



CADERNO MULTIDISCIPLINAR INNOVE

Obesidade



APRESENTAÇÃO



Aspectos da Aprendizagem do Comportamento Alimentar



O trabalho do nutricionista na Reeducação Alimentar



Obesidade e Exercício Físico



ENTREVISTA | Cirurgia Bariátrica



O Autocontrole aplicado ao Comportamento Alimentar



E muito mais...



APRESENTAÇÃO

Para melhor atender seus clientes e oferecer à comunidade acadêmica das diferentes áreas do conhecimento, especialmente da saúde, a equipe de profissionais do Instituto InnoVe realiza constantemente pesquisas e estudos técnico-científicos para fundamentar seus procedimentos clínicos e discutir temas atuais de forma inter e multidisciplinar.

Como resultado desses estudos, apresentamos o CADERNO MULTIDISCIPLINAR INNOVE, um material *on line* trimestral direcionado à comunidade acadêmica que versará sobre temas relevantes e atuais e contará com textos comentados, análises de profissionais da equipe InnoVe e parceiros, e também material desenvolvido exclusivamente para este caderno.

Para essa primeira edição, trazemos à discussão o tema “Obesidade”, que toma destaque na mídia e principalmente nas pesquisas científicas, como resultado de uma preocupação com a saúde pública em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para uma série de doenças crônicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e câncer; e tem aumentado muito a sua incidência em países de baixa e média renda, especialmente em áreas urbanas. Esse aumento tem sérias implicações e deve ser combatido e evitado.

A fim de contribuir com a disseminação do conhecimento produzido sobre a obesidade, informando, alertando e sugerindo intervenções, a primeira edição do CADERNO MULTIDISCIPLINAR INNOVE contou com a contribuição de diferentes profissionais da área da saúde e como resultado você encontrará nas páginas seguintes uma entrevista com o médico cirurgião Dr. Paulino Matsuzaki, que comentou sobre os procedimentos da cirurgia bariátrica, os cuidados necessários no pré e pós-operatório e a atuação da equipe multidisciplinar. Enriquecendo essa entrevista, temos dois depoimentos exclusivos: um adolescente, candidato à cirurgia, que fala sobre os aspectos que afetaram sua decisão de realizar o procedimento; e uma mulher que relata como foi passar pela cirurgia e seus efeitos práticos em sua vida hoje.

A nutricionista Thanise Pitelli esclareceu a importância do trabalho da nutrição para a reeducação alimentar. O personal trainer André Suzuki comenta sobre o papel do exercício físico no tratamento da obesidade. Auxiliando nessa compreensão temos os textos sobre a aprendizagem do comportamento alimentar, da psicóloga Naiara Costa, e sobre o autocontrole, da psicóloga Cíntia Barbizan, ambos com embasamento teórico na Análise do Comportamento.

Nesse mesmo enfoque, a psicóloga Annie Wielewicki comenta uma notícia sobre o tema.

Nesta edição, você também encontrará sugestões de leituras de alguns artigos científicos, indicações de eventos, recomendações de sites e algumas sugestões de matérias jornalísticas para a sua informação e atualização no tema obesidade, além de novidades que o Instituto InnoVe está preparando.

Para ficar por dentro dessas e outras novidades do Instituto InnoVe, você pode visitar nosso site - www.institutoinnoVe.com.br – onde encontrará notícias diversas, entrevistas, textos e o nosso informativo mensal.

Tenha uma boa leitura!

EQUIPE



INSTITUTO INNOVE

Análise do Comportamento e Saúde

editorial

Annie Wielewicki



Cíntia Barbizan



Luciano Carneiro



Naiara Costa



Raquel Akemi Hamada





Aspectos da Aprendizagem do Comportamento Alimentar

Naiara Costa

Psicóloga (CRP 08/15158) | Instituto InnoVe

Embora a obesidade tenha sido considerada como indicativo de saúde e prosperidade durante anos, atualmente é considerada como uma doença crônica - associada a diversas comorbidades - que pode afetar crianças, adolescentes e adultos. Por esta razão, justifica-se a necessidade de pais e educadores compreenderem os fatores relevantes do processo de aprendizagem alimentar, para então propor práticas educativas que promovam a instalação de comportamentos alimentares adequados e/ou alterem hábitos alimentares inadequados.

De forma geral, os estudos (Birch & Fisher, 1997; Beauchamp & Mennella, 1994) demonstram que a aprendizagem do comportamento alimentar é estabelecida pelo processo de condicionamento, associado à sugestão sensorial dos alimentos, a consequência pós-ingesta e o contexto social. Neste sentido, a família - responsável pelas primeiras experiências alimentares da criança - organiza as contingências de reforçamento que produzirão um dado padrão de consumo alimentar.

As contingências de reforçamento adequadas poderiam ser descritas como aquelas que priorizam a discriminação de estímulos relevantes para o controle do comer, bem como as consequências fornecidas para este comportamento. Assim, são variáveis importantes: a discriminação entre saciedade e privação, a discriminação da quantidade de alimento e o tempo de intervalo entre as refeições, além da seleção do tipo de alimento.

Verifica-se (Klesges, Coates, Brown, Tillisch, Klesges, Holzer, Et Al., 1983; Birch, Mcphee, Shoba, Steinberg & Krehbiel, 1987) que algumas práticas parentais podem desfavorecer a aprendizagem da criança em se comportar com base em estados fisiológicos de privação e saciedade. Verbalizações como: "não pode sobrar no prato"; "você não vai para televisão até comer tudo"; "venha comer um chocolate, está muito tristonho"; "coma rápido", são exemplos de práticas que colocam o comportamento alimentar sob controle de estímulos discriminativos inadequados. Assim, a ingestão do alimento é realizada ainda que não haja função nutricional.

De forma semelhante, outro aspecto importante no processo de aprendizagem alimentar infantil refere-se à escolha dos alimentos. Em ambientes nos quais não há seleção prévia dos alimentos disponibilizados às crianças, haverá maior probabilidade do consumo daqueles com alta taxa de gordura, açúcar e sal. A seleção por estes nutrientes ocorre em alta probabilidade, uma vez que envolvem reforçadores primários - selecionados pela filogênese. A literatura nutricional (Rozin, 1997) afirma que substâncias nutritivas com maior teor calórico produzem efeito fisiológico de saciedade e, somado ao sabor, mostram-se mais aceitos. Além disso, fatores culturais (Freitas, 1997) fortalecem esta condição ao disponibilizar estes alimentos em grande quantidade e variedade, com baixo custo de resposta.

Pesquisadores (Klesges, Coates, Brown, Tillisch, Klesges, Holzer, et al., 1983) apontam que a familiaridade - produzida pela exposição repetida da criança com os alimentos - é o ponto de partida na aprendizagem do gosto dos alimentos e, conseqüentemente, favorecer a aceitação do alimento pela criança. De forma semelhante, estudos (Birch, Mcphee, Steinberg & Sullivan, 1990) demonstraram que associar o açúcar ou sabor de preferência com um sabor desconhecido aumenta a aceitação da criança pelo sabor desconhecido.

Em contrapartida, a utilização de estratégias coercitivas (Birch, Mcphee, Shoba, Steinberg & Krehbiel, 1987) para promover o consumo de alimentos desejáveis pode trazer efeitos indesejáveis: diminuir a probabilidade da criança ingerir e buscá-los para o consumo; contribuir para que a criança emita comportamentos de oposição diante da oferta de alimentos "desejáveis".

Por fim, destaca-se a relevância de pais e educadores programarem contingências que instalem e mantenham comportamentos de autocontrole. Assim, favorecerão a emissão de comportamentos sob controle de consequências benéficas à saúde, cujos efeitos ocorrem a médio e longo prazo.

São exemplos de práticas parentais que valorizam a emissão de comportamentos que produzem consequências reforçadoras atrasadas e intermitentes:

1) *estabelecimento de rotinas* que privilegiam atividades de alto custo de resposta subsequenciadas a outras de menor custo ("primeiro a tarefa, depois o computador"); 2) *estabelecimento de regras* que descrevam como, quando e onde emitir o comportamento ("todas refeições são feitas na mesa, ao acabá-las poderá ver televisão"; "você poderá levar para a escola um chocolate 1 vez na semana"; "ao acordar 15 minutos mais cedo, chegaremos com antecedência à escola e terá tempo de brincar com o amigo. Se atrasar-se, entrará já para a sala de aula e terá que esperar o recreio para brincar"); 3) *envolvimento da família em atividades físicas* regulares; 4) *reforçar imediatamente comportamentos de autocontrole* ("você realmente se esforçou para a prova, ficando menos tempo no computador. Fiquei muito orgulhosa. Poderíamos ir ao cinema para comemorar o resultado do seu esforço"); entre outras.

Desta forma, propriedades do alimento (como função nutricional) e do comportamento de alimentar-se (tipo e quantidade de alimento, tempo entre as refeições, entre outros) podem ser condicionadas (Klesges, Coates, Brown, Tillisch, Klesges, Holzer Et Al., 1983; Birch, Mcphee, Shoba, Steinberg & Krehbiel, 1987; Birch, Mcphee, Steinberg & Sullivan, 1990) quando o contexto sugerir práticas que forcem comportamentos coerentes a um padrão alimentar saudável.





O trabalho do nutricionista na Reeducação Alimentar

Thanise Pitellii

Nutricionista (CRN 7337)

A população brasileira, nas últimas décadas, passou por grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram um impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se um aumento do excesso de peso em toda a população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2011).

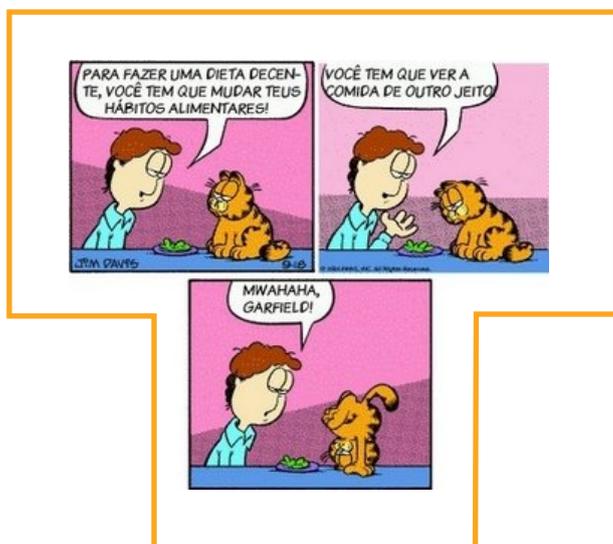
Devido a estas modificações do comportamento alimentar da população em geral, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e dentre seus princípios e diretrizes tem como objetivo principal promover a alimentação saudável, e dessa forma implantou os Dez Passos de uma Alimentação Saudável, buscando a educação nutricional da população Brasileira, sendo eles: comer frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia; consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana; evitar consumir alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras; retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango; nunca pular refeições; fazer três refeições e um lanche por dia e no lanche escolher uma fruta; evitar refrigerantes e salgadinhos de pacote; fazer as refeições com calma e nunca na frente da televisão; aumentar a sua atividade física diária; subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar sempre que possível, não passar longos períodos sentados assistindo televisão; acumular trinta minutos de atividade física todos os dias (Brasil, 2011).

A Amercian Dietetic Association (ADA) afirma a importância de se realizar uma educação alimentar com a ajuda de um profissional capacitado. Esta consiste na adequação do consumo alimentar de acordo com cada indivíduo e suas características pessoais, propondo um plano alimentar individualizado, consolidado e seguro, levando em conta a idade, o sexo e a avaliação nutricional que abrange o peso, a altura, percentual de massa magra, densidade óssea e etc (Silva; Mura, 2007).

Dessa forma, é possível oferecer alimentos em quantidade e em qualidade necessária a cada indivíduo, com a proporção necessária de nutrientes, vitaminas e minerais com esquema de substituições de alimentos e horários para se alimentar (Silva; Mura, 2007). A contribuição do nutricionista engloba as orientações dietoterápicas específicas, a análise dos recordatórios alimentares semanais, o esclarecimento das dúvidas, o fornecimento de opções de preparações e o apoio constante, questões extremamente importantes no processo de reeducação alimentar (Ávila, 2004).

Porém, as dificuldades para mudança do comportamento alimentar são inúmeras, pois trata-se de um hábito de difícil mudança e necessita de disciplina, paciência, persistência. A reeducação alimentar tem um papel importante em relação ao processo de transformação pessoal, à recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, que pode proporcionar conhecimentos necessários a auto tomada de decisão, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas (Ávila, 2004).





As charges e tirinhas, como veículo de informação, buscam produzir riso sobre os temas da atualidade. Como um produto cultural, evidenciam essas questões buscando trazer também a reflexão sobre elas.

O tema "OBESIDADE" também aparece nessa forma de veículo, reafirmando a necessidade de se atentar para ele. O descaso da população é apresentado e é dever dos profissionais da saúde alertar sobre a importância do tema, bem como intervir de forma a reduzir o número de obesos em todo o país



OBESIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO

André Suzuki

Personal Trainer (Cref 008526 - G/PR)

Considera-se uma pessoa obesa, quando seu Índice de Massa Corporal (IMC) está acima de 30 kg/m². Segundo o IBGE, em 10 anos o Brasil poderá atingir o número de obesos semelhante aos EUA, país com maior índice de obesidade no mundo.

Os números são tão preocupantes, que o Ministério da Saúde tem tratado a obesidade como uma epidemia. No entanto, o maior problema da obesidade são as comorbidades, as doenças a ela relacionadas, como a síndrome metabólica, conjunto de três ou mais doenças: hipertensão arterial, resistência insulínica, colesterol elevado, redução do HDL (colesterol bom) e aumento do LDL (colesterol ruim), triglicérides elevado e intolerância a glicose.

No tratamento das doenças da síndrome metabólica, assim como reeducação alimentar e uso de medicamentos, em alguns casos, os exercícios físicos são parte fundamental. A prática regular de exercícios promove modificações fisiológicas que vão, além da melhora das capacidades físicas (força, flexibilidade e resistência cardiorrespiratória) e agem diretamente nas doenças associadas à obesidade.

O exercício físico deve ser praticado regularmente para que a saúde e as capacidades funcionais sejam preservadas ou reestabelecidas. Levantar de uma cadeira, calçar um sapato, carregar compras, entrar e sair do carro, são atividades rotineiras, mas para pessoas obesas vão se tornando cada vez mais difíceis, pois com o aumento de peso ocorre também a redução da mobilidade corporal. Ao prescrever um programa de exercícios físicos para uma pessoa obesa, alguns detalhes devem ser levados em consideração:

- Tipo de atividade que mais gosta, a permanência no programa depende muito do prazer relacionado a ele.
- Os exercícios devem ter pouco ou nenhum impacto nos joelhos e coluna.
- Na fase inicial deve ser trabalhada a melhora das condições funcionais, para que a pessoa recupere a autonomia e a independência física, evitando exercícios com intensidade prolongada.

Além disso, para aqueles que passaram por procedimento cirúrgico de redução de peso, os exercícios físicos tornam-se fundamentais para a manutenção da massa muscular, pois, nos primeiros meses, a redução do peso corporal é grande, sendo em boa parte pela perda de músculos. Como o metabolismo está diretamente relacionado à quantidade de massa muscular, com a redução desse tecido, o corpo tende a gastar menos calorias para o seu funcionamento.

Com a prática regular de exercício físico, o tecido muscular modifica-se, acelerando o metabolismo e por consequência, aumentando o gasto de calorias. E já que, aproximadamente 50% dos pacientes recuperam boa parte do peso perdido após a cirurgia bariátrica, praticar exercícios com consentimento médico e com acompanhamento profissional é imprescindível para que a saúde e o peso sejam mantidos dentro do esperado para os níveis pós-cirúrgicos.

Praticar exercícios, independente da situação corporal é inegavelmente a melhor forma de promover a saúde e prolongar a vida com qualidade. Pratique exercícios físicos com regularidade.





INSTITUTO INNOVE OFERECE:

WORKSHOP:

em

MODELO DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA AVALIAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Psicóloga - Naiara Costa
CRP 08/15158

TÓPICOS:

*Obesidade e transtornos alimentares * Noções básicas do processo pré e pós cirúrgico * A atuação do psicólogo * Análise funcional do comportamento alimentar do indivíduo em avaliação * Instrumentos e recursos utilizados na avaliação * Aspectos de abordagem para construção do laudo psicológico * Orientações éticas.

PÚBLICO ALVO: Estudantes de Psicologia a partir do 4º ano e profissionais recém formados.

VALOR: R\$60 Estudante
R\$70 Estudante de pós e Profissionais

INSCRIÇÕES NO SITE
A PARTIR DE MAIO

LOCAL: Instituto InnoVe

DIA 2 DE JUNHO – SÁBADO
8H30 ÀS 12H00

Rua Astorga, 190 | Londrina-Pr
43 3328-0001 | institutoinnove.com.br



Dr. Paulino Matsuzaki fala sobre a Cirurgia Bariátrica

¶ O Ministério da Saúde divulgou, recentemente, que cerca de 50% da população brasileira está acima do peso. É possível que para parte dessa população a cirurgia bariátrica possa ser a melhor alternativa. Qual o perfil da pessoa para quem a cirurgia seria indicada?

A cirurgia bariátrica é indicada para pessoas que tenham patologias associadas como pressão alta, diabetes, problemas de coluna, problemas pulmonares, apnéia do sono. Para pessoas com IMC entre 30 e 40 e com comorbidades a indicação para a cirurgia é absoluta.

¶ Quais são os tipos de cirurgia bariátrica? Como é feita a escolha por cada uma delas?

As formas atualmente mais praticadas de cirurgia bariátrica são By-pass e Sleeve. Na Sleeve, parte do estômago é retirada. Já na By-pass uma parte do estômago fica na cavidade deste órgão e restante é “grudado” ao intestino delgado, modificando toda a fisiologia da digestão. Por essa cirurgia ser mais agressiva é indicada para aqueles cujo IMC é maior que 40 e com diabetes de difícil controle.

¶ Quais são os procedimentos pelos quais um candidato à cirurgia bariátrica precisa passar para que seja considerado apto a submeter-se a ela?

Exames clínicos e laboratoriais e exames complementares como endoscopia digestiva alta e teste de uríase.

¶ Sabemos que diversos profissionais da área da saúde são envolvidos no processo de decisão e acompanhamento da cirurgia bariátrica, antes e após a sua realização. Quais são esses profissionais? Comente sobre como o trabalho é desenvolvido.

Cardiologista, Endocrinologista, Psicólogo, Nutricionista, Pneumologista, Ortopedista. Cada um faz sua avaliação e reconhece ou não o procedimento.

¶ Quais complicações podem ocorrer com o paciente durante e após a cirurgia? Como essas complicações podem ser evitadas ou amenizadas?

As complicações não diferem de qualquer outra cirurgia aberta: sangramento, hemorragia, fístula. O que ajuda para prevenir e amenizar as complicações é um bom trabalho interdisciplinar. Se houver uma boa avaliação de cada especialista e comunicação adequada dessas avaliações, há melhores condições de prever como o corpo reagirá a medicações, por exemplo, e oferecer condições apropriadas durante a cirurgia.

¶ Que resultados são esperados com a cirurgia? De que fatores depende a manutenção desses resultados?

Quando o resultado é satisfatório, há perda significativa de peso, controle de comorbidades, melhora da autoestima e da qualidade das atividades diárias. Mas também pode haver de 10 a 15% de casos de depressão.

¶ Por quanto tempo, aproximadamente, a pessoa precisa receber acompanhamento médico depois de submetido à cirurgia?

O tempo é indeterminado, vai variar para cada pessoa. De maneira geral o acompanhamento é feito por até 10 anos. Em casos em que não ocorrem complicações o acompanhamento médico é feito por pelo menos cinco anos, com consultas a cada três ou seis meses. O acompanhamento com psicólogo e nutricionista é indicado por toda a vida.

¶ As pesquisas têm mostrado aumento considerável de obesidade em diferentes faixas etárias, inclusive na infância. O que você pontuaria como sinal de alerta para a prevenção desse quadro?

Alimentação inadequada em quantidade e qualidade, e sedentarismo.

¶ Como você avalia a quantidade e qualidade das cirurgias bariátricas realizadas em Londrina?

De boa para ótima

¶ Quais os centros de referência em cirurgia bariátrica no Brasil e no exterior?

No Brasil há o HC na USP e fora do país tem destaque a Alemanha e os Estados Unidos.



Dr. Paulino Matsuzaki (CRM PR 11646) é médico do Hospital do Coração em Londrina



QUEM PASSOU PELA CIRURGIA

“Eu precisei fazer redução por causa da pressão alta e diabetes. O médico disse que a cirurgia era a melhor opção. Na época eu estava com 150kg e minha altura é de 1.68m. Fiquei 6 anos na lista de espera do SUS. A minha cirurgia durou 10 horas e eu tive uma parada cardíaca. Mas após a cirurgia não houve complicações. Foi colocado um anel no meu estômago e eu fui emagrecendo progressivamente. No primeiro mês perdi 7kg, no segundo mês perdi 3kg e depois disso fui perdendo em média 1,5kg por mês. Cheguei a pesar até 68kg. Depois da cirurgia eu não tinha mais fome, mas ainda tinha vontade de comer, eu achava que precisava comer. No início eu precisava tomar só líquido, depois disso passei a comer comida pastosa e era muito ruim. Quando eu tentava comer comida sólida, tinha muita dor e vomitava. Ainda hoje sinto dor se eu comer mais do que devo e chego a vomitar. Depois da cirurgia minha vida mudou: gosto mais de mim mesma, tenho vontade de me arrumar, melhorou minha relação sexual, minha disposição para trabalhar. Eu não me arrependo. Se tivesse que fazer a cirurgia na idade que estou hoje não faria, mas se pudesse voltar atrás, tomaria a mesma decisão. Eu recomendo a cirurgia, mas melhor que a cirurgia é aprender a comer direito e não precisar dela. Depois da cirurgia nunca mais tive o gosto de comer uma boa comida”.

C., sexo feminino, 61 anos, vendedora autônoma

QUEM PRETENDE PASSAR PELA CIRURGIA

“Tenho 19 anos, 1,83 metros de altura, peso 150 quilos e estou prestes a realizar a cirurgia bariátrica. Não tenho problemas de saúde, como pressão alta e diabetes. Mas provavelmente, essas comorbidades aparecerão devido à obesidade. Eu tenho dificuldades para fazer exercício, pouco fôlego para falar. Sinto que me preocupo com a aparência, às vezes não gosto de mim mesmo e sou muito ansioso. Como a todo o momento, desconto na comida. Já tentei várias vezes fazer dietas. Começo fazer regime, ter rotina de exercícios, mas não consigo mantê-los, apesar de iniciar com empolgação. Por isso, resolvi pedir ajuda para emagrecer com intervenção médica, a cirurgia bariátrica. Essa cirurgia, na verdade, não é a pessoa que emagrece, é uma condição que a faz emagrecer obrigatoriamente. O médico indicou que eu fosse a uma reunião, com outros obesos e lá foi explicado como a cirurgia é realizada e os cuidados a serem tomados antes e depois da cirurgia. Não consegui ficar até o fim da reunião devido às imagens mostradas, fiquei impressionado. Eles disseram que metade das pessoas que vão assistir às imagens mostradas na reunião não volta mais para fazer a cirurgia. Mas voltei depois que percebi que não conseguiria mudar meu estilo de vida. A operação simplesmente retira o estômago, fica um canal reto, por onde passa a comida. Por isso, a ingestão de alimento deve ser de gole em gole, mesmo quando estiver com muita sede ou fome. Pode haver consequências como anemia, desidratação, entre outros, devido à forma espaçada de nutrição. Assim, obrigatoriamente, você tem de fazer aquilo que não consegue fazer no dia a dia, não há outra opção. Se não seguir tais orientações, pode haver muito mal estar, os pontos do estômago podem estourar, causar hemorragias, vazar alimento e levar à morte, em 0,9% dos casos”.

F., sexo masculino, 19 anos, operador de telemarketing

MÍDIA

Jamie Oliver e Steven Gerrard defendem aulas de culinária nas escolas contra obesidade

http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/05/120506_oliver_gerrard_culinaria_is.shtml

Mais horas de sono reduzem o fator genético para obesidade

por Clara Roman: <http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/1084100-mais-horas-de-sono-reduzem-o-fator-genetico-para-obesidade.shtml>

Dieta para crianças desafia os pais

por Mariana Versolato: <http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/1082819-dieta-para-criancas-desafia-os-pais.shtml>

Hospital de Clínicas desenvolve pesquisa para tratar obesidade

por Rafaela Bortolin: <http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?tl=1&id=1210581&tit=Hospital-de-Clinicas-desenvolve-pesquisa-para-tratar-obesidade>

Debate alerta para consequências da obesidade: evento promovido pelo Emagrece, Brasil! no SESC Santana discutiu o problema e mostrou as melhores maneiras de combatê-lo

por Marcia Melsohn: <http://saude.abril.com.br/emagrece-brasil/debate-consequencias-obesidade.shtml>

A obesidade começa na cabeça: para o médico argentino Máximo Ravenna, o excesso de peso é fruto de uma compulsão gerada por certos alimentos e estimulada pelo ambiente onde vivemos

por Diogo Sponchiato: <http://saude.abril.com.br/emagrece-brasil/obesidade-comeca-cabeca.shtml?origem=barraM>

9 fatores que engordam os pequenos: quilos a mais devem ser uma preocupação desde que a criança chega ao mundo. A ciência aponta como evitar o excesso de peso nos primeiros anos de vida

por Paula Desgualdo: <http://saude.abril.com.br/emagrece-brasil/fatores-engordam-pequenos.shtml>

SITES

ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

<http://www.abeso.org.br/>

Centro de Cirurgia de Obesidade de Campinas (GACIR)

www.obesidadesevera.com.br

Força Tarefa Internacional de Obesidade

www.iotf.org

Instituto Movere

<http://www.institutomovere.org.br/>

International Association for the Study of Obesity

www.iaso.org

Programa Crescer

<http://www.pepsicocrescer.com.br/>



O AUTOCONTROLE APLICADO AO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Cíntia Barbizan

Psicóloga (CRP 08/17145) | Instituto InnoVe

A obesidade por sua caracterização de doença crônica e etiologia multifatorial tem merecido atenção e estudos de diversas áreas de especialidades da saúde. A obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública. Segundo estudo internacional realizado em 2011, 10% da população mundial adulta é obesa, o que equivale a 500 milhões de pessoas. No Brasil, 48,5% da população está acima do peso e cerca de 15,8% da população adulta é obesa. Com relação à população infantil, os números também são preocupantes, pois, na faixa etária de 5 a 9 anos, o sobrepeso atinge 34,8% dos meninos e 32% das meninas na e a obesidade foi constatada em 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas (Ministério da Saúde (MS), 2011).

Sabe-se que o sobrepeso e a obesidade estão associados aos principais fatores de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, problemas respiratórios, entre outros, como também podem ser causa de grande sofrimento, desenvolvimento de quadros depressivos e de comportamentos de esquiva/afastamento social (Cadel; Borloti; Roniz; Silveira; Ferraz & Bergamin, 2009)

Entre os fatores que merecem destaque quanto falamos do sobrepeso e da obesidade, está o comportamento alimentar, que pode ser entendido como uma condição estabelecida ao longo da história pessoal de cada indivíduo em relação aos alimentos, incluindo aqui a busca, a escolha e o consumo ou evitação de alimentos ligados também às regras sociais estabelecidas por cada cultura. Assim, as situações que tornam mais provável o comportamento alimentar em grande quantidade varia para cada pessoa e tem relação direta com às aprendizagens ao longo da história de vida pessoal.

De forma geral, alimentar-se é o processo pelo qual obtemos os nutrientes fundamentais para mantermos nossas funções vitais. Porém, o alimentar-se pode, em não raro os casos, assumir outras funções, como exemplo, comer por fuga ou esquiva de eventos ambientais aversivos, isto é, parar de estudar ou trabalhar para comer, mas não porque se está com fome, mas porque estudar ou trabalhar naquele momento está cansativo demais.

Ingerir alimentos em grandes quantidades após eventos agradáveis ou desagradáveis também é outro exemplo ou, ainda, emparelhar o ato de comer com os sentimentos gerados em diferentes situações, como o comer porque está ansioso ou por estar triste (Ades & Kerbauy, 2002).

Os exemplos citados acima nada mais são do que descrições comportamentais do ato de comer e é a partir delas que se é possível desenvolver um grande aliado a perda de peso, o autocontrole. A concepção tradicional de autocontrole em nossa cultura não é nova e nem desconhecida e geralmente é entendida como sinônimo de força de vontade, capacidade de enfrentar situações difíceis, conseguir resistir a tentações ou ser emocionalmente forte (Cruz, 2006). Por esse motivo, frequentemente atribui-se variáveis internas como causas do comportamento, tais como: “ele não emagrece porque não tem força de vontade” ou “ele não emagrece porque não quer”.

No entanto, para Análise do Comportamento, mas especificamente para Skinner (1953/2000), explicar o comportamento através de um agente interno (força de vontade e desejo) faz com que desviemos a atenção das variáveis ambientais das quais o comportamento realmente é função. Neste sentido, o comportamento de autocontrole deve ser analisado como qualquer comportamento operante, ou seja, por meio da análise da relação da resposta do organismo com as variáveis ambientais.

O mesmo autor afirma que o comportamento de autocontrole está diretamente relacionado a uma escolha entre respostas concorrentes: uma resposta que seja reforçada imediatamente e punida em longo prazo ou vice versa. Por exemplo, comer em excesso pode ser uma resposta prazerosa imediatamente, porém em longo prazo contribuirá para que a pessoa torne-se obesa. Isto implica dizer que o comportamento de autocontrole é aquele decorrente de contingências conflitantes, nas quais o indivíduo tem que escolher uma entre no mínimo duas respostas que têm diferentes consequências, mas ambas são reforçadoras, diferindo o reforço no tempo (se imediato ou prolongado) e intensidade (maior ou menor reforço), como por exemplo: comer em excesso e imediatamente traz efeito imediato e agradável de satisfação, e a longo prazo, a consequência tende a ser engordar.

Por outro lado, se opta por deixar de comer, a sensação imediata pode ser desagradável, contudo tem a consequência a médio e longo prazo de manter o peso e a satisfação com o próprio corpo (Cruz, 2006).



O AUTOCONTROLE APLICADO AO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Cíntia Barbizan

Psicóloga (CRP 08/17145) | Instituto InnoVe

Mas o que fazer, então, diante dessas contingências conflitantes relacionadas ao comportamento alimentar? Uma saída é desenvolver e treinar comportamentos de autocontrole. Este pode ser entendido como a manipulação do ambiente de maneira a alterar o próprio comportamento em função de uma determinada consequência. Isto é, apresentar comportamentos X que diminuem as chances de apresentar o comportamento Y, o que implica na perda de algumas coisas (reforçadores) em curto prazo para ganhar outras a médio e longo prazo.

Desta forma, ao nos referimos ao comportamento alimentar, ter autocontrole é quando fazemos coisas que diminuem a vontade de comer ou concorrem com o alimentar-se em exagero. Por exemplo: fazer um lanche antes de ir ao mercado diminui a probabilidade de comprar guloseimas; iniciar a refeição com salada aumenta as chances de se comer os pratos quentes em menor quantidade; quando se está triste, sair para dar uma volta ou telefonar para uma amiga ao invés de comer, etc (Nico, 2001).

Para que seja adquirido o autocontrole diante do comportamento alimentar é necessário desenvolver, primeiramente, a auto-observação e o autoconhecimento do próprio comportamento alimentar (o que o influencia; quais as dificuldades; quais os recursos positivos). O segundo passo é a descrição das funções envolvidas no ato de comer (se há fatores que me fazem comer sem fome) e identificar os comportamentos que devem ser modificados para, então, traçar estratégias de mudança e o treinamento de comportamentos desejados até que eles se tornem um hábito e de preferência um hábito saudável (Nico, 2001).

Existem algumas dicas de como manipular as variáveis ambientais que favorecem o desenvolvimento de comportamentos de autocontrole em relação ao comer em excesso, sendo elas: identificar as situações antecedentes e consequentes ao comportamento de comer, principalmente quando ele ocorre em excesso; registrar o comportamento alimentar; registrar atividade física diária; realizar atividades prazerosas que concorram com o comer; controlar os estímulos que “incentivam” o comer em excesso: alimentar-se em só um local da casa e em horários fixos; iniciar refeições por saladas; testar receitas feitas com alimentos saudáveis e auto-reforçamento (valorizar as conquistas pessoais em relação ao peso e mudanças no hábito alimentar).

Embora existam essas e muitas outras possibilidades, cada pessoa deve identificar as suas próprias técnicas para lidar com a diminuição de peso e as situações que a deixa mais vulnerável para comer em excesso. Mas, é possível verificar que ao desenvolver comportamentos de autocontrole, a pessoa ganha um grande aliado para a melhora do hábito alimentar e a consequente diminuição do peso. Vale lembrar que a perda de peso é uma conquista gradual que requer monitoramento constante e que as recaídas fazem parte do processo de mudança, afinal nem sempre é possível resistir a um bombom. No entanto, os benefícios são inúmeros, pois além da redução do peso, ocorre a redução do risco de aparecimento de patologias graves, reduzem-se os quadros depressivos e aumenta-se consideravelmente a qualidade de vida.



LEITURA COMPLEMENTAR

Arévalo, R. V., Aguilar, X. L., Rayón, G. Á. & Díaz, J. M. M. (2012). A avaliação do transtorno de compulsão alimentar. In V. E. Caballo. (Org.). *Manual para avaliação clínica dos transtornos psicológicos: Transtornos da idade adulta e relatórios psicológicos* (Cap. 9, pp. 209-220). São Paulo: Santos.

Arruda, R. T. C. (2003). A obesidade mórbida e a psicologia. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, pesquisa e aplicação*. (Vol. 12, Cap. 37). Santo André: Esetec.

Berbel, M. B. F. (2004). Ansiedade e estresse: relação com a obesidade. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas*. (Vol. 14, Cap. 9). Santo André: Esetec.

Cunha, M. G. B. da. (2008). Avaliação vocal de paciente portador de obesidade mórbida candidatos à cirurgia bariátrica. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cunha, M. G. B. da, Passerotti, G. H., Weber, R. & Zilberstein, B. (2009). Caracterização da voz do indivíduo portador de obesidade mórbida. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 22(2):76-81.

Elias, P. V. O. (2005). Terapia comportamental aplicada ao tratamento da obesidade. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*. (Vol. 16, Cap. 17). Santo André: Esetec.

Heller, D. C. L. (2006). Obesidade infantil: tratamento comportamental. In H. J. Guilhardi & N. C. de Aguirre. *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*. (Vol. 17, Cap. 14). Santo André: Esetec.

Laloni, D. T. (2004). Transtorno alimentar: obesidade, análise das contingências do comportamento de comer. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e metacontingências: Contextos sócioverbais e o comportamento do terapeuta*. (Vol. 13, Cap. 19). Santo André: Esetec.

Mourão, D. M., & Bressan, J. (2009). Influência de alimentos líquidos e sólidos no controle do apetite. *Revista de Nutrição*. Campinas. 22(4):537-547.

Olivares, J., Alcázar, A. I. R., & Méndez, F. X. (2010). Características clínicas e tratamento dos transtornos da ingestão e do comportamento alimentar na infância. In V. E. Caballo & M. Á. Simón (Orgs.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos* (Cap. 4, pp. 79-98). São Paulo: Santos.

Pêgo-fernandes, P. M., Bibas, B. J. & Deboni, M. (2011). Obesity: the greatest epidemic of the 21st century?. *São Paulo Medical Journal*. 129(5):283-284.

Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I. R. & Alegría, R. M. B. (2012). Avaliação dos transtornos da alimentação e do comportamento alimentar na infância. In V. E. Caballo (Org.). *Manual para avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade*. (pp. 335-354). São Paulo: Santos.

Silva, S. & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria Rio Grande do Sul*. 32(3):69-72

Silva, V. L. M. da. (2001). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? R. C. Wielenska (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos*. (Vol. 6, Cap. 33). Santo André: Esetec.

Tordera, C. P., Arbona, C. B. & Rivera, R. M. B. (2012). A avaliação dos transtornos da alimentação. In V. E. Caballo. (Org.). *Manual para avaliação clínica dos transtornos psicológicos: Transtornos da idade adulta e relatórios psicológicos*. (pp. 185-207). São Paulo: Santos.



Alimentação saudável deve começar na infância para permitir que padrão se perpetue, diz estudo

Comentários

Estudo publicado na Revista de Saúde Pública reitera que “o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis deve ser estimulado precocemente na vida do indivíduo”. Embora se saiba que esses hábitos “podem mudar substancialmente durante o crescimento”, incentivar uma alimentação saudável entre crianças “pode permitir que este padrão se perpetue ao longo da vida”, afirma o artigo “Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência”.

A pesquisa foi realizada por Samanta Winck Madruga, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e colegas, da UFP e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As autoras do trabalho afirmam que “diversos estudos mostram baixa continuidade de padrões alimentares ao longo da vida (...). A continuidade de tais hábitos pode ser entendida como um comportamento positivo ou negativo, dependendo do hábito alimentar”. Ou seja, ocorre a variação negativa nos padrões “quando há mudança de um padrão alimentar considerado saudável para outro de menor qualidade nutricional”.

Padrões Futuros. O artigo afirma ainda que hábitos alimentares alcançados na adolescência costumam permanecer na fase adulta, contudo “o percentual de indivíduos que mantêm seu padrão alimentar positivo ou negativo ao longo da infância (zero a nove anos) e adolescência (dez a 19 anos) é variável de acordo com o grupo populacional”.

A revisão de estudos, embora não extensa, deixa claro uma mudança na alimentação a partir da adolescência que não acontece durante a infância. Isto é, “o comportamento alimentar durante a infância pode sofrer alterações ao longo do crescimento”. A conclusão é que o hábito alimentar infantil é muito importante, já que é a primeira fase e pode, conseqüentemente, determinar padrões futuros.

Alimentação Balanceada. A nutricionista Mariana Del Bosco, membro do Departamento de Nutrição da ABESO, comenta que, “segundo o estudo, na infância os hábitos tendem a ser mais estáveis e assim mantêm-se até o início da adolescência, período em que há uma maior variabilidade nos padrões”.

Segundo a especialista, “muito já se discutiu acerca da importância da formação do hábito alimentar na primeira infância. Sabemos que o bom hábito familiar, o bom exemplo dos cuidadores e a oferta variada de alimentos são atitudes importantes para que os alimentos saudáveis sejam incorporados no repertório alimentar da criança”.

Ela afirma que “nesse artigo de revisão, os autores detectaram que, nesse período, a tendência é manter o padrão. Sendo assim, o argumento de que ‘é de pequenino que se desentorta o pepino’ ganha mais força e pode ser um grande aliado no combate à epidemia da obesidade”.

Endossando essa ideia, prossegue, ‘vale lembrar que muitos artigos de revisão, em que se avalia o impacto de programas de intervenção no tratamento de obesidade infantil, demonstraram que, algum tempo após a saída do programa, a criança tende a retomar os hábitos antigos e tende a ganhar novamente o peso perdido’.

Esses dados, segundo a nutricionista Mariana Del Bosco, “reforçam a importância de cuidados muito prévios como, boa alimentação da gestante, com adequado ganho de peso (nem mais, nem menos), aleitamento materno até os seis meses de idade e introdução adequada dos alimentos até os 2 anos de idade. E, é claro, durante toda infância atentar-se para que a alimentação seja adequadamente equilibrada, balanceada e fracionada”, conclui.

Fonte: ABESO

O texto divulgado pela ABESO aponta que na infância os hábitos alimentares tendem a ser mais estáveis e podem ser perpetuados ao longo da vida. Comportamentos alimentares saudáveis têm maior probabilidade de serem estabelecidos na infância, em razão de que são os pais aqueles que dispõem as contingências de reforçamento para os filhos. São eles os responsáveis por alterar os estados de privação/saciação, inserir alimentos nutritivos, variar os tipos de alimento, dar modelos dos comportamentos que objetivam ensinar. As crianças ainda estão aprendendo como alimentar-se e cabe aos pais favorecerem que a alimentação seja mais saudável.

Para auxiliar a alimentação adequada, os pais podem lançar mão de algumas estratégias, como inserir a criança no processo de escolha (e preparo) dos alimentos, oferecendo duas possibilidades de escolha entre alimentos igualmente nutritivos; os alimentos podem ser dispostos no prato de maneira a formar um desenho e ao longo da alimentação os pais podem fazer brincadeiras sobre quais partes do desenho a criança está comendo. Os pais podem fazer da hora da alimentação um momento de trocas afetivas: oportunidades para valorizar comportamentos, elogiar a criança, expressar carinho.

A notícia veiculada pela ABESO ainda trás que na adolescência há maior variabilidade no padrão de alimentação. Isto porque, com o tempo, aumenta-se a quantidade de ambientes a que a criança é exposta: esta passa a visitar casa de familiares e amigos e é inserida na escola. Com isso, aumenta-se também a variabilidade de situações alimentares a que a criança tem acesso. A criança entrará em contato com outros modelos de alimentação, verá o que e como comem os colegas, os familiares, terá maior acesso a propagandas publicitárias que trazem o comer como foco ou como elemento secundário na divulgação de outros produtos, e aprenderá com todos esses novos estímulos. O controle que os pais exerciam passa a competir com outros controles.

O que então garantirá ou ao menos aumentará a probabilidade de que a criança continue a alimentar-se com qualidade ao longo do seu crescimento? O comportamento alimentar saudável tenderá mais facilmente à manutenção se tiver se estabelecido sob o controle de estados de privação e se a criança tiver aprendido a saborear os alimentos, pois assim o comer pode se constituir em reforçador natural.

Tendo em vista esses apontamentos, os programas de intervenção na infância devem focar a orientação e o treinamento de pais para que esses se tornem agentes capazes de mudarem as contingências de reforçamento e mantê-las estáveis quando adequadas. Isto auxiliaria na manutenção dos resultados obtidos com programas de intervenção que foquem o comportamento alimentar infantil. Programas que trabalham apenas com a criança tem maior probabilidade de produzir o dado de que “algum tempo após a saída do programa, a criança tende a retomar os hábitos antigos e tende a ganhar novamente o peso perdido”. Por isso programas de intervenção devem envolver a família e outros contextos importantes na vida da criança para que os ganhos obtidos por meio do mesmo, possam se prolongar no pós-intervenção.

Annie Wielewicki

Psicóloga (CRP 08/15175) | Instituto InnoVe



MAIO/2012

IOF Regionals Brazil12

Data: 24 a 27 de maio

Local: São Paulo, SP

Informações: <http://www.iofbonehealth.org/brazil-2012/brazil-2012-pt.html>

JULHO/2012

Third International Congress on Abdominal Obesity

Data: 9 a 11 de julho

Local: Quebec, Canadá

Informações: www.myhealthywaist.org

17º Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Diabetes

Data: 26 a 29 de julho

Local: UNIP – Universidade Paulista - Rua

Vergueiro, 1.211 – Paraíso – São Paulo / SP

Fone: (11) 5572-6559

AGOSTO/2012

2º EPEC - Encontro Paulista Itinerante de Endocrinologia Clínica - 2012

Data: 10 e 11 de agosto

Local: Presidente Prudente, SP

Informações: www.growup-eventos.com.br

7º Congresso de Endocrinologia e Metabologia da Região Sul

Data: 30 de agosto a 1º de setembro

Local: Serrano Resort Convenções & SPA –

Gramado/RS

Informações: www.endsul2012.com.br

6º DiaBHetes-Santa Casa

Data: 31/08 a 01/09

Local: Belo Horizonte, MG

Informações: cepceventos@gmail.com

NOVEMBRO/2012

XXX Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia

Data: 7 a 10 de novembro

Local: Goiânia, GO

Informações: <http://www.growup-eventos.com.br>

JUNHO/2012

Workshop em Modelo de atuação do psicólogo na avaliação de cirurgia bariátrica

Data: 02 de junho

Local: Instituto Innove, Londrina, PR

Informações: www.institutoinnove.com.br

III E.B.E.P - Encontro Brasileiro Endocrinologia Pediátrica - 2012

Data: 14 a 16 de junho

Local: São Paulo, SP

Informações: www.growup-eventos.com.br

V Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer (CBNC), Ganepão 2012 e III International Conference of Nutritional Oncology (ICNO)

Data: 20 a 23 de junho

Local: Centro Fecomercio de Eventos em São Paulo

Telefone (11) 3284-6318 ramal 213

E-mail ganepao@ganep.com.br

EndoRecife

Data: 28 a 30 de junho

Local: Porto de Galinhas, PE

Informações: www.endocrinologiape.com.br

SETEMBRO/2012

I Congresso Pan-Americano de Câncer Gástrico e II SICAD

Data: 06 a 08 de setembro

Local: Hotel Plaza São Rafael - Porto Alegre - RS

Inscrições e Informações: www.pangastric.com

36th Annual Meeting of the European Thyroid Association

Data: 8 a 12 de setembro

Local: Pisa, Itália

Informações: www.eta2012.org

14º Congresso Brasileiro de Nutrologia

Data: 19 a 21 de setembro

Local: São Paulo, SP

Informações: www.abran.org.br/congresso

Obesity Society Annual Scientific Meeting

Data: 20 a 24 de setembro

Local: San Antonio, Texas, EUA

Informações: www.obesity.org



Aspectos da Aprendizagem do Comportamento Alimentar

Beauchamp G.K. & Mennella J.A. (1994). A alimentação nas primeiras etapas da vida e o desenvolvimento das preferências pelos sabores. In: A alimentação na infância e suas conseqüências a longo prazo. Nestlé Nutrition Services [Resumo do 36o Seminário Nestlé Nutrition]. 27-29.

Birch L.L. & Fisher J.A. (1997). The role of experience in the development of children's eating behavior. In: Capaldi E.D. (editor). Why we eat what we eat: The psychology of eating. Washington: APA. 2, 113-141.

Birch L.L., Mcphee L., Shoba B.C., Steinberg L. & Krehbiel R. (1987). "Clean up your plate": effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Lear Motiv.* 18, 301-317.

Birch L.L., Mcphee L., Steinberg L. & Sullivan S. (1990). Conditioned flavor preferences in young children. *Physiol Behav.* 47, 501-505.

Freitas M.C.S. (1997). Educação nutricional: aspectos socioculturais. *Revista Nutrição.* Campinas: PUC. 10, 45-49.

Klesges R.C., Coates T.J., Brown G., Tillisch J.S., Klesges L.M., Holzer B., et al. (1983). Parental influence on children's eating behavior and relative weight. *J Appl Behav.* 16, 371-378.

Rozin P. (1997). Sociocultural influences on human food selection. In: Capaldi E.D. (editor). Why we eat what we eat: The psychology of eating. Washington: APA. 2, 233-263.

O trabalho do nutricionista na Reeducação Alimentar

Ávila, A. L. V. E. (2004). Tratamento não-farmacológico da síndrome metabólica: abordagem do nutricionista. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* 14(4), 652-658.

Brasil. (2011). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Recuperado em 30 Abril, 2011, de <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>

Silva, S. M. C. S. & Mura, J. D. P. (2007). Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca.

O Autocontrole aplicado ao Comportamento Alimentar

Ades, L. & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP: São Paulo.* 13(1). Recuperado em 05 Abril 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100010&lng=en&nrm=iso

Cadel, N. V., Borloti, E., Roniz, A. R., Silveira, K. A, Ferraz, L & Bergamin, M. P. (2009). Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. *Cogitare Enferm.* 14(1):65-72.

Cruz, R. N. (2006). Uma introdução ao conceito de autocontrole proposto pela análise do comportamento. *Rev. bras. ter. comport. cogn. São Paulo.* 8(1). Recuperado em 07 Abril 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452006000100008&lng=en&nrm=iso

Ministério da Saúde [MS]. (2011). Excesso de peso cresce nos últimos cinco anos. Portal da Saúde. Recuperado em 05 Abril 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12459

Nico, Y. C. (2001). A Contribuição de B.F. Skinner Para o Ensino do Autocontrole como objetivo da educação. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental, Análise do Comportamento. USP: São Paulo, SP, Brasil.

Skinner, B. F. (2000). Ciência e Comportamento Humano. (J. C. Todorov & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).