



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Avaliação funcional e estratégias de autocontrole como alternativas para o
tratamento da obesidade mórbida**

Carla de Oliveira Jardim

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia, agosto de 2018



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Avaliação funcional e estratégias de autocontrole como alternativas para o
tratamento da obesidade mórbida**

Carla de Oliveira Jardim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strito Sensu* em Psicologia da PUC Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilma A. Goulart de S. Britto

Goiânia, agosto de 2018

J37a Jardim, Carla de Oliveira
Avaliação funcional e estratégias de autocontrole
como alternativas para o tratamento da obesidade mórbida
[manuscrito] / Carla de Oliveira Jardim.—Goiânia, 2018.
107 f.: il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em
Psicologia, Goiânia, 2018
Inclui referências, f. 77-83

1. Obesidade mórbida - Aspectos psicológicos. 2. Obesidade
mórbida - autocontrole. 3. Escolha (Psicologia) -
comportamento de
escolha. 4. Obesidade - estados emocionais negativos. I. Britto,
Ilma
A. Goulart de Souza - (Ilma Aparecida Goulart de Souza). II.
Título.

CDU: Ed. 2007 -- 159.9.019.4:613.2(043)

Ficha de Avaliação

Jardim, C. de O. (2018). *Avaliação funcional e estratégias de autocontrole como alternativas para o tratamento da obesidade mórbida*. Orientadora: **Prof^a. Dr^a. Ilma A. Goulart de Souza Britto**.

Esta Dissertação foi submetida à banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ilma A. Goulart de Souza Britto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Lisboa Cesarino de Paula
Universidade Federal de Goiás
Membro convidado externo

Prof. Dr. Cristiano Coelho
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof^a. Dr^a. Roberta Maia Marcon de Moura
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Suplente

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.” (Skinner, 1969, p. viii).

O presente estudo foi inspirado na experiência pessoal da pesquisadora que vivenciou os problemas relacionados à obesidade a partir de sua infância e, hoje se dedica a estudar essas classes de comportamento para auxiliar pessoas através da análise do comportamento. Este trabalho é dedicado aos milhares de indivíduos que vivem em meio a todas essas contingências aversivas. Obesidade tem solução.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por mais uma batalha vencida nesta busca pelo conhecimento científico.

Aos meus amados “veinhos”, João e Ana, por acreditarem nos meus sonhos acadêmicos. Sem vocês eu não estaria aqui. Vocês são meus verdadeiros tesouros e serei imensamente grata por tudo. Como é grande o meu amor por vocês!

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Ilma A. Goulart de Souza Britto, primeiramente por ter me aceitado como orientanda neste desafio. Muito obrigada pelas inúmeras horas dedicadas em orientação, sejam presenciais, e-mails, telefonemas ou Whatsapp. Minha gratidão também pelos preciosos empréstimos de livros. Seu amor e seu conhecimento a respeito da análise do comportamento me inspiram a querer aprender muito mais. Grata por ser sempre tão reforçadora e por todos os momentos que vivenciamos nesta caminhada. Meu carinho e admiração!

Às participantes da pesquisa que confiaram no meu trabalho e decidiram dar continuidade ao tratamento após o final do projeto. Muito obrigada! Lembrem-se: um dia de cada vez! Vocês são vencedoras!

Aos professores, Dr^a. Ana Maria Lisboa Cesarino de Paula e Dr. Cristiano Coelho por terem aceitado o convite para compor esta banca, bem como pelas sugestões oferecidas para a realização deste estudo.

À professora Dr^a. Roberta Maia Marcon de Moura por ter aceitado o convite para compor esta banca como membro suplente e também pelas sugestões apresentadas quando do início deste estudo e qualificação.

Ao professor Dr. Lorismário Ernesto Simonassi, por todo o conhecimento que me foi proporcionado durante suas aulas e por ser uma fonte de inspiração em minha vida.

Muito obrigada. Meu carinho e admiração!

À secretária do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Martha Diniz, por toda gentileza e dedicação nos inúmeros momentos em que precisei de seu auxílio. Sou imensamente grata a você! Meu carinho!

A todos os professores do mestrado, o meu muito obrigada, pelo grande conhecimento que me foi proporcionado nesta caminhada do saber científico.

Aos meus colegas e amigos do curso de mestrado e doutorado. Foi um imenso prazer conviver com vocês, desde os momentos de descontração e boas risadas, aos de maior seriedade e discussões valiosas. Vou sentir saudades!

À minha amiga e colega de profissão, Ana Carla, pela contribuição nesta pesquisa. Muito obrigada! Meu carinho!

Ao Philip, que mesmo na distância física pôde me auxiliar neste trabalho. A amizade verdadeira continua a crescer e nem mesmo o tempo e a distância consegue separar laços de carinho. Muito obrigada! Amo você!

E para finalizar, ao Chafic, por toda disponibilidade de me auxiliar nesta caminhada. Serei eternamente grata a você por tudo. Algumas amizades passam rápido, num piscar de olhos, outras são feitas para durar até que você pisque pela última vez. Meu eterno amor e carinho!

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	DC de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	56
Figura 02 -	DC de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	58
Figura 03 -	EC quantidade média de calorias diárias e quantidade média de calorias ingeridas em confraternização de P1 e P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	59
Figura 04 -	EC de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	61
Figura 05 -	EC de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	62
Figura 06 -	Perda de peso de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	63
Figura 07 -	Perda de peso de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e <i>follow-up</i>	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Observação dos comportamentos de P1 em diferentes momentos de sua rotina.....	40
Tabela 02 -	Observação dos comportamentos de P2 em diferentes momentos durante confraternização familiar em casa com grande quantidade de alimentos presente no ambiente.....	40
Tabela 03 -	Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P1....	47
Tabela 04 -	Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P2....	48
Tabela 05 -	Exemplos de relatos compulsivos das participantes e critérios diagnósticos do DSM-5.....	50
Tabela 06 -	Fragmentos das sessões do autocontrole de P1.....	50
Tabela 07 -	Fragmentos das sessões do autocontrole de P2.....	51
Tabela 08 -	Relatos de P1 antes e depois do autocontrole.....	53
Tabela 09 -	Relatos de P2 antes e depois do autocontrole.....	53
Tabela 10 -	DC ser assertivo de P1 antes e depois do autocontrole	54
Tabela 11 -	DC ser assertivo de P2 antes e depois do autocontrole	55

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	Ix
LISTA DE TABELAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	Xiii
INTRODUÇÃO	14
Objetivos do presente estudo	33
MÉTODO	34
Participantes	34
Local e Materiais	36
Procedimento	37
Análise dos dados	45
Cálculo do índice de concordância	46
RESULTADOS	47
DISCUSSÃO	65
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	84
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
Anexo 2. Entrevista para a avaliação comportamental.....	89
Anexo 3. Folha de registro da perda de peso.....	103
Anexo 4. Diário de registro alimentar.....	104
Anexo 5. Diário de registro de atividade física.....	105
Anexo 6. Folha de registro de comportamentos verbais apropriados e inapropriados.....	106
Anexo 7. Solicitação de participantes para pesquisa.....	107

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes dos excessos e déficits comportamentais de duas participantes diagnosticadas com o grau III de obesidade, também descrita como mórbida. Objetivou-se também tratar estes tipos de comportamentos com o uso de um programa de autocontrole. Para avaliar os comportamentos foi empregada a avaliação funcional indireta com o uso de entrevistas e a avaliação funcional direta por meio de observação dos comportamentos das participantes em diferentes momentos de suas rotinas. Para as sessões do autocontrole foi usado o delineamento de reversão-replicação do tipo ABAB, seguido de *follow-up* de 30 dias. Os resultados apontaram altas ocorrências dos excessos e déficits comportamentais durante a fase de linha de base e importantes reduções destes comportamentos durante a fase de intervenção, bem como a perda de peso gradual de ambas as participantes, reduções estas que se mantiveram no *follow-up*. Estes resultados demonstram a importância da avaliação funcional para a eficácia do programa de intervenção. Em função destes resultados, justifica-se o emprego de um programa de autocontrole em estudos que exigem mudança comportamental para indivíduos obesos em diversos graus, inclusive a obesidade mórbida.

Palavras chaves: obesidade mórbida; autocontrole; estados emocionais negativos; comportamento de escolha.

ABSTRACT

The objective of the following study was to evaluate the control exerted by the antecedent and consequent events of behavioral excesses and deficits from 2 diagnosed participants with class III obesity, also known morbid obesity. The objective also included the treatment of the behavior utilizing a self-control program. In order to evaluate the behavior, it was implemented indirect functional assessment using interviews and functional assessment direct observation of the participants during different moments throughout their daily routine. In order to control the procedure during the self-control sessions, it was used reversal-replication (ABAB) design, followed by follow-up within 30 days. The results indicated high occurrences of the behavioral deficits and excesses during the baseline phase and significant reductions during the intervention phase, such as gradual weight-loss for both participants. These reductions were maintained during the follow-up. These results demonstrated the importance of functional assessment for the efficiency of the self-control program. Based on these results, it is justified the implement of a self-control program in studies which required behavioral modifications for obese individuals in many classes, including morbid obesity.

Keywords: morbid obesity; self-control; negative emotional states; choice behavior.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL E ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLE COMO ALTERNATIVAS PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Evidências apontadas pela World Health Organization (WHO) sugerem que a prevalência de excesso de peso e obesidade está aumentando em todo o mundo a um ritmo alarmante, uma vez que países desenvolvidos e em desenvolvimento são afetados (WHO, 2018). De acordo com o Global Burden of Disease (GBD), o número de pessoas com excesso de peso e obesidade aumentou de 921 milhões em 1980 para 2,1 bilhões em 2013 (GBD, 2014). Dados da WHO (2018) apontam que 39% da população mundial estava com sobrepeso em 2016. Parece que a obesidade atingiu proporções epidêmicas globais. Se esta prevalência continuar em sua trajetória atual, quase metade da população adulta do mundo terá sobrepeso ou obesidade até 2030 (Dobbs et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, mais da metade da população está com peso acima do recomendado, sendo que a obesidade cresceu 60% em 10 anos. E os modos constantes pelos quais os brasileiros agem em relação ao consumo de alimentos impactam no crescimento da obesidade (Vigitel, 2016). Pesquisas apontam que este aumento pode levar a futuros declínios na expectativa de vida (Olshansky et al., 2005). Atualmente, a obesidade é responsável por cerca de 5% de todas as mortes no mundo (Dobbs et al., 2014).

Devido aos graves riscos para o desenvolvimento de diversas doenças e ao aumento substancial de sua prevalência, a obesidade tornou-se um grande desafio de saúde pública. Estudos identificaram o excesso de peso como fator de risco para um conjunto crescente de doenças crônicas, incluindo doença cardiovascular, dislipidemias (e.g., aumento do colesterol e/ou triglicérides), diabetes, doença renal, osteoartrite, diversos tipos de cânceres, dentre outras (GBD, 2017). Entretanto, há pouca evidência de formas de

intervenções bem-sucedidas e apesar de todos os esforços, nos últimos 33 anos, nenhum país conseguiu elaborar estratégias para reverter esta epidemia de forma consistente (GBD, 2014).

Para entender a relação entre a obesidade e o comer em excesso, pode-se buscar dados da ciência comportamental, uma vez que problemas comportamentais desta natureza podem ser estudados pela análise do comportamento. A aplicação das estratégias de avaliação funcional e o gerenciamento de contingências como o autocontrole têm contribuído para a compreensão e o tratamento de diferentes tipos de problemas comportamentais.

Uma visão geral sobre a obesidade

A World Health Organization (WHO) define a obesidade como uma doença crônica grave, complexa e incompletamente compreendida que afeta todos os grupos etários e ela pode ser definida, também, como um acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo, na medida em que a saúde pode ser prejudicada. Todavia, seu desenvolvimento é amplamente evitável através de mudanças no estilo de vida (WHO, 2018; Garrow, 1988; Matos et al., 2002).

Sua etiologia é multifatorial: alteração e/ou associação de múltiplos fatores genéticos, endócrino-metabólicos, psicológicos e ambientais (Garrow, 1988; Matos et al., 2002).

Observa-se que o aumento da prevalência da obesidade foi mais acentuado nos últimos 30 anos. Neste sentido, é importante salientar que explicações genéticas ou endócrinas não são suficientemente satisfatórias, uma vez não haver nenhuma evidência considerável capaz de modificar a genética ou o perfil metabólico da população mundial neste período. Assim, a origem principal é ontogenética (Garaulet & Heredia, 2010).

A explicação para o crescente aumento do número de indivíduos obesos parece estar relacionada ao estilo de vida e aos modos constantes de agir ao se alimentarem. O meio ambiente caracteriza-se por oferta ilimitada de alimentos palatáveis (e.g., sorvete, bombons, sanduíche, batata frita), baratos, práticos e de alta concentração energética. O consumo destes alimentos ricos em gordura e açúcares, aliado ao sedentarismo crescente são os fatores que mais contribuem para a obesidade (Heller & Kerbauy, 2000; Ades & Kerbauy, 2002).

Um dos parâmetros utilizados para a realização de seu diagnóstico é através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), cujo resultado avalia se o peso está dentro da faixa ideal, abaixo ou acima do desejado (WHO, 2018). O cálculo do IMC deve ser feito usando a fórmula matemática: peso (em quilogramas) \div altura² (em metros). A obesidade é então definida, em adultos, por um IMC \geq 30, incluindo subdivisões: 1) Obesidade Grau I – entre 30 e 34,99; 2) Obesidade Grau II – entre 35 e 39,99; e 3) Obesidade Grau III (mórbida) – acima de 40 (WHO, 2018).

Pode-se dizer que o peso corporal é uma função da energia consumida pelo indivíduo *versus* a energia gasta. Em outras palavras, significa que se a pessoa come mais do que seu organismo precisa, com o decorrer do tempo, poderá estar acima do peso ou obesa em graus variados (WHO, 2018).

Tendo isso em vista, adverte-se a necessidade de se iniciar o tratamento o quanto antes. As pessoas com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9) têm um prognóstico ótimo, segundo a literatura, uma vez que tendem a alcançar o emagrecimento permanente. Entretanto, quanto maior o grau de obesidade, menor as chances de sucesso. Obesos de grau I têm o prognóstico considerado bom, sendo possível alcançar o emagrecimento permanente. Já para os obesos de grau II, o emagrecimento permanente é menos provável. Enquanto que os obesos de grau III – obesidade mórbida têm poucas chances de

emagrecimento permanente, mesmo se submetendo a medidas terapêuticas extremas, como os procedimentos cirúrgicos (Fonseca, Silva & Felix, 2001).

Obesidade mórbida e cirurgia bariátrica

Os critérios de inclusão para cirurgia bariátrica são: 1) IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidades (e.g., doenças associadas à obesidade, tais como hipertensão, diabetes, dislipidemias); 2) IMC ≥ 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades; 3) ter sido submetido ao menos a um tratamento convencional prévio, por no mínimo seis meses, sem resultado ou com reganho de peso posterior; 4) idade entre 18 e 60 anos (Repetto & Rizzolli, 2006).

O tratamento descrito pela literatura como *convencional* é indicado sempre como a primeira escolha, principalmente nos casos de início recente e sem antecedentes de tratamentos adequados prévios. Esta forma de tratamento inclui dietas, exercícios físico e/ou uso de medicamentos para auxiliar na perda de peso. Entretanto, a taxa de insucesso do tratamento convencional é extremamente elevada, ocorrendo falha em mais de 90% dos casos (Repetto & Rizzolli, 2006).

Dados do Ministério da Saúde mostram que houve um aumento no número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2010 e 2015 de 4.489 para 7.530 procedimentos (Ministério da Saúde, 2017). O número de cirurgias bariátricas no Brasil aumentou 7,5% em 2016 em comparação com o ano de 2015. Os dados são da SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e apontam que no ano de 2016 mais de cem mil pessoas fizeram a cirurgia (SBCBM, 2017).

Muitas pessoas obesas afirmam que a cirurgia bariátrica pode resolver todos os seus problemas, inclusive aqueles alheios à cirurgia e à obesidade. Alguns deles acreditam que, após a cirurgia, problemas emocionais, sociais e profissionais, entre outros, estarão resolvidos como consequência de se “libertarem” da doença (Ades & Kerbauy, 2002).

É preciso, no entanto, salientar que programas que usam apenas estratégias médicas, mesmo que evasivas, como a cirurgia bariátrica, apesar de produzirem perda de peso, não habilitam o indivíduo a lidar com sua nova situação, bem como seus comportamentos em relação ao consumo alimentar (Ades & Kerbauy, 2002). Devido a esta complexidade, a sua compreensão demanda análise, tendo então, sido objeto de estudo de diversos saberes científicos, como, por exemplo, a Psicologia e a Psiquiatria (Benedetti, 2003; Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Entretanto, a Associação Americana de Psiquiatria por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5: APA, 2013), sugere que não há critérios para inclusão da obesidade na categoria de transtornos alimentares. Embora os indivíduos com obesidade também apresentem comportamentos-problema relacionadas à alimentação (Flaherty & Janicak, 1995), como por exemplo, a compulsão alimentar.

Transtorno de compulsão alimentar

Dentre as alterações do comportamento alimentar destaca-se o transtorno de compulsão alimentar, cuja descrição surgiu da necessidade de se discriminar indivíduos obesos com compulsão, daqueles sem compulsão alimentar e dos bulímicos. Todavia, este transtorno também ocorre em pessoas com peso normal ou com sobrepeso (DSM-5: APA, 2013).

Conhecida em inglês como *binge eating*, a compulsão alimentar refere-se ao comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria, em um período delimitado de tempo, geralmente inferior a duas horas, acompanhado de sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (Stunkard, 1959; DSM-5: APA, 2013).

Os episódios de compulsão estão associados a três ou mais dos seguintes critérios:

1) comer mais rapidamente do que o normal; 2) comer até se sentir desconfortavelmente cheio; 3) comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; 4) comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; 5) sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida. Estes episódios ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana, durante três meses (DSM-5: APA, 2013).

A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado para evitar o ganho de peso. São comuns o uso de laxantes e/ou vômitos autoinduzidos, e tendência a se exercitar demais e é caracterizada por um sofrimento marcante (DSM-5: APA, 2013).

Os antecedentes mais comuns são: afeto negativo; estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos ligados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento. E tédio, podendo assim minimizar ou aliviar os fatores que precipitam o episódio em curto prazo, entretanto, como consequências tardias temos a autoavaliação negativa e a disforia (DSM-5: APA, 2013).

Os padrões alimentares desses indivíduos se assemelham aos de pessoas com obesidade, pois estão associados a outros padrões alimentares inadequados, havendo assim uma tendência a comer de forma exagerada fora dos episódios. Grande parte dos que procuram tratamento para este tipo de transtorno está acima do peso e/ou obesos (Fairburn & Cooper, 2016). Duchesne et al. (2007) afirmam que a terapia clínica comportamental é uma das formas mais comuns de tratamento, tendo grande impacto sobre casos de compulsão alimentar e também obesidade.

De acordo com Mazur (2013) inúmeras são as evidências que explicam a aquisição de comportamentos aditivos. Por exemplo, o comer excessivamente até o empanturrar-se

pela aprendizagem com os princípios de reforçamento e punição presentes no ambiente natural do indivíduo.

Análise do comportamento aplicada ao estudo da obesidade

Por ser descrita como uma patologia orgânica, a análise do comportamento não estuda a obesidade propriamente dita, mas a relação entre o indivíduo obeso e o ambiente que instalou e mantém este quadro. Em especial a função que o comportamento alimentar adquiriu a ponto de fazer com que o indivíduo continue a executá-lo em excesso e de forma contínua, apesar das inúmeras consequências negativas acarretadas para sua vida (Cavalcante, 2009). Assim, o comportamento alimentar pode ser considerado como comportamento de escolha.

Neste sentido, torna-se relevante compreender o que seja comportamento, uma vez que comportamento envolve o ambiente. O organismo é construído de forma a ingerir ar, comida e a expelir resíduos (Skinner, 1974/2004). Como forma de comportamento operante, comer em excesso, por definição, é sensível às suas consequências. As contingências ambientais estabelecem e mantêm o ingerir alimentos em excesso.

Ademais, Skinner (1953/2000) esclarece que o comportamento implica nas ações realizadas por um organismo em seu ambiente. Assim, o termo comportamento indica uma relação funcional entre dois eventos: a do ambiente e a resposta do organismo. Mais especificamente, ele pode ser compreendido por: filogenia ou história da espécie (biológico); ontogenia, ou história individual da pessoa; e cultural. Quer dizer, a prática de todo repertório de comportamento nas contingências de reforço a que o indivíduo foi exposto ao longo de sua vida, ou seja, que foi aprendido na interação com o meio ambiente (Skinner, 1953/2000; Todorov & Hanna, 2010).

Em outros termos, “o comportamento humano é o produto conjunto de contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies e contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros, incluindo contingências especiais mantidas por um ambiente social evoluído” (Skinner, 1981/200, p. 502).

Os comportamentos-problema relacionados à obesidade só serão adequadamente compreendidos considerando-se a interação entre os três níveis: 1) as variáveis biológicas relacionadas, e.g., ao modo como o corpo reage às sucessivas dietas restritivas que logo são interrompidas, as variáveis propriamente comportamentais, e.g., 2) os efeitos das consequências sociais produzidas pela obesidade e 3) as variáveis culturais, e.g., o ambiente obesogênico reforçador, como por exemplo, em reuniões, confraternizações com amigos e familiares e celebrações de todos os tipos (Sampaio & Andery, 2012).

Na perspectiva Skinneriana, é um equívoco dizer que a comida é reforçadora porque sentimos fome ou porque sentimos necessidade da comida, ou ainda empenharmos em comportamento reforçado por alimento porque sentimos fome. Skinner (1974/2004) afirma que “a condição sentida como fome que teria sido selecionada ao longo da evolução da espécie como a mais imediatamente envolvida no reforço operante” (p.46).

Desta forma, fica evidente que para a compreensão de qualquer repertório comportamental é necessário entender a relação funcional entre o comportamento e o ambiente. Isto é, investigar as variáveis antecedentes e consequentes de tal comportamento (Ferster, 1973; Cavalcante, 1997; Martin & Pear, 2007/2009; Meyer, 2003).

Ferster, Nurnberger e Levitt (1962) deram início aos estudos analíticos comportamentais envolvendo o comportamento alimentar, cuja pesquisa descrevia e analisava esta classe comportamental como um comportamento aprendido ao longo da vida do indivíduo, sendo pontuada sua função e também suas variáveis mantenedoras.

Um dos primeiros estudos a respeito do comportamento alimentar realizado por pesquisador brasileiro deu-se com Kerbauy (1972). O objetivo era estabelecer e aumentar a possibilidade dos participantes de automanipular seu comportamento alimentar utilizando um conjunto de técnicas de autocontrole (Kerbauy, 1972). Desde então, vários pesquisadores buscaram responder a questões acerca da função que o comportamento alimentar tem para o obeso.

Avaliação funcional: comportamentos-problema e ambiente obesogênico

A análise do comportamento rompe com a tendência de buscar dentro do organismo as explicações para o fenômeno comportamental, voltando sua atenção para as relações funcionais entre o comportamento do organismo e o ambiente. Em busca das variáveis ambientais das quais o comportamento é função, o processo de avaliação funcional tem sido um dos recursos predominantes para a implementação de intervenções comportamentais sistemáticas (Dunlap & Kincaid, 2001; Hanley, 2012). Esta abordagem possui forte fundamentação empírica para entender e influenciar o comportamento-problema em uma dada condição ambiental (Skinner, 1953/2000; Hagopian, Dozier, Rooker & Jones, 2013; O'Neill et al., 1997; O'Neill., Albin., & Sprague, 2015).

O processo de avaliação funcional envolve métodos de observação indireta (e.g., entrevistas e questionários) e observação direta (e.g., o registro de eventos antecedentes e consequentes em diferentes momentos da rotina dos indivíduos), e tem como objetivos entender, tratar e prevenir quaisquer tipos de comportamentos-problema (Sturmey, et al., 2007; O'Neill et al., 1997, 2015). Busca-se identificar, por meio de informações úteis sobre as relações funcionais entre as variáveis ambientais e os comportamentos-problema, inclusive os mais severos, bem como, sobre a função operante deste tipo de

comportamento (Dunlap & Kincaid, 2001; Sturmey, et al., 2007; Hagopian et al., 2013; Hanley, 2012; Iwata, Kahng, Wallece & Lindberg, 2000).

Pesquisadores e clínicos destacam o uso desse processo para o claro entendimento dos eventos antecedentes e consequentes que ocasionam e reforçam comportamentos-problema (Hagopian et al., 2013; O'Neill et al., 1997, 2015). Por exemplo, a compreensão dos eventos que mantêm os comportamentos-problemas relacionados à obesidade é um elemento essencial de uma avaliação funcional.

Evidencia-se ainda que o conhecimento das variáveis que exercem controle sobre os comportamentos-problema influencia diretamente a efetividade do tratamento. Isto é, quando são identificadas as condições que afetam a probabilidade momentânea ou em longo prazo de comportamentos-problema, esta informação pode ser utilizada para diminuí-lo, bem como para ajudar o indivíduo a obter os resultados funcionais de uma forma socialmente aceitável (Hagopian et al., 2013).

Nesta perspectiva, é observado que os comportamentos de beber e comer são reforçados socialmente, em reuniões sociais, confraternizações com os amigos, nas celebrações de todo o tipo (Vera & Fernández, 1989; Guerrero, 2007). Neste sentido, as fontes de reforçamento do indivíduo com obesidade estão ligadas ao comer: testar pratos novos, preparar pratos especiais e convidar os amigos para apreciá-los, sair com os amigos para conhecer um restaurante novo ou ir a eventos gastronômicos (Silva, 2001).

Esta carência de fontes de reforçamento positivo está associada à história de exposição às contingências familiares. Isso se dá principalmente na infância, quando o alimento é administrado em substituição a outros reforçadores como contato físico e atenção, fatores relevantes para a instalação e manutenção do comportamento alimentar do obeso (Silva, 2001).

As contingências presentes no ambiente social do obeso estão relacionadas ao padrão de ingestão de alimento apresentado (Albuquerque & Gomes, 2002). Pesquisas revelam que a oferta de alimentos e os padrões comportamentais presentes no ambiente familiar são as variáveis que afetam a instalação do quadro de obesidade (Ades & Kerbauy, 2002). Estes estudos também relacionaram estas variáveis com as dificuldades em seguir as prescrições de dieta alimentar, em realizar exercícios periodicamente e manter a perda de peso, obtida inclusive com medicamentos (Albuquerque & Gomes, 2002; Ades & Kerbauy, 2002).

Entretanto, não só os fatores sociais, mas também os estados emocionais e os eventos antecedentes que os estabelecem, bem como suas funções podem levar o indivíduo a comer de modo excessivo (Vera & Fernández, 1989; Guerrero, 2007). Os estados emocionais podem ser considerados como produto da história evolutiva e pessoal, em conjunto com as contingências presentes e descritas somente pela pessoa que se comporta, se internas. Entretanto, podem assumir formas externas como verbalizações que fazem referências a sentimentos, emoções ou estados motivacionais (Baum, 1994/2006).

Desta forma, é importante destacar que, para Skinner (1974/2004), a natureza daquilo que acontece dentro da pele não difere de qualquer comportamento observável. Assim, comportamentos públicos e privados podem ser modificados a partir das particularidades do ambiente em que o indivíduo está inserido. Cabe ao analista do comportamento identificar as consequências que mantêm os estados emocionais e quais funções exercem para a pessoa (Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008).

O ingerir alimentos, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de lidar com a ansiedade, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites (Kahtalian, 1992). O alimento na boca é prazeroso e parece reduzir os níveis de ansiedade daquele momento. Ele atua imediatamente como uma

distração temporária, funcionando assim como reforçador negativo (Gonçalves & Oliveira, 2003).

Alguns indivíduos apresentam um comer circunstanciais a qualquer forma de estimulação aversiva, sem necessidade de privação ou sem considerar a saciedade. O comer pode se estender até sensações muito desagradáveis de empanturramento e atingindo um número de calorias exorbitante (Silva, 2001). Desta forma, com um repertório pobre em termos de atividades reforçadoras devido à ausência de outras fontes de prazer, além da comida, e à medida que o indivíduo se descreve como entediado, com sensação de vazio, ou cansado, ele come (Silva, 2001).

O comer não é a resposta adequada ou a resposta que se quer. Essa resposta tem a função de controlar ou afastar situações aversivas e/ou estados emocionais negativos (Noto, Daloffe & Bezerra, 2010). Porém, quanto mais se quer controlar os estados emocionais negativos, mais eles estarão presentes e com maior intensidade (Silva, 2001).

A repetição deste padrão comportamental de ingerir alimentos em excesso irá ocasionar o ganho de peso e ao engordar a pessoa fica ansiosa. Ao mesmo tempo em que o ingerir alimentos é extremante reforçador, também pode proporcionar alívio imediato, o que fortalece o seu poder, a partir do momento em que ela para de comer, sente-se culpada por ter comido em excesso (Silva, 2001).

As operações antecedentes que dão origem a certos estados emocionais podem provocar mudanças corporais agudas, por exemplo, a apresentação de reforçadores produz a emoção *contentamento* e a retirada, *raiva*. A apresentação de estímulos aversivos produz *ansiedade* e a perda de reforçadores generalizados, *tristeza*. Já a retirada de estímulos aversivos gera *alívio*, enquanto que a combinação de um estímulo positivo com um negativo (e.g., comer torta de chocolate e engordar) produz *culpa* (Martin & Pear, 2007/2009; Millenson, 1967/1975).

Além de avaliarem-se ansiosas, essas pessoas apresentam dificuldade de delimitarem seu espaço pessoal e não conseguem estabelecer limites aos outros, permitindo uma invasão à sua privacidade. Ao se colocarem em segundo plano, desrespeitam os seus direitos humanos básicos (Caballo, 1996). Para sentirem-se aceitas, precisam colocar o outro em primeiro lugar e fazer tudo por ele (Silva, 2001).

Alguns estudos têm indicado que o indivíduo obeso é exposto, também a um conjunto de contingências sociais aversivas, como por exemplo, rejeição de colegas, as quais têm como reflexo, dificuldades de estabelecimento de relacionamentos amorosos, retraimento social, solidão, tristeza e agressividade. Neste sentido, observam-se as relações entre obesidade, baixa competência social e avaliação negativa de si mesmo (Muller, 1999; Barbosa, 2001; Rocha, Abdelnor, Vanetta & Silva, 2002).

Em função dos padrões culturais de beleza e da forma do corpo, tudo isso parece estar relacionado a um ambiente pouco generoso quanto à apresentação de reforçadores e bastante farto quanto às repreensões. Critica-se a pessoa e não o seu comportamento de comer em excesso. Dessa forma, ela pode acreditar que não tem valor, não faz diferença, é inferior, não consegue, é errada (Guerrero, 2007). Pode sentir-se amada somente pela sua utilidade e não pelo seu valor como pessoa (Silva, 2001).

Geralmente se concorda que são necessárias várias tentativas reforçadoras para o desenvolvimento de comportamentos consistentes em pessoas com estes tipos de problemas (Martin & Pear, 2007/2009). A seguir, outro fator importante a ser analisado, em relação à pessoa obesa, refere-se à sua forma de comportar-se baseada em regras (e.g., nunca vou emagrecer porque na minha família todos têm problema de peso; tudo que eu como me engorda; fazer exercícios é muito chato), que foram adquiridas ao longo de sua vida, sem questioná-las, tornando-se assim insensível às contingências as quais está exposta (Silva, 2001; Guerrero, 2007).

Comportamento governado por regras

Regras são estímulos discriminativos que envolvem o comportamento verbal de uma pessoa, a que emite essa regra (Matos, 2001). O comportamento governado por regras pode ser considerado como um comportamento que está sob o controle de estímulos verbais que especificam uma contingência, uma vez que os estímulos verbais têm propriedades eliciadoras, estabelecedoras, reforçadoras ou discriminativas (Skinner, 1969/1984; Hayes & Brownstein, 1985; Zettle, 1990).

O comportamento controlado por regras depende do comportamento verbal de uma pessoa e está sob controle de antecedentes verbais que descrevem contingências e ocorre independentemente de suas consequências imediatas (Albuquerque, Matos, de Souza & Paracampo, 2004). Entretanto, um indivíduo pode assumir o papel de ouvinte e falante ao mesmo tempo, isto é emitir regras para si próprias. Nesta perspectiva entende-se que o comportamento do indivíduo está sendo controlado por autorregras (Skinner, 1969/1984).

Ainda segundo Skinner (1969/1984), as autorregras são produzidas pelo comportamento verbal da própria pessoa. Estudos revelam que o comportamento controlado por regras pode ser insensível às contingências quando há uma história de reforçamento social em seu surgimento. O uso de regras pode impedir as pessoas de entrarem em contato com os reforçadores naturais, ficando mais sensíveis a reforçadores arbitrários apresentando resistência a mudanças (Martinez & Ribes-Iñesta, 1996; Albuquerque et al., 2004; Albuquerque, de Souza, Matos & Paracampo, 2003; Galizio, 1979; Hayes et al., 1986; Shimoff, Catania & Matthews, 1981).

Para Medeiros (2010), uma intervenção mais indicada no contexto clínico seria levar o cliente a elaborar autorregras, pois há maior probabilidade de que ele as siga. Segundo Skinner (1969/1984), o indivíduo é capaz de formular autorregras e enfraquecer suas relações com as contingências. Além disso, a pessoa com obesidade precisa ser capaz

de identificar as propriedades funcionais dos seus excessos alimentares para, em um momento seguinte, ser treinado a se comportar de uma forma alternativa (Noto et al., 2010). Neste sentido, excessos comportamentais, tais como comer demais pode ser considerado um tipo de problema de autocontrole (Skinner, 1953/2000; Martin & Pear, 2007/2009).

O autocontrole

Skinner (1953/2000) define autocontrole como uma circunstância em que o indivíduo manipula seu ambiente de forma a alterar a probabilidade de um comportamento ocorrer no futuro próximo. Segundo o autor, há dois tipos de resposta: a controladora e a controlada e é por meio da primeira que o indivíduo altera as variáveis determinantes da segunda (e.g., uma pessoa se alimenta de forma saudável e só então vai a uma confraternização repleta de comestíveis palatáveis, alterando assim seu comportamento de comer em excesso na festa).

As pessoas estão constantemente fazendo escolhas, uma vez que, de acordo com Mazur (2013) todo comportamento envolve escolha. Um indivíduo pode escolher entre permanecer se comportando da mesma forma ou mudar seu comportamento. Todos os dias, as pessoas fazem muitas escolhas que envolvem um conflito entre seus interesses de curto e longo prazo (Mazur, 2013).

Essas escolhas envolvem conflitos entre consequências imediatas e atrasadas, reforçadoras e punidoras e em casos de obesidade são manifestadas pela emissão de comportamentos de ingerir alimentos em excesso e/ou ausência de atividade física, que garantem o acesso a reforçadores imediatos (e.g., sabor agradável do alimento, resposta de alívio, evitar situações aversivas), mas que produzem consequências negativas ao longo do tempo (e.g., engordar). Os excessos comportamentais envolvem reforçadores imediatos, tal

como o sabor agradável do alimento. Apesar de ocasionarem também consequências negativas, como o ganho de peso, colesterol alto e outros problemas de saúde, estes últimos são, muitas vezes, ineficientes (Ainslie, 1975; Rachlin, 2000; Martin & Pear, 2007/2009; Mazur, 2013).

O comportamento de comer é reforçado imediatamente e apesar das consequências negativas também serem imediatas, geralmente são muito sutis para serem percebidas no momento da emissão do comportamento. Dessa forma, o acúmulo desses excessos alimentares, em diversas ocasiões que causará o ganho de peso (Martin & Pear, 2007/2009). Neste ponto de vista, as consequências reforçadoras imediatas do comportamento alimentar podem superar o sofrimento e a angústia emocional, atrasados, quando se observam o ganho de peso e/ou outros problemas de saúde relacionados à obesidade (Malott, 1989).

Considere o exemplo, no domingo à noite, uma pessoa com obesidade pode definitivamente decidir fazer escolhas alimentares mais saudáveis a partir daquele momento. Entretanto, na manhã seguinte, sua preferência muda diante dos vários pães de queijos quentinhos no café da manhã. Mais tarde naquele dia, ela lamenta essa escolha e decide tomar uma decisão diferente no futuro (Mazur, 2013).

A primeira reflete uma escolha entre um reforçador pequeno, porém imediato e o último, um reforçador de maior magnitude, contudo atrasado. O reforçador pequeno e imediato é o pão de queijo quentinho no café da manhã e o de maior magnitude, porém atrasado é o emagrecer que provavelmente resultará de fazer escolhas mais saudáveis ao longo do tempo. Uma característica importante das situações de autocontrole é que as preferências de uma pessoa podem apresentar mudanças sistemáticas ao longo do tempo, ou seja, sua escolha muda com o passar do tempo (Ainslie, 1975; Rachlin, 2000; Mazur, 2013).

Neste sentido, as escolhas que envolvem autocontrole elucidam que o indivíduo escolherá qualquer reforçador que tenha o valor mais alto no momento em que a escolha é feita. Observa-se, porém, que a força ou o valor de um reforçador diminui à medida que seu atraso aumenta, o que pode fazer com que o reforçador de maior magnitude passe a ter menos valor que o reforçador imediato em algum momento (Ainslie, 1975; Rachlin, 2000; Mazur, 2013).

A queixa principal de pessoas obesas é a dificuldade em aderir ao tratamento proposto em longo prazo. Rachlin (1974) enfatiza que só existirá autocontrole se houver manipulação do ambiente para que um comportamento menos provável, ou seja, cujo reforçador é de maior magnitude, porém atrasado, venha a ocorrer frente à iminência de um comportamento impulsivo, e.g., comer uma maçã ao invés de um doce irá contribuir para a perda ou manutenção do peso, produzindo uma consequência de maior magnitude comparada a saborear o doce, porém atrasada.

Nesta perspectiva, se as pessoas aprendessem e seguissem uma estratégia que otimizasse a satisfação a longo prazo, elas escolheriam de modo coerente uma alternativa ou outra. Entretanto, a maioria dos indivíduos com problemas de autocontrole afirma não ter *força de vontade* ou *motivação* para dar continuidade aos novos hábitos (Skinner, 1953/2000; Mazur, 2013).

Operações motivadoras

O termo *força de vontade* ou *motivação* refere-se tradicionalmente a uma experiência interna que impulsiona o comportamento (Vernon, 1969/1973). Em se tratando de operação motivadora, historicamente, este conceito surgiu na psicologia como causa do comportamento, uma vez os *processos do desejo* foram alvos de teorias da motivação (Marcon & Britto, 2011, 2015; Martin & Pear, 2007/2009). Entretanto, para os analistas do

comportamento, motivação está relacionada a variáveis externas, as quais têm efeitos sobre o comportamento do indivíduo e que dependem de certas alterações do ambiente (Catania, 1988/2008; Michael, 2000; Todorov & Moreira, 2005).

Embora não tenha utilizado o termo *operação estabelecadora*, o primeiro manuscrito que encontramos para falar de motivação sob a ótica analítico comportamental foi escrito por Skinner em 1938, no qual o autor se refere a *drives* como um grupo específico de variáveis que atuam no fortalecimento ou enfraquecimento do comportamento (Skinner, 1938). Posteriormente, diversos autores (Keller & Schoenfeld, 1950/1974; Skinner, 1953/2000; Millenson, 1967/1975) se dedicaram a discutir os eventos motivacionais destacando-se as operações de privação, saciação e estimulação aversiva. Enfatizou-se o papel das variáveis ambientais na compreensão do conceito de *motivação* e a importância de se entender esse fenômeno como produto da relação entre o organismo e os eventos ambientais, negando assim qualquer possibilidade de um mediador interno.

O termo *operação estabelecadora* foi proposto por Michael, em 1982, para se referir aos estímulos antecedentes envolvidos em uma relação comportamental e que estão relacionados aos aspectos motivacionais daquele comportamento (Michael, 1982). Segundo este autor, faz-se necessário o uso de um termo mais geral para abarcar eventos que tem em comum, dois efeitos sobre o comportamento: 1) alterar a efetividade de algum objeto ou evento como reforçador ou punidor e 2) alterar a probabilidade de respostas que no passado tenham produzido tal consequência (Michael, 1982).

A última versão do conceito foi apresentada com a inclusão das *operações motivadoras*. Nesta perspectiva, uma operação motivadora é todo e qualquer evento ambiental que afeta um operante de duas maneiras: 1) alterando a efetividade dos estímulos consequentes (reforçadores ou punidores); e 2) modificando a frequência da classe de respostas que produzem essas consequências (Laraway, Snyckerski, Michael &

Poling, 2003). As operações motivadoras se subdividem em estabelecedoras ou abolidoras, de acordo com a função que exerce sobre a resposta, aumentando ou diminuindo, respectivamente a probabilidade da resposta ser emitida (Laraway et al., 2003).

Neste sentido, as operações estabelecedoras se referem aos eventos ambientais que tornam as respostas de uma classe operante mais provável de serem emitidas por aumentar a efetividade reforçadora ou diminuir a efetividade punidora da consequência, ou seja, ao aumento da frequência de resposta. Enquanto que as operações abolidoras se referem aos eventos que tornam as respostas de uma classe operante menos prováveis de ocorrerem, por diminuir a efetividade reforçadora ou aumentar a efetividade punidora da consequência, isto é, estão relacionadas à diminuição da frequência de respostas (Laraway et al., 2003).

Em outras palavras, as operações motivadoras estabelecedoras aumentam o valor reforçador do estímulo ou diminuem o valor punidor do estímulo e conseqüentemente aumentam a frequência da classe operante relacionada a esses estímulos (e.g., a privação de alimentos em dietas extremamente restritivas aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos de ingerir alimentos em excesso). Em contrapartida, as operações motivadoras abolidoras diminuem o valor reforçador do estímulo ou aumentam o valor punidor do estímulo e conseqüentemente diminuem a frequência da classe operante relacionada a esses estímulos (e.g., ir a supermercados somente após as refeições diminui a probabilidade de comprar alimentos que não estão na lista de compras) (Laraway et al., 2003).

Os alimentos palatáveis têm componentes extremamente reforçadores que tornam ainda mais difícil aprender a se esquivar deles, daí o excesso alimentar. Ingerir alimentos em demasia forma padrão de consumo e ao se restringir tal comportamento desenvolve-se uma forma especial de privação, uma operação motivadora na qual o indivíduo,

provavelmente, se engajará em episódios de excessos alimentares. Neste sentido, a privação do alimento adquire função estabelecadora por aumentar a probabilidade do quanto o indivíduo querer ingeri-lo, torando-o um potente reforçador (Marcon & Britto, 2015; Skinner, 1953/2000).

A intervenção comportamental com indivíduos obesos compreende uma série de estratégias de arranjo de contingências para a promoção do autocontrole em situações específicas, como aquelas relacionadas ao autocuidado e que envolvem alimentação saudável e prática de atividade física (Foster, Makris & Bailer, 2005; Jeffrey, 1976; Masters, Burish, Hollon & Rimm, 1987).

Objetivos do presente estudo

O presente estudo objetivou identificar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre os comportamentos-problema de duas pessoas com diagnóstico de obesidade grau III, mórbida, com o uso de estratégias da avaliação funcional. Um segundo objetivo foi o tratamento destas classes comportamentais com o uso de um programa de autocontrole controlado pelo delineamento de reversão-replicação, no formato ABAB, seguido de *follow-up*.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo duas pessoas do sexo feminino, uma casada e a outra solteira ambas diagnosticadas com obesidade de grau III, descrita como mórbida pela WHO (2018). As participantes procuraram atendimento terapêutico em função de possuírem excesso de peso. Doravante as participantes serão nomeadas de P1 e P2.

P1, com 57 anos de idade, casada, ensino superior completo em pedagogia e que residia com o esposo, juiz de direito e o filho caçula no setor central desta capital. Pesava 144,6 quilos quando do início da coleta de dados, com um IMC de 56,5. Relatou que sempre era a mais gordinha dentre as crianças com as quais convivia durante a infância. Expôs que aos 7 anos de idade teve uma dor de dente intensa e que buscou alívio comendo uma travessa de macarrão enquanto chorava sobre o alimento. Casou-se aos 13 anos de idade em função de ter engravidado e teve três filhos, sendo uma do sexo feminino.

Em decorrência da primeira gravidez houve acentuado ganho de peso. Dentre as suas atividades, P1 descreveu-se como uma pessoa que optava em ajudar as pessoas, em detrimento de si mesma. Relatou também certa falta de habilidades para lidar com estados emocionais negativos como raiva em relação a provocações e pequenos impedimentos (e.g., sair de casa, não receber pessoas) do esposo e familiares (e.g., empréstimos de dinheiro), além de dificuldades para se expressar e demonstrar emoções. Ao longo de seu histórico, com inúmeras tentativas para emagrecer procurou auxílio de nutrólogos, endocrinologistas e psicoterapia de grupo. Como consequência do tratamento medicamentoso, houve perda de peso, porém quando interrompia a medicação, engordava o dobro do que havia perdido, após um curto período de tempo. Outras vezes, apenas consultava uma nutricionista, porém nem mesmo lia o plano alimentar que lhe era

prescrito pela profissional. Na psicoterapia de grupo quase não perdeu peso, pois não havia por parte dela engajamento para o cumprimento daquilo que aprendera, abandonando precocemente o processo.

P1 contou que ingerir um bombom Sonho de Valsa em momentos de estados emocionais negativos era como se lhe fosse administrada uma injeção de calmante. Relatou ainda comer muito o tempo todo e que por este motivo não sabia discriminar se estava com fome ou não; e o único momento em que não comia era quando estava dormindo. Não soube descrever a quantidade média de calorias consumidas ao dia. Quando questionada se conseguia se visualizar abaixo dos 100 quilos, P1 chorou relatando que não conseguiria por se tratar de algo, a ela, impossível.

P2, com 37 anos de idade, segunda filha de uma prole de três, solteira, residia sozinha em um apartamento próprio, advogada autônoma e que trabalhava em seu próprio escritório de advocacia localizado na região central, aos 30 anos sofrera um procedimento cirúrgico para retirada da vesícula. Pesava 136 quilos no início da coleta de dados e seu IMC era de 53,1.

P2 relatou ter problemas com seu comportamento alimentar desde criança. Por ser mais magra que seus irmãos, sua mãe a forçava comer para que engordasse e diante da pressão para alimentar-se chegava aos vômitos; assim, P2 tornou-se uma “criança gordinha”. Aos 19 anos de idade, ultrapassou os 100 quilos, atribuído por ela a um assédio sexual sofrido. Porém, não buscou tratamento psicológico em função deste episódio e segundo seus relatos, preferiu “esquecer” o ocorrido e seguir em frente.

P2 relatou também diversas tentativas para emagrecer, descrevendo “efeitos sanfonas”. Buscou ajuda de endocrinologistas, nutrólogos, nutricionistas e psicoterapia de grupo. Era comum assistir a programas na TV, buscar revista na busca de “dietas da moda” e ou “dietas loucas”. Todavia, o peso mínimo alcançado foi o de 118 quilos (uma única

vez), pois engordava novamente e sempre com alguns quilos a mais do início da dieta. Não soube dizer a média de calorias que consumia por dia. P2 iniciava as refeições sempre com muita fome (ficava até 12 horas com apenas o café da manhã) e ingeria grandes quantidades de alimento e de forma rápida até se sentir extremamente cheia. Em função disso, sentia-se culpada, além de mal estar generalizado, além de dores de estomago.

P2 relatou ainda que era comum pular as refeições, tais como almoço e lanche, por exemplo, ficando assim, longas horas sem se alimentar, inclusive havia dias em que comia o dia inteiro e outros em que apenas tomava o café da manhã e jantava. Era comum alimentar-se quando se encontrava no trânsito e comia excessivamente no período da noite até a hora em que se deitava. Portanto, P2 não tinha um local fixo para fazer as refeições, alimentando-se sentada à mesa, no sofá, na cama, assistindo TV ou em frente do computador. Na maioria das vezes, P2 fazia uso de bebida alcoólica todas as noites para relaxar, descrevendo maiores excessos aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) e/ou em eventos sociais. Descreveu-se como uma pessoa sedentária devido ao excesso de peso e também por ser “preguiçosa”.

Local e Materiais

A coleta de dados do presente estudo foi realizada em dois ambientes distintos: em ambiente natural nas residências das participantes e em um consultório particular onde a pesquisadora prestava serviços terapêuticos. O consultório possuía mesa com três cadeiras, duas poltronas, uma mesinha de canto, quadros e um espelho de parede. Todos os ambientes estavam iluminados e arejados.

Nas residências, os dados foram coletados na cozinha e nas salas de jantar e estar. As salas de estar e jantar de P1 possuía mesa com oito cadeiras, estante, televisão, rack, dois sofás de três lugares e dois sofás de dois lugares, relógio de parede e espelho. Sobre a

mesa havia grande número de pães, pão de queijo, biscoito de queijo e bolo. Este local era reservado para a disposição destes tipos de alimentos. A cozinha continha fogão de seis bocas, geladeira, *freezer* vertical e *freezer* horizontal, bebedouro, aparelhos de uso doméstico e armários. A área do condomínio continha 20 mesas com 4 cadeiras cada. Havia a disponibilidade de grande variedade de alimentos, como caldos, pamonha, milho, bolos, tortas, doces, salgadinhos e refrigerantes, no momento da coleta de dados.

A sala de estar e jantar de P2 continha mesa com oito cadeiras, dois sofás de três lugares, televisão e rack. Na cozinha havia uma geladeira, *freezer* horizontal, fogão de seis bocas, aparelhos de uso doméstico, bebedouro e armários. No momento da observação, o ambiente estava preparado para uma confraternização familiar. A mesa estava posta com pães de queijo, amendoim, grande quantidade de salgadinhos, dois tipos de bolo, sendo um deles para diabéticos, pudim, cachorro quente, sanduíches, refrigerantes, refrigerantes zero e suco de caixinha.

Os materiais utilizados para coleta de dados foram: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (Anexo 1), entrevista para avaliação comportamental (Anexo 2), elaborada com base no modelo proposto por O'Neill et al. (1997) e Guerrero (2007). Além desta, aparelho celular *Iphone* usado para registro em vídeo, *notebook Samsung* com câmera de vídeo digital e gravador, folhas de papel sulfite, canetas, folha de registro do peso (Anexo 3), diário de registro alimentar (Anexo 4), diário de registro de atividade física (Anexo 5) e folhas de registro de comportamentos verbais apropriados e inapropriados (Anexo 6).

Procedimento

O projeto de pesquisa do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP) sob o número de parecer

2.313.285. As participantes foram selecionadas dentre as pessoas que procuraram os serviços terapêuticos da pesquisadora sendo selecionadas aquelas que cumprissem os critérios de inclusão. Em função de assinarem o TCLE, as sessões psicoterapêuticas foram gratuitas.

Os critérios de inclusão foram: (a) entre 18 e 59 anos de idade; (b) pessoa que possuísse o diagnóstico de obesidade grau III (mórbida), isto é IMC acima de 40; (c) pessoa que não estivesse fazendo tratamento com psicofármacos para emagrecer; (d) peso de 100 a 150 quilos. Foram usados como critérios de exclusão: (a) não comparecer às sessões da pesquisa, (b) não assinar o TCLE.

Uma vez selecionadas as participantes, foi-lhes disponibilizado o TCLE, que foram lidos e esclarecidas em relação às dúvidas, obtendo-se assim, por escrito, o consentimento das participantes. No TCLE estava assegurado o anonimato, a permissão para divulgação dos resultados do estudo em periódicos, congressos, eventos científicos e integralmente em livros. No TCLE havia também informações de que todo o material produzido pelo presente estudo, a ser registrado em áudio e vídeo, dentre outros meios, após cinco anos seriam destruídos. Após as informações, o TCLE foi assinado.

I-Avaliação funcional indireta por meio de entrevista

A entrevista foi aplicada de forma individual com cada participante. No momento de sua aplicação esclareceu-se a função da mesma: coletar informações sobre os comportamentos de se alimentar em excesso e identificar eventos antecedentes e consequentes controladores e mantenedores desses comportamentos. Durante a aplicação da entrevista, a pesquisadora esclarecia as dúvidas que surgiram.

Desse modo, a finalidade da entrevista era identificar os excessos comportamentais em relação ao consumo alimentar e os déficits em controlar a quantidade de comida

ingerida, bem como os efeitos por eles produzidos em diferentes circunstâncias individuais e sociais dentro de suas histórias de vida. Foram investigados: (a) os eventos ambientais que desencadeavam as respostas de comer em excesso, suas frequências e durações; (b) se aconteciam na presença ou na ausência de determinada pessoa, situação ou objeto; (c) as respostas emocionais envolvidas; (d) as preferências alimentares das participantes; (e) se houve tentativas para diminuir os problemas apresentados e as providências tomadas; (f) dados sobre a história comportamental e (g) por quanto tempo esses comportamentos estavam sendo um problema para elas próprias e ao seu ambiente social. Ao término da aplicação da entrevista, a pesquisadora agradeceu às participantes pelas informações oferecidas. A duração foi de aproximadamente 60 minutos.

II- Avaliação funcional direta por meio de observação

Os comportamentos das participantes foram observados em seus ambientes naturais, tais como, sala de estar/jantar, cozinha e área do condomínio de P1. As sessões de observação foram realizadas no período vespertino e noturno, com duração que variou entre 10 a 15 min. totalizando 60 min. para cada participante.

A pesquisadora se inseriu nos ambientes naturais de P1 e P2, onde foram observados vários eventos como potenciais estabelecadores e abatedores que controlaram as respostas de ingerir alimentos em excesso ou o comer até o empanturrar das participantes. Desse modo, foram registradas por meio de vídeo, as interações nas quais os eventos motivadores antecedentes e os reforçadores consequentes como uma mesa posta com alimentos palatáveis que controlaram os comportamentos alimentares das participantes.

Nas Tabelas 1 e 2, a seguir, estão resumidos os diferentes momentos registrados nos ambientes de P1 e P2.

Tabela 1 – Observação dos comportamentos de P1 em diferentes momentos de sua rotina.

Momentos registrados	Descrição Topográfica
Sentando-se à mesa em festa do condomínio.	P1 sentou-se à mesa com um prato na mão com uma quantidade aproximada de 20 salgadinhos. Ao visualizar a pesquisadora, P1 verbalizou, “eu não vou comer tudo isso aqui não viu?” e deu risada. Comeu 3 salgados e levantou em seguida para ajudar na barraca da pescaria. Duração: 3 min.
Sentada à mesa aguardando os convidados chegarem para confraternização familiar.	P1 conversou com a pesquisadora sobre sua participação na pesquisa. Falou o quanto havia ganhado peso, segundo ela, uma média de mais de 10 quilos a cada ano. Temia “enfrentar” a balança e descobrir que seu peso passava dos 150 quilos. Duração: 4 min.
Sentada à mesa com quatro dos convidados.	A participante ingeriu 3 pães de queijo, de forma rápida, sem mastigar direito, um seguido do outro, enquanto conversava com os convidados. Logo depois ingeriu mais um e levantou para receber mais convidados. Duração: 3 min.
Afastada 3m da mesa, sentada de frente a outros convidados.	P1 sorriu, gesticulou e conversou com os familiares. Duração: 10min.
Sentada à mesa com a filha, a irmã e a sobrinha, após fim de festa.	P1 verbaliza em tom de brincadeira: “ <i>Agora que a Carla vai embora, a gente aproveita pra comer</i> ”. Sentou-se à mesa e selecionou os seguintes alimentos: dois tipos de bolo, pães de queijo, sanduíches e refrigerante. Duração: 2 min.
A pesquisadora se despede.	P1 permaneceu sentada comendo e a pesquisadora foi embora. Duração: 1 min.

Tabela 2 – Observação dos comportamentos de P2 em diferentes momentos durante confraternização familiar em casa com grande quantidade de alimentos presente no ambiente.

Momentos registrados	Descrição Topográfica
Sentada próxima à mesa antes dos os convidados chegarem.	P2 navegou em redes sociais usando seu celular. Duração: 4 min.
Sentada à mesa com quatro convidados.	A participante ingeriu de forma rápida, sem mastigar direito, 7 pães de queijos, um seguido do outro enquanto conversava com os convidados. Comeu também vários amendoins, colocando na boca um seguido do outro, mastigando-os ao mesmo tempo. Duração: 5 min.
Sentada com os convidadas à 3 metros da mesa.	P2 conversou com os familiares (tia e duas primas), levantou e aproximou-se da mesa, colocou em um prato de plástico, 4 pães de queijo e 3 sanduíches, encheu um copo com refrigerante e sentou-se novamente com as convidadas. Após comer tudo, levantou e colocou no prato 3 salsichas e as fatiou em pequenas rodela, acrescentou 4 colheres de molho, serviu-se de mais refrigerante no copo, voltou para onde estava sentada e comeu as salsichas. Duração: 7 min.
Sentada à mesa na presença de todos os convidados lamentando a ausência da avó e uma tia que não compareceram à confraternização.	P2 relatou aos presentes o quanto estava chateada com a ausência da avó e da tia (estado emocional negativo), colocou refrigerante em um copo e foi montando um cachorro quente com aproximadamente 2 colheres de maionese, 2 colheres de ketchup, 4 colheres de sopa de batata palha, 4 colheres de molho e 3 salsichas. Comeu e bebeu de forma rápida e sem mastigar direito. Encheu mais um copo com refrigerante e bebeu. Duração: 5 min.

Continua (...)

Tabela 2 – Observação dos comportamentos de P2 em diferentes momentos durante confraternização familiar em casa com grande quantidade de alimentos presente no ambiente (continuação).

Momentos registrados	Descrição Topográfica
Sentada à mesa com a mãe, tia e afilhada, após fim de festa.	Sentada à mesa, P2 colocou uma porção de amendoins na boca, um seguido do outro, mastigando-os juntos enquanto selecionava os seguintes alimentos colocando-os em um prato: uma fatia de bolo, 2 pães de queijo, 2 sanduiches e encheu um copo com refrigerante. Duração: 2 min.
A pesquisadora se despede	P2 que estava comendo, levantou e abraçou a pesquisadora, sentou-se novamente e voltou a comer e a pesquisadora foi embora. Duração: 1 min.

III - Fase de tratamento: Programa de autocontrole

Para o controle dos procedimentos nas sessões de tratamento dos problemas comportamentais (e.g., comer em excesso, não praticar atividade física) de P1 e P2 foi usado o delineamento experimental de reversão-replicação do tipo ABAB, seguido por *follow-up*. Este delineamento foi composto por uma fase de linha de base (A) e uma fase de intervenção (B). Para, em seguida, proceder com a reversão da fase de linha de base seguida pela replicação da fase de intervenção. Nas fases B foram empregados os procedimentos do programa de autocontrole. Após 30 dias do término das fases do delineamento, foi realizado o *follow-up*.

As 26 sessões das fases do programa de intervenção (13 sessões cada fase) foram realizadas uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada, enquanto que as 4 sessões das fases de linha de base (2 sessões cada fase) duraram 30 minutos cada, realizadas também, uma vez por semana. Os procedimentos do delineamento de reversão-replicação foram aplicados como se segue.

A – Fases de linha de base

As sessões dessa fase tiveram início quando a pesquisadora registrou o peso, altura e o índice de massa corporal (IMC) de P1 e P2, obtendo assim, o grau de obesidade, bem como os processos verbais durante as sessões relacionados à variedade de alimentos consumidos, exercício físico, estados emocionais e temas livres elegidos. Foram

registradas as frequências dos excessos e déficits comportamentais de ambas as participantes. Durante as sessões desta fase os procedimentos foram conduzidos sem o estabelecimento de manipulação experimental.

B- Fases de tratamento: Programa de autocontrole (AC)

Essa fase consistia em a pesquisadora ensinar a P1 e P2 a avaliar o próprio comportamento a ser controlado (e.g., tenho que controlar minha compulsão alimentar) e também emitir esse comportamento. Para isso era necessário identificar as variáveis controladoras e seus efeitos sobre o próprio comportamento e consequências, com vistas a ações para mudá-lo.

Especificamente, foi ensinado às participantes a diferenciar a natureza das contingências as quais respondiam, examinando as consequências de suas ações como: 1) pequenas punições imediatas de um comportamento *versus* reforçadores que são significativos quando se acumulam (e.g., uma sessão inicial de exercícios pode ser bem desagradável, ainda que possa ter benefícios imediatos, porém quase imperceptíveis para serem notados logo após a emissão do comportamento); 2) reforçadores imediatos *versus* punições atrasadas (e.g., as consequências reforçadoras imediatas do comportamento de comer inúmeros salgadinhos em uma festa podem superar momentaneamente o sofrimento e os estados emocionais negativos atrasados, quando se observa que comeu mais do que deveria); 3) reforçadores imediatos *versus* punições importantes quando acumuladas (e.g., comer uma sobremesa extra é imediatamente reforçado pelo sabor agradável deste alimento e embora os efeitos negativos, como ganho de peso e/ou colesterol alto também sejam imediatos, são pequenos demais para serem notados durante a emissão do comportamento. Entretanto, a repetição deste padrão comportamental, em muitas ocasiões que causará os problemas citados acima); 4) reforçadores imediatos de comportamento-problema *versus* reforçadores atrasados de comportamentos alternativos desejáveis (e.g.,

substituir o sanduíche com batatas fritas e refrigerante, por alimentos mais saudáveis e observar uma redução do peso na balança uma semana depois).

Desta forma, para programar o AC foram consideradas: consequências imediatas (e.g., sabor agradável do alimento; efeito relaxante do álcool; transitória resposta de alívio da ansiedade); consequências positivas atrasadas (e.g., emagrecer um quilo após uma semana de tratamento; benefícios gerados pela prática de atividade física); consequências negativas imediatas (e.g., não comer o doce favorito), consequências negativas atrasadas (e.g., ganho de peso, dislipidemias, pressão alta, etc.), consequências sociais positivas (e.g., receber elogios por estar emagrecendo) e consequências sociais negativas (e.g., ambiente obesogênico), baseando-se nos efeitos de seus comportamentos.

Foram estabelecidas de comum acordo metas semanal de perda de peso, ocasião em que a pesquisadora reforçou a importância de perda contínua e gradual, não necessariamente, rápida de modo que, P1 e P2 deveriam registrar semanalmente o peso em uma folha de registro (Anexo 3). Quando a meta era atingida, colocava-se o reforço (e.g., um marcador no formato de estrela) ao lado do peso registrado e quando a meta não era atingida, o reforço não era emitido. O reforço social era constantemente disponibilizado mediante aos novos comportamentos assertivos.

Para facilitar o AC a pesquisadora, por meios de vídeos contidos no *YouTube*, ensinou P1 e P2 a descrever as informações nutricionais e também quantificar caloria, gordura, açúcar e sódio presentes nos alimentos que compunham seus cardápios, bem como registrar os itens quantificados no diário de registro alimentar (Anexo 4).

Foram ensinadas questões tais como: 1) hábitos familiares e culturais que envolvem o consumo de alimentos; 2) encontros sociais e alimentação; 3) quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos; 4) informação nutricional para selecionar alimentos menos calóricos; 5) horários da alimentação; 6) número de refeições diárias; 7) tempo

destinado à mastigação; 8) tempo gasto com cada refeição; 9) discriminação do nível de saciação; 10) atividades durante alimentação; 11) ambiente apropriado para alimentação; 12) elasticidade estomacal; 13) respostas fisiológicas *versus* respostas de alívio frente aos estímulos alimentares; 14) como acontece o ganho de peso; 15) reação dos amigos e/ou familiares aos novos hábitos alimentares; 16) consequências dos hábitos alimentares para a saúde; 17) fontes de reforço, além do alimento; 18) uso de álcool e emagrecimento; 19) regularidade dos exercícios físicos; 20) autoavaliação de si mesmo.

Foi estabelecido que (1) nas principais refeições, tais como café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, as participantes deveriam colocar menos alimento no prato (quantidade menor do que estavam acostumadas), mastigar devagar, sentir o sabor do alimento, demorar no mínimo 20 minutos para finalizar a refeição, sem repetir e sair da mesa; (2) fazer uma refeição (e.g., alimento natural) em casa antes de irem a eventos sociais; (3) diante de uma mesa posta com variedade de comestíveis poderiam escolher apenas dois dentre os vários alimentos, colocarem uma quantidade moderada no prato, sair de perto da mesa e não repetir; (4) durante o preparado dos alimentos P1 deveria substituir o comportamento de beliscar por beber água; (5) emitir comportamento alternativo à resposta de comer (e.g., ligar para um amigo, fazer atividade física, costurar, pintar, estudar, navegar na internet, fazer as unhas, ouvir música, assistir a filmes e/ou seriados); (6) remover alimentos com alto valor energético dispostos no ambiente e colocá-los em armários; e/ou não comprar esse tipo de alimento; (7) ter sempre dentro da bolsa alimentos saudáveis (e.g., frutas, biscoitos integrais, barras de cereais) para evitar longos períodos sem se alimentar fora de casa; (8) ir a supermercados fazer compras somente após as refeições.

Prosseguiu-se com o AC quando as participantes foram ensinadas a emitir comportamentos autocontrolados (e.g., *preciso me controlar para perder peso*) por meio

de descrições verbais adequadas às contingências (e.g., *fiz dieta a semana inteira e hoje até mereço comer doce; se eu comer terei um prazer de segundos, então prefiro cuidar bem de mim mesma e seguir a dieta*).

Buscou-se estabelecer comportamentos adequados frente a diferentes tipos de estados emocionais negativos (e.g., brigar com o esposo), aprender a dizer não (e.g., emprestar dinheiro), sofrer assédio em festa (e. g., exijo que me respeite), dividir responsabilidades (e. g., melhor você fazê-lo), não postergar horas de estudo (e. g., o concurso no final mês) e ir para academia (e.g., fazer atividade física).

Como planejamento de prevenção a recaída, as participantes foram estimuladas a notar e valorizar sua perda de peso. Neste sentido, P1 e P2 eram solicitadas a caminhar pelo consultório, primeiramente carregando pesos de ginástica na quantidade dos quilos perdidos (e.g., 7; 14; e 21 quilos) e posteriormente sem o peso extra. Após o exercício, as participantes relatavam se havia diferença entre o caminhar com e sem o peso extra.

Follow-up. Após 30 dias do término do programa de tratamento foram realizadas duas sessões de *follow-up*.

Análise dos dados. A variável dependente do presente estudo foi categorizada como déficits comportamentais (DC) e excessos comportamentais (EC). Por DC foram consideradas um conjunto de comportamentos que devem ser aumentados: 1) praticar exercícios físicos; 2) ingerir dois litros de água ao dia; 3) ser assertivo; 4) autocuidados; 5) exercer outras atividades reforçadoras além do comer; 6) ingestão de verduras e legumes; e 7) ingestão de frutas.

Por EC deve-se entender um conjunto de comportamentos que devem ser diminuídos: 1) calorias diárias ingeridas (ingerir grande quantidade de alimentos diariamente) 2) calorias ingeridas em eventos sociais (ingerir grande quantidade de alimentos em confraternizações); 3) ingestão de alimentos palatáveis doces; 4) ingestão de

alimentos palatáveis salgados; 5) beliscar alimentos, para a participante P1; e 6) ingestão de bebidas alcoólicas, para a participante P2.

Cálculo do índice de concordância

Para a fidedignidade dos dados obtidos contou-se com a colaboração de um membro, independente a esta pesquisa, com o treino em observação aplicado e estabelecido. Para o cálculo do índice de concordância utilizou-se a fórmula: $[\text{Concordância} / (\text{concordância} + \text{discordância})] \times 100$ (Fagundes, 2015; Martin & Pear, 2007/2009). O resultado obtido para os EC foi 100% e para os DC, de 100%, os quais se encontram dentro da margem de variação 80 a 100% considerados aceitáveis.

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo obtidos por meio de avaliação funcional indireta e direta dos comportamentos-problema das participantes, bem como aquelas com as situações que levavam a excessos alimentares trabalhadas nas sessões de autocontrole serão apresentados em forma de tabelas. Os resultados das manipulações obtidas por meio do tratamento com o programa de autocontrole serão apresentados no formato de tabelas e figuras.

As Tabelas 3 e 4 descrevem as relações entre eventos antecedentes e consequentes dos déficits e excessos comportamentais de P1 e P2.

Tabela 3. Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P1.

<i>Evento antecedente</i>	<i>EC e DC</i>	<i>Evento consequente</i>
Em casa, fazendo o almoço.	Beliscava durante todo o processo de preparo dos alimentos (EC).	1) Relatos de estar satisfeita em saborear o alimento (reforço imediato); 2) porém sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); 3) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Mesa da sala de jantar sempre posta: pães de queijo, biscoitos de queijo, pães e bolos.	Beliscava sempre que passava pela mesa (EC).	1) Relatos de estar satisfeita em saborear o alimento (reforço positivo imediato); 2) porém sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); 3) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Confraternizações na academia/igreja/familiares com disposição de diversos alimentos ricos em gordura e açúcar.	Ingeria grande quantidade de alimentos até empanturrar-se (EC).	1) Relatos de estar satisfeita em saborear o alimento (reforço positivo imediato); 2) porém sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); 3) ganho de peso (consequência negativa atrasada).

Continua (...)

Tabela 3. Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P1 (continuação).

<i>Evento antecedente</i>	<i>EC e DC</i>	<i>Evento consequente</i>
Em casa, diante de provocações do esposo.	Resposta emocional de raiva (DC) e ingeria grande quantidade de alimentos até empanturrar-se (EC).	1) Relatos de resposta de alívio ao mastigar o alimento (reforço negativo imediato); 2) porém, culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); 3) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Em casa, imposição de pedidos de familiares.	Queria dizer não aos familiares, mas fazia o que era imposto por eles (DC) e ingeria grande quantidade de alimentos até empanturrar-se (EC)	1) Relatos de resposta de alívio ao mastigar o alimento (reforço negativo imediato); 2) porém sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); 3) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Aula de hidroginástica na academia com amigas	Conversava com as amigas e ignorava às orientações do professor (DC).	1) Atenção social (reforço imediato); 2) Não produzia gasto energético (consequência negativa atrasada).

Tabela 4. Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P2.

<i>Evento antecedente</i>	<i>EC e DC</i>	<i>Evento consequente</i>
No trabalho, com muitas atividades pendentes, sem refeições.	Ingeria grande quantidade de alimento (EC) no jantar até empanturrar-se.	1) Relatos de estar satisfeita por comer tudo o que queria (reforço imediato); 2) passava mal e fazia uso de remédios (punição); 3) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo) e 4) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Receber amigos em casa.	Preparava uma quantidade exagerada de alimentos e os ingeria em grande quantidade até sentir-se empanturrada (EC).	1) Relatos de estar satisfeita por comer tudo o que queria (reforço imediato); 2) satisfeita pelos elogios relacionados à comida (atenção social); 3) passava mal e fazia uso de remédios (punição); 4) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo) e 5) ganho de peso (consequência negativa atrasada).

Continua (...)

Tabela 4. Relatos dos eventos antecedentes e consequentes dos EC e DC de P2 (continuação).

Evento antecedente	EC e DC	Evento consequente
Encontros com amigos em festas, bares e restaurantes.	Ingeria grande quantidade de alimentos até empanturrar-se (EC) e consumia bebidas alcoólicas, também em excesso (EC).	1) Relatos de estar satisfeita por comer e beber tudo o que queria (reforço imediato); 2) relatos de sensação de relaxamento (reforço imediato); 3) passava mal e fazia uso de remédios (punição); 4) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo) e 5) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Confraternização com familiares com disposição de diversos alimentos ricos em gordura e açúcar.	Ingeria grande quantidade de alimentos até sentir-se empanturrada (EC).	1) Relatos de estar satisfeita por comer tudo o que queria (reforço imediato); 2) passava mal e fazia uso de remédios (punição); 3) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); e 4) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Em seu quarto, deitada em sua cama na hora de dormir.	Ia à geladeira e consumia grande quantidade de alimentos (EC) até acalmar-se e adormecer (DC).	1) Relatos de resposta de alívio ao mastigar o alimento (reforço imediato); 2) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Ausência de trabalho.	Não ia para o escritório (DC) e não estudava para concurso (DC). Sentia-se inútil (DC) e ingeria grande quantidade de alimento até sentir-se empanturrada (EC).	1) Relatos de resposta de alívio ao mastigar o alimento (reforço imediato); passava mal e fazia uso de remédios (punição); 3) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); e 4) ganho de peso (consequência negativa atrasada).
Ser chamada de linda, delícia ou gostosa ao utilizar aplicativos de relacionamentos (Tinder e Badoo) e/ou festas.	Estado emocional de raiva (DC) e ingeria grandes quantidades de alimento até sentir-se empanturrada (EC) e/ou ingeria bebidas alcoólicas, também em excesso (EC).	1) Relatos de resposta de alívio ao mastigar o alimento (reforço imediato); 2) passava mal e fazia uso de remédios (punição); 3) sentia-se culpada por não controlar seu comportamento alimentar (estado emocional negativo); e 4) ganho de peso (consequência negativa atrasada).

A Tabela 5 descreve os relatos dos comportamentos compulsivos das participantes e os seus respectivos critérios diagnósticos, segundo o DSM-5.

Tabela 5: Exemplos de relatos compulsivos das participantes e critérios diagnósticos do DSM-5.

Relatos compulsivos das participantes	Crítérios diagnósticos do DSM-5
P1: Só não como quando estou dormindo.	Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
P1: Eu engulo os alimentos, simplesmente não consigo comer devagar.	Comer mais rapidamente do que o normal.
P1: É impossível perder peso, pois não consigo me controlar.	Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio.
P1: Vou comendo tudo até acabar.	Ingestão de uma grande quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria.
P2: Não consigo me controlar quando como mandioca frita.	Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio.
P2: Quando vi tinha comido a panela inteira.	Ingestão de uma grande quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria.
P2: Quando como doce perco o controle.	Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio
P2: Quando não estou bem, eu como à vontade, até passar mal.	Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
P2: Me sinto muito mal depois de ter comido tanto.	Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

As Tabelas 6 e 7 apresentam os dados aferidos durante as sessões de autocontrole de P1 e P2.

Tabela 6: Fragmentos das sessões de autocontrole de P1

EC e DC	Estratégias de autocontrole	Consequentes
Ingerir alimentos em excesso.	Comer a cada três horas.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Ingerir alimentos em excesso após longos períodos fora de casa.	Ter na bolsa frutas, biscoitos integrais, e/ou barrinhas de cereais.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Beliscar alimentos ao passar pela mesa de jantar.	Remover alimentos da mesa de jantar e colocá-los em armários.	Parou de beliscar alimentos todas as vezes que passava pela mesa.

Continua (...)

Tabela 6: Fragmentos das sessões de autocontrole de P1 (continuação).

EC e DC	Estratégias de autocontrole	Consequentes
Beliscar alimentos ao sentir raiva do esposo que ficava entrando na cozinha próximo ao horário do almoço ser servido.	Iniciar o preparo da refeição meia hora antes.	Terminava o almoço antes e por isso o esposo já não a atrapalhava e consequentemente, não ingeria alimentos como alívio de estado emocional negativo.
Beliscar alimentos durante o preparo dos alimentos.	Beber água ao invés de beliscar alimentos enquanto prepara as refeições.	Parou de beliscar alimentos durante o preparo das refeições e aumentou a ingestão de água.
Comer até empanturrar-se diante de uma mesa posta.	Sair de perto do alimento para reduzir sua ingestão.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Comer até empanturrar-se em festas.	Jantar antes de ir às festas.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar diante de grande quantidade de alimentos extremamente saborosos.
Ingerir alimentos favoritos em excesso.	Não ter em casa esses tipo de alimento, podendo comê-lo com moderação uma vez por semana.	Conseguia comer uma quantidade adequada do alimento específico.
Comprar alimentos calóricos em supermercados.	Fazer compras somente após as refeições, estando saciada.	Comprava apenas os alimentos da lista.
Comer exageradamente diante de “vontade incontrolável”.	Emitir comportamento alternativo: costurar, escovar os dentes, ouvir música, caminhar, ligar para um amigo, rezar.	Conseguia controlar o comportamento alimentar.
Comer em excesso após situações em que não é assertiva (estados emocionais negativos).	Treino em assertividade/ emitir comportamento alternativo: costurar, ouvir música, caminhar, ligar para um amigo, rezar.	Conseguia controlar o comportamento alimentar.
Comer exageradamente após discriminar que ingeriu um alimento que não estava na dieta.	Parar de comer imediatamente e voltar ao autocontrole.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.

Tabela 7: Fragmentos das sessões de autocontrole de P2

Comportamento-problema	Estratégias de autocontrole	Consequentes
Ingerir alimentos em excesso.	Comer a cada três horas.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Ingerir alimentos em excesso após longos períodos fora de casa.	Ter na bolsa frutas, biscoitos integrais, e/ou barrinhas de cereais.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.

Continua (...)

Tabela 7: Fragmentos das sessões de autocontrole de P2 (continuação).

Comportamento-problema	Estratégias de autocontrole	Consequentes
Ingerir bebida alcoólica em excesso.	Fazer uso da bebida somente uma vez por semana/comportamento alternativo (e.g., beber água com gás com gelo e limão ou outro tipo de bebida de baixa caloria).	Conseguia reduzir o uso de bebida alcoólica.
Ingerir alimentos favoritos em excesso.	Não ter em casa esses tipo de alimento, podendo comê-lo com moderação uma vez por semana.	Conseguia comer uma quantidade adequada do alimento específico.
Comer exageradamente diante de “vontade incontrolável”.	Emitir comportamento alternativo: navegar na internet, assistir a filmes e séries, estudar, fazer atividade física, ligar para um amigo.	Conseguia controlar o comportamento alimentar.
Comer em excesso após situações em que não é assertiva (estados emocionais negativos).	Treino em assertividade/ emitir comportamento alternativo: navegar na internet, assistir a filmes e séries, estudar, fazer atividade física, ligar para um amigo.	Conseguia controlar o comportamento alimentar.
Comer até empanturrar-se diante de uma mesa posta.	Sair de perto do alimento para reduzir sua ingestão	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Comer até empanturrar-se em festas.	Jantar antes de ir às festas.	Conseguiu controlar seu comportamento alimentar diante de grande quantidade de alimentos extremamente saborosos.
Comer exageradamente na companhia de amigos cujo ambiente é obesogênico.	Buscar a companhia de amigos que reforcem os novos comportamentos.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.
Comprar alimentos calóricos em supermercados	Fazer compras somente após as refeições, estando saciada.	Comprava apenas os alimentos da lista.
Comer exageradamente após discriminar que ingeriu um alimento que não estava na dieta.	Parar de comer imediatamente e voltar ao autocontrole.	Conseguia controlar seu comportamento alimentar.

As Tabelas 8 e 9 ilustram os relatos verbais das participantes antes e depois do programa de autocontrole. Esses dados foram obtidos durante as sessões de tratamento.

Tabela 8: Relatos de P1 antes e depois do autocontrole.

Regras a serem reformuladas	Regras reformuladas emitidas
Acho que nunca vou conseguir emagrecer.	Eu consigo emagrecer.
Emagrecer é muito sofrido.	Estou emagrecendo e não está sendo sofrido.
Não vou caminhar, sou muito gorda pra isso. Odeio caminhar.	Posso sim caminhar dentro dos meus limites. Adoro caminhar, é um momento só meu e sinto falta quando não caminho.
Fazer exercício físico é chato.	Fazer exercício físico me dá mais energia.
É impossível perder peso sem medicação.	Pela primeira vez consegui perder peso e não engordar em um curto período de tempo.
Já saí da dieta mesmo, então vou comer mais, não faz mal comer mais um pedaço da torta de chocolate.	Eu não deveria ter comido esse pedaço de torta de chocolate, mas não faz mal, vou voltar imediatamente ao programa de autocontrole.
Só hoje não faz mal.	Só hoje faz mal sim, me faz voltar aos velhos comportamentos.
Se eu comer só peixe frito, em muita quantidade, não vou engordar.	Se eu comer qualquer tipo de alimento, em grande quantidade, vou engordar.
Quando estou com raiva, como demais.	Estou aprendendo a lidar com a raiva e não descontar na comida.

Tabela 9: Relatos de P2 antes e depois do autocontrole.

Regras a serem reformuladas	Regras reformuladas emitidas
Se eu tomar o sorvete substituindo o almoço, não vou engordar.	Sorvete não tem os nutrientes necessários para me nutrir no horário do almoço.
Preciso controlar minha compulsão alimentar para emagrecer.	Eu tenho controle do meu comportamento alimentar.
Sou gorda porque sou muito ansiosa.	Sou gorda porque toda a minha vida envolve comer em excesso.
Não faço exercícios porque sou muito preguiçosa.	O exercício físico me ajuda a me manter na dieta e sinto falta quando não faço.
Meu organismo não quer almoçar, quer outro tipo de alimento.	Vou almoçar mesmo querendo comer besteiras.
Preciso ter alimentos proibidos em casa para ter autocontrole.	Melhor não ter certos tipos de alimentos em casa, pois acabo comendo depois.
Sigo a dieta quando consigo controlar minha mente.	Percebo que sempre arrumo uma desculpa para não seguir a dieta.
Se eu comer menos no almoço posso comer muitos docinhos na festa.	Tenho que me alimentar normalmente no almoço e comer apenas um docinho na festa.
Eu preciso ter o “dia do lixo” para continuar a fazer a dieta.	O “dia do lixo” nada mais é do que uma falsa sensação de alívio da ansiedade.

Continua (...)

Tabela 9: Relatos de P2 antes e depois do autocontrole (continuação).

Antes	Depois
Quando eu como doce perco o controle.	Eu só vou perder o controle se não voltar imediatamente ao programa de autocontrole.
Fiz dieta a semana inteira e hoje não faz mal.	Fiz dieta a semana inteira e prefiro me manter firme no programa.
Não posso deixar comida no prato, tem muita gente no mundo passando fome.	Posso evitar desperdício colocando menos comida no prato e se eu estiver satisfeita não há nada demais em deixar um pouco no prato.
Eu estou com muita vontade, preciso comer doce.	Estou com muita vontade, é verdade, mas vai passar se eu fizer outra coisa.
Acho um absurdo eu nunca mais poder comer à vontade.	Posso ter prazer em outras coisas além do alimento.
Vou fazer exercício amanhã, então posso comer e não vou engordar.	Vou fazer exercício amanhã, mas não vou comer exageradamente, pois terei um prazer de segundos, prefiro me manter firme na dieta.
Não tenho tempo para jantar antes da festa, porque gosto de me maquiar.	Preciso me organizar para jantar antes de ir à festa, pois consigo controlar meu comportamento alimentar quando faço.
Não vou levar refrigerante zero para a festa, pois os convidados podem achar ruim.	Não há nada de mal em levar o refrigerante zero à festa.

As Tabelas 10 e 11, a seguir, apresentam o DC ser assertivo de P1 e P2 antes e depois do autocontrole.

Tabela 10: DC ser assertivo de P1 antes e depois do autocontrole.

Situação que envolvia ganho de peso	Antes do autocontrole	Depois do autocontrole
Consulta agendada e familiar pede auxílio no mesmo horário do compromisso.	Desmarcava a consulta e auxiliava o familiar. Situação que gerava excessos alimentares.	Aprendeu que poderia falar não naquele momento e ir à consulta e prestar auxílio ao familiar posteriormente de modo que não atrapalhasse sua rotina.
Familiares pedem dinheiro emprestado.	Queria dizer não, mas emprestava o dinheiro. Situação que gerava excessos alimentares.	Aprendeu a dizer não aos familiares.
Diante das provocações do esposo.	Sentia muita raiva. Situação que gerava excessos alimentares.	Aprendeu a emitir comportamentos alternativos (e.g., sair para caminhar, sair de perto do esposo e ouvir música).

Continua (...)

Tabela 10: DC ser assertivo de P1 antes e depois do autocontrole (continuação).

Situação que envolvia ganho de peso	Antes do autocontrole	Depois do autocontrole
Diante da forma como a filha maior de idade se relacionava com o novo namorado.	Queira que a filha se comportasse da maneira que acreditava ser o certo. Situação que gerava excessos alimentares.	Aprendeu que as pessoas são diferentes e que o que é certo para ela nem sempre é para o outro.
Aula de hidroginástica na academia com as amigas.	Conversava com as amigas e ignorava as orientações do professor. Não produzia gasto energético.	Aprendeu a importância do exercício para o emagrecimento e seguia as orientações do professor.

Tabela 11: DC ser assertivo de P2 antes e depois do autocontrole.

Situação que envolvia ganho de peso	Antes do autocontrole	Depois do autocontrole
No trabalho, com muitas atividades pendentes, sem refeições.	Ingeria grande quantidade de alimento ao chegar a casa.	Aprendeu a levar alimentos saudáveis para o escritório e assim não ficar longos períodos sem se alimentar.
Insônia, deitada em sua cama na hora de dormir.	Ia à geladeira e consumia grande quantidade de alimento até acalmar-se e adormecer.	Aprendeu a emitir comportamentos alternativos (e.g., tomar um banho quente, fazer atividade física 2 horas antes de dormir).
Ausência de trabalho	Não ia para o escritório, se sentia inútil e ingeria alimentos em excesso.	Aprendeu que mesmo sem trabalho poderia ir para seu escritório e estudar para o concurso.
Ser chamada de termo como: linda, gostosa ou delícia em aplicativos de relacionamento e/ou em festas.	Sentia raiva e ingeria grande quantidade de alimentos e/ou bebidas alcoólicas.	Aprendeu a pedir a mudança de comportamento do outro.

A Figura 1, a seguir, apresenta os DC de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

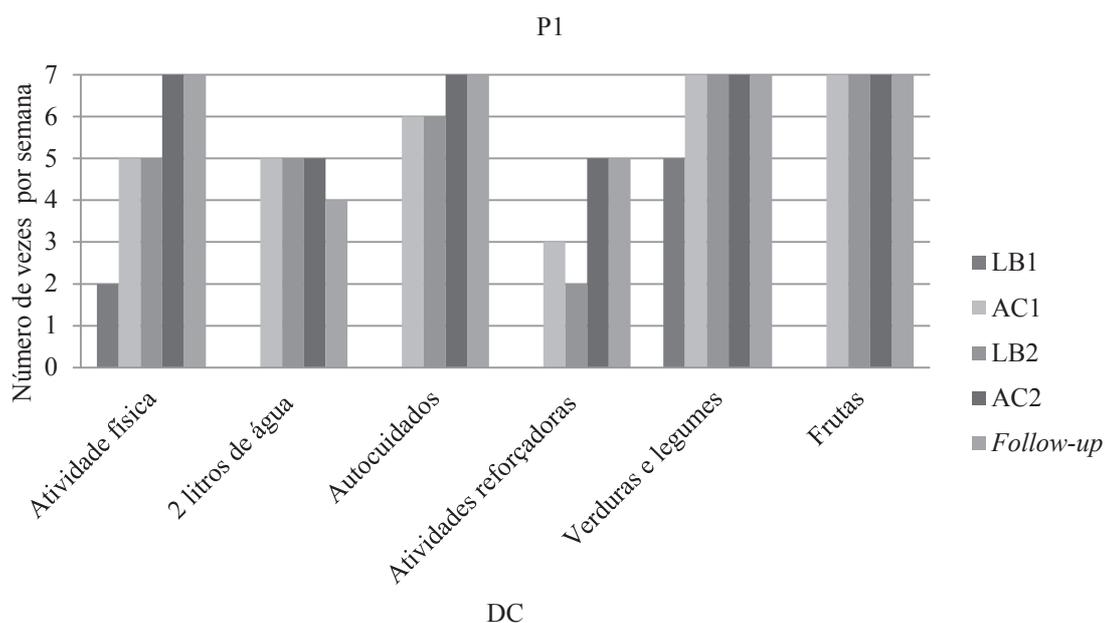


Figura 1 – DC de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Com relação ao DC atividade física, os dados contidos na Figura 1 revelam que nas sessões de linha de base LB1, a participante P1 praticava atividade física duas vezes por semana, com a introdução das sessões de intervenção esse valor aumentou para cinco vezes por semana, valor que se manteve na reversão LB2. Com a reintrodução das sessões de autocontrole AC2, a participante passou a praticar atividade física sete vezes por semana, valor que se manteve nas sessões de *follow-up*.

Os dados referentes ao DC 2 litros de água por semana demonstram que P1 não ingeria essa quantidade de água nas sessões de linha de Base LB1. Através das sessões de autocontrole AC1 esse valor aumentou para cinco vezes por semana e se manteve na reversão LB2 e replicação AC2, tendo ligeira queda para quatro vezes por semana no *follow-up*.

Já com relação ao DC autocuidados, os dados apontam que a participante não praticava autocuidados nas sessões de linha de base LB1. Houve aumento para seis vezes por semana nas sessões de autocontrole AC1, valor que se manteve na reversão LB2. Com

a reintrodução do autocontrole AC2, houve aumento para sete vezes por semana, valor que se manteve no *follow-up*.

No que se referem ao DC atividades reforçadoras, os dados demonstram que a participante não praticava nenhuma nas sessões de linha de base LB1. Com a introdução das sessões de autocontrole AC1 esse valor aumentou para três vezes por semana. Houve ligeira redução para duas vezes por semana com a reversão LB2, aumentando para cinco vezes por semana na replicação AC2, valor que se manteve no *follow-up*.

Os dados referentes ao DC verduras e legumes apontam que P1 ingeria esses tipos de alimentos cinco vezes por semana nas sessões de linha de base LB1. Esse valor aumentou para sete vezes por semana com a introdução das sessões de autocontrole AC1, valor que se manteve nas demais sessões do delineamento LB2 e AC2 e *follow-up*.

Com relação ao DC frutas, os dados apontam que P1 não ingeria este tipo de alimento nas sessões de linha de base LB1 e com a introdução do autocontrole AC1 esse valor aumentou para sete vezes por semana e se manteve nas demais sessões do delineamento LB2 e AC2 e *follow-up*.

A Figura 2, a seguir, apresentam os DC de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

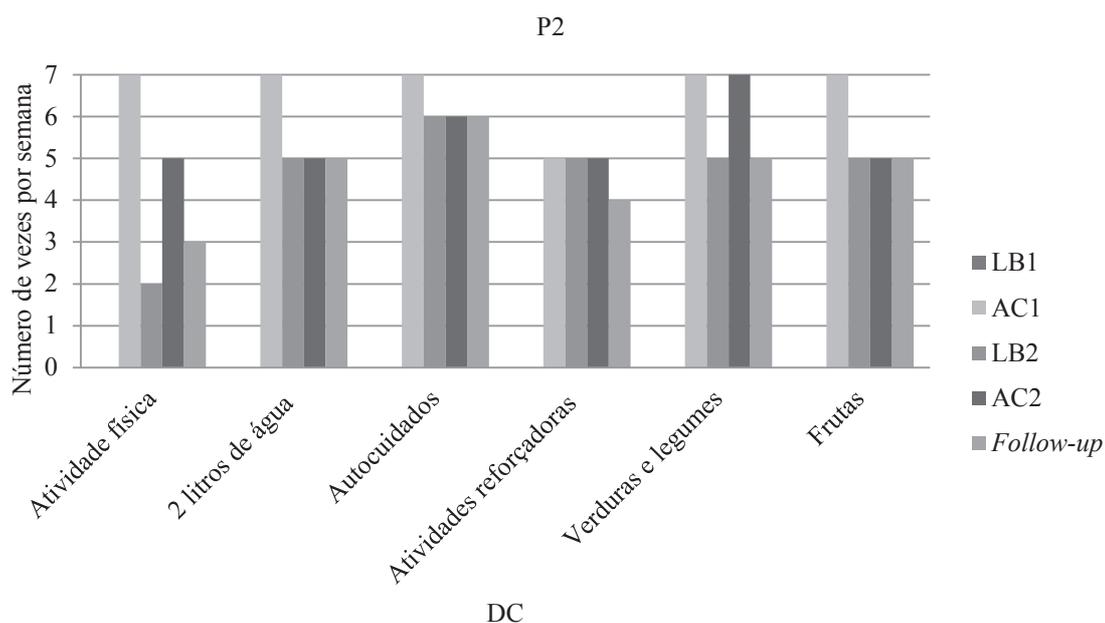


Figura 2 – DC de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Com relação ao DC atividade física, os dados contidos na Figura 2 apontam que nas sessões de linha de base LB1, a participante P2 não praticava atividade física, com a introdução das sessões de intervenção esse valor aumentou para sete vezes por semana. Com a reversão LB2 esse valor reduziu para duas vezes por semana. Com a reintrodução das sessões de autocontrole AC2, a participante passou a praticar atividade física cinco vezes por semana e nas sessões de *follow-up* reduziu para três.

Os dados referentes ao DC 2 litros de água por semana demonstram que P2 não ingeria essa quantidade de água nas sessões de linha de Base LB1. Através das sessões de autocontrole AC1 esse valor aumentou para sete vezes por semana. Com a reversão LB2 esse valor reduziu para cinco e se manteve na replicação AC2 e *follow-up*. Já com relação ao DC autocuidados, os dados apontam que a participante não praticava autocuidados nas sessões de linha de base LB1. Houve aumento para sete vezes por semana nas sessões de autocontrole AC1 tendo ligeira queda para seis na reversão LB2, valor que se manteve com a reintrodução do autocontrole AC2 e *follow-up*. No que se refere ao DC atividades

reforçadoras, os dados demonstram que a participante não praticava nenhuma nas sessões de linha de base LB1. Com a introdução das sessões de autocontrole AC1 esse valor aumentou para cinco vezes por semana, valor que se manteve na reversão LB2 e replicação AC2, tendo ligeira queda para quatro no *follow-up*.

Os dados referentes ao DC verduras e legumes apontam que P2 não ingeria esses tipos de alimentos nas sessões de linha de base LB1. Esse valor aumentou para sete vezes por semana com a introdução das sessões de autocontrole AC1. Com a reversão LB2 esse valor reduziu para cinco e aumentou para sete com a replicação AC2. Nas sessões de *follow-up* reduziu para cinco vezes por semana. Com relação ao DC frutas, os dados apontam que P2 não ingeria este tipo de alimento nas sessões de linha de base LB1 e com a introdução do autocontrole AC1 esse valor aumentou para sete vezes por semana e reduziu para cinco nas sessões de LB2, valor que se manteve na replicação AC2 e *follow-up*. As Figuras 3, 4 e 5 a seguir, apresentam os EC de P1 e P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

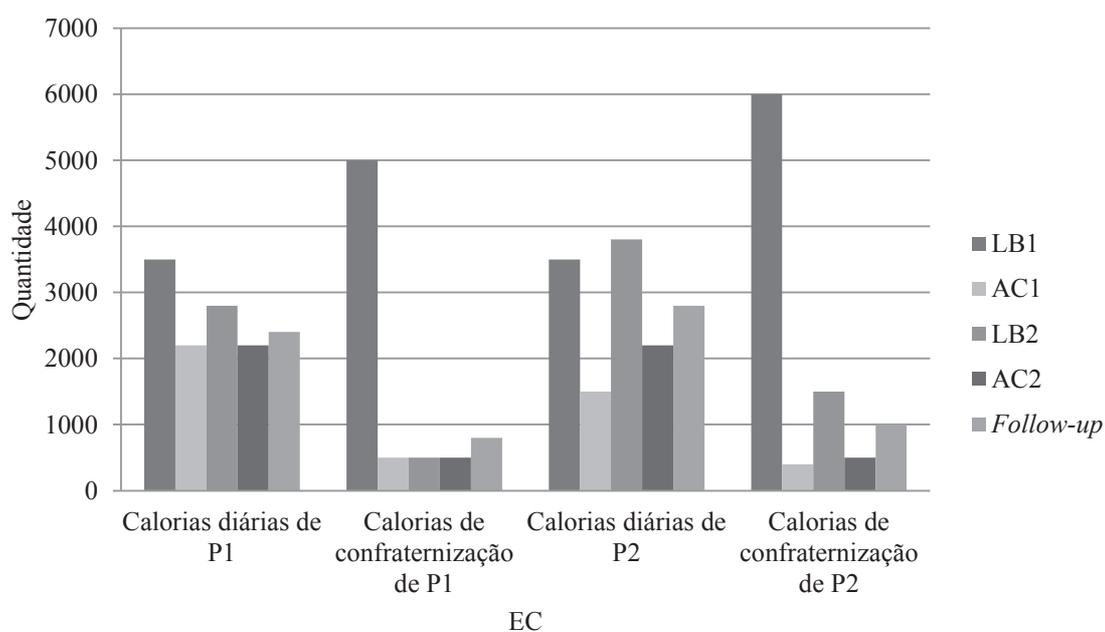


Figura 3 – EC quantidade média de calorias diárias e quantidade média de calorias ingeridas em confraternização de P1 e P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Os dados contidos na Figura 3 demonstram que nas sessões de linha de base LB1 a quantidade média de calorias diárias de P1 era de 3.500 calorias. Já nas sessões de intervenção AC1 houve redução para 2.200 calorias. Com a reversão, houve aumento para 2.800 calorias. Com a reintrodução das estratégias de autocontrole AC2 esse valor foi reduzido novamente para 2.200 calorias, aumentando para 2.400 nas sessões de *follow-up*. Esses dados demonstram ainda que nas sessões de linha de base LB1 a quantidade média de calorias ingeridas por P1 em único evento social era de 5.000 calorias. Com a introdução das sessões de autocontrole AC1, esses valores reduziram para 500 calorias. Esses valores foram mantidos nas demais de LB2 e AC2, com aumento para 800 calorias no *follow-up*.

Já os dados da participante P2 demonstram que nas sessões de linha de base LB1, a quantidade média de calorias diárias era de 3.500 calorias. Com a introdução do autocontrole AC1 foi reduzido para 1.500 calorias. Esta redução não se manteve nas sessões de reversão LB2, aumentando para 3.800 calorias. Com a reintrodução do autocontrole AC2 houve redução para 2.200 calorias e aumentou para 2.500 nas sessões de *follow-up*. Com relação ao EC ingerir alimentos em excesso em confraternizações, os dados demonstram que nas sessões de linha de base LB1 a quantidade média de calorias ingeridas por P2 em único evento social era de 6.000 calorias. Com a introdução das sessões de autocontrole AC1, esses valores reduziram para 400 calorias. Esse valor não se manteve na reversão LB2 aumentando para 1.500 calorias. Com a reintrodução do autocontrole AC2 houve redução para 500 calorias com aumento para 1.000 calorias no *follow-up*.

Os dados contidos na Figura 4, a seguir, revelam outros EC da participante P1 durante as fases do delineamento de reversão-aplicação e *follow-up*.

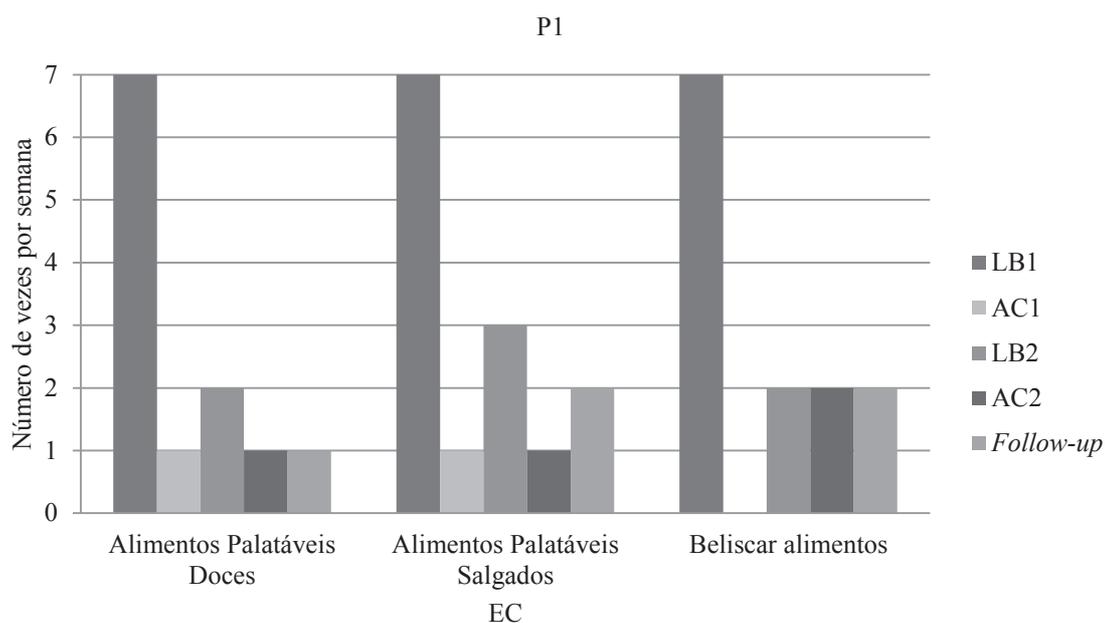


Figura 4 – EC de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Os dados da Figura 4 demonstram que nas sessões de linha de base LB1, P1 ingeria alimentos palatáveis doces todos os dias, isto é sete vezes por semana. Com a introdução das sessões de intervenção AC1 esse valor reduziu para uma vez por semana. Com a reversão LB2, houve ligeiro aumento para duas vezes por semana e após a reintrodução das estratégias de autocontrole reduziu novamente para uma vez por semana, valor que se manteve no *follow-up*. Com relação ao EC ingestão de alimentos palatáveis salgados, os dados revelam que P1 também fazia uso desse tipo de alimento todos os dias, ou seja, sete vezes por semana. Com a introdução das sessões de intervenção AC1 esse valor reduziu para uma vez por semana. Com a reversão LB2, houve aumento para três vezes por semana e após a reintrodução das estratégias de autocontrole reduziu novamente para uma vez por semana e nas sessões de *follow-up* aumentou para duas vezes por semana. Os dados referentes ao EC ingestão de bebidas alcoólicas não se aplicam à participante P1.

Os dados da Figura 5, a seguir, revelam outros EC da participante P2 durante as fases do delineamento de reversão-aplicação e *follow-up*.

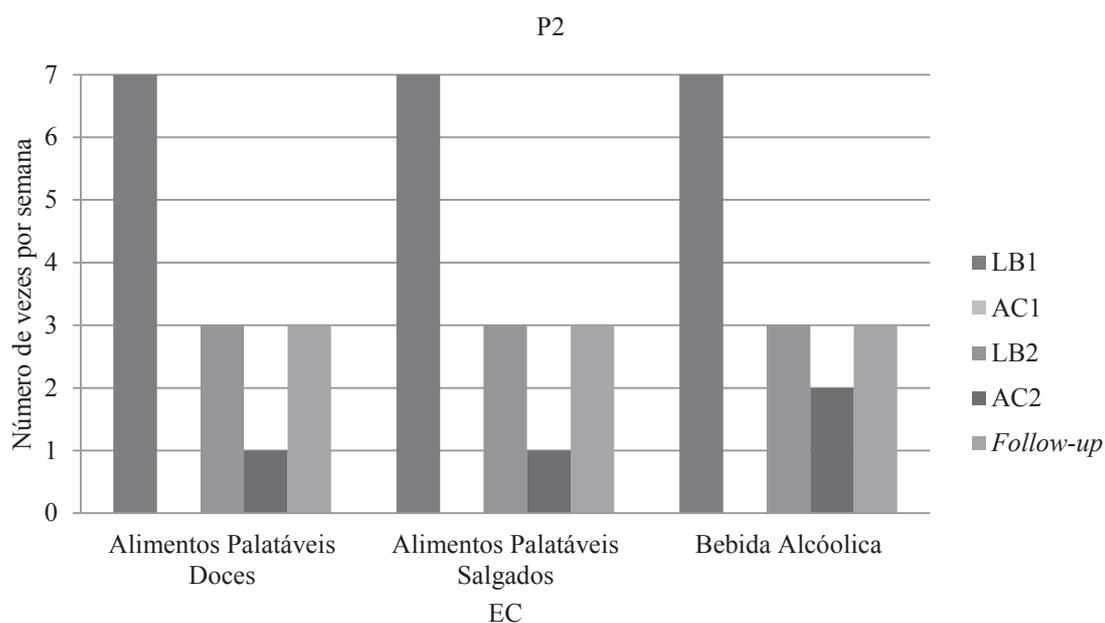


Figura 5 – EC de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Os dados da Figura 5 demonstram que nas sessões de linha de base LB1, P2 ingeria alimentos palatáveis doces todos os dias, isto é sete vezes por semana. Com a introdução das sessões de intervenção AC1 esse valor reduziu para nenhuma vez por semana. Com a reversão LB2, houve aumento para três vezes por semana e após a reintrodução das estratégias de autocontrole reduziu novamente para uma vez por semana e nas sessões de *follow-up* aumentou para três vezes por semana. Com relação ao EC ingestão de alimentos palatáveis salgados, os dados revelam que P2 também fazia uso desse tipo de alimento todos os dias, ou seja, sete vezes por semana. Com a introdução das sessões de intervenção AC1 esse valor reduziu para nenhuma vez por semana. Com a reversão LB2, houve aumento para três vezes por semana e após a reintrodução das estratégias de autocontrole reduziu novamente para uma vez por semana e nas sessões de *follow-up* aumentou para três vezes por semana. Os dados referentes ao EC ingestão de bebidas alcoólicas apontam que a participante ingeria este tipo de bebida todos os dias, ou seja, sete vezes por semana. Através da introdução das sessões de intervenção AC1 esse valor reduziu para nenhuma

vez por semana. A reversão LB2 demonstrou aumento para três vezes por semana e após a reintrodução das estratégias de autocontrole reduziu novamente para uma vez por semana e nas sessões de *follow-up* aumentou para três vezes por semana. Os dados referentes ao EC beliscar alimentos não se aplicam à participante P2.

As Figuras 6 e 7, a seguir, apresentam a perda de peso gradual das participantes durante as fases do delineamento reversão-replicação e *follow-up*.

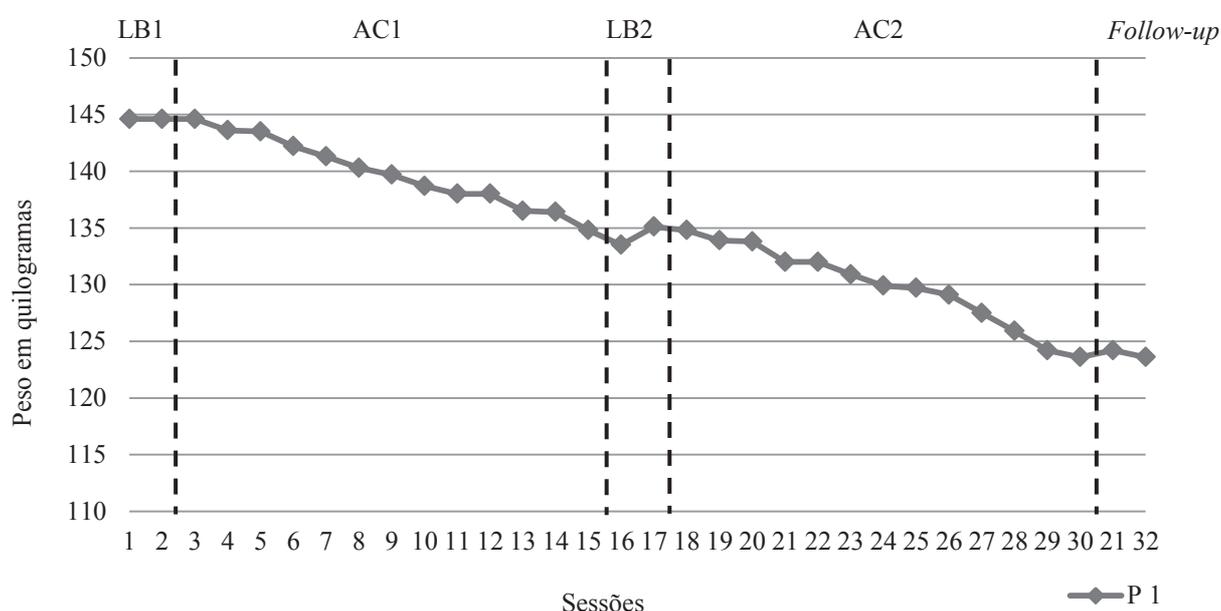


Figura 6 – Perda de peso de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

Os dados contidos na Figura 6 revelam que nas sessões de linha de base o peso de P1 era o de 144,6 quilogramas. Já nas sessões do tratamento com o programa de autocontrole, houve perda gradual do peso da participante, que atingiu 133,5 quilogramas. Com a reversão, houve ligeiro aumento de quilogramas (135,1 quilogramas). Com a reintrodução das estratégias do autocontrole, a perda de peso se manteve gradual (123,6 quilogramas) e praticamente se manteve nas sessões do *follow-up*.

Já os dados da perda gradual de quilogramas de P2 demonstram que durante a linha de base, o peso era o de 136. Durante as sessões de autocontrole houve redução para 116,6 quilogramas. Esta redução não se manteve nas sessões de reversão, aumentando para 117,8 quilogramas durante as duas sessões daquela fase. No entanto, com a reintrodução das sessões de autocontrole, a perda de peso de P2, manteve-se reduzida ainda que com oscilações durante o *follow-up*, quando comparada as fases de linha de base. Tais dados estão resumidos na Figura 7.

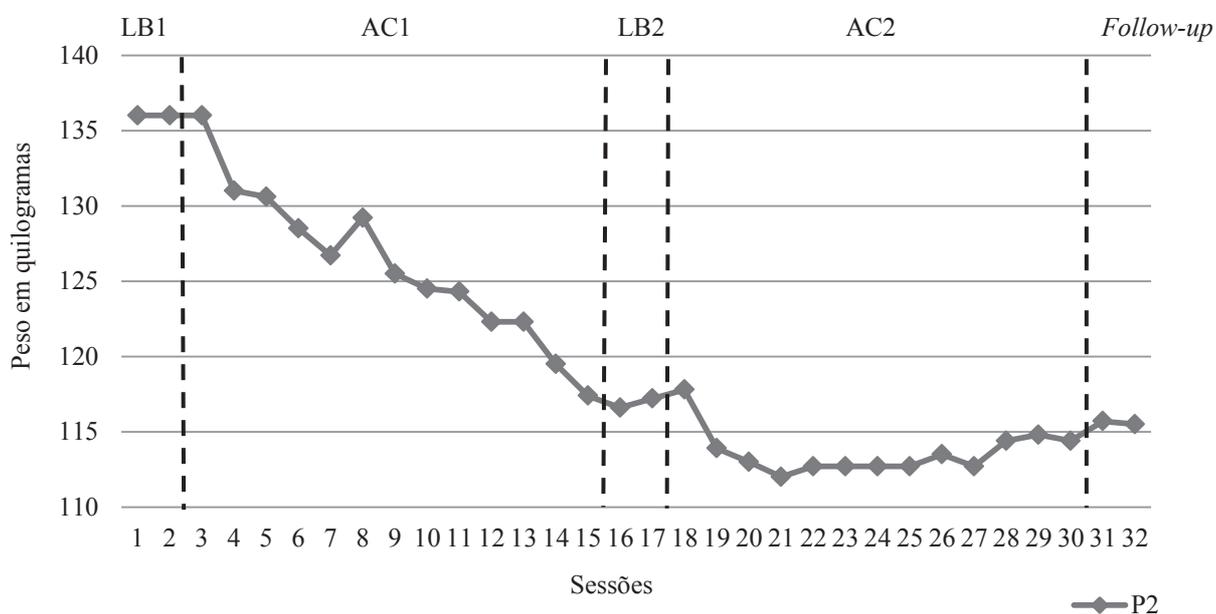


Figura 7 – Perda de peso de P2 durante as fases do delineamento de reversão-replicação e *follow-up*.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos-problema de duas participantes com o diagnóstico de obesidade mórbida (P1 e P2) através da aplicação da avaliação funcional indireta por meio de entrevistas e da avaliação funcional direta por meio de observação. Para tratar esses tipos de comportamentos foi aplicado um programa de tratamento de autocontrole, cujos procedimentos foram controlados pelo delineamento de reversão-replicação, seguido de *follow-up*.

Dentre as estratégias, foram conduzidas entrevistas de forma individual com cada participante e observação direta dos seus comportamentos em diferentes momentos de suas rotinas, por exemplo, festa de confraternização familiar. Estes procedimentos permitiram identificar os eventos que ocasionavam e reforçavam os comportamentos-problema das participantes deste estudo, bem como a compreensão das consequências que os controlavam (Sturmeijer, et al., 2007; Martin & Pear, 2007/2009).

Em se tratando de comportamentos-problema relacionados à obesidade mórbida, decidiu-se pelo uso de categorias na definição das classes comportamentais de P1 e P2, em termos de excessos e déficits comportamentais (EC e DC), por serem categorias mensuráveis, o que tornou pré-requisito para o planejamento do programa de autocontrole. Todas essas categorias estavam diretamente relacionadas ao excesso de peso das praticantes e devido à sua diversidade optou-se por apresentá-las em forma de tabelas e figuras. As situações que levavam a excessos alimentares trabalhadas nas sessões de autocontrole foram apresentadas em forma de tabelas.

Os dados obtidos nas entrevistas realizadas com P1 e P2 possibilitaram conhecer eventos imperativos da história ambiental das participantes. Observaram-se em ambas as

histórias de vida oferta exagerada de alimentos no ambiente familiar, sedentarismo e excesso de peso desde a infância, bem como repetidas tentativas frustradas para emagrecer, com reganho de peso rápido, sempre superior ao do início da dieta, falta de habilidade para solucionar problemas e lidar com estados emocionais negativos.

Notou-se também, ausência de fontes de reforçamento não relacionadas ao comer, alimento como substituição de outros reforçadores, alimento como tentativa de controlar ou afastar situações aversivas e/ou estados emocionais negativos e comportamentos baseado em regras, esses achados corroboram com a literatura (Silva, 2001; Albuquerque & Gomes, 2002; Gonçalves & Oliveira, 2003; Noto, Guerrero, 2004; Daloffe & Bezerra, 2010). Notou-se ainda aversão aos profissionais da nutrição devido à prescrição de planos alimentares com dietas restritivas, bem como aos profissionais da educação física, fatores estes relevantes para o desenvolvimento do quadro de obesidade estendendo-se à obesidade mórbida.

Em relação aos dados registrados quando das sessões de observação direta, foram observados eventos como potenciais estabelecadores (e.g., mesa com diversidade de alimentos) e abatedores (e.g., presença da pesquisadora) que controlavam as respostas de ingerir alimentos em excesso ou o comer até o empanturra-se das participantes. Os dados demonstram que a presença da pesquisadora exerceu controle sobre a quantidade de alimentos ingeridos por P1 durante festa de confraternização do condomínio e festa de confraternização familiar, dado que contrapõe a visão tradicional referente à compulsão alimentar, segundo o DSM – 5 (APA, 2013).

Evidenciou-se que a proximidade do estímulo alimento influenciou o comer da participante P1, uma vez que enquanto estava sentada à mesa ingeriu alimentos e enquanto se encontrava distante da mesa não houve ingestão alimentar. Enquanto que a presença da pesquisadora não controlou o comportamento de comer da participante P2.

Observou-se que a ingestão alimentar não ocorreu enquanto navegou na internet com o uso do celular. Evidenciou-se que quando estava sentada à mesa ingeriu alimentos em excesso e quando se encontrava a três metros da mesa também houve ingestão alimentar, uma vez que a participante levantava para buscar o alimento. Ressaltou-se ainda, ingestão rápida de alimentos, um seguido do outro, sob o estado emocional negativo.

O programa de tratamento foi estabelecido com base nos dados obtidos durante as avaliações indiretas e diretas. Estes indicaram que as participantes ingeriam um número de calorias muito acima do gasto energético diário, bem como altas quantidades de calorias em eventos sociais. Neste sentido, observou-se excessivo consumo de alimentos palatáveis doces e alimentos palatáveis salgados, comportamento de beliscar alimentos entre as refeições, apenas para a participante P1 e excessivo consumo de bebidas alcoólicas, apenas para a participante P2. Foram observados, também, baixa ingestão de legumes e verduras, pouco consumo de frutas, baixa ingestão de água e sedentarismo.

A oferta de alimentos e os padrões comportamentais presentes no ambiente são as variáveis que afetam a instalação da obesidade (Albuquerque & Gomes, 2002; Ades & Kerbauy, 2002). Sob esta ótica, ficaram evidentes ainda situações que geravam a resposta de comer em excesso mesmo na ausência de fome, tais como contingências presentes no ambiente das participantes (e.g., própria residência cuja oferta de alimentos palatáveis é grande, ambiente festivo com disposição de alimentos, feiras gastronômicas, companhia de determinados amigos e/ou familiares, lojas de doces, lanchonetes, fazer compras em supermercados, carro da pamonha).

O comportamento de ingerir alimentos, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de lidar com a frustração e com os limites (Kahtalian, 1992). Neste sentido foram observadas em ambas as participantes inabilidades para solucionar problemas e lidar com estados emocionais negativos, bem como autoavaliação negativa.

Em função dos padrões culturais de beleza e da forma do corpo, indivíduos com obesidade podem responder negativamente as demandas de seu ambiente social, ao serem criticadas ou ridicularizadas por entes familiares, até porque as pessoas ignoram o que estão fazendo, por exemplo, “esse vestido é bonito, mas...”.

A punição não instala comportamento novo desejado, não ensina a pessoa obesa o que fazer; quando muito, o que não deve fazer. E como todo comportamento envolve escolha, quando a pessoa aprende a não fazer algo, pode passar a fazer coisas que não temos controle (Martin & Pear, 2007/2009). As fontes de reforçamento do indivíduo com obesidade estão ligadas ao comer (e.g., testar pratos novos, preparar pratos especiais e convidar os amigos para apreciá-los, sair com os amigos para conhecer um novo restaurante ou ir a eventos gastronômicos) (Silva, 2001). Sob esta ótica identificou-se em P1 e P2 ausência de atividades reforçadoras além do comer.

No que diz respeito ao controle de estímulos sobre o comportamento de ingerir alimentos, este não ocorre apenas pelo estímulo discriminativo, mas também pela operação motivadora (Michael, 2000; Marcon & Britto, 2011). Um estímulo discriminativo está correlacionado a disponibilidade do estímulo, neste caso, o alimento. No entanto, a sua privação, como fazer dietas restritivas, por exemplo, funciona como uma operação motivacional por aumentar o valor do alimento como reforçador. Torna-se evidente então a importância de programar intervenções como o manejo de contingências, com vistas a reduzir o valor reforçador do alimento, cuja consequência era o comer em excesso.

Sob esta ótica, os DC foram considerados um conjunto de comportamentos que deveriam ser aumentados: 1) praticar exercícios físicos; 2) ingerir dois litros de água ao dia; 3) ser assertivo; 4) autocuidados; 5) exercer outras atividades reforçadoras além do comer; 6) ingestão de verduras e legumes; e 7) ingestão de frutas. Enquanto que os EC foram definidos como um conjunto de comportamentos que deveriam ser diminuídos: 1)

calorias diárias ingeridas (ingerir grande quantidade de alimentos diariamente) 2) calorias ingeridas em eventos sociais (ingerir grande quantidade de alimentos em confraternizações); 3) ingestão de alimentos palatáveis doces; 4) ingestão de alimentos palatáveis salgados; 5) beliscar alimentos, para a participante P1; e 6) ingestão de bebidas alcoólicas, para a participante P2.

Os resultados das Tabelas 10 e 11 sugerem que o DC ser assertivo, isto é, estados emocionais negativos (e.g., raiva do esposo) e a incapacidade para solucionar problemas (e.g., ausência de trabalho) das participantes geraram excessos alimentares. Com a intervenção houve aumento da assertividade, o que pode ter contribuído para a redução dos comportamentos de comer em excesso.

A atividade física é qualquer movimento corporal que resulta em gasto de energia e quem é sedentário está mais propenso a desenvolver problemas de saúde. Nesta perspectiva, no que se refere ao DC atividade física, foi solicitado que as participantes buscassem se movimentar mais e descobrir algum tipo de exercício que lhes trouxesse bem estar, isto é, que fosse reforçadora (e.g., dançar, caminhar, ginástica, natação, hidroginástica). Devido à aversão a essa prática, elas deveriam acrescentar esse novo comportamento de forma gradual dentro de suas limitações e à medida que fossem descobrindo os benefícios dessa atividade em suas vidas, esperava-se o aumento desta prática de forma natural.

Neste sentido, os resultados da Figura 1 demonstram aumento gradual e importante do DC atividade física de P1 em todas as fases do delineamento. Segundo relatos da participante (e.g., *pela primeira vez em minha vida sinto prazer ao realizar atividade física e sinto os benefícios em meu corpo*).

Enquanto que os resultados da Figura 2 demonstram aumento importante do DC atividade física de P2 com a introdução do autocontrole AC1, de nenhuma para sete vezes

por semana. Entretanto esses valores oscilaram nas demais fases do estudo e caiu para três no *follow-up*, número este ainda considerado importante para a prática de atividade física semanal. De acordo com relatos de P2 (e.g., *descobri que a atividade física me deixa mais calma, me sinto muito melhor quando faço exercícios*).

Conforme aponta a literatura, a maioria das atividades de pessoas obesas está relacionada ao alimento (Silva, 2001). Nessa lógica, os dados da Figura 1 e 2 revelaram aumento do DC atividades reforçadoras das participantes P1 e P2 após o autocontrole AC1, porém quando comparado aos resultados dos demais DC observou-se menor aumento nesta categoria, sugerindo maior dificuldade para aderir a novas fontes de reforço além do comer.

O DC autocuidados (e.g., não usar brincos, batom, uma roupa que cai bem) também influenciou o comer em excesso (e.g., olhar no espelho e se autoavaliar negativamente). Neste sentido, os dados da Figura 1 demonstram que com a introdução do autocontrole, houve aumento desta categoria e P1 desenvolveu novos comportamentos (e.g., usar maquiagem e brincos, pintar o cabelo e fazer progressiva, uso de roupas novas) e no final deste estudo, já na fase de *follow-up*, os praticava todos os dias da semana, enquanto que os dados da Figura 2 revelam que P2 só não exercia o autocuidado no domingo, dia em que ficava em casa descansando. Os dados sugerem que esta autoavaliação positiva auxiliou na continuidade do tratamento, segundo seus relatos (e.g., *fiz progressiva no cabelo porque estou me sentindo bonita e agora quero ficar ainda mais bonita*).

Para auxiliar no tratamento foi sugerido que as participantes buscassem uma nutricionista, porém diante da recusa das mesmas, optou-se pelo uso de vídeos contidos no *YouTube*, visando o aprendizado de informações nutricionais relevantes, não só para a perda de peso, mas para uma vida mais saudável. Nesta perspectiva, as participantes foram

instruídas a reduzir de forma gradual a quantidade de calorias diárias, diminuindo a ingestão de alimentos palatáveis doces (e.g., sorvetes, bombons) e salgados (sanduíches, coxinha, batata frita) e acrescentando a ingestão de 2 litros de água, frutas, legumes e verduras.

O beber bastante água é de extrema importância para o bom funcionamento do organismo, além de auxiliar a controlar os excessos alimentares, pois ajuda a manter o estômago relativamente cheio durante o dia, driblando a fome. Assim, os resultados relacionados ao DC 2 litros de água ao dia contidos nas Figuras 1 e 2 de P1 e P2, respectivamente, demonstraram que houve aumento importante em todas as fases do delineamento, porém não atingiu a ingestão ideal, principalmente nos finais de semana. O consumo de frutas também é fundamental numa alimentação saudável e devem ser consumidas diariamente, pois fornecem vitaminas, minerais, diferentes fibras alimentares, compostos protetores que ajudam a regular o organismo e antioxidantes que são nutrientes essenciais na proteção das células.

De acordo com os dados referentes ao DC frutas contidos nas Figuras 1 e 2, observou-se que as participantes não faziam uso deste alimento em suas dietas na linha de base LB1. Após a introdução do autocontrole AC1, este número aumentou. P1 passou a ingerir frutas todos os dias durante todas as fases do delineamento, incluindo o *follow-up*. Enquanto que P2 ingeriu frutas todos os dias durante a fase de autocontrole AC1, sendo que esse valor caiu para cinco vezes por semana (segunda à sexta) e se manteve nas demais fases do estudo.

Uma mesa balanceada com legumes e verduras pode prevenir vários tipos de doenças, auxiliando no emagrecimento e uma vida saudável, pois são importantes fontes de carboidratos, fibras, água e vitaminas. No que se refere ao DC verduras e legumes, os dados contidos nas Figuras 1 e 2 apontaram aumento significativo desta categoria em todas

as fases do estudo para ambas as participantes. P1 já incluía esses alimentos em seu cardápio (segunda à sexta) na linha de base LB1. Com a introdução do autocontrole AC1 esses valores aumentaram para sete vezes por semana e se mantiveram nas demais fases da pesquisa. Já P2 não consumia esses alimentos na fase de linha de base LB1. Nas duas fases do autocontrole AC1 e AC2 esse número aumentou para sete vezes por semana, tendo queda para cinco (segunda à sexta) na última fase de linha de base LB2 e *follow-up*.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2018) o peso corporal pode ser definido como uma função da energia consumida pelo indivíduo *versus* a energia gasta. As participantes deste estudo comeram mais do que seu organismo precisava e no decorrer do tempo desenvolveram o quadro de obesidade mórbida. Neste sentido, foi necessário intervir na quantidade de energia que estava sendo ingerida.

Assim, os dados dos EC da Figura 3 demonstraram reduções importantes da quantidade de calorias ingeridas diariamente por P1. Já na primeira fase de autocontrole e que se mantiveram com ligeiras oscilações nas demais fases do estudo, bem como redução significativa na quantidade de calorias ingeridas em eventos sociais em todas as fases da pesquisa.

No que se refere à quantidade de calorias ingeridas diariamente por P2, apesar de ter tido reduções com a introdução do autocontrole, observou-se maior oscilação entre as fases do estudo. Este dado corrobora com os achados da literatura, uma vez que as operações motivadoras aumentam o valor reforçador do estímulo ou diminuem o valor punidor do estímulo e conseqüentemente aumentam a frequência da classe operante relacionada a esses estímulos (e.g., a privação de alimentos em dieta restritiva de 1500 calorias aumentou a ocorrência de comportamentos de ingerir alimentos em excesso). Enquanto que, apesar de também haver maior oscilação quanto à quantidade de calorias ingeridas em eventos sociais, observaram-se reduções importantes em todas as fases do

estudo, quando comparada com o dado da linha de base LB1, que atingia a ingestão de 6.000 calorias em único evento.

A indústria alimentícia se utiliza de artifícios como sal, açúcar e gordura para conservar e também garantir o sabor irresistível dos alimentos palatáveis, sendo estes as escolhas alimentares preferidas das participantes deste estudo. Os resultados dos EC alimentos palatáveis doces e alimentos palatáveis salgados, contidos nas Figuras 4 e 5 revelaram também importantes reduções para P1 e P2. Ambas as participantes ingeriam essas duas categorias de alimentos todos os dias da semana na linha de base LB1. Esses valores foram reduzidos com a introdução do autocontrole AC1 e apesar de pequenas oscilações nas demais fases do estudo, permaneceram baixos quando comparados à LB1.

O beliscar alimentos foi classificado como um EC identificado na participante P1. Assim, os dados contidos na Figura 4, revelaram que a participante beliscava alimentos todos os dias da semana e com a introdução do autocontrole AC1 esses valores foram reduzidos, com ligeiro aumento nas demais fases do estudo (sábado e domingo), permanecendo ainda reduzidos quando comparados à LB1.

Já o EC bebida alcoólica foi identificado somente em P2, que fazia uso deste tipo de bebida todos os dias no período noturno para relaxar. Com a introdução do autocontrole AC1 esses valores caíram para zero e sofreu oscilações nas demais fases do estudo (sexta, sábado e domingo), permanecendo reduzidos comparados à fase de linha de base LB1.

Nesta perspectiva, os resultados deste estudo apontaram altas ocorrências dos excessos e déficits comportamentais durante a fase de linha de base e importantes reduções destes comportamentos durante a fase de intervenção, bem como a perda de peso gradual de ambas as participantes, reduções estas que se mantiveram no *follow-up*.

Os dados contidos nas Figuras 6 e 7 revelaram as consequências das reduções dos altos índices de DC e EC das participantes, isto é, a perda de peso. P1 emagreceu 21 quilos

e P2, 20,5 quilos ao final deste estudo. Neste sentido, sugere-se que o emagrecimento envolve uma complexidade de fatores, tais como, contingências presentes no ambiente dos indivíduos com obesidade, inabilidade para lidar com estados emocionais negativos, inabilidade para solucionar problemas, alimentar-se como tentativa de controlar ou afastar situações aversivas, ausência de atividades reforçadoras, além do comer, o alimento como substituição de outros reforçadores, autoavaliação negativa, comportamentos baseados em regras, que vão além de fazer dieta e praticar exercícios físicos.

Os dados demonstram ainda um padrão comportamental distinto entre as participantes. As mudanças comportamentais de P1 foram mais graduais durante todo o processo quando comparadas com as de P2 que demonstrou comportamento mais extremista com relação às mudanças. Talvez por isso P2 tenha apresentado reduções fortes no início, mas retomou alguns EC posteriormente. Este resultado sugere que mudanças realizadas de forma gradual têm maior efetividade em longo prazo. Outro dado relevante com relação à P2 foi o início de um namoro durante a segunda fase de linha de base LB2, relacionamento este que lhe gerou estados emocionais negativos e inabilidade para solucionar problemas.

Ainda nessa perspectiva, observou-se que as maiores dificuldades vivenciadas pelas participantes para aderir ao autocontrole se referem às inabilidades para lidar com estados emocionais negativos e para solucionar problemas (e.g., *quando eu faço o que você ensina funciona, eu consigo não comer, mas quando não estou bem é mais difícil resistir, mas hoje percebo que mesmo nesses casos é uma escolha comer de modo excessivo*), bem como identificar e realizar atividades reforçadoras além do comer.

Os achados apresentados por este estudo corroboram com os dados da literatura que destacam as inúmeras evidências que explicam a aquisição de comportamentos aditivos, como o comer excessivamente até o empanturrar-se pela aprendizagem com os

princípios de reforçamento e punição no ambiente do indivíduo (Mazur, 2013). A partir disso, poder-se-ia levantar algumas reflexões e questionamentos. O conhecimento das histórias clínicas das participantes facilitou identificar as condições antecedentes e consequentes que favoreceram o desenvolvimento e manutenção do quadro de obesidade mórbida, destacando-se, portanto a importância da avaliação funcional para a efetividade da intervenção. Todavia, busca-se uma causa interna para um problema ambiental (e.g., *quando vi já tinha comido a caixa de bombom inteira*). A pessoa realmente perdeu o controle ao comer doces? Ou ela simplesmente optou pelo reforçador de maior valor naquele momento que a escolha foi feita, isto é, o sabor agradável do chocolate?

A análise do comportamento rompe definitivamente com a tendência de buscar dentro do organismo as explicações para o fenômeno comportamental, voltando sua atenção para as relações funcionais entre o comportamento e o ambiente. Haverá autocontrole se houver gerenciamento do ambiente para que se coma apenas um bombom, frente à iminência de comer excessivamente os bombons da caixa.

Vale ressaltar que existem pessoas com problemas comportamentais relacionados à obesidade que estão ganhando peso simplesmente para realizarem a cirurgia bariátrica. É importante advertir que esta estratégia pode produzir a perda de peso, porém não habilita a pessoa a lidar com seus comportamentos-problema em relação ao consumo alimentar, ocorrendo muitas vezes, o maior ganho do peso após o procedimento cirúrgico.

Devido ao alarmante número de pessoas com sobrepeso e obesidade e à complexidade dessas classes comportamentais estudadas no presente estudo, torna-se necessário maior compreensão destes fenômenos, demandando estudos e compromissos com a mudança de comportamentos. Sugerem-se a continuidade de pesquisas em análise do comportamento, principalmente aquelas aplicadas e, em longo prazo, para que as pessoas possam ter acesso ao aprendizado de estratégias comportamentais que possibilitem

resultados satisfatórios, de modo que possam escolher coerentemente uma alternativa ou outra, isto é, como no exemplo acima, comer apenas um bombom e ainda assim emagrecer ou comer todos os bombons da caixa e engordar.

REFERÊNCIAS

- Ades, L. & Kerbaux, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indagações. *Psicologia USP*, 13(1), 197-216.
- Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82(4), 463-496.
- Albuquerque, L. C. & Gomes, J. M. (2002). Obesidade infantil: as dificuldades da criança em relação à obediência de regras impostas por uma dieta alimentar. Universidade da Amazônia: Belém.
- Albuquerque, L. C., de Souza, D. G., Matos, M. A., & Paracampo, C. C. P. (2003). Análise dos efeitos de histórias experimentais sobre o seguimento subsequente de regras. *Acta Comportamental*, 11, 87-126.
- Albuquerque, L. C., Matos, M. A., de Souza, D. G., & Paracampo, C. C. P. (2004). Investigação do controle por regras e do controle por histórias de reforço sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 395-412.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- Barbosa, D. R. (2001). Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental. Dissertação. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Baum, W. M. (2006). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994).
- Benedetti C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. In: V. E. Caballo (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (pp. 3-42). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Catania, A. C. (2008). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4a ed.; D. G. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 17(2), 2-12.
- Cavalcante, L. C. (2009). *Obesidade e análise do comportamento*. Belém: Unama.
- Dobbs, R., et al (2014). *Overcoming obesity: an initial economic analysis*. London: The McKinsey Global Institute.

- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92.
- Dunlap, G. & Kincaid, D. (2001). The widening world of functional assessment: comments on four manuals and beyond. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 365-377.
- Fagundes, A. J. F. M. (2015). *Descrição, definição e registro de comportamento*. 17ª edição revista e ampliada. São Paulo: Edicon.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2016). Transtornos alimentares: um protocolo transdiagnóstico. In D. H. Barlow (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Ferster, C. B., Nurnberger, J. I. & Levitt, E. E. (1962). The control of eating. *Journal of Mathematics*, 1, 87-109.
- Ferster, C. B. (1973). A Functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Flaherty, D. & Janicak, P. G. (1995). *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, J. G. M., Silva, M. K. S., & Felix, D. S. (2001). Obesidade: Uma visão Geral. Em J. G. M. Fonseca (Org.), *Obesidade e Outros Distúrbios alimentares*, Volume 2 (pp. 257-278). Rio de Janeiro: Medsi.
- Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 230S-235S.
- Garaulet, M. & Heredia, F. (2010) Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): Role of the Mediterranean diet. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 9-17.
- Garrow, J.S. (1988). *Obesity and related diseases*. London: Churchill Livingstone.
- Galizio, M. (1979). Contingency-shaped and rule-governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 53-70.
- Gonçalves, E. T. & Oliveira, H. M. G. (2003). Obesidade em adultos: análise de casos atendidos por terapeutas analítico-comportamentais. Universidade da Amazônia: Belém.
- Guerrero, M. N. V. (2007). Evolução e tratamento da obesidade. Em: Caballo, V. E. (Org.). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos.

- Hagopian, L. P., Dozier, C. L., Rooker, G. W. & Jones, B. A. (2013). Assessment and treatment of severe problem behavior. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (Editores), *Handbook of Behavior Analysis* (Vol. 2, pp. 353-386). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54-72.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1985). Verbal behavior, equivalence classes, and rules: New definitions, data, and directions. *Invited address presented at the meeting of the Association for Behavior Analysis*, Columbus, OH.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45(3), 237-256.
- Heller, D. C. L. & Kerbaury, R. R. (2000). Redução de peso: Identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 31-52.
- Iwata, B. A., Kahng, S., Wallece, M. D. & Lindberg, J. C. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. In: J. Austin & J. E. Carr (editores), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (pp. 61-89). Reno, NV: Context Press.
- Jeffrey, D. B. (1976). Behavioral management of obesity. Em L. W. Craighead, A. E. Kazdin & M. J. Mahoney (Orgs.), *Behavior modification: Principles, issues, and applications* (pp. 394- 413). Boston: Houghton Mifflin.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. Em J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E. & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: symptoms, syndromes and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1), 1-21.
- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1974). *Princípios de psicologia* (5. reimp.). São Paulo: E.P.U. (Trabalho original publicado em 1950)
- Kerbaury, R. R. (1972). Autocontrole: Manipulação das condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407-414.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals controlled by rules describing contingencies that are not direct-acting. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule governed-*

- behavior: cognition, contingencies, and instructional control* (pp.269-322). New York: Plenum.
- Marcon, R. M. & Britto, I. A. G. S. (2011). Operações motivadoras e atenção social: eventos relevantes para comportamentos-problema de esquizofrênicos. *Revista Perspectivas*, 2(2), 192-202.
- Marcon, R. M. & Britto, I. A. G. S. (2015). *O controle pelos antecedentes e consequentes nas respostas verbais de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*. Curitiba: CRV.
- Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação de Comportamento: o que é e como fazer*. Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. 8ª Edição. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Martinez-Sanchez, H., & Ribes-Iñesta, E. (1996). Interactions of contingencies and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 46, 301-316.
- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Washington, DC: Harcourt Brace Jovanovich.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(2): 51-66.
- Matos, M. I. R.; Aranha, L. S.; Faria, A. N.; Ferreira, S. R. G.; Bacaltchuck, J. & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4): 165-169.
- Mazur, J. E. (2013). *Learning and behavior*. 7ª edição. New York: Routledge.
- Medeiros, C. A. (2010). Comportamento Governado por Regras na Clínica Comportamental: *algumas considerações*. Em de Farias, A. K. C. R (Org.), *Análise Comportamental Clínica* (pp. 95-111). Porto Alegre. Artmed.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa; J. C. Luzia & H. H. N. Santana (Orgs.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*. (pp. 75-91). São Paulo: Esetec.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 149-155.
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 401-410.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento* (A. A. Souza & D. Rezende, Trad.). Brasília: Coordenada. (Trabalho original publicado em 1967).
- Ministério da Saúde (2017). Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde. Acessado em julho de 2018. <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e->

[hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica.](#)

- Muller, R. C. (1999). A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos. Tese. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, São Paulo.
- Noto, A. A., Daloffe, D. A. & Bezerra, T. L. (2010). Análise do comportamento, obesidade e cirurgia bariátrica. In: Sobre comportamento e cognição: análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas. Vol 26. Santo André: Esetec.
- Olshansky, S.J., et al (2005). A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. *The New England Journal of Medicine*, 352(11): 1138-1145.
- O'Neill, R. E. Horner, R. H. Albin, R. W. Sprague, J. R. Storey, K. & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A Practical Handbook*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- O'Neill, R. E. Albin, R. W. Storey, K. Horner, R. H. & Sprague, J. R (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A Practical Handbook*. Stamford: Cenage Learning.
- Rachlin, H. (2000). The science of self-control. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Repetto, G., & Rizzolli, J. (2006). Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e Obesidade* (pp. 343-352). Porto Alegre: Artmed.
- Rocha, E. J. M., Abdelnor, E. C., Vanetta, P. O. & Silva, L. C. C. (2002). Obesidade: regras, autorregras e dificuldades no estabelecimento de relacionamentos amorosos. Sociedade Brasileira de Psicologia. Florianópolis.
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012). Seleção por consequência como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. Em: Borges, N. B. B. et. al., (Orgs.). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedules contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36 (2), 207-220.
- Silva, V. L. M. (2001). Obesidade: o que nós psicólogos, podemos fazer? In: R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. Vol 6. Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos. Santo André: Esetec.

- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. New York: Appleton -Century -Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Walden two*. New York: Macmillan
- Skinner, B. F. (1969/1984). *Contingências de reforço* (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (2004). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução organizada por M. P. Villalobos. 9ª Edição. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129- 37. (Originalmente publicado em 1981, em *Science*, 213(4057), 501-504).
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017). Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2016. Acessado em julho de 2018. <https://www.scbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiat Q*, 33: 284-92.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. & Doran, E. (2007). Operant and Respondent Behavior. In: P. Sturmey (Editor). *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 23-50). CA-San Diego: Elsevier Inc.
- The GBD 2013 Obesity Collaborators (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945): 766-781.
- The GBD 2015 Obesity Collaborators (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1): 13-27.
- Todorov, J. C., & Moreira, M. B. (2005). O conceito de motivação na psicologia, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 119-132.
- Todorov, J. C. & Hanna, E. S. (2010). Análise do Comportamento no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(especial), 143-154.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31(4), 195-1980.
- Vera, M. N., & Fernández, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

Vernon, M. D. . Motivação humana: a força interna que emerge, regida e sustenta as nossas ações. Tradução de L. C. Lucchetti. Petrópolis: Vozes, 1973. (Trabalho original publicado em 1969).

Vigitel Brasil (2016). Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão. Ministério da Saúde. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde.

World Health Organization (2018). *Obesity and Overweight*. Fact sheet n° 311. Reviewed February 2018. Acessado em julho de 2018. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Zettle, R. D. (1990). Rule-governed behavior: A radical behavioral answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record*, 40(1), 41-49.

ANEXOS

Anexo 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) desta pesquisa intitulada “Avaliação funcional e estratégias de autocontrole como alternativas para o tratamento da obesidade mórbida”. Meu nome é Carla de Oliveira Jardim, sou integrante da equipe de pesquisa deste projeto de mestrado em Psicologia.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em toas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa, Carla de Oliveira Jardim, pelo telefone (62) 98419-1981, ou por meio do e-mail carlajardimpsy@gmail.com. Ou com a orientadora da pesquisa professora Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, pelo telefone (62) 99979-0708, ou por meio do e-mail psyilma@terra.com.br. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Este estudo pretende intervir no contexto terapêutico, no comportamento alimentar de pessoas que estão muito acima do peso. Desta maneira, busca contribuir com a discussão e reflexão sobre a obesidade.

O estudo será realizado por meio de sessões nas dependências em um consultório particular da pesquisadora, sendo todas elas registradas em vídeo. Você tem total liberdade de recusar a participar deste estudo, mas caso aceite, você participará de sessões terapêuticas que estão previstas para ocorrer de outubro de 2017 a maio de 2018. Seus encontros com a pesquisadora ocorrerão uma vez por semana, com duração de até 50 minutos cada.

Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelas pesquisadoras responsáveis para fins científicos, sendo o registro em vídeo apenas utilizado para descrição precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos fica, de antemão, estabelecido que o seu nome não será divulgado.

Sua identificação e as informações registradas serão tratadas com sigilo e anonimato. Estes dados permanecerão armazenando-as em “bancos de dados” físicos e magnéticos, que serão mantidos pela pesquisadora, cujo acesso será permitido apenas a orientadora e pelo pesquisador responsável, pelo prazo de cinco (05) anos, conforme determinam as Normas e Diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12, que regulamenta as pesquisa com seres humanos.

Os riscos de sua participação serão mínimos, entre os quais você poderá sentir desconforto, vergonha, angústia, irritação ou entrar em contato com outros sentimentos psicológicos de outra natureza. Para evitar estes riscos associados à pesquisa, o local da entrevista garantirá sua privacidade e sigilo, também você terá a total liberdade de se recusar a responder questões que lhe causem desconforto emocional. Ainda, poderá retirar

o seu consentimento de participar da pesquisa em qualquer momento, caso você decida fazer isso, não sofrerá nenhuma penalidade e não terá nenhum prejuízo a alguma assistência a você, como também suas informações serão mantidas em total sigilo. Em todos os casos, na eminência de adversidades em função da coleta de dados, o pesquisador dará o suporte psicológico necessário e encaminhará a clínicas especializadas médicas e psicológicas na cidade de Goiânia - Goiás, tendo garantias de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, decorrente da sua participação na pesquisa.

Em relação aos benefícios, espera-se, ao término da aplicação de todos os procedimentos desta pesquisa, que seja observada a redução do índice de massa corporal, do sofrimento emocional e físico produzido pelos comportamentos inapropriados seus, além de favorecer o desenvolvimento de comportamentos assertivos e desenvolvimento de competências sociais específicas, as quais lhes favorecerão melhor qualidade de vida.

Em qualquer momento da pesquisa você poderá pedir esclarecimentos de eventuais dúvidas que tenha acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Também é assegurado a você o acesso gratuito, aos resultados no decorrer e após o término desta pesquisa, podendo ser solicitados diretamente com a pesquisadora responsável.

Você não terá nenhuma despesa em relação a esta pesquisa, e também não terá contribuições financeiras ao participar deste estudo, uma vez que a pesquisadora arcará com o transporte da residência à clínica assim como seu retorno. Contudo, caso tenha gastos decorrente de sua participação, você tem a garantia que seus gastos serão ressarcidos.

E, caso você venha a ter algum prejuízo, ou dano, decorrentes dos procedimentos dessa pesquisa, poderá pleitear indenização por reparação a danos imediatos ou futuros, o pesquisador se obriga a indenizá-lo(a) conforme estabelece a legislação vigente no país.

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora psicóloga Carla de Oliveira Jardim sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, ____, de _____, de 201__.

_____/_____/_____

Assinatura do participante Data

_____/_____/_____

Assinatura do pesquisador Data

Anexo 2 - Entrevista para a Avaliação Comportamental

Nome: _____

_____ Idade: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Data: ____/____/____

1. Por quanto tempo seu comportamento alimentar tem sido um problema?

2. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 é nada de fome e 10 é muitíssima fome, escreva com que quantidade de fome faz suas refeições:

 Café da manhã Almoço Lanche Jantar

2.1. Costuma pular alguma dessas refeições? Quais?

3. Aproximadamente quantas calorias você consome por dia?

4. Quantas vezes por dia você come?

5. Quantas bebidas alcoólicas e/ou não alcoólicas você bebe por dia?

6. Quantas vezes por dia você “belisca” alguma coisa?

7. Onde você costuma comer? Sempre no mesmo lugar, ou costuma mudar?

7.1. Quantas vezes por semana você come nesses lugares?

8. Quanto tempo, aproximadamente, demora para comer a principal refeição do dia?

8.1. Utilizando a seguinte escala relativa ao ato de comer rápido-lento, onde você se situaria?

Lento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rápido

8.2. Especificamente, supondo que 1 é lento e 10 é rápido, designe uma pontuação à sua forma de comer nas seguintes situações:

() Em casa, sentado à mesa e acompanhado.

() Em casa, sentado à mesa e sozinho.

() Em casa, mas não à mesa (por exemplo, no sofá ou quarto, assistindo a tv e acompanhado).

- Em casa, mas não à mesa (por exemplo, no sofá ou quarto, assistindo a tv e sozinho).
- Em casa, mas não à mesa e acompanhado.
- Em casa, mas não à mesa e sozinho.
- Em um refeitório universitário acompanhado.
- Em um refeitório universitário sozinho.
- Em serviços de buffet livre acompanhado.
- Em serviços de buffet livre sozinho.
- Em self-services por quilo acompanhado.
- Em self-services por quilo sozinho.
- Em bares acompanhado.
- Em bares sozinho.
- Em celebrações sociais, como casamentos, batizados, aniversários, churrascos.
- Em uma situação específica:

9. Assinale os alimentos que consome com mais frequência:

- () Gorduras (linguiça, salsichas, carne de porco, etc.)
- () Manteiga e óleos
- () Leite e seus derivados (exceto manteiga)
- () Carnes menos gordurosas (vitela e frango)
- () Ovos
- () Peixes
- () Pão
- () Doces
- () Legumes
- () Verduras
- () Frutas
- () Refrigerantes
- () Sucos industrializados
- () Sucos naturais
- () Bebidas alcoólicas
- () Café
- () Algum alimento específico que consome com mais frequência não citado

acima:

10. Quais são as suas bebidas preferidas? Quantas vezes as consome ao longo do dia?

11. Assinale a forma como costuma comer os alimentos:

Fritos

Cozidos

Na chapa

Assados

Cozidos no vapor

11.1. Quais as formas de cozimento de seus alimentos preferidos? Com que frequência os consome?

12. Assinale as situações nas quais **não** consegue resistir e come embora **não** tenha fome:

- Quando lhe aparece algo apetitoso pela frente.
- Quando está preparando comida.
- Quando ainda resta algo no prato.
- Para que não sobre nada do que foi posto na mesa.
- Quando a comida cheira muito bem.
- Quando já chegou a hora do lanche e/ou da refeição.
- Quando está assistindo a algum programa de televisão.
- Quando está estudando.
- Quando está trabalhando.
- Com a cerveja do almoço e/ou o aperitivo da noite
- Situações específicas:

12.1. Quantas vezes por semana as situações acima ocorrem?

12.2. Defina os eventos que desencadeiam os **comportamentos de comer em excesso**:

a) HORÁRIO: **quando** os comportamentos têm maior/menor probabilidade:

Maior

probabilidade _____

Menor

Probabilidade _____

b) AMBIENTE: **onde** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior

probabilidade _____

Menor

probabilidade _____

c) PESSOAS: **com quem** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior

probabilidade _____

Menor

probabilidade _____

d) ATIVIDADE: **quais atividades** têm maior/menor probabilidade de produzir os comportamentos?

Maior

probabilidade _____

Menor

probabilidade _____

13. Como você se sente antes de comer em excesso, ou antes de consumir produtos que não deveria comer?

13.1. Como você se sente depois de comer em excesso, ou depois de consumir produtos que não deveria comer?

14. Na seguinte escala, referente a levar uma vida fisicamente ativa ou sedentária, onde você se colocaria.

Totalmente ativo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente Sedentário

14.1. Seguindo seu auto-registro de atividade física, quantas vezes por semana realiza atividades cotidianas, como andar ou subir escadas?

14.2. Seguindo seu auto-registro de atividade física, se realiza algum esporte, quanto tempo lhe dedica por semana?

15. Há alguma pessoa com excesso de peso em sua família? Quem? O que ela faz para solucionar o problema?

15.1. Já houve alguém com excesso de peso em sua família? Quem? O que ela fez para solucionar o problema?

16. Você já buscou outros tratamentos para emagrecer? Se sim, quais? Quais os resultados?

17. Toma algum medicamento controlar o apetite? Quais?

18. Houve oscilações fortes no peso, ou pelo contrário, você se manteve mais ou menos igual?

Se houve oscilações:

18.1. De quantos quilos?

18.2. Quanto tempo você levou para passar de um peso para o outro?

18.3. Você acredita que essas oscilações se devem a que?

19. O que você acha que a pesquisa lhe pode oferecer?

Anexo 7 - Solicitação de participantes para pesquisa

A psicóloga e mestranda em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Carla de Oliveira Jardim, CRP 09/6419, está recrutando voluntários de 18 a 59 anos e que tenham peso entre 100 e 150 quilos para participar de um programa gratuito de mudanças do estilo de vida com intervenção psicológica. O participante deverá ter disponibilidade de horário de uma vez por semana durante o segundo semestre de 2017 e o primeiro semestre de 2018.



Inscrições para Triagem:

De 01/09/2017 a 24/09/2017

Agendamentos:



Através do e-mail: carlajardimpsy@gmail.com



Através do telefone ou whatsapp: (62) 9 8419-1981

Falar com Carla