



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à  
cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico**

**Marinna Simões Mensorio**

*Brasília, março 2013*



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à  
cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico**

Marinna Simões Mensorio

**Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de Brasília,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Mestre em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de  
concentração Psicologia da Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior**

*Brasília, março 2013.*

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA  
EXAMINADORA:

---

Professor Doutor Áderson Luiz Costa Júnior – Presidente  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Profa. Dra. Kênia Mara Baiocchi de Carvalho - Membro  
Faculdade de Saúde – Universidade de Brasília (UnB)

---

Profa Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Membro  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti - Suplente  
Universidade de Brasília (UnB)

*Dedico este trabalho a todos os pacientes do ambulatório de obesidade do Hospital  
Universitário de Brasília, por verdadeiramente me ensinarem que “é preciso força pra  
sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”- LH.*

## Agradecimentos

---

Antes de tudo e todos, agradeço a Deus pelas maravilhas que faz em mim e por mim. Sempre.

Ao meu orientador, o Professor Áderson, por apoiar meus sonhos e me permitir participar de sua paixão pelo que faz. Impossível descrever toda admiração que sinto em algumas linhas, mas certamente você é o grande exemplo que levarei por toda a vida acadêmica.

À Psicóloga Simone Maristela dos Santos, que me ensinou o que sabe. Por toda a confiança depositada em mim, pelas portas abertas e, especialmente, por me ajudar a ser a psicóloga que sou hoje.

Ao Hospital Universitário de Brasília e toda a equipe de Cirurgia Bariátrica, por todo o conhecimento trocado e por me ensinarem tanto.

A todos os que ajudaram, de alguma forma, a construção dessa dissertação.

À Marina Kohlsdorf, por sua contribuição fundamental para o término dessa dissertação, idéias trocadas, e por todo o apoio desde a graduação.

À toda equipe do Ladversa.

À amada amiga Tatiana Duarte, minha grande consultora de APA! Por toda a ajuda e manhãs ou madrugadas compartilhadas! Obrigada!

À querida amiga Fê Braga. Que bom ter podido viver esses momentos com você! Muito obrigada por todo apoio. Sempre!

Ao estatístico e amigo Erick Damasceno por toda ajuda com a parte gráfica e de análise. E ao Bruno Gilmour pelas ajudas de última hora. Valeu queridões!

À Clínica Dr. Sérgio Arruda, por todas as oportunidades.

Às eternas Paula, Maria e Nara. Vocês são as melhores pra sempre. Por sempre acreditarem e apoiarem meus sonhos! Amo vocês!

Ao André, é claro, grande irmão e anjo!

A todos os amigos.

Às minhas amadas psicólogas Jô, Karla, Paula e Rafa. Por alegrarem tanto a minha vida. E por todo o apoio e amor. BDS pra sempre!

Ao Quarteto de queridões, por tornarem minha vida mais leve e toparem voar comigo!

A toda minha família, que certamente sempre acreditou em mim e me apoiou. A meus pais, Jacqueline e Luiz, e ao meu irmão, Luiz Filippe, por sempre me incentivarem no estudo, apoiarem meus sonhos e compartilhá-los. Por todo amor, compreensão e paciência. Impossível chegar aqui sem vocês. Amo vocês!

Agradeço também à Dinda, por me incentivar na psicologia. E ao pequeno João Marcos, razão de muita alegria já!

E a todos os pacientes do ambulatório de obesidade do HUB, grandes lutadores e vencedores. Por me deixarem participar de suas vidas. Certamente o que aprendo com vocês não aprenderia em uma vida de estudo.

## Resumo

A obesidade, considerada uma epidemia mundial, é entendida como uma doença multifatorial, com influência de aspectos genéticos, hormonais, culturais, ambientais e psicológicos. Ademais, mostra-se relacionada a comorbidades médicas e dificuldades psicológicas, como sintomatologia de ansiedade, depressão, isolamento social e estratégias de enfrentamento inadequadas. O tratamento inclui um leque de possibilidades, dentre os quais se destacam elementos nutricionais, farmacológicos e psicológicos. Quando a obesidade atinge níveis mais graves, há a possibilidade da realização da cirurgia bariátrica, que promove rápida perda de peso, porém, não garante a manutenção dos resultados. Entende-se que a perda de peso duradoura é apenas possível com uma total mudança de hábitos do indivíduo. Nesse contexto surge a necessidade de intervenções psicológicas como facilitadoras do processo de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficientes e redução de sintomatologias psiquiátricas, além de uma melhor adesão ao tratamento. O objetivo deste trabalho foi avaliar um programa de intervenção psicológica a pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, realizando um levantamento de estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, manifestações de ansiedade e mudanças de hábito, comparando-os a pacientes obesos sem exposição à intervenção psicológica. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Brasília e contou com 18 participantes. Oito pacientes compunham o Grupo Experimental (GE), iniciantes no Programa de Intervenção Psicológica preparatório para Cirurgia Bariátrica; 10 participantes eram pacientes da lista de espera do Programa de Acompanhamento e integraram o Grupo Controle (GC), sem intervenção psicológica. Foram aplicados os instrumentos: Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), questionário sociodemográfico e roteiro de entrevista semiestruturada em duas fases: na primeira sessão do grupo e na última sessão, e em datas paralelas para o GC. O Programa de Intervenção Psicológica é composto por 12 sessões, em que são abordados temas relevantes para o processo de mudança de hábito alimentar e preparação à cirurgia bariátrica. Os resultados indicaram diferenças significativas entre o GE e GC no que se refere ao fator 1 de enfrentamento (priorização de estratégias focalizadas no problema) e escores de ansiedade. O GC apresentou escore do Fator 1 significativamente menor que o GE, três meses após a primeira aplicação, bem como pontuações de ansiedade maiores, de maneira marginalmente significativa. As entrevistas do GE também demonstraram uma redução de discursos relacionados a dificuldades e um maior foco nos sucessos alcançados, bem como desenvolvimento de estratégias facilitadoras da mudança de hábito. O GC manteve ou aumentou a frequência de relatos relacionados a dificuldades em lidar com a obesidade ou a busca por tratamento. Compreende-se, portanto, a importância do acompanhamento psicológico contínuo como promotor de habilidades necessárias ao enfrentamento das situações adversas da obesidade e seu tratamento. A falta de um acompanhamento adequado tem levado pacientes obesos a situações de grande sofrimento, com redução de estratégias de enfrentamento adequadas, bem como piora de quadros de ansiedade. Destaca-se a necessidade de ações governamentais que garantam o acesso dos pacientes a um tratamento precoce e contínuo. Pesquisas que avaliem intervenções psicológicas mais longas, assim como em outros contextos, são sugeridas.

Palavras-chave: Obesidade; enfrentamento; ansiedade; cirurgia bariátrica; intervenção psicológica

### Abstract

Obesity, considered a global epidemic, is understood as a multifactorial disease, with the influence of genetic, hormonal, cultural, environmental and psychological aspects. Moreover, it shows related to medical comorbidities and psychological difficulties as symptoms of anxiety, depression, social isolation and inadequate coping strategies. The treatment includes a range of possibilities, among which stand out nutritional, pharmacological and psychological elements. When obesity reaches more severe levels, there is the possibility of bariatric surgery that promotes rapid weight loss, however, does not guarantee the maintenance of the results. It is understood that the sustained weight loss is only possible with a total change of habits of the individual. In this context appears the need for psychological interventions as facilitators of the process of developing effective coping strategies and reducing psychiatric symptomatology, and better treatment adherence. The objective of this study was to evaluate a psychological intervention program for patients eligible for bariatric surgery, performing a survey of coping strategies adopted by patients, manifestations of anxiety and habit changes, comparing them to obese patients without exposure to psychological intervention. The research was conducted at the University Hospital of Brasilia and had 18 participants. Eight patients comprised the Experimental Group (EG), beginners in Preparatory Psychological Intervention Program for Bariatric Surgery; 10 participants were patients from the waiting list of Program Monitoring, without psychological intervention, and integrated the control group (CG). Assessment instruments were used: Scale Ways of Coping (EMEP), Beck Anxiety Inventory (BAI), sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews in two phases: in the first group session and the last session, and in parallel to dates the GC. Psychological Intervention Program consists of 12 sessions, which are addressed topics relevant to the process of changing food habits and preparation for bariatric surgery. The results indicated significant differences between the experimental and control groups with regard to coping factor 1 (prioritization strategies focused on the problem) and anxiety scores. The GC scores of Factor 1 were significantly lower than GE, three months after the first application, as well as higher anxiety scores, so marginally significant. The interviews of GE also demonstrated a reduction of discourses related to difficulties and a greater focus on the successes as well as developing strategies that facilitate change of habit. The GC has maintained or increased the frequency of reports related to difficulties in dealing with obesity or seeking treatment. It is understandable, therefore, the importance of psychological continuum as a promoter of skills needed to cope with adverse situations of obesity and its treatment. The lack of adequate monitoring obese patients has led to situations of great suffering, a reduction of adequate coping strategies, as well as worsening anxiety frame. The study highlights the need for government action to ensure patient access to early and continuous treatment. Researches to evaluate longer psychological interventions, as in other contexts, are suggested.

Keywords: Obesity; coping; anxiety; bariatric surgery; psychological intervention

## Sumário

<b>Agradecimentos</b> .....	iv
<b>Resumo</b> .....	vi
<b>Abstract</b> .....	vii
<b>Lista de Figuras</b> .....	xi
<b>Lista de Tabelas</b> .....	xii
<b>Lista de Tabelas</b> .....	xiii
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Fundamentos Teóricos</b> .....	2
Características da obesidade.....	2
Aspectos Multifatoriais.....	4
Hábitos Alimentares.....	5
Tratamentos.....	6
Tratamento nutricional.....	7
Orientação à atividade física .....	9
Tratamento farmacológico .....	9
Tratamento psicológico .....	10
Tratamento cirúrgico .....	13
Comorbidades .....	17
Transtornos Psicológicos.....	18
Ansiedade e outros transtornos .....	19
Cirurgia Bariátrica e Transtornos Psicológico.....	19
Preconceito .....	20
Enfrentamento .....	21
<b>Justificativas do estudo</b> .....	32
<b>Objetivos do estudo</b> .....	33
<b>Método</b> .....	34
Contexto da Coleta de dados .....	34
Delineamento .....	34
Participantes .....	34
Instrumentos .....	37
Material .....	41

Procedimentos .....	41
Cuidados Éticos.....	44
Procedimento para coleta de dados .....	44
Análise dos dados .....	48
<b>Resultados</b> .....	49
Resultado do Grupo Experimental .....	49
Resultados da EMEP – GE .....	49
Resultados do BAI – GE .....	55
Correlação – EMEP e BAI – GE.....	57
Resultados do Grupo Controle .....	60
Resultados da EMEP – GC .....	60
Resultados do BAI – GC .....	66
Correlação – EMEP e BAI – GC .....	69
Comparação entre os grupos .....	72
Análise das respostas às entrevistas .....	76
Fase 1, GE .....	77
Fase 1, GC .....	84
Fase 2, GE .....	92
Fase 2, GC .....	101
<b>Discussão</b> .....	112
Comparação dos resultados com outros estudos.....	112
Consideração sobre os resultados da EMEP .....	114
Consideração sobre os resultados do BAI .....	116
Consideração sobre os resultados das entrevistas .....	118
Limitações do estudo .....	120
Implicações sociais, políticas e sugestões para pesquisas futuras .....	122
<b>Considerações finais</b> .....	124
<b>Referências</b> .....	126
<b>Anexos</b> .....	136
Anexo 1- Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP .....	137
Anexo 2- Inventário Beck de Ansiedade – BAI .....	139
Anexo 3- Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	140
Anexo 4 – Questionário Sociodemográfico .....	141

Anexo 5- Protocolo de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa .....	142
Anexo 6- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Experimental....	143
Anexo 7- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Controle .....	144
Anexo 8 – Registro Diário Alimentar .....	145

## Lista de Figuras

---

Figura 1 -Número de Cirurgias por ano.....	17
Figura 2 -Fluxograma de Coleta de Dados.....	59
Figura 3- Evolução dos resultados da EMEP.....	62
Figura 4 -Evolução do fator 1 por paciente do GE.....	65
Figura 5-Evolução do fator 2 por paciente do GE.....	66
Figura 6- Evolução do fator 3 por paciente do GE.....	66
Figura 7 - Evolução do fator 4 por paciente do GE .....	67
Figura 8 - Grau de ansiedade por quantidade de pacientes,GE.....	68
Figura 9 - Evolução das pontuações do BAI por paciente, GE.....	69
Figura 10 - Correlação EMEP – BAI para GE, fase 1 .....	70
Figura 11 - Correlação EMEP – BAI para GE, fase 2.....	72
Figura 12 - Evolução dos resultados da EMEP, GC.....	74
Figura 13 - Evolução do fator 1 por paciente do GC.....	77
Figura 14 - Evolução do fator 2 por paciente do GC.....	78
Figura 15 - Evolução do fator 3 por paciente do GC.....	79
Figura 16 - Evolução do fator 4 por paciente do GC.....	79
Figura 17 - Grau de ansiedade por quantidade de pacientes, GC.....	80
Figura 18 - Evolução das pontuações do BAI por paciente, GC.....	81
Figura 19 - Correlação EMEP – BAI para GC, fase 1.....	83
Figura 20- Correlação EMEP – BAI para GC, fase 2.....	84
Figura 21 -Categorização das respostas oferecidas na Fase 1.....	89
Figura 22 -Categorização das respostas oferecidas na Fase 2, pelo GE.....	110
Figura 23 -Categorização das respostas oferecidas na Fase 2, pelo GC.....	122

## Lista de Tabelas

---

Tabela 1 -Classificação da Obesidade (WHO, 2012).....	4
Tabela 2 – Seleção de artigos .....	31
Tabela 3 – Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes .....	44
Tabela 4- Comparação dos valores da EMEP por etapa.....	63
Tabela 5 -Resultados da EMEP por fator e paciente.....	64
Tabela 6 -Comparação de valores de ansiedade para o GE.....	70
Tabela 7- Comparação dos valores da EMEP por etapa, GC. ....	75
Tabela 8- Resultados da EMEP por fator e paciente, GC.....	76
Tabela 9- Comparação de valores de ansiedade para o GC.....	81
Tabela 10- Comparação das variáveis entre os grupos, fase 1.....	86
Tabela 11 -Comparação das variáveis entre os grupos, fase 2.....	86
Tabela 12 -Comparação dos pesos entre as fases, GE.....	87
Tabela 13 -Comparação dos pesos entre as fases, GC.....	88

Lista de Siglas

---

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obeisdade e da Síndrome Metabólica
BAI	Beck Anxiety Inventory
CC	Circunferência da Cintura
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
IMC	Índice de Massa Corpórea
NIH	National Institute of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCQ	Relação Cintura-Quadril
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

## Introdução

---

A obesidade tem sido considerada uma epidemia mundial com conseqüências adversas em larga escala, incluindo limitações físicas e psicológicas que provocam grande sofrimento. O tratamento da obesidade também apresenta contextos aversivos, destacando-se a necessidade do engajamento do paciente em inúmeras ações de saúde que requerem modificações de rotina de vida e controle comportamental de hábitos alimentares. Dessa forma, contar com estratégias de enfrentamento eficientes e índices de ansiedade menores parece essencial ao sucesso de programas de intervenção que busquem a redução do peso corporal.

O objetivo principal deste estudo foi avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicológica a pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, realizando um levantamento das estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, bem como das manifestações de ansiedade e mudanças de hábitos ao longo do processo de intervenção psicológica.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de crescente suporte psicológico a pacientes obesos, uma vez que a intervenção psicológica demonstra efeitos positivos em termos de redução de ansiedade e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes, bem como maior adesão ao tratamento, com engajamento em comportamentos mais saudáveis. Algumas sugestões para intervenções clínicas mais eficientes, pesquisas futuras e ações sociais e políticas são apresentadas ao final do estudo.

## Fundamentos Teóricos

---

### Caracterização da Obesidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como o processo de acúmulo excessivo ou anormal de gordura que representa um risco à saúde (World Health Organization [WHO], 2010). Como doença que afeta, de modo adverso, o tempo de vida e a condição geral de saúde do indivíduo, essencialmente pelo depósito de gordura em artérias, órgãos e cavidades internas, a obesidade está presente não somente em países desenvolvidos, mas seu crescimento tem sido significativo em países em desenvolvimento, assim como naqueles em que as condições de fome e miséria são elevadas (Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010; WHO, 2013).

A obesidade é considerada uma das maiores epidemias do mundo ocidental, sendo, atualmente, concebida como um grave problema de saúde pública (Lugli & Vivas, 2011; Harvey et al., 2010; Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010; Costa et al., 2009). Dados da OMS (2013) mostram que a tendência da obesidade é de crescimento, sendo que a incidência mundial mais que dobrou desde 1980. Em 2008, mais de 1,4 bilhões de adultos (com 20 anos ou mais) tinham excesso de peso (WHO, 2013).

Estimativas do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (NIH) apontaram gastos de 70 bilhões de dólares, por ano, com o tratamento de obesidade e complicações decorrentes (Livingston & Fink, 2003). Colditz (1999, citado em Fortes, 2006) destaca que os custos diretos da inatividade (uma das variáveis responsáveis pela obesidade) chegaram a 9,4% das despesas nacionais de saúde nos Estados Unidos da América. Segundo Greenberg, Perna, Kaplan e Sullivan (2005), dois terços da população norte-americana estava acima do peso.

Sichieri e Souza (2006) mostram dados do Sistema Único de Saúde (SUS), de 2001, em que os custos com hospitalização de pacientes com sobrepeso e obesidade atingiram 2,74% entre homens, de 20 a 60 anos, e 3,51% com mulheres da mesma faixa etária.

Observa-se que 65% da população mundial vive em países onde o excesso de peso e a obesidade é responsável por mais mortes do que a desnutrição. Dados da OMS (WHO, 2013) apontam que 35 milhões de crianças com sobrepeso vivem em países em desenvolvimento, contra 8 milhões nos países desenvolvidos. No Brasil,

segundo dados do Ministério da Saúde (2009), 13% dos adultos são obesos, sendo o índice maior entre as mulheres (13,6% contra 12,4% em homens). O percentual de obesos, no Brasil, era de 11,4% em 2006. No mesmo ano, o Distrito Federal tinha 39,7% de indivíduos com sobrepeso, dentre os quais 12% eram obesos (Souza, Oliveira e Motta, 2006).

Uma das formas mais referida para medir o grau de obesidade, é o Índice de Massa Corpórea (IMC), calculado pela fórmula matemática:  $P/h^2$ , ou peso em quilogramas dividido pela altura ao quadrado. Quando o IMC de um indivíduo encontra-se acima de 25 kg/m<sup>2</sup> fala-se em sobrepeso; acima de 30 kg/m<sup>2</sup>; fala-se de Obesidade. Quanto à gravidade, pode-se classificar a obesidade em Grau I (IMC entre 30 e 34,9); Grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>) e Grau III ou Obesidade Mórbida quando o IMC está acima de 40 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2012). De forma mais específica, define-se a seguinte classificação do peso, segundo a OMS:

Tabela 1

*Classificação do Estado Nutricional (WHO, 2012)*

Faixa	Tipo	Comorbidade
menor do que 18.5	Baixo Peso	
entre 18.6 e 24.9	Normal	
entre 25 e 29.9	Pré-obeso	Aumentado
entre 30 e 34.9	Obesidade classe I	Moderado
entre 35 e 39.9	Obesidade classe II	Grave
maior do que 40	Obesidade classe III	Muito Grave

Outras medidas utilizadas são a Circunferência da Cintura (CC) e a Relação Cintura-Quadril (RCQ). A Circunferência da cintura ou circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral que a RCQ, segundo dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica - ABESO (2009). É estabelecido como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianos.

A Relação cintura-quadril (RCQ) é obtida através da divisão dos perímetros da cintura (cm) e do quadril (cm). Dentre os pontos de corte estabelecidos para a classificação de valores adequados e inadequados, tem-se 0,8 para o sexo feminino e 1,0 para o sexo masculino (Machado & Sichieri, 2002). Inicialmente, esta era a medida mais usada para o controle da obesidade, porém, a partir da década de 1990, reconheceu-se como medida relativa.

Existem, ainda, índices mais atuais e modernos, como a Bioimpedância Eletrônica e a Calorimetria indireta (para auxílio do tratamento) que, todavia, devido ao custo mais elevado, ainda não possuem amplitude de atuação em serviços públicos de saúde, por isso, não são explorados neste texto.

### **Aspectos Multifatoriais**

A causa fundamental da obesidade e sobrepeso é um desequilíbrio entre o consumo de calorias e o gasto calórico efetuado (WHO,2012; Coutinho & Dualib, 2006). Todavia, obesidade é caracterizada pela conjunção de fatores que determinam que o consumo energético seja cronicamente maior que o gasto energético. Embora esse mecanismo básico seja esclarecido, há inúmeros fatores envolvidos que podem promover o excesso de peso e configuram a etiologia multifatorial da obesidade. O ponto básico é que não necessariamente aqueles que estão acima do peso comem mais do que outros o fazem.

A obesidade é um complexo fenômeno, que envolve fatores biológicos/genéticos (tais como genes de susceptibilidade para ação ambiental), hormonais, ambientais, psicológicos e de cunho emocional (Straub, 2007). Esta múltipla etiologia define formas de tratamento executadas por equipes multidisciplinares, compostas por médicos (cirurgiões, endocrinologistas), enfermeiros, treinadores físicos, nutricionistas e psicólogos (Cade, Borloti, Perin, Silveira, Ferraz, & Bergamim, 2009).

Os principais elementos apontados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2012) e pela OMS (WHO,2013) como potencializadores da obesidade são:

(1)Ingestão excessiva de alimentos, favorecida por hábitos de vida contemporânea de consumo exagerado de alimentos de alto valor calórico, ricos em gorduras e pobres

em qualidade nutricional, que pode ser potencializada pelo desenvolvimento de Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica.

(2) Falta de atividade física e aumento da natureza sedentária de diversas formas de trabalho e rotinas de vida, tais como o uso de controles remotos de TV, elevadores, automóveis, escadas rolantes, entre outros.

(3) Relação entre genética e obesidade. É esperado que pais com peso normal tenham, em média, 10% dos filhos obesos. Já para pais obesos, espera-se 50% de filhos obesos para apenas um dos pais e 80% para ambos.

(4) Problemas hormonais, incluindo alterações nas funções das glândulas tireóide, suprarrenais e da região do hipotálamo.

Vale lembrar que, em relação aos aspectos sociodemográficos, a maioria dos pacientes são mulheres e a obesidade é mais visível e presente nas classes socioeconômicas menos favorecidas (Ali & Lindström, 2006; Klumbiene, Petkeviciene, Helasoja, Prättälä, & Kasmel, 2004; Lissner, 1997; Matos et al., 2002; Mahony, 2008; Santry et al. 2007).

Apesar de se estimar que os fatores genéticos respondam por 24 a 40% da variância do IMC, aponta-se que o determinante principal para o desenvolvimento da obesidade seja a mudança de comportamento alimentar e os hábitos de vida sedentários. O comportamento alimentar e a fome não são controlados apenas por fatores fisiológicos (Straub, 2007), mas elementos psicossociais e culturais, tais como (a) uma ampla disponibilidade de alimentos atrativos e de baixo custo, porém, com alto teor calórico; e (b) o baixo encorajamento à prática regular de atividades físicas, associam-se ao aumento de peso corporal de indivíduos e grupos (Coutinho & Dualib, 2006; Sichieri & Souza, 2006). A seguir, analisam-se os hábitos alimentares como variável funcionalmente relacionada à obesidade.

### **Hábitos Alimentares**

O aumento progressivo das porções de alimentos consideradas necessárias, bem como a qualidade nutricional reduzida dessas porções, pode ser considerado um dos principais responsáveis pelo aumento do consumo calórico, e fator gerador de obesidade.

Os fatores dietéticos que contribuem para a obesidade incluem desde a forma como se obtêm os alimentos, seu processamento e o hábito social de ingeri-los, tais

como horários, locais, forma e indicadores de mastigação. Dados brasileiros indicam modificações nos hábitos alimentares associados à obesidade, como o aumento do teor de gordura e açúcar e a redução do consumo de arroz, feijão e grãos. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, Sichieri, Castro e Moura (2003, citado em Sichieri & Souza, 2006), destacam a redução de 30% do consumo de arroz e o aumento de 268% do consumo de refrigerantes em 12 anos.

Sichieri e Souza (2006) pontuam que apesar de contar com enorme responsabilidade do indivíduo em termos de mudança de hábito - com necessidade de redução de consumo de alimentos calóricos e aumento de gasto energético - para a obtenção de perda de peso e redução de comorbidades, o sucesso também depende de ações coletivas que reduzam os fatores de risco, tais como estímulo à propaganda de produtos alimentícios favoráveis à saúde, à prática regular de atividade física e maior acesso a ambientes promotores de atividades de lazer.

Mudanças na dieta e em padrões de atividade física são, frequentemente, o resultado de mudanças sociais e ambientais gradativas, associadas ao desenvolvimento de políticas públicas de apoio aos setores da saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, meio-ambiente, publicidade e educação (WHO, 2013). A seguir, discutem-se algumas modalidades de tratamento da obesidade.

## **Tratamentos**

No contexto atual, com a prevalência de ambientes favoráveis à obesidade, o tratamento eficiente constitui um grande desafio para as equipes médicas. Segundo Moreira e Benchimol (2006), alta prevalência de comorbidades clínicas associadas, assim como um grande comprometimento funcional e psicológico, tornam a obesidade um problema de saúde, que deve ser abordada por todos os profissionais da área. É percebido que apenas a intervenção médica não tem se mostrado suficiente. Dessa forma, o tratamento da obesidade é multidisciplinar e não há resultados satisfatórios, em longo prazo, sem uma mudança significativa dos hábitos do indivíduo, com destaque para mudanças no padrão alimentar e adesão a atividades físicas (Moreira & Benchimol, 2006).

Para Moreira e Benchimol (2006), o tratamento da obesidade, de maneira geral, é possibilitado por quatro tipos de intervenção: tratamento nutricional,

orientação à atividade física, tratamento psicológico e tratamento farmacológico. Segundo a SBCMB (2012), a primeira opção para se livrar do excesso de peso é o chamado tratamento clínico, que inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista e nutricionista, com a inclusão de fisioterapeuta e psicólogo. O objetivo é conscientizar o paciente da necessidade de trocar o sedentarismo e a má alimentação por hábitos mais saudáveis, que contemplem atividade física e dieta balanceada. Quando o tratamento clínico não se mostra eficaz, para indivíduos com o IMC acima de 40, ou acima de 35 com presença de comorbidades, pode-se considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico, a popular “redução de estomago” - ou cirurgia bariátrica, apontada como intervenção eficaz à perda de peso a curto prazo, porém, sem garantia de que seja acompanhada de mudança de hábitos dos pacientes (Weineland, Arvdsson, Kakaulidis & Dahl, 2012).

Neste trabalho optou-se por relatar, brevemente, os princípios dos tratamentos nutricional, farmacológico e voltado ao engajamento de atividades físicas. Uma maior atenção é dirigida ao tratamento psicológico e cirúrgico, tendo em vista o objetivo desta dissertação.

### **Tratamento nutricional**

Entendendo que o corpo requer uma enorme quantidade de nutrientes para se manter saudável, dentre os quais, água, proteínas, gorduras, carboidratos, minerais e vitaminas, ainda há muita divergência sobre a melhor maneira de reduzir essa ingestão calórica com objetivo de se perder peso em condições satisfatórias (Straub, 2007).

O objetivo básico do tratamento nutricional, segundo Bressan e Costa (2006), é a perda de peso sustentada, saudável e que promova benefícios globais ao paciente. Dessa forma, qualquer tratamento ou tentativa de perda de peso tornam-se ineficazes se não houver uma completa mudança do padrão alimentar. Busca-se, em geral, a orientação à uma dieta ou plano alimentar com baixa quantidade de gordura. Destaca-se que tem sido evitado, atualmente, a utilização de dietas de baixíssimo aporte calórico, devido à grande prevalência de ganho de peso após a interrupção da dieta - dentre dietas sem um efeito benéfico a longo prazo, destacam-se dietas da moda ou alimentos da moda tido como milagrosos (ABESO, 2009).

Em relação a dietas de perda de peso, assumindo-se que o gasto energético não muda, o *US National Institutes of Health*, em 1998, avaliou 86 estudos sobre a efetividade de vários tipos de dietas. As diretrizes básicas, após essa revisão, foram descritas pela ABESO (2009, pp. 35-36) e destacam:

- (1) Qualquer programa que tenha como objetivo uma perda de peso entre 0,5 a 1kg por semana deve incluir uma dieta planejada individualmente e que crie um déficit de 500 a 1000 calorias.
- (2) Dietas de baixas calorias, com 1.000 a 1.200 kcal por dia, reduzem em média 8% do peso corporal, em três a seis meses, com diminuição de gordura abdominal. Estudos de longo prazo mostram perda média de 4% em três a cinco anos.
- (3) Dietas de baixíssimas calorias, com 400 a 800 kcal por dia, produzem perda de peso maior em curto prazo, em comparação às dietas de baixas calorias. Entretanto, em longo prazo, no período de um ano, a perda de peso tende a ser similar.
- (4) Dietas escassas em gorduras, sem redução do número total de calorias, não levam à perda de peso. Entretanto, reduzir a quantidade de gordura, em uma dieta hipocalórica, é uma maneira prática de diminuir a ingestão calórica e induzir a perda de peso.
- (5) Dietas que contenham 1.400 a 1.500 kcal por dia, independentemente da composição de macronutrientes, levam à perda de peso.
- (6) O contato frequente entre o médico e o paciente e o tempo despendido com o paciente auxiliam a perda e a manutenção do peso.

Inúmeras outras organizações mundiais adotam recomendações e orientações sobre o controle do peso. Por exemplo, a *American Heart Association* recomenda como dieta eficaz aquela constituída por 55% ou mais de calorias de carboidratos e 30% ou menos de gorduras (7 a 10% de gorduras trans\saturadas, 10% poliinsaturadas e 15% monoinsaturadas); já a *National Academies of Science's Institute of Medicine* recomenda 45 a 65% de calorias de carboidratos, 20 a 35% de gorduras e 10 a 35% de proteínas (Moreira & Benchimol, 2006).

### **Orientação à atividade física**

Segundo Moreira e Benchimol (2006), um plano de atividade física está relacionada a um maior gasto energético, uma conseqüente melhora da qualidade de vida e dos parâmetros metabólicos. Apesar de frequentemente relegada a um plano secundário, a prática regular de atividade física é um ator essencial ao tratamento da obesidade. A prescrição da atividade física, além de indispensável, deve ser feita de maneira progressiva, observando-se a possível presença de efeitos não desejados e a tolerância do paciente à atividade prescrita (Hill & Wyatt, 2005 citado em Moreira & Benchimol, 2006).

Apesar de não existir consenso sobre a quantidade ideal de atividade a ser praticada, algumas recomendações de órgãos mundiais podem ser referidas. O *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América, propõe uma prática de atividade física de 45 a 60 minutos por dia, para um resultado potencial de perda de peso eficaz. Já a *International Association for the Study of Obesity* (IAOS) recomendada de 60 a 90 minutos por dia (Moreira & Benchimol, 2006).

Vale lembrar que a perda de peso por meio de dieta, sem exercício, pode implicar em uma drástica redução do metabolismo de repouso (Fortes, 2006), o que não é desejado em uma população que, em geral, já apresenta dificuldades metabólicas.

### **Tratamento farmacológico**

O tratamento farmacológico é, atualmente, uma das principais abordagens ao tratamento da obesidade. No Brasil, segundo recomendações publicadas pelo Consenso Brasileiro sobre Obesidade (Coutinho, 1999), a Fluoxetina, Sibutramina e o Orlistate são definidos como fármacos comumente indicados. Ademais, inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) se mostram eficazes nos casos de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a melhora destes episódios tem associação, também, com perda de peso quando a obesidade está relacionada ao transtorno.

A Sibutramina é uma amina terciária que age inibindo a recaptção de serotonina e noradrenalina e, em menor grau, a dopamina. Sua atuação deve-se à diminuição da ingestão alimentar e elevação da termogênese em alguns indivíduos. Mais de 66% de indivíduos que completam um ano de tratamento perdem mais de 5%

de seu peso, se comparados a apenas 29% do grupo placebo (Vasques, Martins,& Azevedo, 2004).

O Orlistate age inibindo a lípase pancreática, diminuindo a absorção de gordura no trato gastrointestinal e gerando perda de peso. Para que seus resultados sejam eficazes é essencial a ocorrência paralela de uma dieta orientada e associada com exercícios físicos. Por sua ação exclusivamente gastrointestinal, não apresenta efeitos de redução de episódios de compulsão alimentar (Vasques, Martins,& Azevedo, 2004). Já drogas como a Fluoxetina e Sertralina podem ser benéficas em casos de comorbidades, tais como depressão e TCAP (Vasques, Martins e Azevedo, 2004). O Topiramato, droga anticonvulsivante, tem tido ação destacada como promotor de perda de peso e útil ao tratamento do TCAP (Vasques, Martins,& Azevedo, 2004).

Em geral, entende-se que o tratamento farmacológico deve acontecer aliado a outros tratamentos clínicos, para uma maior garantia de resultados eficientes.

### **Tratamento psicológico**

Pacientes obesos, em geral, apresentam percepções imprecisas da necessidade de dietas, assim como baixa autoavaliação de seus estados de saúde e tendência ao isolamento social (Fonseca & Matos, 2005), de forma que é importante conhecer o perfil psicológico para a promoção de estratégias de saúde e adesão mais eficientes.

Apesar dos inúmeros tratamentos possíveis, entende-se que as mudanças no estilo de vida constituem os pilares do tratamento da obesidade, que podem subsidiar outras mudanças. No entanto, alterações do estilo de vida requerem manejo comportamental e cognitivo, que permitem o estabelecimento de metas específicas, tais como diminuição do consumo calórico diário, aumento do gasto energético e perda de peso corporal (Moreira & Benchimol, 2006).

Segundo Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004), o tratamento da obesidade mórbida deve se basear em uma abordagem biopsicossocial que assegure o sucesso potencial do tratamento. Quando se trata de obesidade e tratamento psicológico, a perspectiva teórico-filosófica mais referida pela literatura é a Cognitivo-Comportamental, como foco de intervenção prioritário sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente (White, 2003).

De maneira resumida, por pensamentos, entende-se o conteúdo mental vivenciado, por um indivíduo, geralmente representado por palavras ou imagens. Sentimentos referem-se a experiências afetivas vivenciadas de forma contínua pelo indivíduo. Segundo White (2003), por comportamento, entendem-se as ações desempenhadas pelo indivíduo, possíveis de observação, desde ações micro (como respiração), até macro (como comer em resposta).

O modelo cognitivo sustenta que todos os indivíduos possuem um conjunto de crenças condicionais aprendidas e acumuladas ao longo da vida. Essas crenças regem e dão significado à vida do indivíduo (White, 2003). Esses processos podem ser manipulados quando se busca obter determinada perda de peso: é preciso mudar as relações com crenças e comportamentos disfuncionais. A forma de trabalho, variável em função da abordagem cognitiva adotada pelo profissional, inclui instruções ou procedimentos de manejo que alterem as contingências (as relações entre eventos e comportamentos) e as regras (valores e crenças que mantêm determinados comportamentos). (Cade, Bortoli, Vieira, Perin, Silveira, Ferraz, & Bergamim, 2009).

Uma abordagem cognitiva ao comportamento alimentar, por exemplo, incluiria a compreensão detalhada sobre o papel da emoção no padrão alimentar, atividade física e vida social do indivíduo. O objetivo final é a modificação do estilo de alimentação e da atividade física, bem como a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis e relacionados à perda de peso. Outros fatores relativos ao comportamento alimentar devem ser destacados. Levanta-se a hipótese de que pessoas obesas e não obesas reagem de formas diferentes aos estímulos alimentares. De acordo com a hipótese da Internalidade e Externalidade, sensações de fome e saciedade, em pessoas de peso normal, são fortemente relacionadas a estímulos internos, como sensação de estômago cheio ou mal estar, enquanto pessoas obesas respondem mais a “dicas” externas, como horário do dia, ou sabor, ou cheiro ou aparência da comida. Ademais, a maior sensibilidade a estímulos externos, em geral, ocorre mais frequentemente em pessoas sob dietas restritivas ou extremamente restritivas (Straub, 2007).

Marchesini et al (2002), ao estudar o efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) sobre a qualidade de vida de 168 indivíduos obesos com e sem compulsão alimentar, observou que a TCC produz efeitos significativos sobre a perda de peso e a melhora da qualidade de vida. Para pacientes com compulsão alimentar, a perda de peso foi proporcionalmente menor, porém, indicadores de

melhora da qualidade e vida atingiram níveis maiores do que aqueles obtidos por pacientes sem esses transtornos.

As principais características de um programa de emagrecimento que adota a perspectiva da TCC, apontadas por Radomile (2003), são: (a) estabelecer objetivos modestos e gradativos; (b) compreender como ocorre o comportamento alimentar e como modificá-lo; (c) usar controle de estímulos: minimizar ou eliminar os riscos que podem levar a comer em excesso ou à alimentação não saudável; (d) estimular a prática de exercícios; (e) praticar reestruturação cognitiva: abordar distorções cognitivas como generalização excessiva (extrapolação de uma regra para toda a vida) e inferência arbitrária (chegar a uma conclusão, normalmente negativa, apesar da falta de evidências para aprová-la); (f) reduzir ou eliminar a compulsão; (g) adotar dieta de baixas calorias; e (h) buscar apoio social.

Algumas estratégias cognitivas têm sido particularmente referidas pela literatura como potencialmente eficientes ao tratamento de indivíduos obesos. No automonitoramento, por exemplo (Moreira & Benchimol, 2006; Radomile, 2003), o paciente é ensinado a observar sistematicamente seus comportamentos, registrar os alimentos ingeridos e as circunstâncias associadas aos alimentos e refeições. O registro deve incluir pensamentos, sentimentos e comportamentos e relacioná-los aos hábitos alimentares. Tal registro subsidiará o planejamento de mudanças necessárias (Kramer e Stalker, 1989, citado em Radomile, 2003). Outras técnicas incluem estabelecimento de metas, adesão ao esquema alimentar e à atividade física, controle de estímulos (identificação de situações que favorecem episódios de comer não desejados e desenvolvimento de estilo de vida que minimize o contato com essas situações), treinamento em resolução de problemas (desenvolvimento de estratégias alternativas para enfrentar dificuldades sem recorrer à alimentação), reestruturação de objetivos e prevenção de recaída (Berkel et al, 2005, citado em Moreira & Benchimol, 2006; Duchesne, Appolinário, Rangé, Freitas, Papelbaum, & Coutinho, 2007).

Associa-se à TCC a abordagem de terapia em grupo, que, por sua vez, tem sido apontada como promotora de um ambiente extremamente satisfatório à exploração e mudanças de crenças não favoráveis, por meio da expressão e compartilhamento de sentimentos, pensamentos e comportamentos. A terapia em grupo procura ajudar os pacientes a tomar consciência das hipóteses que estão

formando e, em seguida, com o auxílio dos demais participantes, quais são prioritárias (White, 2003).

Mesmo quando se opta pelo tratamento cirúrgico da obesidade, o procedimento mais adequado deve incluir um programa de avaliação e intervenção psicológica. Devido à natureza complexa dessa doença, aspectos psicológicos, psiquiátrico e médicos devem caminhar juntos para que se obtenham resultados mais efetivos. Em função das muitas dificuldades e problemas que enfrentam os pacientes no percurso do tratamento médico, a terapia comportamental, ou cognitiva, é essencial. Um processo psicoeducativo, que visa suprir a lacuna de conhecimento dos pacientes sobre nutrição, exercícios e saúde, além de um treinamento de assertividade, parece fundamental para o sucesso do tratamento (Fawzy et al, 1983; Kusunoki & Zancaner, 2012)

### **Tratamento cirúrgico**

Para indivíduos com IMC acima de 40, ou acima de 35 com presença de comorbidades, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o melhor tratamento, considerando critérios de perda e manutenção de peso (Weineland, Arvdsson, Kakoulidis, & Dahl, 2012), bem como reversão dos efeitos adversos da obesidade (Tayyem, Ali, Atkinson, & Martin, 2011). Todavia, 20 a 30% dos pacientes submetidos à cirurgia começam a reganhar peso, em média, após 24 meses de cirurgia (Weineland, Arvidsson, Kakoulidis, & Dahl, 2012), o que demonstra a necessidade de intervenções psicossociais que possam aprimorar as condições psicológicas do paciente para manter novos hábitos alimentares.

O número de cirurgias bariátricas vem crescendo significativamente, conforme apontam dados da SBCBM (2012), apresentado na Figura 1:

Ano	Cirurgias realizadas
2003	16.000
2004	18.000
2005	22.000
2006	29.500
2007	33.000
2008	38.000
2009	45.000 (25% por videolaparoscopia)
2010	60.000 (35% por videolaparoscopia)

Figura 1

Número de Cirurgias por ano. Fonte: SBCBM (2012).

A SBCBM (2012) e a ABESO (2009/2010), destacam os critérios de inclusão de pacientes como candidatos à cirurgia bariátrica:

- (1) IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades.
- (2) IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup> com uma ou mais comorbidades ocasionadas ou agravadas pela obesidade (DM2, SM, Hipertensão arterial, Dislipidemias, Síndrome dos ovários policísticos, Apnéia do sono, entre outros).
- (3) IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> com presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista e a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.
- (4) Ter sido submetido, ao menos, a um tratamento convencional prévio, conduzido por profissional qualificado, por período mínimo de seis meses, sem resultado ou com ganho de peso posterior.
- (5) Ter entre 18 e 65 anos, sem restrições quanto à idade.
- (6) Entre 16 e 18 anos, apenas se houver indicação e consenso entre a família, ou o responsável pelo paciente, e a equipe multidisciplinar.
- (7) abaixo de 16 anos, exceto em caso de síndrome genética, quando a indicação é unânime, os riscos sejam avaliados por cirurgião e equipe multidisciplinar. Da mesma forma que o anterior, também deve haver consenso entre a família e a equipe.

(8) Acima de 65 anos, deve-se proceder à avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios potenciais do emagrecimento.

Devido à frequência e rapidez com que tem sido realizada, Segal e Fandiño (2002), alertam que a indicação de tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do paciente; a avaliação pré e pós-operatória deve ser realizada por uma equipe que contemple endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões, determinando, inclusive, o tipo de cirurgia mais adequada a cada caso. Os tipos e procedimento são a seguir discutidos.

### ***Tipos de Cirurgia***

Segundo dados da SBCBM (2012), as cirurgias diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Quanto ao tipo, as cirurgias se classificam em: (a) restritivas, que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar; (b) disabsortivas, que reduzem a capacidade de absorção do intestino; e (c) mistas, com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino e discreta má absorção de alimentos. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, segundo a SBCBM, estão aprovados, no Brasil, quatro modalidades de cirurgia bariátrica e metabólica

(1) Banda gástrica ajustável ou LapBand: aplicação de um anel de silicone inflável, que se ajusta ao redor do estômago, de modo a criar uma câmara de contenção. O orifício de passagem desta câmara regula-se por mecanismo pericutâneo de insuflação, o que torna possível o controle do esvaziamento do estômago. Foi criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996. Apesar de não promover mudanças na produção hormonal, tem-se mostrado eficaz ao assegurar uma redução de peso em torno de 20 a 30% do peso inicial (SBCBM, 2012; Segal & Fandiño, 2002; Cotta-Pereira & Benchimol, 2006).

(2) Gastroplastia vertical por bandagem (Cirurgia de Mason): fechamento de uma porção do estômago por meio de uma sutura. O estômago se transforma em um tubo, com capacidade de, aproximadamente, 80ml. Restringe-se, ainda, a saída deste tubo pelo uso de um anel de contenção, que potencializa a sensação de saciedade. Assim, há redução significativa da capacidade gástrica. Observa-se alta incidência de reicidiva de obesidade após 10 anos da cirurgia, especialmente pela

ingestãocrescentede líquidos supercalóricos. Todavia, tem tido boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças associadas ao acúmulo de gorduras (SBCBM, 2012; Segal & Fandiño, 2002; Cotta-Pereira & Benchimol, 2006).

(3) Duodenal Switch:associação entre gastrectomia vertical e um desvio realizado no intestino. Neste caso, 85% do estômago é retirado, mas sua fisiologia de esvaziamento é preservada. O desvio intestinal promove uma redução de absorção de nutrientes, o que favorece o emagrecimento (SBCBM, 2012; Segal & Fandiño, 2002; Cotta-Pereira & Benchimol, 2006).

(4) Derivação gástrica em Y-de-Roux (Bypass gástrico ou Cirurgia Fobbi-Capella): estudado desde a década de 1960 e, atualmente, considerado o procedimento mais eficiente e adotado para o tratamento da obesidade no Brasil e no mundo, especialmente devido a sua segurança e eficácia, gera resultados de perda de peso que variam entre 40% e 45% do peso inicial.

Um aspecto a ser destacado no que se refere à cirurgia mista é a associação de técnicas de redução do volume gástrico (restritiva) e prejuízo na digestão e absorção, através de uma derivação gástrica-jejunal em Y de Roux. Consiste no grampeamento de parte do estômago, reduzindo a capacidade gástrica para recebimento de alimentos (redução do volume gástrico para,aproximadamente, 50 ml). Além disso, ocorre um desvio no intestino inicial, com a exclusão de 75 a 100 centímetros do intestino delgado proximal. Pode, ainda, ser inserido um anel de contenção, que facilita o processo restritivo. A meta desta técnica é alcançar a perda de 65 a 80% do excesso de peso em, aproximadamente, um a dois anos, além da redução de comorbidades associadas à obesidade (Karlsson, Sjostrom, & Sullivan, 1998; Karason et al., 2000; Sjostrom et al., 1999). Todavia, grande percentual de reganho de peso é ainda apontado, com melhores resultados apresentados até os primeiros 24 meses pós cirúrgicos (Leal & Baldin, 2007).

Outro procedimento, denominado, balão intragástrico, não é considerado cirúrgico. Reconhecido como terapia auxiliar ao tratamento da obesidade, trata-se de um procedimento realizado por endoscopia digestiva, que consiste na colocação, dentro do estômago, de um balão (prótese) de silicone, visando diminuir o volume gástrico disponível, provocando saciedade (pela diminuição do volume residual disponível para os alimentos). O procedimento é provisório e o paciente fica com o

balão por um período médio de seis meses. É indicado no preparo pré-operatório de paciente com IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>.

De maneira geral, o objetivo das cirurgias bariátricas, seja qual for a técnica adotada, é a busca por saúde, com redução das comorbidades e melhora da qualidade de vida, muito mais do que apenas a perda de peso (SBCBM, 2012; Segal & Fandiño, 2002; Cotta-Pereira & Benchimol, 2006).

Os pacientes, participantes deste estudo, devem utilizar, na cirurgia, a técnica de Bypass Gástrico ou Y de Roux.

### **Comorbidades**

Apesar de ser uma doença evitável, a obesidade tem proporcionado o aumento da incidência de outras doenças. A obesidade mórbida, por exemplo, pode estar associada a diversas complicações médicas (Jia & Lubetkin, 2005), psicológicas e sociais, entre elas: doenças cardíacas, respiratórias, ósseas (osteoporose, artrose, entre outras), alguns tipos de cânceres (mama, colo de útero), insônia, diabetes, ansiedade, depressão, baixa autoestima, imagem corporal negativa, compulsão alimentar, isolamento social e baixa qualidade de vida (Greenberg, Perna, Kaplan, & Sullivan, 2005). Todavia, além de problemas físicos, podem ocorrer dificuldades sociais que influenciam as relações interpessoais e o recrutamento de apoio social de indivíduos com esta doença (Hörchner, Tuinebreijer, Kelder, & Urk, 2002). Esses problemas são abordados a seguir.

Sobrepeso e obesidade estão classificados como a quinta maior causa de mortes no mundo (WHO, 2013). Dados do NIH apontam a obesidade com a segunda maior causa comportamental de morte, perdendo apenas para o cigarro (Straub, 2007). Pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem, por ano, com complicações decorrentes da condição de sobrepeso ou obesidade. Mais de 44% dos casos de diabetes, 23% de isquemia cardíaca e entre 7% e 41% de alguns cânceres são atribuídos ao sobrepeso e obesidade (WHO, 2012).

Segundo a SBCBM (2012), algumas comorbidades médicas podem ser desenvolvidas a partir da obesidade. Dentre essas, destacam-se:

(1) Diabetes: estimativas da OMS apontam 11 milhões de diabéticos no Brasil e 6% da população mundial. A diabetes tipo 2 (DM2) está diretamente associada à obesidade. Dentre suas principais causas, destacam-se o estresse, hábitos alimentares

não saudáveis e vida sedentária. Pessoas com excesso de peso têm risco três vezes maior de desenvolver diabetes do que pessoas com peso normal.

(2) Hipertensão arterial: relaciona-se diretamente ao excesso de peso corporal. Assim como a diabetes, hábitos de vida não saudáveis, como sedentarismo e consumo exagerado de alimentos industrializados e ricos em sal, potencializam os níveis de pressão arterial. Por outro lado, uma redução do IMC tem impacto significativo sobre a pressão arterial.

(3) Problemas articulares: a sobrecarga provocada pelo excesso de peso pressiona as vértebras e desgasta as articulações, podendo gerar dor, hérnia de disco e outras complicações. As dores também são comuns em membros inferiores, como joelhos e tornozelos. Da mesma forma, a redução do IMC minimiza o impacto sobre a estrutura óssea.

(4) Outras: a obesidade relaciona-se, também, a dificuldades respiratórias, apnéia do sono, risco aumentado de embolia pulmonar por alterações da coagulação sanguínea, deficiências nutricionais, alguns tipos de câncer (de útero, mama e intestino grosso), entre outras.

Devido à natureza deste trabalho, uma maior atenção é dirigida ao estudo das comorbidades psicológicas relacionadas à obesidade.

### **Transtornos psicológicos**

Embora não seja considerada um transtorno psiquiátrico (Segal & Fandiño, 2002), a obesidade, especialmente em indivíduos que aguardam cirurgia bariátrica, têm provocado a referência de muitos transtornos psicológicos que merecem atenção.

No que se refere aos efeitos psicológicos da obesidade, pesquisas apontam que a doença pode influenciar, de modo adverso, a aquisição e manutenção de relações interpessoais saudáveis e a percepção de suporte social disponível ao enfrentamento de situações cotidianas (Hörchner et al., 2002), além da relação largamente demonstrada entre obesidade, ansiedade e depressão (Bodenlos, Lemon, Schneider, August, & Pagoto, 2012; Costa & Biaggio, 1998; Garipey, Nitka, & Schmitz, 2010; Simon et al., 2006; Scott et al., 2008). A seguir, discutem-se estudos sobre a temática de ansiedade, obesidade e outros transtornos psicológicos.

### *Ansiedade, obesidade e outros transtornos*

Matos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck e Zanella (2002) realizaram um estudo com 50 pacientes que revelou que a ansiedade apresentou-se como traço em 70% dos casos, e como estado em 54%. Além disso, a preocupação com a imagem corporal adversa esteve presente em 76% dos pacientes. Já sintomas depressivos se mostraram presentes em 100% dos pacientes, com 84% dos participantes apresentando sintomatologia grave. De maneira mais preocupante, em estudo com 70 pacientes obesos, Lester, Iliceto, Pompili e Giradi (2011) observaram que 23% dos pacientes apresentavam risco de suicídio e 32% demonstraram sintomatologia de depressão grave.

Em estudo longitudinal, Sullivan et al. (1993) estudaram 800 homens e 943 mulheres obesas, comparando níveis de depressão, ansiedade e bem-estar bem mental com os de pacientes com doenças crônicas, mas não obesos. Os autores observaram que os obesos reportavam piores estados de saúde, humor deprimido, bem-estar mental referido como mais pobre e maior sintomatologia de ansiedade (com prevalência de mulheres), quando comparados ao grupo de pacientes com doenças crônicas. Outros estudos corroboram os mesmos indicadores entre pacientes obesos e ainda incluem a maior probabilidade de se encontrar pacientes com transtornos de compulsão alimentar periódica (Andrews, Lowe, & Clair, 2009; Guerdjikova et al., 2007; Ludwig, Bortolon, Bortolini, Feoli, Macagnan, & Oliveira, 2012; Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008; Tosetto & Simeão Jr, 2008).

Nesse sentido, entende-se que fatores psicológicos estão relacionados funcionalmente com o sucesso ou fracasso do enfrentamento da obesidade (Bodenlos et al., 2012; Hörchner et al., 2002). Cirurgias bariátricas também podem ter probabilidade de sucesso diminuída em contextos de transtornos psicológicos e de baixa interação social. A seguir, são discutidos estudos que referem a relação entre cirurgia bariátrica e transtornos psicológicos.

### *Cirurgia bariátrica e transtornos psicológicos*

Estudos apontam uma prevalência aumentada de psicopatologias associadas à obesidade. Segundo Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), pessoas obesas apresentam mais sintomas depressivos, ansiosos e de transtornos alimentares e de personalidade. Black, Goldstein e Mason (1992) referiram prevalências aumentadas de transtornos de

humor, transtornos de ansiedade, bulimia, dependência do tabaco e transtornos de personalidade, em pacientes que aguardavam cirurgia bariátrica. Por sua vez, Sarwer et al. (2004), em uma amostra de 90 candidatos a cirurgia bariátrica, observaram que dois terços tinham recebido algum diagnóstico psiquiátrico, sendo a depressão maior o diagnóstico mais comum.

Ademais, pacientes obesos e com doenças psiquiátricas crônicas apresentam maiores dificuldades de adaptar seus comportamentos alimentares às modificações impostas pela cirurgia bariátrica. Assim, é essencial destacar o valor preditivo da intensidade e gravidade de sintomas psiquiátricos no período pós-cirúrgico do que apenas a presença, ou não, de um transtorno psiquiátrico (Fandiño & Appolinario, 2006).

Apesar destes indicadores, em geral, há melhora do funcionamento psicológico após a cirurgia, verificada em estudos longitudinais. Desde 1992, Kral, Sjöström e Sullivan já apontavam resultados de estudos que demonstravam uma significativa melhora da qualidade de vida entre pacientes submetidos à cirurgia. Outros estudos confirmam estes dados, destacando diminuição de índices de depressão e ansiedade, aumento da percepção de apoio social e da motivação para prosseguir com o tratamento (Karlsson et al., 1998; Mota, 2012; Oliveira & Yoshida, 2009; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2009; Soares, 2009).

Conforme lembram Sarwer, Wadden e Fabricatore (2005), nos dois primeiros anos após a cirurgia, é comum uma grande perda de peso, em torno de 50-60% do peso anterior. Todavia, após este período, é frequente o reganho de peso. Para os autores, uma boa condição psicossocial e de enfrentamento aumenta a probabilidade do sucesso cirúrgico por maiores períodos de tempo.

### **Preconceitos**

Além dos transtornos psicológicos, o preconceito tem sido percebido como uma das principais fontes de sofrimento dos indivíduos obesos. O preconceito relacionado à obesidade é caracterizado como uma tendência a julgar um indivíduo de maneira negativa, ou discriminatória, devido ao seu sobrepeso (Puhl & Brownell, 2001). Hansson, Näslund e Rasmussen (2010), ao estudar 5018 indivíduos com e sem obesidade, observaram que episódios de discriminação eram mais frequentemente reportados por indivíduos obesos, quando comparados com aqueles de peso normal.

Já Carr e Friedman (2005), em estudo com 3000 adultos, de todos os pesos, perceberam que comparados com pessoas de peso normal, indivíduos obesos mórbidos estavam mais propensos a reportar discriminação cotidiana e institucional, além de reportarem menores níveis de autoaceitação social.

Importante ainda é destacar que uma das grandes fontes de discriminação à população obesa vem da própria equipe de saúde que atende os pacientes (Hansson et al., 2010; Malterud & Ulriksen, 2011; Segal & Fandiño, 2002). Em lugar de receberem cuidados especializados e integrais à saúde, os pacientes referem, com frequência, que são alvo de brincadeiras e ofensas relacionadas ao peso, gerando conseqüências psicológicas adversas. Em um estudo com 105 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, Anderson e Wadden (2004) relataram que 13% referiram que tinham sido desrespeitados por membros da classe médica que os acompanhavam.

### **Enfrentamento**

O modo como o paciente lida com a condição de obesidade, incluindo exigências, limitações e mudanças de hábitos, é uma das variáveis funcionalmente relacionadas ao potencial sucesso do tratamento (Hörchner et al., 2002; Li & Rukavina, 2009).

Enfrentamento, ou *Coping*, é o nome designado às estratégias adotadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias estressantes, adversas ou desagradáveis, assim como é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas que possam surgir em situações de estresse (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980). As estratégias podem estar focadas no problema (mudar os hábitos para que seja possível o emagrecimento, por exemplo), ou na emoção (o que fazer com os sentimentos diante da obesidade, por exemplo).

O enfrentamento vem sendo largamente estudado em contextos de cuidados com a saúde. Em oncologia, por exemplo, Mensorio, Kohlsdorf e Costa Junior (2009), apontaram que é possível ensinar estratégias de enfrentamento mais eficientes a cuidadores de crianças e adolescentes em tratamento de câncer pediátrico ao longo dos primeiros seis meses de tratamento. Os autores observaram uma gradativa modificação de estratégias priorizadas ao longo do tratamento, com redução dos níveis de ansiedade.

Em relação à AIDS, Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) descreveram as principais estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas portadoras de HIV/Aids, associando as estratégias a variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Observou-se grande variabilidade de estratégias de enfrentamento desenvolvidas, com predomínio de foco no problema. Entretanto, entre mulheres e indivíduos com nível de escolaridade mais baixo, ocorreu predomínio de estratégias focalizadas na emoção e na busca de prática religiosa. Ao estudar pacientes submetidos a transplante renal, Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007) observaram que as estratégias com foco na emoção foram as mais adotadas pelos pacientes, provavelmente por não se perceberem competentes para o combate da situação, partindo para o uso de regulações afetivas para o suporte da tensão.

Apesar de estudos que investigam estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes obesos durante a vigência de tratamentos clínicos e cirúrgicos, aponta-sea necessidade de mais estudos sobre a eficiência de métodos de manejo de eventos considerados potencialmente adversos ou estressantes do próprio tratamento da obesidade, tais como as mudanças de hábitos alimentares, o engajamento em atividades físicas regulares e a submissão a procedimentos cirúrgicos (Puhl & Brownell, 2003). Puhl e Brownell (2006) destacam múltiplos significados de *coping*, referidos entre pacientes obesos, desde tentativas para enfrentar positivamente a condição de estigmatização, até ações com foco na mobilização de recursos sociais para prevenir a discriminação.

Almeida, Savoy e Boxer (2011), ao examinarem as experiências de preconceito pelo peso adotadas por 2671 adultos obesos, observaram que pacientes mais frequentemente expostos a situações de preconceito relatavam maior número de tentativas, sem sucesso, para lidar com tais situações, assim como maior IMC. Respostas de enfrentamento mais eficientes foram associadas a condições de bem-estar emocional. Os autores destacam que experiências de estigmatização podem dificultar a motivação à adesão de dietas favoráveis à perda de peso, assim como aumentar os níveis de motivação à esquiva de exercícios físicos.

Puhl, Moss-Racusin e Schwartz (2007) observam que, apesar de a insatisfação com o corpo motivar o engajamento em comportamentos de controle de peso, experiências de preconceito não atuam como facilitadoras de estratégias de enfrentamento eficientes, mesmo que aumentem a insatisfação corporal.

Conradt, Dierk, Schlumberger, Rauh, Hebebrand e Rief (2008) apontaram as situações típicas que mais exigem do paciente obeso a adoção de estratégias eficientes de enfrentamento: avaliações negativas deles próprios ou de outras pessoas, adesão à prática regular de exercícios físicos e exposição a situações de risco ambiental (como ir a lojas de roupas e festas sociais com disponibilidade de alimentos calóricos).

Deve-se destacar que não apenas indivíduos obesos, mas a população em geral, também enfrenta dificuldades para adquirir e manter estratégias eficientes de controle de hábitos alimentares. Davies, Bekker e Roosen (2011) examinaram o papel das estratégias de enfrentamento e de psicopatologias como preditoras para a redução de distúrbios alimentares em 93 pacientes não obesos. Estratégias de enfrentamento mais ativas e baixos níveis de psicopatologias foram preditoras de melhores hábitos alimentares. Corroborando esses dados, ao analisar 160 empresários com IMC normal, Potocka e Móscicka (2011) observaram que os hábitos alimentares estavam relacionados ao estresse do trabalho, de modo que estratégias de enfrentamento com foco na emoção e busca por suporte emocional estavam positivamente relacionados a comportamentos alimentares não saudáveis.

Considerando-se o contexto deste estudo, vale lembrar que a decisão pela realização da Cirurgia Bariátrica também envolve inúmeros desafios e, conseqüentemente, a aquisição de estratégias de enfrentamento adaptativas e duradouras. Observa-se que pacientes que reganham peso após a cirurgia, em geral, reduzem a utilização de estratégias de enfrentamento baseadas no problema e aumentam as estratégias baseadas em conteúdos emocionais (Rydén et al., 2003). Desta forma, sugere-se que estratégias de enfrentamento focadas na emoção podem promover má-adaptação e associar-se a um aumento de comportamentos indicadores de sofrimento.

Levantamento bibliográfico efetuado para este estudo, considerando-se publicações nacionais e internacionais dos últimos dez anos, sobre a relação entre indivíduos obesos e estratégias de enfrentamento identificou 16 artigos que contemplavam a análise desta relação. Foram excluídos artigos com participantes que não fossem adultos e aqueles publicados antes de 2001. Após leitura, na íntegra, de todos os artigos selecionados, efetuou-se uma classificação de conteúdo, com três temáticas principais de pesquisa: (a) estratégias de enfrentamento e variáveis da obesidade, tais como: hábitos e transtornos alimentares, distúrbios psicológicos (com

destaque para sintomatologia depressiva e ansiosa) e fatores de personalidade; (b) estratégias de enfrentamento e preconceitos, incluindo, estigma, discriminação, vergonha e racismo; e (c) estratégias de enfrentamento e variáveis relacionadas à cirurgia bariátrica, tais como adesão à dieta e atividades físicas regulares, comorbidades e redução de peso. A Tabela 2, a seguir, identifica os artigos e os principais resultados apontados.

Tabela 2

*Seleção de artigos*

Título do artigo	Ano	Autores	Objetivo principal	Resultados principais
Estratégias de enfrentamento e variáveis da obesidade				
Religious coping moderates the relationship between emotional function and obesity.	2011	Pirutinsky, Rosmarin e Holt	Testar a hipótese de que estratégias de enfrentamento mal adaptadas atuam sobre o hábito alimentar, levando à regulação de emoções com efeitos sobre o peso corporal. Propõe-se que estratégias de enfrentamento religiosas, negativas ou positivas, podem interferir sobre a relação entre funcionamento emocional e o IMC e, conseqüentemente, sobre a obesidade	Os autores perceberam que a elevada utilização de estratégias positivas foram moderadoras de relação emocional com a comida: o funcionamento emocional não foi relacionado à obesidade nesses casos, diminuindo conseqüências adversas possíveis da obesidade, enquanto estratégias negativas não tiveram relação específica, demonstrando que estratégias religiosas positivas podem ser úteis ao combate à obesidade, enquanto as negativas não tem relação direta com o IMC.
The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity.	2009	Andrews, Lowe e Clair	Investigar a relação entre insatisfação de necessidades pessoais e o descontrole emocional do comportamento de comer, em 136 indivíduos obesos.	O estudo apontou uma relação entre a satisfação de necessidades pessoais e comer emocional, com papel mediador de estratégias de enfrentamento negativas: muitos indivíduos encontram dificuldades em lidar com o estresse com outra estratégias de enfrentamento que não o próprio comer.

Eating attitude in obese patients: the evaluation in terms of relational factors.	2010	Keskin, Engin e Dulgerler	Investigar a relação entre atitudes alimentares, percepção corporal, habilidades para resolver problemas e estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse de 99 pacientes obesos.	A habilidade para resolver problemas (referenciada como estratégias de enfrentamento adequadas) aumentava na medida em que atitudes alimentares não adequadas diminuía. Relação positiva foi encontrada entre atitudes alimentares não adequadas e dificuldades na busca de apoio social e habilidades de enfrentamento não satisfatórias das situações adversas.
Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention.	2010	Alberts, Mulkens, Smeets e Thewissen	Investigaram se estratégias de enfrentamento por atenção plena podem efetivamente reduzir o desejo por comida em um grupo de adultos (19) com sobrepeso, participantes de um programa de treinamento alimentar que buscou promover a regulação de desejos por meio de aceitação da condição e uso de estratégias como: desligamento de pensamento obsessivo e redução da relação automática entre impulso e resposta alimentar.	Participantes do grupo experimental apresentaram desejo por comer significativamente mais baixo após a intervenção, quando comparados ao grupo controle, demonstrando a relevância de estratégias de enfrentamento alternativas e eficazes no controle alimentar.
Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up.	2009	Manzoni et al.	Avaliar a eficácia de um programa de relaxamento de três semanas em pacientes obesas que reportaram comer emocional como forma de enfrentamento.	O treino de relaxamento foi eficaz na redução de episódios de comer emocional, sintomas depressivos e ansiosos, atuando como forma de enfrentamento cognitiva favorável.
Coping behavior and loneliness among obese patients.	2002	Horchner, Tuinebreijer, Kelder e Urk	Investigar a relação entre estratégias de enfrentamento, solidão e situações de dificuldades sociais, Em estudo com 104 pacientes obesos..	Observaram que pacientes mulheres demonstraram comportamento de fuga, padrões de resposta passiva e “esperar para ver” como estratégias de enfrentamento, vivenciando suas relações interpessoais íntimas como relativamente pouco confiáveis

Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade.	2008	Tomaz & Zanini	Estudar a relação entre traços de personalidade e o uso de estratégias de enfrentamento em 109 indivíduos com transtornos alimentares e obesidade,	Observaram que indivíduos com alto índice de neuroticismo como característica de personalidade, estratégia de descarga emocional (chorar, gritar) e com transtornos alimentares, apresentavam atitudes alimentares inadequadas (levando ao desenvolvimento de distúrbios alimentares) ao enfrentar os problemas, demonstrando coping desadaptativo em relação a população em geral.
Estratégias de enfrentamento e preconceito				
Coping responses as mediators in the relationship between perceived weight stigma and depression.	2011	Koball & Carels.	Examinar em que sentido as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as experiências de discriminação fazem a mediação entre a percepção deste estigma de peso e depressão em obesos em tratamento, com a participação de 54 obesos,	Maiores experiências de preconceito foram relacionadas a depressão. Ademais, tanto a utilização de estratégias de enfrentamento - mal ou bem adaptadas - mediava significativamente a relação entre o estigma de peso e a depressão.
The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating.	2011	Almeida, Savoy e Boxer	Investigar a relação de fatores de risco, como estresse, funcionamento psicológico, insatisfação corporal, estratégias de enfrentamento negativas e estigmatização pelo peso como preditores do comer compulsivo em pacientes bariátricos.	Estigmatização, assim como o enfrentamento negativo das situações adversas eram preditores do desenvolvimento de compulsão alimentar.
Obesity-related coping and its associations with shame, guilt and weight loss.	2008	Conradt, Dierk, Schlumberger, Rauh, Hebebrand e Rief	Verificar o tipo e a frequência de situações típicas de enfrentamento em que os indivíduos obesos tomam consciência de serem obesos, ou são confrontados, além da relação de respostas de enfrentamento a situações de culpa e vergonha, em 98 indivíduos obesos.	Como situações angustiantes típicas com necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, foram encontradas avaliações negativas por si mesmos ou outros, prática de atividade física, ou situações de risco ambiental (como compra de roupas). Vergonha do peso foi relacionada como

				<p>preditor negativo ao engajamento de estratégias focadas no problema. Já a culpa foi preditora positiva no uso de estratégias com foco no problema. Ademais, perda de peso foi acompanhada por queda em estratégias não focadas no problema, como pensamento fantasioso e evitação do problema.</p>
<p>Coping with perceived racism: a significant factor in the development of obesity in African American women?</p>	2011	Mwendwa et al.	<p>Determinar como respostas emocionais e de enfrentamento à percepção de racismo eram associadas ao IMC em mulheres afro-americanas. Foi utilizada uma amostra de 110 participantes.</p>	<p>Relação significativa entre IMC e respostas comportamentais de enfrentamento ao racismo: mulheres obesas necessitavam utilizar mais estratégias comportamentais de enfrentamento ao racismo percebido que mulheres de IMC normal. Respostas comportamentais de enfrentamento podem promover aumento do risco para a obesidade em mulheres afro-americanas, assim como estratégias de enfrentamento mal adaptadas.</p>
<p>Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults.</p>	2006	Puhl & Brounell	<p>Investigar experiências de estigmatização, tipos de estigmas, estratégias de enfrentamento e comportamento alimentares em 2671 pacientes com sobrepeso ou obesidade.</p>	<p>Experiências de estigmatização pelo peso foram comuns nos sujeitos e uma variedade de estratégias de enfrentamento foi usada em resposta. Exposições mais frequentes a situações de preconceito eram relacionadas a maiores tentativas de enfrentar e mais alto IMC. Estratégias de enfrentamento foram relacionadas a bem-estar emocional e percebe-se que há relação entre</p>

				estigma de peso e funcionamento emocional no tratamento da obesidade, assim como no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being.	2007	Puhl, Moss-Racusin e Schwartz	Estudar, em 1013 mulheres com sobrepeso/obesidade, a relação entre preconceito ligado ao peso, internalização de estigmas de peso e respostas de enfrentamento para lidar com a estigmatização, depressão e comer compulsivo.	Participantes que acreditavam que os estereótipos de peso eram verdadeiros relataram mais episódios de comer compulsivo e dificuldades para aderir à dieta. O engajamento em estratégias de perda de peso como resposta ao preconceito não foi predito por crenças em estereótipos. Pacientes obesos que internalizam estereótipos negativos podem ser vulneráveis ao impacto do estigma de peso sobre o comportamento alimentar: o estigma de peso não age motivando indivíduos a se engajarem em estratégias de perda de peso. Aqueles que acreditavam serem os estereótipos negativos enfrentavam o estigma se recusando a aderirem a dietas.
Estratégias de enfrentamento e variáveis relacionados a cirurgia bariátrica				
Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study.	2003	Rydén, Karlsson, Sullivan, Torgerson e Taft	Observar a relação entre estratégias de enfrentamento priorizadas e reganho de peso após a cirurgia.	Pacientes que ganharam peso reduziram a utilização de estratégias de enfrentamento, sejam elas com foco no problema ou na emoção, porém mantiveram seus níveis de <i>distress</i> inalterados. Todavia, todos os participantes que perderam peso tiveram uma redução nas estratégias com foco na emoção e no <i>distress</i> . Participantes que

				perderam 20 quilos ou mais aumentaram suas estratégias de enfrentamento focadas no problema, resultado em melhorias nos níveis de <i>distress</i> .
Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference.	2001	Rydén, Karlsson, Persson, Sjöström, Taft e Sullivan	Estudar a relação entre estratégias de enfrentamento relacionadas à obesidade e problemas psicológicos conectados à doença, além de explorar o efeito do <i> coping </i> no <i> distress </i> apresentado por esses pacientes, e as diferenças nas estratégias de enfrentamento e <i> distress </i> relacionadas a escolha por realizar a cirurgia bariátrica ou o tratamento convencional para emagrecimento.	Candidatos à cirurgia apresentaram baixos níveis de estratégias focadas no problema e altos níveis de estratégias focadas na emoção. Na amostra estudada, estratégias de enfrentamento focadas na emoção promoveram má-adaptação e foram associadas a um aumento do <i> distress </i> . Entretanto, estratégias de enfrentamento focadas no problema foram mais adaptativas e associadas a uma redução do <i> distress </i> .
Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery.	2012	Ortega, Fernandez-Canet, Alvarez - Valdeita, Cassinello e Baguena-Puigcerver	Investigar os preditores de sintomas psicológicos em 60 obesos mórbidos após cirurgia bariátrica,	Baixo apoio instrumental, variáveis de auto-estima e enfrentamento focado na emoção eram os principais preditores pré-operatórios para sintomas psicológicos seis meses após a cirurgia.
Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery.	2007	Guerdjiova, West-Smith, McElroy, Sonnanstine, Stanford e Keck	Analisar 178 pacientes bariátricos após seis meses da cirurgia, buscando caracterizar o comer emocional e as alternativas para enfrentá-lo	Trinta de oito pacientes (7%) relataram episódios de comer emocional. Pacientes relataram utilizar três principais tipos de comportamentos para lidar com a urgência de comer emocional: comportamento oral (comer algo), sedentarismo e atividade física. A maioria dos pacientes que experienciou o comer emocional escolheu comportamentos

				sedentários como forma de superar e enfrentar a urgência de comer como resposta emocional.
--	--	--	--	--

A análise dos artigos aponta uma clara relação entre obesidade e a necessidade de mudanças de hábitos alimentares, com destaque para o uso de estratégias de enfrentamento mais satisfatórias, que considerem, de maneira mais positiva, as intercorrências do tratamento e a condição geral de obesidade e suas limitações.

Por fim, entende-se que, na luta contra obesidade, é necessária uma ampla adesão do paciente às várias propostas de tratamento. Considerando a grande gama de tratamentos possíveis e a multifatorialidade da obesidade, percebe-se, ainda, uma significativa lacuna de conhecimento a respeito do manejo das estratégias de enfrentamento dessa população não só às adversidades da obesidade, mas às adversidades de tratamentos clínico e cirúrgico. Destaca-se, ainda, que todos os artigos identificados destacavam o tratamento cirúrgico da obesidade. Pouco se sabe sobre a relação entre o enfrentamento individual e as condições de tratamento clínico da obesidade, como a adesão ao automonitoramento, às dietas propostas, medicações e consultas periódicas.

O fato de que a obesidade e outras doenças associadas serem consideradas evitáveis e que ambientes favoráveis à saúde e apoio social/comunitário são fundamentais à escolha de alimentos saudáveis e atividade física regular, percebe-se a relevância de se manter um acompanhamento psicológico sistemático de pacientes obesos, incluindo aqueles que são elegíveis à cirurgia bariátrica, geralmente expostos a condições mais limitadas de desenvolvimento.

Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) relatam que o papel do psicólogo é avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia e auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré e pós-cirúrgico. Todavia, embora avaliações psicológicas pré-cirúrgicas sejam comuns entre pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, o valor dessas avaliações como preditoras do sucesso de perda de peso ainda tem sido questionada (Rutledge, Groesz, & Savu, 2011). Por isso, a necessidade de pesquisas sobre a eficácia de serviços que desenvolvem preparações psicológicas pré-cirúrgicas, no sentido de se entender seu real efeito como facilitador das estratégias de mudança de hábitos.

Ademais, levando em consideração as drásticas e potentes mudanças as quais o paciente será exposto no período pós-cirúrgico, a curto e longo prazo, e lembrando que pacientes obesos, em sua maioria, são pacientes com histórias de insucessos de perdas de peso (Wadden & Sarwer, 2006), é importante uma intervenção psicológica que estabeleça com o paciente uma meta real de mudança, que determine menores custos comportamentais na adaptação às inevitáveis mudanças pós-cirúrgicas, e, ainda, que forneça condições para que o paciente perceba sua capacidade de enfrentamento de todo o processo. Ainda sim, são escassas as avaliações dos efeitos de intervenções psicológicas realizadas nesses serviços (Arruda, 2004).

Desta forma, este trabalho aborda uma proposta de estudo que pretende avaliar estratégias de enfrentamento, nível de ansiedade, mudança de hábitos e perfil sociodemográfico de pacientes obesos atendidos pelo Hospital Universitário de Brasília, com e sem acompanhamento psicológico, a fim de subsidiar o desenvolvimento de intervenções de saúde mais eficazes e humanizadas.

## Justificativa do estudo

---

A literatura recente sobre obesidade tem sido enfática quanto à demonstração da relação entre obesidade, transtornos de ansiedade e estratégias de enfrentamento insatisfatórias (Gariépy, Nitka, & Schmitz, 2010; Rydén et al, 2003; Simon et al, 2006), o que reforça a necessidade de intervenções psicossociais que possam modificar comportamentos e restabelecer a qualidade de vida, minimizando as condições de ansiedade e maximizando o uso de estratégias de enfrentamento mais eficientes e voltadas às características e exigências do tratamento.

Assim, investigar o perfil sociodemográfico dos pacientes obesos, quais as maiores dificuldades que enfrentam ao longo do tratamento, como ocorre o processo de enfrentamento da obesidade e quais as manifestações de ansiedade mais recorrentes, é relevante como um dos fundamentos ao planejamento de intervenções psicossociais mais eficientes. Por outro lado, é fundamental ter acesso às práticas de mudança de comportamento e implementadas por pacientes antes do processo cirúrgico, em vista do aprimoramento do serviço, com contemplação real das necessidades e dificuldades dos pacientes.

A literatura aponta que formas de enfrentamento satisfatórias, acompanhadas de apoio psicossocial satisfatório, podem reduzir os níveis de ansiedade dos pacientes e estabelecer mudanças comportamentais necessárias a esta população de risco (Hörchner et al., 2001). Entender, ademais, a relação entre ansiedade e enfrentamento e seu impacto sobre o processo de adesão, no contexto específico de espera para a cirurgia bariátrica, bem como avaliar os efeitos de intervenções psicológicas, parece essencial à melhoria das condições de saúde pública brasileira.

## Objetivos

---

### Objetivo Geral

Avaliar um programa de intervenção psicológica a pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, realizando um levantamento de estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, bem como das manifestações de ansiedade e mudanças de hábitos, comparando-os a pacientes obesos sem exposição à intervenção psicológica.

### Objetivos Específicos

(1) Avaliar os efeitos de um Programa de Intervenção Psicológica de mudança de hábitos, aplicado a pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica.

(2) Analisar funcionalmente as estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes obesos com e sem intervenção psicológica preparatória para cirurgia bariátrica.

(3) Investigar as mudanças sociais e de peso corporal que ocorreram com os pacientes que participaram, e daqueles que não participaram, do programa de intervenção psicológica.

(4) Avaliar indicadores de ansiedade dos pacientes que participaram, e daqueles que não participaram, do programa de intervenção psicológica.

## Método

---

### Contexto de coleta de dados

Este estudo foi realizado no Programa de Acompanhamento Psicológico Preparatório para Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O HUB é um hospital federal de ensino, mantido pelo Ministério da Educação e credenciado ao Ministério da Saúde, com permissão para a realização de cirurgia bariátrica no Distrito Federal. Como parte dos critérios para que um hospital possa realizar este tipo de cirurgia, é necessário que possua uma equipe multidisciplinar, composta por médicos (Cirurgiões, Endocrinologista, Pneumologista e Cardiologista), nutricionistas e psicólogos. Neste ambiente, se iniciou, há aproximadamente 12 anos, a atuação de psicólogos no contexto do tratamento da obesidade e da cirurgia bariátrica, atualmente fazendo parte do programa de pesquisa e assistência em obesidade do HUB.

Ao manifestar interesse por submeter-se à cirurgia bariátrica, ou receber indicação para tal, o paciente deve procurar o ambulatório do HUB e preencher um formulário, com dados pessoais e clínicos, que integram uma lista de espera, que atende a população do Distrito Federal e do entorno, para futuro contato. O tempo médio de espera para a cirurgia tem sido de três a quatro anos. Ao serem chamados, os pacientes iniciam o tratamento com endocrinologista e, ao receberem indicação para cirurgia, são convidados a participar do Grupo Pré-cirúrgico Bariátrico de Acompanhamento Psicológico. Este grupo constitui o Grupo Experimental deste trabalho.

### Delineamento

O estudo apresentou delineamento *quasi-experimental*, com a utilização de um Grupo Controle e um Grupo Experimental, além de uma análise correlacional de variáveis qualitativas e quantitativas.

### Participantes

Entre os meses de setembro e dezembro de 2011, 12 pacientes, chamados pelo HUB para iniciar o tratamento endocrinológico, foram convidados a participar de um acompanhamento psicológico preparatório para cirurgia bariátrica, objeto deste

estudo, constituindo o Grupo Experimental (GE). Paralelamente, 20 pacientes, da lista de espera para Cirurgia Bariátrica, não participantes de quaisquer outras intervenções psicológicas, foram selecionados aleatoriamente e convidados a participar deste estudo e constituíram, inicialmente, o Grupo de Controle (GC).

Os critérios de inclusão, para admissão, como paciente, no Programa de Cirurgia Bariátrica do HUB são: ter mais de 18 anos de idade e apresentar Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 40, ou a 35 com a presença de comorbidades.

Como critério de seleção para participar deste estudo, tanto no Grupo Experimental quanto no Grupo de Controle, além dos referidos pelo Programa de Cirurgia Bariátrica do HUB, exigiu-se conhecimento mínimo de leitura e escrita (com requisito mínimo de ter cursado, com aprovação, pelo menos, o 3º ano do ensino fundamental - séries iniciais), a fim de viabilizar as respostas (escritas) aos instrumentos.

Do Grupo Experimental ( $n = 12$ ), apenas oito pacientes participaram do acompanhamento durante os três meses de duração do programa (descrito no item 4.6 desta seção) e concluíram as duas Fases de aplicação de instrumentos (descritas nesta seção). A perda desses quatro pacientes deveu-se especialmente à dificuldade de locomoção para comparecimento freqüente às sessões do grupo além de desinteresse relatado.

Em relação ao Grupo de Controle, após a primeira etapa de aplicação dos instrumentos, dos 20 pacientes convidados, apenas 10 concluíram as duas Fases. A redução do número de participantes ocorreu em função: (a) de mudança de endereço dos pacientes (sem comunicação de atualização ao Hospital); (b) impossibilidade de locomoção até o local de aplicação dos instrumentos (por questões financeiras ou físicas relacionadas às comorbidades da obesidade); (c) falta de interesse em continuar participando do estudo; (d) internação hospitalar de parente; e (e) falta a encontro previamente marcado.

Desta forma, considerou-se a participação completa, neste estudo, de oito pacientes no Grupo Experimental e 10 pacientes no Grupo de Controle, gerando um total de 18 participantes desta pesquisa.

O Grupo Experimental contou com sete do sexo feminino e um do sexo masculino; a média de idade dos pacientes foi de 40,3 anos (DP= 12,374) e a escolaridade variou entre Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Superior

Completo. O Grupo de Controle contou com 10 pacientes: sete do sexo feminino e três do sexo masculino e a média de idade foi de 49,4 anos (DP= 12,694), com variação de escolaridade similar ao GE, entre Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Superior Completo. O histórico de tratamento psiquiátrico dos pacientes foi levantado, visando uma maior uniformidade da amostra, tendo em vista ser o conhecimento deste histórico necessário à condução do grupo experimental. Com objetivo de evitar possíveis diferenças, em termos de caracterização da amostra, esse levantamento foi efetuado a ambos os grupos.

A Tabela 3 apresenta uma síntese dos dados sociodemográficos dos participantes dos Grupos Experimental e de Controle.

Tabela 3

*Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes*

Característica dos pacientes	Frequência	
Variável	GE	GC
<b>Idade</b>		
20-30	3	1
31-40		1
41-50	3	3
51-60	2	3
60 ou mais		2
<b>Escolaridade</b>		
Até 4ª série	1	1
4ª – 8ª série	2	6
Ensino Médio Incompleto	1	
Ensino Médio Completo	2	1
Ensino Superior Incompleto	1	
Ensino Superior Completo	1	2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	4	3
Casado/ União Estável	3	5
Viúvo	1	
Divorciado/ Separado		2
<b>Histórico de Tratamento Psiquiátrico</b>		
Sim	2	1
Não	6	9

## **Instrumentos**

Para investigar as estratégias de enfrentamento, manifestações de ansiedade e mudança de hábitos entre os pacientes selecionados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

### Questionário Sociodemográfico

Um questionário sociodemográfico (Anexo 4), elaborado especialmente para este estudo, foi utilizado para a caracterização da amostra de pacientes. Os seguintes dados demográficos foram coletados sobre cada participante: sexo, idade, peso, altura, histórico psiquiátrico, histórico de alcoolismo, estado civil, local de moradia; número de filhos, escolaridade e profissão.

Sendo o acompanhamento semanal, em grupo, e se considerando a dificuldade de deslocamento dos pacientes até o hospital, os instrumentos foram aplicados nos dias de realização das intervenções, após sua realização. Ademais, o acompanhamento e observação de comportamentos durante os três meses de intervenção foi realizado semanalmente com a presença da pesquisadora nas sessões.

A EMEP e o BAI foram utilizados para analisar as mudanças ocorridas no processo de tratamento, os modos de enfrentamento dominante e a forma como o enfrentamento influencia o progresso do tratamento, o grau de ansiedade, se há diminuição de sintomatologia referente à ansiedade com a intervenção psicológica, e se há incremento da qualidade de vida, ou percepção desta após o tratamento.

O questionário sociodemográfico, desenvolvido especificamente para o presente estudo, teve como objetivo coletar dados demográficos necessários à caracterização da amostra, tais como idade, histórico psiquiátrico e peso corporal. A Entrevista semiestruturada objetivou obter dados de enfrentamento e mudanças de hábito e outras possíveis variáveis de impacto, anterior ao tratamento, ao longo do tratamento e após.

### Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

Foi utilizada a versão autoaplicável (Anexo 1) da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), adaptada para o português por Gimenez & Queiroz (1997) e analisada por Seidl et al. (2001) no que se refere à estrutura fatorial. Os participantes responderam ao instrumento a partir de estressores gerais

diversificados e detalhados individualmente ou considerando um estressor de saúde específico e relacionado à sua condição de saúde e tratamento médico.

A EMEP é baseada em quatro eixos principais nos quais o conceito de enfrentamento, ou *coping*, é embasado. O instrumento avalia estratégias de enfrentamento cognitivas e/ou comportamentais adotadas frente a um estressor específico. A escala contém 45 itens, distribuídos em quatro fatores: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, busca de práticas religiosas\pensamento fantasioso e busca de suporte social, descritos conforme explicitados por Kohlsdorf (2008).

- Fator 1: enfrentamento focalizado no problema. Estratégias comportamentais voltadas ao manejo ou solução do problema e estratégias cognitivas direcionadas à reavaliação e significação positiva do estressor. Compreende os itens: 1,3,10,14,15,16,17,19,24,28,30,32,33,36,39,40,42 e 45.

- Fator 2: enfrentamento focalizado na emoção. Estratégias cognitivas e comportamentais que envolvem esquiva, negação, pensamento irrealista e desiderativo, expressão de emoções alusivas à raiva e tensão, atribuição de culpa, afastamento do problema e funções paliativas frente ao estressor. Compreende os itens: 2,5,11,12,13,18,20,22,23,25,29,34,35,37 e 38.

- Fator 3: enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas e pensamentos fantasiosos. Estratégias caracterizadas como comportamentos religiosos ou ligadas à espiritualidade, bem como pensamentos fantasiosos. Compreende os itens: 6,8,21,26,27,41 e 44.

- Fator 4: enfrentamento baseado na busca por suporte social. Estratégias centralizadas na procura de apoio social emocional, ou instrumental, e na busca por informação. Compreende os itens: 4 (de análise invertida), 7,9,31 e 43.

A EMEP é respondida em escala Likert de cinco pontos, com pontuações de 01 a 05 (1 = eu nunca faço isso; 2= eu faço isso um pouco; 3= eu faço isso às vezes; 4= eu faço isso muito; e5 = eu faço isso sempre) e a caracterização do enfrentamento, bem como das estratégias de enfrentamento mais privilegiadas, ocorre através da comparação das médias obtidas em cada fator. A primeira folha do instrumento contém instruções detalhadas para a aplicação e preenchimento e, ao final da escala, há uma questão complementar discursiva, que neste estudo correspondeu a: “Você

tem feito alguma outra coisa para lidar com a obesidade e o tratamento da obesidade?”.

Este instrumento tem sido aplicado em diversos contextos de saúde, como no estudo do enfrentamento de patologias onco-hematológicas (Kohlsdorf & Costa Junior, 2009), HIV/AIDS (Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005) e Febre Reumática e Diabetes Melitus (Arruda, 2002), porém, pouco se sabe de sua utilidade em contextos de tratamento da obesidade, de controle alimentar e perda peso, bem como em processos nos quais o paciente aguarda cirurgia bariátrica, sem a incidência de publicação brasileira com este instrumento.

#### Inventário Beck de Ansiedade - BAI

O Inventário de Ansiedade Beck (do inglês *Beck Anxiety Inventory*- BAI, desenvolvido por Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) é um instrumento auto-administrável, traduzido para o português e adaptado à população brasileira por Cunha (2001), que possibilita a investigação de níveis e intensidade de manifestações de ansiedade.

O inventário (Anexo 2) possui instrução de aplicação na própria folha e apresenta 21 itens relacionados a comportamentos indicadores de ansiedade, cada um composto por quatro afirmações em graus de intensidade que variam de 0 a 3 (0 = absolutamente não; 1 = levemente; 2 = moderadamente e 3 = gravemente). A soma dos escores em cada item gera uma pontuação total, entre 0 a 63, que é dividida em quatro graus de intensidade de manifestação de ansiedade: mínima (pontuações entre 0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e grave (31-63). O BAI possui alta consistência interna, com Alpha de Cronbach = 0,92.

O BAI tem sido adotado em diversos contextos de saúde, visando a investigação de consequências adversas, de caráter psicossocial, ao aparecimento e enfrentamento de doenças, bem como de ambientes hospitalares e tratamento médicos (Mensorio, Costa Junior, & Kohlsdorf, 2008). Em especial, no contexto da obesidade, este instrumento se destaca como potencialmente útil à percepção e tratamento de manifestações ansiosas dos pacientes (Oliveira & Yoshida, 2009; Tosetto & Simeão Júnior, 2008).

### Roteiro de entrevista semiestruturado

Três roteiros de entrevistas semiestruturadas (Anexo 3) foram preparados especificamente para este estudo: um para o primeiro encontro dos dois grupos (GE e GC), um para a segunda Fase do GE e outro para a segunda Fase do GC. As entrevistas da segunda Fase eram basicamente as mesmas para os dois grupos, com diferença apenas na primeira questão: para GE -“Aconteceu alguma mudança na sua vida desde o início do acompanhamento psicológico?” e para o GC - “Aconteceu alguma mudança desde a última vez que conversamos?”, uma vez que não estavam sob acompanhamento psicológico.

As entrevistas visaram compreender, na primeira Fase, aspectos relacionados a: (a) influência da obesidade na vida do paciente; (b) maiores dificuldade relatadas; (c) estratégias utilizadas para lidar com tais dificuldades; (d) crenças de mudança da situação; (e) exigências da obesidade e seu tratamento; e (f) estratégias para lidar com as exigências relatadas. Na segunda Fase, buscou-se obter dados de enfrentamento e mudanças de hábito e outras variáveis de impacto, anterior ao tratamento, ao longo do tratamento e após, compreendendo, especialmente, aspectos relacionados a: (a) mudanças relatadas pelos participantes (mudanças pessoais, em padrões comportamentais ou da rotina de vida atual); (b) demandas e dificuldades específicas da obesidade e\ou de seu tratamento; (b) mudanças de hábito e suas implicações; (c) relatos de motivação para mudança de hábito; (d) mudanças, ou não, nas estratégias adotadas para lidar com as dificuldades; (d) exigências atuais da obesidade e seu tratamento; (e) estratégias para lidar e enfrentar essa exigências após três meses com (GE) ou sem acompanhamento psicológico (GC); e (f) relatos de aprendizagem pessoal após os três meses de acompanhamento psicológico. Optou-se pela metodologia de entrevista visando ampliar o alcance da investigação de estratégias de enfrentamento e manifestações ansiosas, apreendendo estratégias de enfrentamento não referidas na EMEP, ou indicadores de ansiedade, ou contextos propícios à sua manifestação não contemplados no BAI.

## **Material**

Foram utilizados os seguintes materiais: 38 cópias da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas, 38 folhas de resposta ao Inventário Beck de Ansiedade, 18 cópias de questionário sociodemográfico, um gravador digital, de áudio, da marca Sony, um gravador de voz de equipamento de celular Apple Iphone e duas canetas esferográficas marca Bic para preenchimento das respostas aos instrumentos.

## **Procedimento**

A intervenção psicológica baseia-se nos princípios teórico-filosóficos da Psicologia Cognitivo-Comportamental e da Terapia de Grupo. Não se configura como psicoterapia, mas como um acompanhamento focado nas mudanças de hábito necessárias ao sucesso pré e pós- cirúrgico, abordando-se variáveis funcionalmente relacionadas ao tratamento da obesidade.

A intervenção se desenvolve ao longo de 12 sessões, consecutivas e semanais, com participação dos pacientes e duração aproximada de uma hora e 30 minutos, cada sessão. Além das demandas individuais decorrentes, o Grupo aborda temas específicos e previamente estabelecidos que são descritos adiante. Cada sessão de intervenção, com o Grupo Experimental, está dividida nas seguintes partes:

(1) Quebra-gelo: cumprimentos, acolhimento e estabelecimento de conforto inicial, por meio de discussão de questões rotineiras, tais como “Como foi o final de semana?”.

(2) Análise do Registro Alimentar e de Emoções (Anexo 8): a pesquisadora analisa, juntamente com cada paciente do grupo, como foi sua semana em termos de alimentação, adesão às orientações e relação da comida com as emoções. Utiliza-se, para isso, o Registro Alimentar que o paciente traz previamente preenchido de casa. Neste momento, há uma orientação dirigida às necessidades de cada paciente, embora todos os demais integrantes do grupo possam ouvir e participar das orientações.

(3) Discussão de temas focalizados: temas relevantes à obesidade e ao tratamento são discutidos por meio de exemplificação de situações e inclusão no cotidiano dos pacientes, com incentivo à participação conjunta de todos os presentes.

(4) Estabelecimentos de metas para as próximas semanas: a partir dos temas focalizados, estabelecem-se metas coletivas, tais como “mastigação”, “exercícios de

autocontrole”, “exercícios de autodisciplina”, “aumento da frequência de atividade física”, “redução de peso” e “manutenção da dieta”.

De maneira mais específica, as 12 sessões de intervenção ocorrem da seguinte forma:

*1ª sessão:* apresentação do terapeuta ao grupo; breve explicação sobre o que é Terapia em Grupo e Terapia Cognitivo-Comportamental; apresentação individual dos participantes do grupo; entrega do cronograma; entrega do contrato terapêutico; entrega do Registro Diário de Alimentos (com explicação referente); discussão dos temas dirigidos: “Mastigação, local das refeições e funções do alimento na minha vida”.

*2ª sessão:* avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Influência do pensamento e importância da família no processo de tratamento”.

*3ª sessão:* Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Ansiedade e fome”.

*4ª sessão:* Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Auto-observação e compulsão alimentar - prazer em comer versus necessidade de comer; fome versus vontade”.

*5ª sessão:* Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Mudança de hábito, autocontrole e autodisciplina”.

*6ª sessão:* Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; aplicação de práticas de relaxamento.

*7ª sessão:* Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “O foco no peso, focar em quê?”.

8ª sessão: Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Objetivos da cirurgia e reestruturação de objetivos”.

9ª sessão: Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Como eu me vejo, como os outros me vêem”.

10ª sessão: Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Assertividade”.

11ª sessão: Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “Autoestima, autoimagem e imagem corporal”.

12ª sessão: Avaliação da semana; reforço positivo dos sucessos obtidos; discussão de dificuldades encontradas; discussão do tema dirigido: “O pós cirúrgico imediato e tardio”- sessão com os familiares.

Ao final das sessões há um encontro de avaliação final do grupo. Por ocasião desta pesquisa, esta última sessão ocorreu paralela à segunda Fase de aplicação dos instrumentos e resposta à entrevista, para os participantes do GE. Para o Grupo Controle, a aplicação dos instrumentos ocorreu na mesma época do GE, sendo os indivíduos chamados a comparecer ao Hospital para finalização da pesquisa, com resposta à segunda etapa de questionários.

#### *Outras informações*

Durante a Fase de coleta de dados deste trabalho, havia, uma vez por semana, uma reunião de toda a equipe multidisciplinar, para discussão de casos, avaliação do serviço e de propostas de aprimoramento do programa como um todo. O Serviço de Psicologia do HUB ainda realiza ronda diária aos pacientes internados no pré e pós-cirúrgico.

## **Cuidados Éticos**

Em concordância às normas éticas em pesquisas na área de saúde, envolvendo seres humanos e regulamentada no Brasil através da Resolução No 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), este projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB), credenciado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado em 25 de agosto de 2011, sob o registro 096/11 (Anexo 5). Os materiais relativos a folhas de resposta dos instrumentos, gravações em áudio das entrevistas, bem como suas transcrições, e demais materiais confidenciais, permanecem em arquivo de acesso único da pesquisadora.

## **Procedimentos para coleta de dados**

Considerando-se o caráter de acompanhamento previsto para este estudo, a aplicação dos instrumentos ocorreu em duas etapas, e a pesquisa, em três etapas, descritas a seguir:

- (1) Aplicação dos instrumentos (BAI, EMEP, Questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada) para o Grupo de Controle e o Grupo Experimental;
- (2) Intervenção psicológica com análise qualitativa do Grupo Experimental;
- (3) Reaplicação dos instrumentos (BAI, EMEP e entrevista semiestruturada) para Grupo de Controle e Grupo Experimental.

### **Primeira fase**

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi realizado o contato com pacientes liberados pela endocrinologia para o início da intervenção psicológica. Esses pacientes, então, foram chamados a um encontro inicial, em que foi feito, individualmente, o convite para a participação na pesquisa, seguido de uma explicação sobre os objetivos da pesquisa (que compreendia investigar como os pacientes, assistidos no HUB, enfrentam as maiores dificuldades advindas da obesidade e seu tratamento), com destaque para o caráter voluntário de colaboração, ênfase no sigilo das informações e identidades e, especialmente, total separação e diferenciação de objetivos e consequências da pesquisa e do tratamento que o paciente realiza no HUB (apesar de a psicóloga do Programa ser a própria

pesquisadora, pontuou-se firmemente a diferenciação e total não influência entre as respostas oferecidas no decorrer da pesquisa e o futuro de seu tratamento cirúrgico).

Caso o participante concordasse em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 06 e 07) era apresentado em duas vias e lido conjuntamente com o paciente. Após a assinatura do TCLE, uma cópia foi entregue ao participante e outra permaneceu arquivada, em posse da pesquisadora.

Posteriormente à assinatura do TCLE, foi preenchido, a partir de dados referidos pelo paciente, o questionário sociodemográfico. Em seguida, foi solicitado que respondesse à EMEP.

A pesquisadora leu em voz alta as instruções da primeira página da Escala e, após a resolução de eventuais dúvidas, leu-se o exemplo inicial para verificar a compreensão do participante sobre o procedimento. Em seguida, foi perguntado ao usuário sua preferência em responder à escala: com o auxílio de leitura da pesquisadora ou sozinho. Todos os participantes, à exceção de três, preferiram responder com o auxílio da pesquisadora (cuja função foi ler em voz alta cada item, aguardar a manifestação de resposta do participante, esclarecer eventuais dúvidas quanto ao item, fornecer exemplos de comportamentos para facilitar a compreensão e assinalar a resposta verbalizada pelo paciente). A aplicação da EMEP teve duração entre oito e trinta minutos, durante os quais a pesquisadora estava disponível para esclarecimentos ou dúvidas. Ao final, conferiu-se o instrumento para evitar itens sem resposta.

Após a aplicação da EMEP, solicitou-se o preenchimento o BAI. O procedimento foi semelhante: leu-se, em voz alta as instruções, utilizou-se o primeiro item como exemplo e, após a resolução de eventuais dúvidas, deu-se a opção de preenchimento com ou sem o auxílio da pesquisadora. Para aqueles que solicitaram o auxílio a função da pesquisadora foi a mesma: ler em voz alta, solucionar dúvidas, dar exemplos comportamentais para facilitar a compreensão e resposta ao item e, por fim, realizar o registro da resposta verbalizada. A duração de aplicação do BAI foi de 5 a 15 minutos. Ao final, conferiu-se o instrumento a fim de evitar qualquer esquecimento.

Em seguida, a pesquisadora apresentou o roteiro de entrevista, explicando seus objetivos (reconhecimento de maiores dificuldades e influencia da obesidade na vida daquele paciente e formas de enfrentar as situações advindas) e solicitando a

autorização de gravação em áudio. Após o aceite do participante, iniciou-se o processo das entrevistas, que teve duração entre 6 e 30 minutos, aproximadamente.

Ao final, a pesquisadora agradeceu a participação e colaboração dos participantes, colocando-se à disposição para esclarecimento de possíveis dúvidas e lembrando a realização da segunda Fase da pesquisa e realização das sessões semanais de intervenção.

Para o Grupo de Controle, vale lembrar, a aplicação dos instrumentos ocorreu na mesma época do Grupo Experimental. O contato com os pacientes em lista de espera para a cirurgia bariátrica do HUB foi conseguido por meio da chefia do ambulatório, após carta de autorização do médico-chefe do serviço de cirurgia. Obteve-se acesso à uma lista de 100 pacientes em lista de espera, que, de acordo com a velocidade de integração de novos pacientes ao programa, deveriam demorar mais de dois anos para serem chamados. A partir da lista, foram sorteados os pacientes a serem contatados. O contato inicial ocorreu por telefone. Neste contato, era feita uma apresentação da pesquisadora, demonstrando o vínculo com a Universidade de Brasília e não o Hospital Universitário, sem qualquer controle ou poder sobre o processo de realização da cirurgia (para evitar quaisquer expectativas frustradas de que este contato pudesse ter alguma relação com a cirurgia). Assim, explicava-se o principal objetivo da pesquisa (entender dificuldades referente à obesidade e seu tratamento, bem como formas de enfrentar), pontuava-se a relevância da participação daquele indivíduo e, após o aceite para a participação, era combinada um horário para a aplicação dos instrumentos.

A aplicação de todos os instrumentos ocorreu de maneira idêntica à referida para o Grupo Experimental (EMEP, BAI, questionário sociodemográfico e entrevista). Todos os pacientes eram chamados a preencher os instrumentos nas dependências do HUB.

### **Fase Intermediária**

A etapa intermediária do trabalho compreendeu a intervenção semanal com os pacientes do Grupo Experimental. Ao longo dos três meses foram realizados acompanhamentos semanais qualitativos do Grupo Experimental, baseadas nas seguintes dimensões de dados: (a) conteúdo geral das discussões em grupo, de temas e demandas individuais; (b) preenchimento dos Formulários de Registro Alimentar e

de Emoções, entregues na primeira sessão do grupo, com solicitação para preenchimento diário; (c) observação de comportamentos dos pacientes quanto à interação social, integração no grupo e auto-relato de mudança de hábitos; e (d) avaliação de discurso dos pacientes, dentro do grupo, por meio da participação da pesquisadora em todas as sessões.

Todas essas sessões foram gravadas, com a permissão dos participantes, solicitada na primeira sessão e, em seguida, transcritas, para análise complementar ao objetivo da pesquisa.

Objetivou-se avaliar qualitativamente, a partir das dimensões de dados obtidos, as mudanças ocorridas no processo de acompanhamento psicológico, as estratégias de enfrentamento dominantes, os indicadores de ansiedade e os efeitos das orientações da psicóloga/pesquisadora.

### **Segunda fase**

Para o Grupo Experimental, esta etapa foi realizada na última sessão do grupo de acompanhamento e compreendeu a aplicação dos mesmos instrumentos da primeira Fase, à exceção do questionário sociodemográfico e com pequenas mudanças na entrevista. Para o Grupo de Controle realizou-se após três meses da primeira aplicação. A instrução ao preenchimento dos instrumentos EMEP e, em seguida, BAI, foi realizada por procedimento idêntico ao descrito na Primeira Etapa, assim como procedimentos referentes à entrevista. Lembrou-se, durante todo o processo, a importância de descolamento entre aquela atuação de pesquisa e a intervenção da psicologia no HUB. Ao final, agradeceu-se, novamente, a ambos os grupos.

A Figura 2, descrita a seguir, apresenta o fluxograma relativo aos procedimentos de coleta de dados de cada fase deste estudo.

Instrumentos	Fase 1 Para GE: Antes do início do Grupo. Para GC: Em datas equivalentes	Fase Intermediária Análise do andamento e progresso do Grupo Experimental	Fase 2 Para GE: Última sessão do Grupo Para GC: Após três meses da primeira etapa.
EMEP	X		X
BAI	X		X
Questionário Sociodemográfico	X		X
Entrevista	X		X
Análise do Acompanhamento em Grupo		X	

Figura 2

Fluxograma de Coleta de Dados

### Análise dos Dados

A análise de dados foi realizada com a comparação entre grupos (macroanálise) e também com comparações específicas intrasujeito, em uma microanálise útil aos objetivos do estudo. Os dados quantitativos foram organizados e analisados a partir de bancos de dados nos Softwares Excel 2007 e pacote estatístico SPSS para Windows - versão 19.0. Efetuaram-se análises descritivas (média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos) dos dados obtidos. Para verificar a associação entre as variáveis métricas colhidas (escores das escalas), foi efetuada análise descritiva, com comparação de médias e medianas. Em diferenças expressivas dos valores encontrados, tendo em vista, todavia, o número reduzido da amostra, optou-se pela utilização de testes não-paramétricos. Verificou-se a significância estatística das diferenças de escores por meio do Teste pareado de Wilcoxon para integrantes de um mesmo grupo e, para comparação entre os grupos independentes, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney.

Os dados qualitativos obtidos através das entrevistas, após transcritos para o software Microsoft Word - Versão 2007, foram analisados em termos de frequência de relatos e definidos em categorias temáticas.

## Resultados

---

Esta sessão está dividida em resultados do Grupo Experimental e Resultados do Grupo Controle. Ao final, faz-se uma comparação entre os grupos, seguido da análise das entrevistas. Dessa forma, estabeleceram-se as seguintes subcategorias para análise dos resultados:

1. Resultados da EMEP – GE
2. Resultados do BAI – GE
3. Resultados da EMEP – GC
4. Resultados do BAI – GC
5. Comparação entre os grupos.
6. Resultados das Entrevistas– GE e GC.

Foram feitas análises estatísticas, porém, devido ao número reduzido de participantes da pesquisa, são apresentadas também microanálises dos dados individuais relativos a estratégias de enfrentamento apontadas pela EMEP e a manifestações de ansiedade apontadas pelo BAI.

### Resultados do Grupo Experimental

#### Resultados da EMEP – GE

Os resultados das análises das respostas dos participantes à EMEP, na primeira fase de aplicação de instrumentos, ou seja, antes da intervenção psicológica, demonstraram uma priorização por estratégias focadas no problema ( $M= 3,96$ ) e em pensamentos religiosos ou fantasiosos ( $M = 3,67$ ), seguidos por busca de suporte social ( $M=2,72$ ) e foco na emoção ( $M=2,59$ ).

Na segunda Fase, a ordem dos fatores permaneceu (Problema,  $M = 4,13$ ; Pensamento religioso e fantasioso,  $M= 3,11$ ; Busca de suporte social,  $M = 2,95$ ; e Emoção,  $M= 2,28$ ), porém, houve um incremento de pontuações de estratégias focadas no problema e na busca de suporte social, com queda, em comparação às pontuações da primeira Fase, das estratégias com foco na busca por pensamento religioso e fantasioso e nas estratégias com foco na emoção (Figura 3).

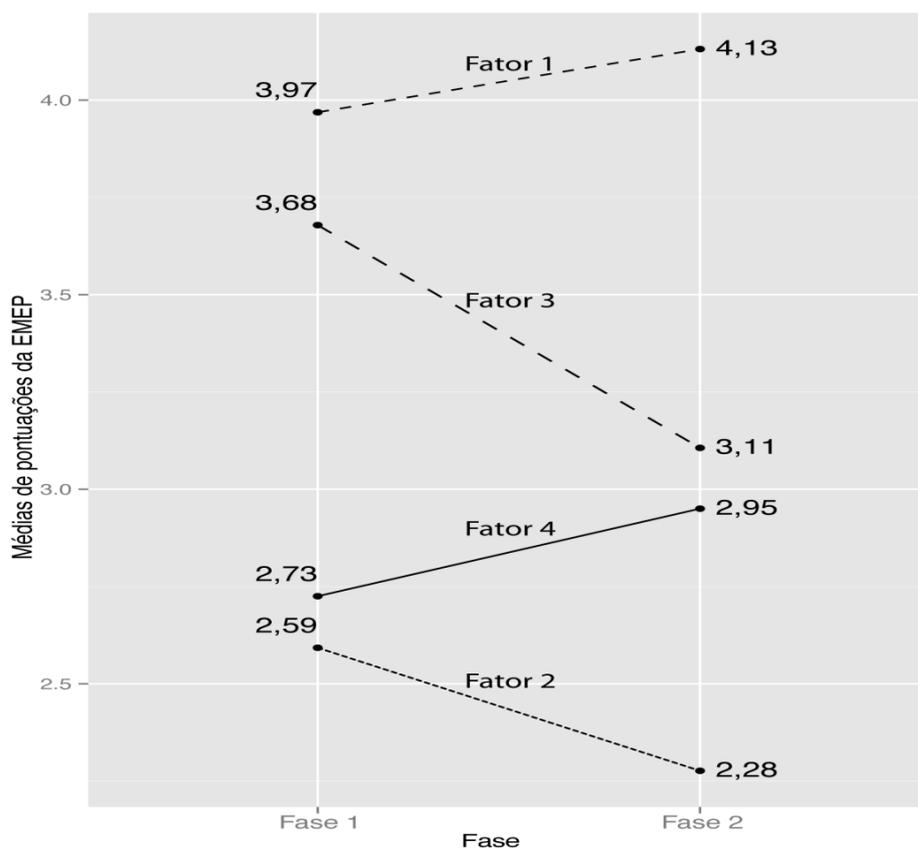


Figura 3  
Evolução dos resultados da EMEP, GE

Dessa forma, ao se comparar médias dos fatores avaliados pela EMEP antes e após a intervenção psicológica, observa-se um incremento das pontuações relativas a enfrentamento com foco no problema e na busca de suporte social.

Para uma análise de significância estatística, e considerando-se o tamanho da amostra, realizou-se análise com o teste não paramétrico de Wilcoxon, para a comparação intragrupo nas duas etapas do estudo, conforme Tabela 4 a seguir:

Tabela 4

*Comparação dos valores da EMEP por etapa.*

	ETAPA 1	ETAPA 2	p-valor	Estatística-v
Fator 1	4,06	4,02	0,326	11
Fator 2	2,53*	2,17*	0,043	15
Fator 3	4,0*	3,14*	0,035	33
Fator 4	2,8	2,9	0,232	9,5

Teste pareado de Wilcoxon. \*  $p < 0,05$ .

Ao se comparar os valores obtidos por cada fator do instrumento EMEP, percebe-se queda significativa nos escores de enfrentamento com foco na Emoção e enfrentamento Religioso/fantasiado. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações dos fatores 1 e 4.

*Análise por fator*

Realizou-se uma análise intrasujeitos para maior detalhamento do desenvolvimento do enfrentamento de cada participante do estudo. Os dados referentes às médias de cada fator são demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5

*Resultados da EMEP por fator e paciente*

P	ETAPA 1				ETAPA 2			
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
1	4,56	2,67	4,29	3,6	4,89	1,93	3,86	5
2	4,06	2,33	3,71	3,2	3,5	2,27	3,29	3,4
3	2,72	2,33	3,14	1,8	3,56	2,07	2,14	1,6
4	3,56	2,27	2,29	2,4	4,22	2	1,57	2,6
5	4,06	3	2,71	2,2	3,83	3	3	2,6
6	3,67	2,4	4,43	3	3,61	2,4	2,71	3,2
7	4,56	2,87	4,43	2,8	4,83	2,87	4,57	1,4
8	4,56	2,87	4,43	2,8	4,61	1,67	3,71	3,8

P = Participante

F= Fator

A análise das combinações de prioridades a cada fator permite a obtenção de padrões diferentes de associação entre os fatores. Os resultados indicam alterações nos conjuntos de estratégias priorizadas durante as etapas, refletindo modificações relevantes nas estratégias de enfrentamento adotadas ao longo do processo. Vale lembrar que foram analisadas as díades de priorização para cada paciente.

Na primeira etapa do estudo, quatro pacientes priorizaram estratégias focalizadas no problema, seguido de prática religiosa e pensamento fantasioso. Um paciente privilegiou a resolução do problema seguido por busca de suporte social. Um paciente destacou o uso prioritário de foco no problema seguida por estratégias com foco na emoção. E, ainda, dois pacientes preferiram práticas religiosas e pensamento fantasioso, seguido por focalização no problema.

Após a intervenção psicológica, na segunda Fase da pesquisa, três participantes privilegiaram estratégias focalizadas no problema seguido de prática religiosa e pensamento fantasioso. Quatro participantes destacam o uso prioritário de estratégias com foco no problema seguido de busca de suporte social. Um paciente referiu foco no problema seguido, igualmente, por estratégias focalizadas na emoção e em prática religiosa e pensamento fantasioso (mesmas médias em ambos os fatores).

No que se refere ao fator 1, estratégias de enfrentamento focadas no problema, cinco pacientes tiveram pontuação aumentada após a intervenção psicológica. Por outro lado, em três pacientes, observa-se uma queda na priorização deste tipo de estratégias de enfrentamento, conforme Figura 4.

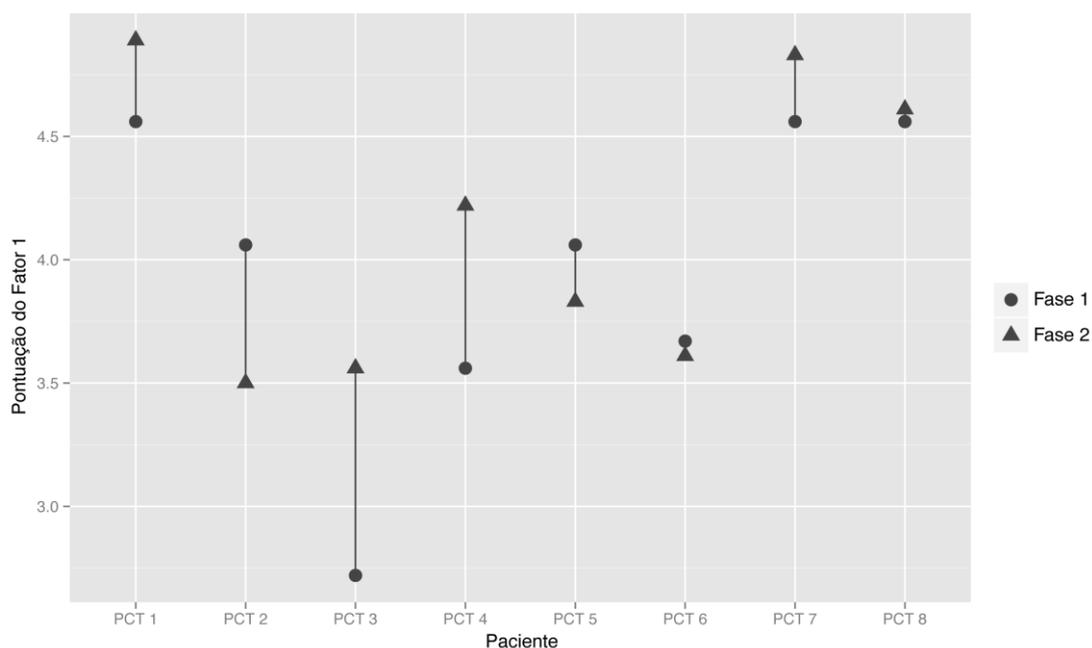


Figura 4

Evolução do fator 1 por paciente do GE

Quanto ao fator 2, estratégias com foco na emoção, conforme o Figura 5, nenhum paciente obteve pontuações maiores após a intervenção; três pacientes não modificaram suas pontuações e cinco paciente apresentam queda na pontuação geral do fator 2 (Figura 5).

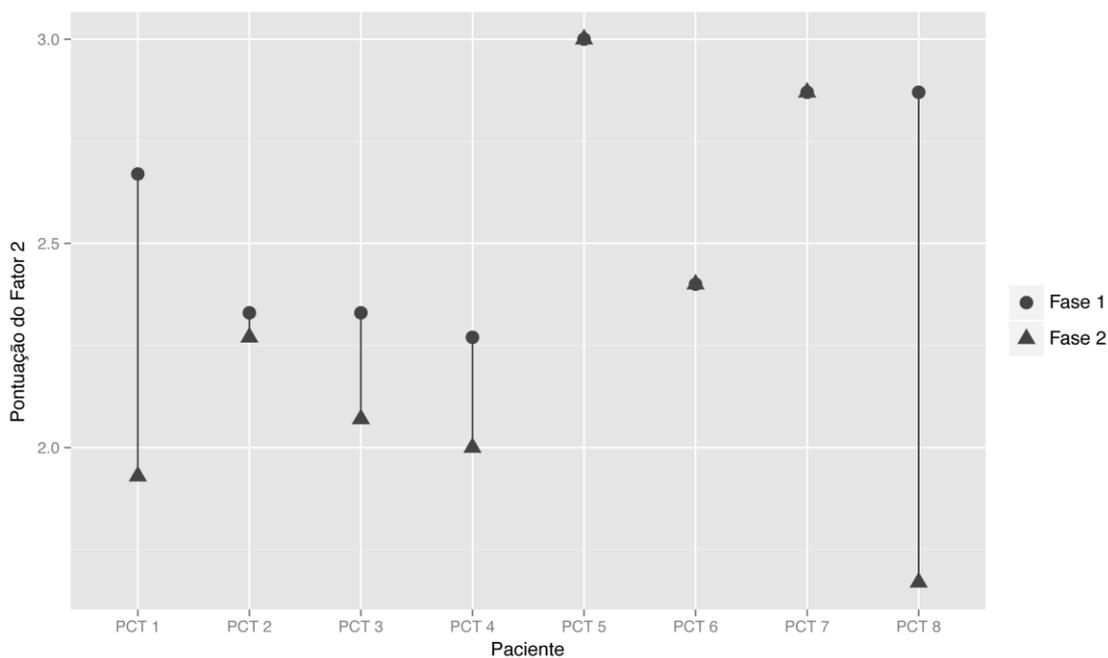


Figura 5

Evolução do fator 2 por paciente do GE

Em relação ao fator 3, enfrentamento com foco em pensamento religioso e fantasioso, observa-se que apesar de pontuações elevadas na primeira Fase, seis pacientes tiveram quedas nessas pontuações após o acompanhamento psicológico e dois paciente aumentaram suas pontuações (Figura 6).

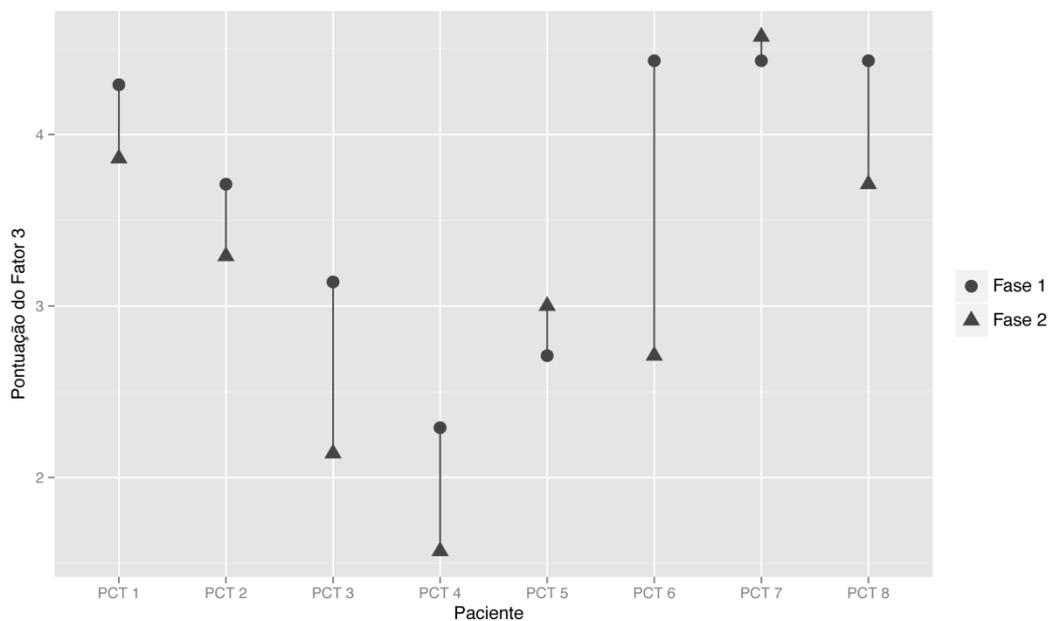


Figura 6

---

Evolução do fator 3 por paciente do GE

Por outro lado, quando se discute a busca de suporte social nos pacientes obesos, fator 4, percebeu-se que após a intervenção psicológica, seis desses paciente aumentaram a pontuação, demonstrando uma maior intenção e ação na procura por suporte social como forma de enfrentar a condição adversa de sua doença. Dois pacientes, entretanto, diminuíram o relato de estratégias com foco neste fator (Figura 7).

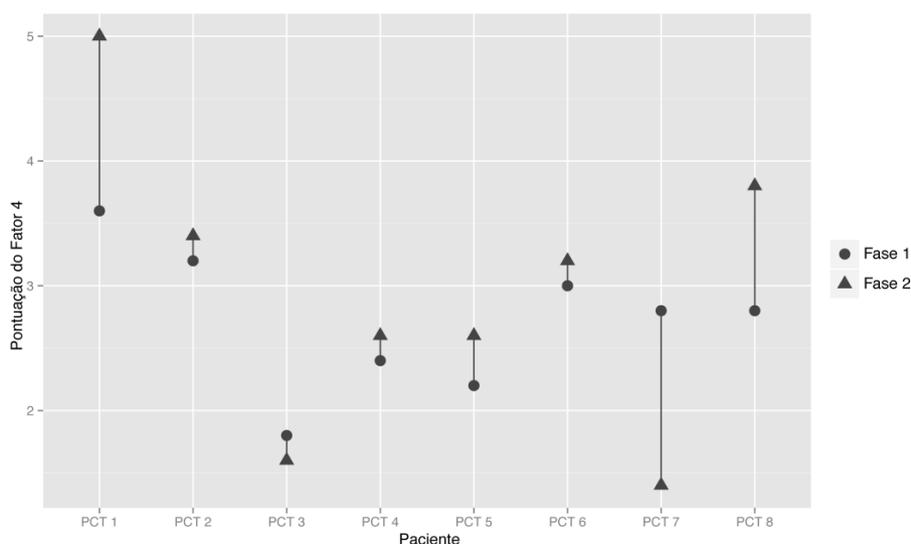


Figura 7

Evolução do fator 4 por paciente do GE

### Resultados do BAI – GE

Em relação às pontuações gerais de ansiedade, na primeira Fase, observaram-se, quatro pacientes com pontuações mínimas de ansiedade, três com pontuações leves e um com pontuação moderada. Não houve registro de pontuações graves.

Na segunda Fase, observaram-se seis pacientes com pontuações mínimas de ansiedade, um paciente com pontuação leve e um paciente com pontuação moderada. A não ocorrência de pontuações graves permaneceu. Esses dados são demonstrados pela Figura 8.

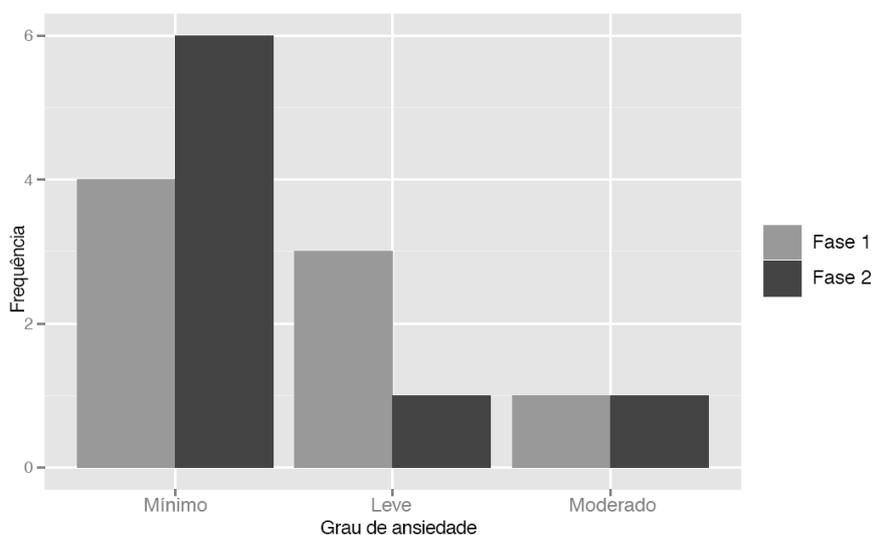


Figura 8

Grau de ansiedade por quantidade de pacientes, GE.

Os dados por pacientes são ilustrados na Figura 9. Observa-se diminuição dos escores de ansiedade para quatro pacientes (1, 3, 5 e 8); manutenção dos escores para um paciente (paciente 4); e aumento das pontuações para três pacientes (2, 6 e 7).

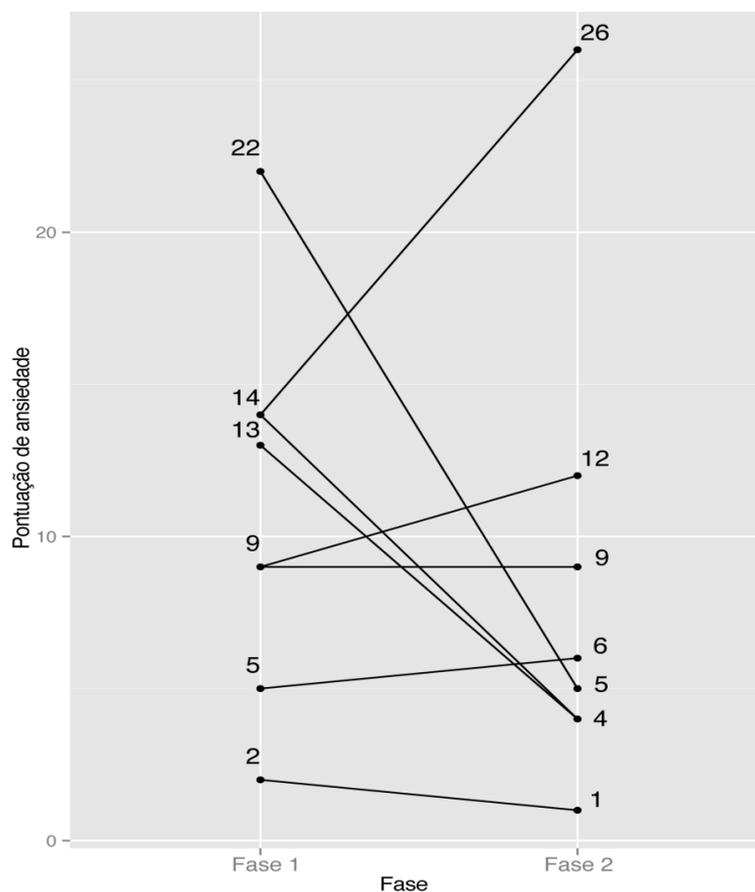


Figura 9

Evolução das pontuações do BAI por paciente, GE.

De maneira geral, observa-se a redução das pontuações de ansiedade após a intervenção psicológica, conforme comparação das médias. A média geral de ansiedade foi de 11 na Fase1 e 8,37 na Fase 2.

Para uma análise de significância estatística, e considerando-se o tamanho da amostra, realizou-se teste não paramétrico, pareado de Wilcoxon, para a comparação intragrupo de valores de medianas dos resultados de ansiedade nas duas etapas do estudo. Não foi possível concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das etapas, conforme Tabela6.

Tabela 6

*Comparação de valores de ansiedade para o GE*

Mediana Fase1	Mediana Fase2	p-valor	Estatística-v
11	5,5	0,553	17,5

Teste de Wilcoxon,  $p < 0,05$ .

### Correlação EMEP – BAI para GE

#### *Fase1*

Foram realizadas análises de correlação, por meio de Figuras descritivas de dispersão, para a observação de possíveis relações entre escores de ansiedade, obtidos pelo BAI e aos fatores de enfrentamento apontados pela EMEP. Não foi possível observar qualquer tendência que correlacionasse essas duas variáveis - enfrentamento e ansiedade, na Fase1, conforme a Figura 10.

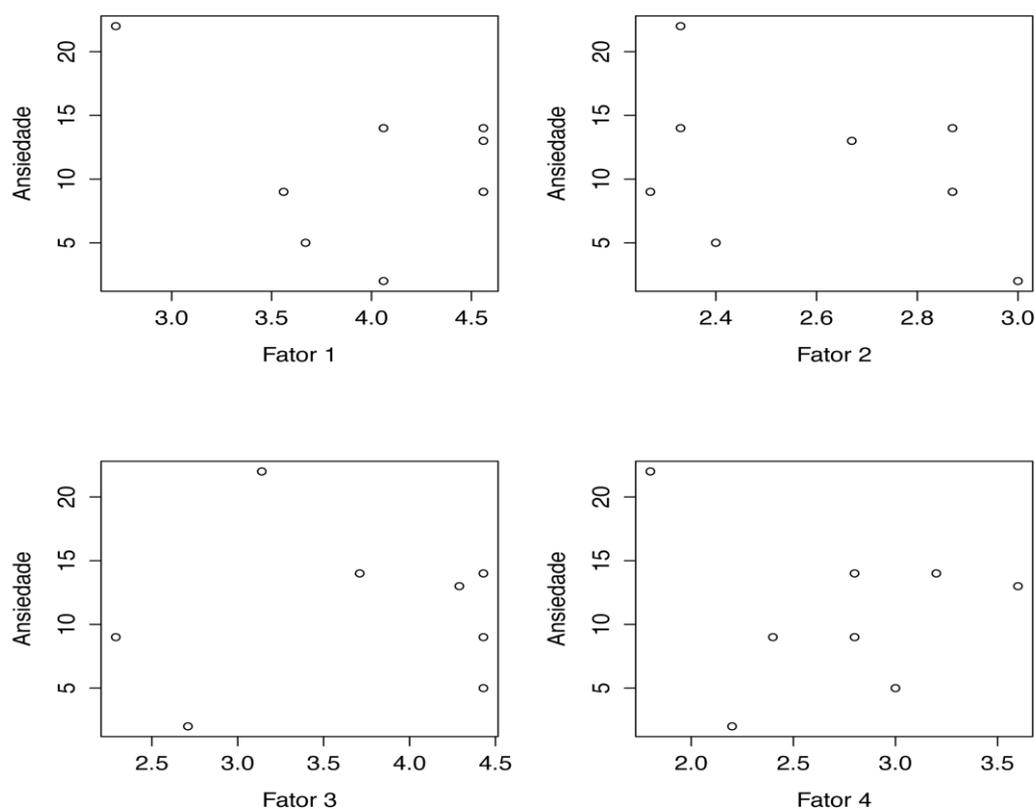


Figura 10

Correlação EMEP – BAI para GE, fase 1

Todavia, alguns destaques individuais podem ser realizados no que se refere a cada fator. A relação entre alta pontuação de ansiedade e baixo escore em estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foi observada na paciente 3, que apresentou os seguintes resultados: BAI = 22 e F1 = 2,72. Os demais participantes, todavia, mantiveram os escores de ansiedade entre níveis mínimos e leves e pontuações de enfrentamento focado no problema, em geral, maiores que 4.

Quanto ao Fator 2 (enfrentamento com foco na emoção), o paciente com maior pontuação de ansiedade, não é necessariamente aquele com maior enfrentamento focado na emoção (BAI = 22, EMEP/F2 = 2,33). Todavia, o paciente com menor manifestação de ansiedade, também apresenta maiores escores no enfrentamento focado na emoção (paciente 5 – BAI = 2, EMEP = 3).

Em relação ao fator 3 do enfrentamento (foco em pensamento fantasioso e religioso), o paciente com maior pontuação de ansiedade (BAI = 22) apresentou pontuação do fator 3 de 3,14, enquanto as maiores pontuações deste fator, dos pacientes 6, 7 e 8, foram associadas a escores de ansiedade mínimo e leve, de 5,9 e 14, respectivamente.

O fator 4 (busca por suporte social) foi relacionado à ansiedade de maneira que a maior em um paciente em que a pontuação obtida no BAI (BAI = 22) esteve associada ao menor escore na busca por suporte social (EMEP = 1,8). Todavia, o paciente com a segunda menor pontuação, relativo a esse escore, na EMEP (F4 = 2,2) apresentou menor escore de ansiedade. Os demais pacientes demonstraram pontuações medianas em ansiedade e em estratégias de enfrentamento voltadas à busca de suporte social.

### *Fase 2*

Na Fase 2, da mesma forma, não foi possível observar tendências de relação entre as variáveis de enfrentamento e ansiedade. Algumas observações individuais, todavia, podem ser destacadas (Figura 11).

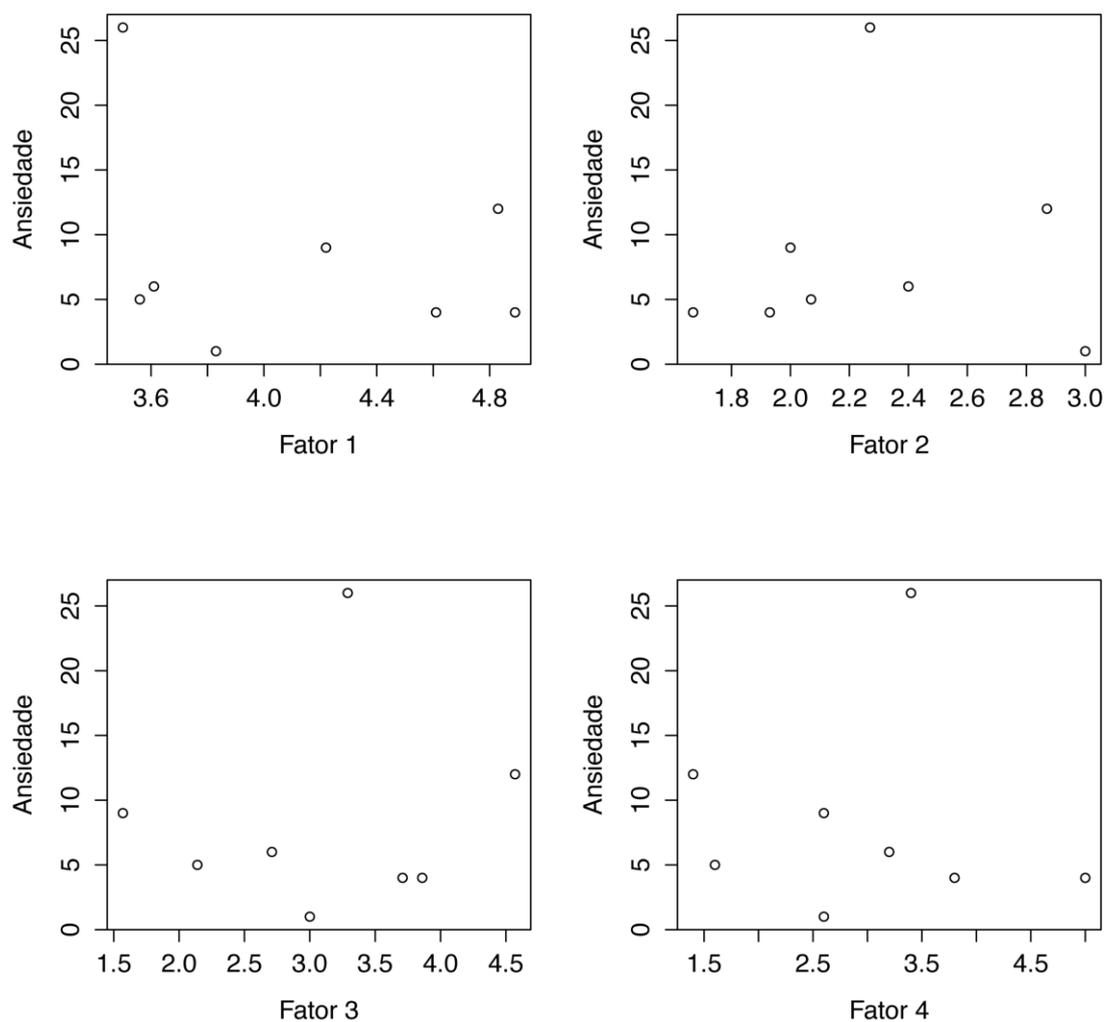


Figura 11

---

Correlação EMEP – BAI para GE, fase 2

Observa-se relação entre ansiedade e baixa pontuação relativa ao fator 1 (foco no problema) avaliadas pela EMEP (paciente 2, BAI = 26, EMEP [F1] = 3,5). Os demais pacientes não apresentaram grandes diferenças, demonstrando, em geral, níveis mínimos e leves de ansiedade com pontuações do fator 1 da EMEP variando entre 3,61 e 4,89. Destacando que o paciente com maior pontuação no F1 (4,89) apresentou níveis de ansiedade mínimos nessa segunda Fase (BAI = 4).

Quando se analisa o desenvolvimento do fator 2 de enfrentamento (foco na emoção), após a intervenção psicológica, o ponto que se pode destacar é relativo ao paciente com maior pontuação nesse fator, o qual apresentou menor nível de

ansiedade (BAI = 1, EMEP = 3). Todavia, o paciente com menor pontuação referente ao fator 2 na EMEP ( F2 = 1,67) também apresentou níveis mínimos de ansiedade (BAI = 4), o que não permite garantir uma tendência, nessa amostra, quando se relaciona enfrentamento focado na emoção e ansiedade.

Ao se tratar do fator 3 (pensamento fantasioso e religioso), não se percebe relação de destaque que associe ansiedade e enfrentamento com foco no pensamento religioso/fantasioso. A maior pontuação nesse fator (EMEP = 4,57) foi relativa a uma pontuação leve de ansiedade (BAI = 12). Já a menor pontuação (EMEP = 1,57) foi de paciente com escore mínimo de ansiedade (BAI = 9), não permitindo hipotetizar alguma tendência de associação entre essas duas variáveis.

Quando se discute o fator 4 (busca de suporte social), observa-se que o paciente com maior pontuação nesse fator (EMEP = 5) apresentou escore mínimo de ansiedade (BAI = 4). Por outro lado, paciente com pontuação mais baixa neste fator, apresentou nível leve de ansiedade.

## **Resultados do Grupo Controle**

### **Resultados da EMEP – GC**

Os resultados das análises das respostas dos participantes à EMEP, na primeira Fase de aplicação de instrumentos, demonstraram uma priorização por estratégias focadas no problema (M= 3,595) e em pensamentos religiosos ou fantasiosos (M = 3,156), seguidos por busca de suporte social (M=2,707) e foco na emoção (M=2,306).

Na segunda Fase, três meses depois da primeira aplicação dos instrumentos, apesar da ainda priorização por estratégias de enfrentamento focadas nessa ordem de fatores (Problema, M = 3,494; Pensamento religioso e fantasioso, M= 3,301; Busca de suporte social, M = 2,56; e Emoção, M= 1,953), observa-se uma redução das médias gerais de enfrentamento para todos os fatores, em comparação à primeira Fase, exceto para o fator 3 (pensamento religioso e fantasioso) que apresentou uma maior frequência de utilização para os pacientes do grupo controle. (Figura12).

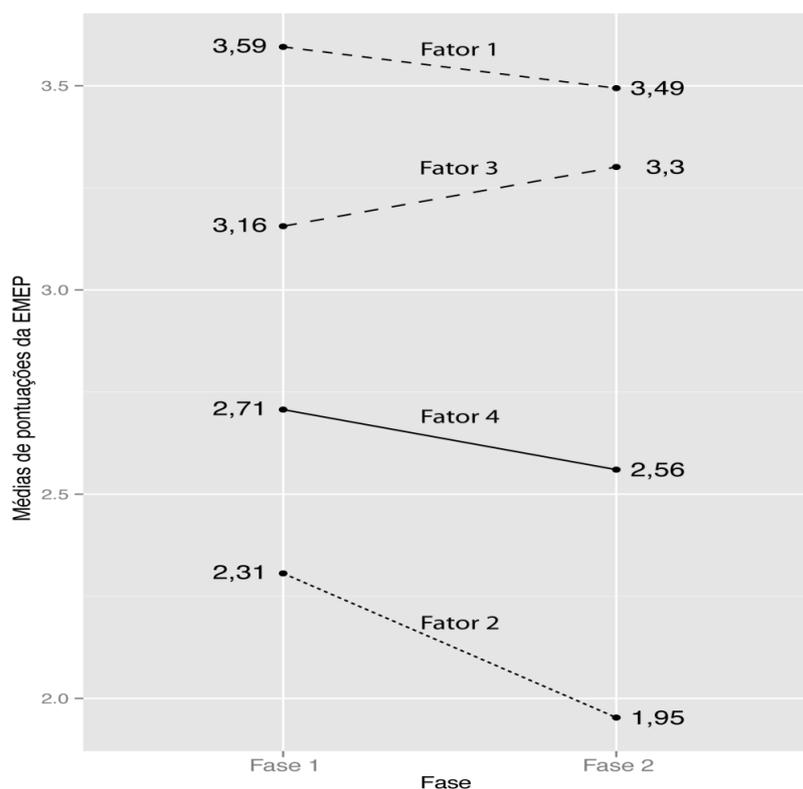


Figura 12

Evolução dos resultados da EMEP, GC.

Dessa forma, ao se comparar médias dos fatores avaliados pela EMEP antes e após a intervenção psicológica, observa-se uma redução das pontuações relativas a enfrentamento com foco no problema, na emoção e na busca de suporte social.

Para uma análise de significância estatística, e considerando-se o tamanho da amostra, realizou-se análise com o teste não paramétrico pareado de Wilcoxon, para comparação intragrupo nas duas etapas do estudo, conforme a Tabela 7:

Tabela 7

Comparação dos valores da EMEP por etapa, GC.

	ETAPA 1	ETAPA 2	p-valor	Estatística-v
Fator 1	3,55	3,44	0,683	31,5
Fator 2	2,26	1,93	0,168	41
Fator 3	3,64	3,43	0,959	28
Fator 4	2,7	2,3	0,678	26

Teste pareado de Wilcoxon.  $p < 0,05$ .

Ao se comparar as medianas de cada fator do instrumento EMEP, não foi possível concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das etapas. Apesar disso, percebe-se que houve queda nos escores de todos os fatores de enfrentamento, inclusive o fator 3 (que não aparecia reduzido na comparação das médias) apesar de não ter havido um *p* significativo.

A comparação entre as medianas de cada fator do instrumento EMEP não apresentou diferenças estatisticamente significativas, mesmo com a queda nos escores de todos os fatores de enfrentamento.

#### *Análise por fator*

Realizou-se uma análise intrasujeitos para maior detalhamento do desenvolvimento do enfrentamento de cada participante do estudo. Os dados referentes às médias de cada fator são apontados na Tabela 8.

Tabela 8

*Resultados da EMEP por fator e paciente, GC.*

P	ETAPA 1				ETAPA 2			
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
1	4,56	2,67	4,29	3,6	4,44	1,6	3,43	4,2
2	3,94	2,33	3,86	3,6	3,28	2	3,57	2,2
3	3,39	1,2	1,71	2,8	3,56	2,13	2,29	1,8
4	3,44	2,93	4,14	1,6	2,89	2,87	4,29	1,8
5	2,78	2,2	3	3,8	3,44	1,87	2,14	2,2
6	4,06	1,8	1,71	2	4,44	2,2	4,14	3
7	2,33	3,73	3,57	1,87	3	1,73	3,29	2,4
8	3,67	1,93	3,86	2,6	2,67	1,2	2,57	3,6
9	4,39	3,07	3,71	2,4	3,44	2,8	3,86	2,4
10	3,39	1,2	1,71	2,8	3,78	1,13	3,43	2

P = Participante

F= Fator

A análise das combinações de prioridades a cada fator permite a obtenção de padrões diferentes de associação entre os fatores. Os resultados indicam as alterações nos conjuntos de estratégias priorizadas durante as etapas, refletindo modificações

relevantes nas estratégias de enfrentamento adotadas ao longo do processo que merecem ser consideradas. Foram analisadas as díades de priorização para cada paciente.

Na primeira etapa do estudo, três participantes priorizaram estratégias focalizadas no problema, seguida por prática religiosa e pensamento fantasioso. Três pacientes privilegiaram estratégias de resolução do problema, seguido por busca de suporte social. Um paciente referiu o uso prioritário de estratégias com foco na emoção, seguida por práticas religiosas e pensamento fantasioso. Dois participantes preferiram a prática religiosa e pensamento fantasioso seguido de estratégias com foco no problema. E um participante priorizou a busca de suporte social seguida de prática religiosa e pensamento fantasioso.

Na segunda Fase do estudo, quatro participantes referiram o uso prioritário de estratégias focalizadas no problema, seguidas por prática religiosa e pensamento fantasioso. Um participante priorizou estratégias com foco no problema seguidas por busca de suporte social. Quatro pacientes privilegiaram estratégias focalizadas em práticas religiosas e pensamento fantasioso e seguida por resolução do problema. E um participante destacou a busca de suporte social seguida de focalização no problema.

Quando se observa o fator 1, estratégias de enfrentamento focadas no problema, pode-se perceber que cinco pacientes tiveram pontuações reduzidas nesse fator, em oposição a outros cinco pacientes que aumentaram as pontuações após três meses (Figura 13).

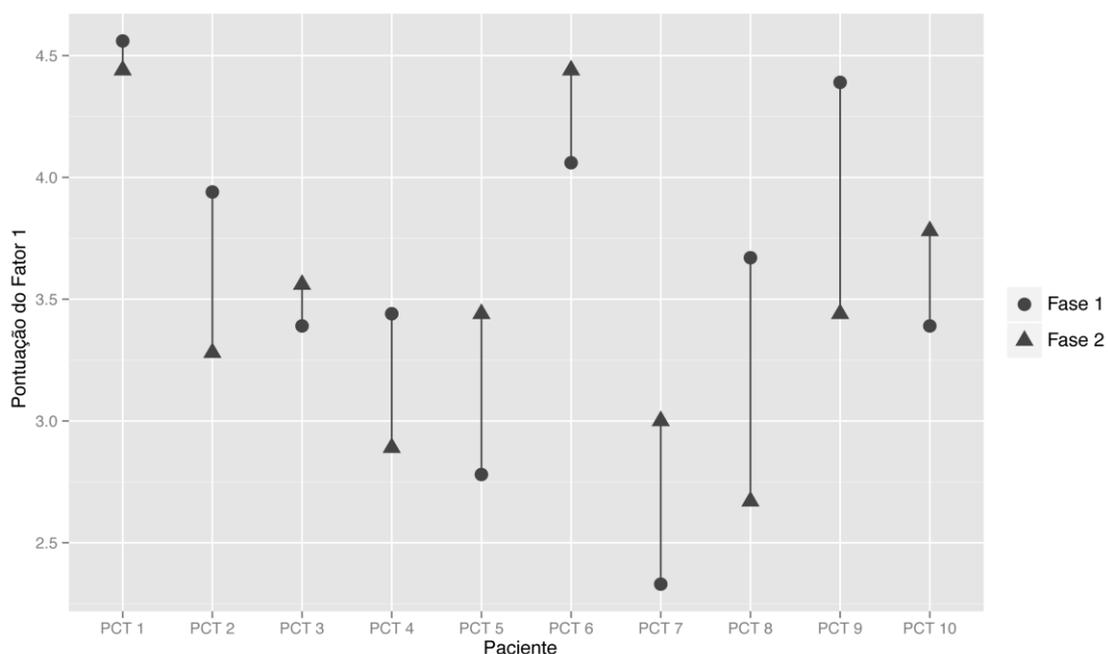


Figura 13

---

 Evolução do fator 1 por paciente do GC

Quanto ao fator 2, estratégias com foco na emoção, conforme o Figura 14, oito pacientes reduziram os escores relativos a esse fator após os três meses. Já dois pacientes aumentaram suas pontuações (paciente 3 e paciente 6).

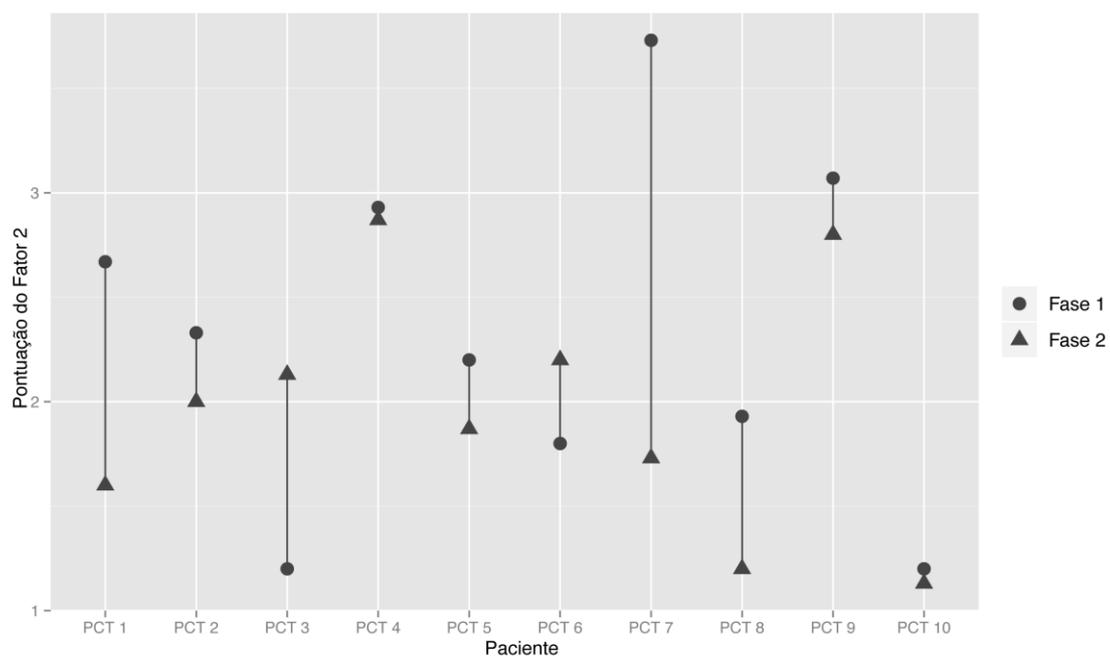


Figura 14

---

 Evolução do fator 2 por paciente do GC

Em relação ao fator 3, enfrentamento com foco em pensamento religioso e fantasioso, observa-se queda em pontuações para metade da amostra, contra um aumento em seu uso para os demais cinco pacientes (Figura 15) .

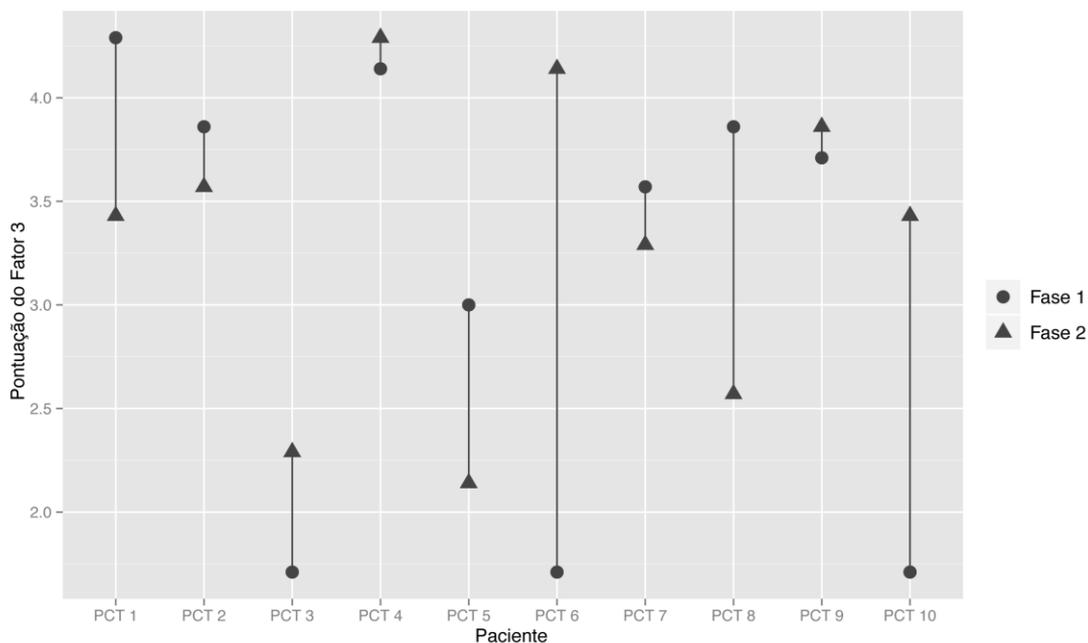


Figura 15

---

Evolução do fator 3 por paciente do GC

Por outro lado, quando se discute a busca de suporte social nos pacientes obesos, fator 4, percebeu-se queda a utilização desta estratégias para quatro pacientes. Um manteve sua pontuação como a oferecida na Fase1 e cinco aumentaram seus escores (Figura 16).

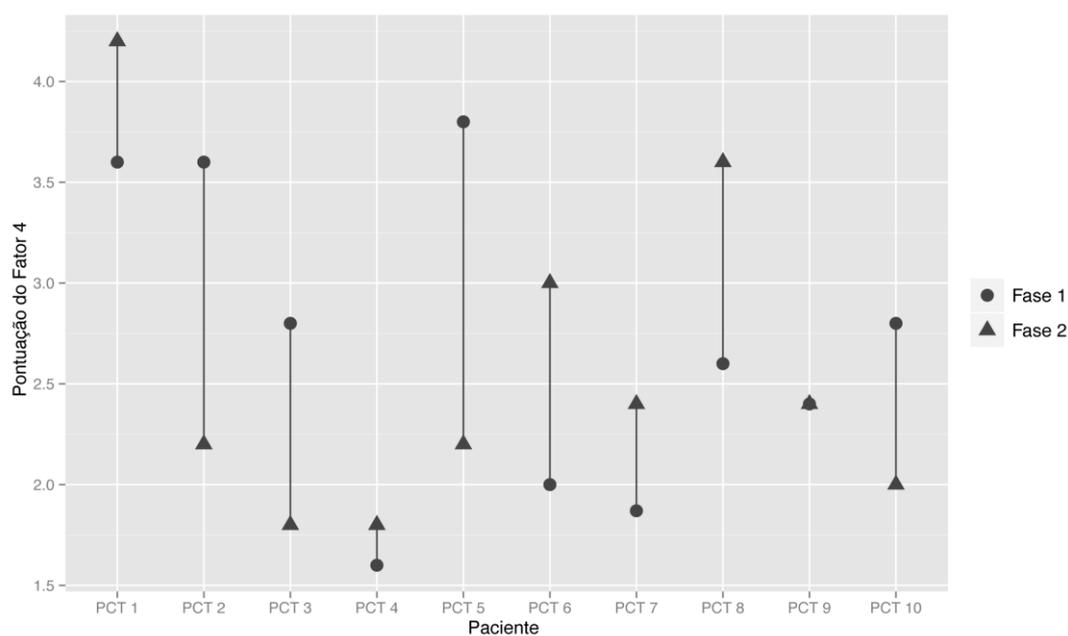


Figura 16

Evolução do fator 4 por paciente do GC

### Resultados do BAI – GC

Em relação às pontuações gerais de ansiedade possibilitadas pela aplicação do BAI, na primeira Fase, observaram-se três pacientes com pontuações mínimas de ansiedade, três com pontuações leves, três com pontuações moderadas e um com pontuação indicando nível grave de ansiedade.

Na segunda Fase, por outro lado, constataram-se quatro pacientes com pontuações mínimas de ansiedade, nenhum paciente com pontuação leve, três pacientes com pontuações moderadas e três com pontuações graves de ansiedade. Esses dados são demonstrados pela Figura 17.

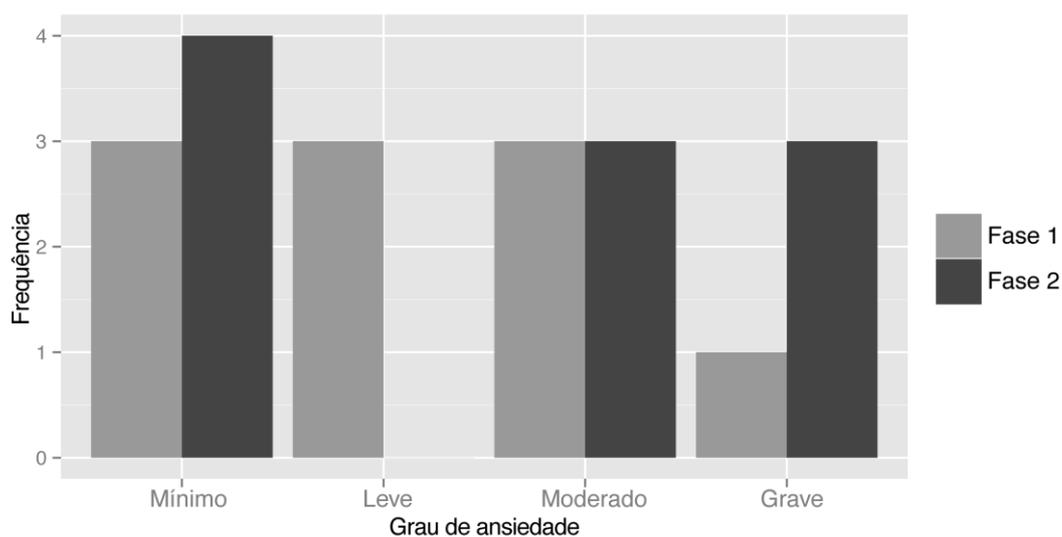


Figura 17

Grau de ansiedade por quantidade de pacientes, GC.

Os dados por pacientes são ilustrados na Figura 18. Observa-se diminuição dos escores de ansiedade para quatro pacientes (2,3,4 e 10); manutenção dos escores para o paciente 9; e aumento das pontuações para cinco pacientes (1,5,6,7,8). De maneira geral, observa-se leve aumento dos escores de ansiedade após os três meses de pesquisa, conforme comparação das médias (Fase1,  $M=18,1$ ; Fase 2,  $M=20,9$ ).

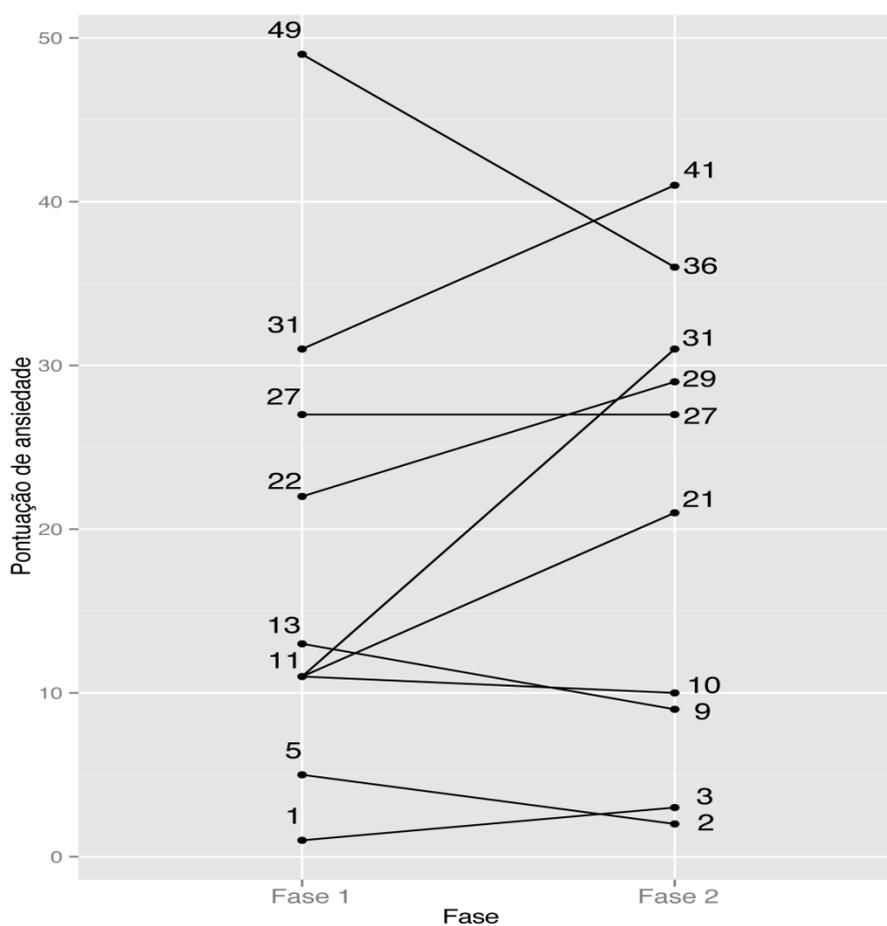


Figura 18

Evolução das pontuações do BAI por paciente, GC.

Para uma análise de significância estatística, e considerando-se o tamanho da amostra, realizou-se análise com o Teste não paramétrico pareado de Wilcoxon, para a comparação intra-grupo de valores de medianas dos resultados de ansiedade nas duas fases do estudo. Não foi possível concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das fases, conforme Tabela 9 a seguir:

Tabela 9

*Comparação de valores de ansiedade para o GC*

Mediana Fase1	Mediana Fase2	p-valor	Estatística-v
12	24	0,440	16

Test t não pareado de Wilcoxon. \* $p < 0,05$

Todavia, pode-se dizer, ao se comparar as medianas de cada fator do instrumento BAI, que houve aumento nos resultados referentes à ansiedade após três meses, apesar de os resultados não terem demonstrado relevância estatística.

### **Correlação EMEP – BAI - GC**

#### *Fase 1*

Foram realizadas análises de correlação, por meio de Figuras descritivas de dispersão, para a observação de possíveis relações entre escores relativos à ansiedade, obtidos pelo BAI e os fatores de enfrentamento apontados pela EMEP. Não foi possível concluir associações de tendências entre as variáveis estudadas, conforme Figura 16. Entretanto, algumas observações específicas, em relação a cada fator de análise, podem ser realizadas.

No que se refere ao Fator 1 (enfrentamento com foco no problema), o paciente 2, com maior pontuação de ansiedade (49) , apresentou média de 3,9; por outro lado, o paciente com maior escore relativo a esse fator (4,56), apresentou pontuação moderada de ansiedade (11).

Quanto ao Fator 2 (enfrentamento com foco na emoção), o paciente com maior pontuação de ansiedade não apresenta maior pontuação referente a enfrentamento focado na emoção (BAI = 49, EMEP = 2,33 [F2]). Todavia, o paciente com menor manifestação de ansiedade (BAI = 1), apresenta escores de enfrentamento relativamente baixos (EMEP = 1,8 [F2]).

Em relação ao fator 3 do enfrentamento (foco em pensamento fantasioso e religioso), o que se observa é que maiores graus de ansiedade associaram-se a maiores pontuações deste enfrentamento.

Na análise do fator 4 (busca por suporte social), observa-se que maior pontuação de ansiedade (BAI = 49) esteve associada a escores altos na busca por suporte social (EMEP = 3,6). Todavia, de maneira específica, pacientes com pontuações baixas de ansiedade também apresentaram pontuações baixas de enfrentamento com busca de suporte social. A figura 19 apresenta os dados da correlação entre os resultados do BAI e os diferentes fatores da EMEP.

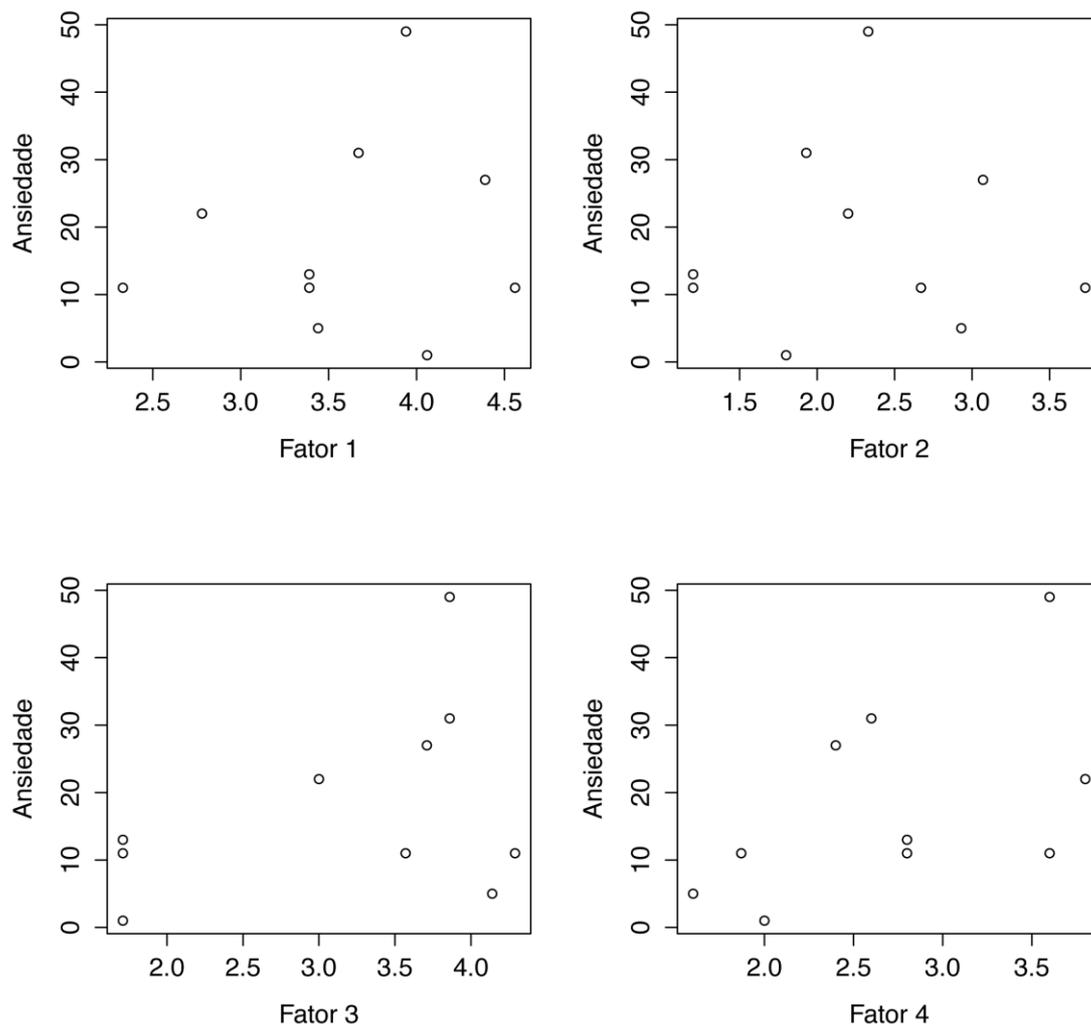


Figura 19

---

Correlação EMEP – BAI para GC, fase 1

### *Fase 2*

Mais uma vez, não foi possível concluir associações de tendências entre as variáveis estudadas, conforme a Figura 18. Entretanto, algumas observações específicas, em relação a cada fator de análise, podem ser realizadas.

Observa-se relação entre alto nível de ansiedade e baixas pontuações relativas ao fator 1 (foco no problema) avaliadas pela EMEP (paciente 8, BAI = 41, EMEP [F1] = 2,67; paciente 7, BAI = 31; EMEP [F1] = 3). Quanto ao desenvolvimento do fator 2 (foco na emoção), na segunda Fase, o paciente 8, com maior pontuação de ansiedade pelo BAI (41), apresenta a segunda menor nota nesse fator de

enfrentamento (1,2). Por outro lado, pacientes com maiores pontuações na EMEP não apresentam, como regra, menor ansiedade, apresentando, por outro lado, níveis moderados a graves desta sintomatologia.

Em relação ao fator 3 (pensamento fantasioso e religioso), observa-se que as menores pontuações de ansiedade (pacientes 4 e 6) foram associadas aos maiores escores nesse fator de enfrentamento. Quando se discute o fator 4 (busca de suporte social), observa-se que o paciente com maior pontuação nesse fator (EMEP = 4,2) apresentou escores moderados de ansiedade (BAI = 21). Por outro lado, pacientes com pontuação mais baixa neste fator (pacientes 3 e 4), apresentaram níveis mínimos ou leves de ansiedade. Abaixo, encontra-se a figura 20, a qual apresenta a correlação feita entre os resultados do BAI e os diferentes fatores da EMEP.

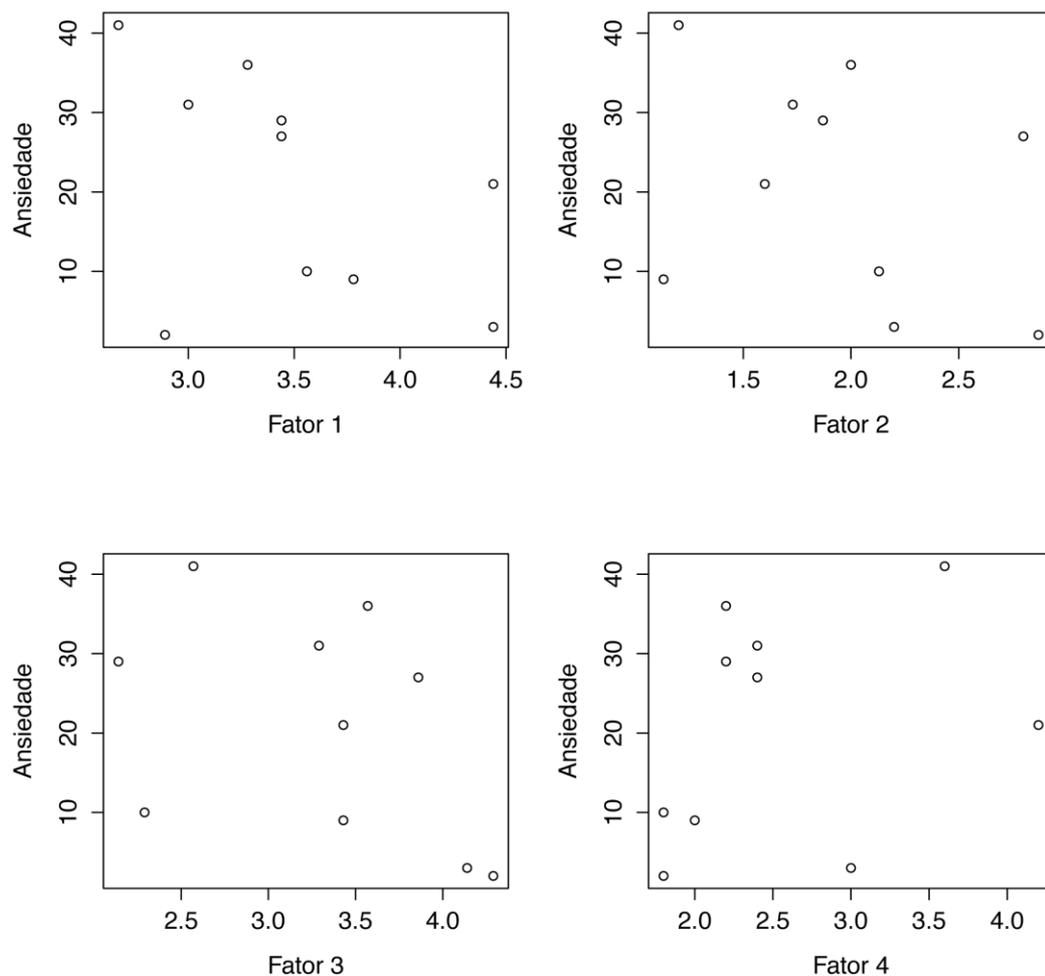


Figura 20

Correlação EMEP – BAI para GC, fase 2

### Comparação entre Grupos

A comparação estatística entre os grupos, por meio do Teste não-paramétrico e não-pareado de Mann-Whitney, foi realizada para a comparação de valores de medianas dos resultados de ansiedade nas duas fases do estudo.

No que se refere à Fase 1, ou seja, antes da intervenção para o grupo experimental, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados referentes a escores obtidos na EMEP ou no BAI para os Grupo Experimental e Controle (conforme a Tabela 10).

Tabela 10

*Comparação das variáveis entre os grupos, fase 1.*

Variável	GE	GC	p-valor	Estatística-w
Fator 1	4,06	3,55	0,179	55
Fator 2	2,53	2,26	0,3491	50,5
Fator 3	4,0	3,64	0,1801	55
Fator 4	2,8	2,7	0,8931	41,5
BAI	11	12,5	0,3964	30,5

Teste Mann-Whitney.  $p < 0,05$ .

Os dados demonstram diferenças significativas entre os grupos experimental e controle no que se refere ao Fator 1 de enfrentamento (priorização de estratégias com foco no problema) e a escores de ansiedade. Percebe-se que o GC apresenta escore do Fator 1 significativamente menor que o GE, três meses após a primeira aplicação. De forma similar, o GC apresenta escores de ansiedade, obtidos pelo BAI, maiores que o GE, de maneira marginalmente significativa, após a intervenção psicológica (Tabela 11).

Tabela 11

*Comparação das variáveis entre os grupos, fase 2.*

Variável	GE	GC	p-valor	Estatística-w
Fator 1	4,02	3,44	0,023**	65,5
Fator 2	2,17	1,93	0,182	55
Fator 3	3,14	3,43	0,624	34,5
Fator 4	2,9	2,3	0,422	49
BAI	5,5	24	0,068*	19,5

Teste Mann-Whitney.\*\*p=0,021; \*p = 0,068 (marginalmente significativo).

Quando se analisa, entretanto, as médias e escores absolutos obtidos a partir da aplicação dos instrumentos, percebem-se, igualmente, diferenças entre os grupos. Em relação à ansiedade, foi observada diminuição dos escores para quatro pacientes e aumento para três participantes do grupo experimental, contra cinco pacientes do grupo controle que tiveram suas pontuações aumentadas. Ademais, vale destacar que no GE nenhum paciente referiu níveis graves de ansiedade, e houve pontuações gerais mais baixas após a intervenção (grau mínimo de ansiedade); no GC, por outro lado, havia um paciente com pontuação grave de ansiedade no início da pesquisa. Três meses depois, já se observava três pacientes com pontuações graves de ansiedade. Em relação a escores gerais de enfrentamento, enquanto pacientes do GE apresentaram aumentos de médias relativas aos fatores 1 e 4, os participantes do GC apresentaram quedas em todos os escores da EMEP à exceção dos relativos a enfrentamento com foco em pensamento religioso ou fantasioso.

Analisaram-se dados referentes ao peso, em quilogramas, dos pacientes dos dois grupos. O peso do GE foi aferido durante as sessões e os resultados da primeira e última sessão são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12

*Comparação dos pesos em Kg entre as fases, GE.*

Participantes	GE	
	Fase1	Fase2
Paciente 1	107,9	106
Paciente 2	109	105
Paciente 3	88	84,5
Paciente 4	144	137,5
Paciente 5	102	97,2
Paciente 6	125	123
Paciente 7	94	98,5
Paciente 8	174	173,5

Em relação ao GC, os dados referentes ao peso são apresentados na Tabela 13. Os pesos não foram aferidos, mas obtidos a partir de relatos dos próprios pacientes. Dessa forma, deve-se levar em consideração a possível diferença entre o peso real e o peso referido por esses pacientes.

Tabela 13

*Comparação dos pesos em Kg entre as fases, GC.*

Participantes	GC	
	Fase1	Fase2
Paciente 1	140	140
Paciente 2	150	150
Paciente 3	152	150
Paciente 4	108	126
Paciente 5	135,7	136,4
Paciente 6	82	82
Paciente 7	95	95
Paciente 8	115	117
Paciente 9	110	108
Paciente 10	100	97

Percebe-se, ao realizar a comparação entre os grupos, a redução real de peso em sete pacientes do grupo experimental, após a intervenção psicológica. Já o Grupo Controle apresentou três pacientes com relatos de redução de peso, quatro com manutenção de peso e três com aumento do peso.

## **Análise das respostas às entrevistas**

### **Análise das respostas às entrevistas na Fase 1**

As respostas obtidas na etapa 1, para os grupos experimental e controle foram classificadas em quatro áreas funcionais, cada uma subdividida em categorias e subcategorias, quando for o caso. A Figura 21 mostra a síntese das áreas e categorias.

<p>Área 1: Dificuldades no convívio com a obesidade</p> <p>Categoria 1: Aspectos físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificuldades física/atividades motoras/ Locomoção/Trabalho</li> <li>b) Dores</li> </ul> <p>Categoria 2: Aspectos Sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Preconceito/Julgamentos</li> <li>b)Aceitação pessoal/vergonha/culpa</li> <li>c)Convívio Social</li> <li>d)Dependência</li> <li>e)Relacionamento Familiar/ conjugal</li> </ul> <p>Categoria 3: Aspectos Estéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Vestuário</li> <li>b)Insatisfação com a autoimagem</li> </ul> <p>Categoria 4: Aspectos de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Doenças associadas</li> <li>b)Tratamento da Obesidade</li> </ul> <p>Área 2: Estratégias de Enfrentamento</p> <p>Categoria 1: Espiritualidade/Fé/Religião</p> <p>Categoria 2: Foco no Problema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Buscar informações/Ajuda médica</li> <li>b)Adesão a medicações</li> <li>c)Movimentar-se (buscar atividades variadas)</li> <li>d)Evitar situações de risco</li> <li>Encontrar soluções/novas estratégias</li> <li>f)Conformismo/Tranquilidade/Acostumar-se</li> <li>g)Perseverar/Encarar</li> <li>h)Comparação outras situações</li> </ul> <p>Categoria 3: Foco na Emoção</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)Autocontrole</li> <li>b)Culpabilização</li> <li>c)Negação</li> <li>d)Beber ou comer mais</li> <li>e)Isolamento Social</li> <li>f)Dormir</li> <li>g)Expressões de choro ou raiva</li> <li>h)Pensar nas consequências da obesidade ou de sair da dieta</li> </ul>
--

<p>Categoria 4: Busca de suporte social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Apoio familiar</li> <li>b) Apoio da rede social</li> </ul> <p>Área 3: Exigências da Obesidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Emagrecimento/Seguimento de dieta</li> <li>b) Abandonar a prática de atividades/esportes</li> <li>c) Autocuidado</li> <li>d) Autoaceitação</li> <li>e) Vestuário</li> </ul> <p>Área 4: Crenças para modificar a situação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tratamento clínico: Emagrecimento/Dieta/Reeducação alimentar</li> <li>b) Persistência/Força de Vontade</li> <li>c) Procurar ajuda</li> <li>d) Tratamento Cirúrgico</li> </ul>
--

Figura 21

Categorização das respostas oferecidas na Fase 1.

### ***Resultados do GE***

A seguir, são descritas as frequências de relatos em cada área e categorias e são fornecidos exemplos ilustrativos, para o GE.

#### *Área 1: Dificuldades no convívio com a obesidade*

##### Categoria 1: Aspectos físicos

Em relação às dificuldades desenvolvidas no convívio com a obesidade referentes a aspectos físicos, seis pacientes referiram dificuldades físicas/motoras (“Impede de fazer caminhada..., dificuldades para andar..para respirar” – Paciente 3; “Ah, essas aí. Lavar roupa, fazer faxina. Eu era diarista, hoje em dia eu não dou conta mais. Estender a roupa no varal, meus braços doem. Eu lavo roupa, tenho que passar dois dias dentro de casa. Passar pano na casa é o mesmo sufoco”. – Paciente 7”; Ah, o desconforto né.. você vai fazer alguma coisa você não pode porque você tá gordo... no trabalho, o serviço meu e de ficar dirigindo, e passando nas lojas, olhando geladeira, agachando, levantando, subindo escada, chega no final do dia já to quase não agüentando...” – Paciente 8).

Quatro participantes relataram dificuldades de locomoção (“Ah, quando eu andava, nossa, era muito difícil andar, subir escada, meu Deus, passar na roleta, então, nossa, passar na roleta pra mim era uma vergonha demais, às vezes não passava, eu chegava em casa, tava as costas toda machucada, a barriga, porque eu

*forçava até passar - Paciente 1; “Ruim para andar de ônibus. É ruim para tudo. Para sentar, não poder andar bem, normal, né...”- Paciente 2).*

Três pacientes relataram dificuldades relacionadas a trabalho (“*Então, como eu falei, eu acho que o trabalho, né. Que o cansaço me deixa um pouco mais desmotivada mesmo para fazer coisas mais ativas, porque eu sempre fui muito ativa*”.- Paciente 4;. “*Arrumar emprego*”. – Paciente 6).

Dois participantes relataram sentirem dores (“*Ao andar, eu sinto muitas dores também* – Paciente 5; “*O corpo cheio de dor, prejudica por causa das minhas coisas em casa, das minhas atividades, muita dor no corpo*” – Paciente 7).

## Categoria 2: Aspectos Sociais

Ter que conviver com preconceitos, julgamentos e situações constrangedoras foi referido por cinco indivíduos. A seguir apresenta-se as falas desses pacientes.

*Todo mundo olha.. ‘quanto você tá comendo?’ Quando eu ia na pizzaria antigamente e comia 18 pedaços de pizza..ficava todo mundo: olha o quanto ela já comeu, caraça, ela já comeu tanto.. Quando era na hora eu nem ligava, mas depois, chegava em casa e pensava ‘caraca, todo mundo me vendo comer aquele tanto de pizza’ Paciente 1*

*Porque as pessoas...quando você tá gorda, elas discriminam você..Um exemplo é que quando eu saio de casa... as pessoas falam “porque vc não emagrece?”e isso me incomoda...como se eu fosse a culpada por ser gorda... entao eu evito isso..evito de conviver com as pessoas,pra não ouvir essas coisas... Paciente 3*

*Ah..eu me sinto mal..quando eu saio, as pessoas só ficam olhando pra gente.. falam “ih mulher gorda”, ficam olhando pra gente..as vezes não passa na roleta do ônibus..eu me sinto muito mal... Paciente 6*

*“As piadas das pessoas, quando a gente sai. As pessoas ficam olhando: ‘oh que mulher gorda..ó o tamanho dessa mulher...’. Lá no Piauí onde eu morava era pior, faziam mais piadinha quando saia na rua, chamando de baleia, essas coisa, tambor de gás. Aqui, em Brasília, as pessoas escondem mais um pouco.. lá não, as pessoas não tem disso, falam mesmo. Paciente 6.*

Tópicos referentes à aceitação pessoal e vergonha foram referidos por uma participante (“*Influencia assim, porque eu olho todas as outras meninas.. ‘ah que*

*magrinhas, é tão bonito uma mulher sem tantas curvas’... aí eu olho e falo: ‘ah, queria ser assim’...” Paciente 1).*

O convívio social foi relatado como uma dificuldade por quatro participantes (*“É complicado, não consigo fazer amizades, as pessoas parece que tem medo da gente..e também discriminam né..muito. O que a obesidade mais me prejudica é conviver com as pessoas...Não.. o que eu sofro mais é conviver com as pessoas, relacionamento..incomoda demais.”- Paciente 5).*

### Categoria 3: Aspectos Estéticos

As dificuldades com vestuário foram referidas por cinco pacientes (*“De tudo é você não poder vestir uma roupa, tudo, tudo. Às vezes você vai vestir uma roupa aí pede ajuda, porque não consegue.”. – Paciente 2; “Às vezes também me aborreço porque vou encontrar as roupas e não tem uma roupa, só roupa de velha, eu não gosto, fico brava com isso.”- Paciente 4).*

Um paciente destacou a insatisfação com a autoimagem como uma das principais dificuldades (*“Eu não gosto do que eu vejo, olho no espelho e não gosto do que eu vejo no espelho”.* – Paciente 1).

### Categoria 4: Aspectos de Saúde

Em relação a comorbidades, ou doenças associadas, dois pacientes relataram dificuldades (*“E vem muita doença, coisa que nunca pensei em sentir, pressão alta, diabete.”- Paciente 2; “Na verdade, não me traz nada de bom..tenho pressão alta também por causa disso..; pra ter uma saúde melhor também..atrapalha em tudo”.* – Paciente 5).

Dificuldades com o seguimento do tratamento da obesidade foram referidas por dois participantes (*“Quando eu vou comer uma fruta, eu não como só uma, como duas, três... E parece que quanto mais eu como, mais dá vontade. Eu como massa, cuscuz, não pode, e eu como tudo.. biju, leite de vaca sem ser de caixa, eu como tudo, é por isso que eu não consigo. Quando eu comecei a consultar no Valparaíso eu tava com 144kg. Numa semana, eu perdi 5 kg, depois não consegui mais”.* – Paciente 6).

*Área 2: Estratégias de Enfrentamento*

Categoria: Enfrentamento focalizado no problema

Buscar ajuda ou informações referentes ao tratamento foi referida por dois sujeitos (*“Buscar ajuda, antes eu já buscava ajuda, e agora continuo buscando. Busco muito mais porque to vendo as dificuldades que eu to tendo: pra me locomover”*. – Paciente 1.; *“Procurar todos os médicos, por onde eu preciso passar e, com isso, tendo acompanhamento melhor, isso vai melhorar também, não só emagrecimento, não só me levar à cirurgia bariátrica, mas me fazer melhorar a qualidade de vida mesmo”*.- Paciente 4). Tomar algum medicamento foi descrito por um indivíduo (*“Ah, amanheço doente, com dor,tomo remédio.”*- paciente 7).

Movimentar-se ou buscar outras atividades foi relatado por dois pacientes (*“É, faço em casa, vou fazendo, né. Porque ficar parada em casa é pior.Aí mesmo sentido dor eu finjo até para a menina que não estou sentindo nada para poder fazes as coisas, porque ficar parada é ruim. Elas não querem que eu faça, mas tenho que fazer, porque eu acho assim que meu esforço, entendeu, de não ficar parada, eu não sou mais boa do que era para ser se eu ficasse acomodada, deitada, como elas querem que eu fique. Aí não fico, né. Fico me movimentando, suando, né, mas é ruim”*. – paciente2; *“Dou uma caminhada para amenizar a dor.”*- paciente 7). Evitar situações de risco foi referido por um participante (*“É eu tenho que sentar na cadeira se não tiver alguém para eu pedir. É assim, tenho que sentar na cadeira para me sustentar, para não cair.A gente tem que estar atento em tudo”*.- paciente 2).

Em relação a encontrar estratégias diferentes, um paciente relatou:

*A gente vai tentando levar, vai dando um jeitinho..do jeito que você não conseguir, você dá um outro jeito..aí vai só do jeito que vai dando... Tipo na hora do banho, não dá pra abaixar pra lavar o pé, você abre a portinha do Box, aí coloca no vaso, lava o pé,aí vai fazendo assim, entendeu? Ah, quando eu tenho uma dificuldade, eu tento arranjar outra forma de fazer, tento fazer de outro jeito. Se tá dando problema pra mim eu tento achar outra forma de lidar: Essa da geladeira, que eu pedi ajuda pro supervisor. Isso é um negocio que eu canso mesmo..Então chega no outro dia eu já peço ajuda...aí isso não podia, o supervisor ajudar, mas ele entende e me ajuda”*. – paciente 8.

Outras categorias de estratégias de enfrentamento com foco no problema incluíram quatro relatos sobre a necessidade de encarar e perseverar (*“Eu não me*

*deixo..antes eu me deixa mais abater, hoje em dia não..eu levo mais na brincadeira...”- paciente 1; “Eu sou uma pessoa que se acostuma muito fácil com as coisas. Aí,eu vou me acostumando com aquela situação.. eu vou levando a vida. Assim, a vida vai me levando”.- paciente 5; “Eu estou vindo nas coisas e não estou desistindo, porque antes eu sempre desistia. Ah, não vou mais. A primeira barreira eu não conseguia transpor e desistia. Foram assim vários anos. E dessa vez eu estou perseverando em conseguir ir mesmo não tendo vencido isso ainda.”- Paciente 4) e dois participantes referiram “conformar-se” (“É o jeito, né. Tem que arrumar um meio de ir se conformando”. - paciente 2). Ademais, houve um relato de comparação outras situações na vida (“Machuca, mas a gente tem outras coisas que são melhores que superam.”- paciente 5).*

#### Categoria: Foco na Emoção

Em relação a estratégias focalizadas na emoção, dois participantes mencionaram o uso de autocontrole (“Quando eu ia na pizzaria antigamente e comia 18 pedaços de pizza, hoje em dia eu já me mantenho, já me seguro, 3 tá bom, eu já me seguro...”- paciente 1), e houve um relato de culpabilização (“Eu me culpo, as vezes.. ‘ah, eu to assim, porque eu to muito sem vergonha, eu como demais..’mas Graças a Deus eu nunca cheguei ao ponto de comer e vomitar, porque eu não sou boba de fazer uma besteira dessas.. eu já comi, já tá dentro, pra que colocar pra fora? Eu sempre penso assim../..então, eu ficava me culpando muito, ‘ah, porque eu to comendo esse tanto?’”- paciente 1).

Dois pacientes descreveram o uso da negação como estratégias (“Eu tento não ouvir, ou então eu escuto e entra por um ouvido, sai pelo outro.”- paciente 1; “Finjo que não está acontecendo”. – paciente 5) e dois pacientes descreveram beber ou comer mais (“Eu bebo também. Chega sexta-feira, meus primo chega,junta todo mundo aí eu bebo, junta todo mundo e vai beber”. – paciente 8; “Por exemplo, quando eu ficava triste, nossa, eu comia que chega eu passava mal.”- paciente1).

Quatro pacientes referiram isolar-se socialmente (“Às vezes eu me excluo muito..muito..igual, tem festa de faculdade, eu não vou..tem festa em família eu não vou também...prefiro não ir..festa de igreja também..Qualquer situação relacionada que tenha comida no meio, eu na vou..prefiro não ir..porque todo mundo olha pro gordinho”. – paciente 1; “Olha, antes eu enfrentava mais..agora não, eu to muito

caseira, agora eu me tranco... Antes eu não tava nem aí pras pessoas, eu saía mais vezes, eu fazia fisioterapia...então eu convivia com as pessoas, hoje não, hoje eu prefiro ficar quietinha...”- paciente 3; “Eu me isoloo..não tenho muitos amigos.. meus amigos são minha família..e só. Não tenho amigos.”- paciente 5).

Um participante destacou dormir como uma estratégia de enfrentamento (“Eu durmo... É... porque daí eu tento esquecer...porque..por isso que eu to dormindo muito...”- paciente 3), e dois paciente relataram expressões de choro ou raiva (“eu não choro na frente das pessoas, nem da minha mãe, não consigo..mas sozinha, eu choro demais”. – paciente 5; “Perdendo peso..a gente emagrecendo..ia melhorar a convivência com as pessoas..ia deixar de ser ignorante, porque eu sou meio ignorante com as pessoas, qualquer coisinha eu to estressando, fala qualquer coisa eu to estressando, faço uma tempestade em copo de água por uma besteirinha...aí também afasta os amigos..”- paciente 8).

Além disso, um participante referiu pensar nas consequências da obesidade ou de sair da dieta (“Mas pra mim é ‘O, tá vendo? Por isso que é bom vc continuar na dieta.. vai, saí pra tu ver, saí!’ Eu fico pensando dessa forma, é isso que me dá força, acho que sim.. eu penso: “é, vai come, come aquele hambúrguer pra tu ver se não vai ficar como era antes.. Fora a questão da minha saúde, graças a Deus eu não tenho pressão alta, eu não tenho diabetes. Mas e se eu continuasse? E se eu tivesse essas coisas?”). – paciente 1).

#### Categoria: Enfrentamento focalizado em Espiritualidade/Fé/Crenças

Busca de suporte espiritual foi referido por dois indivíduos (“E a fé também é uma coisa que me moveu muito..hoje em dia, se eu to triste, eu oro, peço a Deus pra me dar força, me fortalecer...assim que eu faço...” – Paciente 1; “Acho que com a ajuda de Deus eu consigo né... eu faço tudo direitinho.. e assim vai do jeito que Deus quiser..”- Paciente 6).

#### Categoria: Busca de suporte social

Em relação à busca de suporte familiar, três pacientes destacaram seu uso (“Eu não tenho muita coisa para fazer mais. Com o apoio das minhas filhas eu vou levando, minhas meninas tem muito cuidado comigo”. – paciente 2; “Justamente minha família, eles são tudo pra mim”. – paciente 5). O suporte social foi relatado por

um paciente (*“Aí tem dia que eu to meio cansado, aí eu peço pra um amigo meu andar comigo, peço pra fazer a rota comigo, aí ele me ajuda, fica um ajudando o outro, ele pega as coisas pra mim, quando eu não posso abaixar, assim vai...”*- paciente 8).

### *Área 3: Exigências da Obesidade*

Três pacientes referiram que uma das exigências da obesidade seria seguir uma dieta, emagrecer ou engajar-se em tratamentos (*“Eu tive que aprender a comer..eu tiver que aprender a comer no horário certo e as coisas pra comer.. Eu tenho dificuldade só em comer vegetal..”*- paciente 3; *“Que eu faça a minha dieta pra emagrecer... e eu não tô conseguindo.”*- paciente 6).

Quatro pacientes mencionaram terem de abandonar atividades, ou a prática de esportes, em função da obesidade (*“É, teve que mudar muita coisa. A pessoa fica incapacidade, igual uma pessoa deficiente. Não pode fazer nada”*. – paciente 2; *“Eu acho que largar todo esse lado que eu sempre tive ativo para prática de esporte que eu sempre gostei muito e fui abandonando, abandonando e agora retornar com o peso eu fico assim desestimulada.”*- paciente 4; *“Não fazer algumas atividade que eu não consigo..por conta dela.”*- paciente 5; *“Não consigo fazer exercícios.. eu tento fazer as caminhadas, as vezes eu saio, faço uns 30 min, 40 min..quando eu tava fazendo caminhada tava bem, mais eu tive que parar esses dias... é isso...”*- paciente 6).

O uso de práticas de autocuidado foi referido por dois pacientes (*“Que eu me cuide mais, né. Que eu tenha uma alimentação melhor, que me cuide mais.... Tudo o que a gente vai fazer tem que tomar cuidado para a gente mudar para melhor”*. – paciente 2; *“Hoje, o que ela vem exigindo de mim é só ter horário pra tomar minha medicação... Ter que seguir mais regrada por conta da medicação que eu to tomando... E observar os meus comportamentos pra eu tá tentando me modificar”*. – paciente 5) e a necessidade de autoaceitação foi mencionada por um paciente (*“Ah, uma auto-aceitação de mim mesma...”*- paciente 1).

Dificuldades de vestuário foram relatadas como uma das exigências da obesidade por uma paciente (*“Vestir..ela exige que eu encontre roupas para vestir...”*- paciente 3).

#### *Área 4: Crenças para modificar a situação*

Em relação às crenças sobre o que é preciso fazer para modificar a situação de doença atual, sete pacientes relataram ser o seguimento de algum tratamento clínico a possibilidade de mudança (“Ah, ,minha reeducação alimentar”. – paciente 1; “Acho que se eu fechasse mais a boca, né..pra parar de comer mais...”. –paciente 6).

Dois pacientes acreditam ser a força de vontade e a persistência umas das responsáveis pela modificação da situação (“Então falta ainda essa, não sei se é força de vontade, não sei se é ... o que que é o nome disso, mas que chegue a ser uma coisa consciente”. – paciente 4). Já dois pacientes acreditam que devem procurar ajuda (“Buscar ajuda, antes eu já buscava ajuda, e agora continuo buscando. Busco muito mais porque to vendo as dificuldades que eu to tendo: pra me locomover”. – paciente 1; “Igual, eu procurei ajuda... Aí, acho que é um passo. A vida toda, sempre procurei e nunca tive oportunidade de encontrar, encontrei agora, consegui. Basicamente é isso, é procurar o tratamento..pra sair dessa Fase, deste problema”. – paciente 5).

Um paciente ainda refere a cirurgia uma das possíveis soluções na luta contra a obesidade (“Ah...fazer o possível..ou então a cirurgia mesmo”. – paciente 8) e um participante acredita não haver o que fazer para modificar a situação (paciente 3).

#### **Resultados do GC**

A seguir, são descritas as frequências de relatos em cada área e categorias e são fornecidos exemplos ilustrativos, para o GC, na primeira Fase.

#### *Área 1: Dificuldades no convívio com a obesidade*

##### Categoria 1: Aspectos físicos

Em relação às dificuldades desenvolvidas no convívio com a obesidade, referentes a aspectos físicos, oito participantes referiram dificuldades físicas ou motoras e de locomoção. A seguir, são apresentadas verbalizações dos pacientes em relação a esse tópico:

*Ó, pra caminhar. Se eu for daqui no corredor, por exemplo, ali no final do corredor, andar ai uns 100 metros, 200 metros eu já começo, me sinto mal, a respiração começa a ficar ofegante ; a obesidade é uma doença terrível, ela é silenciosa, mas é terrível. Muitas vezes o cara tem uma doença muito pior, mas é mais fácil conviver com ela do que com a obesidade. Eu acho, é opinião*

*minha. Rapaz, você fica uma pessoa lenta, lenta de tudo. O obeso é lento. Por mais que você queira ser ágil você não consegue ser ágil. Em tudo. Só não a cabeça, a cabeça da gente. O magro e o gordo, a cabeça é uma só, no caso. Mas o resto do corpo não obedece. Muitas vezes o comando manda você fazer aquilo, mas o corpo não ajuda. Tentei entrar na academia, mas você não dá conta. O gordo na academia é um desastre, não dá conta. Os exercícios do gordo, se for fazer os exercícios do gordo aí você não aguenta, os seus nervos não aguentam. Aí o mestre lá acha que você está com moleza, mas não é moleza. Você tem que fazer tantos abdominais, o magro faz 10, 15, 20, o gordo faz 3 e já não aguenta mais, já dói tudo, dói os nervos, dói... aí o cara “mas amanhã melhora”. Amanhã piora mais ainda, não tem esse negócio de amanhã vai melhorar não. Se no primeiro dia você der conta de fazer, bem. No segundo dia você não dá conta de fazer nada. Então eu sou desse jeito. (Paciente 1).*

*Pra mim fazer as coisas eu sinto bastante dificuldade né? Até pra tomar banho é difícil né? De ônibus eu quase não ando, porque é muita dificuldade. A maior dificuldade que eu sinto é pra calçar um sapato, vestir uma roupa, sair de casa, tudo é dificultoso. Se eu for pra um lugar e não tiver lugar pra sentar eu não aguento ficar bastante tempo em pé. É assim, a dificuldade é essa. (Paciente 2).*

Dois pacientes relataram dificuldades relacionadas a trabalho (“Tive que parar de trabalhar...;mas o que eu fiquei mais triste de tudo é ter que ter parado de trabalhar.. eu sempre trabalhei.. e eu sei que o problema de saúde é por causa da obesidade (CHORO). As vezes se eu tô muito mal, eu tenho insônia, e eu sei que é por causa da obesidade...”- paciente 8).

## Categoria 2: Aspectos Sociais

Ter que conviver com preconceitos, julgamentos e situações constrangedoras foi referido por quatro indivíduos (“Mas é difícil quando eu chego em algum lugar, porque todo mundo fica te olhando, todo mundo acha que gordo não precisa comer, por exemplo. Então se você entra num lugar pra comprar alguma coisa pra você

*comer, todo mundo fica te olhando, 'é gorda porque come', né? Quer dizer que a gente não precisa comer, né?"- paciente 3; "Acho que é mais o preconceito mesmo..você cai e as pessoas"ah é porque é gordo". As pessoas tão repetindo pela terceira vez, você repete a segunda: "ah, é porque é gordo". – paciente 5).*

Tópicos referentes à aceitação pessoal e vergonha foram referidos por quatro participantes (*"Tudo. Andar sem camisa. Eu gosto tanto de andar sem camisa, ir numa piscina, vestir um short. Você acha que não, mas todo mundo fica olhando pra você. O magrinho vai lá, veste um short, pula dentro d'água e sai e ninguém olha pra ele. Mas você pula dentro d'água "olha o gordão lá", desse jeito. Até nos clubes aí que você vai. Eu mesmo não ando sem camisa. Só dentro de casa, mas na rua não tenho coragem de andar sem camisa. ..."* – paciente 1; *"Até a vida sentimental da gente, eu me sinto envergonhada. Eu não tiro a roupa na frente do meu esposo de jeito nenhum. Pra mim é guerra, não gosto". – paciente 4; "Você acha que eu me olho no espelho? O espelho que eu olho é esse (bolsa). Só o do porta batom. Não me olho no espelho de corpo inteiro. E eu sinto que.. detesto pessoas também... é esse aqui, o espelho que eu olho... e eu tenho certeza que.. as pessoas do meu convívio, eu acho que elas se sentem assim incomodadas também..acho que não se sentem muito a vontade de nos sair, de ir fazer um passeio..."- paciente 7).*

O convívio social foi relatado como prejudicado por seis participantes (*"Eu só não gosto de estar em um lugar onde tem muita gente". – paciente 2; "Mas eu acho que o meu relacionamento com as pessoas mudou um pouco. No sentido de que eu fico um pouco constrangida algumas vezes de conhecer alguma pessoa, né?"- paciente 3; "Muito ruim né.. é muito desconfortável.. eu não gosto nem de sair.. porque dá impressão de que todos estão olhando pra gente..; Sim.. eu não gosto de sair de casa mais.. não gosto.. as vezes eu sinto vontade, mas.. não.. chega naquela hora.. "não, não vou não"..."- paciente 6).*

### Categoria 3: Aspectos Estéticos

As dificuldades com vestuário foram referidas por sete pacientes (*"Eu já tive muito problema com relação a comprar roupa, por exemplo, né? Porque eu não acho, principalmente calça jeans. Você não acha roupa e quando você acha é uma roupa que uma senhora de 50, 60 anos usaria, não uma jovem de 27 anos". – paciente 3; "De verdade, assim, influencia pouco... mais na hora que você tem que*

*comprar roupa, porque você tem que rodar mais ou ir a lugares específicos pra comprar roupa.”- paciente 5).*

Duas pacientes destacaram a insatisfação com a autoimagem como uma das principais dificuldades (*“A gente se sente totalmente diferente daquilo que a gente é.. você não quer mais olhar no espelho, não quer mais subir na balança...”- paciente 6; “A gente não se sente satisfeita com nada, com nada que você faz. Com esse tipo de gordura você não se sente bem, porque, pra começar, quando a pessoa começa a engordar depois da minha idade, primeiro que cresce a barriga.”. – paciente 9).*

#### Categoria 4: Aspectos de Saúde

Em relação a comorbidades ou doenças associadas, cinco pacientes relataram dificuldades (*“Ai tem a parte de doença né? É que eu tomo remédio, parece que 5 remédios pra pressão de 8 em 8 horas”. – paciente 2; “É, hérnia de disco e o problema no joelho, eu fiz cirurgia nesse, falta fazer nesse...”- paciente 10).*

#### Área 2: Estratégias de Enfrentamento

##### Categoria: Foco no Problema

Buscar algum tratamento foi destacado por quatro pacientes (*“Sim, eu comecei a fazer caminhada, o Arruda colocou aquelas academias de ginástica lá perto de casa e eu vou lá. Tenho feito acompanhamento com nutricionista também...Mas assim, voce perde dois kg, relaxa um pouquinho, ganha um...”- paciente 5; “Não... eu tenho tentado sabe, fazer dieta por minha conta, tem dia que eu consigo, tem dia que eu não consigo..tenho evitado coisas que eu sei que fazem mal, também por causa do diabetes...” – paciente 8).*

Buscar ajuda, ou informações referentes ao tratamento, foi referida por dois sujeitos (*“Né, então, vou continuar..não tô seguindo, que nem a nutricionista, o quadro que ela me deu na época.. mas hoje eu fico lembrando do que falou: não deva misturar, se vai comer o arroz, não usa o macarrão... aí eu digo “vou procurar fazer isso aqui”.. se ela falou, ela estudou pra isso, então ela sabe o que tá falando, se funcionou com alguém, então uma hora vai funcionar comigo..!”- paciente 4).*

Movimentar-se, ou buscar outras atividades, foi relatado por três pacientes (*“Eu não deixo de me arrumar por causa disso, não deixo de arrumar minhas unhas, de me maquiar, de andar ajeitadinha digamos assim, por causa disso”. – paciente 3;*

*“Eu procuro fazer o meu trabalho, procuro ler, e fazer aquilo que eu posso.. e procuro ficar mais quieta...”- paciente 6).*

Evitar situações de risco foi pontuado por um participante (*“Mas depois acho que a gente vai mudando os lugares que frequenta..você já começa a procurar os lugares com cadeiras mais fortes, onde você vai se sentindo melhor, então você contorna.”- paciente 5).*

Dois pacientes relataram buscar estratégias diferentes ou soluções (*“Ó, eu vou na marcha lenta. Se eu não posso pular o muro, eu dou a volta lá por trás e entro por lá. Eu não tenho negócio. Que eu vou chegar lá eu tenho certeza que eu vou, nem que eu arrume uma escada pra pular de um lado pro outro na escada, eu não dou conta de pular ele, mas eu dou a volta se for preciso, eu subo numa escada e desço do outro lado.”- paciente 1).*

Outras categorias de estratégias de enfrentamento com foco no problema incluíram cinco relatos sobre a necessidade de encarar ou perseverar (*“Ah, tem que ir tentando, a gente precisa de fazer as coisas e tem que fazer”*. – paciente 2; *“Encarar a vida como ela é..eu to desse jeito, não posso mudar da noite pro dia... então tá..encarar as pessoas, a gente passa, o pessoal fica olhando..).*

Três participantes referiram “conformar-se” (*“Acostuma.Ah, é a mesma coisa a pessoa que arranca um dente, continua comendo do mesmo jeito. Não tem como você...tem que viver ué.É, não é deixar pra lá. É o seguinte, no caso, por exemplo...eu acho que se acostumar nesse caso é quando você não tem mais solução. O que que a gente vai fazer? O gordo não pode morrer porque ele é gordo. Ele tem que viver não tem? Então você acostuma a viver daquele jeito. Acostuma a ser gordo, acostuma a ...se você não pode correr você caminha, se você não pode agachar você deita, mas de qualquer maneira você não pode... a gente que é gordo não pode nunca pedir a morte.”- paciente 1; “Não, acho que isso é a chave: a minha vida toda foi assim...então isso, de repente, não é um problema tão grande pra mim, quanto pras pessoas que não são gordas, olham e falam: “ué, mas como você dá conta de fazer isso?””- paciente 5).*

Ademais, houve dois relatos de comparação a outras situações de vida (*“Às vezes eu encontro pessoas que já passaram por isso e conseguiram emagrecer..então eu sempre fico assim... é como um espelho pra mim, se elas conseguiram eu também vou conseguir.”- paciente 4; “Que nem, outro dia tava vendo uma reportagem de*

*obesidade mórbida.. aí eu fico vendo a situação daquela pessoa ali né.. lutando... e asvezes eu fico reclamando da vida.. e eu tô numa situação bem melhor, que a deles”.*  
– paciente 4).

#### Categoria: Foco na Emoção

Em relação a estratégias focalizadas na emoção, dois participantes mencionaram o uso de autocontrole (“*E sempre, se eu fraquejar um pouquinho, aí é a hora.. dá aquela ansiedade, de comer e não tô nem aí, não adianta eu deixar de usar o açúcar, não adianta de eu deixar... que nem eu gosto muito e a nutricionista fala, pra não misturar arroz, batata, macarrão*”. - paciente 4) e houve um relato de culpabilização (“*Tudo que você vai comer você vai comer com medo ‘isso aqui pode, isso aqui não pode, isso aqui tem não sei quantas calorias’. Aí você termina... aí começa a beliscar, já não come mais na hora certa, já não faz mais nada na hora certa, fica só com aquela sensação de culpa, mas aquela culpa de que eu mesma sou a culpada, por não conseguir controlar né... Porque geralmente, a gente pra tudo arruma uma desculpa, mas eu não gosto de arrumar desculpa..*”- paciente 6).

Dois pacientes descreveram o uso da negação/evitação como estratégia (“*Eu procuro, quando eu vou num lugar, eu procuro não dar atenção, eu procuro abstrair daquilo que eu estou vendo, fingir que eu não estou vendo, que eu não estou ouvindo, eu procuro ignorar. Sinceramente, eu evito essas situações, eu procuro sempre evitar essas situações, o máximo que eu posso, o máximo que eu posso*”. - paciente 3; “*Sempre de cabeça baixa, e prefiro fazer de conta que não ouvi nenhum comentário..se a gente for..procuro não pensar muito.*” – paciente 4; “*Finjo que não tá acontecendo nada*”- paciente 10).

Três pacientes referiram isolar-se socialmente (“*Nada. Fico cada vez mais retraída. Eu procuro cada vez menos conhecer pessoas novas. Eu sempre fui muito difícil assim, de lidar com alguém que eu conheço, que eu acabo de conhecer porque eu sempre fui muito desconfiada.*”- paciente 3; “*Eu às vezes eu falo ‘não, eu vou sair, vou fazer caminhada’, mas nem isso eu tenho feito mais.. eu chego no portão e desisto.*”- paciente 6; “*Se você recebe um convite de casamento, aí você fica imaginando, que roupa você vai, que roupa você vai vestir, sabe, uma dificuldade pra achar uma roupa, que nem eu passei por isso agora em agosto... Eu evito até sair, muito raramente eu vou numa coisinha assim.. raramente eu vou...*”-paciente 7), e

dois paciente relataram expressões de raiva (*“E eu vou aguentando, vou aguentando, brinco, falo alguma coisinha e tudo mais, mas tem uma hora que não dá e eu explodo com a pessoa.”*- paciente 3).

Categoria: Enfrentamento focalizado em Espiritualidade/Fé/Crenças

A busca de suporte religioso foi referido por cinco indivíduos (*“Creio que há um Deus lá em cima que cuida da gente aqui... e Ele ajuda muito”*. – paciente 4; *“É difícil, a gente tem que fazer muita força, ter muita fé em Deus e acreditar na vida.. né.. acreditar que a gente tem que fazer alguma coisa, porque se a gente não conseguir, que outras pessoas consigam”*. – paciente 6).

Categoria: Busca de suporte social

Em relação à busca de suporte familiar, três pacientes destacaram seu uso (*“Aí quem me ajuda é ela, a mulher”*- paciente 2; *“Mas eu tenho minha filha que me ajuda muito..tipo é..subir uma escada, limpar uma parece, limpar um armário em cima, limpar um armário em baixo de pia, minha filha me ajuda muito”*. - paciente 7).

Área 3: Exigências da Obesidade

Um paciente referiu que uma das exigências da obesidade seria emagrecer ou engajar-se em tratamentos (*“Ah exige...sei lá...a obesidade exige isso mesmo, que eu procure o tratamento, né? Pra mim perder peso, pra mim ficar melhor, pra mim poder fazer minhas coisas melhor ou mesmo baixar essa glicemia que só vive alta, né?”*- paciente 9).

Quatro pacientes mencionaram terem de abandonar atividades ou a prática de esporte em função da obesidade (*“Eu queria fazer o que você faz, eu não dou conta. Você vai ali e pula um muro de um lado pro outro. Você dá conta, você é magrinha. Eu se for pular ou cai o muro ou eu caio, um dos dois vai cair. Eu não vou dar conta de pular de um lado pro outro. Então isso aí é paciência. Levar a vida mais no...na paciência mesmo...”*- paciente 1; *“Ah, antigamente eu podia trabalhar e hoje eu não posso né?”*- paciente 2).

O uso de práticas de autocuidado foi referido por uma paciente (*“Observar o lugar onde eu sento, por exemplo, porque a maioria dos lugares que você vai hoje em dia é cadeira de plástico e eu não sento, eu fico em pé. Não adianta falar “ah, eu ponho 3 cadeiras juntas”, não sento, eu fico em pé. E não sei...observar os lugares*

*onde eu vou, se eu vou ter que andar muito, porque eu sei que quando chegar naquele lugar vou estar suada, cansada, ofegante*". - paciente 3). Dificuldades de vestuário forma destacadas como uma das exigências da obesidade por duas pacientes (*"Comprar roupa, por exemplo, porque eu não compro mais roupa. Eu mando fazer roupa, toda e qualquer roupa que eu preciso, eu mando fazer"*). - paciente 3).

#### *Área 4: Crenças para modificar a situação*

Em relação às crenças sobre o que é preciso fazer para modificar a situação de doença atual, dois pacientes relataram ser o seguimento de algum tratamento clínico a possibilidade de mudança. Os relatos sobre o tema são apresentados a seguir.

*Procurar o hospital, procurar o nutricionista, mudar o regime. Rapaz, você vai no médico ele diz "você come cenoura, come não sei o que, não sei o que raspado". Ser humano nenhum no mundo come cenoura o mês inteiro. Não existe. Você come um dia na semana, duas vezes, aí você come. Mas se todo dia você ralar uma cenoura pra comer, daqui uns dias você joga o prato pra lá. "Não quero comer esse trem mais não, Deus me perdoe". Mas não é verdade? Então eu acho que isso aí seria o principal. Nem que o governo não pagasse uma cirurgia. Mas uma nutricionista assim, a disposição. Igual lá no posto, eu espero 6 meses pra falar com a nutricionista. Então durante 6 meses você engorda 6 quilos, 10 quilos, até mais durante 6 meses. Se eu pudesse ir lá todo mês falar "doutora, muda aqui o meu regime. Não estou mais aguentando a cenoura, não estou mais aguentando alface. Muda pra outra coisa aqui pra mim." Ai era fácil. Chegava lá ela dizia "olha você não vai mais comer... você gosta de agrião? Gosto. Então você come salada de agrião, come isso, come aquilo". Mas eu comer sem ter uma orientação, o cara até engorda mais. Você acha que está se alimentando pouco, mas você tá comendo muito mais do que devia comer. Então...o pão mesmo, eu evito o máximo comer o pão. Quando não tem outra coisa mesmo, que eu tenho que comer o pão, eu tiro o miolo fora. Já ajuda". – paciente 1*

Dois pacientes acreditam que a força de vontade e a persistência são fatores responsáveis pela modificação da situação (*"Exige muito esforço...da gente. Tem que ter força mesmo de vontade pra conseguir... é um esforço assim creio que psicológico também...exige muito da gente, que se a gente não tiver aquela força de vontade*

mesmo, cai na depressão”. – paciente 4). Cinco pacientes ainda apontam a cirurgia como uma solução na luta contra a obesidade (“Ah, eu acho que hoje só esperar essa cirurgia mesmo. Eu creio que com a cirurgia eu vou melhorar”. - paciente 2; “Olha, com dieta eu emagreço um pouco, mas não o suficiente, mas não o que eu preciso. Então realmente pra mim é a cirurgia.”- paciente 3).

## **Análise das respostas às entrevistas na Fase 2**

As respostas obtidas na última fase do estudo também foram classificadas em cinco áreas funcionais, cada uma subdividida em categorias e subcategorias, quando for o caso.

### ***Respostas do GE***

A figura 22 mostra a síntese das áreas e categorias obtidas para as respostas do GE.

<p><u>Área 1: Mudanças relatadas após o tratamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Desenvolvimento de estratégias de autocontrole/ diferenciação de sensações de fome x vontade</li> <li>b) Redução da ansiedade</li> <li>c) Redução da Culpabilização</li> <li>d) Mudança de Hábito alimentar             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mastigação</li> <li>- Disciplina com horários</li> <li>- Prática de atividade física</li> </ul> </li> <li>e) Desenvolvimento de estratégias de Autodisciplina, Auto-observação e autoconhecimento</li> <li>f) Mudança em variáveis corporais: peso, medidas</li> <li>g) Melhor locomoção/disposição física</li> <li>h) Melhoria na Interação social e apoio familiar</li> <li>i) Melhoria na Função Gastrointestinal</li> <li>j) Desenvolvimento de estratégias de asserividade</li> </ul>
<p><u>Área 2: Aspectos relatados como mais difíceis após três meses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Necessidade de autocuidado</li> <li>b) Necessidade de maior autodisciplina</li> </ul>
<p><u>Área 3: Aspectos Relatados como mais fáceis após três meses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menor culpabilização</li> <li>b) Maior adesão ao tratamento</li> <li>c) Maior autocontrole</li> <li>d) Melhoria nas condições físicas</li> </ul>
<p><u>Área 4: Dificuldades atuais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificuldade de adesão: atividade física/dieta</li> <li>b) Autocontrole em relação à vontade de comer</li> <li>c) Físicas/locomoção/Comorbidades/dores</li> <li>d) Preconceito</li> <li>e) Vestuário</li> </ul>
<p><u>Área 5: Exigências da obesidade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mudança de comportamento/hábito alimentar</li> <li>b) Força de vontade</li> <li>c) Autocontrole</li> </ul>

- d) Dificuldades físicas/locomoção/comorbidades associadas
- e) Vestuário
- f) Trabalho

Área 6: Estratégias de enfrentamento utilizadas

Categoria: Problema

- a) Mudança de hábitos
- b) Seguir o tratamento
- c) Buscar informação/ ajuda
- d) Encarar/Conformar-se
- e) Comparar a outras situações

Categoria: Emoção

- a) Negar/ignorar
- b) Autocontrole

Categoria: Busca de suporte social

Figura 22

Categorização das respostas oferecidas na Fase 2, pelo GE.

A seguir, são descritas as frequências de relatos em cada área e categorias e são fornecidos exemplos ilustrativos, para o GE.

*Área 1: Mudanças relatadas após o tratamento*

O desenvolvimento de estratégias de autocontrole foi destacado por quatro pacientes, após a intervenção psicológica. São apresentados a seguir relatos dos pacientes sobre o tema:

*Quando eu vou comer eu fico consciente do que eu vou comer.. .do jeito que eu aprendi. Antes eu tava nem aí, comia macarrão misturado com arroz, aquele prato cheio, não tinha limite né..e agora não, eu procurei comer de um jeito que a nutricionista me ensinou, você também, então eu dei uma reeducada, mudou muito. tanto é que se eu comer um pouco mais que eu sinta, eu não fico bem, tenho que provocar pra eu poder ficar bem. então eu to comendo 4 colheres de arroz e de feijão, eu como a salada primeiro.. então mudou muita coisa, demais. Eu fico consciente..agora me dão as coisas eu não como, me dão doce, chocolate, e eu não como..sou conscientizada porque tenho diabetes, mas nem isso eu não era, mesmo assim eu comia tudo. E hoje eu não como, de jeito nenhum, tem doce na geladeira, mas eu não como. Me dão na Mao doce e eu não como, eu deixo, eu recebo, boto assim.. entao eu aprendi, de alguma forma foi muito bom, tá sendo muito bom, eu to gostando muito, muito mesmo. Paciente 2*

*Antes eu pegava um pacote de biscoito e comia todinho. Hoje não, eu já consigo me controlar. Eu pego aquele biscoito e uma, duas unidades, já me satisfaz. Antes não, eu comia três fatias de bolo e hoje uma fatia já me satisfaz. porque eu já comi... e ante seu não tinha isso. A partir das reuniões, hoje eu já tenho mais consciência...hoje eu to conseguindo me controlar com outras coisas, dá vontade eu consigo..pegar essa vontade e esquecer. Pegar essa vontade e transformar em uma coisa alegre, eu me distrair com outras coisas..e antes eu não fazia isso.. Ontem mesmo, eu tive vontade de tomar uma coca cola, aí me deu uma vontade muito grande, aí eu pensei: "isso é só vontade, vai passar". aí eu pensei..aí eu comecei a caminhar "não, eu vou andar até o metrô".. aí eu cheguei no metro, comecei a me entreter com outras pessoas, e passou a vontade! porque eu tava na rodoviária e me deu uma vontade muito grande de tomar coca cola, e eu falei, essa vontade vai passar..e consegui!- Paciente 3*

*Porque eu aprendi como lidar com a comida, como não deixar ela me controlar e aquela ansiedade que eu tinha, que para mim era fome, hoje eu percebo que não é mais. Era só ansiedade em geral. As minhas vontades, que eram muitas, já não existem mais também. Me ajudou muito, muito. Paciente 5.*

Em relação à redução da ansiedade, foram observados dois relatos: (“Aconteceu, eu fiquei mais calma, eu fiquei.. .”- paciente 2; “Aconteceu, depois do tratamento, eu consegui me controlar mesmo com a ansiedade, que eu tinha muita ansiedade pra comer. hoje eu consigo me controlar”. – paciente 3) e dois relatos referente à redução de culpabilização (“Isso ajudou bastante. Eu não tinha esse pensamento, eu me culpava e falava ‘pronto, errei, já comi, já era, já engordei foi 1kg’. Agora mudou, tá diferente isso”. – paciente 1).

Em relação à mudança de hábitos alimentares específicos, a mastigação foi referida por três pacientes (“A mastigação...porque antes eu não mastigava.. e eu tentava fazer igual a nutricionista falava, contar até 30..mas a comida ficava gelada e eu não queria comer mais. Aí depois eu aprendi a mastigar corretamente e hoje, mesmo gelada eu consigo comer”. – paciente 3).

A disciplina com horários foi destacada por um paciente (“Comer de 3 em 3h nem sempre é possível, nem sempre eu consigo, mas, pelo menos ter um intervalo não tão grande entre uma refeição e outra. Então, isso modificou também, melhorou”. –

paciente 4), assim como a inclusão da prática de atividades físicas (“*Tá mudando porque eu tô lutando pra ver se eu consigo, tô fazendo minhas caminhadas..eu acho que é isso*”. – paciente 6).

Estratégias de autodisciplina foram relatadas por dois sujeitos (“*E agora não, eu tô mesmo conscientizada mesmo, faço as refeições do jeito que me ensinaram e tô levando..*.”- paciente 2; “*Meu modo de alimentação mesmo. Antigamente eu comia feito doido, feito desesperado. Agora aprendi a mastigar direito a comida, fazer o negócio certo. Tem hora para comer também, antes eu não tinha. Tá melhor demais. Até na hora de dormir tá melhor*”. – paciente 8). Um paciente desenvolveu mecanismos que destacam o uso de estratégias de auto-observação (“*Chocolate, tem um mês que eu comi um. Depois que eu comi eu pensei ‘gente..’. Não me culpei, mas eu não precisava daquilo. Eu substituí uma alimentação que era para fazer e comi um chocolate. Mas também estava no meio de um monte de gente, tomo mundo comendo, não sei o que, não sei o que. E aí eu fui. Depois eu falei assim ‘gente, podia muito bem ter pego a maçã que estava dentro da minha bolsa e ter comido’*.” – paciente 1), e dois pacientes relataram estratégias compatíveis com o desenvolvimento de autoconhecimento (“*Eu faço controle. Mesmo quando eu parei, quando eu abusei. “Não vou mais pra nutricionista, porque não consigo mais”. Falei até pra última que eu fui “acho que não vou vir mais não. Mas é diferente o controle que a gente faz com a gente mesmo, com o tratamento com vocês. Porque eu acho que vocês trabalham com a mente da gente, eu acredito que seja, porque mudou totalmente*”. – paciente 7).

Dois pacientes referiram alterações em variáveis corporais como peso e medida (“*Quando eu comecei, quando o médico ortopedista me botou na fila da bariátrica eu fiquei, eu tava com 114kg, hoje eu tô com 105, é..!*”- paciente 2; “*Eu não perco muito peso, mas mudou medida. Sinto que minha roupa tá bem agora. É como você fala, não perde peso, mas o corpo da gente muda. Meu corpo mudou. Mudou tudo.*”- paciente 7).

Dois pacientes mencionaram mudanças nas condições físicas ou de locomoção (“*Com o peso eu não tinha muita mobilidade, era mais parada. Fazia caminhada, mas não tão intensamente. Hoje já tenho mais resistência. Percebo que minhas caminhadas eram mais lentas, agora já são mais rápidas. As subidas também são mais fáceis. Até comentei um caso na sessão que estava subindo um degrau bem*

*rapidinho. Antes era muito difícil para mim. Minha agilidade mudou bastante*". – paciente 5).

Dois participantes relataram mudanças em suas interações sociais e familiares (*"Minha família também tá seguindo junto comigo. Minha família tá me ajudando bastante, graças a Deus. Minha mãe tinha um medinho, mas ela viu que é tranquilo, que melhorou bastante. A minha vida hoje é bem melhor. Ela sabe que eu não vou conseguir só com reeducação alimentar"*). - paciente 1; *"Minha expressão, comunicação. Falam que eu sou muito tímida, agora tô me comunicando mais. Sinto que sou mais feliz assim. Tenho mais diálogo com as pessoas. Mudou bastante"*. – paciente 7).

Em relação à função digestiva, dois pacientes referiram melhoras (*"Depois da mastigação, modificou até mesmo o intestino. porque antes eu comia rápido e eu tinha diarreia, muito... e hoje não, ele tá muito controlado"*). – paciente 3)

O desenvolvimento de estratégias de assertividade ainda foi relato por uma paciente (*"Mudou, a forma de enfrentar mudou.. porque tem muita coisa que eu deixava passar né. Por exemplo, se eu tava numa fila, se fosse a primeira, chegava um outro, tomava minha frente, eu deixava passar. Agora não. agora eu não deixo tomar a minha frente mais. quando chega a minha vez, se passar de mim, eu vou reclamar. se eu for a primeira, cheguei primeira, quem quiser ser primeiro, vem primeiro, é só levantar cedo como eu levanto. Então eu acho que mudou"*). – paciente 6).

#### *Área 2: Aspectos relatados como mais difíceis após três meses*

Em relação aos aspectos vistos como mais difíceis após três meses de intervenção, seis pacientes relataram a consciência da necessidade de autocuidado (*"Ah, eu acho que o mais fácil é quando a gente não se cuidava, porque querer se cuidar é difícil. Antes 'ah, tanto faz mesmo, eu me aceito assim'. Era fácil. Agora, tem o conflito entre querer ser, querer modificar e achar bom estar modificando. E quando começa a desanimar 'poxa, e todo o trabalho que eu fiz?' né? Então, para mim, o conflito é difícil. (Risadas)"*). – paciente 4; *"Mais fácil? Não me preocupar com o que eu comia. Era tudo muito largado, fazia tudo sem pensar. Na verdade, acho que a gente mesmo se engana. A gente sabe que faz mal. A gente fala 'Não, deixa quieto, vou fazer' e continua fazendo, se enganando"*. – paciente 5; *"Era mais*

*fácil mastigar antes, porque eu nem mastigava. Agora tem que pensar mais*". – paciente 8)

A necessidade de maior autodisciplina foi referida como mais difícil por duas participantes (*"O que era mais fácil era que eu comia bastante antes.. e depois tive que começar a comer de 3/3h. aí eu tive que controlar o horário pra comer, só isso..."* - paciente 3).

#### *Área 3: Aspectos Relatados como mais fáceis após três meses*

Como aspecto mais fácil após o tratamento, três pacientes mencionaram a menor culpabilização diante de falhas em seguir a dieta (*"Eu não me sinto culpada. antes eu me sentia muito culpada. hoje eu não me sinto não. porque eu penso que se eu sair eu posso voltar. E antes não, eu me sentia culpada"*). – paciente 3).

A maior adesão ao tratamento foi destacada por três pacientes (*"É mais fácil eu ter uma mastigação mais controlada. Tudo ficou mais fácil também, sabia? Eu tinha dificuldade em pensar isso"*). – paciente 1).

Seis pacientes relataram ser mais fácil controlar-se e diferenciar fome de vontade de comer, após a intervenção (*"Ficou mais fácil para mim segurar as vontades. Botei na minha cabeça "você tem que ver o que é melhor para você". Eu não pesava muito essa parte, então agora estou pesando. É mais fácil eu me segurar"*). – paciente 1; *"Me controlar com relação à alimentação. Aqui, igual já comentei na nutricionista, até no endócrino mesmo, que foi fundamental a Psicologia. Por conta de todo esse processo que a gente vem passando. O tanto que a gente aprende a ter controle"*). – paciente 5).

Dois indivíduos pontuaram melhorias nas condições físicas como pontos mais fáceis após o tratamento (*"Muitas coisas, ficou melhor. Até para calçar o tênis. Antes eu era muito cansado, para calçar o tênis era difícil. Agora eu calço sozinho, tranquilo. Antigamente minha mãe até me ajudava. Agora tá mais fácil"*). – paciente 8).

#### *Área 4: Dificuldades atuais*

Dentre as dificuldades ainda encontradas no convívio com a obesidade, três pacientes relataram tratar-se de dificuldades na adesão às orientações (*"Fazer meus exercícios, tá difícil. Agora com esse problema da minha dentadura, mastigar*

*também*”. – paciente 7; *“Dificuldade, dificuldade mesmo é seguir essa dieta que o médico faz”*. – paciente 8).

A dificuldade em controlar a vontade de comer ainda foi referida por três pacientes (*“Claro que deixar de comer as coisas, falar que é só vontade, a vontade ainda é uma dificuldade, porque a vontade tá lá e eu preciso dominar essa dificuldade. É uma coisa bem difícil de trabalhar, mas tá sendo, tô tentando”*). – paciente 4; *“A minha vida toda eu comi muita besteira. Era pior do que criança. Trocava meu almoço por biscoito, essas coisas assim. Ainda sinto vontade. Não é em três meses que muda, né. Mas eu tenho me controlado bastante. Ainda é difícil porque eu vejo, eu quero, tenho filho pequeno, né, mas faz mal para mim e para eles também. Eu optei seguir esse caminho e eu excluo para mim agora. Aí é mais difícil”*. – paciente 5).

Dois pacientes mencionaram, ainda, conviver com dificuldades referentes a aspectos físicos: *“Tem, tem dificuldades porque você não pode caminhar do jeito que você quer, você não pode se abaixar... então eu tenho muita vontade de trabalhar. mas eu não consigo, porque eu às vezes eu sinto mal, passo mal...”*- paciente 2).

Em relação a dificuldades com o vestuário, foram encontrados dois relatos (*“O que me incomoda mais além das doenças é no vestir..que eu não encontro roupas pra vestir.”*- paciente 3).

#### *Área 5: Exigências da obesidade*

Em relação às exigências da obesidade, um paciente referiu tratar-se da necessidade de mudança de hábito alimentar e necessidade de autocontrole (*“Controle, repenso meu corpo comigo mesmo, tudo isso, uma mudança de hábitos”*. – paciente 5).

Dois pacientes relataram que a obesidade exige força de vontade /persistência para mudança (*“Ser mais forte, eu tenho que mostrar pras pessoas que a obesidade foi algo que aconteceu comigo, mas não é por causa disso que eu sou uma pessoa diferente das outras pessoas”*. – paciente 1).

Dificuldades físicas ou de locomoção ainda foram relatadas por quatro participantes (*“Exige muito..a gente anda de ônibus e nesses ônibus a gente fica ali na frente e não tem cadeira pra gente, um dia eu fui passar naquelas roletas, e fiquei*

*entalada, não ia nem pra frente nem pra trás..”- paciente 2; “E ela me traz muitas doenças”. – paciente 3).*

Dois sujeitos mencionaram dificuldades com o vestuário como uma das maiores exigências da obesidade (*“O que eu tava falando, me exige muita roupa que eu não acho, número de roupas, muitas roupas que eu não acho”*. – paciente 3).

A dificuldade em arrumar emprego também foi referida por uma paciente como exigência da obesidade (*“Hoje em dia sou desempregada, porque não consegui emprego. Engordei demais. Hoje em dia é tudo difícil. Tem que ter...como se fala? Tem que ter presença. Tem um gordinho e um magro, óbvio que eles vão escolher aquele magro. Você vai arrumar emprego, você acha que vão deixar uma pessoa magrinha para por um gordo no lugar? A gente sempre carrega nas costas gente. Incomoda em tudo, na vida da gente em tudo, na saúde da gente, em tudo”*. – paciente 7).

#### *Área 6: Estratégias de enfrentamento utilizadas*

##### *Categoria: Estratégias com foco no Problema*

A respeito de respostas sobre estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, um paciente referiu enfrentar a situação buscando mudar os hábitos alimentares (*“Isso mesmo, tentar conviver com isso, tentar ter resultados positivos e não desanimar, porque é o dia-a-dia. Não dá para dizer eu tô de dieta. Eu estou modificando. Parece que se eu ficar só na dieta, vai acabar. Eu tenho que pensar que estou tentando modificar meus hábitos. Eu falo para as pessoas que não estou de dieta, eu falo para os outros que estou modificando um jeito de viver. Se eu achar que vou ficar de dieta para sempre, eu vou morrer. Então eu tenho que achar que vou modificar. Eu quero mudar mesmo.”* – paciente 4)

Dois participantes mencionaram enfrentar a condição seguindo tratamento proposto (*“Eu enfrento né, tem que fazer..se eu saio pra caminhar, qualquer pedacinho que tem subida já cansa, mas eu nao desisto, eu continuo. eu sigo em frente. assim, se é pra mim, eu vou, eu tenho que enfrentar”*. – paciente 6).

Em relação à busca de ajuda, um indivíduo relatou buscar informações (*“Ah, eu tô tentando escutar mais um pouco, né. Procurar saber mais alguma coisa que pode ajudar. Tô indo nos médicos, tô fazendo tudo certo para ver se adianta alguma coisa”*. – paciente 8).

Dois pacientes relataram enfrentar o problema enfrentando-o ou conformando-se (“*Eu me conformo*”. – paciente 3; “*Eu..levo tudo..tenho que enfrentar porque não tem outro jeito né*”. – paciente 6).

Uma paciente ainda mencionou comparar a condição atual com condições anteriores e outras situações piores (“*É , já foi mais difícil, hoje eu já tô me habituando mais,sabe.. não tento sofrer não..porque eu tô sofrendo porque é uma coisa boa pra mim, que eu já tô sentindo que tá.. então eu não martirizo não... não fico, sabe... Porque tem pessoas que formam de um probleminha: não pode comer isso, não pode comer aquilo e já acha que aquilo ali tá sofrendo... não, eu procuro não sofrer não, tem as outras coisas que a gente pode comer*”. – paciente 2).

#### Categoria: Estratégias com foco na Emoção

Quanto a estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, um paciente relatou ignorar o problema (“*Ah, eu ignoro. Porque se eu não ignorar, vou ficar problemática. Vou ficar problemática porque eu sou gorda?*” – paciente 7).

Um participante destacou ainda o uso de estratégias de autocontrole (“*Então...às vezes, tem dia que dá vontade de comer uma coisinha doce, mas eu pego uma coisinha e coloco na boca, mas não me empanturro, como eu fazia.. então tô tentando.*” – paciente 2).

#### Categoria: Busca de suporte social

Em resposta a como se enfrentava a situação atual de tratamento e doença, apenas uma paciente referiu a busca por suporte social, mais especificamente, apoio familiar:

*Minhas filhas é que me dão as coisas, então eu acho muita dificuldade por isso, que eu tenho muita vontade de trabalhar, criei minhas filhas tudo trabalhando, sozinha...Mas graças a Deus, minhas filhas..as vezes eu choro, né..eu falo pra elas que eu queria trabalhar, queria ajudar, que eu ainda sou nova, podia tá trabalhando... elas dizem "mãe, a senhora já trabalhou, já criou nós..". Então..eu me conformo.. sabe?( choro)- Paciente 2.*

Estratégias de enfrentamento focadas em religiosidade ou espiritualidade não foram registradas.

### ***Respostas do GC***

A Figura 23 mostra a síntese das áreas e categorias obtidas para as respostas do GC na última etapa.

<p>Área 1: Mudanças relatadas nos últimos 3 meses</p> <p><u>Cat1: Não aconteceram mudanças</u></p> <p>a) Manutenção de limitações físicas/locomoção/dores/comorbidades</p> <p>b) Manutenção de situações de preconceito</p> <p><u>Cat2: Sim, aconteceram mudanças</u></p> <p>a) Mais fé na chegada da cirurgia</p> <p>b) Perda de peso</p> <p>c) Adesão/seguimento/início do tratamento</p> <p>d) Maior tranquilidade</p> <p>e) Apoio social</p> <p>Área 2: Aspectos relatados como mais difíceis nos últimos 3 meses</p> <p>a) Doenças/Comorbidades/Dores</p> <p>b) Convívio com familiares/social/ relacionamento conjugal</p> <p>c) Limitações físicas/locomoção</p> <p>d) Vestuário</p> <p>e) Autocontrole/Culpa</p> <p>Área 3: Aspectos relatados como mais fáceis nos últimos 3 meses</p> <p>a) Fazer o tratamento</p> <p>b) Autocontrole</p> <p>Área 4: Maiores dificuldades relatadas</p> <p>a) Locomoção/limitações físicas</p> <p>b) Vestuário</p> <p>c) Relacionamento social/conjugal/familiar</p> <p>d) Sistema público de saúde</p> <p>e) Vergonha/preconceitos/constrangimento</p> <p>f) Não seguimento do tratamento</p> <p>Área 5: Exigências da obesidade</p> <p>a) Vergonha/Aceitação pessoal</p> <p>b) Limitações físicas/ ter que se afastar de atividades em geral</p> <p>c) Menor qualidade de vida</p> <p>d) Autocuidado</p> <p>e) Esforço/força de vontade</p> <p>f) Vestuário</p> <p>g) Preconceitos</p> <p>Área 6: Estratégias de enfrentamento</p> <p><u>Cat: Fé/Religião/Crenças</u></p> <p><u>Cat: Problema</u></p> <p>a) Não se envolver em situações adversas</p> <p>b) Encontrar novas formas de ação/novas práticas</p> <p>c) Adesão ao tratamento/dieta</p> <p>d) Buscar ajuda</p> <p>e) Manter-se ativo</p> <p>f) Comparar a outras situações</p> <p>g) Acostumar-se/ ficar alegre</p> <p><u>Cat: Emoção</u></p>
--

- a) Pensar nos fracassos?
- b) Expressões de raiva
- c) Distração
- d) Negação/esquecer/passar por cima
- e) Compulsões
- f) Isolamento social

Cat: Enfrentamento focalizado na busca de suporte social.

- a) Apoio Familiar
- b) Apoio Social

Figura 23

Categorização das respostas oferecidas na Fase 2, pelo GC.

### *Área 1: Mudanças relatadas nos últimos 3 meses*

Categoria: Não aconteceram mudanças

A maioria dos pacientes (n=6) não relata mudanças relativas aos últimos meses. Entretanto, três pacientes fazem destaques para a manutenção da condição de limitações físicas (*“Mudança, mudança, praticamente não, nenhuma mudança, tá da mesma forma. Mas agora, nunca na minha vida eu tinha tido como essa semana eu tive: foi câimbra. Eu não sei se é por que... se é normal, se não é, mas essa semana me deu câimbra. E eu não me senti bem não, pareceu que tava faltando o ar, e eu sou cardíaco também, faltava oxigênio pra mim e não podia levantar por causa das pernas”*. – paciente 1).

Categoria: Sim, aconteceram mudanças

Em relação aos pacientes que relataram a ocorrência de mudanças após a cirurgia, um mencionou a maior fé na chegada da cirurgia (*“Mudou, assim...em fé, né? Que eu tenho que agora que vai sair, né? Que é o que eu mais espero, né? Aí mudou um pouco, porque eu tenho mais esperança que com o decorrer do tempo vai sair; É...a alegria de um dia sair, porque é o que eu mais queria, né? Aí a gente fica naquela esperança de se realizar, né? Aí aguardando, né?”*- paciente 2)

Dois pacientes referiram perda de peso após os três meses (*“Mudou que eu consegui emagrecer um pouco.. consegui emagrecer um pouco e...tô tentando, né?”*- paciente 9).

Em relação ao seguimento de algum tratamento, dois pacientes relataram terem iniciado um acompanhamento para perda de peso (*“Então assim, o que mudou é que eu estou fazendo acompanhamento com uma nutricionista, né? Essa Fase tem sido impossível pra mim, porque ela primeiro organizou e depois passou só uma*

*dieta...a cada 20 dias eu vou nela, né? ... Eu tô tentando comer bem menos do que eu comia e comer mais, assim, nas horas direitinho, comer mais fruta e tudo mais. Mas tá sendo bem complicado, bem complicado. Minhas amigas até apelidaram essas dieta de dieta xiita, porque é muito rigorosa, muito rígida e sem noção nenhuma”. – paciente 3; “Boca fechada! Estou fazendo acompanhamento com nutricionista”. – paciente 10).*

*Área 2: Aspectos relatados como mais difíceis nos últimos 3 meses*

Dentre os aspectos relatos como mais difíceis nos últimos três meses, dois pacientes relataram piora dos quadros de comorbidades ou queixas de dor (“*Ah, cada dia que se passa vai ficando mais difícil, né? Cada dia que passa vai ficando mais difícil. Porque as coisas vão aparecendo, né? Problema de circulação também, né? Eu tô com a perna aqui roxa. A médica diz que é por causa da obesidade, né? Aí cada dia que se passa vai ficando mais difícil, né?*”- paciente 2; “*Em matéria de saúde, isso também tem me angustiado muito, né? Porque eu tô sentindo que minha pressão...já atingiu minha pressão, eu já tô tendo início de diabetes. Então, tudo isso. Então isso é o que me deixa sufocada também, né?*” – paciente 4)

Também dois pacientes destacaram que o convívio social ou familiar ficou mais difícil (“*Meu convívio até dentro de casa. Ultimamente pra mim, tem ficando, assim, meio difícil. Às vezes eu acho que eu tô, assim, meia alucinada...lá em casa ninguém pode falar de obesidade que pra mim já acho que está me atingindo. Sair de casa, tento no máximo não sair de casa. Sai do serviço tem um ano mais ou menos e sinto vontade de trabalhar, né?*”- paciente 4; “*Piorou bastante o meu relacionamento com meu companheiro. Tenho impressão que ele tá se distanciando muito...ele não encosta mais assim a mão em mim, ele não tem mais um carinho comigo, é difícil a gente transar...*”- paciente 7).

Dois pacientes ainda destacaram as limitações físicas como um ponto de piora (“*E, assim, eu tô sentindo que tá ficando mais difícil até pra fazer a caminhada. Porque dali da W3 pra cá não é tão longe assim, né? Mas, assim, já sinto dor no peito do pé, o tornozelo eu sei que mais tarde vai estar inchado, né? Eu vim mesmo só porque já tinha dado minha palavra. Quando eu vi o ônibus passar deu vontade de desistir, mas eu creio que é que nem você fala, que isso aí vai ser estudo seu e vai ajudar outros lá na frente.*”- paciente 4)

Um paciente relatou dificuldades com vestuário (*“Cada dia que passa fica pior a vestimenta. Esse ano mesmo, final de ano, toda loja que eu tinha o cartão da loja, que eu poderia comprar roupa pra mim...comprei pros meus filhos, comprei pra toda a minha família, menos pra mim. Porque eu não achava nada, assim, que entra”*. – paciente 4).

Dificuldades em autocontrole e maior culpabilização foi registrado em uma resposta (*“Ah, antes eu poderia comer doce à vontade, eu não teria nenhuma cobrança, não teria nenhuma limitação. Agora quando eu como doce eu fico me culpando por isso, porque eu não deveria estar comendo aquele doce, porque eu tô fazendo uma dieta. Comer algumas coisas ficou mais difícil. Porque eu me sinto culpada, porque eu meio que tenho alguém pra prestar satisfação agora. Porque antes eu não tinha, poderia mandar todo mundo ir à m\*\* e acabou”*. – paciente 3).

#### *Área 3: Aspectos relatados como mais fáceis nos últimos 3 meses*

Nenhum participante referiu aspectos que ficaram mais fáceis após o período de três meses.

#### *Área 4: Maiores dificuldades relatadas*

De acordo com os relatos, não houve muitas modificações em relação à redução de limitações físicas, sendo estas relatadas por sete pacientes como uma das maiores dificuldades atuais (*“Ó, existem dificuldades. Pra caminhar: eu praticamente, se eu levantar de uma vez, eu fico tonto, isso é obesidade, o médico falou que é obesidade isso. Pra caminhar, por exemplo, eu ando 500 metros, se eu andar daqui ali, se eu chegar lá eu chego ofegante, faltando respiração... E eu não pratico esporte, nenhum, nenhum. Porque eu falei com o médico se eu podia entrar na academia, ele disse que não, só se fosse com acompanhamento médico, porque além da obesidade eu ainda tenho cardiopatia, então fica difícil.”*- paciente 1; *“Pegar ônibus, enfrentar fila, arrumar a casa, me depilar, que as vezes a gente faz um exame e precisa ne.. é difícil pra caramba...”* - paciente 7)

Quatro pacientes mencionaram, ainda, o difícil convívio com dores e comorbidades (*“Um dia desses, acho que tem uns dois meses, eu acordei várias vezes na noite, sem respirar, travada, parece que a boca seca, aí tenta respirar pelo nariz e não dá conta, parece que ia morrer. Mas deu várias vezes seguidas, vários dias...”*- paciente 7).

De forma similar, cinco pacientes ainda relataram dificuldades com vestuário (*“Da outra vez que vim aqui eu te falei que eu detesto comprar roupa. E isso continua. Só tem uma cunhada minha que a gente sai pra fazer comprar, só uma. Mas é umas piores partes que eu acho é você entrar numa loja, eu acho péssimo”*. – paciente 7)

Uma paciente destacou dificuldades no relacionamento conjugal (*“É essa falta de aproximação dele(marido)..que isso ta mexendo muito comigo, ta mexendo com a minha cabeça.. há um tempo atrás eu me sentia segura, eu tinha impressão que ele não se importava com esse lado da coisa..mas agora tô achando que ele tá se importando e muito.. a gente não sai mais pra lugar nenhum..um tempo atrás a gente ainda saia, dançava..hoje.. se faz alguma brincadeira em casa, chama outras pessoas pra dançar e nunca me chama..essas coisas.”*- paciente 7).

Nesta Fase do estudo e com esse grupo, encontrou-se frequência importante de relatos que demonstravam insatisfação com o sistema público de saúde como uma das principais dificuldades atuais. Foram referidos três relatos, destacados a seguir:

*Ela exige que eu fizesse uma dieta balanceada, que eu fizesse uns exercícios, né? Pra mim poder fazer, fazer uma dieta mesma na alimentação. Mas eu tô, ultimamente eu tô sem acompanhamento. Tô sem acompanhamento por falta de médico, que não tem. Minha médica encaminhou pro endocrinologista, mas não tô encontrando vaga. Lá mesmo no posto. Essa falta de médico agora com esse novo governo tá demais. Eu já vim aqui nesse hospital com problema de saúde e voltei sem ser atendida. Você acredita? Voltei sem ser atendida. Vim incomodada, com dor bastante. Era uma dor bem aqui assim (refere-se a lateral do corpo) e dormente, acho que essa região aqui faz parte também da coluna, né? Dos nervos. E também com dor na urina, problema de urina. E vim, não teve médico pra me atender e voltei sem ser atendida. Voltei pra casa na mesma. Ai fica difícil pra gente; Falta de médico. Também tenho me sentido bastante ruim, eu sinto dores demais, preciso de um médico e não adianta. Chega no hospital e não tem médico. Aquela tal de...aquele novo consultório que inventaram que tiraram o atendimento lá do hospital de Samambaia e botaram aqui...como é o nome daquele lugar novo? Não tem médico. Meu menino levei lá e não tem médico, voltamos na mesma. Voltei doente pra casa. Ai a gente chega em casa, o jeito que tem é ligar pra uma*

*farmácia que tem um amigo meu que trabalha numa farmácia que entende muito bem de medicamento. O cara da drogaria. Eu pago 150, 200, 200 e tanto de remédio por mês. Porque às vezes acontece de ter uma dor, uma necessidade, não tem médico ai eu ligo pra ele e ele manda o medicamento lá pra casa. O jeito que tem é a gente fazer o que pode; Até os medicamentos que eu tô tomando diariamente, tá em falta, nos mercados, nos postos de saúde. Eu não tô achando. A médica me fez uma receita eu já fiz um bocado de cópia pra ver se chega nos posto e acha. Já bati num bocado e não achei, tive que comprar. Remédio pra diabetes que eu não achei. E ficou difícil, eu fui numa farmácia pra comprar e sem a receita eles não me venderam. Eles não vendem sem a receita. Com o cartão também não. Que o cartão é pra aquele posto só. Que eu acho isso errado, né? Eles deviam botar um cartão que atendesse em todos os posto, mas não tem um atendimento, por causa... não tem o SUS, pois o SUS devia atender com o cartão em todos que tivessem o remédio. Pode ter o remédio mas eles não atendem. Fica difícil. Paciente 6.*

Dificuldades para lidar com situações de constrangimento ou preconceito foram referidas por três pacientes. A seguir retrata-se a fala de um dos participantes:

*No Ano Novo aconteceu uma situação super chata, porque, assim, poderia ter acontecido com qualquer pessoa, mas aconteceu comigo e é óbvio que todo mundo relacionou isso com o peso, né? Eu fui pra casa da minha tia no Reveillon. Eu não gosto de sair em festa de Reveillon, muito menos em casa de parente. E fui, tá. Eles arrumaram as cadeiras e eram aquelas cadeiras dobráveis e elas estavam visivelmente enferrujadas, visivelmente enferrujadas. Ali qualquer pessoa poderia cair, mas quem caiu fui eu. Então a relação foi direta com o meu peso. Então isso me faz pensar: "tá vendo, se eu tivesse ficado em casa isso não teria acontecido. Eu não teria ficado chateada, não teria ficado envergonhada", né? Aonde quer que eu vá eu noto que as pessoas estão olhando, que as pessoas estão cochichando, que as pessoas estão apontando. Deixou de ser aquela situação engraçada pra ser aquela situação trágica, né? "Tadinha, ela é tão novinha e é tão gorda assim", sabe? Esse tipo de situação. Paciente 3.*

Dois pacientes destacaram, ainda, dificuldades no seguimento de tratamentos ou de estratégias para a perda de peso (*“Tenho tentado emagrecer, mas é difícil emagrecer. Porque a gente começa a fazer dieta, mas chega uma certa fase da dieta que você não emagrece e nem engorda. E eu começo a fazer dieta fico muito...é...fico depressiva. Ai eu não consigo, tenho que parar. Já tentei não sei quantas dietas. Ai chega num certo ponto e tenho que parar, porque fico muito deprimida”*. – paciente 8).

#### *Área 5: Exigências da obesidade*

Quanto a exigências da obesidade, um paciente fez referência à aceitação pessoal (*“Ó, se eu fosse magro hoje, eu ia ser uma pessoa assim.. eu sou uma pessoa assim, muito acanhado em certas coisas: eu por exemplo, não sei andar sem camisa, se eu fosse magro, talvez eu andaria sem camisa. Eu não ando, porque eu acho feio um gordo sem camisa, um magro sem camisa eu acho bonito, eu acho bonito uma magro sem camisa, mas um gordo sem camisa é terrível”*. – paciente 1).

Cinco pacientes mencionaram exigências relacionadas a limitações físicas e afastamento de atividades em geral, como consequência (*“Então é muita coisa atrapalhando a gente.. às vezes os caras falam: Vamos lá pra chácara jogar uma bolinha: eu não vou, eu vou pra comer, pra ouvir música, mas pra jogar uma bolinha eu não vou, porque eu sei que eu não dou conta de correr atrás da bolinha. Então muita coisa, a gente fica restrito pra muita coisa”*. – paciente 1; *“Esporte eu não posso praticar nenhum, nenhum mesmo. Porque dói meu joelho, dói meu tornozelo, logo eu fico cansada. Então realmente não dá pra fazer esporte nenhum. E por mais que eu queira eu não consigo.”*- paciente 3; *“Antes eu conseguia subir numa escada pra limpar alguma coisa, hoje eu não dou conta. Por causa do peso, por causa do joelho que não deixa mesmo. Tem dia que eu não dou conta de saltar, de subir numa calçada. Junta tudo, junta o peso e as dores”*. – paciente 8).

Um paciente referiu a menor qualidade de vida como exigência da obesidade (*“Antigamente eu saía direto, viajava, eu quando eu era mais novo, eu tinha uma chácara lá em caldas novas, ia com meus meninos, ficava sexta, sábado e domingo, e vinha segunda de manhã.. deve ter uns 15 anos que não vou lá.. até vendi o chalé pra um amigo meu..nunca mais eu fui lá. Então é um negocio, faz falta pra gente.. a gente não é que nem porco, comer e morrer, tem que comer e divertir, e passear.. então só*

*que me faz falta é isso. Se eu conseguisse perder 30 kgs do meu peso, de 140 pra 110, não é muito, mas já me ajudava demais da conta.”- paciente 1).*

Um paciente também referiu a necessidade de autocuidado como exigência da obesidade (*“Ah, cuidado sim. Ela pede, né? Que eu não posso ficar sem tomar remédio, né?”* – paciente 2).

Um paciente referiu ser necessário esforço (*“Muito esforço. Acho, assim, que a força que eu tô tendo, né? Eu tô me sentindo, assim, mais forte. Antes eu chorava por tudo, hoje em dia não. A vida anda. Eu chorava muito.”*- paciente 4).

A exigência de vestuário diferenciado foi destacada por dois participantes (*“Muitos sacrifícios, né? Não é qualquer roupa que eu posso vestir. Eu me dou ao ridículo, não vou sair vestindo um vestido curto, todo drapeado, que vai ficar aquela coisa maravilhosa, né? Então eu presto atenção nas roupas que eu visto, não é qualquer calçado que eu posso calçar também, porque se for um salto mais alto incomoda meu pé, né?”*- paciente 3)

Por fim, uma paciente faz um relato referente ao preconceito como resposta ao questionamento de exigências da obesidade (*“É complicado, às vezes a gente sente vergonha de sair de casa. Assim, até pra ir à reunião dos meus filhos eu sinto vergonha, sinto vergonha e tenho medo deles sentirem vergonha de mim. Porque não é fácil. Eu já tive que enfrentar a sociedade e, assim, é difícil. Sempre tem um comentáriozinho desagradável. Ai é melhor ficar dentro de casa, no meu mundinho. E quando acontece, fazer de conta que não ouviu também”*. – paciente 4)

#### *Área 6: Estratégias de enfrentamento*

##### *Categoria: Enfrentamento com foco no Problema*

A respeito de respostas sobre estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, quatro pacientes referiram encontrar novas estratégias para ação ou envolver-se em outras atividades (*“Ih, vou de camiseta, visto uma bermuda, chinelo nos pés, e me divirto até mais que os outros. Enquanto o outro tá lá, correndo atrás da bola, suando, eu to ali, tomando, eu gosto de uma cervejinha, mas muito pouco”*. – paciente 1; *“Às vezes bota duas cadeiras juntas. Hum, procuro ir em lugares em que as cadeiras são de madeira do que aquelas cadeiras de plástico. Já vai comprar roupa sempre nas mesmas lojas, porque você já sabe onde que tem as roupas. É*

isso”. – paciente 5; “*Tô fazendo um curso pra ver se preenche a mente e a gente esquece dos problemas*”. – paciente 8).

Dois pacientes relataram procuram seguir o tratamento ou alguma dieta (“*Ah, tem que seguir a regra direitinho, né? Tem que tomar o remédio...às vezes tem no posto, outras vezes tem que comprar, né? E não pode faltar não, né?*”- paciente 2; “*Olha, eu tento...tô tentando fazer dieta, porque eu tenho problema de oxigenação, em baixo, né? E segundo o médico se eu emagrecer isso tudo desaparece. Então eu tô tentando e de lá pra cá melhorou bastante*”. – paciente 9).

Um paciente fez referência ainda a procurar ajuda, conversar (“*Eu tento conversar com ele, mas ele fala que é bobagem, que é coisa da minha cabeça, mas não é não, é fato, tá acontecendo. Ele terminava serviço e ia pra casa, agora tá todo dia em boteco, quase todo dia ele tem que passar no boteco antes de ir pra casa...*”- paciente 7) e dois pacientes mencionaram manter-se ativos como estratégias (“*Agora, pra trabalhar não, eu trabalho mais que muito rapaz novo., eu mexo com caminhão. Porque eu tenho 54 anos de idade, começo a trabalhar 6 horas da manha e termino 6h da tarde todo o dia, e caminhão é pesado, quer dizer, pra trabalhar não me atrapalha em nada*”. – paciente 1).

Três pacientes pontuaram acostumar-se com a situação ou “levar na brincadeira” (“*Não, é que acostuma! Ó, a pessoa gorda, igual eles falam, todo gordo é alegre: você tá vendo o problema, mas tá alegre! Eu sou desse jeito, nada me derruba não, sou animado! Se chegar lá em casa agora, falar que tem um casamento, uma festa, eu já entro numa roupa e vou, vambora, não tem negócio de tempo ruim comigo não!*”- paciente 1) e um paciente mencionou comparar a sua condição a situações piores (“*Mas eu acho que tem irmã minha que tá pior que eu.. tem uma que teve que fazer transplante de rim, ela fez mas graças a Deus tá bem. Tem outra que, tadinha, tem um problema na coluna, que o médico disse que nem é bom mexer, pq se mexer ela pode ficar vegetando numa cama... Aí a gente vai vendo essas coisas e vai aliviando um pouco.*”- paciente 7) ´

#### Categoria: Enfrentamento com foco na Emoção

Em relação a respostas de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, um paciente referiu pensar nos fracassos (“*Meu Deus, 126 quilos. Acho que é 126 e 700, e alguma coisa. Eu digo ‘Meu Deus, é muito tempo, é muito peso, é muita coisa,*

*é muita coisa'. Eu tenho um metro e 65, 55...é muito peso. Não tem como, é muita gordura transbordando pro lados.”- paciente 4).*

Um mesmo paciente referiu ainda expressões de raiva e distração como estratégias de enfrentamento (*“Eu procuro não deixar isso me abalar, mas me abala, é claro. E eu enfrento com raiva mesmo, falo o que vier a cabeça, discuto, faço qualquer coisa, corto, dou resposta atravessada, corto a pessoa, evito aproximação, né? De quem eu não conheço, ao máximo; Eu fico em casa, eu fico em casa, leio muito, estudo muito, eu fico muito na internet, assisto muito seriado, filme, leio, eu faço esse tipo de coisa. É a minha distração”-paciente 3).*

O uso da negação, ou estratégias de “esquecer” foi descrito por quatro pacientes (*“Faço de conta que não ouço. E sempre imaginando que eu sou linda, que eu sou maravilhosa, porque eu sei que...vamos supor, minha digital só é minha, não existe outra igual a mim”. – paciente 6; “Ah, enfrentar enfrentando, né.. tentando passar por cima, tentando não ouvir aquilo que as pessoas falam.. tentando ouvir só que a gente quer ouvir, aquilo que a gente não quer, deixa pra lá.. .”- paciente 9; “Eu não sinto que eu sou obesa não, eu sinto que eu sou normal e eu enfrento normal também.”- paciente 10).*

Houve um relato de sintomatologia de compulsividade para enfrentamento da situação:

*E compro muito. Eu sou muito consumista, extremamente consumista. Compro muita coisa que eu sei que não tem necessidade, mas que na hora eu não consigo enxergar que não tem necessidade. Por exemplo, esse gravador aqui, não tem utilidade nenhuma pra mim, nenhuma, de verdade. Mas eu vejo, acho bonito: "ah, vou comprar", comprei. Ai quando eu chego em casa eu paro: "por que eu comprei esse gravador? O que eu vou fazer com ele?" Eu não vou fazer nada com ele, foi um dinheiro que eu joguei fora. Então eu sou muito consumista. A maioria das coisas que eu compro são livros. Eu não tenho mais nem lugar onde colocar livro, né? Então, isso não é tão ruim, porque pelo menos um livro eu posso ler e eu compro livros que eu gosto. Mas eu também compro coisas sem a menor necessidade. Maquiagem eu tô cheia, lotada de maquiagem. Eu adoro me maquiar, mas eu não vou me maquiar todo dia, porque eu acho um saco tirar a maquiagem, então não vou me*

*maquiar todo dia. Mas eu tô cheia, lotada, que não sei quanto tempo eu vou levar pra gastar tudo antes de vencer.* Paciente 3.

Por fim, quatro referências a comportamentos de isolamento social foram referidas (“*Eu evito ao máximo sair de casa e eu detesto sair sozinha*”. – paciente 3; “*Sair de casa...enquanto tá dentro de casa tá ótimo. Enquanto estou dentro do meu mundinho, dentro da minha casa tá bom.; vivo mais no meu mundinho, deixei de trabalhar, vivo só em casa, fico só no meu mundinho mesmo. Pra mim não acho que há o que fazer, né?*”- paciente 4; “*A maior parte do tempo, a maior parte eu fico é em casa. Tem coisa que eu preciso sair pra resolver, mas me dá aquele desânimo, aquela falta de coragem, aquela dor nos nervos, aquela dor nas junta. Ai meu corpo só pede cama*”. – paciente 6).

#### Categoria: Enfrentamento focalizado na busca de suporte social

A busca por suporte emocional foi mencionada em apenas dois relatos (“*Os filhos ajudam muito*”. – paciente 2; “*Bom, o que eu vou dizer, não sei se tem muita relação, mas algo que eu percebi que mudou, não comigo, mas com as pessoas que me cercam. Eu vejo que todo mundo tem um cuidado maior com o que vai comer perto de mim, porque sabem que eu tenho vontade. Então, as pessoas evitam comer pão, perto de mim. No hospital a gente recebe um pão, 9h, 15h e 21h, porque é setor fechado, onde trabalho. E aquele pão é uma delícia, você taca na parede quebra a parede. Mas ele com uma manteguinha, ou quente na chapa, fica melhor que Mcdonalds, especialmente com fome. E eu vejo que as pessoas evitam comer essas coisas na minha frente, esperam eu ir deitar pra ir comer, ou comem rapidinho na cozinha, pra eu não ver. Não é comer escondido de mim, é evitando me passar vontade mesmo. E eu achei isso legal, interessante*”. – paciente 3).

#### Categoria: Enfrentamento com foco em espiritualidade/fé/crenças

Três participantes enfatizaram a importância de práticas de espiritualidade, conforme exemplificado nos seguintes relatos: “*Eu quero só que Deus me ajude e saia, né? Essa cirugia, se for da vontade de Deus e que tudo dê certo, né?*”- paciente 2; “*Continua o único lugar, assim, que eu enfrento e vou mesmo é pra igreja*”. – paciente 7).

## Discussão

---

### Comparação dos resultados com outros estudos

A obesidade é entendida como uma doença crônica, porém, seu controle e redução de efeitos adversos são possíveis a partir de tratamento e orientação adequados. Essa possibilidade de controle pode explicar alguns dos resultados obtidos pela aplicação da EMEP nas duas fases do estudo.

O estudo de Kohlsdorf (2009), com cuidadores de crianças e adolescentes em tratamento de patologias oncológicas, apontou que nos três primeiros meses de tratamento da criança a priorização do uso de estratégias de enfrentamento focalizava a busca de práticas religiosas e pensamentos fantasiosos, seguida por enfrentamento focalizado no problema. Esses dados são compatíveis com o presente estudo quando se considera o câncer como uma doença quase incontrolável, em que o seguimento rigoroso e a adesão ao tratamento não garantem, necessariamente, o sucesso e a remissão da doença. Sendo assim, é justificada a necessidade de um enfrentamento que vá além da busca pela solução focada no problema: a simples busca por ajuda, informações e a própria adesão ao tratamento não se mostram, para os 30 participantes daquele estudo, suficientes para enfrentar uma situação adversa de surgimento de câncer na família.

Por outro lado, os resultados da presente pesquisa demonstraram que, para pacientes obesos, a priorização se deu para a estratégia com foco no problema, seguida por foco em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos. Apesar das mudanças em pontuações, no decorrer do estudo, essa díade prioritária permaneceu nas duas fases e para ambos os grupos. O privilégio para estratégias focadas no problema, independentemente da exposição a um programa de intervenção psicológica, pode se dar devido ao caráter de responsabilidade individual, presente na obesidade, ou melhor, à possibilidade de maior controle com o seguimento e adesão ao tratamento. É possível buscar ajuda, focar-se e obter resultados; o seguimento de um tratamento e a adesão às orientações, se adequadas, são pré-requisitos para o sucesso e resolução do problema. No caso do câncer não há a mesma noção de auto-responsabilidade que há na obesidade. Dessa forma, parece justificado o uso constante de estratégias de enfrentamento focadas no problema como prioritárias durante o tratamento da obesidade.

O estudo de Santos (2010) aplicou metodologia semelhante à proposta deste estudo, com avaliação de estratégias de enfrentamento através da EMEP, em pacientes com e sem intervenção psicológica para a perda de peso, de uma rede de convênio hospitalar. Os resultados indicaram que pacientes submetidos à intervenção mostraram ter desenvolvido habilidades de enfrentamento mais adaptativas em relação aos comportamentos alimentares, por incremento de estratégias focalizadas no problema e na busca de suporte social, paralelamente à diminuição de enfrentamento focado na emoção e na busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Pacientes do Grupo Controle, por outro lado, tiveram importantes quedas nos escores de busca de suporte social.

Esses dados são compatíveis aos do presente estudo, em que foi observado que pacientes expostos à intervenção psicológica aumentaram os escores relativos a enfrentamento com foco no problema e busca de suporte social, além de reduzirem as pontuações de estratégias focalizadas na emoção e na busca de práticas religiosas e pensamentos fantasiosos. De modo mais preocupante, pacientes do grupo controle tiveram acentuada queda em três fatores (problema, emoção e busca de suporte social), exceto o fator 3. Este resultado evidencia os efeitos do longo aguardo para o início de algum tratamento para perda de peso como promotor de estratégias não favorecedoras de mudança de hábitos alimentares. Pelo contrário, fortalece estratégias não adaptativas, o que comprova, ainda mais, a necessidade da inclusão de pacientes obesos em tratamento para a perda de peso, em especial, acompanhamento psicológico, de maneira eficaz e precoce.

Vieira (2006) realizou estudo sobre acesso a reforçadores ambientais entre pacientes operados e em lista de espera à cirurgia bariátrica do ambulatório de obesidade do HUB. Os resultados sugeriram melhora na qualidade de acesso a reforçadores (como aceitação social, afeto, elogio, lazer, vestuário, trabalho, transporte público) após perda de peso (com realização da cirurgia) e passagem por acompanhamento psicológico contínuo. Esses dados são compatíveis com os resultados deste estudo, uma vez que os relatos de não acesso a reforçadores tiveram redução de frequência (observada por meio da comparação dos relatos nas entrevistas) após a intervenção psicológica. A redução levou a uma maior garantia da valorização dos aspectos relacionados aos sucessos da luta contra a obesidade, em contrapartida a

uma menor importância dos fracassos ou dificuldades envolvidas, focalizando-se nos reforçadores presentes.

### **Considerações sobre os resultados da EMEP**

De maneira geral, algumas observações merecem destaque em relação às pontuações da EMEP, no decorrer do estudo. Na primeira Fase do estudo, ou seja, antes da intervenção para o GE, houve maiores pontuações referentes a estratégias com foco no problema, seguidas por foco na prática religiosa e pensamento fantasioso, busca de suporte social e por fim, foco na emoção. Essa ordem se manteve para todos os grupos em todas as Fases. Todavia, no GE, observou-se um incremento da pontuação referente à busca de suporte social e foco no problema após a intervenção psicológica. Este incremento, nos fatores 1 e 4, resulta em maior eficiência em termos do desenvolvimento de habilidades mais adaptativas para o enfrentamento da obesidade, o que mostra-se coerente com os objetivos do estudo (Ortega, Fernandez-Canet, Alvarez-Valdeita, Cassinello, & Bagueña-Puigcerver, 2012).

O Grupo Controle, por outro lado, com o passar do tempo, sofreu redução em todas as pontuações referentes à EMEP, à exceção de estratégias com foco em práticas religiosas e pensamento fantasioso. Isso pode demonstrar que conforme a doença se desenvolve e não há uma abordagem às problemáticas de natureza psicossocial, a percepção de incontrolabilidade em relação à condição se desenvolve e é mais difícil identificar e engajar-se em comportamentos facilitadores de perda de peso corporal. Sendo assim “há menos o que fazer” para enfrentar ativamente a obesidade e suas implicações adversas. Isso se mostra extremamente prejudicial e demonstra a urgência de intervenções de tratamento o mais precocemente possível.

Além do aumento no uso de estratégias nem sempre favoráveis, houve, também, uma redução em estratégias consideradas eficazes, como as focalizadas no problema e na busca de suporte social, para participantes do Grupo Controle. Sendo assim, a negligência de tratamento psicológico a que esses pacientes são vítimas pode potencializar os prejuízos da obesidade, incluindo uma maior probabilidade de isolamento social.

Vale lembrar que, uma vez que a obesidade pode, além do preconceito, ser acompanhada por problemas físicos e sociais, a qualidade das relações interpessoais e

a rede de apoio social de indivíduos pode não ser suficiente (ou não dar conta) para enfrentar as situações discriminatórias do cotidiano, favorecendo o desenvolvimento de outros transtornos psicológicos (Li & Rukavina, 2009; Hörchner et al, 2002). Essa consideração comprova, mais uma vez, a importância de intervenções que promovam o desenvolvimento da busca de suporte social satisfatório. Este objetivo, segundo os dados obtidos pelos resultados da EMEP e entrevistas, foi melhor alcançado com a intervenção proposta, uma vez que seis pacientes tiveram seus escores aumentados para esta estratégia de enfrentamento, o que não foi observado no GC. Este é um primeiro ponto de comparação de enfrentamento entre os dois grupos que deve ser considerado.

Estratégias com foco na emoção e na busca por práticas religiosas podem não ser consideradas adaptativas, em especial no contexto de responsabilidade e possibilidades de mudança da obesidade. Sendo assim, a redução significativa nos escores destes itens da EMEP, verificada de forma significativa por participantes do GE, pode, também, ser considerada positiva, uma vez que foi substituída pela promoção de estratégias com foco no problema e na busca de suporte social.

Os resultados de enfrentamento focalizado no problema foram significativamente maiores para pacientes com intervenção psicológica do que para aqueles sem. Este dado aponta para o fortalecimento de uma maior garantia de eficácia da intervenção em termos de incremento de estratégias adaptativas. Ademais, demonstra os potenciais prejuízos da não inclusão de pacientes obesos em modalidades de tratamento precoce. Esses dados condizem com a literatura, que postula que a habilidade para resolver problemas (referenciada como estratégias de enfrentamento adequadas) aumenta na medida em que atitudes alimentares não adequadas diminuem, sendo relacionada, inclusive, a uma rede de apoio social mais satisfatória (Keskin, Engin, & Dulgerler, 2010).

Dessa forma, os dados de aumento de estratégias focalizadas no problema e no suporte social parecem satisfatórios para o melhor desenvolvimento de saúde mental dos pacientes após a intervenção psicológica. A não inclusão de pacientes em programas de intervenção psicológica parece aumentar a probabilidade de redução dos escores de estratégias de enfrentamento considerados adaptativas e pode determinar um maior risco do desenvolvimento de transtornos psicológicos, o que,

infelizmente, já vem ocorrendo conforme comprovam os resultados do BAI e as respostas às entrevistas do Grupo Controle.

Embora todos os pacientes (GE e GC) tenham priorizado estratégias de enfrentamento focalizadas no problema em todas as fases do estudo, a doença vem se desenvolvendo, bem como o sofrimento apresentado, como comprovam os dados da segunda etapa do GC: apesar do uso prioritário de estratégias com foco no problema, o discurso relatado nas entrevistas do GC ainda se relaciona a um intenso sofrimento e dificuldades para lidar com problemas cotidianos. Isso justifica a necessidade de intervenções psicológicas eficazes, que intensifiquem e adequem o uso de estratégias mais eficientes para reduzir os danos que essa doença pode acarretar. Apesar do fator 1 ainda ser prioridade, sua redução, bem como a permanência do convívio com a doença sem qualquer tratamento, parece estar acarretando graves prejuízos à saúde mental desses indivíduos.

### **Considerações sobre os resultados do BAI**

Em relação ao GE, os resultados do BAI demonstraram uma redução dos níveis de ansiedade em quatro pacientes. Em termos de pontuações gerais, não se observou diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases, apesar das pontuações inferiores após a intervenção. Diante deste contexto, algumas observações sobre o serviço e a doença devem ser consideradas. Esperava-se encontrar redução de ansiedade ainda maior para os pacientes do Grupo Experimental, porém, houve um aumento em três pacientes, resultado não esperado.

Os pacientes apresentavam, em geral, baixa renda e vivenciavam dificuldades que iam muito além da obesidade. Situações como drogas e consumo de bebidas alcoólicas na família, conflitos e separações conjugais e violência doméstica foram referidas nas sessões de grupo. Esses fatores podem ter tido dificuldade, ou impedido, a redução dos níveis de ansiedade.

De extrema relevância é discutir o contexto do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital em questão. Há uma lista de espera para o início do tratamento que pode chegar a quatro anos. Esses pacientes, portanto, já iniciam a participação no Programa ansiosos pela rápida realização da cirurgia. Todavia, exatamente o ano de coleta de dados dessa pesquisa foi o ano com menor número de cirurgias realizadas.

Os pacientes, naturalmente, por convívio no hospital, passaram a ter esse

conhecimento: a cirurgia poderia demorar muito a chegar e aquela expectativa de rápida realização teria que ser, obrigatoriamente, modificada, e novas estratégias para lidar com a prolongada situação de espera deveriam ser desenvolvidas. Dessa forma, os pacientes ingressavam em um programa de tratamento cirúrgico sem qualquer previsão de tempo para sua realização.

Ademais, é de conhecimento dos pacientes que, após a realização da intervenção psicológica, diante de bons indicadores de adesão, e após o recebimento de liberações de outras especialidades para a realização da cirurgia, eles estariam aptos e deveriam aguardar a cirurgia. Porém, a convocação para cirurgia vinha repentinamente e esses pacientes, maioria de mulheres, tinham grandes responsabilidades domésticas (tais como os cuidados com filhos) e de trabalho. Atender à convocação para cirurgia implica em ter que se ausentar do trabalho por longo período de tempo, nem sempre possível. Desta forma, é natural que tivessem um grau de ansiedade maior em função dessas incertezas.

Esses dados são relevantes para destacar a importância de se considerar o contexto de realização de qualquer intervenção psicológica. Certamente houve o espaço para a abordagem dessas demandas no grupo de intervenção, porém, não sendo o foco da intervenção, os resultados não obtiveram a eficácia desejada em termos de redução de ansiedade geral para os pacientes do Grupo Experimental. Sugere-se que programas de acompanhamento psicológico que visem à perda de peso mesquem a intervenção em grupo, com foco em demandas de comportamentos alimentares, e a terapia individual para a melhor abordagem a demandas pessoais associadas. Dessa forma, é possível uma maior garantia de intervenções eficientes, que promovam, por exemplo, real redução de ansiedade.

Por outro lado, quando comparados a pacientes sem exposição à intervenção psicológica, observou-se diferenças em níveis de ansiedade que podem ser consideradas marginalmente significativas (com  $p$  de 0,068). Pacientes do Grupo Experimental apresentaram pontuações de ansiedade significativamente menores que pacientes do Grupo Controle. Este dado é relevante para comprovar a necessidade de um acompanhamento psicológico contínuo a pacientes obesos. Apesar de se esperar redução da ansiedade no GE maior do que a obtida, ainda assim os pacientes sem intervenção parecem apresentar uma piora significativa da sintomatologia quando comparados aos que participaram da intervenção psicológica.

Vale lembrar que os fatores referentes ao contexto da saúde pública em que se realizou o programa fogem ao controle de equipes de psicologia. É necessário um maior esclarecimento para a complexidade da doença obesidade. É conhecida a gravidade dos gastos associados a comorbidades. Todavia, ainda assim, parece que a obesidade não recebe a priorização que deveria do Estado e dos planos de saúde, ao menos na realidade deste estudo. Os pacientes estão muito além do desenvolvimento de graves comorbidades associadas (conforme entrevistas) e em extremo sofrimento físico e psicológico. Esse problema não pode ser deixado de lado e um maior investimento pedagógico em educação para saúde, de caráter promocional, deve ser realizado.

Sugerem-se mais programas que tenham por foco a prevenção da obesidade, talvez com intervenções em populações ainda com sobrepeso, antes de IMC's que indiquem obesidade. E, para aqueles que já estão em espera para a cirurgia bariátrica, um maior investimento para a aceleração de realização das cirurgias deve ser feito. Este estudo não encontrou alguns meses de espera, mas anos. Os pacientes aguardam, em média, quatro anos para serem chamados ao Programa e, aproximadamente, um ano para a realização da cirurgia, quando já estão programa.

Ademais, é importante ponderar que o BAI foi aplicado em um dia e considera os sintomas apresentados na última semana. Sendo assim, não há controle da época de aparecimento dos sintomas relatados.

### **Considerações sobre os resultados das entrevistas**

Em relação à primeira Fase de aplicação da entrevista, é interessante observar que não foram observadas grandes diferenças nos relatos dos Grupos Experimental e Controle. Em geral, percebem-se frequentes relatos de dificuldades físicas, especialmente no que concerne à locomoção e vestuário. O mundo não se mostra preparado para lidar com a doença obesidade e os pacientes sofrem com as situações de limitações ambientais, um sofrimento possivelmente maior do que o provocado pelas comorbidades associadas.

Em pacientes sem intervenção psicológica, o discurso tende a trazer novas dificuldades ou manutenção das anteriores. É de grande relevância observar que nenhum paciente do GC pontuou qualquer situação que tenha se mostrado mais fácil após três meses, seja relacionado ao convívio com a doença, seja em relação a um

possível tratamento. O discurso relacionado a dificuldades físicas e de isolamento social se mostraram mais frequentes, assim como os relacionados a estratégias de enfrentamento nem sempre eficientes (que perpetuavam a manutenção do problema), tais como negação, isolamento social, desmotivação e expressões de raiva.

Por outro lado, pacientes do GE relatam terem desenvolvido, especialmente, estratégias de enfrentamento relativas ao tratamento da obesidade, indo além do enfrentamento das adversidades cotidianas advindas da condição. Apesar da redução de pontuações referentes ao enfrentamento focalizado na emoção, da EMEP, foram comuns relatos de situações que se tornaram mais fáceis, especialmente relativas ao desenvolvimento de autocontrole. Esta, apesar de ser considerada estratégia focalizada na emoção, constitui uma ação que tem se mostrado extremamente eficiente no processo de combate à obesidade. Tendo em vista a difícil relação com a alimentação, comumente referida pela população obesa, e considerando-se o ambiente obesogênico - uma enorme oferta ao consumo de alimentos extremamente fáceis e baratos e calóricos- o desenvolvimento do autocontrole é um desafio que tem sido alcançado por esses pacientes, dia após dia.

Percebe-se, ainda, um menor relato das dificuldades da primeira Fase, com o foco do discurso relacionado aos sucessos alcançados. Ainda assim, algumas dificuldades relativas à obesidade permanecem, especialmente referentes às dificuldades físicas, de locomoção e vestuário. Todavia, o impacto dessas dificuldades parece ter perdido força no discurso quando se escuta o relato referente aos sucessos alcançados. Apesar do desenvolvimento do autocontrole, o aprimoramento deste mostra-se presente como mais uma dificuldade. Sem dúvida, entende-se que aprimorar o autocontrole é uma tarefa difícil, não só para obesos. Sendo assim, é natural que, apesar das melhoras relatadas, o constante exercício de pensar antes de agir e encontrar outras atividades para a mudança de foco, no momento do impulso e da vontade de comer, seja, ainda, considerado um desafio a superar.

A redução da culpabilização é um fator essencial de progresso desse grupo. Relatos sobre formas de lidar com deslizes mostram-se de fundamental importância para o fortalecimento da autoestima do indivíduo. Em geral, populações vítimas de descontrole alimentar tendem a considerar um deslize (como comer um chocolate, por exemplo) como um total fracasso, supervalorizando a pequena situação e chegando a conclusões do tipo “eu não consigo, não vale a pena continuar” (Beck, 2009). Sendo

assim, o desenvolvimento de estratégias que, além de aumentarem o autocontrole, minimizam a culpabilização, parecem essenciais ao processo de acompanhamento psicológico com foco em perda de peso. Estudos apontam a culpa como preditora positiva do engajamento em estratégias como foco no problema (Conradt et al., 2008). No presente estudo, todavia, um aumento nas pontuações relativas a esse tipo de enfrentamento foram relacionadas a um discurso de menor culpabilização. Isto pode ser visto como benéfico, uma vez que as estratégias afetadas, segundo os relatos, foram relativas à busca de ajuda e adesão ao tratamento, conforme esperado e desejado no início da intervenção.

### **Limitações do estudo**

Inicialmente, a amostra reduzida ( $n = 18$ ) não permite generalizações acerca dos resultados para dimensões populacionais. O reduzido número de participantes, provavelmente, também responde pela não observância de correlações entre índices de ansiedade e enfrentamento, já que estudos anteriores apontam correlações entre essas variáveis, em contextos diferentes, ao utilizarem amostras maiores (Kohlsdorf, 2008). Cabe ressaltar que, se considerando o caráter de acompanhamento do estudo, alguns participantes foram perdidos, em função das dificuldades advindas da obesidade, do interesse do participante, das dificuldades financeiras, ou ainda pela impossibilidade de contatar posteriormente alguns pacientes.

Ademais, a heterogeneidade da amostra e a inclusão de participantes com níveis de escolaridade e idades distintos também pode ser responsável por limitações do trabalho. Em relação à escolaridade, foram observados, dentro de um mesmo grupo, pacientes variando desde ensino fundamental incompleto até formação superior com pós-graduação.

Um aspecto importante é o relativo à forma de aplicação dos instrumentos. A utilização da EMEP e do BAI prevêem a autoaplicação, mas em virtude das condições de formação escolar do país, apenas o critério de alfabetização mínima não garantiu a completa compreensão do instrumento, bem como a sua aplicação conforme as instruções padrão. Assim, mesmo participantes com ensino médio incompleto solicitaram o auxílio da pesquisadora para responder a escala.

Por outro lado, há a limitação da ausência de instrumentos específicos e validados que avaliem ansiedade e enfrentamento em pacientes obesos. Assim, os instrumentos utilizados (BAI e EMEP) não referiram variáveis específicas da realidade em obesidade, como: situações de preconceito, insatisfação com a autoimagem e limitações físicas mais abrangentes. Também não abordam variáveis relacionadas ao tratamento da obesidade, tais como, controle da vontade de comer, necessidade de adesão a medicações, prática regular de atividades físicas e dificuldades relativas à necessidade de atendimento médico ambulatorial periódica. Apesar disso, estes dois instrumentos se mostraram os mais próximos da realidade desses pacientes, abarcando o maior número de variáveis vivenciadas, no contexto atual.

Vale lembrar ainda que os pesos dos pacientes do GC não foram aferidos, e sim referidos, ao contrário do GE. Essa forma frágil de coleta destes dados implica em dificuldades para comparação dos pesos entre os dois grupos, determinando insegurança quanto à confiabilidade destes pesos obtidos de maneiras diferentes.

Ademais, devem-se destacar as dificuldades da pesquisa em psicologia da saúde com o uso do autorrelato verbal, presentes, em geral, em todos os estudos que envolvem entrevistas, escalas, inventários e questionários (Kohlsdorf, 2008). A dificuldade de garantir a fidedignidade entre comportamentos relatados e comportamentos reais corresponde a um problema significativo. Entrar em contato com aquilo que não é visto só é possível minimamente ao pesquisador através do autorrelato (Kohlsdorf, 2008). Skinner (1957/1978) destaca que o autorrelato somente ocorrer a partir da auto-observação, pois está ligado a eventos privados (comportamentos encobertos e ações pessoais) aos quais somente o falante tem acesso. Essa dificuldade foi, de certa forma, minimizada no decorrer da pesquisa. Isto porque, entre os instrumentos utilizados, solicitou-se o preenchimento do Registro Alimentar, cujo um dos objetivos é, claramente, o desenvolvimento da auto-observação. Sendo assim, parece haver maior garantia de fidedignidade das respostas às entrevistas. Além disso, a própria presença da pesquisadora como psicóloga do grupo promove uma minimização da incerteza acerca da realidade dos relatos.

Entretanto, esse mesmo fato de ser a pesquisadora a própria psicóloga do grupo pode ser responsável pela potencialização de uma importante dificuldade da pesquisa qualitativa em psicologia: aos efeitos da desejabilidade social. Sendo o

comportamento verbal reforçado socialmente, o relato é classificado como “certo ou errado”, “bom ou mau”, sendo reforçado ou punido de acordo (Skinner, 1953/1967). Dessa forma, o relato pode ter relação com a consequência que se espera receber. Apesar de ter havido esclarecimentos de que não havia relação entre a pesquisa e o desenvolvimento do grupo, não há como garantir que as respostas não foram influenciadas pela posição da pesquisadora como psicóloga (responsável, inclusive, pela liberação à cirurgia, baseada em critérios de adesão ao tratamento). Assim, não é possível obter certeza da fidedignidade absoluta entre o que é relato pelo participante e o que efetivamente ocorre. Todavia, a observação dos comportamentos de cada participante, no decorrer de três meses de grupo, e o uso do Registro Alimentar minimizam esses prejuízos e podem determinar a maior fidedignidade dos relatos. De fato, esta pesquisadora observou progressos importantes no decorrer do grupo que são compatíveis com os relatos das entrevistas.

Outra limitação se refere à necessidade de mais tempo de realização da intervenção para maior garantia da manutenção dos sucessos obtidos, assim como para a garantia de obtenção de outras melhorias, como redução de graus de ansiedade em maior número de participantes e uma perda de peso mais significativa.

Por fim, a já citada crise que o Programa de Obesidade do HUB tem passado, com redução do número de cirurgias, revela-se como importante limitação ao dificultar a garantia de relações funcionais entre os resultados obtidos e a intervenção psicológica. Essa demora pode ter potencializado a sintomatologia relativa à ansiedade em alguns pacientes, assim como ter auxiliado a manutenção de dificuldades pré-existentes (tais como locomoção e vestuário).

### **Implicações sociais, políticas e sugestões de pesquisas futuras**

A obesidade é uma doença multifatorial que tem atingido, em grande escala, a população mundial. Tem sido promotora, além de comorbidades médicas associadas, de enormes sofrimentos e complicações psiquiátricas aos pacientes. É preciso entender que o desenvolvimento da obesidade, assim como seu controle, implica em responsabilidades pessoais do indivíduo, sendo também influenciada por fatores genéticos, hormonais e ambientais. Sendo assim, é inegável a importância de ações governamentais para prevenção e tratamento da doença. A população não se livrará

sozinha dessa epidemia, sem a adequada responsabilização do Estado por essa luta, oferecendo apoio instrumental eficaz. Algumas ações propostas incluiriam:

- (1) Campanhas educativas sobre o tema Alimentação Saudável e estratégias para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis;
- (2) Maior investigação e controle da publicidade ligada à alimentação;
- (3) Combate à obesidade infantil, com a inclusão das escolas como co-responsáveis;
- (4) Investimentos para o treinamento de equipes multidisciplinares e adequado preparo técnico para a atuação neste campo de tantas interfaces e desafios.

Apesar do crescimento vertiginoso da obesidade, ainda são escassas as pesquisas que consideram a realidade do paciente, do tratamento, da obesidade e das equipes envolvidas. Assim sendo, algumas sugestões para pesquisas futuras, poderiam incluir:

- (1) Estudos longitudinais de maior prazo, que considerassem um tempo mais longo de acompanhamento para maior garantia da manutenção das mudanças de hábito;
- (2) Estudos longitudinais que avaliassem mudanças de comportamentos e manutenção dos sucessos alcançados após a realização da cirurgia;
- (3) Avaliação comparada da evolução de pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde e na rede privada, sendo possível observar influência de variáveis como renda e escolaridade sobre o desenvolvimento de adesão e enfrentamento;
- (4) Estudos em que a pesquisadora não fosse a psicóloga do grupo, garantindo a redução de aspectos relacionados à desejabilidade social na resposta aos instrumentos;
- (5) Avaliação da percepção das equipes de saúde envolvidas no tratamento da obesidade, obtendo-se maiores detalhes sobre como os profissionais enfrentam as adversidades diárias do convívio com essa população.

## Considerações Finais

---

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicológica a pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, realizando um levantamento de estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, bem como das manifestações de ansiedade e mudanças de hábitos, comparando-os a pacientes sem exposição à intervenção psicológica. Os resultados desta avaliação apontaram para as vantagens do acompanhamento psicológico quando se trata a doença obesidade.

Observou-se que pacientes expostos à intervenção desenvolvem melhores habilidades para enfrentar tanto a condição adversa da doença como o próprio tratamento, com redução de ansiedade e melhor adesão. Quando se fala de um tratamento que vá além da simples necessidade de perda de peso, mas que já se proponha a realizar uma preparação para um grande procedimento cirúrgico, como é a cirurgia bariátrica, a importância do acompanhamento psicológico torna-se ainda mais clara. Estudos demonstram que pacientes mal preparados, sem efetuar mudanças significativas em hábitos, ou com prevalência de sintomas psiquiátricos, ou de transtornos psicológicos, pré-cirúrgicos, têm maior probabilidade de desenvolver novos distúrbios após a cirurgia, além de reganharem peso. Dessa forma, o desenvolvimento de programas de intervenção psicológica, adequados e focados às necessidades específicas dessa população parece relevante.

Por outro lado, pacientes sem qualquer acompanhamento demonstraram piora dos índices de ansiedade e estratégias de enfrentamento adequadas, quando comparados a pacientes submetidos à intervenção psicológica. Além disso, referem discursos repletos de sofrimento e dificuldades agravadas com o desenvolvimento da obesidade.

Destaca-se, também, a urgente necessidade de programas governamentais que atinjam esferas micro da sociedade para o tratamento desta doença. Sugerem-se desde campanhas públicas na mídia, para a conscientização da importância de uma alimentação saudável, com a proposta de que é possível “ser feliz comendo bem”, por exemplo, até a oferta de tratamento contínuo e precoce em postos de saúde.

A obesidade é uma doença grave e a responsabilidade por seu crescimento não está apenas entre os indivíduos, mas muito mais, ou inclusive, na cultura atual de

valorização de uma alimentação fácil, saborosa, porém, extremamente perigosa. O acesso a alimentos não favoráveis parece crescente, sendo necessário garantir o acesso, de toda a população, a alimentos saudáveis e mais adequados para a conquista de uma saúde melhor.

Aponta-se a necessidade de opções acessíveis à população, que permitam escolhas adequadas. O processo de aprimoramento de hábitos pode ser conquistado com tratamentos multidisciplinares eficientes, em que psicólogos, nutricionistas e educadores físicos constituam um corpo filosófico unificado.

Quando a doença já estiver instalada, por outro lado, o tratamento tem de ser visto como urgente. É importante que as equipes médicas não compactuem com pontos de vista do senso comum, desvalorizando a gravidade da doença. Assim, será possível que os serviços públicos de saúde ofereçam um tratamento de qualidade e de fácil acesso a população. Certamente, é possível reduzir os danos da obesidade, não apenas para o indivíduo, mas para o Estado, uma vez que a doença tem relação direta com várias comorbidades que, por seu lado, geram enormes gastos.

Concluindo, a obesidade é doença que traz consigo graus consideráveis de ansiedade e dificuldades de desenvolver estratégias de enfrentamento eficientes não apenas para lidar com a condição adversa, mas para o tratamento necessário. A participação dos pacientes no Programa de Intervenção Psicológica Preparatório para Cirurgia Bariátrica se mostrou benéfica ao desenvolver estratégias mais eficientes e satisfatórias, potencializando o processo de mudança de hábitos e adesão ao tratamento, com uma menor carga de sofrimento. Todavia, ainda sugerem-se novas pesquisas, que considerem outros contextos de saúde, bem como observem efeitos da intervenção a mais longo prazo.

## Referências

---

- Alberts, H. J., Mulkens, S., Smeets, M., & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), 160-163.
- Ali, S. M. & Lindstrom, M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: Differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal of Public Health*, 16(3), 324-330
- Almeida, A., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 278-292.
- Anderson, D. A. & Wadden, T. A. (2004). Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obesity Research*, 12(10), 1587-1595.
- Andrews, R. A., Lowe, R., & Clair, A. (2009). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity. *Australian Journal of Psychology*. 63(4), 207-213.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Arruda, P.M. (2002). *Exigências para adesão ao tratamento pediátrico de Febre Reumática e Diabetes Mellitus Tipo 1 e estratégias de enfrentamento do cuidador*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Arruda, R.T.C. (2004). Obesidade mórbida e intervenção. Em Bocado, R. *Sobre Comportamento e Cognição*, 333-342.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. (2009/2010). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. 3ª Ed, Itapevi, SP: ABESO.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, J.S. (2009). O que, na verdade, faz você comer? In: Beck, J.S. *Pense Magro: a dieta definitiva de Beck*. (pp. 33-39). Porto Alegre: Artmed.

- Black, D.W.; Goldstein, R.B. & Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 149(2): 227-234.
- Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Schneider, K. L, August, M. A. & Pagoto, S. L. (2012). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: Comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 319-324.
- Bressan, J. & Costa, A. G. V. (2006). Tratamento nutricional da obesidade. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C.; Galvão, A. N.; & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 315-325) Porto Alegre: Artmed.
- Cade, N. V., Borloti, E., Perin, A. R. V. R., Silveira, K. A., Ferraz, L., & Bergamim, M. P. (2009). Efeitos de um treinamento em autocontrole aplicado em obesos. *Cogitare Enfermagem*, 14(1), 65-72.
- Carr, D. & Friedman, M. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 244-259.
- Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2008). What copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144.
- Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2008). What copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144.
- Costa, F. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brilmann, M., Friedman, R., & Nunes, M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, 14(2): 287-293.
- Costa, J. M. A. & Biaggio, A. M. B. (1998). Aspectos emocionais da obesidade: Ansiedade e raiva. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 50(3): 30-50.
- Cotta-Pereira, R. & Benchimol, A. K. (2006). Cirurgia bariátrica: Aspectos cirúrgicos. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. N., & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 299-313) Porto Alegre: Artmed.
- Coutinho, W. & Dualib, P. (2006). Etiologia da obesidade. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. N., & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 265-271) Porto Alegre: Artmed.

- Coutinho, W. F. (1999). Consenso latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43, 21-67.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davies, M. M., Bekker, M. H., & Roosen, M. A. (2011). The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, 19(3), 246-258.
- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92.
- Fandiño, J. N. & Appolinario, J. C. (2006). Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. N., & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 367-374) Porto Alegre: Artmed.
- Fawzy, F.L., Pasnau, R.O., Wellisch, D.K., Ellsworth, R.G., Dornfeld, L., & Maxwell, M. (1983). A comprehensive psychological approach to obesity. *Psychiatric Medicine*, 1(3), 257-273.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Fonseca, H. & Matos, M.G. (2005). Perception of overweight and obesity among portuguese adolescents: An overview of associated factors. *European Journal of Public Health*, 15(3), 323-328.
- Fortes, M. (2006). Atividade física no tratamento da obesidade. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. N., & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 299-313) Porto Alegre: Artmed.
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34: 407-419.
- Gimenes, M.G.G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases do enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em Gimenes, M.G.G. & Fávero, M.H. (Eds.), *A mulher e o câncer* (171-195). Campinas: Editorial Psy.

- Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M. S., & Sullivan, M. A. (2005). Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research, 13*(2), 244-249.
- Guerdjikova, A. L., West-Smith, L., McElroy, S. L., Sonnanstine, T., Stanford, K., & Keck Jr., P. E. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery, 17*(8), 1091-1096.
- Hansson, L. M., Näslund, E., & Rasmussen, F. (2010). Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity: A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(6), 587-596.
- Harvey, S. B., Glozier, N., Carlton, O., Mykletun, A., Henderson, M., Hotopf, M., & Holland-Elliott, K. (2010). Obesity and sickness absence: Results from the CHAP study. *Occupational Medicine, 60*(5), 362-368.
- Hörchner, R., Tuinebreijer, W. E., Kelder, H., & Urk, E. (2002). Coping behavior and loneliness among obese patients. *Obesity Surgery, 12* (6), 864 – 868.
- Jia, H. & Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health, 27*(2), 156-164.
- Karason, K., Lindroos, A.K., Stenlof, K. & Sjostrom, L. (2000). Relief of cardiorespiratory symptoms and increased physical activity after surgically induced weight loss: results from the Swedish Obese Subjects study. *Archives of Internal Medicine, 160*(12), 1797-1802.
- Karlsson, J., Sjöström, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) – An intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 22*(1), 113-126.
- Keskin, G., Engin, E., & Dulgerler, S. (2010). Eating attitude in obese patients: The evaluation in terms of relational factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(10), 900-908.
- Klumbiene, J.; Petkeviciene, J.; Helasoja, V.; Prattala, R. & Kasmel, A. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health, 14*(4), 390-394.

- Koball, A. M. & Carels, R. A. (2011). Coping responses as mediators in the relationship between perceived weight stigma and depression. *Eating and Weight Disorders*, 16(1), 17-23.
- Kohlsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25 (3), 417-429.
- Kral, J. G., Sjostrom, L. V., & Sullivan, M. B. (1992). Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 611S-614S.
- Kussunoki, D.K., & Zancaner, M.S. (2012). Terapias cognitivo-comportamentais e obesidade. In: A. Segal. & A.R.M. Franques. (Eds). *Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica* (1ª Ed, pp.123-130). São Paulo: Miró Editorial.
- Leal, C. W. & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria - RS*, 29(3), 324-327.
- Lester, D., Iliceto, P., Pompili, M., & Girardi, P. (2011). Depression and suicidality in obese patients. *Psychological Reports*, 108(2), 367-367
- Li, W. & Rukavina, P. (2009). A review of coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. *Obesity Reviews*, 10(1), 87-95.
- Lissner, L. (1997). Psychosocial aspects of obesity: Individual and societal perspectives. *Scandinavian Journal of Nutrition / Näringsforskning*, 41, 75-79.
- Livingston, E. H. & Fink, A. S. (2003). Quality of life – cost and future of bariatric surgery. *Archives of Surgery*, 138, 383-388.
- Ludwig, M. W. B., Bortolon, C., Bortolini, M., Feoli, A. M., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2012). Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 31-46.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2011). Construcción y validación del Inventario de Locus de Control del Peso: Resultados preliminares. *Psicología y Salud*, 21(2), 165-172.
- Machado, P. A. N. & Sichieri, R. (2002). Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 198-204.

- Mahony, D. (2008). Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery, 18*(5), 607-610.
- Malterud, K. & Ulrjksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: a synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 6*(4).
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association, 109*(8), 1427-1432.
- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., ..., Melchionda, N. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International Journal of Obesity, 26*, 1261-1267.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(4), 165-169.
- Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista, 15*(1), 158-176.
- Ministério da Saúde. (2006). *Cadernos de atenção básica- Obesidade*. Retirado de [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad12.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf), em 16/05/2011.
- Moreira, R. O. & Benchimol, A. K. (2006). Princípios gerais do tratamento da obesidade. In: M.A., Nunes, J. C., Appolinário., A. N., Galvão, & W. Coutinho. (Eds.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 289-298) Porto Alegre: Artmed.
- Mota, D. C. L. (2012). *Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica*. Dissertação de Mestrado, USP, Ribeirão Preto.
- Mwendwa, D. T., Gholson, G., Sims, R. C., Levy, S. A., Ali, M., Harrell, C. J., Callender, C.O., & Campbell Jr., A. L. (2011). Coping with perceived racism: A significant factor in the development of obesity in african american women? *Journal of the National Medical Association, 103*(7), 602-608.

- Oliveira, J. H. A. & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 199-201.
- Ortega, J., Fernandez-Canet, R., Alvarez-Valdeita, S., Cassinello, N., & Baguena-Puigcerver, M. (2012). Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(6), 770-776.
- Petry, N., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70, 288-297.
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D. H., & Holt, C. L. (2012). Religious coping moderates the relationship between emotional function and obesity. *Health Psychology*, 31(3), 394-397.
- Potocka, A. & Móscicka, A. (2011). Occupational stress, coping styles and eating habits among Polish employees. *Medycyna Pracy*, 62(4), 377-388.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), 53-78.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14, 1802-1815.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15(1), 19-23.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Obesity, bias, and discrimination. *Obesity Research*, 9(12), 788 – 805.
- Radomile, R. R. (2003). Obesidade. In: White, J. R. & Freeman, A. S. (Ed.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (1ª Ed, 109-138) São Paulo: Roca.
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 177-184.

- Rutledge, T., Groesz, L. M., & Savu, M. (2011). Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. *Obesity Surgery*, 21(1): 29-35.
- Rydén, A., Karlsson, J., Persson, L. O., Sjostrom, L., Tafl, C., & Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 177-188.
- Rydén, A., Karlsson, J., Sullivan, M., Torgerson, J. S., & Taft, C. (2003). Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 435-442.
- Santos, P. L. S. (2010). *Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Santry, H. P., Lauderdale, D. S., Cagney, K. A., Rathouz, P. J., Alverdy, J. C., & Chin, M. H. (2007). Predictors of patient selection in bariatric surgery. *Annals of Surgery*, 245(1): 59-67.
- Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magee, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., Rosato, E. F., . . . , Wadden, T. A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 14(9), 1148-1156.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*. 13(4): 639-648.
- Scott, K. M, Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, G., . . . , & Von Korff. (2008). *International Journal of Obesity*, 32: 192–200.
- Segal, A. & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(supl III): 68-72.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Seidl, E.M.F., Rossi, W.S., Viana, K.F., Meneses, A.K.F. & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 279-288.
- Seidl, E.M.F.; Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.

- Skinner, B.F. (1978). *O comportamento Verbal*. (M.P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Culturix. (Trabalho original publicado em 1957).
- Sichieri, R. & Souza, R. A. G. (2006). Etiologia da obesidade. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. N., & Coutinho, W. (Ed.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª. Ed, 265-271) Porto Alegre: Artmed.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: Qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia Teoria e Prática*, 1(2), 196-210.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G., & Kessler, R. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Sjöström, C. D., Lissner, L., Wedel, H., & Sjöström, L. (1999). Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: The SOS Intervention Study. *Obesity Research*, 7(5), 477-484.
- Soares, A. S. B. (2009). *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, Publicada.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM. (2012). *Obesidade*. Retirado de <http://www.sbc.org.br/obesidade.asp?menu=5>.
- Souza, N. P. P., Oliveira, M. R. M., & Motta, D. G. (2006). Transtorno de compulsão alimentar periódica em obesos sob tratamento ou não. *Saúde em Revista*, 8(19), 21-26.
- Straub, R. O. (2007). Nutrition, obesity, and eating disorders. In: Straub, R. O. *Health psychology: A biopsychosocial approach* (2ª ed.). New York: Worth Publishers.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., ..., Lindstedt, S. (1993). Swedish obese subjects (SOS) – An intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 17(9), 503-512.
- Tayyem, R., Ali, A., Atkinson, J., & Matin, C. R. (2011). Analysis of health-related quality of life instruments measuring the impact of bariatric surgery: Systematic

- review of the instruments used and their content validity. *The Patient – Centered Outcomes Research*, 4(2): 73-87.
- Tomaz, R. & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 447-454.
- Tosetto, A. P. & Simeão Júnior, C. A. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41 (4), 497-507.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 533-550.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.
- Vieira, G. C. (2006). *Variação no acesso a reforçadores entre grandes obesos antes e depois de submissão a gastroplastia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Wadden, T. A. & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: A patient - oriented approach. *Obesity research*, 14, 53S-62S.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6(1), 21-30.
- White, J. R. (2003). Introdução. In: White, J. R. & Freeman, A. S. (Ed.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (1ª Ed, 109-138) São Paulo: Roca
- World Health Organization. (2012). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, em 25/11/2012 e 10/01/2013.

**ANEXOS**

## Anexo 1

### EMEP

#### Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

(adaptada de Seidl & cols., 2001)

**Instruções:** as pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a obesidade, neste momento do tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual. Veja o exemplo: “eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema”. Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigada pela sua participação!

**Possibilidades para resposta:** 1) eu nunca faço isso; 2) eu faço isso um pouco; 3) eu faço isso às vezes; 4) eu faço isso muito; 5) eu faço isso sempre.

#### **Fator 1 - estratégias de enfrentamento focalizadas no problema:**

- 1) Eu levo em conta o lado positivo das coisas
- 3) Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação
- 10) Eu insisto e luto pelo que eu quero
- 14) Encontro diferentes soluções para o meu problema
- 15) Tento ser uma pessoa mais forte e otimista
- 16) Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida
- 17) Eu me concentro nas coisas boas da minha vida
- 19) Aceito a simpatia e a compreensão de alguém
- 24) Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido
- 28) Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente
- 30) Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores
- 32) Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia
- 33) Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo
- 36) Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez
- 39) Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela
- 40) Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui
- 42) Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo
- 45) Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

#### **Fator 2 - estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção:**

- 2) Eu me culpo
- 5) Procuo um culpado para a situação
- 11) Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo
- 12) Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer
- 13) Desconto em outras pessoas
- 18) Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto
- 20) Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema
- 22) Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim

- 23) Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema
- 25) Eu acho que as pessoas foram injustas comigo
- 29) Eu culpo os outros
- 34) Procuo me afastar das pessoas em geral
- 35) Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer
- 37) Descubro quem mais é ou foi responsável
- 38) Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor

**Fator 3 - estratégias de enfrentamento baseadas em práticas religiosas e pensamento fantasioso**

- 6) Espero que um milagre aconteça
- 8) Eu rezo/oro
- 21) Pratico mais a religião desde que tenho esse problema
- 26) Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou
- 27) Tento esquecer o problema todo
- 41) Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo
- 44) Eu me apego à minha fé para superar essa situação

**Fator 4 - estratégias de enfrentamento baseadas na busca por suporte social**

- 4) Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo
- 7) Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite
- 9) Converso com alguém sobre como estou me sentindo
- 31) Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema
- 43) Converso com alguém para obter informações sobre a situação

## Anexo 2

## BAI



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

**Anexo 3****ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Grupo: ( ) Controle ( ) Experimental

Nome do Participante:

Código:

1ª fase – grupo controle e experimental

- 1) Como a obesidade influencia sua vida hoje?
- 2) Há dificuldades com a sua obesidade?
- 3) Quais dificuldades?
- 4) O que você faz para lidar com esses problemas?
- 5) O que você acredita que poderia fazer para modificar?
- 6) O que a obesidade exige de você?
- 7) O que você faz para lidar com essas exigências?

**2ª fase – grupo controle**

- 1) Aconteceu alguma mudança desde a última vez que conversamos?
- 2) O que foi modificado?
- 3) Algo era mais fácil e ficou mais difícil?
- 4) Algo era mais difícil e ficou mais fácil?
- 5) Quais suas maiores dificuldades hoje em dia?
- 6) O que a obesidade exige de você?
- 7) O que você tem feito para lidar com essas exigências?

**2ª fase – grupo experimental**

- 1) Aconteceu alguma mudança na sua vida depois do tratamento?
- 2) O que foi modificado?
- 3) Algo era mais fácil e ficou mais difícil?
- 4) Algo era mais difícil e ficou mais fácil?
- 5) Quais suas maiores dificuldades hoje em dia?
- 6) O que a obesidade exige de você?
- 7) O que você tem feito para lidar com essas exigências?

## Anexo 4

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ Kg

Histórico Psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não

Histórico de alcoolismo? ( ) Sim ( ) Não

Histórico de Fumo? ( ) Sim ( ) Não

Histórico de uso de drogas? ( ) Sim ( ) Não

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda mensal familiar: \_\_\_\_\_

## Anexo 5

### Protocolo de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

#### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **096/11**

Título do Projeto: “Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e mudanças de hábitos em pacientes obesos com e sem acompanhamento psicológico”.

Pesquisadora Responsável: Marina Simões Mensorio

Data de Entrada: 07/07/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **096/11** com o título: “Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e mudanças de hábitos em pacientes obesos com e sem acompanhamento psicológico”, analisado na 6ª reunião ordinária realizada no dia 23 de agosto de 2011.

A pesquisadora fica responsável, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 23 de agosto de 2011.

  
Thiago Rocha da Cunha  
Vice - coordenador do CEP-FS/UnB

*Acabado, 16/08/11*  
*Marina Simões Mensorio*





