

Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2

(Effects of self-monitoring behavior on adherence to two types of nutrition rules in adults with Type 2 diabetes)

Daniela Lopes Gomes, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira & Caroline Maciel Cavalcante de Souza¹

Universidade Federal do Pará
(Brasil)

(Received: March 11, 2010; Accepted: January 30, 2012)

O diabetes Tipo 2 é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade desta em exercer adequadamente suas funções (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2006). Dessa forma, ocorrem alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (Nottoli & Diniz, 2008). É uma doença crônica associada ao fator genético, porém, pode ser antecipada ou agravada pelo estilo de vida inadequado, que inclui fatores de risco como sedentarismo, estresse e ingestão de dietas ricas em açúcar simples, gordura saturada, gordura trans e sal (Ortiz & Zanetti, 2010).

Desse modo, a terapia de primeira escolha para o diabetes Tipo 2 é a combinação da orientação nutricional e prescrição de dieta com aumento do nível de atividade física. Essa associação de tratamentos provoca melhora significativa na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduz a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando o perfil metabólico dos pacientes (American Diabetes Association et al., 2008; Nottoli & Diniz, 2008; World Health Organization [WHO], 2003b).

Segundo Cuppari (2005), a terapia nutricional é fundamental para controlar a glicemia no diabetes e mantê-la o mais próximo possível do normal, considerada entre 70 a 99 mg/dl em jejum e inferior a 140 mg/dl duas horas após sobrecarga de glicose (www.diabetes.org.br). No entanto, a adesão ao plano alimentar é um dos aspectos de maior desafio para o tratamento desta patologia. A dieta recomendada deve ser bem fracionada (de cinco a seis refeições diárias), adequada em calorias de acordo com a necessidade de cada paciente, pobre em gordura saturada e trans, rica em fibras, com baixo teor de sódio e quantidade monitorada de carboidratos.

Plano Alimentar (PA) pode ser definido como a descrição da quantidade e da qualidade de alimentos que o indivíduo deve ingerir nas 24 horas do dia, servindo como um guia para ajudar os pacientes em suas decisões sobre o que comer e sobre o horário das refeições, devendo ser baseado nas necessidades nutricionais e preferências alimentares do indivíduo (Galisa, Esperança, & Sá, 2008). Em geral, essa instrução

1) Trabalho parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará (FAPESPA), Brasil (Edital N° 003/2008, Processo 102/2008, e Edital N° 020/2008) e pelo Programa de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Pará (PIBIC-CNPq-UFPa), Brasil. Daniela Lopes Gomes, Travessa São Pedro, n° 380, apt° 101, edifício Celeste Gama de Miranda, Bairro Campina, Belém, Pará, Brasil, CEP 66023-570.

vem na forma de sugestão acerca da melhor combinação dos alimentos por refeição, indicando uma lista de alimentos que devem ser evitados e uma lista de substituições que podem ser feitas entre os grupos de alimentos. No caso de indivíduos com diabetes, o PA predominantemente restringe a ingestão de carboidratos, em especial açúcares simples.

Atualmente, sabe-se que os carboidratos são os maiores responsáveis pelo aumento da glicemia pós-prandial, o que evidencia a prioridade da contagem da quantidade total de carboidratos na dieta. Nesse sentido, a sacarose não aumenta a glicemia mais que o amido, não havendo necessidade de proibir o uso desta ou de alimentos que a contém. No entanto, quando ingerida, a sacarose deve substituir outra fonte de carboidrato que contenha quantidade semelhante deste nutriente (Nunes & Martins, 2009; SBD, 2003).

Por esse motivo, recentemente, tem-se utilizado o método de Contagem Total de Carboidratos (CTC) na terapia nutricional do diabetes, com o objetivo de otimizar o controle glicêmico em função de menores variações das glicemias pós-prandiais. A CTC é um método utilizado por indivíduos com diabetes, por meio do qual podem quantificar o total de carboidratos ingeridos nas refeições. Esse método consiste em somar os gramas de carboidratos de cada alimento por refeição, obtendo-se informações em tabelas de composição e rótulos dos alimentos (Hissa, Albuquerque, & Hissa, 2004). Além disso, a CTC deve ser inserida no contexto de uma alimentação saudável para que se permita a combinação de vários alimentos, obtendo-se então todos os nutrientes necessários (Cuppari, 2005; Monteiro *et al.*, 2003).

Pode-se dizer que, tanto PA quanto CTC, por serem instruções transmitidas pelo nutricionista ao paciente, caracterizam-se como regras (Baum, 1999) e como tal podem exercer controle sobre o comportamento alimentar de indivíduos com diabetes. Ambos **são estímulos antecedentes verbais que especificam como deve ser realizada a alimentação do paciente** (Skinner, 1974/1982), e podem atuar como estímulos alteradores de função de outros estímulos, pois auxiliam o paciente a diferenciar os alimentos saudáveis daqueles que irão prejudicar o seu tratamento, conforme Albuquerque (2005).

O PA é uma regra extensa que especifica quais alimentos devem ser consumidos em cada refeição, incluindo quantidade, horários, qualidade/tipo e seus respectivos substitutos, além de indicar quais os alimentos que o paciente deve evitar ingerir. Neste caso, possui características prescritivas pois o paciente já recebe todo o planejamento da refeição, incluindo informações sobre como deve ser cada uma. Por outro lado, a CTC, embora também seja uma regra extensa, possui características mais descritivas, pois permite que o paciente tenha autonomia para escolher quais alimentos ingerir em cada refeição e suas respectivas quantidades, desde que o mesmo não ultrapasse o valor diário de carboidratos estipulado previamente (considerado como meta), podendo ainda compensar nas refeições seguintes a quantidade de carboidrato extra-polada. Dessa forma, o paciente fica responsável pelo planejamento de suas refeições.

Regras permitem que o indivíduo se comporte de maneira eficiente sem precisar entrar em contato direto ou prolongado com as contingências descritas pela regra. Assim, os indivíduos podem se beneficiar por meio do aprendizado de outros indivíduos. Quando as consequências são remotas, a regra pode exercer controle mais efetivo sobre o comportamento do ouvinte do que as consequências descritas por ela, como no caso de a regra ser apresentada por uma autoridade como o nutricionista, ou quando ocorrem consequências sociais imediatas para o comportamento de seguir a regra, como elogios dispostos pelo nutricionista contingentes ao relato de seguimento de regras (Albuquerque, Reis, & Paracampo, 2008; Reis, Teixeira, & Paracampo, 2005; Skinner, 1969). Portanto, por meio da apresentação de regras nutricionais (como PA ou CTC), o nutricionista poderia instalar novas práticas alimentares saudáveis no repertório comportamental de seu paciente ainda que ele não obtenha imediatamente o resultado esperado, como o controle da glicose sérica, por exemplo, favorecendo a adesão ao tratamento. Nesse caso, o nutricionista poderia dispor no ambiente reforços sociais, na forma de elogios e comentários positivos contingentes aos relatos do paciente acerca de sua adesão às orientações nutricionais.

O termo adesão ao tratamento é considerado pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO, 2003a) como “a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta, e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações que foram recomendadas em comum acordo com a equipe de saúde” (p.13).

Como medidas de adesão ao tratamento em diabetes, tem-se utilizado medidas bioquímicas e o relato do próprio paciente. Dentre as medidas bioquímicas, a hemoglobina glicada tem sido considerada como confiável, uma vez que seu resultado permite saber como se manteve o controle glicêmico do paciente nas últimas dez semanas (SBD, 2009; Sumita & Andriolo, 2006). No caso do relato do paciente, o registro feito por meio de formulários de automonitoramento tem sido considerado um recurso confiável para a obtenção de relatos fidedignos (Bohm & Gimenes, 2008; Ferreira, 2001), principalmente se seguido de análises comparando o comportamento emitido com o comportamento-alvo (Nobre, 2010), isto é, comparando-se o comportamento relatado pelo paciente como sendo aquele que foi emitido durante um período determinado de tempo e o comportamento recomendado pelo profissional.

Desse modo, na área da saúde, a utilização adequada de regras poderia favorecer a aprendizagem de comportamentos complexos, ensinados ao paciente por meio de instruções que facilitem o entendimento das regras que compõem o tratamento. O estudo do controle exercido por regras pode ser de grande auxílio na compreensão das variáveis que controlam as respostas que produzem consequências reforçadoras imediatas e em longo prazo. Os comportamentos recomendados no tratamento do diabetes, por exemplo, exigem que a pessoa tenha autocontrole para seguir as regras fornecidas pelos profissionais de saúde, para instalar e manter comportamentos saudáveis e também para retornar ao tratamento quando a adesão é prejudicada.

Segundo Abreu-Rodrigues e Beckert (2004), o treino de autocontrole é composto por um conjunto de procedimentos que tem como objetivo ensinar o indivíduo a modificar seu próprio comportamento visando alcançar determinados objetivos em longo prazo. Um desses procedimentos seria o automonitoramento, que consiste na observação e registro sistemáticos do comportamento e de seus eventos antecedentes e consequentes. Um indivíduo com diabetes, por exemplo, registraria o tipo e a quantidade de alimento ingerido, as condições nas quais esse comportamento ocorreu (local, horário, presença de outras pessoas) e as consequências positivas e negativas que ele produziu (redução da ansiedade, críticas, sintomas de hiperglicemia). Desse modo, o automonitoramento pode auxiliar na identificação de relações funcionais entre condições ambientais e o comportamento de interesse, auxiliando no planejamento da intervenção, como no caso do comportamento alimentar (Reis et al., 2005).

Segundo Oliveira, Ferreira e Casseb (2006), o treino de automonitoramento tem sido eficaz no tratamento de doenças crônicas, visto que o uso deste treino pode ser relevante na construção de comportamentos desejáveis, como hábitos alimentares saudáveis por indivíduos com diabetes Tipo 2. O automonitoramento favorece o desenvolvimento de repertórios de auto-observação, melhorando o autoconhecimento do paciente, que é fundamental para que ocorra a mudança comportamental favorável aos objetivos terapêuticos, conforme sugerido por Barton, Blanchard e Veazey (1999).

Registros de automonitoramento têm sido utilizados para avaliar, instalar e manter comportamentos de adesão ao tratamento (Casseb, 2005; Casseb, Bispo, & Ferreira, 2008; Ferreira, 2001; Ferreira, 2006; Ferreira & Fernandes, 2009). Dessa forma, essa técnica pode ajudar o paciente a aprender sobre relações funcionais, tornando-o capaz de identificar variáveis que estejam controlando seu comportamento e alterando a probabilidade de ocorrer a adesão ao tratamento.

Conhecer os benefícios do PA e da CTC no controle glicêmico de indivíduos com diabetes pode auxiliar nutricionistas no planejamento do tratamento nutricional destes. No entanto, nota-se que há carência de estudos comparando estes dois tipos de regras. Portanto, pesquisas visando à adesão de pacientes às orientações de profissionais de saúde são de grande relevância para avanços científicos na avaliação de procedimentos eficazes à promoção da saúde e ao desenvolvimento de novas tecnologias comportamentais. Desse modo,

o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos do uso do treino de automonitoramento por adultos com diabetes Tipo 2 sobre o comportamento de adesão a dois tipos de regras nutricionais (PA e CTC).

MÉTODOS

Participantes

Utilizou-se uma amostra de conveniência composta por quatro adultos com diagnóstico de diabetes Tipo 2, com idades entre 40 e 55 anos, com domínio de leitura, escrita e matemática, apresentando dificuldades de adesão à dieta, atendidos no ambulatório do Programa Hiperdia de uma Unidade Municipal de Saúde (UMS), e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Projeto aprovado pelo CEP/HUJBB, sob Protocolo no. 4122/09).

Foram excluídos os pacientes em insulino terapia, que não concordassem em assinar o TCLE, pacientes com idade menor que 30 ou maior que 59 anos, que não tivessem confirmado por meio de exame laboratorial o diagnóstico de diabetes Tipo 2, que fossem portadores de síndromes, anomalias genéticas ou transtornos psiquiátricos, que não estivessem matriculados no Programa Hiperdia e aqueles sem domínio de leitura, escrita e matemática.

Instrumentos

Roteiro de entrevista inicial, contendo questões abertas e fechadas para a coleta de informações referentes a aspectos sociodemográficos, incluindo composição familiar, moradia, estado civil, escolaridade, religião, nível socioeconômico do participante e de seu grupo familiar. Além disso, este roteiro teve por objetivo coletar informações sobre o conhecimento dos participantes a respeito do diabetes (incluindo etiologia, tratamento, prevenção e complicações), sobre sua história clínica e de tratamento, assim como sobre seu padrão alimentar e seguimento de orientações nutricionais.

Teste de conhecimento em diabetes, adaptado de Bezerra (2006), que consiste em um inventário por meio do qual se pode testar a compreensão e o nível de conhecimento dos pacientes acerca de temas referentes ao diabetes, como etiologia, tratamento e prognóstico. O paciente é solicitado a marcar com um X entre três alternativas (certo, errado, não sei) após a apresentação de vinte questões relacionadas a situações que o portador de diabetes experiencia em seu cotidiano.

Plano Alimentar (PA), que consiste em um material impresso contendo um modelo de prescrição do plano alimentar utilizado pelos nutricionistas do ambulatório de nutrição de um Hospital Universitário considerado como referência no tratamento de diabetes Tipo 2 em Belém-PA. Neste plano estão descritos o registro do fracionamento das refeições, a quantidade e qualidade dos alimentos por refeição a serem ingeridas pelo participante, incluindo a lista de substituição de alimentos.

Tabela de Contagem Total de Carboidratos adaptada, material impresso adaptado de SBD (2003), contendo uma tabela na qual os alimentos estão dispostos em grupos (pães, cereais e massas, açúcares e doces, óleos e gorduras, leite e derivados, carnes e ovos, leguminosas, hortaliças e frutas), baseando-se em gramas de carboidrato. Cada porção de alimento corresponde a um número de gramas de carboidrato que deveria ser registrado e somado para monitorar os gramas ingeridos durante o dia e verificar a correspondência com a quantidade prescrita (meta). A escolha dos alimentos pode ser realizada a critério do participante, permitindo o planejamento individualizado do cardápio. A tabela adaptada contém alimentos da Região Norte do Brasil, objetivando respeitar os hábitos alimentares e culturais dos pacientes.

Diário de registro alimentar, apresentado em duas versões: a primeira para uso sob orientações do PA e a segunda para uso sob orientações da CTC. No primeiro caso, formulário contendo colunas para o registro do comportamento alimentar, especificando horário, quantidade, tipo de alimento, tipo de preparação do alimento, refeições extras e o contexto em que a refeição ocorreu. No segundo, formulário contendo as mesmas colunas do primeiro, acrescido de uma coluna na qual o participante deveria registrar o valor correspondente à quantidade de carboidratos de cada refeição segundo orientação contida na Tabela de Contagem Total de Carboidratos Adaptada.

Matriz de análise das vantagens e desvantagens, que consistia em um quadro contendo colunas e linhas para o participante registrar as vantagens e as desvantagens identificadas ao utilizar o Plano Alimentar e a Contagem Total de Carboidratos.

Roteiro de entrevista final, um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas, dividido em duas partes, sendo a primeira com o objetivo de obter informações sobre mudanças nos hábitos alimentares ocorridas durante a pesquisa e a segunda com o objetivo de solicitar a avaliação do paciente sobre sua participação na pesquisa.

Procedimento

Após a composição da amostra, agendou-se uma visita domiciliar com cada participante a fim de coletar dados sobre a linha de base do comportamento alimentar, utilizando-se o Roteiro de entrevista inicial.

Em seguida, cada participante foi submetido a uma orientação sobre o tratamento nutricional do diabetes, realizada individualmente em ambulatório de um hospital universitário (HU). Neste encontro, após serem aferidos peso e altura do participante com o objetivo de obter-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e o cálculo da quantidade necessária de carboidratos por dia, era-lhe aplicado o Teste de conhecimentos em diabetes. Posteriormente, o participante recebia orientações, por meio de exposição dialogada, sobre a importância da alimentação saudável para o controle do diabetes. Concluindo, o participante recebia encaminhamento para realizar o exame de hemoglobina glicada, e era agendado o próximo encontro em ambiente domiciliar.

A partir desse momento, dois participantes (P1a e P2a) foram submetidos à Condição-Treino A (na sequência treino de automonitoramento com PA, seguido de CTC) e dois participantes (P1b e P2b) à Condição-Treino B (na sequência treino de automonitoramento com CTC, seguido de PA). Durante esta etapa, os participantes realizavam o registro dos alimentos consumidos em cada uma das refeições diárias utilizando o Diário de registro alimentar na versão correspondente à regra nutricional (se PA ou CTC). Foram realizadas visitas domiciliares de dois em dois dias até completar o total de dezesseis registros (sendo oito sob o controle de PA e oito sob o controle de CTC), durante as quais, com o auxílio da pesquisadora, o participante fazia análises comparando seus registros com as regras nutricionais prescritas. Durante a realização destas análises, a pesquisadora consequenciava com elogios e gestos de aprovação os registros do participante que fossem considerados como consistentes com as regras prescritas para o tratamento (tanto em PA quanto CTC). No caso de registros que não coincidiam com as regras, a pesquisadora elogiava o participante por relatar tais comportamentos durante a entrevista.

Depois de ser submetido aos dois tipos de regras nutricionais, de acordo com cada condição, foram realizadas três visitas domiciliares de *follow-up* a cada participante, após uma semana, um mês e dois meses respectivamente, para verificar a manutenção de comportamentos de adesão às orientações nutricionais. Durante o *follow-up* semanal, foi aplicada a Matriz de análise das vantagens e desvantagens acerca da utilização de PA e de CTC, e solicitado ao participante que apontasse qual o tipo de regra seria a escolhido por ele para o seguimento do tratamento dietético. No *follow-up* mensal foi aplicada a primeira parte do Roteiro de entrevista final e foi entregue uma requisição para realizar um novo exame de hemoglobina glicada, além

de nova aferição de peso e altura. No follow-up bimensal, deu-se prosseguimento à segunda parte do Roteiro de entrevista final e foi realizada novamente a aferição de peso e altura.

A adesão ao tratamento foi analisada por meio dos resultados dos dois exames de hemoglobina glicada (ao início e ao final do estudo) e por meio do Índice de Adesão à Dieta (IAD) obtido na forma de porcentagem a partir da análise de cada registro feito pelo participante nas duas versões do Diário de registro alimentar. O método utilizado para a dosagem da hemoglobina glicada foi a cromatografia líquida de alta performance, que mede o valor com base nas diferenças de carga entre os componentes glicosados e não glicosados (SBD, 2009).

Com base nos estudos de Ferreira e Fernandes (2009) e de Nobre (2010), os cálculos dos IADs foram realizados a partir das fórmulas apresentadas na Tabela 1. Há cálculos diferentes porque se fosse mantida a mesma fórmula, quando o indivíduo excedesse a quantidade de carboidrato prescrita, constaria uma adesão maior que 100%, o que significaria, de forma incorreta, que a adesão foi excelente, pois se o indivíduo excede a quantidade de carboidrato prescrita, há redução na adesão à dieta. Além disso, as orientações para o método do plano alimentar e da contagem de carboidratos são diferentes em vários aspectos.

Tabela 1. Fórmulas Utilizadas para o Cálculo do Índice de Adesão à Dieta

<i>Versão do Diário de registro alimentar</i>	<i>Característica do registro</i>	<i>Fórmula</i>
Contagem Total de Carboidratos	Se a quantidade diária de carboidratos ingerida fosse igual ao abaixo da meta prescrita	$IAD = (\text{quantidade de carboidrato ingerida} / \text{Meta}) \times 100$
	Se a quantidade de carboidrato ingerida fosse maior que a meta prescrita	$IAD = 100 \times (\text{Quantidade Ingerida} - \text{Meta}) / \text{Meta}$
Plano Alimentar	Alimentos ingeridos por cada refeição	$IAD = \text{Número de itens ingeridos corretamente} / \text{Número de itens recomendados} + \text{número de itens excedentes ingeridos} \times 100$
	Alimentos ingeridos ao longo do dia	$IAD \text{ diário} = \text{Soma dos IADs das seis refeições diárias} / 6$

Foi aplicado o Teste t de Student nas amostras independentes para verificar a diferença entre as médias de IADs obtidas durante o estudo por participante de acordo com o tipo de regra, considerando-se diferença estatisticamente significativa para o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais características dos participantes estão apresentadas na Tabela 2.

Observou-se que, em LB, o IAD de todos os participantes estava abaixo de 50%, enquanto o resultado do Teste de conhecimentos sobre diabetes ficou igual ou acima de 60% de acertos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes

	<i>Condição-Treino A</i>		<i>Condição-Treino B</i>	
	P1a	P2a	P1b	P2b
Participantes				
Gênero	masculino	feminino	feminino	masculino
Idade	43	40	53	55
Conjugalidade	casado	casada	viuva	casado
Ocupação	assalariado	dona de casa	dona de casa	desempregado
Escolaridade	E. F. Incompleto	E. M. Completo	E. F. Incompleto	E. M. Completo
Religião	Católico	Evangélica	Católica	Evangélica
Classe econômica*	C	C	C	C

Nota: *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] (2008).

Tabela 3. Comparação entre o IAD e o desempenho no Teste de Conhecimentos sobre diabetes observado em cada participante ao início do estudo

<i>Condição de Treino</i>	<i>Participantes</i>	<i>IAD (%)</i>	<i>Respostas corretas no Teste de Conhecimentos sobre diabetes</i>
A	P1a	44,44	12 acertos = 60%
	P2a	40,00	16 acertos = 80%
B	P1b	29,17	18 acertos = 90%
	P2b	38,47	14 acertos = 70%

Observou-se que, apesar de todos os quatro participantes terem apresentado bom resultado no Teste de conhecimentos sobre diabetes, os mesmos não apresentavam boa adesão ao tratamento no início do estudo. Esse achado concorda com Gil, Haddad e Guariente (2008), que apontam que apenas o conhecimento sobre a doença não é suficiente para aumentar a adesão ao tratamento.

A Figura 1 apresenta os IADs dos quatro participantes, considerando-se tanto o índice obtido pela análise de cada registro, quanto o índice médio obtido de acordo com o tipo de automonitoramento (se PA ou CTC).

Observa-se que durante o automonitoramento, todos os participantes, independentemente da condição, apresentaram aumento nos IADs ao serem comparados com os valores obtidos em LB, com declínio em follow-up, após a suspensão do automonitoramento.

Tais resultados corroboram com os encontrados nos estudos de Nobre (2010), Casseb (2005), Casseb *et al.* (2008), Ferreira e Fernandes (2009) e Immer (2005), nos quais observou-se aumento nos índices de adesão ao tratamento em participantes submetidos a treino de automonitoramento.

Os resultados também concordam com Abreu-Rodrigues e Beckert (2004), Oliveira *et al.* (2006) e Ferreira (2001), que afirmam que o treino de automonitoramento e de análise de contingências tem sido eficaz no tratamento de doenças crônicas, pois auxiliam na construção de comportamentos desejáveis, como hábitos alimentares saudáveis. Além disso, Oliveira *et al.* (2006) e Reis *et al.* (2005) destacam que o treino de automonitoramento facilita a aquisição de repertórios de auto-observação, melhorando a autodiscriminação e o autoconhecimento do paciente, que é fundamental para que ocorra a mudança comportamental favorável aos objetivos terapêuticos em casos de indivíduos com doença crônica.

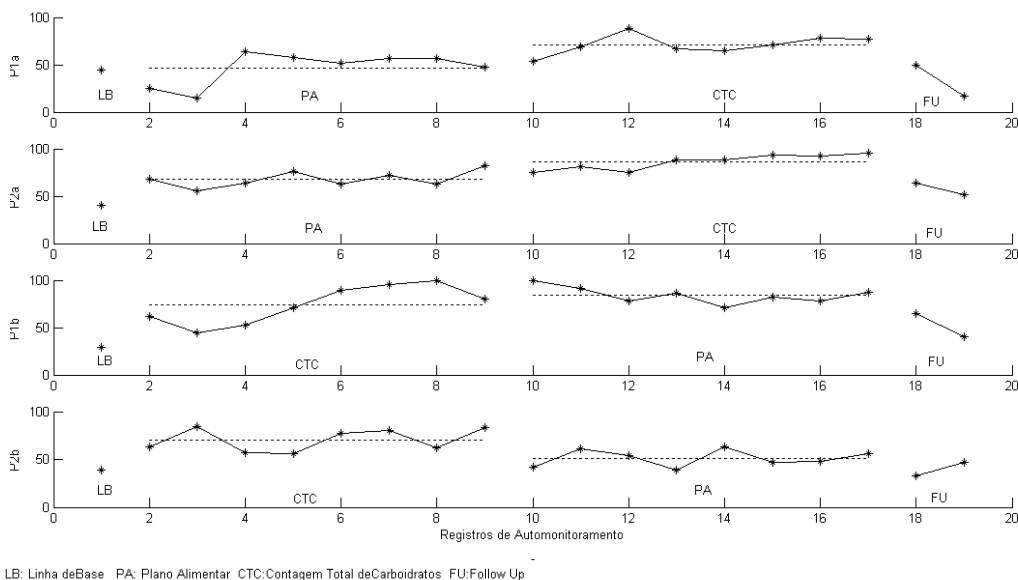


Figura 1. Índices de Adesão à Dieta dos participantes P1a, P2a, P1b e P2b durante Linha de Base, treino em Plano Alimentar, treino em Contagem Total de Carboidratos e Follow-up.

Comparando-se os dois participantes da Condição-Treino A, observa-se que P2a manteve todos os índices acima de 50%, mesmo após a suspensão dos registros de automonitoramento. Observa-se, também, que os dois participantes desta Condição obtiveram índices mais elevados quando foram submetidos ao procedimento de CTC. Quanto aos dois participantes da Condição-Treino B, observa-se que P2b apresentou IAD's menores que P1b, principalmente durante o procedimento de PA.

A Tabela 4 apresenta a comparação entre as médias de IADs obtidas por participante ao ser submetido a cada uma das regras nutricionais.

Tabela 4. Comparação entre as médias de IADs obtidas por participante de acordo com cada uma das regras nutricionais

Condição	Participante	Médias de IADs obtidas pelos participantes		
		PA	CTC	p-valor*
A	P1a	46,81	70,95	0,0045
	P2a	67,81	86,16	0,0005
B	P1b	84,20	74,27	0,2291
	P2b	51,15	70,64	0,0024
	Média Geral	62,49	75,50	0,0026

* Teste t de Student ($p < 0,05$)

A média dos IAD's obtidos pelos participantes quando submetidos ao PA foi igual a 62,49%, enquanto a média obtida em CTC foi de 75,50%. Ao aplicar-se o Teste t de Student observou-se que, dos quatro participantes, três obtiveram melhores IAD's durante a CTC, com resultados indicando que a diferença foi significativa. Também observou-se que, no caso de P1b, que apresentou maiores valores de IAD durante o PA, essa diferença não se mostrou significativa ($p=0,2291$).

Durante o *follow-up* mensal e bimensal verificou-se que os IAD's de todos os participantes diminuíram, com exceção de P2b, que aumentou seu IAD no *follow-up* bimensal em comparação com o mensal. Pode-se supor que a retirada do controle externo feito pela pesquisadora e as auxiliares de pesquisa tenha afetado negativamente a adesão dos participantes, o que condiz com a afirmação de Abreu-Rodrigues e Beckert (2004), de que o controle externo é importante para fornecer estímulos antecedentes e reforços contingentes à emissão do comportamento desejado. Além disso, confirma a hipótese de Barton *et al.* (1999) e Cone (1999), que afirmam que estabelecer um vínculo de confiança entre o participante e o pesquisador é fundamental para aumentar a adesão ao tratamento e a fidedignidade dos relatos.

Na Tabela 5 estão apresentadas as vantagens e as desvantagens relatadas pelos participantes acerca do uso do Plano Alimentar e da Contagem Total de Carboidratos. Também está mencionado qual o tipo de regra seria o escolhido pelo participante para seguir o tratamento dietético durante o *follow-up* (regra escolhida) e qual o tipo de regra que efetivamente foi utilizado pelo participante ao final da pesquisa (regra mantida).

Observa-se na Tabela 5, que o participante P1a relatou como principal vantagem no uso da CTC a liberdade para comer outros alimentos que não estariam na lista disponibilizada pelo PA. Tal resultado confirma os achados de Hissa *et al.* (2004), os quais encontraram, em estudo realizado com indivíduos com diabetes Tipo 1, que cerca de 80% destes concordavam que a CTC tinha como vantagem ter maior liberdade para planejar suas refeições, em especial aquelas feitas fora de casa.

Também em relação à CTC, a participante P2a relatou como vantagem ter ficado mais atenta para o que comia, a fim de não ultrapassar os gramas de carboidrato recomendados, e destacou como consequência a melhora em sua saúde. Tais achados confirmam as afirmações de Albuquerque (2005) e Matos (2001) de que regras podem funcionar como estímulos discriminativos, facilitando a emissão do comportamento desejado.

A participante P1b relatou como vantagem do PA a facilidade de o cardápio já estar montado, o que diminuía o custo de resposta em planejar as refeições. Além disso, ela não apresentou dificuldade quanto aos alimentos e às quantidades prescritas, pois era similar ao controle que sua filha mais velha havia iniciado duas semanas antes de P1b ingressar na pesquisa. Nesse caso, os resultados são condizentes com Abreu-Rodrigues e Beckert (2004), que afirmam que o controle externo inicial pode facilitar a aquisição de autocontrole.

Por sua vez, o participante P2b relatou como vantagem do PA deixar de ingerir alimentos ricos em carboidrato e calorias, visto que o PA tinha instruções escritas que solicitavam que o participante evitasse ao máximo a ingestão de frituras e de alimentos ricos em carboidratos. Provavelmente, tais regras atuavam como estímulos discriminativos e alteradores de função de outros estímulos, fazendo com que P2b interpretasse alimentos ricos em carboidratos como inimigos de sua qualidade de vida, o que corrobora com Albuquerque (2005) e Matos (2001) acerca do controle exercido por regras.

O participante P2b também citou dificuldade em não poder comer alimentos que não pertenciam à lista estabelecida no PA, o que o desmotivava a aderir ao tratamento. De acordo com seus relatos, muitas vezes não podia comprar os alimentos indicados no PA, ficando sem alternativas para seguir as orientações, ainda que este fosse individualizado. P2b falou ainda sobre a dificuldade em mudar o hábito alimentar, informação condizente com as afirmações de Casseb (2005) e Malerbi (2000), de que o tratamento de doenças crônicas, como o diabetes Tipo 2, exige autocontrole e seguimento de regras complexas, principalmente quanto ao plano alimentar, que requer mudanças no estilo de vida do paciente.

Tabela 5. Relatos dos participantes sobre vantagens e desvantagens na utilização do Plano Alimentar e da Contagem Total de Carboidratos

<i>Plano Alimentar</i>			<i>Contagem de carboidratos</i>		<i>Escolha da Regra</i>	
<i>Part.</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>	<i>Regra Escolhida</i>	<i>Regra Mantida</i>
P1a	Ajuda a diminuir o peso. Há controle rígido das frituras e gorduras.	PA é mais rígido. Não se sentia satisfeito com as quantidades. Achou que não tem a mesma liberdade de escolha como na CTC.	Sentia-se mais à vontade para comer outras coisas, desde que não fosse em excesso.	Não relatou desvantagens.	Contagem de Carboidratos	Plano Alimentar
P2a	Comer coisas saudáveis, no horário estabelecido. Maior liberdade.	Não relatou desvantagens.	Melhorou a saúde e a visão. Sentiu-se melhor, ficou mais atenta à alimentação.	Não poder comer de tudo. Deixa com “peso na consciência” ao contar.	Plano Alimentar	Plano Alimentar
P1b	O cardápio já estava montado. Os alimentos prescritos eram o que já ingeria em sua rotina.	Não relatou desvantagens.	Mostrava as quantidades diárias.	Não relatou desvantagens.	Plano Alimentar	Plano Alimentar
P2b	A pessoa se isenta de comer batata, beterraba, alimentos ricos em carboidratos ou em calorias.	Não poder comer. Dificuldade em mudar o hábito alimentar. Comparou a fome com a ânsia de um drogado.	Poder comer tudo, mas de modo moderado. Relatou poder adaptar e saber até onde pode comer.	A quantidade é menor.	Contagem de Carboidratos	Plano Alimentar

A descrição da composição dos alimentos contida na Tabela de CTC adaptada pode ter servido como estímulo discriminativo auxiliando no planejamento do cardápio por P2b, aumentando a adesão às recomendações nutricionais. A vantagem de se ter autonomia na escolha dos alimentos a partir da Tabela de CTC também é citada no estudo de Hissa et al. (2004). O participante P2b relatou como vantagem da CTC poder comer qualquer alimento, desde que moderadamente, além de poder adaptar sua alimentação a partir dos alimentos que tinha disponível. Estas vantagens também foram destacadas no estudo de Hissa et al. por 80% dos participantes.

Quanto às desvantagens da CTC, os participantes P1a e P1b não relataram desvantagens, o que está de acordo com os altos IAD's apresentados por estes participantes enquanto estavam sob controle da CTC.

O relato da participante P2a sobre ficar com “peso na consciência” ao usar a CTC pode indicar que a Tabela de CTC adaptada tenha adquirido função punitiva para esta participante, evocando sentimentos aversivos quando esta visualizava em seus registros o quanto descumpria a regra, expondo seu organismo às complicações do diabetes. Destaca-se que esta participante obteve média de IAD maior em CTC (86,16%) do que em PA (67,81%). Entretanto, tais resultados não foram suficientes para manter a participante sob o controle da CTC. Provavelmente, o custo de resposta exigido pela CTC influenciou sua escolha favorável ao uso do PA, apesar de a mesma relatar que o conhecimento sobre a composição dos alimentos por meio da Tabela de CTC era útil e que ela acabava por usar de fato os dois métodos, mantendo a função de estímulo discriminativo da Tabela de CTC.

Durante a coleta de dados, as vantagens do uso da Tabela de CTC pareciam ter valor reforçador de grande magnitude, o que fazia com que o custo de resposta de realizar a soma dos gramas de carboidrato se tornasse pequeno, uma vez que não houve reclamações acerca da necessidade de realizar esta soma diariamente.

Os relatos dos participantes de que, embora estivessem seguindo o planejamento nutricional, gostariam de ingerir também outros alimentos que não foram indicados no PA, sugerem que seus comportamentos estavam sob controle das regras e das consequências descritas por elas ou inferidas a partir delas.

A Tabela 6 apresenta a alteração no peso corporal e nos índices de hemoglobina glicada dos participantes por meio da comparação entre os valores aferidos durante a linha de base e o *follow-up*.

Tabela 6. Comparação entre os valores de peso corporal e hemoglobina glicada ao início e ao final da pesquisa

Part	Peso Corporal (kg)			Índice de Massa Corporal (kg/m ²)		Hemoglobina Glicada (%)	
	Linha de Base	Follow-up mensal	Follow-up bimensal	Linha de Base	Após a intervenção	Linha de Base	Após a intervenção
P1a	73,5	74	72	28,05	27,48	Sobrepeso	6,8
P2a	96,5	94,5	94	39,22	38,21	Obesidade	9,1
P1b	80	81	80,5	36,52	36,75	Obesidade	8,5
P2b	82,3	79,7	78,9	33,05	31,68	Obesidade	7,9

Todos os participantes se encontravam com excesso de peso, sendo que P1a apresentava diagnóstico de sobrepeso e os demais de obesidade. Os participantes P2a e P2b obtiveram redução do peso corporal; P1a inicialmente apresentou ganho de meio quilo, reduzindo 2 quilos um mês depois, enquanto P1b apresentou ganho de 1 quilo e perda de meio quilo no *follow-up* bimensal.

Quanto aos valores de hemoglobina glicada, todos os participantes apresentavam valores acima de 7% durante a linha de base, indicadores de risco para o controle do diabetes segundo a SBD (2009), exceto P1a, que apresentava 6,8%. Após a intervenção, todos conseguiram reduzir os valores de hemoglobina glicada, exceto P1a, que manteve o valor de 6,8%.

Pl1a justificou tanto a oscilação em seu peso corporal, quanto a manutenção do valor de hemoglobina glicada da linha de base, por “beliscar” e “escapular da dieta” durante o mês de junho, durante o qual aconteceram várias festividades na vila onde este residia. Tal resultado demonstra a importância do nutricionista considerar as práticas culturais no momento da prescrição dietética, conforme sugerido por Assis e Nahas (1999).

Quanto à perda de peso, observou-se que Pl1b foi a participante que apresentou maior dificuldade para perder peso durante a intervenção, apesar de ser aquela que apresentou maior redução nos valores de hemoglobina glicada e os melhores IAD's. Tal resultado pode ser explicado pelo uso de corticóide que a participante fez durante alguns meses para tratamento de problemas pulmonares, visto que esse tipo de medicamento causa retenção hídrica e aumento do tecido gorduroso como efeito colateral.

Observou-se a expectativa dos participantes pela consequência imediata de adequação dos índices biológicos de peso e glicose sérica ao aderirem ao tratamento, sem considerar a necessidade de mudança de estilo de vida em longo prazo. O aumento da conscientização sobre a necessidade de adesão ao tratamento, obtida a partir da exposição do participante aos resultados dos exames de laboratório, também foi citado por participante do estudo de Ferreira e Fernandes (2009). Neste sentido, destaca-se a importância de múltiplas medidas de adesão ao tratamento, combinando relatos com aferições bioquímicas, conforme sugere a literatura (Casseb, 2005; Ferreira, 2001; Ferreira, 2006; Ferreira & Fernandes, 2009; Immer, 2005; Nobre, 2010).

Os achados aqui apresentados estão de acordo com as afirmações de Malerbi (2000), de que o uso apenas de indicadores biológicos pode medir de forma equivocada a adesão dos pacientes, visto que a adesão pode ser afetada por outros fatores, como condição pré-tratamento e presença de outras doenças, sendo necessário utilizar também o auto-relato do paciente para avaliar a adesão, mesmo porque os dados biológicos podem atuar como punição da adesão se os resultados forem insatisfatórios. No presente estudo, observou-se que os participantes não obtiveram grande redução do peso corporal, porém os valores de hemoglobina glicada se aproximaram bastante do ideal preconizado pela SBD (2009), de 7% de hemoglobina glicada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificou-se que o treino de automonitoramento foi efetivo na instalação de repertórios de auto-observação e autoconhecimento, consequentemente fortalecendo o autocontrole dos participantes diante de situações favoráveis ao abandono da dieta, pois, independentemente da condição, todos os participantes aumentaram seus IAD's quando comparados com o IAD da linha de base.

As medidas de adesão utilizadas mostraram-se suficientes para alcançar os objetivos deste estudo, visto que houveram relatos de adesão e de não adesão que corroboraram com os resultados das medidas biológicas utilizadas.

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) tem enfatizado o uso da hemoglobina glicada como melhor medida de controle glicêmico, porém, o uso desta ferramenta de monitoramento do controle glicêmico e da adesão ao tratamento tem sido negligenciada nas Unidades Municipais de Saúde (SBD, 2009). O nutricionista deveria utilizar a hemoglobina glicada para consequenciar o comportamento de adesão de seus pacientes diabéticos como indica a literatura (Malerbi, 2000; Ferreira, 2001; Ferreira, 2006), visto que a redução de peso somente ocorre em muito longo prazo, enquanto os resultados da Hemoglobina Glicada são mais imediatos (cerca de dois meses).

É possível inferir que a CTC é um método mais efetivo para instalar comportamentos alimentares saudáveis e de adesão às regras prescritas, enquanto PA seria mais efetivo na manutenção dos comportamentos de adesão já instalados, visto que o método de escolha de todos os participantes deste estudo para ser segui-

do a longo prazo foi o PA. Além disso, nota-se que a CTC tem regras que possibilitam maior variabilidade comportamental que o PA.

Em algumas situações, especialmente quando se tratava de eventos sociais, a magnitude reforçadora da ingestão de alimentos não recomendados era maior que o objetivo futuro de controlar a glicose sérica e evitar as complicações do diabetes. Nesse sentido, ressalta-se a importância de se realizar pesquisas experimentais que estudem as variáveis envolvidas no autocontrole alimentar para que se possa elaborar estratégias eficazes para promoção da adesão de pacientes portadores de diabetes à dieta.

Foi possível notar ainda que as dificuldades e facilidades de adesão são individuais e, portanto, faz-se necessário estabelecer diálogo com o paciente a fim de investigar quais mudanças seriam mais fáceis e quais as mais difíceis de serem realizadas para, então, estabelecer as metas progressivas individuais do tratamento, de modo a aumentar a probabilidade de adesão dos pacientes. Esse diálogo também pode auxiliar o nutricionista a inferir qual dos dois tipos de regras nutricionais seria mais eficiente para promover a adesão do paciente à dieta, bem como auxiliá-lo na escolha da ordem de apresentação destes, caso opte por aplicar ambos.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, J., & Beckert, M. E. (2004). Auto-controle: pesquisa e aplicação. In C.N, Abreu & H.J., Guilhaardi (Orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental* (pp. 259-274). São Paulo: Roca.
- Albuquerque, L. C. (2005). Regras como instrumento de análise do comportamento. In L.C. Albuquerque (Org.). *Estudos do Comportamento* (pp. 147-176). Belém: EDUFPA.
- Albuquerque, L. C, Reis, A. A., & Paracampo, C. C. P. (2008). Efeitos de histórias de reforço, curtas e prolongadas, sobre o seguimento de regras. *Acta Comportamentalia*, 16 (3), 305-332.
- American Diabetes Association, Bantle J. P, Wylie-Rosett J, Albright A. L, Apovian C. M, Clark N. G, et al. (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 3 (1), 61-78.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] (2008). *Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 2 de fevereiro de 2009, de <http://www.abep.org>.
- Assis, M. A. A., & Nahas, M. V. (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 12 (1), 33-41 .
- Barton, K. A., Blanchard, E. B., & Veazey, C. (1999). Self-monitoring as an assessment strategy in behavioral medicine. *Psychological Assessment*, 11 (4), 490-497.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura* (Maria Teresa Araújo Silva *et al.*, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda (Obra original publicada em 1994).
- Bezerra, D. S. (2006). *Adesão ao tratamento do diabetes: relato de experiência com um grupo de pacientes adultos*. Trabalho de conclusão do curso de graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicologia*, 1 (1), 88-100.
- Casseb, M. S. (2005). *Prevenção em diabetes: efeitos do treino de automonitoração na redução de fatores de risco*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Casseb, M. S., Bispo, M. S. M., & Ferreira, E. A. P. (2008). Automonitoração e seguimento de regras nutricionais em diabetes: dois estudos de caso. *Interação em Psicologia*, 12 (2), 223-233.
- Cone, J. D. (1999). Introduction to the special section on self-monitoring: a major assessment method in clinical psychology. *Psychological Assessment*, 11 (4), 411-414.

- Cuppari, L. (2005). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no adulto* (2a ed.), Barueri, SP: Manole.
- Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: M. A. Crepaldi, M. B. M. Linares & G. B. Perosa (Orgs.). *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 147-189), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, E. A. P., & Fernandes, A. L. (2009). Treino em auto-observação e adesão à dieta em adulto com diabetes Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 629-636.
- Galisa, M. S., Esperança, L. M. B., & Sá, N. G. (2008). *Nutrição: Conceitos e aplicações* (1ª ed.), São Paulo: M. Books.
- Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Guariente, M. H. D. M. (2008). Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 29 (2), 141-154.
- Hissa, A. S. R., Albuquerque, L. L., & Hissa, M. N. (2004). Avaliação do grau de satisfação da contagem de carboidratos em diabetes mellitus Tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48 (3), 394-397.
- Immer, I. A. (2005). *Efeitos do treino de correspondência sobre o seguimento de regras nutricionais por adultos com diabetes Tipo 2 e obesidade*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Malerbi, F. E. K. (2000). Adesão ao tratamento. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (Vol. 5, pp. 148-155). Santo André, SP: ARBytes Editora.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2), 51-66.
- Monteiro, J. B. R., Mendonça, D. R. B, Goveia, G. R., Bruno L., Merino, M., & Sachs A. (2003). *Manual Oficial de Contagem de Carboidratos da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagramic.
- Nobre, S. M. (2010). *Efeitos do treino de automonitoração e do treino de relato verbal no estabelecimento e na manutenção de comportamentos de seguir regras nutricionais em adultos com obesidade*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Nottoli, C., & Diniz, C. C. (2008). Cuidado nutricional no diabetes mellitus. *Einstein: Educação Continuada em Saúde*, 6 (2), 83-6.
- Nunes, J. G., & Martins, M. R. (2009). Contagem de carboidratos: conceitos e prática. *Revista Nutrição em Pauta*, 17 (95), 22-25.
- Oliveira, L. C. C., Ferreira, E. A. P., & Casseb, M. S. (2006). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6, 1-18.
- Ortiz, M. C. A., & Zanetti, M. L. (2001). Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9 (3), 58-63.
- Reis, A. A., Teixeira, E. R., & Paracampo, C. C. P. (2005). Auto-regras como variáveis facilitadoras na emissão de comportamentos autocontrolados: o exemplo do comportamento alimentar. *Interação em Psicologia*, 9 (1), 57-64.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingências do reforço: uma análise teórica* (R. Azzi & R. Moreno, Trad.). (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Editora Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o Behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cutrix (Obra original publicada em 1974).

- Sociedade Brasileira de Diabetes (2003). *Manual oficial de contagem de carboidratos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2006). *Atualização Brasileira sobre Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2009). *Atualização sobre hemoglobina glicada para avaliação do controle glicêmico e diagnóstico do Diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais*. Posicionamento oficial, 3a ed.
- Sumita, N. M., & Andriolo, A. (2006). Importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento do paciente portador de diabetes mellitus. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 42 (3), 169-174.
- World Health Organization (2003a). *Adherence to long-term therapies: evidence for actions*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003b). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* (WHO Technical Report Series: 916). Geneva: World Health Organization.

RESUMO

Estudos sugerem que, dentre as orientações para o tratamento do diabetes, a dieta tem sido a de menor adesão. Esta pesquisa objetivou comparar os efeitos do treino de automonitoramento sobre a adesão a dois tipos de regras nutricionais (Plano Alimentar [PA] e Contagem Total de Carboidratos [CTC]) em quatro adultos com diabetes Tipo 2. Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares. Após caracterização da linha de base (LB) do comportamento alimentar, dois participantes foram submetidos à Condição-Treino A (Automonitoramento com PA seguido de CTC) e dois à Condição-Treino B (Automonitoramento com CTC seguido de PA), finalizando com entrevistas de *follow-up* para todos, após uma semana, um mês e dois meses. Como medidas de adesão, foram utilizados a hemoglobina glicada e o Índice de Adesão à Dieta (IAD) na forma de porcentagem. Observou-se que, na LB, os IADs de todos os participantes estavam abaixo de 50%, aumentando após o treino de automonitoramento, independentemente da condição. A *média obtida* em CTC (75,50%) foi maior do que em PA (62,49%), com declínio em *follow-up* em ambas as condições. Observou-se redução nos valores de hemoglobina glicada em três participantes. Discute-se a importância de nutricionistas prescreverem tratamento individualizado e para além do foco na doença.

Palavras-chave: diabetes Tipo 2; plano alimentar; contagem total de carboidratos; automonitoramento; controle por regras; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Studies suggest that, among treatment orientations for treatment of diabetes, diet has been the one with the least adherence. This study aimed to compare the effects of self-monitoring practice on the behavior adherence of two types of nutritional rule (Food Planning [FP] and Total Carbohydrate Counting – [TCC]) in four adults with Type 2 diabetes. In home interview was the data collection procedure. After characterization of the baseline (BL) in eating behavior of the four participants, two of them were subjected to Training Condition A (Self-Monitoring with PA followed by TCC), the other two participants to Training Condition B (Self-Monitoring with TCC followed by PA), and follow-up interviews with all four participants. As adherence measures, Glycated hemoglobin and the Adherence Index to the Diet (AID) shown in percentages were used. It was observed on the participants' BL that the AIDs of all participants were below 50%, increasing after the self-monitoring training, regardless of their condition, being the average from TCC (75,50%) greater than that of FP (62,49%), declining afterwards in both conditions. It was also observed that the Glycated hemoglobin values in three participants had been reduced. The paper discusses the importance of nutritionists in prescribing individualized treatment and beyond the focus of the disease.

Keywords: Type 2 diabetes, Food Planning, Total Carbohydrate Counting, control by rules, adherence to treatment