariátrica por si só não é capaz de remover todos os estímulos associados ao comer excessivo e, sobretudo durante o período pós-operatório, ainda expõe o indivíduo a diversos efeitos orgânicos aversivos desencadeados pela ingestão de alimentos (Cruz & Morimoto, 2004; Pedrosa, Burgos, Souza, & Moraes, 2009). Estas contingências podem indicar os motivos pelos quais muitos pacientes têm se distribuído em dois extremos no período pós-operatório tardio: alguns retornam progressivamente para o padrão de alimentar anterior voltando a quadros de sobrepeso e obesidade (Ades & Kerbaux, 2002), enquanto outros pareiam o alimento com as sensações desagradáveis

experimentadas no período pós-operatório e apresentam quadros de anorexia (Cordás et al., 2004).

Diante desses resultados, seria possível perguntar: que variáveis explicariam o comportamento de indivíduos que alteraram seu comportamento alimentar na direção de hábitos alimentares mais saudáveis após a cirurgia bariátrica?

Cavalcante da Silva e Ferreira (*submetido*) realizaram um estudo de caso com uma paciente (Miriam) submetida à cirurgia bariátrica, que foi indicada pela equipe de saúde por apresentar comportamentos alimentares saudáveis. O objetivo deste estudo foi identificar contingências relacionadas a comportamentos de autocontrole do comportamento alimentar segundo relatos de Miriam, que reduziu o IMC e manteve esta redução no período pós-operatório tardio, ainda que exposta a situações de alto risco de recaída. Para Marlatt e Doherty (2005), recaída seria “um colapso ou revés na tentativa de um indivíduo de mudar ou modificar qualquer comportamento-alvo” (p. 11). Tal comportamento torna-se mais provável em algumas situações, denominadas pelos autores como “situações de alto risco de recaída”.

A cirurgia bariátrica tinha sido realizada há um ano e meio, quando Mirian atingiu IMC de 43,82 kg/m². No início da coleta de dados, ela foi avaliada pela nutricionista da equipe de pesquisa e obteve IMC de 26 kg/m² e 55% de adesão a uma dieta saudável (IAD)¹.

Os resultados mostraram que o comportamento de comer excessivamente anterior à cirurgia foi reforçado (i) positivamente pela família na infância e adolescência e (ii) negativamente na vida adulta, quando exposta a situações aversivas relacionadas a

¹ Para o cálculo do IAD, utilizou-se a fórmula sugerida por Nobre (2010), que resulta da equação:

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

conflitos conjugais e a conflitos profissionais. Os relatos de Miriam acerca de conflitos conjugais indicaram a existência de déficits de comportamentos sociais habilidosos com o marido, que variavam da passividade à agressividade.

Ainda, segundo Cavalcante da Silva e Ferreira (*submetido*), a realização de seis meses de psicoterapia antes da cirurgia bariátrica foi decisiva para a modificação de seu comportamento em relação ao marido, permitindo que a mesma: discriminasse as variáveis das quais o seu comportamento agressivo ou passivo era função; emitisse comportamentos sociais habilidosos com o marido, e ficasse menos exposta a situações aversivas que estavam associadas à ingestão excessiva de alimentos.

A emissão de comportamentos sociais habilidosos generalizou-se para o ambiente profissional, no qual não apenas passou a ser mais assertiva, mas também a manipular o ambiente levando alimentos mais saudáveis, se jornadas maiores de trabalho eram necessárias.

Outra consequência do processo psicoterápico relatada por Miriam foi a estagnação do peso corporal. No entanto, ela relatou ainda necessitar de uma grande quantidade de comida para saciar sua fome nas refeições regulares, o que provavelmente pode ser explicado pela sua condição de obesidade mórbida, na qual o aumento do diâmetro do estômago e as alterações metabólicas fazem com que o organismo necessite de uma quantidade maior de alimentos para chegar ao estado de saciação.

A decisão de Miriam pela realização da cirurgia bariátrica ocorreu devido a agravos à saúde, associadas ao peso excessivo, principalmente a hipertensão arterial e problemas articulares, constituindo-se, portanto, em comportamento de fuga-esquiva das condições aversivas derivadas das doenças associadas ao excesso de peso, principal

motivo da escolha pela cirurgia bariátrica entre mulheres, de acordo com Nishiyama et al. (2007).

Após a cirurgia bariátrica, Miriam relatou que, por um lado, não necessitava mais de grandes quantidades de comida para a saciação nas refeições regulares e, por outro lado, prosseguia se comportando de forma a evitar, ou mesmo a ser assertiva, quando exposta às situações aversivas que eram ocasião para o comportamento de comer excessivamente.

Cavalcante da Silva e Ferreira (*submetido*) concluem o artigo indicando a necessidade de estudos que avaliem a relação entre autocontrole do comportamento alimentar e comportamentos sociais habilidosos. Neste estudo de caso, a ingestão excessiva era função da exposição da participante a situações sociais aversivas, para as quais ela não dispunha de repertórios de respostas habilidosas, sendo a comida sua principal fonte de reforço.

Comportamentos sociais habilidosos ou habilidades sociais?

O exame da literatura produzida sobre habilidades sociais revela a inexistência de um consenso conceitual que permita a adoção de uma terminologia única (Falcone, 2000). Del Prette e Del Prette (2010) afirmam que o campo das Habilidades sociais tem, a despeito das múltiplas abordagens teóricas que o integram, a predominância dos enfoques cognitivo e comportamental.

Diferentes formas de compreender e estudar as interações dos indivíduos com seu ambiente social inevitavelmente geram formas diferentes de se referir a estes comportamentos. Os termos mais usados nesta área de estudo são habilidades sociais, assertividade e comportamento social habilidoso (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010; Del Prette & Del Prette, 2012; Falcone, 2000).

Segundo Marchezini-Cunha e Tourinho (2010), assertividade é definida em estudos clássicos como “a expressão de sentimentos de maneira socialmente adequada, preservando tanto os direitos/interesses do indivíduo que responde assertivamente quanto os de seu interlocutor” (p. 296).

Considerando a pouca operacionalidade desse tipo de definição, os autores sugerem como mais adequada, do ponto de vista analítico-comportamental, a definição elaborada em 1976 por Rich e Schroeder, segundo a qual assertividade é a “habilidade para procurar, manter ou aumentar o reforçamento em uma situação interpessoal por meio da expressão de sentimentos ou desejos quando tal expressão envolve riscos de perda de reforçamento ou até de punição” (p. 1082). Marchezini-Cunha e Tourinho (2010) justificam esta afirmação dizendo que:

Os autores identificam o ambiente no qual o comportamento ocorre (social), o tipo de resposta emitida (verbalização de sentimentos), as consequências prováveis (punição ou perda de reforçamento) e as consequências produzidas pelo comportamento, necessárias para sua caracterização como assertivo (produção, manutenção ou aumento de reforço positivo) (p. 296).

Após diversas discussões conceituais no campo das habilidades sociais, o termo assertividade vem sendo usado com menor frequência, haja vista que autores como Falcone (2000) e Del Prette e Del Prette (2012) afirmam que a assertividade é uma das habilidades sociais.

Em uma visão analítico comportamental, as habilidades sociais seriam:

Uma “qualificação” que parece ter sido consolidada na prática cultural. Tal consolidação parece estar presente no contexto da comunidade científica, como “repertório socialmente habilidoso” (ou repertório socialmente inábil), ou “comportamento socialmente habilidoso” (ou comportamento inábil ou não

habilidoso), como forma de “rotular”, de “designar”, de “nomear”, de “adjetivar”, de “qualificar” comportamentos que sejam ou não compatíveis com as funções sociais aceitas dentro das “normas”, “regras” do nosso grupo social (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010, p. 343).

Neste sentido, assim como ocorreu com relação às reflexões teóricas que culminaram no refinamento da conceituação de assertividade, Bolsoni-Silva e Carrara (2010) afirmam que:

Parece necessário adotar alguma definição [para se referir às habilidades sociais] e avaliar consequências dessa decisão. Nesse sentido, revela-se pertinente o encaminhamento dado por Del Prette e Del Prette (2012), segundo os quais habilidades sociais podem ser caracterizadas como conjunto de comportamentos emitidos pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal na qual se maximizem os ganhos e se reduzam as perdas para as pessoas envolvidas numa interação social. Todos os autores descrevem comportamentos que parecem maximizar a obtenção de reforçadores sociais [...], no entanto os autores contemporâneos [...] ampliam o conjunto de comportamentos avaliados para além dos de assertividade, correspondentes à expressão de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos. Por essa razão, tem-se optado por usar o termo *habilidoso* a *assertivo* (p.334).

A análise da taxonomia das habilidades sociais proposta por Del Prette e Del Prette (2001) é um bom exemplo da amplitude que o termo *habilidades sociais* tomou. Para estes autores, a assertividade compõe uma das seis classes de habilidades sociais, a saber:

(i) Habilidades sociais de comunicação: fazer e responder perguntas; pedir *feedback*; dar *feedback*; gratificar/elogiar; iniciar, manter e encerrar conversação;

(ii) Habilidades sociais de civilidade: dizer por favor; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se;

(iii) Habilidades sociais assertivas, de direito e de cidadania: manifestar opinião; concordar; discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se; admitir falhas; interagir com autoridade; estabelecer relacionamentos afetivos e/ou sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva/desagrado; pedir mudança de comportamento; lidar com críticas;

(iv) Habilidades sociais empáticas: parafrasear; refletir sentimentos; expressar apoio;

(v) Habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas; tomar decisões; mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e,

(vii) Habilidades sociais de expressar sentimentos positivos: fazer amizade; expressar solidariedade; cultivar o amor.

Outros termos muito usados nesta área são *desempenho social* e *competência social*, que representam, respectivamente, a emissão de comportamento em uma interação social e o resultado do desempenho social (Villa, Del Prette, & Del Prette, 2007).

Del Prette e Del Prette (2012) indicaram quatro diferentes motivos para a ocorrência de falha na aprendizagem das habilidades sociais, a saber:

- a) restrições na oportunidade de experiências em diferentes grupos sociais, devido à pobreza ou normas e valores da subcultura grupal (grupos fechados) que dificultam os contatos sociais; (b) relações familiares empobrecidas, com pais agressivos ou pouco empáticos que fornecem modelos inapropriados de interação; (c) inteligência rebaixada e dificuldades para resolver problemas;

(d) práticas parentais que premiam dependência e obediência e que punem e restringem iniciativas de contato social pela criança (p. 52).

Dada a expressiva influência das relações pais e filhos no desenvolvimento do comportamento social, nos últimos anos vários autores tem se dedicado a compreender a relação entre estilos parentais e habilidades sociais dos filhos. Um desses estudos (Carneiro, & Oliveira, 2013) investigou a relação entre essas variáveis em filhos adultos na faixa etária de 20 a 50 anos e identificou forte correlação entre o estilo parental autoritário e o desenvolvimento inadequado das habilidades sociais. Tais conclusões corroboram com extensa literatura da área que afirma que pais que educam seus filhos agindo de forma agressiva, com uso de punição e estimulando sobremaneira a obediência às regras (estilo autoritário), fornecem modelos inapropriados e produzem déficits na aprendizagem de habilidades sociais em seus filhos.

Outro aspecto que chama a atenção nesta área é o refinamento metodológico das pesquisas que visam à caracterização das habilidades sociais de diferentes populações (e.g. pais, universitários, crianças, casais, deficientes visuais), na direção de produzir ou adaptar instrumentos de avaliação padronizados, como os inventários, à realidade brasileira (e.g. Cia, Pereira, Del Prette, & Del Prette, 2007; Del Prette, Villa, Freitas, & Del Prette, 2008; Feitosa, Matos, Del Prette, & Del Prette, 2009; Fumo, Manolio, Bello, & Hayashi, 2009; Maia, Freitas, & Del Prette, 2008).

Sardinha (2010) argumenta a favor da adoção dessas ferramentas padronizadas em pesquisa e intervenções de cunho analítico comportamental, afirmando inventários e escalas tem se mostrado mais viável em sua aplicação e ao contemplar em suas questões uma diversidade de demandas, interlocutores e situações, trazem informações importantes, que necessitariam de muito mais tempo para serem obtidas por observação direta do comportamento.

Até a primeira década do século XX, no Brasil a maioria dos inventários, testes e escalas utilizados era padronizada e validada para outras populações, como as da América do Norte e da Europa. Um avanço significativo na área de avaliação das habilidades sociais no Brasil ocorreu a partir da validação e posterior publicação do Inventário de Habilidades Sociais por Del Prette e Del Prette (2001), o IHS- DEL PRETTE.

Acerca das características desse inventário, Del Prette e Del Prette (2001) afirmam tratar-se de um instrumento de autorrelato, de fácil aplicação e tabulação, permitindo avaliar o repertório de habilidades sociais instalado, identificando as classes e subclasses de habilidades sociais deficitárias e os recursos disponíveis no repertório do indivíduo, orientando a composição de intervenções que ampliem este repertório. Ou seja, além de avaliar o repertório já instalado, o instrumento permite elaborar e aplicar programas de Treino de habilidades sociais, a exemplo do que foi feito por Freitas, Del Prette e Del Prette (2007) e Murta et al. (2012).

Treino de habilidades sociais ou de assertividade?

O investimento de psicólogos de diferentes referenciais teóricos com o desenvolvimento de repertórios sociais, tanto em vista da identificação de déficits quanto em uma perspectiva preventiva, é bastante antigo, data provavelmente das décadas de 50 e 60 do Século XX, gerando dois movimentos: o movimento do Treino de Assertividade e o movimento do Treino de Habilidades Sociais [THS] (Del Prette & Del Prette, 2000). A exemplo do que aconteceu no campo terminológico é mais usual a referência ao segundo termo.

A análise da literatura realizada por esses autores indicou que os programas de desenvolvimento interpessoal se classificam em três tipos: (i) terapêuticos ou

remediativos; (ii) profiláticos e (iii) de capacitação profissional (Del Prette & Del Prette, 2000). Sardinha (2010) também destaca que tais programas estão presentes em várias áreas de atuação, com predomínio da área da Educação.

Caballo (2003) afirma que, sob uma perspectiva remediativa, um THS deve prever a criação de situações práticas, visando o ensino de novos repertórios e sua integração aos já existentes. Neste sentido, o autor recomenda o uso de: entrevistas, autorregistros, instrumentos de autoinforme, emprego de situações análogas e a observação na vida real. Tais intervenções podem ser feitas individualmente ou em grupo.

Sobre os cuidados necessários no planejamento da sequência de um THS, Sardinha (2010) destaca como passos importantes para a configuração de um THS, a seleção das dificuldades interpessoais, sua classificação em tipos de déficits em habilidades sociais, a análise funcional dos déficits identificados em termos das relações organismo-ambiente que instalaram e/ou mantém o comportamento, a escolha dos comportamentos-alvo e a avaliação dos resultados da intervenção, incluindo-se a avaliação da generalização.

Sardinha (2010), por exemplo, realizou um estudo com delineamento transversal, com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes às habilidades sociais em nove indivíduos adultos com anomalia da diferenciação sexual (ADS), utilizando o IHS- DEL-PRETTE. Os resultados indicaram déficit de habilidades sociais em todos os fatores do IHS, em menor ou maior grau. Com base nestes dados e na não identificação de pesquisas avaliando as habilidades sociais de indivíduos portadores dessa condição de saúde, a autora realizou um estudo com delineamento de sujeito único, com uma mulher adulta portadora de ADS, com o objetivo de verificar os

efeitos do uso de treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a habilidades sociais.

O procedimento de coleta de dados de Sardinha (2010) foi dividido quatro fases:

(i) *Levantamento da linha de base dos comportamentos socialmente habilitados* por meio do IHS-DEL-PRETTE (2001); (ii) *Treino de habilidades sociais* (THS), realizado por meio da automonitorização dos comportamentos sociais habilitados eleitos para treino e análise funcional de sua emissão; (iii) *Reavaliação das Habilidades Sociais* por meio da reaplicação do IHS-DEL-PRETTE; (iv) *Follow-up*; e, (v) *Encerramento* por meio de entrevista devolutiva.

Para avaliar o efeito do THS, Sardinha (2010) interpretou as variações nos resultados advindos da aplicação e reaplicação do IHS-DEL-PRETTE, por meio de dois testes estatísticos: (i) o Teste Z para uma amostra, aplicado para cada habilidade social alvo de treino; e (ii) o Método JT (Jacobson & Truax, 1991) que avalia os efeitos de uma intervenção por meio da aferição do Índice de Mudança Confiável e do Índice de Significância Clínica.

Os resultados do estudo de Sardinha (2010) sugeriram que a intervenção promoveu o desenvolvimento de habilidades sociais na participante, haja vista a interpretação da evolução dos comportamentos da participante analisada de acordo com a aplicação dos dois testes.

O estudo de Sardinha (2010) introduz um aspecto metodológico importante nos estudos de Treino de Habilidade Sociais consubstanciados na Análise do comportamento: a automonitorização do comportamento alvo de intervenção.

A automonitorização do comportamento é definida por Ferreira e Fernandes (2009) como registros sistemáticos do comportamento-alvo realizados pelo próprio sujeito, com a especificação dos seus antecedentes e dos seus consequentes. Nesses

registros podem ser abrangidos aspectos como a frequência, a quantidade e a duração e/ou intensidade do comportamento.

Bohm e Gimeses (2012) destacam que a automonitoração é a técnica de (auto)observação e avaliação, dentre outras disponíveis, mais barata, flexível e que exige menos custo clínico para a coleta de dados, gerando relatos fidedigno das contingências as quais o(s) comportamento(s) alvo ocorrem (Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter, & Cunningham, 1986).

Tais aspectos concernentes à automonitoração têm se refletido na opção pelo seu uso em pesquisa e/ou intervenções da análise do comportamento aplicada à saúde, que visam promover a instalação e/ou manutenção de comportamentos importantes para o enfrentamento de diversas condições adversas de saúde a baixo custo de resposta, como a auto-observação, que está diretamente ligada a aplicação do repertório de autoconhecimento (Bohm & Gimeses, 2008; Casseb, Bispo-Malcher, & Ferreira, 2008; Casseb & Ferreira, 2012).

Na literatura analítico-comportamental, estudos vêm indicando a relação entre autocontrole e assertividade, uma das habilidades sociais. Um destes estudos, realizado por Marchezini-Cunha e Tourinho (2010), analisou as relações comportamentais envolvidas na assertividade, agressividade e passividade, bem como sua relação com os comportamentos autocontrolado e impulsivo, em termos das consequências imediatas e atrasadas para o indivíduo que os emite e para seu grupo social/espaco interpessoal.

Dentre as conclusões do estudo, os autores afirmam que:

(a) assertividade e autocontrole são relações comportamentais produzidas em ambientes sociais, que (b) envolvem a produção de consequências para o indivíduo e para o grupo e que (c) favorecem diferencialmente o grupo. Também os padrões de resposta concorrentes ou alternativos ao autocontrole e à

assertividade (comportamento impulsivo, no caso do autocontrole e comportamentos agressivo e passivo, no caso da assertividade) compartilham aquelas características, à exceção do favorecimento do grupo. As semelhanças entre o comportamento assertivo e o de autocontrole sugerem que a assertividade constitui uma instância de resposta autocontrolada, bem como os comportamentos agressivo e passivo funcionariam como “instâncias interpessoais” de comportamento impulsivo (p. 301).

No que tange à relação entre comportamentos sociais habilidosos e autocontrole do comportamento alimentar, o estudo de Barbosa (2001), acerca dos efeitos da intervenção clínico comportamental focada no desenvolvimento de habilidades sociais com dois adolescentes obesos, trouxe resultados interessantes, haja vista que, via de regra, a intervenção em casos de obesidade tem como foco o comportamento alimentar.

Barbosa (2001) verificou que em ambos os casos: (i) a ampliação do repertório de respostas socialmente habilidosas teve efeito no comportamento alimentar dos adolescentes, tendo o Cliente 1 estagnado o peso corporal e o Cliente 2 obtido perda significativa do peso; (ii) as contingências no ambiente familiar afetaram o desenvolvimento do processo psicoterapêutico (favorecendo a mudança do comportamento social no Cliente 2 e dificultando no Cliente 1); e, houve o acesso a novas fontes de reforço alternativas à comida. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Cavalcante da Silva e Ferreira (submetido) e reforçam a afirmação de Oliveira e Ribeiro (2013) sobre a influência do ambiente familiar no processo de perda de peso.

Os dados apresentados por Cavalcante da Silva e Ferreira (*submetido*) e Barbosa (2001) indicam a relevância de analisar funcionalmente o repertório de respostas sociais em indivíduos obesos, haja vista a relação entre estas respostas e as respostas de

autocontrole imprescindíveis à emissão de comportamentos incompatíveis com o padrão alimentar anterior à cirurgia.

Isso se torna especialmente relevante quando na análise da literatura sobre as chamadas “consequências psicossociais da cirurgia bariátrica” verifica-se que os estudos realizados são basicamente quantitativos, com metodologia fundada na aplicação de escalas ou testes, que por suas próprias características, não permitem a visualização das contingências as quais os indivíduos estão inseridos, aumentando a probabilidade de que a experiência dos indivíduos seja apenas parcialmente compreendida (Bocchieri, Meana, & Fisher, 2002a; 2002b).

Obesidade e habilidades sociais

A análise da literatura revelou que são poucos os estudos que avaliaram a existência de relação entre obesidade e déficits de habilidades sociais. Contraditoriamente, é extensa a literatura sobre as chamadas consequências sociais da obesidade. Dentre as consequências sociais mais citadas encontramos menor índice de emprego, timidez e problemas de relacionamento afetivo-sexuais (Damiani, Damiani, & Oliveira, 2002; Kerbauy, 1988), o que pode explicar a extensa literatura sobre as consequências psicossociais da cirurgia bariátrica.

Dentre os estudos que investigaram a relação causal entre obesidade e habilidades sociais identificam-se três tendências de interpretação: (a) autores que defendem a existência dessa relação, na medida que intervenções nas habilidades sociais geraram redução no peso corporal (e.g. Barbosa, 2001); (b) autores defendem que pessoas obesas não apresentam diferenças nas habilidades sociais se comparadas à média da população, mas apresentam déficits em habilidades especificamente ligadas a situações sociais alimentares, como a recusa de alimento (e.g. Correia, Del Prette, & Del

Prette, 2004); e, (c) autores defendem não haver qualquer relação entre obesidade e déficits no desenvolvimento de habilidades sociais (e.g. Dierk et al., 2006).

Correia et al. (2004) avaliaram 29 mulheres obesas mórbidas, com média do IMC de 49,99 Kg/m², com idade variando entre 21 e 58 anos de idade, que realizavam tratamento médico e nutricional para a obesidade em um hospital público, com o objetivo de identificar seus principais déficits em habilidades sociais gerais e diante de demandas de alimentação, bem como a influência de características sociodemográficas e de aspectos cognitivos e motivacionais sobre esses déficits. Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados: Inventário de Habilidades Sociais (IHS), questões sobre Habilidades Assertivas na Alimentação (HAA) e um Questionário sobre Obesidade.

Os resultados de Correia et al. (2004) demonstraram que não houve influência de características sociodemográficas nos déficits de habilidades sociais, mas que aspectos motivacionais e cognitivos foram relevantes. Os autores identificaram que as participantes comem mais em situações específicas que envolvem ansiedade, problemas e raiva. Além disso, foi identificado que os motivos que levaram a opção pelo tratamento foram em 96,55% dos casos questões relativas à saúde, 51,73% a necessidade de aceitação dos outros e 41,38% a beleza.

A comparação dos resultados do IHS e do HAA feita por Correia et al. (2004) demonstrou que as mulheres obesas apresentaram déficits principalmente em HAA, sendo semelhantes à amostra normativa feminina do IHS. Para os fins do presente estudo, optamos por detalhar melhor os resultados obtidos no IHS.

Nos fatores F2 (Expressão de sentimento positivo) e F5 (Autocontrole da agressividade), as participantes obtiveram valores médios mais elevados que os da amostra normativa. No fator F2, apenas o item *Agradecer elogios* teve valores abaixo da

amostra normativa, sendo este dado atribuído pelos autores à provável baixa frequência de exposição a elogios, devido ao peso elevado. No fator F5, todas obtiveram valores acima da amostra normativa em todos os itens, o que levou com que os autores hipotetizassem que, por estarem constantemente expostas a situações de crítica e de chacota relacionadas ao peso excessivo, as participantes teriam se dessensibilizado a verbalizações de interlocutores com este cunho.

No fator F1 (Enfrentamento e auto-afirmação com risco), as obesas tiveram média semelhante à da amostra normativa ou mais baixa média nos itens, exceto em quatro itens (*Devolver mercadoria, Lidar com críticas, Manter conversação e Apresentar-se a outra pessoa*), nos quais a média é superior a amostra normativa.

No fator F3, as médias se apresentaram mais baixas nos itens que envolvem assertividade (*Encerrar conversação, Encerrar conversação pelo telefone e Abordar autoridade*). Tais dados levaram os autores a concluir que as mulheres obesas conseguem com frequência apresentar um bom desempenho social. No fator F4 foi detectado que mulheres obesas apresentam muita dificuldade com pessoas desconhecidas e com a auto exposição, principalmente no item *Recusar pedidos*, por demandar maior assertividade.

Dierk et al. (2006) avaliaram as associações entre IMC (kg/m^2), habilidades sociais, apoio social e bem-estar subjetivo em uma amostra de indivíduos obesos. Participaram do estudo 226 adultos obesos, sendo 75 mulheres e 151 homens, da população geral, com faixa etária entre 19 e 74 anos (média de 46,9 anos e desvio padrão de 13.7), IMC médio de 36 (desvio padrão de 5.3). Os instrumentos usados foram: *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) e a *Positive And Negative Affect Scales* (PANAS), para mensuração do bem-estar subjetivo; Social Support Questionnaire F-

SozU, para mensuração do apoio social; e, o *German Insecurity Questionnaire U-24*, para a mensuração das habilidades sociais.

A análise dos resultados mostrou que o apoio social e as habilidades sociais são relevantes preditores do bem-estar subjetivo (com influências independentes e compartilhadas), enquanto o IMC não é, já que os valores obtidos pelos participantes obesos não diferiram de outros grupos de comparação não obesos em seu bem-estar subjetivo ou foram detectadas maiores deficiências em habilidades sociais ou de apoio social. Assim, os autores concluíram que IMC não é o principal determinante de baixo bem-estar subjetivo em obesidade, mas sim as habilidades sociais e o apoio social.

Duchesne et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as habilidades sociais de mulheres obesas diagnosticadas com Transtorno de compulsão alimentar [TCA] (DSM-IV-TR), partindo da hipótese de que obesas com TCA (G1) mostrariam déficits de habilidades sociais, quando comparadas a obesas sem TCA (G2) e a mulheres de peso normal (grupo controle – G3). Os grupos ficaram com 60, 60 e 54 participantes, respectivamente. A média de IMC foi de 38.1kgm² (G1), de 37,9 kgm² (G2) e de 21,4 Kg/m² (G3), com idades variando dentre 20 e 55 anos.

Foram usados quatro instrumentos, dentre eles o IHS (Del Prette et al., 2001) e o Índice de reatividade interpessoal [IRI] de Davis (1980). Este último instrumento mede, por meio de quatro subescalas (*Tomada de perspectiva*, *Preocupação empática*, *Angústia pessoal* e *Fantasia*) de sete itens cada, componentes emocionais e cognitivos da capacidade geral de uma pessoa para a empatia, adaptada para Língua Portuguesa por Koller et al. (2001). Todos os resultados foram analisados estatisticamente.

A análise dos resultados de Dierk et al. (2006) mostrou que as participantes do G1 obtiveram escores significativamente menores que as dos grupos G2 e G3 no fator F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco) e no fator F4 (Auto exposição a

desconhecidos ou a situações novas), não tendo sido encontrada diferença significativa entre os grupos nos demais fatores e nem deles em relação à amostra normativa.

Em suas conclusões de Dierk et al. (2006) afirmaram que mulheres com maior assertividade, melhor capacidade de expressão de sentimentos positivos, maior capacidade de auto exposição a estranhos, bem como com melhor capacidade para tomada de perspectiva, tinham uma menor probabilidade de apresentar o diagnóstico da TCA, enquanto a oportunidade de apresentar TCA foi significativamente maior entre as mulheres que apresentaram níveis mais elevados de angústia pessoal. Além disso, escores menores no fator F1 sugere que mulheres obesas com TCA tem dificuldades em lidar com situações nas quais precisam ser assertivas, incluindo discordar de colegas em um grupo, fazer perguntas no trabalho a fim de melhor compreender o que outra pessoa está explicando, lidar com críticas injustas e com o retorno de mercadoria com defeito para uma loja. Para os autores, isso pode estar associado ao medo de rejeição, o que pode fazer mulheres obesas com TCA evitarem se expor a situações sociais que apresentam um risco potencial. Os escores mais baixos no fator F4 podem indicar também que mulheres obesas com TCA tendem a ser mais cautelosas na tomada de contato social e a se sentir desconfortáveis quando precisam lidar com situações novas envolvendo interações com estranhos.

A exceção de Barbosa (2001), que desenvolveu intervenção junto aos sujeitos e apresentou dados qualitativos em seu estudo, os demais estudos, assim como grande parte da literatura sobre consequências psicossociais da obesidade, adota delineamento quantitativo nas análises (Bocchieri et al., 2002a; 2002b).

Na revisão de literatura aqui apresentada identificaram-se estudos que indicam a existência de déficits de habilidades sociais em obesos (Barbosa, 2001; Correia et al., 2004; Kerbaudy, 1987), que variaram de situações sociais em geral até situações

especificamente ligadas à alimentação. Apesar disso e do fato de a cirurgia bariátrica não alterar todas as variáveis das quais o comportamento social do obeso é função, os estudos sobre “consequências psicossociais” da cirurgia bariátrica identificados, na sua maioria, optaram por delineamentos quantitativos com grandes amostras (Bocchieri et al., 2002a; 2002b), inviabilizando o acesso às contingências, muito significativas na condução do acompanhamento clínico a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

A partir da análise dos dados de um estudo descritivo analítico comportamental, realizado por Cavalcante da Silva e Ferreira (submetido) que identificou a relação entre habilidades sociais e autocontrole do comportamento alimentar e a não identificação de outros estudos com esta abordagem teórica e metodológica.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar os efeitos do Treino de Habilidades Sociais (THS) no comportamento alimentar em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

Objetivos específicos

Caracterizar o comportamento social antes e depois do THS das participantes, por meio da avaliação dos valores obtidos no Inventário de Habilidades Sociais (IHS).

Analisar a frequência e as contingências da emissão dos comportamentos sociais habilidosos identificados como alvo em cada fase do treino.

Comparar o comportamento social das participantes expostas e não expostas ao THS, por meio da avaliação dos valores obtidos no IHS.

Analisar os Índices de Adesão à Dieta (IAD) das participantes expostas ao THS antes, durante e depois do THS.

Comparar os valores do IAD obtidos pelas participantes expostas ao THS com os valores do IAD obtidos pelas participantes não expostas ao THS.

Comparar os valores do IAD obtidos por todas as participantes da pesquisa com os valores obtidos no IHS.

MÉTODO

O estudo utilizou o método sequencial, que representa uma combinação do método longitudinal e do método transversal, permitindo análises comparativas intraparticipante (comparando-se comportamentos ao início e ao final do estudo, segundo delineamento de sujeito como seu próprio controle) e entres duas condições de intervenção (Cozby, 2011). Desta forma, o estudo tomou a forma de uma pesquisa qualiquantitativa.

Participantes

Dez mulheres adultas, com idades entre 18 e 54 anos, com média de 36,3 anos e desvio padrão de 10,9 anos, indicadas à cirurgia bariátrica por equipes da rede de saúde privada especializadas na avaliação e acompanhamento de pacientes no período pré, peri e pós-operatório.

As participantes foram divididas, por ordem de ingresso no estudo, em duas condições: *Condição 1*- Tratamento de rotina (TR) + Treino de Habilidades Sociais (THS), composta por duas participantes (P1 e P2); e, *Condição 2* - Tratamento de rotina (TR), composta por oito participantes (de P3 a P10).

Os critérios para a inclusão das participantes na *Condição 1* foram: (a) estar na fase de exames pré-operatórios à cirurgia bariátrica; (b) ter Índice de Adesão à Dieta (IAD) abaixo de 50%; (c) não ter realizado quaisquer outros procedimentos cirúrgicos contra a obesidade (balão gástrico, por exemplo); e, (d) ter obtido baixos escores em, pelo menos, um dos cinco fatores avaliados no IHS (Del Prette & Del Prette, 2001). Os critérios de exclusão foram o auto relato na Avaliação inicial da presença de quaisquer

tipo de distúrbio ou problema de aprendizagem que dificultasse a compreensão de instruções verbais ou mesmo de síndrome genética.

Os critérios para a inclusão das participantes na *Condição 2* foram: (a) ter realizado a cirurgia bariátrica em um período superior a três meses e inferior a um ano; e, (b) não ter realizado quaisquer outros procedimentos cirúrgicos contra a obesidade (balão gástrico, por exemplo).

Todas as participantes do estudo, independentemente da *Condição*, eram residentes na cidade de Belém-Pará e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexos 1 e 2).

Ambiente

A coleta de dados foi realizada em uma das salas de atendimento da Clínica-escola do Curso de Psicologia de uma Universidade da rede privada, localizada na cidade de Belém-PA.

Instrumentos

(a) *Roteiro de anamnese [RAAna]* (Anexo 3): elaborado com o objetivo de levantar dados acerca das características sociodemográficas, estrutura familiar, história de vida e classificação econômica (www.abep.org.br) das participantes de ambas as *Condições*.

(b) *Roteiro de entrevista sobre comportamento alimentar [RCA]* (Anexo 4): elaborado com o objetivo de obter dados sobre o comportamento alimentar antes e

depois da cirurgia bariátrica, contendo questões acerca da rotina em dias de semana e final de semana, do tipo de alimento e da quantidade ingerida, de situações nas quais a participante frequentemente come em excesso, solicitando a descrição de locais, datas, ambiente social e prováveis consequências observadas. Instrumento aplicado as participantes da *Condição 1*.

(c) *Inventário de Habilidades Sociais* de Del Prette e Del Prette (2001) [*IHS*]: Instrumento autoaplicável composto por 38 itens em forma de frases que descrevem situações sociais em contextos de trabalho, lazer, família e cotidiano, além de ações e/ou sentimentos apresentados nas mesmas. Estas frases descrevem situações sociais com diferentes tipos de interlocutores (como colegas, familiares e superiores) e com demandas para uma diversidade de habilidades (como falar em público, expressar sentimentos e pedir mudança de comportamento). O informante foi instruído, na Folha do Rosto do inventário, a escolher em cada frase a frequência com que faz ou se sente daquela forma, a partir da seleção de uma entre cinco alternativas (A- Nunca ou raramente, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma no máximo 2 vezes; B- Com pouca frequência, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 3 a 4 vezes; C- Com regular frequência, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 5 a 6 vezes; D- Muito frequentemente, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 7 a 8 vezes; E- Sempre ou quase sempre, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 9 a 10 vezes). Estes 38 itens estavam agrupados em cinco escores fatoriais: Fator 1- Habilidades de enfrentamento com risco (11 frases); Fator 2- Habilidades de auto afirmação na expressão de afeto positivo (7 frases); Fator 3- Habilidades de conversação e desenvoltura social (7 frases); Fator 4- Habilidades de auto exposição a desconhecidos ou a situações novas (4 frases); e Fator 5- Habilidades de autocontrole da agressividade em situações aversivas (3 frases). Além das frases

agrupadas por fator, haviam sete frases que compunham o “Itens que não entraram em nenhum fator” (S/F). Os resultados podem ser interpretados considerando-se o escore total, os escores fatoriais e os valores de cada item. O escore total permite uma primeira avaliação da existência de déficits em habilidades sociais no repertório do respondente. Já a análise dos fatores e de itens específicos permite identificar em quais áreas de habilidades específicas os déficits estão localizados. Del Prette e Del Prette (2001) elaboraram e validaram este inventário para a população brasileira, com características psicométricas avaliadas em população de jovens no final da adolescência e adultos. Instrumento aplicado as participantes de ambas as *Condições*.

(d) *Recordatório alimentar de 24 horas adaptado [R24h]* (Anexo 5): roteiro de entrevista adaptado por Nobre (2010), contendo questões solicitando que a participante descrevesse os alimentos ingeridos em um período de 24 horas antecedentes à entrevista, incluindo o tipo e a quantidade de alimento em cada uma de seis refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia e extras); o relato do contexto em que a refeição foi realizada e a descrição dos consequentes imediatos a cada refeição. Este instrumento deve o objetivo de identificar o IAD absoluto por refeição, o IAD médio por *R24h* e a média geral dos três. O IAD absoluto por refeição foi calculado por meio da fórmula: número de itens corretamente ingeridos dividido pela soma do número de itens recomendados com número de itens incorretamente ingeridos. O IAD médio por *R24h* foi calculado pela soma dos IADs absolutos por refeição dividido pelo número de refeições realizadas no *R24h* em análise. Por fim, a média geral dos três IADs foi calculada pela soma dos IADs médios dividido por três.

(e) *Tabela dos itens do IHS, adaptada de Sardinha (2010)[TabI]* (Anexo 6): Instrumento na forma de tabela, com cinco colunas. A primeira coluna correspondia ao

fator ou SF do IHS. A segunda aos itens avaliados no fator ou S/F, divididas em “público” (interlocutores: pessoas do trabalho, da escola ou em relações comerciais) e “privado” (interlocutores: pessoas da família e com quem houvesse relacionamento afetivo-sexual). As colunas 3, 4 e 5 correspondiam às opções de resposta dadas a cada participante: “Já faço”; “não faço, mas poderei fazer” e “será muito difícil fazer”, respectivamente. Instrumento aplicado apenas às participantes da *Condição 1*.

(f) *Formulário de automonitoração da emissão dos itens do THS [FAEI]* (Anexo 7 e 8): Adaptado de Sardinha (2010), este instrumento consistia em uma tabela contendo uma coluna na qual são listados os itens componentes do THS, seguida por sete colunas correspondentes a cada dia da semana nas quais as participantes da *Condição 1* registravam a ocorrência da habilidade-alvo da semana. O formulário foi personalizado para cada participante.

(g) *Formulário para levantamento da emissão dos itens do THS [FALEI]* (Anexo 9 e 10): este instrumento tinha a mesma estrutura do *FAEI*, diferindo apenas por ser preenchido pela pesquisadora, a partir dos relatos da emissão dos itens do THS na semana anterior a sua aplicação feitos pelas participantes da *Condição 1*. O formulário foi personalizado para cada participante, de acordo com os itens que compuseram o THS.

Materiais

(a) *Texto sobre habilidades sociais [TexHS]* (Anexo 11): texto explicativo sobre o conceito de habilidades sociais e sua classificação, adaptado de Sardinha (2010), e tendo como base a literatura da área para as participantes da *Condição 1*.

(b) Texto “Um pouco da vida de Luiza” [*HLuiza*] (Anexo 12): elaborado para este estudo, continha descrições de trechos da vida de uma personagem fictícia (Luiza) no ambiente familiar, no percurso até o local de trabalho e no ambiente de trabalho. Foram destacadas situações onde Luiza apresentava, pelo menos, dois exemplos de cada categoria de habilidades sociais presente na taxonomia de Del Prette e Del Prette (2001), visando treinar as participantes da *Condição 1* à utilização do *FACI*.

Procedimento de coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 14166213.6.0000.0018), a coleta de dados foi iniciada e foi dividida em seis fases: *Avaliação inicial (Fase 1)*; *Avaliação do comportamento alimentar antes do THS (Fase 2)*; *Treino de Habilidades Sociais (Fase 3)*; *Reavaliação do comportamento alimentar após o do THS (Fase 4)*; *Reavaliação do comportamento social após o THS (Fase 5)*; e, *Follow-up (Fase 6)* para as participantes da *Condição 1*. As participantes da *Condição 2* foram expostas apenas a *Avaliação inicial*, realizada após a cirurgia bariátrica.

Fase 1: Avaliação inicial

Esta fase teve como objetivos caracterizar: (i) o perfil sociodemográfico, histórico médico e psicológico; (ii) o repertório de habilidades sociais; e (iii) o

comportamento alimentar das participantes de ambas as *Condições*. Com as participantes da *Condição 1*, foi realizada antes da cirurgia bariátrica, visando caracterizar os participantes do estudo. Com as participantes da *Condição 2*, foi realizada depois da cirurgia bariátrica.

Nesta fase, todas as participantes foram, individualmente, expostas a três instrumentos, nesta sequência: *RAna*, *IHS* e *R24h*. As participantes da *Condição 1* responderam ainda ao *RCA*, aplicado entre o *RAna* e o *IHS*. Estes instrumentos foram aplicados pela pesquisadora, exceto o *IHS* que foi aplicado por um psicólogo integrante da equipe de pesquisa.

Cada instrumento foi aplicado uma única vez, exceto o *R24h* que foi aplicado em três encontros, sendo dois referentes a dias de semana e um referente ao final de semana. Em todos os instrumentos, a resposta da participante foi oral, sendo registrada em áudio e posteriormente transcrita pela pesquisadora, exceto no *IHS* no qual cada participante marcou a opção correspondente à sua resposta na escala entre “A” e “E” do instrumento.

Fase 2: Avaliação do comportamento alimentar antes do THS

Esta fase foi realizada durante o período pós-operatório tardio com as participantes da *Condição 1*, antes do início do THS, quando haviam passado três meses da realização da cirurgia e constou da aplicação de um bloco de três *R24h*.

Fase 3: Treino de Habilidades Sociais

Esta fase foi subdividida em três momentos organizados nessa sequência: (a) Treino de automonitoração da emissão dos itens do *IHS*, (b) Construção da ordem do

Treino de habilidades Sociais (THS) e (c) Automonitoração da emissão dos itens do THS.

(a) *Treino de automonitoração da emissão dos itens do IHS*

A pesquisadora forneceu a participante um texto que explicava o que são e em que categorias estão divididas as habilidades sociais (*TexHS* - Anexo 8), com o pedido de que ele fosse lido até o próximo encontro.

Na sessão subsequente, a pesquisadora e a participante leram o texto para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o conceito de habilidades sociais e suas categorias. A seguir, a pesquisadora entregou à participante o texto “*Um pouco da vida de Luiza*” (HLuiza -Anexo 9) e uma cópia do *FACI* em branco, verbalizando a seguinte instrução:

“Eu vou ler para você uma estória, o nome dela é “Um pouco da vida de Luiza”. Nesta estória vão aparecer várias situações em que Luiza apresenta habilidades sociais. Quando uma habilidade social aparecer na estória eu vou parar a leitura e você deverá marcar um traço em uma das habilidades que estão listadas aqui no formulário (a pesquisadora indicou com o dedo o local do formulário) na direção do dia da semana em que ela ocorreu”.

Antes de iniciar a leitura do texto, foi solicitado que a participante verbalizasse a sua compreensão da instrução. Caso não houvesse correspondência entre a instrução e a descrição da participante, a instrução seria repetida.

Durante a leitura do texto, a pesquisadora registrou as respostas da participante classificando-as como corretas ou incorretas, sem que a participante fosse informada. Ao final, a pesquisadora emitiu reforço social contingente às respostas corretas e fez a correção comentada das respostas incorretas, de modo a esclarecer as dúvidas da participante sobre o conceito de habilidades sociais e suas categorias.

(b) *Construção da ordem do Treino de habilidades Sociais (THS)*

Na primeira sessão desse passo, a pesquisadora entregou a cada participante a *TabI* (Anexo 5), com a seguinte instrução:

Aqui nesta tabela estão as habilidades sociais que estudamos no encontro passado, divididas por categoria. Eu vou ler uma de cada vez e te perguntar se você ‘já faz’, se você ‘não faz, mas poderia fazer’ ou se você ‘acha muito difícil fazer’ (à medida que repetia as opções de resposta a pesquisadora apontava as colunas onde elas estavam dispostas). Você irá escolher uma dessas respostas e marcar na coluna correspondente. Vamos fazer isto com a outra habilidade e assim por diante até completar a tabela toda. Repita para mim o que você irá fazer.

Quando a resposta verbal da participante correspondia a instrução a pesquisadora perguntou à participante: “Combinado?” e quando a participante respondia afirmativamente a construção da Tabela era iniciada. Quando a resposta verbal da participante não correspondia à instrução, a pesquisadora reiniciava a instrução, checava sua compreensão e solicitava o início da construção. Os itens foram avaliados um a um até a tabela estar completamente preenchida.

Na segunda sessão, a pesquisadora apresentou à participante: a) os resultados da aplicação do IHS por meio da folha de apuração preenchida, indicando quais itens estariam abaixo da amostra normativa; e, b) os resultados da *TabI* por meio de uma tabela com os itens para os quais ela havia escolhido as opções ‘não faz, mas poderia fazer’ e ‘seria muito difícil fazer’.

Em seguida, a pesquisadora explicou que, a partir daqueles dados, a participante iria decidir, a cada semana, qual dentre aqueles itens seria alvo de treino, iniciando por

aqueles que ela indicou que ‘não fazia, mas poderia fazer’. Escolhido o item alvo da semana, a participante era orientada a marcar no *FAEI* todas as vezes que emitisse tal item, no dia da semana correspondente, bem como os demais que fossem emitidos, a exemplo do que fizera na avaliação da estória “Um pouco da vida de Luiza”. A pesquisadora finalizava a explicação justificando que esta organização de treino tornaria mais fácil a ampliação de seu repertório de habilidades sociais. A partir dessa justificativa, solicitou que a participante se comprometesse a emitir os itens-alvo durante a semana, aproveitando situações ou mesmo criando situações para isso.

Após o acordo ter sido firmado, foi escolhido o item-alvo da semana e entregue uma cópia do *FAEI* em branco, a fim de que a participante fizesse os registros solicitados.

(c) *Automonitoração da emissão dos itens do THS*

Foram realizadas sessões semanais com cada participante da *Condição 1*, nas quais era feita a análise do *FAEI*, tendo como alvo o item selecionado para o treino em cada semana.

A pesquisadora iniciava cada sessão reforçando positivamente o comportamento da participante de registrar as emissões dos itens do THS no Formulário (reforço social). Em seguida, indicando a linha do formulário correspondente ao item-alvo da semana, pedia para que a participante descrevesse a situação na qual havia emitido aquele item no dia da semana marcado. Durante o relato, fazia perguntas à participante com o objetivo de favorecer a discriminação das contingências relacionadas à emissão do item-alvo, do tipo:

“Você acha que esta situação já se repetiu antes?”; “Você percebe alguma semelhança do que você sentiu/como agiu nesta situação com o que sentiu/agiu na situação que você me relatou antes?”.

No caso de emissões onde a consequência fora aversiva, a pesquisadora fazia sugestões de verbalizações e/ou posturas a serem apresentadas em situações semelhantes, seguida da realização de ensaio comportamental. Isto se repetiu para cada emissão da item-alvo marcada no formulário. Foi realizada a análise também dos outros itens emitidos, usando-se o mesmo procedimento de análise do item-alvo.

Caso o item-alvo da semana não fosse emitido pela participante, a pesquisadora levantava com a participante as possíveis variáveis que dificultaram a emissão do item-alvo. Independentemente da emissão ou não do item-alvo da semana, ao final da sessão era eleito o próximo item-alvo.

Neste passo foram realizadas entrevistas semanais até que todos itens indicados como ‘não faço, mas poderia fazer’ e ‘seria muito difícil fazer’ fossem alvo de treino.

Fase 4: Reavaliação do comportamento alimentar após o do THS

Esta fase foi realizada um mês após a conclusão do THS, exclusivamente com as participantes da *Condição 1*, e constou da aplicação de um bloco de três *R24h* e do *RCA*.

Fase 5: Reavaliação do comportamento social após o do THS

Esta fase ocorreu um mês após a conclusão do THS e logo após a *Reavaliação do comportamento alimentar após o do THS*. Constou de reaplicação do IHS após a conclusão do *THS*, necessariamente após intervalo mínimo de seis meses a contar da primeira aplicação do instrumento.

Fase 6: Follow-up

Cinco meses após a *Reavaliação* foram realizadas três sessões com cada participante da *Condição 1* para avaliar a manutenção dos ganhos obtidos com o *THS*. Na primeira sessão foi solicitado que a participante descrevesse os itens do IHS emitidos na semana anterior à sessão. Tais comportamentos foram registrados pela pesquisadora no *FALEI*. Além disso, foi aplicado o *R24h*. Outras duas sessões foram realizadas para registro exclusivo do *R24h*, totalizando um bloco de três *R24h*.

A Tabela 1 demonstra o Fluxo do procedimento de coleta de dados tomando como referência a fase/ passo do procedimento, a variável avaliada e o(s) instrumento(s) utilizado(s) na *Condição 1* do estudo.

Tabela 1. *Fluxo do procedimento de coleta de dados para cada participante da Condição 1*

Fase do Procedimento	Variável avaliada	Instrumentos
Fase 1. Avaliação inicial	Perfil sociodemográfico	<i>RA_{na}</i>
	Histórico médico e psicológico	<i>RA_{na}</i>
	Comportamento social	<i>IHS</i>
	Comportamento alimentar	<i>RCA</i> <i>R24h</i>
Fase 2. Avaliação do comportamento alimentar antes do THS	Comportamento alimentar	<i>R24h</i>
Fase 3. Treino de habilidades sociais (THS)	- <i>Treino de automonitoração da emissão dos itens do THS</i>	<i>TexHS</i> <i>HLuiza</i> <i>FAEI</i>
	- <i>Construção da ordem do THS</i>	<i>TabI</i> <i>FAEI</i> <i>Folha de apuração IHS</i>
	- <i>Automonitoração da emissão dos itens do THS</i>	<i>FAEI</i>
Fase 4. Reavaliação do comportamento alimentar após o do THS	Comportamento alimentar	<i>R24h + RCA</i>
Fase 5. Reavaliação do comportamento social após o THS	Comportamento social	<i>IHS</i>
Fase 6. <i>Follow up</i>	Comportamento social	<i>FAEI</i>
	Comportamento alimentar	<i>R24h</i>

Procedimento de análise de dados

Os dados coletados foram divididos e analisados por grupo de variável estudada, recebendo tratamento analítico diferenciado de acordo com o instrumento de coleta utilizado e o seu objetivo.

Comportamento social

Na Fase 1 *Avaliação inicial* foram identificados os escores fatoriais obtidos por cada participante nos cinco fatores do IHS e comparados com os valores da amostra normativa feminina, antes da realização do THS. Adicionalmente, analisou-se e comparou-se com os valores da amostra normativa os valores das respostas dadas para cada um dos 38 itens componentes do IHS, inclusive os que não estão incluídos nos cinco fatores do instrumento. Tal análise subsidiou no caso das participantes da *Condição 1*, a construção do THS, e no caso das participantes da *Condição 2*, a comparação com o repertório das participantes da *Condição 1*, que diferentemente delas foram expostas ao THS.

No Fase 3 *Treino de Habilidades Sociais* foi realizada a mensuração da frequência e a caracterização das contingências onde ocorreram os itens do THS registrados no *FAEI* pela participante, considerando o tipo de ambiente onde foram emitidas (“público” ou “privado”) e identificando o interlocutor de cada uma delas. Na Fase 5 *Reavaliação do comportamento social* após o THS repetiu-se o procedimento de análise da Fase 1 *Avaliação inicial* e comparou-se os resultados obtidos pelas participantes expostas ao THS (*Condição 1*) e não expostas ao THS (*Condição 2*). Por fim, na Fase 6 *Follow up* repetiu-se o procedimento de análise da Fase 3, visando identificar a estabilidade dos repertórios adquiridos após o fim do THS.

Para fins de análise, as emissões dos itens do THS foram classificadas como bem-sucedidas e malsucedidas. Partindo do conceito de assertividade de Rich e Schoroeder (1976), classificou-se emissão bem-sucedida quando a consequência produzida foi a manutenção ou o aumento do reforçamento positivo de origem social. As emissões malsucedidas, ao contrário, produziram como consequência a apresentação de punição positiva ou negativa à participante.

Comportamento alimentar

O comportamento alimentar foi avaliado ao longo das Fases 1, 2, 4 e 6 para as participantes da *Condição 1* e na Fase 1 para as participantes da *Condição 2*.

Na Fase 1, foi aplicada a fórmula do IAD (Nobre, 2010), tomando como referência o Plano alimentar específico da participante em análise, visando identificar o IAD de cada refeição e o IAD médio por Recordatório analisado. Para as participantes da *Condição 1*, realizou-se ainda a análise do RCA, visando identificar as contingências das ingestões excessivas de alimento. Nas Fases 2, 4 e 6 reaplicou-se a fórmula do IAD em todos os recordatórios com os mesmos objetivos da Fase 1. Com base nos dados do IAD, comparou-se o IAD médio de cada fase do estudo.

Por fim, comparou-se os resultados do IAD médio das participantes não expostas ao THS (*Condição 2*) com o das expostas ao THS (*Condição 1*), tomando como referência os dados obtidos nas Fases 2, 4 e 6 dessas últimas.

Comparações entre as variáveis avaliadas

Foram traçadas comparações entre os IAD e os escores fatoriais e os valores por item do IHS: 1) por participante em diferentes fases do estudo; 2) por participantes expostos a mesma Condição do estudo; 3) por participantes expostos a diferentes Condições do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção está estruturada de forma a apresentar inicialmente a caracterização geral de todas as participantes, quanto aos seus dados sociodemográficos e clínicos. A seguir os dados da ontogênese e dos comportamentos social e alimentar serão apresentados por *Condição* de estudo. Por fim, são traçadas análises intersujeitos em *Condições* diferentes, visando avaliar os efeitos da presença (*Condição 1*) ou da ausência (*Condição 2*) do THS sobre o comportamento alimentar das participantes desse estudo.

Caracterização geral das participantes

A análise da Tabela 2 revela que o nível socioeconômico das participantes variou de A2 a C1, sendo a maioria casada (6/10) e com ensino superior completo (5/10). O tempo de cirurgia variou entre quatro a onze meses.

A análise da Tabela 2 revela que, exceto P9, as demais participantes relataram ter ou ter dito transtornos psicológicos (transtornos de humor como a depressão e transtornos de ansiedade). Apesar disso, apenas 5/10 realizaram psicoterapia antes da cirurgia bariátrica, sendo que das quais apenas três o fizeram como parte das exigências para obter o laudo psicológico de liberação à cirurgia. Após a cirurgia apenas duas das participantes (P2) continuaram o processo psicoterápico: P2 que já realizava psicoterapia há 9 anos e P8 que iniciou o processo como requisito para a cirurgia.

Com relação a IMC, verificou-se que a maioria (6/10) era obesa mórbida antes a cirurgia. Todas as dez participantes relataram a presença de doenças associadas à obesidade (problemas articulares, hipertensão por exemplo). Após a cirurgia, apenas

duas já haviam obtido o IMC normal, enquanto duas participantes ainda permaneciam obesas (obesidade tipo 1).

Tabela 2. *Dados sociodemográficos, clínicos e distribuição das participantes por Condição do estudo*

CARACTERÍSTICAS	PARTICIPANTES									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Condição do estudo	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Idade	30	53	46	28	37	35	18	31	31	54
Escolaridade	ESC	ESC	ESC	ESC	EMC	EMC	ESI	ESI	ESI	ESC
Nível socioeconômico	C1	A2	B2	A2	B1	B1	C1	A2	B2	B1
Estado civil	Solteira	Casada	Casada	Solteira	Casada	União estável	Solteira	Solteira	Casada	Casada
Tempo de cirurgia no início do estudo	---	---	10 meses	4 meses	7 meses	8 meses	11 meses	10 meses	9 meses	11 meses
Doenças associadas à obesidade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Transtornos psicológicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Psicoterapia antes da cirurgia/ Tempo	Não	Sim/9 anos	Não	Não	Não	Sim/ 3 meses	Sim/ 3 meses	Sim/4 meses	Não	Sim/1 ano
Psicoterapia depois da cirurgia/ Tempo	Não	Sim/1 ano	Não	Não	Não	Não	Não	Sim/ 10 meses	Não	Não
IMC antes da cirurgia	35,4	46,20	38,36	37,83	41,55	45,34	44,61	46,10	46,06	35,81
IMC na inclusão no estudo	35,4	46,20	26,17	25,71	24,15	32,38	33,09	29,37	27,99	24,38
IMC ao final do estudo	26,25	28,72	26,17	25,71	24,15	32,38	33,09	29,37	27,99	24,38

Nota: ESC= ensino superior completo; EMC= ensino médio completo; ESI = ensino superior incompleto

Condição 1

Avaliação inicial

Perfil sociodemográfico, histórico médico e psicológico

Participante P1:

P1 tinha 30 anos de idade, era solteira, graduada em Letras, professora de Educação básica e de Educação técnica, morava com a mãe, a avó e a irmã adotiva em um distrito na periferia da cidade, tendo nível socioeconômico C1 (ABEP, 2011).

No início da pesquisa, P1 estava com IMC 35,4 (obesidade grau II), era hipertensa e relatou ter usado por seis anos, por recomendação médica, medicações para controle hormonal por conta do hipotireoidismo. Os problemas de saúde relatados por P1 tiveram contribuição efetiva em sua decisão pela cirurgia bariátrica, sobretudo a hipertensão, já que esta é uma doença familiar e seu pai havia falecido há cinco anos de infarto agudo do miocárdio, estando ele à época “acima do peso”.

P1 relatou ter ficado acima do peso desde a adolescência. A partir de então, e até os 25 anos de idade, realizou dietas sem orientação profissional e usou remédios para regular o apetite, indicados por endocrinologista. Neste período apresentou perda-reganho de peso (efeito sanfona).

No mesmo período, P1 relatou ter apresentado depressão, alucinações, delírios persecutórios e isolamento social, bem como ter realizado quatro tentativas de suicídio (entre os 19 e 24 anos de idade) por ingestão de medicamentos e/ou veneno. Como motivos para as tentativas de suicídio elencou: o uso dos remédios controlados; a frustração das expectativas em relacionamentos afetivo e sexual; e as dívidas contraídas desde os 18 anos devido a compras compulsivas. O uso de remédios controlados foi apontado por P1 como o principal agente gerador das tentativas de suicídio, tendo

interrompido seu uso sem acompanhamento médico, época em que teve aumento significativo do apetite e ganho de peso.

Aos 17 anos, P1 realizou algumas sessões de psicoterapia, por imposição da mãe, visando também reduzir as insônias, o comportamento agressivo com a mãe e as constantes pichações em seu quarto. P1 abandonou o atendimento psicoterápico por ser “basicamente de escuta e com pouca interação”. Não fez nova tentativa de psicoterapia depois que se envolveu mais ativamente nas atividades religiosas em uma igreja, quando interrompeu o uso de remédios. Desde então, P1 permanece envolvida em atividades religiosas, sendo, inclusive, líder de alguns grupos.

P1 se descreveu como alguém muito ansiosa, a ponto de os episódios mais intensos de ansiedade serem acompanhados por disidrose², aumento de apetite e hiperfagia, seguida de arrependimento. Como exemplo de situações anseógenas, P1 citou ocasiões em que sentia o peso da responsabilidade da ascensão profissional (associada a cobranças profissionais), o que fazia com que pensasse sobre “se estava dando o melhor de si”. Por outro lado, relatou que quando estava apaixonada e seu relacionamento era feliz, o seu apetite reduzia significativamente. Como motivo para realizar a cirurgia bariátrica apontou a hipertensão, já que seu pai faleceu precocemente por conta desse problema.

Participante P2:

A participante P2 tinha 53 anos de idade, era casada, graduada em Direito, estudante de Psicologia, funcionária pública aposentada, morava com o marido, o filho caçula e um neto (filho de sua filha mais velha) que, no momento da pesquisa, passava

² Doença de causa desconhecida que se apresenta através da erupção de bolhas nos pés e nas mãos geradas provavelmente devido à retenção de sudorese entre as células da epiderme. Com causa desconhecida.

temporada em sua casa localizada em um bairro do centro da cidade. Seu nível socioeconômico era A2 (ABEP, 2011).

No início da pesquisa, P2 estava com IMC 46,20 (obesidade grau III), era hipertensa e tinha glaucoma, arritmia cardíaca, glicose limítrofe, problemas articulares nos joelhos e tendinite na mão direita. Como motivo para realizar a cirurgia bariátrica apontou a piora geral em sua saúde (hipertensão e problemas articulares).

A participante P2 relatou ter se percebido acima do peso ideal primeiramente na adolescência (o que foi controlado com exercícios físicos) e depois na primeira gravidez, quando enfrentou uma crise no primeiro casamento chegando a engordar 25 kg. Após a separação do primeiro marido, perdeu 30 quilos realizando atividades físicas, dietas sob supervisão de uma nutricionista e abdominoplastia. Após seis meses, casou-se novamente e reiniciou o reganho de peso. Para P2, se parasse de fazer dietas poderia comer a comida hipercalórica feita pelo marido e não teria que lidar com as crises de ciúme dele, além de evitar o assédio de outros homens, o que a deixava muito constrangida.

A participante P2 referiu a ocorrência de depressão leve em duas situações: uma relacionada a problemas no trabalho e a outra relacionada à crise conjugal com o primeiro marido. Foi diagnosticada por um médico psiquiatra com Síndrome do estresse pós-traumático após a morte repentina da mãe, ocasião que usou medicação antidepressiva. P2 iniciou psicoterapia há aproximadamente nove anos, por conta da fuga de casa da filha mais velha e por problemas no trabalho, permanecendo com este atendimento semanal com a mesma psicóloga durante a coleta de dados desta pesquisa.

Os dados referentes à caracterização das participantes da *Condição 1* foram coerentes com as afirmações de Brantley et al. (2014) e de Nishiyama et al. (2007) sobre os problemas de saúde serem os principais motivos para a realização da cirurgia

bariátrica. Além disso, os relatos confirmaram a satisfação de critérios de indicação à cirurgia bariátrica como o tempo de doença, o fracasso dos tratamentos convencionais para redução de peso, a presença de comorbidades e a idade (SBCMB, 2006). Destacam-se também a presença de problemas psicológicos comuns em pessoas obesas e até tentativas de suicídio, referidos por autores com Swencionis e Rendell (2012).

Comportamento social

Os resultados obtidos pela participante P1, na primeira aplicação do IHS, estão apresentados na Figura 1. Esta participante obteve escores fatoriais superiores aos da amostra normativa em todos fatores, exceto no fator F5 (Autocontrole da agressividade). Neste fator, P1 obteve escores abaixo da amostra normativa e acima do desvio padrão, em dois dos três itens mensurados (Lidar com críticas dos pais e Lidar com chacotas).

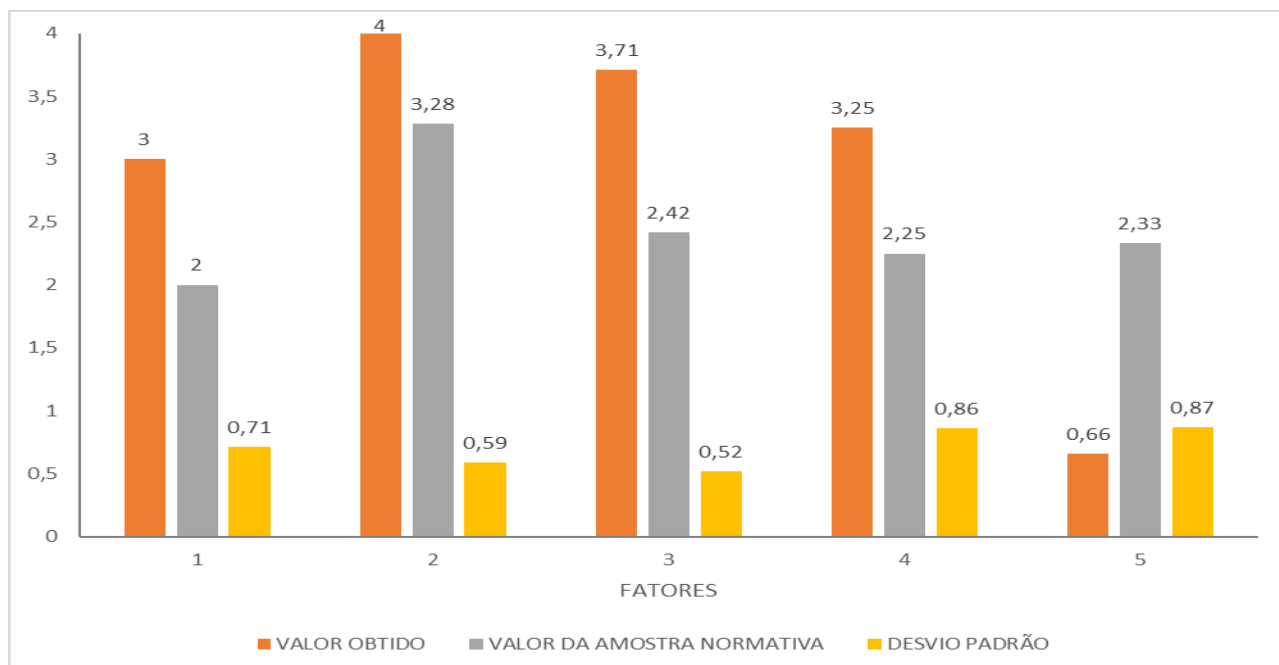


Figura 1. Comparação dos valores obtidos por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira aplicação do IHS com P1.

A análise das respostas de P1 ao IHS indicou ainda que, embora os valores absolutos nos fatores F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco), F3 (Conversação e desenvoltura social) e F4 (Auto exposição a desconhecidos e situações novas) não tenham sido indicadores de déficits, em alguns itens desses fatores, P1 apresentou escores abaixo da amostra normativa. Tais itens foram: Abordar para relação sexual (F1); Pedir favores a colegas (F3) e Pedir favores a desconhecidos (F4). Além desses, P1 também apresentou valores abaixo da amostra normativa no item Pedir ajuda a amigos (SF). Após essa análise, o número de itens com escores abaixo da amostra normativa totalizou em seis, como está demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. *Comparação das respostas de P1 com os valores da amostra normativa e desvio padrão de cada item do IHS na primeira aplicação do IHS*

Fator	Item	Valor da amostra normativa / Desvio padrão	Valor da resposta de P1
F1 (enfrentamento e autoafirmação com risco)	Devolver mercadoria defeituosa	3,10 (1,12)	4
	Discordar do grupo	2,70 (1,29)	3
	Lidar com críticas injustas	2,76 (1, 32)	4
	Fazer perguntas a conhecidos	2,71 (1,25)	3
	Declarar sentimento amoroso	2,01 (1,38)	4
	Discordar de autoridade	1,77 (1,28)	2
	Falar a público conhecido	1,88 (1,46)	4
	Cobrar dívida de amigo	1,62 (1,43)	2
	Manter conversar com desconhecidos	1,61 (1,22)	4
	Abordar para relação sexual	0,95 (1,21)	0
	Apresentar-se para outra pessoa	0,92 (1,19)	3
F2 (autoafirmação na expressão de sentimento positivo)	Agradecer elogios	3,43 (0,89)	4
	Elogiar familiares	3,38 (1,00)	4
	Participar de conversação	3,32 (1,01)	4
	Expressar sentimento positivo	3,36 (0,98)	4
	Defender outrem em grupo	2,84 (1,07)	4
	Elogiar outrem	2,78 (1,13)	4
	Expressar sentimento positivo	2,57 (1,30)	4
F3 (conversação e desenvoltura social)	Encerrar conversação	3,04 (1,05)	4
	Pedir favores a colegas	2,86 (1,12)	2
	Manter conversação	1,18 (1,10)	4
	Reagir a elogio	2,78 (1,18)	4
	Recusar pedidos abusivos	2,25 (1,36)	4
	Encerrar conversa ao telefone	2,59 (1,36)	4
	Abordar autoridade	2,08 (1,30)	4
F4 (auto exposição a desconhecidos e	Fazer perguntas a desconhecidos	2,57 (1,22)	4
	Pedir favores a desconhecidos	2,51 (1,37)	1
	Falar a público desconhecido	2,14 (1,50)	4

situações novas)	Falar a público conhecido	1,88 (1,46)	4
F5	Lidar com críticas dos pais	2,53 (1,32)	0
(autocontrole da	Lidar com chacotas	2,34 (1,22)	2
agressividade)	Cumprimentar desconhecidos	2,33 (1,36)	4
	Negociar uso de preservativo	2,95 (1,38)	4
	Pedir mudança de conduta	2,90 (1,29)	4
Itens que não	Lidar com críticas justas	2,69 (1,19)	4
entraram em	Expressar desagrado a amigos	2,26 (1,37)	4
nenhum fator	Pedir ajuda a amigos	2,67 (1,32)	2
	Recusar pedido abusivo	1,93 (1,27)	4
	Interromper a fala do outro	1,76 (1,30)	3

Os resultados obtidos pela participante P2 na primeira aplicação do IHS estão expostos na Figura 2. Esta obteve escores fatoriais iguais ou superiores aos da amostra normativa em todos os fatores, exceto no F3 (Conversação e desenvoltura social). Neste fator, P2 obteve escores abaixo da amostra normativa e acima do desvio padrão, em quatro os sete itens mensurados (Encerrar conversação, Abordar autoridade, Pedir favores a colegas e Encerrar conversação pelo telefone).

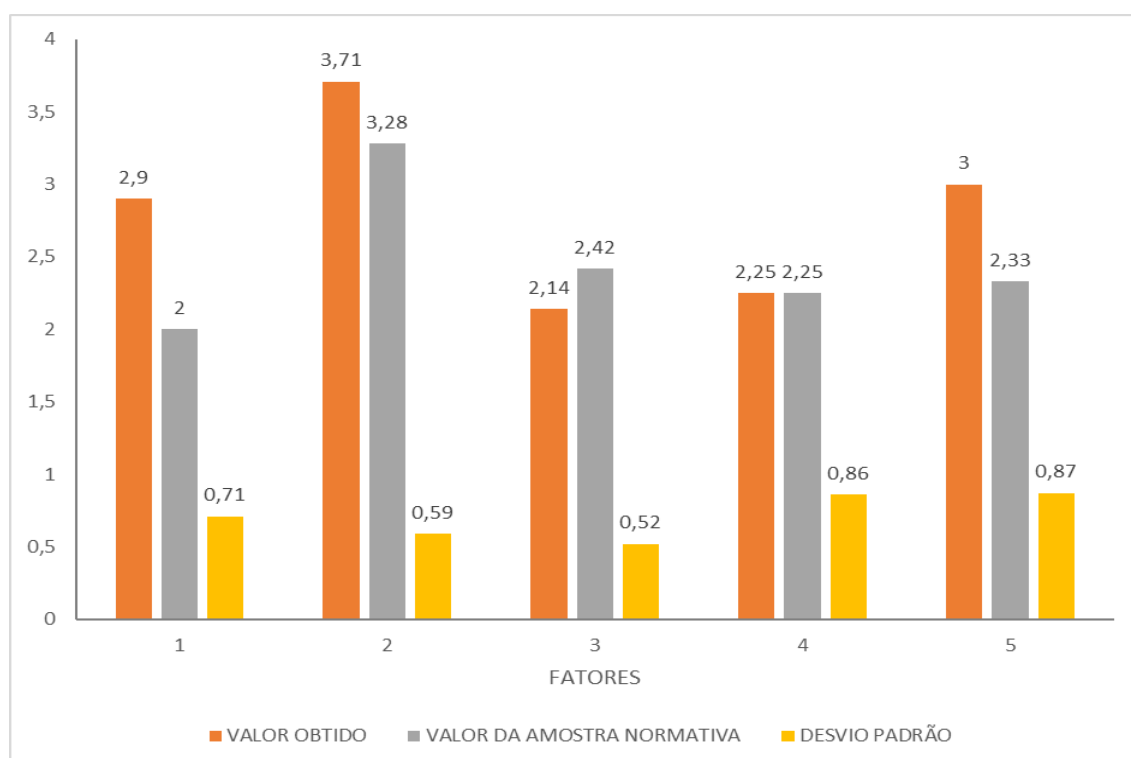


Figura 2. Comparação do desempenho por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira aplicação do IHS com P2.

A análise das respostas de P2 ao IHS indicou ainda que, embora os escores nos fatores F1, F2, F4 e F5 não tenham indicado déficits, em alguns itens desses fatores, P2 apresentou escores abaixo da amostra normativa. Estes itens foram: Devolver mercadoria defeituosa (F1), Lidar com críticas injustas (F1), Participar de conversação (F2), Fazer perguntas a desconhecidos (F4), Pedir favores a desconhecidos (F4), Falar a público desconhecido (F4) e Lidar com críticas dos pais (F5). Além desses, os itens Negociar o uso de preservativo (SF), Expressar desagrado a amigos (SF), Pedir ajuda a amigos (SF) e Recusar pedido abusivo (SF) também apresentaram escores abaixo da amostra normativa. Após essa análise, o número de itens com escores abaixo da amostra normativa totalizou quinze para P2, como está demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. *Comparação das respostas de P2 com os valores da amostra normativa e desvio padrão de cada item do IHS na primeira aplicação do IHS*

Fator	Item	Valor da amostra normativa / Desvio padrão	Valor da resposta de P2
F1 (enfrentamento e autoafirmação com risco)	Devolver mercadoria defeituosa	3,10 (1,12)	2
	Discordar do grupo	2,70 (1,29)	4
	Lidar com críticas injustas	2,76 (1, 32)	2
	Fazer perguntas a conhecidos	2,71 (1,25)	4
	Declarar sentimento amoroso	2,01 (1,38)	3
	Discordar de autoridade	1,77 (1,28)	3
	Falar a público conhecido	1,88 (1,46)	4
	Cobrar dívida de amigo	1,62 (1,43)	3
	Manter conversar com desconhecidos	1,61 (1,22)	3
	Abordar para relação sexual	0,95 (1,21)	1
	Apresentar-se para outra pessoa	0,92 (1,19)	3
F2 (autoafirmação na expressão de sentimento positivo)	Agradecer elogios	3,43 (0,89)	4
	Elogiar familiares	3,38 (1,00)	4
	Participar de conversação	3,32 (1,01)	3
	Expressar sentimento positivo	3,36 (0,98)	4
	Defender outrem em grupo	2,84 (1,07)	3
	Elogiar outrem	2,78 (1,13)	4
	Expressar sentimento positivo	2,57 (1,30)	4
F3 (conversação e desenvoltura social)	Encerrar conversação	3,04 (1,05)	1
	Pedir favores a colegas	2,86 (1,12)	1
	Manter conversação	1,18 (1,10)	3
	Reagir a elogio	2,78 (1,18)	3
	Recusar pedidos abusivos	2,25 (1,36)	4
	Encerrar conversa ao telefone	2,59 (1,36)	1
F4	Abordar autoridade	2,08 (1,30)	2
	Fazer perguntas a desconhecidos	2,57 (1,22)	2

(auto exposição a desconhecidos e situações novas)	Pedir favores a desconhecidos	2,51 (1,37)	1
	Falar a público desconhecido	2,14 (1,50)	2
	Falar a público conhecido	1,88 (1,46)	4
F5 (autocontrole da agressividade)	Lidar com críticas dos pais	2,53 (1,32)	2
	Lidar com chacotas	2,34 (1,22)	4
	Cumprimentar desconhecidos	2,33 (1,36)	3
Itens que não entraram em nenhum fator	Negociar uso de preservativo	2,95 (1,38)	2
	Pedir mudança de conduta	2,90 (1,29)	3
	Lidar com críticas justas	2,69 (1,19)	3
	Expressar desagrado a amigos	2,26 (1,37)	1
	Pedir ajuda a amigos	2,67 (1,32)	1
	Recusar pedido abusivo	1,93 (1,27)	1
	Interromper a fala do outro	1,76 (1,30)	2

A comparação dos resultados destas duas participantes demonstrou que tanto P1 quanto P2 apresentaram escores superiores à amostra normativa no fator F2 (Autoafirmação na expressão de sentimento positivo). Este dado também foi encontrado por Correia et al. (2004), embora suas participantes tenham apresentado escores elevados também no fator F5 (Autocontrole da agressividade), o que não foi encontrado nos escores da participante P1. A exposição das participantes a comunidades que reforçam a expressão desse tipo de sentimento pode ter funcionado como variável crítica à emissão das respostas que compõem esse fator, haja vista que P1 tinha ativa participação em seguimento religioso e P2 estava realizando o curso de Psicologia.

Embora os fatores com maior déficit tenham sido diferentes para P1 e P2 (F5 e F3, respectivamente), a análise de suas respostas ao IHS indicou déficits nos itens Pedir favores a colegas (F3), Pedir favores a desconhecidos (F4), Lidar com críticas dos pais (F5) e Pedir ajuda a amigos (SF). Dificuldades em itens dos fatores F1 e F4, já haviam sido identificados em mulheres obesas com diagnóstico de Transtorno de compulsão alimentar (Duchesne et al., 2012). Estes dados indicaram a necessidade de o THS focalizar a instalação dos comportamentos de Pedir favores/ajuda e de Lidar com críticas em ambas as participantes da *Condição 1*.

Comportamento alimentar

Ambas as participantes apresentavam antes de realizarem a cirurgia bariátrica um padrão alimentar semelhante, caracterizado pela elevada ingestão de alimentos hipercalóricos, como pizzas, sanduiches e doces.

Identificou-se também a frequente supressão de refeições (baixo fracionamento), tanto em dias de semana, quanto em finais de semana. Um aspecto que contribuiu para o baixo fracionamento das refeições foi a supressão diária de uma refeição no caso de P1 e de duas refeições no caso de P2, totalizando três e seis refeições suprimidas durante a fase de Avaliação Inicial, respectivamente. A análise das contingências nas quais as supressões de P1 ocorreram revelou que duas delas tiveram lugar fora do domicílio e estiveram relacionadas aos horários de atividades profissionais ou religiosas, enquanto a terceira ocorreu no domicílio, após ingesta excessiva em passeio com amigos. A análise das contingências no caso de P2 relevou que todas as supressões ocorreram em domicílio, em sua maioria devido ao início tardio da alimentação diária e/ou a ingestão de grande volume de comida hipercalórica na refeição anterior.

Com relação às situações de elevada ingesta, identificou-se no relato da participante P1 duas situações: Situação 1 - problemas nos relacionamentos afetivo-sexuais, gerados sempre que o namorado se comportava diferente das expectativas de P1; e Situação 2 – encontros com os amigos em sua casa, em shoppings ou em pizzarias nos finais de semana. Na Situação 1, P1 relatou sentir raiva, tristeza e vontade de chorar e que não se permitia chorar, devido ser uma líder religiosa e “as pessoas não esperavam isso de mim”, bem como acreditar que “Se eu comer tudo vai passar, todos os meus problemas vão acabar”. Na Situação 2, P1 relatou sentir-se muito feliz e assim não

conseguia resistir à oferta de comidas “tão gostosas”, afirmando inclusive “eu associo a comida com os amigos”.

Com relação às situações de elevada ingesta, também se identificou no relato da participante P2 duas situações: Situação 1 – refeições preparadas pelo marido nos finais de semana; e Situação 2 – passeios com o neto para lanchonetes. Na Situação 1, P2 relatou que apreciava muito a comida do marido e que, no passado, quando recusou ingerir a comida feita por ele isso gerou conflitos entre o casal. P2 afirmou que acreditava que se não pudesse ingerir mais essa comida seu casamento “estaria em risco [de dissolução]”. Na Situação 2, P1 relatou se sentir obrigada a consumir os alimentos disponíveis já que “estava ocupando um lugar [no estabelecimento comercial]”.

A análise do comportamento de comer excessivamente de P1 e P2 nas situações de alta ingestão indicou que esse comportamento teve função de fuga-esquiva de contingências aversivas presentes ou prováveis (Situação 1 em P1 e Situações 1 e 2 em P2), excetuando-se a Situação 2 em P1. Tais dados são coerentes com as afirmações de Cavalcante (2009) sobre as funções do comportamento de comer excessivamente em indivíduos obesos.

A avaliação do comportamento alimentar de P1 e P2, por meio dos *R24h* na semana que antecedeu a cirurgia bariátrica, demonstrou que ambas mantiveram o mesmo padrão alimentar. No caso de P1, devido a mesma não ter atingido o IMC compatível com a Obesidade Tipo III, não lhe foi entregue qualquer plano alimentar. Por conta disso, não foi possível realizar o cálculo do IAD de P1 na *Avaliação inicial*. Destacou-se também em seu relato, a realização de uma refeição, classificada por ela como uma “despedida alimentar”, composta de grandes quantidades de alimentos hipercalóricos, dias antes da realização da cirurgia, realizada em um shopping.

No caso de P2, o plano alimentar foi entregue, segundo ela afirmou, “apenas como uma formalidade do processo pré-cirúrgico”, não tendo assumido nenhum controle sobre seu comportamento alimentar nessa Fase. O cálculo dos IADs revelou baixos valores absolutos por refeição, devido a ocorrência apenas de adesão parcial em duas refeições. A média geral dos três IADs desta fase foi 1,66%, como está demonstrado na Tabela 5. P2 declarou ter usado os dias anteriores a cirurgia para se “despedir” da quantidade de alimentos hipercalóricos que ingeria habitualmente.

Tabela 5. *IADs absolutos por refeição, IADs médio por R24h e média geral de IAD por Fase 1 (Avaliação inicial) de P2*

Refeição	Fase 1		
	1ºR24h	2ºR24h	3ºR24h
Café da manhã	0	0	0
Lanche Manhã	X	X	X
Almoço	10	0	0
Lanche tarde	X	0	X
Jantar	20	0	0
Ceia	0	X	0
Média por R24h	5	0	0
Média por Fase	1,66		

Nota: X – refeição não realizada.

Ambas as participantes alegaram ter sido recomendadas, por membros das equipes de saúde que as atenderam, a alterar seu padrão alimentar apenas no dia que antecederia a cirurgia, já que após a cirurgia isso não seria mais possível.

Resguardadas as idiosincrasias no comportamento alimentar de P1 e P2, é possível identificar que ambas: (i) realizaram dietas sem orientação de nutricionistas, motivadas pela percepção de elevado peso corpóreo desde a adolescência; (ii) não realizavam planejamento alimentar, o que levou a um baixo fracionamento na alimentação diária, gerado pela supressão de algumas refeições; (iii) apresentavam

preferência por alimentação hipercalórica; e (iv) apresentavam a resposta de comer excessivamente em contingências que envolviam relacionamento afetivo-sexuais.

Tais dados são coerentes com as afirmações de Magno et al. (2014) e Vieira et al. (2014) sobre o comportamento alimentar de indivíduos obesos, bem como sobre a importância dos relacionamentos afetivo-sexuais no ganho e manutenção do peso excessivo (Oliveira & Ribeiro, 2013).

Além disso, identificou-se no relato das participantes que as mesmas foram orientadas por membros das equipes que as atenderam a manter os mesmos padrões alimentares antes da cirurgia. Esta recomendação foi claramente seguida por elas, haja vista que ambas realizaram a ingestão excessiva de alimentos hipercalóricos em refeições classificadas como “despedidas alimentares”. Tal dado não encontra amparo na literatura sobre a intervenção nutricional no período pré-operatório, principalmente se considerarmos o papel dessa intervenção na promoção de hábitos alimentares importantes para a ocorrência de um pós-cirúrgico tardio bem-sucedido (Magno et al., 2014).

Avaliação do comportamento alimentar antes do THS

No momento da realização dessa fase, ambas as participantes estavam com três meses de cirurgia e apresentaram plano alimentar composto por uma nutricionista (P1) ou por um nutrólogo (P2), integrante da equipe de saúde que realizava o acompanhamento desde o período pré-operatório.

A análise da Tabela 6 revela que, a exemplo do que ocorreu na fase anterior, a adesão à dieta esteve abaixo de 50% nas refeições realizadas por P1 e P2, excetuando-se duas refeições realizadas por P1 (1ªR24h- lanche da tarde e 2ªR24h – almoço). Identificou-se uma redução no número de refeições suprimidas por P2 em relação à fase

anterior, passando de seis para duas refeições, o mesmo não tendo ocorrido com P1, que manteve o mesmo número supressões.

Tabela 6. *IADs absolutos por refeição, IADs médio por R24h e média geral de IAD na Fase 2 (Avaliação do comportamento alimentar antes do THS) de P1 e P2*

Refeição	IAD (%)					
	P1			P2		
	1ºR24h	2ºR24h	3ºR24h	1ºR24h	2ºR24h	3ºR24h
Café da manhã	0	0	0	40	40	40
Lanche da manhã	0	0	0	0	X	0
Almoço	40	50	X	0	12,25	40
Lanche da tarde	100	0	0	0	0	X
Jantar	0	0	0	30	0	0
Ceia	0	X	X	0	0	0
Média por R24h	23,33	16,66	0	12,44	10,45	11,42
Média geral	13,33			11,44		

Nota: X - refeição não realizada.

A análise das contingências do comportamento alimentar de P1 revelou que a supressão de refeições passou a ocorrer mais em domicílio, após a ingestão de comida hipercalórica na refeição anterior realizada fora de casa na companhia do namorado ou dos amigos. Novamente, foi identificada a supressão de refeições por conta do horário das atividades profissionais, o que não ocorreu mais no que tange às atividades religiosas, já que P1 passou a levar o próprio alimento para consumir na igreja, embora o mesmo ainda se tratasse de alimento industrializado (inadequado segundo o plano alimentar). Outro aspecto que chamou a atenção foi a manutenção da ingestão de alimentos hipercalóricos, como pizzas e sanduíches. No entanto, verificou-se também a inclusão de alimentos com redução calórica em sua alimentação, tais como queijos e iogurte *lights*.

A análise das contingências do comportamento alimentar de P2 revelou que a supressão de refeições continuou ocorrendo em domicílio, devido ao início tardio de sua

alimentação diária ou a realização tardia da refeição anterior. Também chamou atenção a manutenção da ingesta de alimentos hipercalóricos, sobretudo no final de semana, em almoços preparados pelo marido. No entanto, verificou-se a inclusão de alimentos com redução calórica em sua alimentação, mesmo que alguns ainda doces, como pudins *diet*.

A comparação do relato das duas participantes dessa *Condição* indicou que, a despeito da inclusão de itens com redução calórica em suas dietas, foi mantida a ingestão de alimentos hipercalóricos, característicos de seu padrão dietético anterior à cirurgia bariátrica. Tais dados confirmam os dados obtidos por estudos sobre o comportamento alimentar de pacientes no período pós-operatório tardio, que indicaram inclusive o reganho de peso causado pela manutenção desse padrão de ingestão (Cambi et al., 2015; Costa et al., 2010).

Treino de habilidades sociais

Treino de automonitoração da emissão dos itens do THS

Tanto P1 quanto P2 identificaram e registraram corretamente no Formulário de automonitoração da emissão dos itens do THS (*FAEI*) todos os itens referentes às habilidades sociais presentes no texto “Um pouco da vida de Luiza” (*HLuiza*) na primeira tentativa.

Construção da ordem do Treino de habilidades Sociais (THS)

Todas os seis itens com valores abaixo da amostra normativa obtidos na primeira aplicação do IHS foram indicados por P1 para compor o THS, sendo que quatro deles (Abordar para relação sexual – F1; Pedir favores a desconhecidos – F4; Lidar com críticas dos pais – F5 e; Pedir ajuda a amigos – SF) foram classificados na categoria “Seria muito difícil fazer”. Os demais itens (Pedir favores a colegas – F3;

Lidar com chacotas – F5) foram classificados como “Não faço, mas poderia fazer”, conforme apresentado na Tabela 7. Além desses itens, P1 indicou cinco novos itens: Discordar de autoridade (F1), Lidar com críticas injustas (F1), Recusar pedido abusivo (F3), Pedir mudança de conduta (SF) e Lidar com críticas justas (SF).

Tabela 7. *Avaliação de P1 sobre a possibilidade de emissão das habilidades sociais por fator do IHS*

FATOR	HABILIDADES SOCIAIS / TIPO DE AMBIENTE	AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE EMISSÃO	
		Não faço, mas poderia fazer	Seria muito difícil fazer
F1	Lidar com críticas injustas (<u>exceto os pais</u>) / privado	X	
	Discordar de autoridade / privado	X	
	Discordar de autoridade / público	X	
	Abordar para relação sexual / privado		X
F3	Pedir favores a colegas / público	X	
	Recusar pedidos abusivos / privado	X	
F4	Pedir favores a desconhecidos / público		X
F5	Lidar com críticas justas dos pais / privado		X
	Lidar com críticas injustas dos pais / privado		X
SF	Lidar com chacotas / público	X	
	Pedir mudanças de conduta / privado	X	
	Pedir ajuda a amigos/ público		X
	Lidar com críticas justas (<u>exceto os pais</u>) / privado	X	

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator; X – opção escolhida pelo Participante.

Os itens Lidar com crítica dos pais e Discordar de autoridade foram subdivididos em críticas justas e injustas e em ambiente privado e público, respectivamente. Da mesma forma, nos demais itens destacou-se o ambiente no qual o item foi indicado como deficitário, visando especificar as características das contingências nas quais o item deveria ser treinado. A lista de itens para o THS de P1 totalizou treze itens, distribuídos de acordo com a avaliação desta participante sobre a

maior ou menor dificuldade em vir a emití-los, conforme Tabela 7. A análise das necessidades de THS de P1 revelou que os itens relacionados com Lidar com críticas (4/13) e Pedir ajuda/favores (3/13) são os que aparecem em maior frequência, tanto no contexto público quanto no contexto privado.

Diferentemente de P1, apenas 9/15 itens com valores abaixo da amostra normativa obtidos na primeira aplicação do IHS com a participante P2 compuseram a lista dos itens indicados por esta para o THS. Estes itens foram: Lidar com críticas injustas (F1); Encerrar conversação (F3); Pedir favores a colegas (F3); Encerrar conversa ao telefone (F3); Abordar autoridade (F3); Pedir favores a desconhecidos (F4); Falar a público desconhecido (F4); Expressar desagrado a amigos (SF); e, Pedir ajuda a amigos (SF) como está demonstrado na Tabela 8.

Os 6/15 itens que não compuseram o THS de P2 apareceram exclusivamente na primeira aplicação do IHS e não na *TabI*, a saber: Devolver mercadoria defeituosa (F1), Participar de conversação (F2), Fazer perguntas a desconhecidos (F4), Negociar o uso de preservativos (SF), Recusar pedido abusivo (SF) e Lidar com críticas dos pais (F5).

Segundo relato de P2, quanto aos cinco primeiros itens, o processo psicoterapêutico produziu “melhoras” e ela não via necessidade de incluí-los no THS. E quanto ao último, devido à morte dos pais, não seria possível emití-lo. Ao THS foram incluídos ainda os seguintes itens: Expressar sentimento positivo (F2) e Reagir a elogios (F3), indicados por P2 exclusivamente na *TabI*.

Tabela 8. *Presença de itens indicados por fator do IHS para o THS na primeira aplicação do IHS, na composição da TabI e nos dois instrumentos pela participante P2*

FATOR	ITENS DO IHS	INSTRUMENTOS		ITENS DO THS
		IHS	TabI	
F1	Devolver mercadoria defeituosa	X	---	---
	Lidar com críticas injustas	X	X	X
F2	Participar de conversaço	X	---	---
	Expressar sentimentos positivos	---	X	X
F3	Encerrar conversaço	X	X	X
	Pedir favores a colegas	X	X	X
	Reagir a elogios	---	X	X
	Encerrar conversaço por telefone	X	X	X
	Abordar autoridade – para iniciar conversaço	X	X	X
	Fazer perguntas a desconhecidos	X	---	---
	Pedir favores a desconhecidos	X	X	X
F4	Falar a público desconhecido	X	X	X
	Lidar com críticas dos pais	X	---	---
F5	Negociar o uso de preservativos	X	---	---
SF	Expressar desagrado a amigos	X	X	X
	Pedir ajuda a amigos	X	X	X
	Recusar pedido abusivo	X	---	---
TOTAL		15	11	11

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator.

Para finalizar a composiço dos itens do THS de P2, foi destacado o tipo de ambiente no qual os itens seriam treinados, totalizando 13 itens de treino, distribuídos de acordo com a avaliaço desta participante sobre a maior ou menor dificuldade em vir a emitir-los, conforme está representado na Tabela 9.

A análise das necessidades de THS de P2 revelou que os itens relacionados com Pedir ajuda/favores aparecem em maior frequência (3/13), bem como a maioria dos 13 itens integrantes do THS ocorreram no ambiente público (11/13).

Tabela 9. Avaliação de P2 sobre a possibilidade de emissão dos itens por fator do IHS

FATOR	HABILIDADES SOCIAIS / TIPO DE AMBIENTE	AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE EMISSÃO	
		Não faço, mas poderia fazer	Seria muito difícil fazer
F1	Lidar com críticas injustas / privado	X	
	Lidar com críticas injustas / público	X	
F2	Expressar sentimentos positivos / público	X	
F3	Encerrar conversaço / público	X	
	Pedir favores a colegas / público	X	
	Reagir a elogios / público	X	
	Reagir a elogios / privado	X	
	Encerrar conversaço por telefone / público.	X	
	Abordar autoridade – para iniciar conversaço / público	X	
F4	Pedir favores a desconhecidos / público		X
	Falar a público desconhecido / público		X
SF	Expressar desagrado a amigos / público	X	
	Pedir ajuda a amigos / público	X	

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator.

Assim como foi identificado na fase de Avaliação inicial, realizada três meses antes, ambas as participantes dessa *Condição* apresentaram déficits nos itens que envolvem Pedir favores/ajuda e de Lidar com críticas, ratificando a necessidade de incluí-los em seu THS.

Automonitoração da emissão dos itens do THS

As duas participantes da *Condição 1* realizaram o THS em seis semanas, sete a menos do que havia sido previsto, haja vista que ambas emitiram por semana, além do item alvo da semana, mais itens componentes do THS. A Tabela 10 demonstra a frequência da emissão dos itens do THS de P1 a cada semana.

Tabela 10. *Frequência da emissão dos itens do THS emitidos por semana, segundo o registro de P1, sem considerar os efeitos nas interações sociais*

FATOR	ITEM DO THS / TIPO DE AMBIENTE	SEMANAS						TOTAL
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	
SF	Pedir mudanças de conduta / privado	3	2	1	2	0	2	10
F1	Lidar com críticas injustas (exceto os pais) / privado	0	2	0	0	0	4	6
F1	Discordar de autoridade / público	0	0	2	1	0	0	3
F1	Discordar de autoridade / privado	0	0	0	1	1	1	3
F5	Lidar com chacotas / público	0	0	0	0	0	2	2
F3	Recusar pedido abusivo / privado	0	0	0	0	0	1	1
F1	Abordar para relação sexual / privado	1	0	0	0	0	0	1
F3	Pedir favores a colegas / público	0	3	0	0	2	0	5
F4	Pedir favores a desconhecidos / público	0	0	0	1	0	0	1
F5	Lidar com críticas justas dos pais / privado	2	0	0	2	1	1	6
F5	Lidar com críticas injustas dos pais / privado	0	0	1	1	0	5	7
S/F	Lidar com críticas justas (exceto os pais) / privado	0	3	0	1	0	1	5
S/F	Pedir ajuda a amigos / público	0	0	1	0	0	4	5
TOTAL		6	10	5	10	4	21	55

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator; Valores negritados indicam o item alvo da semana.

Ao todo foram 55 emissões dos itens do THS por P1, sendo o mais frequente Pedir mudanças de conduta/privado (SF) (n=10) e os menos frequentes Recusar pedido abusivo/privado (F3), Abordar para relação sexual (F1) e Pedir favores a desconhecidos (F4), com uma emissão cada. Os valores negritados indicam o item alvo da semana. Observa-se na análise que P1 emitiu todos os itens alvo da semana, exceto Lidar com chacotas/público (F5) na Semana 5. P1 relatou não ter ocorrido condições para a emissão desse item enquanto alvo da semana; entretanto, este mesmo item foi emitido na semana seguinte (S6) e com o registro de duas ocorrências.

A análise dos efeitos das emissões dos itens revelou que 33/55 emissões foram bem-sucedidas, enquanto 22/55 emissões foram malsucedidas. A Tabela 11 demonstra a distribuição da frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas por item do THS a cada semana de treino.

Os itens com mais emissões malsucedidas foram Pedir mudança de conduta (SF) (8/22), Lidar com críticas injustas/privado (F1) (5/22) e Lidar com críticas injustas dos pais (F5) (4/22). A partir dessa constatação, realizou-se a análise das contingências de cada situação pertinente aos três itens.

Com relação ao item Pedir mudança de conduta, identificou-se que os interlocutores de P1 nessas situações foram o namorado (n= 6) e a irmã adotiva (n= 2). A análise das contingências de suas emissões malsucedidas revelou que P1 emitia o item quando o interlocutor se comportava diferentemente de sua expectativa (no caso do namorado) ou fazia-lhe crítica injusta (no caso da irmã) adotiva. Nessas circunstâncias, P1 sentia raiva e realizava seu pedido de mudança de conduta agressivamente, gerando comportamento agressivo ou passivo, respectivamente, no namorado e na irmã adotiva. Este comportamento de P1 contrasta com o apresentado nas duas emissões bem-

sucedidas desse item, nas quais ela emitiu o item antes do conflito ocorrer, explicando suas razões para o pedido de mudança de conduta ao interlocutor.

Tabela 11. *Frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas de cada item do THS por semana de treino de P1*

FATOR	ITEM DO THS / TIPO DE AMBIENTE/ N total	EMISSIONES BEM-SUCEDIDAS						EMISSIONES MALSUCEDIDAS					
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6
SF	Pedir mudanças de conduta / privado (n=10)	1			1			2	2	1	1		2
F1	Lidar com críticas injustas (exceto os pais) / privado (n=6)		1						1				4
	Discordar de autoridade / público (n=3)			1	1					1			
	Discordar de autoridade / privado (n=3)				1	1	1						
F5	Lidar com chacotas / público (n=2)						1						1
F3	Recusar pedido abusivo / privado (n=1)						1						
F1	Abordar para relação sexual / privado (n=1)	1											
F3	Pedir favores a colegas / público (n=5)		3			2							
F4	Pedir favores a desconhecidos / público (n=1)				1								
F5	Lidar com críticas justas dos pais / privado (n=6)	1			2	1	1	1					
F5	Lidar com críticas injustas dos pais / privado (n=7)			1	1	1							4
S/F	Lidar com críticas justas (exceto os pais) / privado (n=5)		2		1				1				1
S/F	Pedir ajuda a amigos / público (n=5)			1			4						
TOTAL					33						22		

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator. S – Semana de treino.

À medida em que as análises de contingência dos registros de automonitoração desse item era feito, P1 discriminou a relação entre sua resposta verbal e as consequências no comportamento dos interlocutores, identificando semelhanças entre sua resposta verbal e emoção nessas situações com as respostas da mãe quando criticava P1. Este dado dá base para a inferência de que o comportamento de Pedir mudança de comportamento de P1 foi instalado por modelação, tendo a mãe nessas situações servido

de modelo. Esta interpretação é coerente com os achados de Carneiro e Oliveira (2013) sobre a relação entre estilo parental e déficits de habilidades sociais dos filhos.

Com relação ao item Lidar com críticas injustas/privado, identificou-se que os interlocutores de P1 nessas situações foram a irmã adotiva (n= 4) e o namorado (n= 1). A análise das contingências de suas emissões malsucedidas revelou que P1 emitia o item quando o interlocutor fazia críticas depreciativas aos comportamentos de P1, no caso do namorado, ou acusava injustamente P1 de ter realizado algum comportamento reprovável por sua mãe, no caso da irmã adotiva. Para fins de análise, é importante destacar que a irmã de P1 sempre a criticava na presença da mãe, quando esta estava apontando algum erro de P1. A exemplo do que ocorria nas situações onde houve emissões malsucedidas do item Pedir mudança de conduta/privado, P1 reagia agressivamente, gerando comportamento agressivo ou passivo, respectivamente, no namorado e na irmã adotiva. Este comportamento de P1 contrasta com o apresentado na única emissão bem-sucedida desse item, na qual ela ouviu atentamente a avó que lhe aconselhava sobre a relação com o namorado. É importante destacar que houve diferença significativa na abordagem da avó em relação às abordagens do namorado e da irmã ao fazerem críticas à P1, já que inicialmente a avó se dispunha a ouvir P1 sobre a situação em discussão.

Com relação ao item Lidar com críticas injustas dos pais, a análise das contingências de suas emissões malsucedidas revelou que P1 emitia o item quando a mãe lhe criticava na presença da irmã adotiva, quando esta última se referia a P1 de forma depreciativa. Nestas ocasiões, P1 reagia de forma agressiva, levando a uma discussão verbal com a mãe e a irmã adotiva. Nas três emissões bem-sucedidas desse item, P1 estava a sós com a mãe, ouvindo primeiramente sua crítica antes de se posicionar contrariamente a ela.

Os itens com mais emissões bem-sucedidas foram Pedir favores a colegas (5/33) (F3), Pedir ajuda a amigos (5/33) (SF) e Lidar com críticas justas dos pais (F5) (5/33). A partir dessa constatação, realizou-se a análise das contingências de cada situação pertinente aos três itens.

Com relação ao item Pedir favores a colegas, identificou-se que os interlocutores de P1 nessas situações foram colegas da igreja (n=3) ou do trabalho (n=2). A análise das contingências de suas emissões revelou que todas as suas emissões foram bem-sucedidas e envolviam sempre situações ligadas a cooperações em trabalhos voluntários ligados à igreja ou ao trabalho profissional. Em nenhuma delas estava revisto ganho direto para P1, mas sim benefício de outrem. P1 relatou ser mais fácil pedir algo a alguém que não lhe trouxesse benefício próprio, por “ter medo de incomodar os outros com suas necessidades”. Este padrão de comportamento foi encontrado em um relato sobre o comportamento da mãe de P1 em uma situação na qual, apesar de estar recém-operada e passando mal, por não “querer incomodar outras pessoas”, se deslocou sozinha à parada de ônibus, apesar de seu vizinho estar disponível e já ter lhe oferecido seu carro particular como condução. Este dado novamente nos remete as observações de Carneiro e Oliveira (2013) sobre a relação estilos parentais e déficits de habilidades sociais dos filhos.

Com relação ao item Pedir ajuda a amigos, identificou-se que os interlocutores de P1 nessas situações foram amigas (n=4) e um amigo (n=1). A análise das contingências de suas emissões revelou que todas foram bem-sucedidas e que envolviam pedidos de ajuda em alguma atividade ou mesmo conselhos que estavam relacionados ao namorado.

Com relação ao item Lidar com críticas justas dos pais, a análise das contingências de suas emissões bem-sucedidas revelou que P1 emitia o item quando a

mãe e ela estavam sozinhas ou na presença do namorado. Nestas ocasiões P1 expressava sua discordância de forma tranquila ou concordava com a crítica e se desculpava. Na única emissão malsucedida desse item, P1 e a irmã discutiam na presença da mãe e a crítica da mãe se referia apenas ao comportamento de P1. Nesta ocasião, P1 reagiu agressivamente à crítica, assim como foi observado na análise das contingências de emissão do item Lidar com críticas injustas/privado.

A Tabela 12 demonstra a frequência da emissão dos itens do THS de P2 a cada semana.

Tabela 12. *Frequência da emissão dos itens do THS emitidos por semana, segundo o registro de P2, sem considerar os efeitos nas interações sociais*

FATOR	ITEM DO THS / TIPO DE AMBIENTE	SEMANAS						TOTAL
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	
F2	Expressar sentimentos positivos / público	0	3	0	0	0	0	3
F3	Reagir a elogios / público	2	2	1	1	0	0	6
SF	Pedir ajuda a amigos / público	0	0	1	0	0	0	1
F3	Pedir favores a colegas / público	0	0	0	3	1	0	4
F4	Pedir favores a desconhecidos / público	0	0	0	0	0	1	1
F3	Reagir a elogio / privado	0	0	0	0	0	1	1
F3	Encerrar conversaço por telefone / público	1	1	0	0	0	0	2
F3	Encerrar conversaço / público	0	1	1	0	0	0	2
SF	Expressar desagrado a amigos / público	0	0	1	0	0	0	1
F1	Lidar com críticas injustas / privado	0	0	0	1	0	0	1
F1	Lidar com críticas injustas / público	0	0	0	0	1	0	1
F3	Abordar autoridade – para iniciar conversaço / público	0	0	0	0	0	0	0
F4	Falar a público desconhecido / público	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		3	7	4	5	2	2	23

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator.

Ao todo foram 23 emissões dos itens do THS registrados por P2, sendo o mais frequente Reagir a elogios/ público (F3) (n=6). Os menos frequentes foram Expressar

desagrado a amigos (F1), Reagir a elogios/privado (F3), Pedir favores a desconhecidos (F4) e Pedir ajuda a amigos (SF), com uma emissão cada.

Os valores negritados indicam o item alvo da semana. Observa-se na análise da Tabela 12 que P2 não emitiu dois itens componentes do THS: Abordar autoridade – para iniciar conversação (F3) e Falar a público desconhecido (F4). A participante P2 afirmou que o período do ano em que se deu o THS impossibilitou sua exposição às contingências necessárias à emissão desses dois itens, já que P2 não dispunha de tempo para se engajar em atividades acadêmicas extraclasse, por um lado, devido às provas e, por outro, devido à permanência do neto em sua residência.

Além disso, observa-se na Tabela 12 que P2 não emitiu dois itens quando eram alvo da semana, Expressar sentimentos positivos/público (F2) e Pedir favores a desconhecidos (F4), tendo-os emitido na semana subsequente com frequência de três e uma emissão, respectivamente. A análise das contingências demonstrou que P2 esteve exposta a contingências nas quais estes itens poderiam ter sido emitidos, mas que ficou sob o controle de autorregras do tipo “o que eu vou dizer não é tão bom assim; devo esperar uma notícia melhor” e “não saberei o que fazer se ele não atender ao meu pedido, vou morrer de vergonha”, respectivamente. Nos dois casos, a pesquisadora procurou levantar com P2 a ontogênese dessas autorregras e identificou forte relação entre o comportamento de P2 e o comportamento de sua mãe, que, segundo relato de P2, também procurava não expressar sentimentos aos outros para não “se exhibir” e procurava “não incomodar os outros com suas coisas”. Optou-se por usar o ensaio comportamental para preparar P2 à emissão dos itens. Nestas situações, a exemplo do que ocorreu com P1, observou-se que o desenvolvimento de déficit de habilidades sociais estava relacionado ao estilo parental materno (Carneiro & Oliveira, 2014).

A análise dos efeitos das emissões dos itens revelou que 20/23 emissões foram bem-sucedidas, enquanto 3/23 emissões foram malsucedidas. A Tabela 13 demonstra a distribuição da frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas por item do THS a cada semana de treino.

Tabela 13. *Frequência de emissões bem-sucedidas e malsucedidas de cada item do THS por semana de treino de P2*

FATOR	ITEM DO THS / TIPO DE AMBIENTE/ N total	EMISSIONES BEM-SUCEDIDAS						EMISSIONES MALSUCEDIDAS					
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6
F2	Expressar sentimentos positivos		3										
F3	/público												
SF	Reagir a elogios / público	1	2		1			1		1			
F3	Pedir ajuda a amigos / público			1									
	Pedir favores a colegas / público				3	1							
F4	Pedir favores a desconhecidos / público						1						
F3	Reagir a elogio / privado						1						
F3	Encerrar conversação por telefone / público	1	1										
F3	Encerrar conversação / público		1	1									
SF	Expressar desagrado a amigos / público			1									
F1	Lidar com críticas injustas / privado										1		
F1	Lidar com críticas injustas / público					1							
TOTAL				20						3			

Fonte: Protocolo da pesquisa. Nota: SF- itens que não entraram em nenhum fator. S – Semana de treino.

Os itens com emissões malsucedidas foram Reagir a elogios/público (F3) (2/3) e Lidar com críticas injustas/privado (F1) (1/3). A partir dessa constatação, realizou-se a análise das contingências de cada situação pertinente aos dois itens. No primeiro item, Reagir a elogios/público, os interlocutores foram colegas de turma da Faculdade e P2 sempre minimizou o atributo elogiado, gerando a interrupção no elogio. Este comportamento de P2 contrasta com o apresentado nas quatro emissões bem-sucedidas desse item, nas quais ela respondeu agradecendo o elogio. Essas ocorrências bem-

sucedidas tiveram como interlocutor a terapeuta de P2 (n=1), uma funcionária de P2 (n=1) e colegas de turma (n=2).

No segundo item malsucedido, Lidar com críticas injustas/privado, o interlocutor foi o marido e sua crítica constou da atribuição de culpa à P2 em situação onde a mesma não teria produzido o problema, gerando em P2 uma reação verbal agressiva e a finalização da crítica pelo marido. P2 relatou que este tipo de verbalização é comum no marido, já tendo sido alvo de diversas discussões do casal.

Os itens com emissões bem-sucedidas mais frequentes foram Reagir a elogios/público (F3) e Pedir favores a colegas (F3), ambos com quatro emissões cada. A partir dessa constatação, realizou-se a análise das contingências de cada situação pertinente aos dois itens. Como o primeiro já foi analisado juntamente com os itens malsucedidos, será realizada a análise do segundo.

Com relação ao item Pedir favores a colegas, identificou-se que os interlocutores de P2 nessas situações foram sempre os colegas de turma na faculdade, bem como o teor do pedido esteve sempre relacionado à venda de votos para o concurso de mister caipira do neto, tendo sido todos os favores atendidos pelos interlocutores prontamente.

A despeito das diferenças no tamanho e na diversidade da rede de relações sociais de P1 e P2, com a análise comparativa de seus desempenhos no THS foi possível identificar algumas semelhanças entre as participantes da Condição 1:

(i) A adesão ao treino, na medida em que todos os registros foram apresentados e discutidos com a pesquisadora em detalhes, e habilidades que não eram alvo da semana foram emitidas;

(ii) A influência do modelo materno na ontogênese dos déficits nas habilidades sociais Lidar com críticas (para P1); Pedir mudança de conduta (para P1) e Pedir favores/ajuda (para P1 e P2), por exemplo; e

(iii) A ampliação do repertório de autoconhecimento propiciada pela discussão e análise do *FAEI*, fazendo com que habilidades indicadas como deficitárias na primeira aplicação do IHS e/ou na *TabI* fossem emitidas com mais frequência e com efeitos reforçadores (Lidar com críticas dos pais, no caso de P1, e Reagir a elogios / público no caso de P2).

Reavaliação do comportamento alimentar após o THS

No momento da realização dessa fase, ambas as participantes haviam deixado de comparecer as consultas para orientação nutricional, tendo sido tomado como referência para o cálculo do IAD o mesmo plano alimentar usado no cálculo anterior. O cálculo do IAD das duas participantes revelou que, novamente, os índices obtidos estiveram abaixo dos 50% considerados minimamente adequados, embora P2 tenha obtido valores mais altos que na fase anterior, sendo a única a obter 100% de adesão em uma refeição (3ºR24h- lanche da tarde). Alimentos light e diet foram consumidos, mas em menor frequência, pelas duas participantes. Identificou-se novamente a supressão de refeições feitas pelas duas participantes, tendo P1 permanecido com três e P2 tendo aumentado de dois para três em relação à fase anterior.

Os valores dos IADs de P1 e de P2, obtidos após treino em HS, estão demonstrados na Tabela 14.

Tabela 14. *IADs absolutos por refeição, IAD médio por R24h e média geral de IAD na Fase 4 (Reavaliação do comportamento alimentar após o THS) obtidos por P1 e P2*

Refeição	IAD (%)					
	P1			P2		
	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR
Café da manhã	16,66	0	20	40	40	40
Lanche da manhã	0	0	X	0	X	X
Almoço	33,33	16,66	0	50	80	0
Lanche da tarde	0	100	0	0	X	100
Jantar	0	0	0	0	0	0
Ceia	X	X	0	100	0	0
Média por R24h	9,98	23,33	4	21,17	30	28
Média geral	12,43			26,39		

Nota: X - refeição não realizada.

A análise das contingências do comportamento alimentar de P1 revelou que a refeição suprimida em 2/3 vezes foi a ceia, a exemplo da fase anterior, em domicílio logo após uma ingestão de alimentos hipercalóricos no jantar. Diferentemente das contingências da fase anterior, segundo o relato de P1 a refeição hipercalórica foi realizada sozinha, quando a mesma estava se sentindo muito cansada, na cantina do seu local de trabalho em um dia de semana. A outra refeição suprimida, o lanche da manhã, ocorreu na igreja e se deu por conta das atividades religiosas, e diferentemente da fase anterior, P1 não havia levado alimento que pudesse ser consumido nessas circunstâncias. A análise dos *R24h* revelou que P1 passou a comprar e consumir chocolates e bombons regionais em casa.

Sobre essa questão, P1 relatou inclusive que “eu comecei a observar isso em mim, quando eu não consigo chorar como foi o caso de ontem, aí me dá essa ansiedade e aí eu como, como e como rápido. Se eu estiver em casa na hora do almoço, eu como comida e como rápido, como se eu tivesse descarregando a minha frustração na comida; e se eu estiver na rua, eu procuro algum doce, tenho que comer um doce, eu vou comer um chocolate ou aquela balinha de chiclete”. Este comportamento foi identificado por

Correia et al. (2004), quando afirmam que suas participantes comiam em situações específicas relacionadas à ansiedade. As contingências que se configuram como situações de risco para o comportamento de comer excessivamente de P1 estão demonstradas na Tabela 15.

Tabela 15. *Análise dos tipos de contingências para a resposta de comer excessivamente de P1*

Situação	Sds	Respostas Privadas	Respostas públicas	Consequências
1	Problemas no relacionamento afetivo-sexual com o namorado	Tristeza/Vontade de chorar Autorregras: - “Eu não posso chorar por isso, porque as pessoas esperam outro comportamento de uma líder religiosa”; - “Se eu comer tudo vai passar, todos os meus problemas vão acabar”.	Comer excessivamente	Alívio das sensações corporais aversivas (Sr-) Culpa: “porque eu digo para as pessoas confiarem em Deus e eu não peço que Deus me ajude a não comer assim” (SA) Mal estar físico/ Vontade de vomitar (SA)
2	Momentos de lazer com os amigos ou sozinha	Feliz	Comer excessivamente	Sensações corporais de prazer (SR+)

Nota: Sd: Estímulo discriminativo; Sr-: Estímulo reforçador negativo; SA: Estímulo aversivo; SR+: Estímulo reforçador.

A análise das contingências do comportamento alimentar de P2 revelou que todas as refeições suprimidas foram lanches, sendo 1/3 o da tarde e 2/3 o da manhã. Nas duas situações ocorridas em casa, P2 demorou a iniciar seu desjejum ou a refeição anterior foi iniciada tardiamente e foi composta de alimentos hipercalóricos. A única supressão fora de domicílio ocorreu na Universidade, devido aos horários de aula e P2 não ter levado alimento para consumir durante a mesma.

Acerca das situações de elevada ingestão, foi possível identificar nos relatos de P2 a manutenção das respostas apresentadas à Situação 1, já descrita na Fase 1. Segundo P2, se não fosse possível comer a comida do marido nos finais de semana “seria muito complicado ... poderia abalar até o casamento. Ele gosta de cozinhar, ele quer eu e filho na plateia, é o maior prazer dele (marido)”. Tal situação está demonstrada na Tabela 16.

Tabela 16. *Análise dos tipos de contingências para a resposta de comer excessivamente de P2*

Situação	Sds	Respostas	Respostas	Consequências
		Privadas	públicas	
1	Almoço feito pelo marido	Ansiedade	Comer	Evitar discussões com o marido (SR-)
		Autorregras: - “Eu não posso deixar de prestigiar o almoço dele”; - “Se eu não comer ele vai ficar chateado comigo”.	excessivamente	Sensações corpóreas de prazer (SR+)

Nota: Sd: Estímulo discriminativo; Sr-: Estímulo reforçador negativo; SA: Estímulo aversivo; SR+: Estímulo reforçador.

Reavaliação do comportamento social após o THS

A análise comparativa dos valores obtidos por P1 na primeira e na segunda aplicação do IHS, demonstrada na Figura 3, revelou que a participante obteve valores maiores na segunda que na primeira aplicação para os Fatores F1 e F5, este último o fator que obteve o menor valor na primeira aplicação do THS, e valores menores para os Fatores F2, F3 e F4.

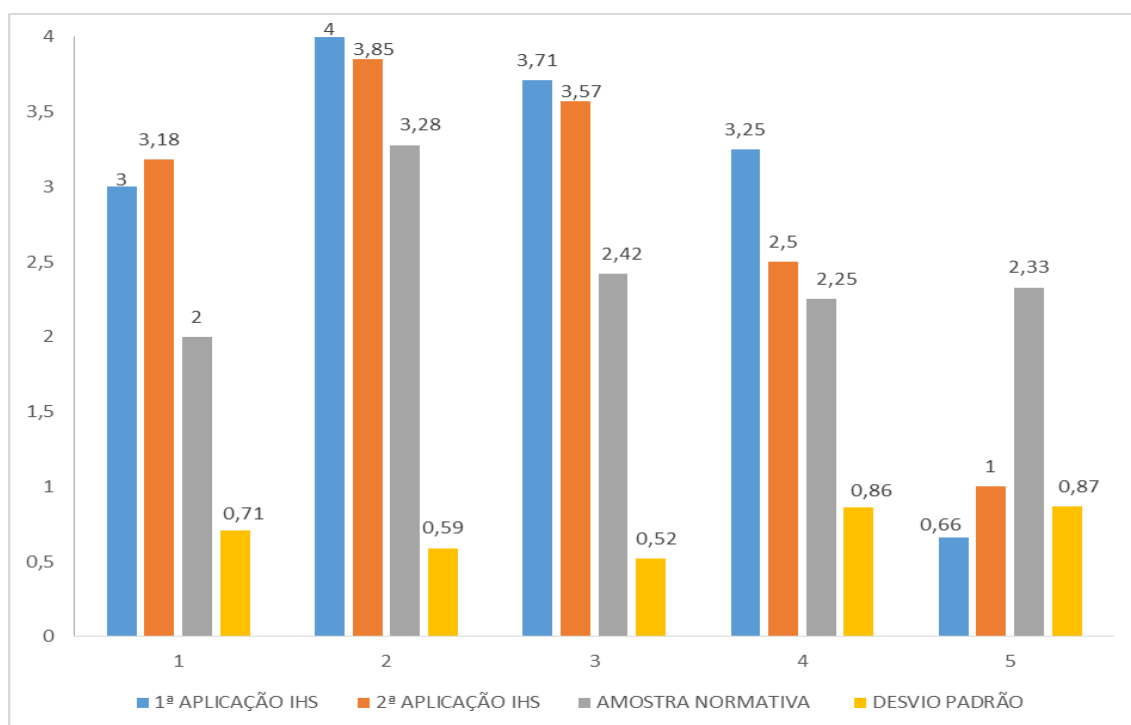


Figura 3. Comparação dos valores dos itens por fator obtidos por P1 com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira e na segunda aplicação do IHS.

A análise revelou que em seis itens pertencentes aos Fatores F1 e F5 e nos itens SF, ocorreram aumento dos valores. Dentre eles, três itens que foram alvo do THS: Abordar para relação sexual (F1), Lidar com críticas dos pais (F5) e Pedir ajuda a amigos (SF), sendo que dois dos três obtiveram valores acima da amostra normativa, o que os retirou da faixa abaixo da amostra normativa.

Foram identificadas redução nos valores em onze itens, sendo cinco deles componentes do THS: Discordar de autoridade (F1), Pedir favores a colegas (F3), Fazer perguntas a desconhecidos (F4), Pedir mudança de conduta (SF) e Lidar com críticas justas (SF). Identificou-se também que, no conjunto dos onze itens, quatro obtiveram valores abaixo da amostra normativa na segunda avaliação.

A análise comparativa dos valores obtidos por P2 na primeira e na segunda aplicação do IHS, demonstrada na Figura 4, revelou valores menores em todos os fatores, exceto no F3, fator no qual havia obtido os menores valores na primeira aplicação do THS.

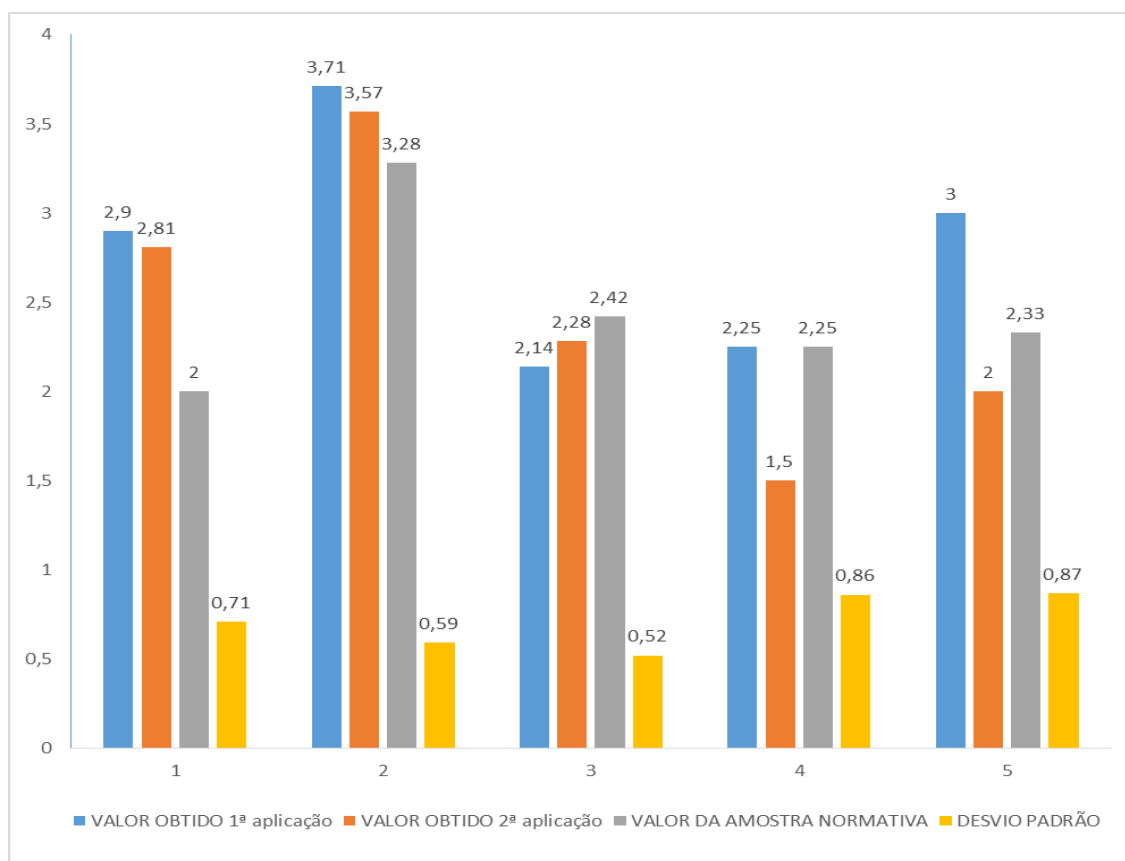


Figura 4. Comparação dos valores dos itens por fator obtidos por P2 com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada na primeira e na segunda aplicação do IHS.

A análise revelou que, em dez itens pertencentes aos fatores F1, F3 e F5, e nas habilidades SF, P2 obteve valores menores na segunda aplicação. Dentre eles, cinco itens que foram alvo do THS: Pedir favores a colegas (F3); Encerrar conversação ao telefone (F3); Encerrar conversação pelo telefone (F3); Pedir ajuda a amigos (SF); Expressar desagrado a amigos (SF), sendo que todos permaneceram com valores abaixo da amostra normativa. No conjunto de 10 itens que apresentavam valores maiores, dois obtiveram valores que os retiraram da faixa abaixo da amostra normativa: Negociar uso de preservativo (SF) e Recusar pedido abusivo (SF).

Foram identificados valores menores em oito itens, sendo que um deles Expressar sentimento positivo (F2), que compôs o THS, e outros dois Abordar autoridade (F3) e Falar a público desconhecido (F4), embora estivesse na lista de itens para o THS não foram emitidos por P2 durante o THS, devido a impossibilidade de P2 se expor a situações onde esses itens pudessem ser emitidos, como comentado acima.

A comparação dos valores obtidos pelas participantes nas duas aplicações do IHS indicou que a exposição ao THS produziu em ambas modificações na avaliação da probabilidade de emitir itens, gerando: (i) escores maiores que na primeira aplicação do IHS, sobretudo nos fatores mais deficitários (F5 no caso de P1 e F3 no caso de P2), devido à aquisição de novas habilidades e, por outro lado, escores menores que na primeira aplicação do IHS, em fatores até então considerados no nível ou mesmo acima da amostra normativa. Tais dados tem relação direta com a ampliação de seus repertórios de auto-observação e autoconhecimento, efeitos já registrados em outros indivíduos expostos a intervenções que fazem uso de automonitoração de outros comportamentos alvo de intervenção (Bohm & Gimenes, 2008; Casseb et al., 2008; Casseb & Ferreira, 2012).

Follow-up

Comportamento alimentar

Ambas as participantes declararam não ter procurado orientação nutricional com um profissional a partir dos três meses de cirurgia, época em que foi feita a primeira mensuração do IAD antes do início do IHS. Este dado confirma os achados de Cambi et al. (2015) e Costa et al. (2010) acerca do abandono do tratamento junto a equipe multiprofissional já no primeiro ano após a cirurgia.

No caso de P1, que declarou que estava seguindo uma dieta extraída da internet, sem orientação nutricional, conhecida como Dieta Dukan (ver Anexo 10) devido ter recuperado dois quilos em relação ao menor peso registrado no período pós-cirúrgico e ter recebido orientação médica para reduzir, ao menos, seis quilos e mantê-los por seis meses, como preparação às cirurgias plásticas reparadoras que iria realizar. Este dado acerca do reganho de peso no período pós-operatório tardio já foi referido por autores como Cambi et al. (2015) e Costa et al. (2010), assim como a utilização de dietas veiculadas pela mídia, sem orientação profissional (Abreu et al., 2013) por pessoas obesas, embora não tenham sido localizados estudos com pacientes de cirurgia bariátrica, principalmente ainda dentro do primeiro ano de cirurgia.

Desta forma, o cálculo dos IADs de P1 e P2 nessa fase tomou como referência a Dieta Dukan e a última dieta recebida do nutrólogo três meses após a cirurgia, respectivamente.

Tabela 17. *IADs absolutos por refeição, IAD médio por R24h e média geral de IAD na Fase 5 (Follow-up) de P1 e P2*

Refeição	IAD (%)					
	P1			P2		
	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR
Café da manhã	0	0	0	40	16,66	40
Lanche da manhã	0	X	0	0	0	0
Almoço	50	33,33	0	50	0	50
Lanche da tarde	0	33,33	33,33	100	0	100
Jantar	0	0	0	16,66	0	16,66
Ceia	0	0	0	0%	X	0%
Média por R24h	16,66	22,22	11,11	34,44	2,77	34,44
Média geral	16,66			23,88		

Nota: X - refeição não realizada.

Como está demonstrado na Tabela 17, assim como se verificou na fase anterior, a adesão à dieta esteve abaixo de 50% nas refeições realizadas por P1 e P2, excetuando-se uma refeição de P1 (1ºR24- almoço) e quatro refeições de P1 (almoço e lanche da tarde no 1ºR24h e no 3ºR24h). Identificou-se uma redução no número de refeições suprimidas pelas duas participantes, passando de três para uma refeição. Alimentos *diet* e *lights* continuaram a ser consumidos pelas participantes.

A análise do comportamento alimentar de P1 revelou que a refeição suprimida continuou sendo o lanche da manhã, no final de semana, no momento em que P1 participava de atividades religiosas. Outro aspecto que chamou atenção foi a redução dos itens consumidos, que foram na sua maioria proteínas, compatíveis com a característica da Dieta Dukan. Identificou-se novamente o consumo de chocolates, realizados em grande quantidade, na última refeição feita em casa, quando P1 relatou estar se sentindo frustrada com sua vida afetiva.

A análise do comportamento alimentar de P2 revelou que a refeição suprimida foi a ceia, no final de semana, tendo sido a refeição anterior composta de alimento hipercalórico. Outro aspecto que chamou a atenção foi o relato do consumo de bombons

e chocolates, realizados em domicílio, quando P2 estava sozinha e relatou estar muito desejosa de consumir doces.

A comparação das médias gerais dos IADs por fase obtidas por P1 e P2 (Figura 5) demonstrou que, em nenhuma fase do procedimento, as participantes atingiram médias gerais maiores ou iguais a 50%. Tal dado, juntamente com as análises de seu comportamento alimentar, sugerem que a seleção dos alimentos variou pouco em relação ao que foi caracterizado no período pré-cirúrgico, embora tenha se identificado a inclusão de alimentos com redução calórica e um maior fracionamento das refeições.

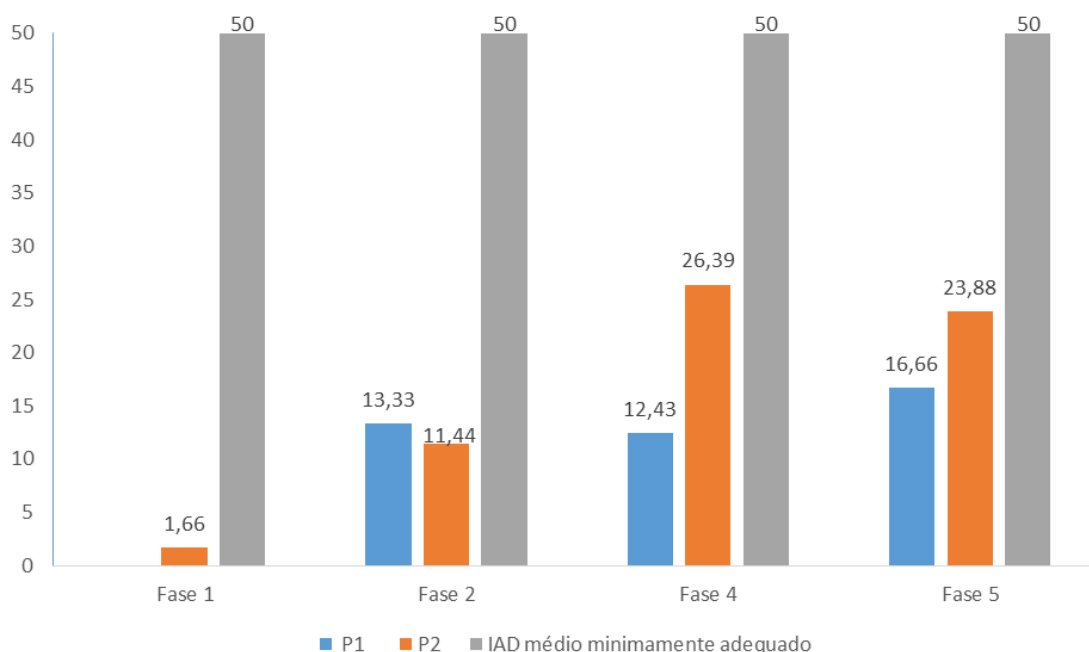


Figura 5. Médias gerais dos IADs por fase do procedimento de P1 e P2 e porcentagem de adesão à dieta considerada minimamente adequada.

Comportamento social

A análise da Tabela 18 revela que P1 emitiu no período de *Follow-up* cinco dos 13 itens componentes do THS. Dentre eles, o item Pedir ajuda a amigos (SF), classificado por P1 na *TabI* como “Seria muito difícil fazer”. Segundo o relato de P1, o

aumento na frequência de emissão desse item foi perceptível inclusive à mãe de P1 que comentou com ela acerca dessa mudança em seu padrão de comportamento.

Tabela 18. *Frequência de itens do THS emitidos por P1 no Follow-up*

FATOR	ITEM ALVO / TIPO DE AMBIENTE	FREQUÊNCIA
S/F	Pedir mudanças de conduta – privado	0
F1	Lidar com críticas injustas / privado	1
F1	Discordar de autoridade / público	0
F1	Discordar de autoridade / privado	1
F5	Lidar com chacotas – público	1
F3	Recusar pedidos abusivos / privado	1
F1	Abordar para relação sexual	0
F3	Pedir favores a colegas / público	0
F4	Pedir favores a desconhecidos	0
F5	Lidar com críticas justas dos pais	0
S/F	Lidar com críticas justas / privado	0
S/F	Pedir ajuda a amigos	1
TOTAL		5

Os itens Lidar com críticas injustas/privado e Discordar de autoridade/privado tiveram a mãe como interlocutora. Nestas duas situações, P1 relatou ter preferido adiar a conversa por se sentir com raiva, retomando-a mais tarde quando teve condições de argumentar de “forma respeitosa”. Da mesma forma, o relato da emissão dos itens Recusar pedido abusivo/ privado e Lidar com chacotas/ público, que tiveram como interlocutores a avó e um colega de trabalho, indicaram que P1 foi assertiva ao expressar seu ponto de vista contrário ao dos interlocutores. Segundo o relato de P1 todas as emissões dos itens do THS foram bem-sucedidas.

A análise da Tabela 19 revela que P2 emitiu no período de *Follow-up* quatro dos 13 itens componentes do THS; todos classificados por P2 na *TabI* como habilidades “Não faço, mas poderia fazer”.

Tabela 19. *Frequência de itens do THS emitido por P2 no Follow-up*

FATOR	ITEM ALVO / TIPO DE AMBIENTE	FREQUÊNCIA
F2	Expressar sentimentos positivos / público	1
F3	Reagir a elogios / público	1
SF	Pedir ajuda a amigos / público	0
F3	Pedir favores a colegas / público	0
F4	Pedir favores a desconhecidos / público	0
F3	Reagir a elogio / privado	1
F3	Encerrar conversação por telefone / público	0
F3	Encerrar conversação / público	0
SF	Expressar desagrado a amigos / público	0
F1	Lidar com críticas injustas / privado	1
F1	Lidar com críticas injustas / público	0
F3	Abordar autoridade – para iniciar conversação / público	0
F4	Falar a público desconhecido / público	0
TOTAL		4

Os itens Reagir a elogios/privado e Reagir a elogios/público tiveram familiares e uma amiga de P2 como interlocutores. Nestas duas situações, P1 relatou ter se sentido menos constrangida e ter agradecido mais prontamente, embora tenha ponderado o exagero de algumas. Na situação com a amiga, P2 ainda emitiu o item Expressar sentimento positivo, ao socializar sua felicidade com a nova situação de saúde.

Com relação à emissão dos item Lidar com críticas injustas / privado, que teve como interlocutor o marido, P2 relatou que, após a crítica do marido, deu início a uma discussão considerando que embora na sua percepção estivesse com a razão, não conseguiu reagir de outra forma, devido à raiva que sentiu, indicando que este item

precisa ainda ser melhor trabalhado, tendo esse item sido o único em que a emissão foi malsucedida.

Além dos itens alvo do THS, P2 relatou ter emitido outros, dentre eles Pedir ajuda a familiares por três vezes. Segundo o relato de P2, antes do THS ela teria realizado as tarefas sem ajuda, por medo de “incomodar as pessoas”; mas que após o THS, não via mais problemas em solicitar ajuda.

A emissão dos itens componentes do THS no período de *Follow-up* indica que o THS foi capaz de instalar novas habilidades no repertório de habilidades sociais das duas participantes, haja vista que, mesmo depois de seis meses de sua conclusão, P1 e P2 apresentaram frequência semanal maior ou mesmo no nível apresentado durante o THS. Contudo, principalmente no caso de P2, identifica-se a necessidade do seguimento da intervenção.

Condição 2

Avaliação inicial

Perfil sociodemográfico, histórico médico e psicológico

A *Condição 2* foi composta de oito participantes, incluídas no estudo apenas no período pós-cirúrgico tardio. As participantes tinham idades que variavam de 18 a 54 anos, com período de realização da cirurgia variando de quatro a onze meses, com média de 8,75 meses e desvio padrão de 4,93 meses. As participantes realizaram suas cirurgias em equipes diferentes das participantes da Condição 2, mas todas em hospitais particulares também. O nível socioeconômico variou de A2 a B2, bem como a escolaridade variou de Ensino médio completo a Ensino Superior Completo. Com relação ao estado civil, 5/8 declararam-se casadas ou em união estável e as demais declararam-se solteiras.

A análise da anamnese das participantes revelou que 5/8 delas eram obesas mórbidas (P5, P6, P7, P8, P9) e 3/8 apresentavam obesidade tipo II (P3, P4, P10). Todas as participantes referiram-se a doenças associadas à obesidade. Com relação ao IMC pós-cirúrgico, verificou-se que todas as participantes tiveram perda expressiva de peso, tendo duas das oito participantes atingido o peso normal, uma inclusive que fazia parte das participantes que eram obesas mórbidas.

Todas as participantes, exceto P9, alegaram já ter dito transtornos psicológicos. Nenhuma delas havia realizado psicoterapia antes de processo de preparação pré-operatória. Três participantes tiveram que realizar psicoterapia por três ou quatro meses antes da cirurgia (P6, P7, P8) para obter o laudo psicológico favorável à cirurgia, sendo que apenas P8 continuou a psicoterapia após a cirurgia.

Comportamento social

A análise dos valores obtidos pelas oito participantes da *Condição 2* na aplicação do IHS indicou que todas apresentam déficits em, pelo menos, dois fatores, como está demonstrado na Figura 6. Os fatores com maior número de participantes com déficit foram os fatores F2 e F5.

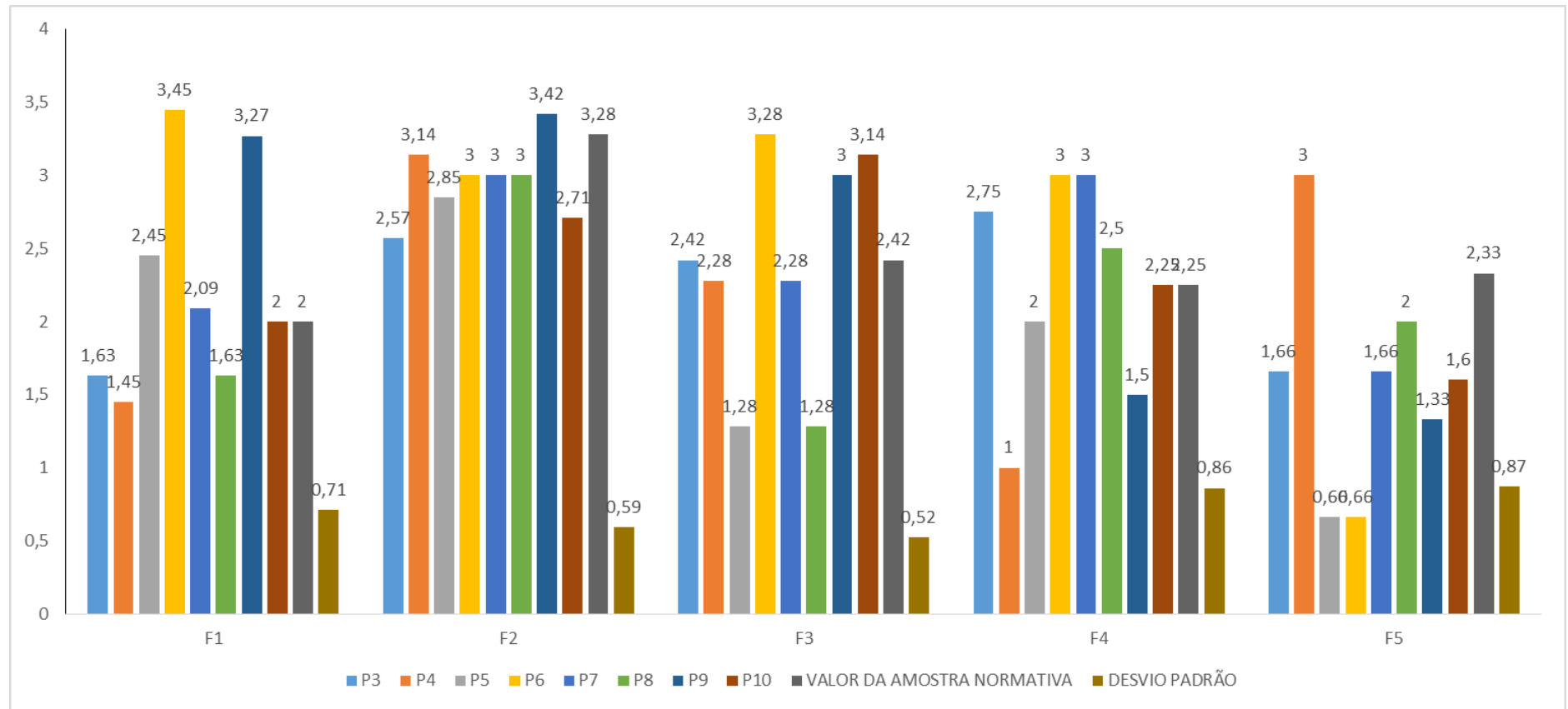


Figura 6. Comparação dos valores obtidos por fator com a amostra normativa feminina e desvio padrão na apuração simplificada do IHS das participantes da Condição 2.

A análise dos valores obtidos pelas participantes da *Condição 2* ao IHS indicou ainda que, a despeito das variações individuais, a maior parte das participantes (6/8) apresentou escores abaixo da amostra normativa nos itens Participar de conversação (F2), Reagir a elogio (F3), Encerrar conversas ao telefone (F3), Fazer pergunta a desconhecidos (F4) e Lidar com chacotas (F5).

Além disso, cinco das oito participantes apresentam escores abaixo da amostra normativa em mais cinco itens: Cobrar dívida de amigo (F1), Abordar para relação sexual (F1), Apresentar-se a outra pessoa (F1), Pedir favores a desconhecidos (F4) e Expressar desagrado a amigos (SF).

Comportamento alimentar

Com exceção de P8, as demais participantes da *Condição 2* não forneceram nenhum plano alimentar à pesquisadora, alegando não encontrar o documento, já que sua referência seria o plano passado aos três meses de cirurgia, indicando ter sido esta a época de sua última visita à nutricionista.

A análise da Tabela 20 indica que o IAD de P8, tanto o absoluto quanto sua média por R24h ou mesmo a média geral, estão bem abaixo da média considerada minimamente aceitável (50%). Identificou-se adesão parcial em apenas duas refeições, bem como foi identificada a supressão por duas vezes da mesma refeição: o lanche da manhã. Na entrevista com a participante, a mesma apresentou vários documentos com orientações nutricionais detalhadas e alegou manter contato constante com a nutricionista por meio de redes sociais, ocasiões em que pede e recebe sugestões de substituições de alimentos. Tais sugestões não foram registradas por P8 e por conta disso não foram levadas em consideração na avaliação de sua dieta atual, para fins do cálculo do IAD.

Tabela 20. IAD absolutos por refeição, média por R24h e média geral obtidos pela participante P8

Refeição	IAD (%)		
	1ºR24h	2ºR24h	3ºR24h
Café	20	0	20
Lanche Manhã	0	0	0
Almoço	0	0	0
Lanche tarde	0	0	0
Jantar	0	50	0
Ceia	0	0	0
Média por R24h	3,33	8,33	3,33
Média Geral	4,99		

Nota: IAD: índice de adesão à dieta; R24h: recordatório 24 horas.

Para avaliação do comportamento alimentar das outras sete participantes optou-se por tomar como referência o plano alimentar recebido por P2. Os resultados dessa análise estão demonstrados na Tabela 21.

A análise dos IADs das participantes da *Condição 2* revelou que a exceção de P3, todas suprimiram refeições na frequência de uma a sete, o que indica um baixo fracionamento da alimentação. Outro aspecto que se destaca é que todas realizaram refeições com 0% de adesão à dieta, variando entre cinco a dez refeições no conjunto dos três R24h. Analisando o tipo de alimento ingerido, verificou-se que a maioria ingeriu alimentos hipercalóricos frequentemente. A análise dos IADs médios por R24h revelou também que nenhuma das participantes obteve 50% de adesão, embora as participantes P3, P4, P6, P9 e P10 tenham obtido IAD absoluto de 100% em pelo menos uma das refeições.

Tabela 21. Cálculo do IAD dos sete sujeitos da Condição 2 sem dieta personalizada

REFEIÇÃO	PARTICIPANTES																				
	P3			P4			P5			P6			P7			P9			P10		
	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR	1ºR	2ºR	3ºR
Café da manhã	20	20	20	60	50	16,66	16,66	20	20	0	16,66	0	---	16,66	---	40	0	0	0	0	14,28
Lanche da manhã	100	100	0	100	0	100	0	0	0	---	---	100	---	---	---	0	100	100	0	0	---
Almoço	50	60	28,57	40	60	66,66	10	25	11,11	14,28	75	16,66	12,5	80	0	33,33	33,33	33,33	16,66	50	0
Lanche da tarde	0	0	50	0	100	0	33,33	0	50	0	0	100	0	---	---	---	0	0	0	100	0
Jantar	0	50	33,33	25	14,28	33,33	0	33,33	16,66	---	---	---	50	0	0	40	0	0	60	100	16,66
Ceia	0	---	100	0	50	0	---	---	---	0	0	0	100	0	0	0	0	0	---	---	---
Média	28,33	46	38,65	37,5	45,71	36,1	11,99	15,66	19,55	3,57	22,91	43,33	40,62	24,16	0	22,66	22,22	22,22	15,32	50	7,73
Média final	37,66			39,77			15,73			23,27			21,59			22,36			24,35		

Análise comparativa das Condições 1 e 2

Comportamento social

Com a comparação dos dados da primeira aplicação do IHS nas participantes da *Condição 1* com os dados do IHS das participantes da *Condição 2*, identificou-se que apenas um item obteve valores considerados deficitários nas duas participantes da *Condição 1* e na maioria das participantes da *Condição 2*: Pedir favores a desconhecidos (F4).

Com comparações isoladas dos valores obtidos por P1 com os valores obtidos pela maioria das participantes da *Condição 2*, observou-se que, além do item Pedir favores a desconhecidos, outros dois também aparecem como deficitários: Abordar para relação sexual (F1) e Lidar com chacotas (F5). Embora os dois tenham sido alvo do THS de P1, observou-se aumento dos valores obtidos apenas no primeiro.

O mesmo tipo de comparação feita com P2, revelou um número maior de itens com valores deficitários em comum: Encerrar conversa pelo telefone (F3), Fazer perguntas a desconhecidos (F4) e Expressar desagrado a amigos (SF). Se considerados os acréscimos ao THS sugeridos na composição da *TabI*, é possível incluir mais um item: Reagir a elogios (F3). Após o THS, P2 obteve aumento nos valores obtidos nos dois itens do Fator F3.

Itens como Participar de conversa (F2), Cobrar dívida de amigo (F1) e Apresentar-se a outra pessoa (F1), apareceram como deficitários exclusivamente nas participantes da *Condição 2*.

Comportamento alimentar

As participantes de ambas as *Condições* do estudo, exceto P8 da *Condição 2*, deixaram de comparecer a consultas para orientação nutricional após os três meses de

cirurgia, período a partir do qual todos os grupos alimentares em suas consistências normais podem ser introduzidos na alimentação após a cirurgia bariátrica. Este dado pode explicar em parte o fato de nenhuma das participantes terem atingido 50% de IAD em nenhuma fase do procedimento, embora todas, exceto P5 da *Condição 2*, tenham apresentado adesão de 100% em uma refeição isolada.

Todas as participantes, independente da *Condição* do estudo, suprimiram refeições, gerando em casos mais frequentes, a exemplo de P9, P7 e P10, um baixo fracionamento alimentar.

Assim como ocorreu com as participantes da *Condição 1*, as participantes da *Condição 2*, executando-se P9, continuaram a ingerir alimentos hipercalóricos como pizzas, refrigerantes e doces. No caso de P9 é interessante notar que a participante incluiu em um dos *R24h* um shake industrializado para controle de peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o objetivo de avaliar os efeitos de um Treino de habilidades sociais (THS) na modificação do comportamento alimentar em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Para isso, comparou-se os valores obtidos no IHS e IAD em participantes antes e depois do THS (*Condição 1*), com os valores obtidos por participantes que não realizaram o THS.

Quanto ao repertório de habilidades sociais, verificou-se que as participantes de ambas as *Condições* apresentaram déficits em itens componentes dos cinco fatores do IHS, bem como em itens não agrupados em fatores (SF), quando comparadas aos valores referentes à amostra normativa. Com exceção da participante P2 da *Condição 1*, as demais apresentaram maiores déficits em itens do fator F5 (*Autocontrole da agressividade em situações aversivas*), o que pode contribuir para elevada ingestão de alimentos conforme sugere a literatura indicando que obesos comem mais em situações específicas, principalmente as que demandam resolução de problemas e as que evocam sentimentos aversivos, como ansiedade e raiva.

A realização de um THS com as participantes da *Condição 1*, baseado na utilização de registros de automonitoração, análise de contingências e ensaio comportamental, teve como efeito, por um lado, o aumento nos valores obtidos nos fatores avaliados com mais déficit na primeira aplicação do IHS, mas, por outro lado, a diminuição nos valores de outros fatores. Tal resultado pode indicar ampliação no repertório de comportamentos sociais habilidosos já que, apesar de emissões malsucedidas, ambas as participantes continuaram a emitir os comportamentos que foram alvo no treino, gerando ampliação nos repertórios de auto-observação e autoconhecimento em função da exposição à automonitoração e à análise de contingências.

Quanto ao comportamento alimentar, verificou-se que nenhuma participante obteve IAD médio em *R24h*, nem na média geral dos três IADs de cada fase do procedimento, equivalente ou superior a 50%, tendo ocorrido reduzido número de IADs absolutos por refeição com estes valores. O abandono precoce do acompanhamento multiprofissional por 9/10 participantes pode ter contribuído para este resultado, haja vista que, sem orientação profissional e expostas às mesmas contingências de antes da cirurgia bariátrica, as participantes ficaram expostas a condições com maior probabilidade de emitir comportamentos alimentares compatíveis aos apresentados no período de instalação do quadro de obesidade.

A não adesão ao tratamento nutricional pode ter sido função também da forma como foi realizada a orientação no período pré-operatório, na medida em que o plano alimentar foi tratado como uma “formalidade” do processo naquele momento e não como um instrumento que aumentaria a probabilidade de sucesso no tratamento da obesidade. Tal aspecto pode ter contribuído também para a realização de “despedidas alimentares” próximo ao momento da cirurgia.

A análise dos *R24h* das participantes de ambas as *Condições* também indicou que a escolha do alimento e o fracionamento das refeições no período pós-operatório tardio variaram pouco, haja vista que houve a inclusão de alimentos com menor valor calórico, embora tenha ocorrido manutenção de alimentos hipercalóricos para a maioria das participantes. Também foram registradas supressões de refeições em 9/10 participantes. A literatura aponta que a ingestão de alimentos hipercalóricos aliada ao baixo fracionamento, o qual interfere no ritmo metabólico, pode contribuir para o reganho de peso. No presente estudo, este dado foi identificado na participante P1 um ano antes de realização da cirurgia.

A análise das contingências onde ocorreu o comportamento de comer excessivamente de P2 indica a importância da realização de intervenções junto a familiares de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a exemplo do que já foi identificado em estudos sobre os efeitos da presença ou ausência de apoio familiar em doenças crônicas com a diabetes e a obesidade infantil.

A comparação dos dados do comportamento alimentar e do repertório de habilidades sociais das duas participantes da *Condição 1* indicou que o THS realizado no período pós-operatório tardio não teve efeitos significativos para o aumento do IAD de ambas. Este resultado se confirmou com a comparação dos valores obtidos nas mesmas variáveis pelas participantes da *Condição 2*, a despeito dos efeitos em termos de aumento de repertório de auto-observação e autoconhecimento identificados nas participantes da *Condição 1*.

Desse modo, destaca-se a discussão sobre a relação entre autoconhecimento e autocontrole, já que embora as participantes da *Condição 1* ao serem expostas a THS, baseado em automonitoração e análise de contingências, tenham ampliado seu repertório de respostas de autoconhecimento (inclusive em situações alimentares, a exemplo da discriminação de P1 sobre a maior chance de ingerir doces se exposta a Situação aversiva 1), isso por si só não foi condição suficiente para a emissão de resposta controladora em contextos relacionados ao comportamento alimentar. Neste sentido, a resposta assertiva por si só não funcionaria como resposta controladora em situações alimentares para indivíduos obesos submetidos à cirurgia bariátrica, haja vista que os indivíduos permanecem em ambientes com oferta de alimentos hipercalóricos, que funcionam como estímulos discriminativos para a resposta de comer excessivamente.

A presente pesquisa enfrentou em sua execução algumas dificuldades. Inicialmente, o estudo incluiria quatro sujeitos, dois expostos (*Condição 1*) e dois não expostos (*Condição 2*) ao THS, todos avaliados desde o período pré-operatório. No processo de captação de sujeitos, a despeito do elevado número de cirurgias realizadas na cidade de Belém e da realização de contatos com quase todas as equipes de saúde que as realizam, foi possível contatar e convidar apenas vinte potenciais participantes, sendo que apenas três aceitaram o convite e realizaram a avaliação das habilidades sociais e do comportamento alimentar no pré-operatório, uma das quais desistiu de realizar a cirurgia, não sendo os seus dados incluídos nesse estudo. Por conta disso, o procedimento foi alterado e as participantes da *Condição 2* passaram a ser captadas entre pacientes que já haviam realizado a cirurgia bariátrica e estavam no período pós-operatório tardio. Este dado indica a necessidade de investigar as variáveis que contribuíram para a esquia dos potenciais participantes.

A despeito dos cuidados metodológicos tomados e do aprofundamento na análise qualitativa dos dados, devido ao espectro de variação na idade e no IMC das participantes selecionadas, identifica-se a necessidade da realização de estudos subsequentes para avaliar o potencial de generalização das conclusões aqui delineadas.

Futuras pesquisas poderiam avaliar também os efeitos da realização do THS no período pré-operatório da cirurgia bariátrica como fator de proteção para o reganho de peso após a cirurgia.

Além disso, outras pesquisas poderiam incluir em seu procedimento a observação direta de interações sociais dos participantes com os outros em seu ambiente natural ou mesmo em situação experimental, como já havia sido sugerido por Duchesne et al. (2012), uma vez que os dados coletados por instrumentos como o IHS estão baseados na percepção do respondente sobre suas interações e o confronto de dados

advindo do relato e da observação poderiam sugerir a inclusão de outras variáveis na linha de investigação da competência social de indivíduos obesos.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. (2011). Critério de classificação econômica Brasil. Retrieved from www.abep.org
- Abreu, E. S., Paternez, A. C. A. C., Chaud, D. M. A., Valverde, F., & Gaze, J. S. (2013). Parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga destinada ao público masculino e feminino. *Revista Ciência & Saúde*, 6(3), 206-213. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/13479/10680>
- Adami, G.F., Meneghelli, A.B.A., & Scopinaro, N. (1999). Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariátrica surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 275-281.
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia Usp*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010&lng=pt&nrm=iso. Recuperado em 23/10/2003.
- Barbosa, D. R. (2001). *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-25022003-161953/pt-br.php>
- Berenguer, A., Celso, S., Coelho, C., Coelho, I., Quintal, A., & Pocinho, M. (2007). Gastrobandoplastia por via laparoscópica: followup de 24 meses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 3-12.
- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002a). Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity surgery*, 12, 781-788.

- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002b). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 155–165.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicologia*, 1, 88-100.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L. S. (2012). Reatividade ao automonitoramento em uma portadora da síndrome do intestino irritável. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28 (3), pp. 293-301.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dimensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 16(2), 330-350.
- Brantley, P. J., Waldo, K., Matthews-Ewald, M. R., Brock, R., Champagne, C. M., Church, T., Harris, M. N., McKnight, T., McKnight, M., Myers, V. H., & Ryan, D. H. (2014). Why Patients Seek Bariatric Surgery: Does Insurance Coverage Matter? *Obesity Surgery*, 24(6), 961-964. doi:10.1007/s11695-014-1237-7
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Cambi, Marchesini, & Baretta, C. (2015). Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(1), 40-43. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100011.

- Carneiro, R. S., & Oliveira, M. G. C. (2013). Um estudo da relação entre estilos parentais e habilidades sociais. *Revista Augustus*, 18 (36), 57-68. Retirado de <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/311>
- Carvalho, R. B. (2000). O boom da Obesidade. *SBPC*, 28, pp. 19-23.
- Casseb, M.S., Bispo-Malcher, M.S., & Ferreira, E.A.P. (2008). Automonitoração e seguimento de regras nutricionais em diabetes: dois estudos de caso. *Interação em Psicologia*, 12, 223-233.
- Casseb, M. S., & Ferreira, E. A. P. (2012). Treino em automonitoração e comportamentos de prevenção em diabetes Tipo 2, *Estudos de Psicologia*, 29, 135-142.
- Cavalcante, L. C. (2009). *Obesidade e Análise do comportamento*. Belém: Unama.
- Cavalcante-Silva, L. C. & Ferreira, E. A. P. (submetido). *Autocontrole do comportamento alimentar após cirurgia bariátrica: um estudo de caso*. Artigo submetido à publicação.
- Cia, F., Pereira, C. S., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: Um estudo correlacional. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 24(1), 3-11.
- Cordás, T. A., Lopes Filho, A. P., & Segal, A. (2004). Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 48 (4), 564-571.
- Correia, S. K. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: Um estudo exploratório. *PSICO-USF*, 9(2), 201-210.

- Costa, L. D.; Valezi, A. C., Matsu, T., Dichi, I., & Dichi, J. B. (2010). Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 37(2), 96-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912010000200005>
- Coutinho W.F., & Benchimol, A.K. (2006). Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Junior, A.B., Ferraz, E.M., Barroso, F.L., Marchesini, J.B., & Szego, T. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, p.13-7.
- Cozby, P. C. (2011). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cruz, M. R. R., & Morimoto, I. M. I. (2004). Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Revista de Nutrição, Campinas*, 17(2), 263 -272.
- Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? *Pediatrica Moderna*, 38 (3), 57-80. Retirado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1850&fase=imprime
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. 9.ed. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2000). Treinamento de habilidades sociais: panorama geral da área. In V. G. Haseet al. *Psicologia do desenvolvimento: perspectivas interdisciplinares*. Belo Horizonte: Health.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). [Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Proximidade histórica e atualidades](#). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115.
- Del Prette, Z. A. P., Villa, M. B., Freitas, M. G., & Del Prette, A. (2008). Estabilidade temporal do Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC). *Avaliação Psicológica*, 7(1), 67-74.
- Deluty, M.Z. (1978). Self-control and impulsiveness involving aversive events. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 4, 250–266.
- Dierk, J-M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. [Journal of Psychosomatic Research](#), 60 (3), 219-227. [doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.083](#)
- Duchesne, M., Falcone, E. M. O., Freitas, S.R., D'Augustin, J. F., Marinho, V., & Appolinario, J. C. (2012). Assessment of interpersonal skills in obese women with binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 17 (7), p. 1065-1076. doi: 10.1177/1359105311432326.
- Elias, A. A., Garrido-Junior, A. B., Berti, L. V., Oliveira, M. R., Bertin, N. T. S., Malheiros, C. A., & Bastouly, M. (2011). Derivações gástricas em Y de- Roux com anel de silicone para o tratamento da obesidade: estudo das complicações

relacionadas com o anel. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(4), 290-295.

Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In: R.C. Wielenska (Org). *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos* (pp.211-221). Santo André, SP: ESETEC.

Fandino, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria. Rio Grande do Sul* [online], 26 (1), 47-51.

Feitosa, F. B., Matos, M. G., Del Prette, Z. A. P, & Del Prette, A. (2009). Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 14(2), 259-266.

Fernandes, A. E., Fujiwara, C. T. H., & Melo, M. E. (2011). Genética: causa comum da obesidade. *Revista da ABESO*, 54, 11-14. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/revista54/genetica.pdf>. Recuperado 1º Março de 2012.

Ferreira, E. A. P., & Fernandes, A. L. (2009). Treino em auto-observação e adesão à dieta em adulto com diabetes Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(4), 629-636.

Fisberg, R. M. (2005). Métodos de inquéritos alimentares com abordagens do comportamento alimentar. In R. M. Fisberg, B. Slater, D. M. Marchioni, & L. A. Martini (Eds.). *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas* (pp. 32-52). Barueri, SP: Manole.

- Fuentes, M. I., Guazi, R. R., Biesek, S. & Passoni, C. R. (2012). Perfil nutricional e adesão ao tratamento de adolescente obesos. *Cadernos das Escolas de Saúde*, 1(5), 102-117.
- Franke, N. I. (2012). *Vivências de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem. Guarulhos, SP: Universidade de Guarulhos.
- Freitas, M. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). Melhorando habilidades sociais de crianças com deficiência visual: Um programa de intervenção para mães. *Revista Benjamin Constant*, 13(37), 17-27.
- Fumo, V. M. S., Manolio, C. L., Bello, S., & Hayashi, M. C. P. I. (2009). Produção científica em habilidades sociais: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 246-266.
- Gomes-Villas Boas, L. C.; Foss, M. C.; Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-8.
- Guimarães, N. G., Dutra, E. S., Ito, M. K. & Carvalho, K. M. B. D. (2010). Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Revista de Nutrição*. Campinas, (3), 323-333.
- Hawke, A., O'Brien, P., Watts, J.M., Hall, J., Dunstan, R. E., Walsh, J. F., Slavotinek, A.H., & Elmslie, R.G. (1990). Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 60, 755-758.

- Heinberg L. J., Ashton, K., & Coughlin, J. (2012). Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(3), 357-63.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2014). *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 2014*. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Johnson, S.B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R., & Cunningham, W. (1986). Assessing daily management in childhood diabetes. *Health Psychology*, 5(6), 545-564.
- Kerbaux, R. R. (1977). Autocontrole: manipulação de condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar. *Psicologia*, 3(2), 101 – 131.
- Kerbaux, R. R. (1987). Obesidade. In: H.W. Lettner & B. Rangé (Eds.). *Manual de psicoterapia comportamental* (pp. 215 – 223). São Paulo: Manole.
- Laurino Neto, R. M., Herbella, F. A., Tauil, R. M., Silva, F. S., & Lima, S. E. Jr. (2012). Comorbidities remission after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity is sustained in a long-term follow-up and correlates with weight regain. *Obesity surgery*, 22 (10), 1580–1585. doi:10.1007/s11695-012-0731-z.
- Lima Barreto Filho, J. A. S., Oliveira, M. H. A., Almeida, F., Moura, J. S., & Alves Junior, A. (2008). Avaliação dos níveis plasmáticos de IGF-1, glicose e insulina no pré e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Jornal*

- Português de Gastreenterologia*, 15(5), 196–203. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v15n5/v15n5a02.pdf>. Recuperado em 20/03/2012.
- Logue, A. (1995). *Self-control: waiting with tomorrow for what you want today*. Prentice Hall.
- Machado, E. C.; Zilberstein, B.; Cecconello, I., & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia digestiva*, 21(4), 185-191.
- Magno, F. C. C. M., Silva, M. S., Cohen, L., Sarmento, L. A., Rosado, E. L., & Carneiro, J. R. I. (2014). Perfil nutricional de pacientes em programa multidisciplinar de tratamento da obesidade grave e em pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*, 27 (suppl.1), 31-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-6720201400S100008>
- Maia, J. M. D., Freitas, L. C., & Del Prette, A. (2008). Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 45-54.
- Marchezini-Cunha, V., & Tourinho, E. Z. (2010). Assertividade e autocontrole: interpretação analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 295-304.
- Marlatt, G. A., & Dovovan, D. M. (2005). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Martins, L. C. C. O., Ferreira, E. A. P., Cavalcante da Silva, L. C., & Almeida, F. P. (2015). Seguimento de Regras Nutricionais em Crianças com Excesso de Peso.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31(1), 33-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015011465033041>

McGrice, M. A., & Porter, J.A. (2012). What are gastric banding patients eating one year post-surgery? *Obesity surgery*, 22, 1855–1858.

Moraes, M.W., & Carvalho, R. (2007). A inserção do Centro cirúrgico na assistência à Saúde. In: Carvalho, R., & Bianchi, E.R.F. *Enfermagem e Centro cirúrgico e recuperação*. São Paulo: Manole.

Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C., & Zwaan, M. (2013). Psychiatric Aspects of Bariatric Surgery. *Current psychiatry reports*, 15, 397- 404. doi: 10.1097/YCO.0000000000000085.

Murta, S. G., Ribeiro, D. C., Rosa, I. O., Menezes, J. C., Ribeiro, M. R. S., Borges, O. S., Paulo, S. G., Oliveira, V. Mirenda, V. H., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2012). Programa de habilidades interpessoais e direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes: um relato de experiência. *Psico-USF*, 17(1), 21-32.

Nascimento, C.A.D., Bezerra, S.M.M.S., & Angelim, E.M.S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201. Retirado de http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-294X2013000200004&pid=S1413-294X2013000200004&pdf_path=epsic/v18n2/v18n2a04.pdf

Nishiyama, M. F., Carvalho, M. D. B., Pelloso, S. M., Nakamura, R. K. C., Peralta, R. M., & Marujo, F. M. P. S. (2007). Avaliação do nível de conhecimento e

aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. *Arquivos de Ciências da Saúde, Unipar*, 11(2), 89-98.

Nobre, S. M. (2010). *Efeitos do Treino de Automonitoração e do Treino de Relato Verbal no Estabelecimento e na Manutenção de Comportamentos de Seguir Regras Nutricionais em Adultos com Obesidade*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.

Oliveira, A. P. S. V., & Ribeiro, M. A. (2013). Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. *Saúde & Transformação*, 4 (3). Retirado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2208/3019>

Oliveira, J. E. D. (2000). Introdução. In: Instituto Danone. *Obesidade e anemia carencial na adolescência*. São Paulo: Instituto Danone.

Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, 31(4), 199-201.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2011). 2011. *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva no. 331. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Recuperado em 1 de março de 2012.

- Pedrosa, IV., Burgos, M.G.P.A., Souza, N.C., & Moraes, C.N. (2009). Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 369(4), 316-322.
- Quadros, M. R. R., Hecke, H. C., Ortellado, J. M., Dalabona, C. C., & Suzane, B. (2005). Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia. *Revista Nutrição em Pauta, Paraná, XIII*(70), jan./fev.
- Rachlin, H. (2000). *The science of selfcontrol*. [Cambridge, Massachusetts](#): Harvard University Press.
- Rachlin, H., & Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 17, 15-22.
- Rasera-Junior, I., Gaino, N. M., Oliveira, M. R. M., Novais, P. F. S., Leite, C. V. S., & Henri, M. A. C. A. (2012). A influência do anel na evolução ponderal após quatro anos da derivação gástrica em y-de-roux laparoscópica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 25 (4), 257-262. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000400009>.
- Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Roehling, M.V. (1999). Weight-based discrimination in employment: Psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52, 969-1016.
- Rossi1, V. E. C.; Pace, A. E.; Hayashida, M. (2009). Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, 2 (3), 41-46.

- Santos, F. C. G. dos. (2005). *Magro. E agora? Histórias de Obesos Móbidos que se Submeteram à Cirurgia Bariátrica*. São Paulo: Vetor.
- Sardinha, A.P.A. (2010). *Habilidades sociais em portadores de anomalia da diferenciação sexual*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Teoria e pesquisa do comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Silva, E. N., & Sanches, M. D. (2006). Perfil lipídico de obesos antes e após a derivação gástrica a Fobi-Capella. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 33(2), 91-95.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1990). Can Psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2006). *Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade*. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php. Recuperado em: agosto de 2009.
- Swencionis, C., & Rendell, S. L. (2012). The psychology of obesity. *Abdominal Imaging*, 37, 733–737. doi: 10.1007/s00261-012-9863-9.
- Valezi, A.C., Brito, S. J., Mali Junior, J., & Brito, E.C (2008). Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em

- y- de- Roux: comparação entre homens e mulheres. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 35(6), 387-391.
- Vasques, F., Martins, F. C., & de Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400013>
- Vieira, M.V., Del Ciampo, I. R. L., & Del Ciampo, L. A. (2014). Hábitos e consumo alimentar entre adolescentes eutróficos e com excesso de peso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24(2), 157-162.
Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Villa, M. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). [Habilidades sociais conjugais e filiação religiosa: um estudo descritivo](#). *Psicologia em Estudo*, 12(1), 23-32.
- Wardé-Kamar, J., Rogers, M., Flancbaum, L., & Laferrère, B. (2004). Calorie intake and meal patterns up to 4 years after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 14(8):1070-1079.
- World Health Organization [WHO] (janeiro 2015). Obesity and overweight. *Fact sheet* N°311. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization [WHO] (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical report series 854. Geneva: WHO. Retirado de http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/
- Zunker,C., Karr, T., Saunders, R., & Mitchell, J. (2012). Eating Behaviors Post-Bariatric Surgery: A Qualitative Study of Grazing. *Obesity surgery*, 22,1225–1231.
doi:10.1007/s11695-012-0647-7.

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CONDIÇÃO 1

Título da pesquisa: Treino de habilidades sociais e comportamento alimentar após cirurgia bariátrica

Convido você a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os efeitos do treino de habilidades sociais na modificação do comportamento alimentar em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Sua participação se dará inicialmente com a aplicação de um teste psicológico que irá avaliar suas habilidades sociais. Este teste será aplicado, individualmente, por um psicólogo que atuará como assistente dessa pesquisa. Os participantes que obtiverem índices altos neste teste encerrarão sua participação na pesquisa e receberão informações sobre o resultado obtido. Aqueles que obtiverem índices baixos, seguirão participando do estudo e passarão às fases seguintes com a pesquisadora responsável na *Condição 1 do estudo*. Na próxima fase, todos os participantes da *Condição 1* realizarão duas entrevistas, uma de anamnese e outra sobre o seu comportamento alimentar atual.

Os participantes da *Condição 1*, além do tratamento de rotina, passarão por um treino de habilidades sociais a ser iniciado três meses depois da cirurgia. Este treino incluirá reuniões semanais para discussões com a pesquisadora acerca de registros sobre a emissão de habilidades sociais que serão realizados no intervalo entre as reuniões. Estas reuniões serão realizadas em um período médio de três meses, na clínica de Psicologia da Universidade da Amazônia, em horários previamente combinados de modo a não prejudicarem sua rotina. Ao final do treino serão realizadas novamente a aplicação do teste psicológico e uma entrevista para caracterização de seu comportamento alimentar na época. Após a conclusão da pesquisa será realizada uma entrevista devolutiva individual para apresentação dos resultados obtidos.

Sua participação na pesquisa, em qualquer um dos grupos, poderá lhe propiciar maior conhecimento sobre seu repertório de habilidades sociais e seu comportamento alimentar. Os resultados também poderão ajudar outros pacientes que se submeteram ou irão se submeter à cirurgia bariátrica, bem como os profissionais que atuam em equipes de saúde que acompanham estes pacientes, a partir da compreensão dos fatores que afetam o comportamento alimentar pós-cirurgia bariátrica.

Esclareço que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto de sua identidade. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a você.

Caso tenha qualquer dúvida, estaremos disponíveis através dos seguintes contatos:

Lúcia Cristina Cavalcante da Silva Doutoranda do PPGTPC Fone: 3201-7662 RG: 1736699	Thiago Leite Pavão Fone: 3201-7662 Registro no Conselho: CRP 10/04113	Profª. Drª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira End: Universidade Federal do Pará. Fone: 3201-7662 Registro no Conselho: CRP 10/00049-3
---	---	--

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará

(CEP-CCS/UFPA) – Complexo B, sala de aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, No 01.

Guamá – Cep: 66.075-110. Tel: 3201-8028. Email: cepcs@ufpa.br.

ANEXO 2



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CONDIÇÃO 2

Título da pesquisa: Treino de habilidades sociais e comportamento alimentar após cirurgia bariátrica

Convido você a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os efeitos do treino de habilidades sociais na modificação do comportamento alimentar em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Sua participação se dará inicialmente com a realização de uma entrevista de anamnese (história de vida), seguida a aplicação de um teste psicológico que irá avaliar suas habilidades sociais. Este teste será aplicado, individualmente, por um psicólogo que atuará como assistente dessa pesquisa. Depois dessa avaliação de seu comportamento social, você será requisitado a relatar a sua alimentação no dia anterior, detalhando os itens consumidos, os horários, os sentimentos e as circunstâncias onde ela se deu. Após isso, marcaremos mais dois encontros para que você relate as mesmas informações, referentes a sua alimentação em um dia do final de semana e um dia de semana.

Sua participação na pesquisa, em qualquer um dos grupos, poderá lhe propiciar maior conhecimento sobre seu repertório de habilidades sociais e seu comportamento alimentar. Os resultados também poderão ajudar outros pacientes que se submeteram ou irão se submeter à cirurgia bariátrica, bem como os profissionais que atuam em equipes de saúde que acompanham estes pacientes, a partir da compreensão dos fatores que afetam o comportamento alimentar pós-cirurgia bariátrica.

Esclareço que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto de sua identidade. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a você.

Caso tenha qualquer dúvida, estaremos disponíveis através dos seguintes contatos:

Lúcia Cristina Cavalcante da Silva Doutoranda do PPGTPC Fone: 3201-7662 RG: 1736699	Thiago Leite Pavão Fone: 3201-7662 Registro no Conselho: CRP 10/04113	Profª. Drª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira End: Universidade Federal do Pará. Fone: 3201-7662 Registro no Conselho: CRP 10/00049-3
---	---	--

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará

(CEP-CCS/UFPA) – Complexo B, sala de aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, No 01.

Guamá – Cep: 66.075-110. Tel: 3201-8028. Email: cepccs@ufpa.br.

ANEXO 3

Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Nível: Doutorado

ROTEIRO DE ANAMNESE**I. DADOS GERAIS SOBRE A ENTREVISTA:**

Sujeito (nome fictício) : Data:/...../.....(.....)

Hora inicial: h Hora final:h Local:

Entrevistador:.....

II. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**II.1. PESSOAIS**

1. Sexo: () M () F

2. Idade:

3. Escolaridade:

4. Profissão/ ocupação:

5. Renda familiar:

6. Conjugalidade:

II.2. INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

Bairro:

Quantas pessoas moram na sua casa?

NOME	GRAU DE PARENTESCO

3. NÍVEL SOCIOECONÔMICO (adaptado de ABEP, 2011):

II.3.1. DADOS GERAIS:

ITENS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Pontuação	0	1	2	3	4
Rádio					
Pontuação	0	1	2	3	4
Banheiro					
Pontuação	0	4	5	6	7
Automóvel					
Pontuação	0	4	7	9	9
Empregada mensalista					
Pontuação	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar					
Pontuação	0	2	2	2	2
Videocassete ou DVD					

Pontuação	0	2	2	2	2
Geladeira					
Pontuação	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
Pontuação	0	2	2	2	2
TOTAL DA PONTUAÇÃO					

II.3.2. GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA:

GRAU DE INSTRUÇÃO	PONTOS
Analfabeto / Até a 3ª série do Ens. Fundamental	0
Até a 4ª série do Ens. Fundamental	1
Ens. Fundamental Completo	2
Ens. Médio Completo	4
Superior Completo	8
TOTAL DA PONTUAÇÃO	

II.3.3. CORTES DO CRITÉRIO BRASIL:

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

IV. HISTÓRICO MÉDICO RELEVANTE:

DOENÇA	QUANDO FOI DIAGNOSTICADO
() Diabetes. Caso positivo, Tipo?	
() Hipertensão arterial	
() Doenças cardiovasculares. Qual(is)?	
() Problemas articulares. Caso positivo: quais as articulações atingidas?	
() Neoplasias	
() Disfunções endócrinas	
() Problemas pulmonares	

V. EXCESSO DE PESO:

1. Altura e peso atual (calcular IMC):
2. Há quanto tempo mantém o peso atual?
3. Quando começou a aumentar de peso/ atribuição de causalidade?
4. Tratamentos para redução de peso e variações de peso (efeito sanfona):

VI. HISTÓRICO PSICOLÓGICO RELEVANTE:

1. Já realizou psicoterapia? Caso positivo: Há quanto tempo? Quantas vezes? Por quanto tempo? Queixas levadas à psicoterapia?
 1. Já teve:
 - (...) Depressão
 - (...) Transtornos de ansiedade
 - () Esquiva social
 - () Tentativas de suicídio

VII. DA CONDIÇÃO 2VIDA SOCIAL

1. Você participa de eventos sociais? Quais? Com que frequência? Como se sente antes, durante e depois de eventos sociais?

ANEXO 4

Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Nível: Doutorado

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR**I. DADOS GERAIS SOBRE A ENTREVISTA:**

Sujeito (nome fictício) : Data:/...../.....(.....)
Hora inicial: h Hora final:h Local:
Entrevistador:.....

II. DADOS ESPECÍFICOS:**II.1. PENSE EM UM DIA DE SEMANA TÍPICO:**

1.1. Descreva como é a sua rotina.

1.2. O que e quanto você come?

1.3. Estime a quantidade.

II.2. PENSE EM UM FINAL DE SEMANA TÍPICO:

2.1. Descreva como é a sua rotina.

2.2. O que e quanto você come?

2.3. Estime a quantidade.

II.3. PENSE NAS SITUAÇÕES EM QUE VOCÊ COME MUITO:

- 3.1. Diga-me quais são e quando acontecem?
- 3.2. O que você come nessas situações?
- 3.3. Estime a quantidade.
- 3.4. O que você sente antes e depois de comer?
- 3.5. Imagine que não fosse possível comer nessas situações, o que você sentiria e faria?
- 3.6. Você identifica datas ou locais em que você em geral come além do habitual ou come comidas hipercalóricas? Descreva.
- 3.7. Há alguma mudança na sua forma de se alimentar em período de festa ou em feriados?

ANEXO 5



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS ADAPTADO (Nobre, 2010)

I. DADOS GERAIS SOBRE A ENTREVISTA:

Sujeito (nome fictício) : Data:/...../.....(.....)

Hora inicial: h Hora final:h Local:

Entrevistador:.....

II. RECORDATÓRIO ALIMENTAR

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

ANEXO 6



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

TABELA DOS ITENS DO IHS, ADAPTADA DE SARDINHA (2010)[TabI]

FATOR	HABILIDADES AVALIADAS/TIPO DE AMBIENTE	JÁ FAÇO	NÃO FAÇO, MAS PODEREI FAZER	SERÁ MUITO DIFÍCIL FAZER
F1- Enfrentamento e auto-afirmação com risco	21. Devolver mercadoria defeituosa (público)			
	16. Discordar do grupo conhecido (público)			
	15. Lidar com críticas injustas			
	15.1. Público			
	<u>15.2 Privado (exceto os pais)</u>			
	29. Fazer perguntas a conhecidos (público)			
	20. Declarar sentimento amoroso (privado)			
	11. Discordar de autoridade			
	11.1. <u>Público</u>			
	11.2. Privado			
	14. Falar em público conhecido (público)			
	05. Cobrar dívida de amigo (público)			
	01. Manter conversa com desconhecidos (público)			

	12. Abordar para relação sexual (privado)			
	07. Apresentar-se a outra pessoa (público)			
F2- Auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos	03. Agradecer elogios sinceros			
	3.1. Público			
	3.2 Privado			
	28. Elogiar familiares (privado)			
	08. Participar de conversação (enturmar) (público)			
	35. Expressar sentimento positivo (dizer que está feliz, por exemplo) (Público)			
	30. Defender outrem em grupo (injustiça) (Público)			
	06. Elogiar outrem (por algum bom feito, não necessariamente a ela)			
	06.1. <u>Público</u>			
	06.2 Privado			
	10. Expressar sentimento positivo (sentimentos de carinho) (privado)			
F3- Conversação e desenvoltura	17. Encerrar conversação			
	<u>17.1. Público</u>			
	17.2 Privado			
	37. Pedir favores a colegas (público)			
	36. Manter conversação com pessoa que acabou de conhecer (público)			
	13. Reagir a elogio (encabulado)			
	13.1 <u>Público</u>			
	13.2 Privado			
	22. Recusar pedido abusivo			
	<u>22.1. Público</u>			

	22.2 Privado			
	24. Encerrar conversação ao telefone			
	<u>24.1. Público</u>			
	24.2 Privado			
	19. Abordar autoridade (para iniciar conversação) (público)			
F4- Auto-exposição a desconhecidos e situações novas	23. Fazer perguntas a desconhecidos (público)			
	26. Pedir favores a desconhecidos (público)			
	09. Falar a público desconhecidos (público)			
	14. Falar em público para pessoas conhecidas (público)			
F5- Autocontrole da agressividade	18. <u>Lidar com críticas dos pais</u> (Privado)			
	18.1 críticas justas			
	18.2. críticas injustas			
	38. Lidar com chacotas			
	<u>38.1. Público</u>			
	38.2 Privado			
	31. Cumprimentar desconhecidos (público)			
Itens que não entraram em nenhum fator	33. Negociar uso de preservativo (privado)			
	02. Pedir mudança de conduta			
	02.1. Público			
	<u>02.2 Privado</u>			
	25. Lidar com críticas justas			
	<u>25.1. Público</u>			
	25.2 Privado (<u>exceto os pais</u>)			
	27. Expressar desagrado a amigos (público)			

	32. Pedir ajuda a amigos (público)			
	34. Recusar pedido abusivo			
	<u>34.1. Público</u>			
	34.2. Privado			
	04. Interromper a fala do outro			
	<u>04.1. Público</u>			
	04.2 Privado			

ANEXO 7



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

FORMULÁRIO DE AUTOMONITORAÇÃO DA EMISSÃO DOS ITENS DO THS [FAEI] PARA P1

Participante: P1 Período:^a semana Habilidade-alvo/ ambiente:

Exemplo de comportamento	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Lidar com críticas injustas (<u>exceto os pais</u>) / privado							
Discordar de autoridade / privado							
Discordar de autoridade / público							
Abordar para relação sexual							
Pedir favores a colegas / público							
Recusar pedidos abusivos / privado							
Pedir favores a desconhecidos							
Lidar com críticas justas dos pais							
Lidar com críticas injustas dos pais							
Lidar com críticas justas (exceto os pais)/privado							
Lidar com chacotas – público							
Pedir mudanças de conduta - privado							
Pedir ajuda a amigos							

ANEXO 8



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

FORMULÁRIO DE AUTOMONITORAÇÃO DA EMISSÃO DOS ITENS DO THS [FAEI] PARA P2

Participante: P2 **Período:**ª semana **Habilidade-alvo/ ambiente:**

Exemplo de comportamento	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Lidar com críticas injustas (doméstico / íntimo)							
Lidar com críticas injustas (público)							
Falar em público desconhecido (grupos grandes)							
Expressar sentimentos positivos (dizer que está feliz, por exemplo) (público-amigos)							
Encerrar conversação (público)							
Encerrar conversação por telefone (público)							
Reagir a elogios – (encabulado) / público							
Abordar autoridade – para iniciar conversação (público)							
Pedir favores a desconhecidos							
Pedir favores a colegas (público).							
Expressar desagrado a amigos							
Pedir ajuda a amigos							
Reagir a elogio (encabulado) – privado							

ANEXO 9



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DA EMISSÃO DOS ITENS DO THS [FALEI] PARA P1

Participante: P1 Período:ª semana Habilidade-alvo/ ambiente:

Exemplo de comportamento	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Lidar com críticas injustas (exceto os pais) / privado							
Discordar de autoridade / privado							
Discordar de autoridade / público							
Abordar para relação sexual							
Pedir favores a colegas / público							
Recusar pedidos abusivos / privado							
Pedir favores a desconhecidos							
Lidar com críticas justas dos pais							
Lidar com críticas injustas dos pais							
Lidar com críticas justas (exceto os pais)/privado							
Lidar com chacotas – público							
Pedir mudanças de conduta - privado							
Pedir ajuda a amigos							

ANEXO 10



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Nível: Doutorado

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DA EMISSÃO DOS ITENS DO THS [FALEI] PARA P2

Participante: P2 **Período:**^a semana **Habilidade-alvo/ ambiente:**

Exemplo de comportamento	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Lidar com críticas injustas (doméstico / íntimo)							
Lidar com críticas injustas (público)							
Falar em público desconhecido (grupos grandes)							
Expressar sentimentos positivos (dizer que está feliz, por exemplo) (público-amigos)							
Encerrar conversa (público)							
Encerrar conversa por telefone (público)							
Reagir a elogios – (encabulado) / público							
Abordar autoridade – para iniciar conversa (público)							
Pedir favores a desconhecidos							
Pedir favores a colegas (público).							
Expressar desagrado a amigos							
Pedir ajuda a amigos							
Reagir a elogio (encabulado) – privado							

ANEXO 11

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

TEXTO SOBRE HABILIDADES SOCIAIS (adaptado de Sardinha, 2010)**O que são Habilidades Sociais?**

O ser humano é um ser social. Ele dificilmente consegue viver sozinho, pois está sempre interagindo com outras pessoas. Saber conviver com outras pessoas, solucionar problemas, expressar pensamentos e sentimentos sem violar os direitos do outro, saber iniciar, manter e concluir uma conversa, são habilidades que facilitam as relações entre elas.

Alguns autores se dedicaram a identificar e classificar as habilidades sociais em grupos. Sendo assim, podemos dizer que existem seis grupos de habilidades sociais:

(i) Habilidades sociais de comunicação: fazer e responder perguntas; pedir *feedback*; dar *feedback*; gratificar/elogiar; iniciar, manter e encerrar conversação;

(ii) Habilidades sociais de civilidade: dizer por favor; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se;

(iii) Habilidades sociais assertivas, de direito e de cidadania: manifestar opinião; concordar; discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se; admitir falhas; interagir com autoridade; estabelecer relacionamentos afetivos e/ou sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva/desagrado; pedir mudança de comportamento; lidar com críticas;

(iv) Habilidades sociais empáticas: parafrasear; refletir sentimentos; expressar apoio;

(v) Habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas; tomar decisões; mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e,

(vii) Habilidades sociais de expressar sentimentos positivos: fazer amizade; expressar solidariedade; cultivar o amor.

As habilidades sociais são comportamentos que precisamos aprender para conviver bem em sociedade. Muitas vezes, uma pessoa já possui as habilidades em seu repertório, porém não as utiliza. Às vezes por ser uma pessoa ansiosa, por ter crenças erradas e até mesmo por não perceber que não está agindo corretamente. Começamos a aprender essas habilidades desde a infância e até a velhice continuamos aprendendo. Quanto melhor nos comportarmos socialmente, maiores serão as chances de obtermos melhor realização pessoal, sucesso profissional e mais saudáveis seremos.

Quando ocorrem falhas nesse processo de aprendizagem, estas se tornam obstáculos para uma melhor interação social, e isso justifica a importância de se identificar problemas dessa ordem, a fim de que sejam tomadas medidas para solucionar este problema. A partir daí, o primeiro passo é demonstrar a importância dessas habilidades na vida das pessoas.

ANEXO 12



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Nível: Doutorado

TEXTO “Um pouco da vida de Luiza”

Em casa, o dia começa bem cedo para Luiza. É quinta-feira e as seis horas da manhã ela acorda, se arruma e toma café com a mãe para ir ao trabalho. Luiza diz a mãe: “Hum, este café está uma delícia, mãezinha!” (gratificar/elogiar – HS de comunicação). Luiza se levanta e pergunta mostrando a sua roupa “Que tal, eu estou bem hoje?” (pedir *feedback* – HS de comunicação). A mãe observa atentamente e em seguida acena positivamente. Luiza parte para o trabalho.

Luiza entra no ônibus e dá “bom dia” ao motorista (cumprimentar – HS civilidade). Ao avistar um lugar desocupado, Luiza se aproxima da senhora no lugar ao lado e indicando a cadeira vazia pede sua licença para passar e sentar (dizer “por favor” - HS civilidade). A senhora se movimenta. Luiza passa, senta e agradece (agradecer - HS civilidade).

Durante a viagem, o motorista do ônibus resolve fazer um desvio de rota, entrando em uma rua distante, pelo menos sete quarteirões, da parada que Luiza iria descer. Ela se levanta, se aproxima dele e ao saber que o desvio tinha sido causado por um acidente. Ela sugere que ele siga pelo menos em uma rua paralela, já que não seria justo ser prejudicada e chegar atrasada no trabalho (manifestar opinião – HS de assertivas, de direito e de cidadania). Ele aceita a sugestão.

Infelizmente, ela não consegue chegar a tempo no trabalho. Seu chefe a recebe na porta do escritório e lhe pergunta a razão do atraso. Luiza explica o acontecido e acerta repor o tempo de atraso ao final do expediente, já que havia muito trabalho a ser feito (interagir com autoridade - HS de assertivas, de direito e de cidadania).

Na sexta-feira, Luiza reuni com os seus colaboradores, lista e distribui as tarefas do dia de forma a cumprir o cronograma (coordenar grupo – HS de trabalho). Mas este não seria um dia fácil para Luiza, Marina, seu braço direito, recebeu uma ligação urgente, que a deixou desesperada. Ao ouvir a situação relatada por Marina, Luiza lhe disse “Querida, vá a sua casa, eu compreendo plenamente a situação (refletir sentimentos – HS empáticas), me ligue se precisar de qualquer coisa que eu possa lhe ajudar” (expressar solidariedade – HS de expressar sentimentos positivos). Não havendo mais ninguém que pudesse assumir a função de Marina, Luiza ligou para o cliente e negociou um adiamento de 24 h na entrega e tudo se resolveu sem maiores atropelos (resolver problemas - – HS de trabalho).