



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

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

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM GRUPO PARA  
PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO OU OBESIDADE**

**Paula Luana Silva dos Santos**

Brasília, DF, Setembro de 2010



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

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

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM GRUPO PARA  
PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO OU OBESIDADE**

Paula Luana Silva dos Santos

**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 Processo Saúde-doença.**

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl**

Brasília, DF, Setembro de 2010

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente

Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Marques da Silva- Membro

Universidade Católica de Brasília

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kênia Mara Baiocchi de Carvalho – Membro

Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Suplente

Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Brasília, DF, setembro de 2010

## ***Agradecimentos***

*À professora Eliane Maria Fleury Seidl, pelos conselhos e orientações, pela liberdade que me proporcionou tanto na condução do estudo quanto na escrita da dissertação e por acreditar em minhas capacidades para a realização desse tema de pesquisa.*

*À professora Teresa Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo pelos ensinamentos e pelos incentivos no início da minha jornada.*

*À Giovanna Graziani Feitosa pela parceria prazerosa na condução do grupo.*

*À minha família, especialmente à minha mãe, pela paciência em aceitar minhas negativas e minhas ausências e pela torcida.*

*À equipe da Amil, especialmente ao Dr. Bruno Ganem, pela oportunidade de realizar o trabalho.*

*Aos participantes do estudo pela disponibilidade de contribuir para a construção do conhecimento.*

*Ao Pedro por ter mudado minha vida e ter me dado mais motivação para concluir esse trabalho.*

*À Beatriz, à Vera, Simone e ao meu pai por sua incomensurável ajuda na reta final. Sem vocês, esse trabalho não seria concluído.*

*Muito Obrigada!*

## RESUMO

O sobrepeso e a obesidade acarretam prejuízos físicos, psicológicos e sociais, comprometendo a qualidade de vida e se constituindo em desafio para os profissionais de saúde. O presente estudo avaliou os efeitos de um programa de intervenção interdisciplinar em grupo para mudar estilo de vida, com foco na alimentação, de pessoas com sobrepeso ou obesidade. As seguintes variáveis foram analisadas: auto-eficácia, enfrentamento, compulsão alimentar, índice de massa corporal, fracionamento da alimentação, avaliação subjetiva do comportamento alimentar e qualidade da alimentação. Os resultados da linha de base foram comparados com o momento dois, três meses após o término da intervenção. O estudo teve delineamento quase-experimental e foi realizado com clientes de uma operadora de saúde do Distrito Federal. Quinze clientes foram convidados, a partir de critérios definidos pela operadora, a ingressar no programa, sendo que oito aceitaram participar do estudo: quatro se submeteram à intervenção e quatro ingressaram como participantes-controle. Dois participantes da intervenção eram mulheres, dois eram homens e suas idades variaram de 27 a 81 anos. A distribuição por sexo foi igual para os participantes-controle e as idades variaram de 22 a 42 anos. Os pesos mínimo e máximo dos participantes da intervenção foram 74,5 kg e 122,8 kg; para os participantes-controle, esses valores foram de 90 kg e 150,8 kg. Os instrumentos utilizados foram escala de auto-eficácia para regular hábitos alimentares, Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), além de roteiro de entrevista semi-estruturado. Foram realizados oito encontros semanais com duas horas de duração. A condução do grupo foi feita por uma nutricionista e uma psicóloga. Foram utilizadas técnicas como diário alimentar e psicológico, balanço de vantagens e desvantagens e cartões de enfrentamento. Os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico mediante o uso do software SPSS 11,5. Nenhum participante atingiu a meta de 5% de perda de peso. Dentre os participantes da intervenção, o percentual de perda de peso variou de 0,24% a 2,82%. Três participantes-controle apresentaram ganho entre 1,92% e 5,55%. Com relação à expectativa de auto-eficácia, houve aumento dos escores entre os participantes da intervenção, no momento dois. Três participantes do grupo aumentaram os escores do enfrentamento focalizado no problema em relação à linha de base. Os resultados indicaram melhoria em sintomas de compulsão alimentar periódica e na qualidade da alimentação para os participantes da intervenção, bem como aumento do conhecimento acerca do próprio comportamento alimentar nos participantes que modificaram sua própria avaliação. Como limitações do estudo, destacam-se o pequeno número de participantes e a carga-horária reduzida da intervenção. Conclui-se que a intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com sobrepeso e obesidade exerceu contribuição importante ao delinear uma proposta de trabalho com base em referencial teórico da psicologia da saúde e com a utilização de técnicas de base cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Sobrepeso; obesidade, auto-eficácia, enfrentamento; intervenção em grupo

## ABSTRACT

Overweight and obesity are conditions that cause physical, psychological and social harm, compromising the quality of life and constituting a challenge to health professionals. The present study evaluated the effects of an interdisciplinary group intervention program for overweight or obese people, analysing the following variables: self-efficacy, coping, binge eating disorder, body mass index, food fractionation, subjective evaluation of feeding habits and feeding quality. The results of the baseline were compared against the moment two, three months after the end of the intervention. The study had quasi-experimental design and was conducted with customers from a health insurer's Federal District. Fifteen customers were invited, based on criteria set by the health insurer, to participate in the program, and eight agreed to participate in the study: four were submitted to intervention and four entered as control participants. Two members of the group were women, two were men and their ages ranged from 27 to 81. The distribution by gender was the same in the control group and the ages ranged from 22 to 42. The minimum and maximum weights of the intervention participants were 74.5 kg and 122.8 kg; for the control participants the values were 90 kg and 150.8 kg. The instruments used were self-efficacy scale to regulate eating habits, Binge Eating Scale and Ways of Coping Scale, and a semi-structured interview guide. There were eight two-hour long meetings totalizing sixteen hours, and the conduction of the group was done by a nutritionist and a psychologist. Techniques such as psychological and eating diary, balance of advantages and disadvantages and coping cards. The quantitative data was submitted to statistical treatment through the use of the SPSS 11.5 software. None of the participants reached the 5% goal regarding weight loss. Among the intervention participants, the percentage of weight loss ranged from 0.24% to 2.82%. Three control participants presented weight gain that ranged from 1.92% to 5.55%. Regarding the self-efficacy expectation there was an increase of the scores among the intervention participants at moment two. Three participants of the group increased coping scores focused on the problem regarding the baseline. Results also indicated reducing in symptoms of binge eating disorder and in the feeding quality for the intervention participants as well as an increase of knowledge of eating habits of the participants who changed their own evaluation. The small and convenience sample as well as the reduced intervention hours stand out as limitations of the study. We can conclude that the interdisciplinary group intervention for people with overweight or obesity diagnosis represented an important contribution outlining a work proposal based on theoretical reference of health psychology and with the use of cognitive-behavioral techniques.

Keywords: overweight, obesity, self-efficacy, coping, group intervention

## ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1 – REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>2</b>
1.1 Sobre peso e obesidade: aspectos epidemiológicos	2
1.2 Comportamento alimentar: aspectos psicológicos	5
1.3 Sobre peso, obesidade e auto-eficácia	7
1.4 Sobre peso, obesidade e estratégias de enfrentamento	9
1.5 Mudança de estilo de vida	11
1.6 Tratamento do sobre peso e da obesidade	12
1.7 Estudos de intervenção	18
<b>Capítulo 2 – OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
2.1 Questões norteadoras	23
2.2 Objetivos	24
<b>Capítulo 3 – MÉTODO</b>	<b>25</b>
3.1 Delineamento	25
3.2 Participantes	25
3.3 Materiais	27
3.4 Instrumentos	28
3.4.1 Roteiro de entrevista semi-estruturado	28
3.4.2 Escala de auto-eficácia para regular hábitos alimentares	28
3.4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP	28
3.4.4 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP	29
3.5 Procedimentos	29
3.6 A intervenção	30
3.7 Análise de dados	33
<b>Capítulo 4 – RESULTADOS</b>	<b>34</b>

4.1 Auto-eficácia _____	34
4.2 Enfrentamento _____	35
4.3 Sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica _____	41
4.4 Peso corporal e IMC _____	43
4.5 Auto-avaliação subjetiva _____	46
4.6 Fracionamento _____	49
4.7 Qualidade da alimentação _____	49
<b>Capítulo 5 – DISCUSSÃO _____</b>	<b>52</b>
<b>Capítulo 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS _____</b>	<b>58</b>
<b>Referências _____</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS _____</b>	<b>65</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes da intervenção em grupo.	26
<b>Tabela 2.</b> Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes-controle.	27
<b>Tabela 3.</b> Descrição das principais técnicas empregadas nos encontros.	31
<b>Tabela 4.</b> Descrição da seqüência de atividades e das técnicas principais usadas nas sessões.	32
<b>Tabela 5.</b> Escores na linha de base e no momento dois e diferença das médias dos participantes na Escala de Auto-eficácia.	35
<b>Tabela 6.</b> Escores na linha de base e no momento dois obtidos na Escala de Compulsão Alimentar Periódica, para os participantes e não participantes da intervenção.	43
<b>Tabela 7.</b> Avaliação subjetiva dos participantes da intervenção na linha de base e no momento dois.	48
<b>Tabela 8.</b> Fracionamento, na linha de base e no momento dois, para os participantes do estudo.	49
<b>Tabela 9.</b> Qualidade da alimentação, na linha de base e no momento dois, para os participantes do estudo.	51

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Auto-eficácia na linha de base e no momento dois para os participantes da intervenção	34
<b>Figura 2.</b> Auto-eficácia na linha de base e no momento dois para os participantes-controle.	35
<b>Figura 3.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PI1, na linha de base e no momento dois.	36
<b>Figura 4.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PI2, na linha de base e no momento dois.	37
<b>Figura 5.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PI3, na linha de base e no momento dois.	37
<b>Figura 6.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PI4, na linha de base e no momento dois.	38
<b>Figura 7.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PC1, na linha de base e no momento dois.	38
<b>Figura 8.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PC2, na linha de base e no momento dois.	39
<b>Figura 9.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PC3, na linha de base e no momento dois.	39
<b>Figura 10.</b> Escores das estratégias de enfrentamento de PC4, na linha de base e no momento dois.	40
<b>Figura 11.</b> Escores brutos para transtorno de compulsão alimentar, na linha de base e no momento dois, para os participantes da intervenção.	42
<b>Figura 12.</b> Escores brutos para transtorno de compulsão alimentar, na linha de base e no momento dois, para os participantes-controle.	43
<b>Figura 13.</b> Peso e IMC na linha de base e no momento dois para os participantes da intervenção.	45
<b>Figura 14.</b> Peso e IMC na linha de base e no momento dois para os participantes-controle.	46

## LISTA DE SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

EMEP - Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MEV – Mudança de Estilo de Vida

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

TCAP - Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho se refere a uma proposta de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. Este estudo teve delineamento quase-experimental e avaliou oito participantes com sobrepeso ou obesidade, na linha de base e no momento dois, três meses após a intervenção. Quatro participantes se submeteram à intervenção interdisciplinar em grupo e quatro foram inseridos no estudo como participantes-controle. O estudo foi desenvolvido no programa Mudança de Estilo de Vida – MEV, oferecido aos clientes de uma operadora de saúde, em Brasília, Distrito Federal.

O objetivo do estudo foi avaliar, na linha de base e no momento dois, em duas condições distintas — participação em grupo interdisciplinar e não intervenção —, os seguintes indicadores: enfrentamento, auto-eficácia, ocorrência e gravidade de transtorno de compulsão alimentar periódica, peso corporal, índice de massa corporal, fracionamento da alimentação e qualidade da alimentação, observada a partir dos referenciais da alimentação saudável.

Considerando o crescimento da incidência e da prevalência de sobrepeso e obesidade, tanto no Brasil quanto no mundo, e o conseqüente aumento da frequência e gravidade das doenças associadas, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, este estudo é relevante pois visa contribuir para a construção do conhecimento sobre intervenção em grupo com pessoas acometidas por excesso de peso corporal. Além disso, pode contribuir para a melhoria da qualidade de serviços de saúde para essa clientela e o melhor entendimento acerca do funcionamento desses fenômenos multifacetados.

O estudo resulta do interesse pessoal e profissional da pesquisadora, que trabalha com essa clientela há mais de cinco anos e percebeu a dificuldade enfrentada pelos pacientes na modificação de comportamentos de saúde.

## Capítulo 1 – REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Sobrepeso e obesidade: aspectos epidemiológicos

O sobrepeso e a obesidade são condições ocasionadas pelo excesso de gordura corporal. Elas podem ser decorrentes de níveis elevados de ingestão calórica, devido ao aumento da quantidade ou da alteração da qualidade alimentar, e/ou por meio do pequeno ou insuficiente gasto energético, como resultado de estilo de vida sedentário. De origem e manutenção multifatoriais, o sobrepeso e a obesidade têm atingido proporções epidêmicas (Halpern, Rodrigues & da Costa, 2004).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pesquisas realizadas em países em desenvolvimento apontam variação nas prevalências de sobrepeso e obesidade em adultos. “No caso do excesso de peso, as prevalências variam entre 11% (Índia) e 60% (Egito) e, no caso da obesidade, entre 2% (Índia) e 22% (Egito)” (IBGE, 2004, p. 41). Inquérito domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) afirma que:

Em 2002, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos. Atualmente estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento (INCA, 2004, p. 67).

No Brasil, a prevalência de sobrepeso e obesidade também cresceu. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 2002 e 2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou uma prevalência de excesso de peso de 41,1% para o sexo masculino e 40% para o sexo feminino, na população com 20 ou mais anos de idade. A prevalência de obesidade encontrada, para a mesma população, nesta pesquisa, foi de 8,9% para o sexo masculino e 13,1% para o sexo feminino (IBGE, 2004).

Dados do IBGE comparando a POF com o Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, realizado entre 1974 e 1975, e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, realizada em 1989, com relação à evolução do perfil antropométrico-nutricional da população adulta brasileira, afirmam que o sobrepeso e a obesidade apresentam contínuo e intenso aumento, tanto na população masculina quanto na feminina. De acordo com essa

comparação, a prevalência de sobrepeso mais que duplicou entre 1974 e 2003, enquanto a prevalência de obesidade triplicou, no mesmo período analisado.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo que 11% são obesos. Estimativas indicam que adolescentes que apresentam sobrepeso têm 70% de chance de se tornarem adultos com sobrepeso ou obesidade (INCA, 2004). Estudos relacionam a transição nos padrões nutricionais, as mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas à diminuição da desnutrição e ao aumento da obesidade (Francischi & cols., 2000). Dessa forma, sobrepeso e obesidade se constituem, atualmente, como questão de saúde pública, configurando a mais importante desordem nutricional (Katz, Feigenbaum, Pasternak & Vinker, 2005; Lofrano-Prado & cols., 2009).

Considerada uma epidemia mundial e o problema alimentar de maior ascensão, a obesidade é o principal fator de risco para algumas das doenças crônicas e incapacitantes mais prevalentes na sociedade moderna (Francischi & cols., 2000; Lofrano-Prado & cols., 2009). Dados epidemiológicos relacionam o aumento significativo da incidência de várias doenças crônicas ao valor do índice de massa corpórea (IMC). Dessa forma, quanto maior o IMC, maior é a incidência de doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares e o diabetes (IBGE, 2004). As principais conseqüências negativas para a saúde relacionadas ao sobrepeso e à obesidade variam desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, como problemas articulares e respiratórios, até condições consideradas graves, como doenças cardíacas, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e apnéia do sono (INCA, 2004) Dados do *Department of Health and Human Services* indicam que "... indivíduos obesos têm um risco de morte prematura por todas as causas 50% a 100% maior que indivíduos com IMC entre 20 a 25" (INCA, p. 69).

O fenótipo obeso é resultado da interação entre diferentes condições e múltiplas causas. Há indícios de causalidade genética no desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, no entanto, sua influência ainda não foi suficientemente esclarecida (Mendonça & Anjos, 2004). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),

...existem poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, o que reforça serem os fatores alimentares – em especial o tipo de dieta e a atividade física – responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais (citado em Francischi, 2000, p.18).

A OMS classifica o sobrepeso e a obesidade de acordo com o índice de massa corporal (IMC), que é calculado por meio da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado. Ao IMC associa-se o risco de morbimortalidade. Dessa forma, IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup> é considerado o valor para delimitar o sobrepeso. Considera-se obesidade o valor de IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Quanto à gravidade, classifica-se a obesidade em graus: grau I com IMC entre 30 e 34,9, grau II quando o IMC se localiza entre 35 e 39,9, e grau III quando o IMC é maior que 40 (IBGE, 2004; OMS, 2003).

Além das conseqüências negativas à saúde e aos prejuízos psicossociais decorrentes do sobrepeso e da obesidade, também se observam conseqüências socioeconômicas importantes. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2003), os custos gerados pela parcela da população que se encontra acima do peso são diretos e indiretos. Os custos diretos são gerados a partir do tratamento do sobrepeso e da obesidade e suas conseqüências. Os custos indiretos estão relacionados à perda de renda, ocasionada pela redução da produtividade e pelo absenteísmo, devidos às doenças ou à incapacidade gerada pelo sobrepeso e pela obesidade. Além disso, observa-se um custo indireto relacionado à perda de renda futura devido a mortes prematuras. A obesidade, atualmente, corresponde de dois a oito por cento dos gastos totais com atenção à saúde em países desenvolvidos (INCA, 2004).

No cenário mundial, o sobrepeso e a obesidade surgiram como conseqüência das modificações socioculturais e econômicas, ocorridas a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. Observaram-se mudanças no consumo alimentar – aumento de calorias ingeridas – assim como na prática de atividades físicas, com a redução da freqüência de sua realização. Por outro lado, o crescimento e a expansão do capitalismo trouxeram a criação de novos mercados, bem como o aumento na produtividade industrial (Mendonça & Anjos, 2004). Além disso, a partir da década de 1980, o incremento da produção industrial e a diversificação da produção e do consumo levaram ao surgimento de alimentos mais especializados e destinados a segmentos específicos da população.

Assim, o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil se deve a diferentes fatores socioculturais que alteraram o padrão alimentar, tais como: migração interna, alimentação fora de casa, aumento da oferta de refeições rápidas, aumento da utilização de alimentos industrializados. Outro fator relacionado ao incremento do sobrepeso e da obesidade se refere à mudança na prática de atividade física. Diminuição da necessidade do esforço físico no trabalho, alterações nas opções de atividades de lazer, uso crescente de equipamentos eletrônicos, dentre outros aspectos, contribuíram para a redução

da frequência e da intensidade de atividades físicas no dia-a-dia, com a adoção de estilos de vida sedentários, refletindo no aumento de casos de sobrepeso e obesidade (Abreu & Cardoso, 2008; Coutinho & Dualib, 2006).

A obesidade está associada ao desenvolvimento de outras doenças, especialmente o diabetes mellitus, que é responsável por 25 mil mortes por ano no Brasil (Brasil, 2006). Setenta e cinco por cento dos pacientes diabéticos não dependentes de insulina estão acima do peso. A obesidade eleva em seis vezes o risco de hipertensão arterial. Ademais, o risco de mortalidade agrava-se para pessoas obesas fumantes (Abrantes, Joel & Colosimo, 2003). A principal doença associada à obesidade observada nos dias de hoje é a síndrome metabólica: conjunto de desordens metabólicas e de complicações vasculares, essa síndrome caracteriza-se pela hiperinsulinemia, associada a várias formas e graus de resistência à insulina.

A literatura aponta que fatores psicossociais exercem contribuição importante na etiologia e na manutenção da obesidade, visto que é uma doença associada a estilo de vida (Cavalcanti, Dias & Costa, 2005; Rebelo & Leal, 2007; Viana, 2002; Vieira, 2006). Nessa direção, o INCA (2004) assinala que “o sobrepeso e a obesidade também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, transtornos alimentares, imagem corporal distorcida e baixa auto-estima. As prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos” (p. 70). Por esse motivo, e tendo em vista que o comportamento alimentar não está relacionado exclusivamente ao controle de aspectos físicos ou nutricionais relacionados ao ato de comer, abordagens psicológicas podem contribuir para a mudança dessa condição (Pugliese & cols., 2007; Straub, 2005).

Nesse contexto, são necessárias intervenções em níveis de prevenção primária, secundária e terciária do sobrepeso e da obesidade, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e prevenir co-morbidades de enfermidades físicas e psiquiátricas relacionadas a essas condições. Além disso, objetiva-se a melhoria de indicadores associados, como qualidade alimentar e prática regular de atividade física.

## **1.2 Comportamento alimentar: aspectos psicológicos**

Além de sua necessidade para a sobrevivência humana, o ato de se alimentar cumpre função de interação social e é resultado da influência de fatores que se organizam de forma complexa. Assim, o comportamento alimentar envolve estímulos e recompensas internas e externas, a partir de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, e ultrapassa a simples utilização de valor energético/nutricional. O comportamento alimentar está relacionado a fatores emocionais, crenças pessoais, história e cultura familiares, além da

história individual (Viana, 2002). A história de aprendizagem associada a aspectos psicológicos e socioculturais determina a maneira como os indivíduos se relacionam com os diferentes tipos de alimentos, como se comportam em relação à escolha alimentar, à rotina de alimentações ou diante de situações nas quais apresenta dificuldade de controle de qualidade e quantidade alimentar (Perez & Romano, 2004).

A escolha alimentar não envolve apenas o acesso às informações nutricionais de cada alimento. Ao contrário, a escolha de alimentos se relaciona às preferências alimentares aprendidas, que levam em conta as preferências alimentares familiares, as atitudes familiares e culturais em relação à escolha alimentar, bem como o prazer que é associado ao sabor dos alimentos (Viana, 2002). O comportamento alimentar inadequado, descontrolado ou com grande quantidade de ingestão calórica, pode provocar o sobrepeso ou a obesidade.

Em muitas pessoas, a etiologia e a manutenção do sobrepeso e da obesidade são pautadas em aspectos psicológicos (Souto & Ferro-Bucher, 2006). Psicologicamente, o sobrepeso e a obesidade estão associados a diversas dificuldades, tais como baixa auto-estima, auto-avaliação negativa, auto-imagem distorcida, ansiedade e depressão. Há indicadores de que pessoas obesas, especialmente crianças e adolescentes, apresentam baixa auto-estima (Rebelo & Leal, 2007; Viana, 2002). Como resultado, observa-se prejuízo no desempenho escolar e conseqüências psicológicas de longo prazo.

Outro fator desencadeante de desordens emocionais é a discriminação sofrida por pessoas obesas, muitas vezes reforçadas pelos meios de comunicação de massa (Abrantes & cols., 2003; Vieira, 2006). Além disso, a indústria da beleza e do emagrecimento estimula o consumo de produtos que prometem soluções mágicas para pessoas com excesso de peso (Sousa, 2002).

Pesquisas indicam ainda que obesos mórbidos (obesidade grau III) têm maior incidência de transtornos psiquiátricos (Fandiño, Benchimol & Coutinho, 2004). Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns nessa população são transtornos de humor e de comportamento alimentar. Em tese, indivíduos que apresentam sintomas de depressão utilizam o comportamento alimentar e o prazer promovido pela comida para encontrar conforto ou distração para as emoções negativas (Lofrano-Prado & cols., 2009). Noventa e oito por cento dos pacientes com transtorno alimentar apresentam sintomas de transtorno de humor, sendo que 50 a 68% de obesos apresentam sintomas depressivos (Fontenelle, Cordás & Sassi, 2002). Estudo realizado por Halmi e cols. (conforme citado em Fandiño & cols., 2004) encontrou prevalência entre 29 e 51% de transtorno depressivo entre obesos

mórbidos. Estudos têm relacionado a ocorrência de obesidade a quadros de ansiedade e depressão (Fandiño & cols., 2004; Fischer & cols., 2007, Matos & cols., 2002).

Co-morbidades psiquiátricas comuns, tanto a obesos que foram submetidos à cirurgia bariátrica quanto àqueles que não passaram por essa cirurgia, são os transtornos alimentares. Valores culturais, como a intensa preocupação com a forma e o peso corporais, também interferem nesse resultado (Matos & cols., 2002). São três as modalidades de transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). O TCAP é definido como consumo de grande quantidade de alimento durante período discreto, associado à falta de controle do comportamento (Fischer & cols., 2007). Percebe-se a ausência de mecanismos compensatórios para tais episódios. Apesar de TCAP não ser critério para a obesidade, é a condição mais freqüente associada ao excesso de peso (Duchesne & Almeida, 2002).

Estudos apontam a influência de aspectos emocionais nos hábitos alimentares, tanto em pessoas com peso normal ou baixo peso ou, ainda, naquelas com sobrepeso ou obesidade. Diferentes teorias ressaltam a relação entre o comer compulsivo e gatilhos externos, tais como conflitos interpessoais e situações de estresse (Guerdjikova & cols., 2007). Outros trabalhos mostram que emoções negativas antecedem o comer compulsivo e que pacientes, freqüentemente, descrevem o ato de comer de modo compulsivo como resposta emocional (Straub, 2005). Pesquisas demonstram ainda que estados emocionais negativos funcionam como fator desencadeador para a ocorrência do comer não saudável (Fischer & cols., 2007) e apontam a ingestão excessiva de alimentos como resposta a situações de estresse e/ou dificuldades na interação social (Rebelo & Leal, 2007). Dessa forma, a abordagem voltada a aspectos psicológicos exerce papel fundamental no tratamento dos distúrbios alimentares.

### **1.3 Sobrepeso, obesidade e auto-eficácia**

Estudos sobre obesidade têm incluído o conceito de auto-eficácia, que se refere às crenças pessoais sobre a própria capacidade de produzir determinados níveis de desempenho que influenciam eventos que afetam nossas vidas (Bandura, 1994). Auto-eficácia reflete a crença na habilidade para organizar e executar planos de ação necessários para produzir um resultado. Tais crenças influenciam o processo de tomada de decisão, o tamanho dos esforços implementados nesse processo e o tempo que a pessoa se manterá diante de obstáculos e falhas (Katz & cols., 2005; Dishman & cols., 2005). Dessa forma, a auto-eficácia está intrinsecamente relacionada às crenças individuais. Assim, ela é medida

pela força das crenças subjetivas nas próprias habilidades para executar atividades requeridas.

O senso de auto-eficácia interfere no modo como as pessoas pensam, sentem e agem (Schwarzer & Fuchs citado em Silva, 2004). Segundo Silva (2004), “a eficácia de uma pessoa em lidar com o seu ambiente não é simplesmente uma questão de saber o que fazer. Também não é um ato fixo que uma pessoa tem ou não tem no seu repertório comportamental” (p. 132). Dessa forma, a auto-eficácia não é uma habilidade fixa que uma pessoa possua em seu repertório. É uma capacidade que envolve habilidades cognitivas, sociais, emocionais e comportamentais. Tais habilidades são organizadas para servir a incontáveis objetivos (Katz & cols. 2005; Silva, 2004). Os níveis de auto-eficácia influenciam a motivação para agir.

A avaliação subjetiva sobre a presença de uma habilidade para desempenhar uma determinada tarefa funciona como mediação para o desempenho de tarefas futuras. Assim, crenças positivas sobre as próprias capacidades podem exercer papel motivador sobre a realização de condutas. Nessa perspectiva, variáveis sócio-cognitivas, como auto-eficácia e percepção de barreiras, influenciam a mudança de comportamentos de saúde (Dishman & cols., 2005).

A auto-eficácia exerce caráter motivador para a mudança. Se uma pessoa avalia que não tem capacidade para produzir resultados, ela terá mais dificuldades para efetivar mudanças comportamentais. Assim, uma mudança em auto-eficácia pode predizer uma mudança permanente em comportamentos, quando há incentivos adequados. Isso se reflete, por exemplo, no controle do comportamento alimentar e na adesão a comportamentos saudáveis, tais como a prática regular de atividade física e a adoção de uma alimentação saudável e balanceada (Katz & cols., 2005).

Pesquisa conduzida por Dishman e cols. (2005) observou que adolescentes do sexo feminino com senso elevado de auto-eficácia em relação à prática de atividade física percebiam menos barreiras para essa atividade ou, ainda, eram menos influenciadas por essas barreiras. Assim, elas apresentavam maior probabilidade de agir, buscando o alcance de metas, em relação às suas próprias expectativas e resultados desejáveis na prática de atividade física. Além disso, elas tinham maior probabilidade de apreciar a atividade física.

A relação entre auto-eficácia e metas estabelecidas pelos indivíduos tem sido observada como função mediadora para intervenções no processo de mudança ou de implementação de estratégias de modificação de comportamentos. Tais estratégias podem ser compreendidas como planejamento, monitoramento e controle de metas desejadas. A

influência que a auto-eficácia pode exercer sobre a prática de atividade física, por exemplo, observa-se no manejo de pensamentos, metas e planos de ação para a manutenção de tal prática.

Estudo realizado com profissionais que trabalhavam em programas para mudança de comportamentos de pessoas obesas, em Israel, investigou um novo curso para enriquecer o conhecimento desses profissionais sobre obesidade e aumentar sua motivação para tratar esse tema (Katz & cols., 2005). O objetivo do estudo era determinar se um curso interativo poderia aumentar a auto-eficácia dos profissionais para tratar a obesidade. A hipótese era que a auto-eficácia poderia ser aumentada como resultado da participação em um curso interativo sobre tratamento de obesidade. A hipótese foi testada e comprovada.

#### **1.4 Sobrepeso, obesidade e estratégias de enfrentamento**

O manejo de doenças crônicas, como a obesidade, envolve a utilização de recursos psicológicos e ambientais para permitir a convivência com a condição. O termo *coping*, em língua inglesa, traduz essa idéia. O enfrentamento compreende um processo de adaptação a circunstâncias adversas, crônicas ou agudas (Antoniuzzi, Dell' Aglio & Bandeira, 1998). Para Folkman, Lazarus, Gruen e De Longis (citado em Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001, p. 225), enfrentamento é o “conjunto de esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo”.

Dessa forma, o enfrentamento tem como objetivo a redução de condições desfavoráveis, aumentando as chances de recuperação diante de problemas de saúde e possibilitando a adaptação a situações adversas. Duas modalidades de enfrentamento merecem destaque, segundo a literatura (Ferrero, Barreto & Toledo, 1998; Gimenes, 1997). Uma delas é denominada enfrentamento focalizado na emoção e se direciona a regular a resposta emocional originada pela percepção da condição estressora. São exemplos de estratégias de enfrentamento centradas na emoção a evitação cognitiva ou comportamental, o distanciamento e a distração.

Outra modalidade é denominada de enfrentamento focalizado no problema e se volta ao manejo da situação estressora, incluindo estratégias cognitivas e comportamentais como levar em conta os aspectos positivos da situação, resolução de problemas, planejamento de alternativas de ação e colocação das mesmas em prática. Estratégias de enfrentamento da obesidade podem ser observadas em comportamentos como isolamento social, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e a procura de apoio social. Assim, outras estratégias de enfrentamento têm sido estudadas, como busca de suporte social para lidar

com a condição estressora e busca de práticas religiosas, por exemplo (Gimenes, 1997; Seidl & cols., 2001).

A literatura tem abordado a relação entre saúde física e mental e enfrentamento. Pesquisas na área indicam uma associação entre estratégias de enfrentamento desadaptativas e o desenvolvimento e manutenção de doenças. “Assim, ao vivenciar situações estressantes, os indivíduos podem desenvolver transtornos psiquiátricos, como estresse pós-traumático e sintomas depressivos e ansiosos, dependendo do estilo de *coping* utilizado” (Tomaz & Zanini, 2009, p. 448). Esse estudo encontrou forte correlação entre traços de neuroticismo e alto grau de descarga emocional com atitudes alimentares desadaptativas no lidar com estressores.

Estudos apontam a utilização de estratégias de enfrentamento de acordo com características de doenças específicas. Guedea e cols. (citado em Tomaz & Zanini, 2009) e Rebelo e Leal (2007) verificaram associação entre transtornos alimentares, obesidade e enfrentamento evitativo. Além disso, a literatura tem apontado a contribuição de fatores como traços de personalidade como influenciadores da maneira como os indivíduos lidam com situações difíceis: “por exemplo, personalidade neurótica parece preceder estratégias de enfrentamento, como descarga emocional, que, por sua vez, interfere no bem-estar do indivíduo” (Tomaz & Zanini, 2009, p. 449).

Considerando que a obesidade é uma doença crônica cuja ocorrência tem aspectos estressores, estratégias de enfrentamento adaptativas precisam ser incentivadas e fortalecidas em todos os momentos do processo de mudança visando a modificação do peso corporal. Como exemplos de estratégias adaptativas focalizadas no problema podem ser citados comportamentos como fracionamento da alimentação, prática regular de atividade física, prática de mastigação mais lenta, dentre outros. O paciente obeso deve ser estimulado a construir estratégias de enfrentamento adaptadas à sua realidade e de realização factível. Fyer, Waller e Stenfert-kroese, citado em Tomaz e Zanini (2009), encontraram associação entre estratégias de enfrentamento, personalidade e eventos estressores com baixa adesão ao tratamento: indivíduos com traços de personalidade neurótica, diante de eventos estressores apresentaram enfrentamento desadaptativo e baixa adesão ao tratamento para perda de peso.

O estabelecimento de mecanismos de enfrentamento adaptativo relacionados ao comportamento alimentar (autocontrole, fracionamento das refeições, diminuição da quantidade dos alimentos, busca de melhoria na qualidade dos alimentos, lentificação da mastigação e realização de prática regular de atividade física) deve favorecer a

identificação de estratégias bem sucedidas para o paciente redirecionar a atenção e controlar impulsos para comer como resposta a situações emocionais. Comportamentos como ingerir bebidas alcoólicas, repetir pequenos lanches, fumar, manter isolamento social, muitas vezes emitidos para controlar impulsos associados ao comer emocional, devem ser alvo do tratamento, pois representam a associação entre conduta alimentar e fatores psicológicos. Assim, estratégias de enfrentamento que favoreçam a mudança de hábitos alimentares devem ser reforçadas para a adoção de estilo de vida saudável, com a manutenção da saúde mental (Guerdjikova & cols., 2007).

### **1.5 Mudança de estilo de vida**

Alguns problemas de saúde são agravados por comportamentos de saúde não saudáveis ou condições ambientais nocivas. “Do ponto de vista psicológico, estilo de vida saudável e boas condições ambientais trazem grandes benefícios à saúde. A adoção de estilo de vida saudável mais do que a tecnologia médica tem mostrado um substancial declínio em mortalidade prematura e morbidade” (Katz & cols., 2005, p. 2). Em relação ao tratamento da obesidade e dos transtornos alimentares, a mudança de estilo de vida deve ser estimulada como forma de manter tanto a perda de peso quanto a melhoria na saúde física e mental.

Em condições que envolvem questões ligadas ao processo saúde-doença, a mudança deve ser conduzida pelo paciente em parceria com a equipe de saúde, para o sucesso dessa meta. Dessa forma, o seguimento das instruções médicas e/ou da equipe oferecidas ao paciente deve ocorrer de forma ativa, com a efetiva participação do paciente no processo de tomada de decisão e de adoção das novas condutas propostas. Em relação ao sobrepeso e à obesidade, o processo de mudança implica adoção de comportamentos saudáveis e novo estilo de vida. Observa-se que, por se tratar de um processo de mudanças que devem ser mantidas em longo prazo, e mesmo por toda a vida, a tendência à diminuição da adesão e ao desânimo se torna uma ameaça aos objetivos do paciente (Moreira & Benchimol, 2006).

A maioria dos estudos sobre mudanças em obesos e pessoas com sobrepeso está focada em técnicas médicas, como cirurgia bariátrica ou terapia medicamentosa. Apesar de elas serem importantes estratégias e opções para os obesos mórbidos, a maioria da população com sobrepeso, e mesmo a obesa, necessita de um programa comportamental focado na mudança em suas dietas e na prática de atividade física. Existem relativamente poucos estudos que têm examinado os efeitos de programas de mudança de estilo de vida sobre a qualidade de vida entre indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Esses estudos

sugerem que a prática de atividade física combinada com dieta pode ser efetiva na melhoria da qualidade de vida relatada em diferentes domínios, incluindo, funcionamento social e aspectos psicológicos, como humor e auto-estima. Estudos atuais apresentam evidências que uma pequena perda de peso, em curto período de tempo, tem efeito positivo na qualidade de vida (Blissmer & cols., 2006). Nesse sentido, Nahas (1999) afirmou que “Uma alimentação bem variada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, a adoção de um comportamento preventivo e o hábito de não usar drogas, são componentes da categoria estilo de vida, que podem ser modificados para viver melhor, com qualidade” (p. 34).

Dessa forma, para que programas de adoção de estilo de vida saudável sejam eficazes, é necessária a compreensão do comportamento alimentar como resultado de um processo psicossocial e cultural (Cardoso & Carvalho, 2007). Nesse contexto, faz-se necessária abordagem em nível de prevenção primária, secundária e terciária da obesidade, com vistas a modificar o padrão comportamental e, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e as co-morbidades físicas e psiquiátricas relacionadas à obesidade.

### **1.6 Tratamento do sobrepeso e da obesidade**

O tratamento do sobrepeso e da obesidade inclui diferentes modalidades, tais como abordagem medicamentosa, acompanhamento nutricional e psicológico e realização de cirurgia bariátrica (Varela & cols., 2007). O tratamento para essas condições visa, além da perda de peso, a melhoria das doenças associadas. Em todas as possibilidades, a mudança comportamental se faz necessária para que os resultados sejam alcançados e mantidos a curto e longo prazos. Dessa forma, a abordagem psicológica exerce papel fundamental no tratamento do sobrepeso e da obesidade. O uso de medicação, no entanto, tem sido proposto como adjunto às mudanças na dieta e no estilo de vida para a manutenção da perda de peso em longo prazo (Katz & cols., 2005).

Com relação à abordagem nutricional para o tratamento do sobrepeso e da obesidade, o foco deve ser na adoção de alimentação saudável. A alimentação saudável envolve a reeducação alimentar de maneira a alcançar melhor adequação de quantidade, qualidade e saciedade no comportamento alimentar. Com relação à qualidade, a alimentação saudável diz respeito a uma composição alimentar diária em que todos os grupos alimentares – carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas, fibras e minerais - estejam presentes. “A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente é

suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüente manutenção da saúde” (Ministério da saúde, 2008, p. 23).

Além da qualidade da alimentação, o fracionamento das refeições, a redução do hábito de beliscar e o consumo moderado de produtos *diet* ou *light* ocupam lugar de destaque na adoção de uma alimentação saudável e são estimulados pelos profissionais no tratamento do sobrepeso e da obesidade. De acordo com essa perspectiva, o ideal é realizar seis refeições diárias, com intervalo médio de três horas entre cada refeição. O fracionamento das refeições provoca a redução da fome e evita a compensação nas refeições seguintes (Varela & cols., 2007). Como beliscar entende-se o comportamento de comer pequenas porções de comida várias vezes ao dia, dando mais do que o número de refeições estipulado como ideal. Os produtos *diet* ou *light* devem funcionar como substituições a produtos com maior quantidade de açúcar ou gordura, no tratamento do excesso de peso. No entanto, seu uso não pode ser indiscriminado, visto que tais produtos também possuem valor calórico associado.

Diretrizes sobre o manejo do sobrepeso e da obesidade recomendam uma perda de peso modesta, de cinco a dez por cento do peso corporal. Essa recomendação se justifica tendo em vista o fato de que a expectativa de perda de peso dos pacientes costuma ser maior do que sua real capacidade de perda. Assim, a dificuldade de alcance de metas estabelecidas com base na expectativa e não na real capacidade pode exercer influência negativa na adesão ao processo de perda de peso. Cabe destacar, também, a dificuldade encontrada, por essa população, para a manutenção do peso mais baixo.

A perda de peso acelerada e “instantânea” impede a perda de gordura corporal. O que se perde, nesses casos, é água corporal que pesa na balança, mas não se emagrece de fato. Com a orientação de um nutricionista, os resultados de perda e manutenção do peso saudável, estes os aspectos mais difíceis e comprometidos pelas “dietas da moda”, podem ser excelentes e alcançados sem comprometimento da saúde e do estado nutricional (Ministério da saúde, 2008, p. 23).

A literatura aponta que a perda de peso entre cinco a dez por cento implica ganhos não apenas físicos, mas sociais e psicológicos (Vieira, 2006). Além disso, é recomendada a manutenção abaixo do peso idealizado e indicado como meta, visto que o reganho de peso afeta de 4% a 55% dos pacientes (Andrade, Mendes & Araújo, 2004; Blissmer & cols., 2006; Katz & cols., 2005; Randomile, 2003). O peso flutuante “... tem como característica básica um ciclo constituído de perda de peso intencional e ganho de peso não intencional,

geralmente observada entre os obesos devido à comum recuperação do peso após a perda” (Andrade & cols., 2004, p. 277).

O fracasso nas tentativas de perda de peso ocasiona efeito psicológico negativo em pessoas obesas.

Os fracassos em conseguir manter o peso pretendido carregam consigo todo o peso da vergonha e da culpa, associado aos supostos traços de preguiça, falta de orgulho e falta de disciplina, em geral atribuídos às pessoas obesas. É crucial, entretanto, que qualquer programa de emagrecimento seja especialmente sensível aos efeitos potencialmente prejudiciais que o fracasso pode ter sobre a pessoa e ser especialmente cauteloso ao estabelecer o tratamento e os objetivos da perda de peso (Randomile, 2003, p. 110-111).

Com o objetivo de favorecer o alcance de metas reais e minimizar a ocorrência de reganho de peso — e por se tratar de fenômeno multifacetado —, o sobrepeso e a obesidade impõem a necessidade de abordagem interdisciplinar em seu tratamento (Varela & cols., 2007). Isso se baseia no fato de que a eficácia de tratamentos unidisciplinares tem sido questionada, visto que estudos apontam uma pequena porcentagem de pacientes que conseguem manter a perda de peso após essa modalidade de tratamento (Sousa, 2002). O tratamento realizado por equipe interdisciplinar permite uma leitura abrangente e uma intervenção alcançando as diferentes dimensões da pessoa: física, psicológica, social, econômica.

Em sobrepeso e obesidade, a equipe interdisciplinar deve ser composta por, no mínimo, médico endocrinologista, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física. Estudos têm demonstrado que a abordagem interdisciplinar para mudança de estilo de vida é efetiva para tratar problemas tais como síndrome metabólica e transtornos alimentares. Estudos têm mostrado que esse tipo de enfoque pode ser considerado mais efetivo do que os tratamentos regulares que envolvem intervenção em saúde de modo unidisciplinar (Lofrano-Prado & cols., 2009). Além disso, os autores realçam o fato que uma intervenção interdisciplinar, assim como pode melhorar a saúde física do indivíduo, pode alterar sua dimensão psicossocial, por meio da facilitação de espaços de troca de experiências. Dessa forma, esse tipo de intervenção possibilita a melhora na qualidade de vida, por meio da interação social. Por outro lado, a intervenção interdisciplinar estimula “...as pessoas a adotar melhores hábitos de estilo de vida” (p. 60).

Nesse contexto, o psicólogo exerce papel fundamental, tanto na busca das causas do sobrepeso e da obesidade quanto na modificação do estilo de vida e do padrão comportamental que favorece o ganho de peso e sua manutenção (Duchesne & Almeida, 2002; Viana, 2002; Vieira, 2006). De acordo com Straub (2005), o tratamento para a mudança do comportamento alimentar deve revelar uma preocupação não só com estímulos, mas com os tipos de alimentos ingeridos, a prática regular de atividade física e a modificação de estratégias de enfrentamento.

O tratamento psicológico do sobrepeso e da obesidade deve fornecer orientações sobre a necessidade de mudar padrões comportamentais e crenças em relação aos hábitos alimentares paralelamente à identificação de fatores culturais, históricos e familiares que contribuem tanto para a etiologia quanto para a manutenção do excesso de peso.

As terapias psicológicas concentram-se na interdependência recíproca de sentimentos, pensamentos, comportamentos, conseqüências, contexto social e processos fisiológicos (...). A premissa subjacente a essas terapias é que os hábitos e atitudes alimentares devem ser modificados de forma permanente para que ocorra perda de peso e sua manutenção (Straub, 2005, p. 254).

Antes de mudar comportamentos é necessário mudar a forma de pensar a vida e de se relacionar com a comida, visto que os pacientes obesos tendem focar a atenção seletivamente para as informações que confirmam suas crenças, ignorando ou distorcendo os dados que poderiam questioná-las (Viana, 2002).

Assim, o tratamento psicológico do sobrepeso e da obesidade tem diferentes objetivos: melhorar o nível de conhecimento em relação às mudanças do estilo de vida, com foco na questão alimentar e da atividade física; estimular a auto-responsabilização pelo tratamento; incentivar o processo de autoconhecimento para promover mudanças; identificar e alterar as condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção da obesidade; trabalhar com metas reais e possíveis de serem alcançadas; favorecer a criação e o uso de estratégias de autocontrole e automonitoramento do comportamento alimentar; estimular a adesão às orientações da equipe; fornecer esclarecimentos quanto ao impacto psicossocial da cirurgia, nos casos em que está indicada; realizar treinamento em estratégias de enfrentamento.

Além da atuação para a promoção de estilo de vida saudável, o psicólogo pode intervir, de maneira mais focal, no comportamento alimentar. Especificamente em relação à avaliação e tratamento do comportamento alimentar, é papel do psicólogo auxiliar na

identificação e na modificação dos seguintes aspectos: alimentação noturna, comportamentos compensatórios, alimentação emocional, hábito de beliscar ou de pular refeições, compulsão alimentar, hiperfagia (Vieira, 2006). Para tanto, o profissional de psicologia pode lançar mão de abordagens focais, visando à modificação de percepções e comportamentos: “Diversos estudos demonstram que a associação de psicoterapia comportamental ao tratamento da obesidade melhora significativamente os resultados” (Sousa, 2002, p. 9).

Randomile (2003) descreve dez características de uma proposta de atendimento em grupo para casos de sobrepeso e obesidade. A primeira se refere ao *estabelecimento de objetivos moderados*. Um objetivo de perda de 10% do peso corporal é tido como ideal para pacientes com sobrepeso e obesidade, apesar de muitos pacientes apresentarem resistência a objetivos mais modestos. Uma meta de perda de peso mais baixa (5%) tem como benefícios um emagrecimento mais lento, porém mais sustentável e saudável, além dos benefícios físicos. A segunda característica de um programa eficaz para redução de peso é o *entendimento do comportamento alimentar*, que pretende que o paciente compreenda seu próprio comportamento alimentar para apresentar mais adesão à mudança comportamental. A literatura aponta que pessoas obesas tendem a subestimar o próprio comportamento alimentar, indicando uma ingestão calórica menor do que a realmente realizada. O *uso do controle de estímulos* é apresentado como terceira característica. O controle de estímulos visa “...minimizar ou eliminar as deixas que podem levar a comer em excesso e à escolha não saudável, incluindo práticas como fazer apenas lanches de baixas calorias em casa ou, se não for possível, certificar-se que não há nenhum lanche de altas calorias à vista...” (Randomile 2003, p. 112).

A prática regular de atividade física exerce papel fundamental em programas para perda de peso e sua manutenção posterior. Apontada como quarta característica de programas eficazes por Randomile (2003), ela gera benefícios físicos — aceleração do metabolismo, queima calórica, aumento da massa muscular, diminuição do apetite — e psicológicos. A *reestruturação cognitiva*, quinta característica, visa identificar e corrigir distorções cognitivas, tais como a generalização excessiva, exemplificada em pensamentos como “nunca vou emagrecer” e a inferência arbitrária, observada em pensamentos como “as pessoas me olham e me acham preguiçoso”. Outra distorção cognitiva é catastrofização, exemplificada pelo discurso “já que não consigo emagrecer, vou explodir mesmo”, e o pensamento dicotômico em relação à perda de peso, observada no desejo de ficar mais magro e na vontade de manter os hábitos antigos. “A capacidade de reestruturar

os reveses passados e presentes, como uma parte normal do processo de mudança, e vê-los como oportunidades válidas de aprendizado podem fazer a diferença entre persistir no emagrecimento ou desistir em frustração e desgosto” (Randomile, 2003, p. 113).

A *redução ou eliminação da compulsão alimentar* mostra correlação positiva com a redução de sintomas de depressão e com resultados positivos de emagrecimento. Os autores apontam a *adoção de uma dieta de baixas calorias* como sétima característica de promoção de redução de peso. *Traçar objetivos atingíveis em curto prazo*, diários ou para períodos menores, como manhã ou noite, é a oitava característica de um programa eficaz para a redução de peso. Os autores enfatizam a necessidade de que os objetivos sejam específicos, além de reais, isto é, atingíveis. Como exemplo de metas tem-se a substituição de um lanche calórico por um de baixa caloria. Tais objetivos “...podem ser repetidos e, quando somados, levam à mudança substancial e sustentável em longo prazo” (Randomile, 2003, p. 115). A *promoção da mudança no comportamento alimentar* faz-se necessária para o sucesso de programas de emagrecimento. Essa mudança pode ser exemplificada pela mastigação mais lenta, por se alimentar sem realizar outras atividades que possam influenciar negativamente na escolha dos alimentos e de suas quantidades e a mastigação ou sem a interferência de outros estímulos – como assistir televisão –, além de desenvolver alternativas prazerosas para o hábito de comer excessivamente, como fazer caminhadas ou conversar com amigos. Como última característica, os autores apontam o *desenvolvimento do apoio social*, comprovado como poderoso na mudança e manutenção de comportamentos de saúde.

Tanto a família como o grupo de terapia podem ser sistemas de apoio inestimáveis e, por outro lado, desastrosos para o processo de tratamento se transmitir sentimentos de vergonha ou de crítica. Um programa de emagrecimento bem-sucedido maximizará o potencial de apoio do grupo de terapia e desenvolverá respostas adaptativas a amigos e familiares por meio do treinamento da assertividade e da reestruturação cognitiva (Randomile, 2003, p. 116).

Sobre os protocolos e o formato dos grupos para redução de peso, os autores afirmam que o grupo para tratamento de obesidade deve ser relativamente pequeno, com a participação de seis a oito integrantes, durar aproximadamente 20 sessões semanais, com a duração entre uma hora e uma hora e meia cada sessão. Os autores sublinham que, apesar de objetivar a perda de peso, as atividades do grupo devem enfatizar mudanças cognitivas e comportamentais, assim como uma alimentação e uma vida mais saudáveis. O objetivo

implícito é a fuga da idéia culturalmente difundida do emagrecimento rápido e fácil, incorporada em dietas milagrosas: “assim, o objetivo é identificar as crenças e comportamentos disfuncionais e substituí-los por outros mais adaptativos” (Randomile, 2003, p. 116).

Para Randomile (2003), as principais atividades a serem desenvolvidas em um grupo para redução de peso são: definição de agenda de atividades e metas, manutenção de registros alimentares e de atividade física, tarefas para serem realizadas em casa. De acordo com os autores, uma sessão em grupo típica deve se constituir dos seguintes elementos: identificação de questões e tópicos a serem trabalhados durante a sessão, abordar as reações em relação à sessão anterior, verificar como os participantes estão e como eles passaram a semana anterior, realização das atividades previstas na agenda para a sessão atual, desenvolver tarefas para casa e solicitar *feedback* da sessão atual. A pesagem deve ocorrer apenas uma vez durante a semana, em balança, local e horário fixos. “Isso serve para desestimular a obsessão com o emagrecimento e evitar a promoção de experiências de vergonha e fracasso ainda mais fortes, caso o peso não diminua como o esperado” (Randomile, 2003, p. 117).

Em atendimento psicológico em grupo, inicialmente, deve ser realizada avaliação psicológica individual. “O propósito das sessões individuais é avaliar se os objetivos de emagrecimento do paciente são compatíveis com aqueles do grupo (isto é, perda de peso moderada e compassada em contraposição à perda de peso rápida e significativa), obter um histórico de peso (...), determinar se há presença de psicopatologia que deve ser tratada concomitantemente com a participação no grupo de terapia e avaliar a capacidade e a vontade do paciente de fazer o que será solicitado no processo de tratamento...”. (Randomile, 2003, p. 117-118).

A complexidade dos fatores de origem e de manutenção do sobrepeso e da obesidade, além do caráter pandêmico dessas condições, indica a necessidade de estudos na área e investimento em intervenções que gerem resultados em longo prazo. (Tomaz & Zanini, 2009). Apesar da associação entre sobrepeso e obesidade com aspectos psicológicos e comportamentais, poucos estudos têm examinado os efeitos de programas de intervenção para pessoas com sobrepeso ou obesidade.

### **1.7 Estudos de intervenção**

Em estudo com utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo para tratamento de obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica, Duchesne e cols. (2007) encontraram melhora significativa nos indicadores de obesidade. A média de perda

de peso foi equivalente a 6,1 kg em dezenove semanas de tratamento psicológico, sem associação com acompanhamento nutricional e realização de atividade física. Pelo menos um terço dos participantes perdeu 5% do peso, ao passo que dezenove por cento reduziram, pelo menos, 10% do peso corporal. Um resultado importante foi a melhora significativa da auto-estima, do funcionamento social e da auto-imagem corporal. Além disso, houve uma redução significativa dos sintomas depressivos associados. Ocorreu diminuição média de 86% na frequência de episódios de compulsão alimentar periódica e 76,1% dos participantes apresentaram remissão da compulsão alimentar após a realização do estudo. A pesquisa de Duchesne e cols. (2007) indicou que os resultados alcançados superaram aqueles obtidos com o uso de medicação isolada.

Lofrano-Prado e cols. (2009) realizaram estudo com 66 adolescentes obesos, entre 13 e 19 anos, que participaram de um programa de intervenção interdisciplinar para tratamento de obesidade, cujo objetivo geral era a mudança de estilo de vida, estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo. O programa era composto de atividade física, consultas com nutricionista, consultas com endocrinologista e consultas psicológicas. Havia duas modalidades de programa: uma de curto prazo, que durava doze semanas, e outra de longo prazo, com 24 semanas. Para ambas as modalidades, o acompanhamento médico era mensal, a psicoterapia era realizada em grupo, semanalmente, assim como o acompanhamento nutricional. A prática de atividade física ocorria três vezes por semana, durante 60 minutos. Os temas principais da intervenção em grupo foram: imagem corporal e transtornos alimentares, a relação entre comida e sentimentos, problemas familiares, dentre outros. A psicoterapia individual era indicada quando problemas nutricionais ou comportamentais eram identificados. A abordagem nutricional compreendia lições nutricionais sobre pirâmide alimentar, realização de recordatório alimentar, informações sobre dietas para perda de peso, diferença entre produtos *diet* e *lighth*, informações sobre gordura e colesterol. Nenhum plano alimentar específico foi prescrito. Os participantes foram encorajados a reduzir a ingestão alimentar e a seguir uma dieta balanceada. Os resultados apontaram que 63% dos adolescentes do sexo feminino e 77% dos adolescentes do sexo masculino concluíram o programa interdisciplinar com mais de 75% de adesão a todas as atividades. A perda amostral foi de 12%. Após a terapia interdisciplinar para mudança de estilo de vida, tanto de curto quanto de longo prazo, ambos os gêneros apresentaram redução significativa de IMC. Observou-se uma melhora relevante nos escores para depressão, ansiedade, compulsão alimentar, insatisfação com imagem corporal e qualidade de vida. Os autores afirmaram que esses

resultados foram acompanhados de outros tais como: aumento da auto-estima, presença de crenças sobre a própria habilidade de engajamento em estilo de vida saudável (auto-eficácia) e a adoção de atitudes e escolhas saudáveis.

Nossos resultados concordam com outros achados na literatura que apontam que a terapia multidisciplinar, incluindo a abordagem psicológica, que encoraja os pacientes a mudar a forma como pensam sobre si mesmos e seus corpos em uma forma mais realista e positiva, pode ajudá-los a realizar mudanças cruciais no estilo de vida, necessárias à melhoria da qualidade de vida (Lofrano-Prado & cols., 2009, p.59)

Kim, Park e Lim (2007) realizaram estudo, na Coréia do Norte, para identificar os parâmetros associados ao sucesso na redução de peso. Participaram 123 pessoas egressas de programas para a redução de peso, entre 2001 e 2004. O programa para a redução de peso foi conduzido por equipe interdisciplinar, formada por médico, nutricionista, enfermeira e preparador físico. O programa incluía uma entrevista com os participantes para avaliar as condições nutricionais, médica e de atividade física. Houve prescrição de medicação para perda de peso, como tratamento complementar à terapia comportamental, conduzida por nutricionista e enfermeira. A meta do programa era a redução de, pelo menos, 5% do peso corporal.

As atividades do programa incluíram intervenção nutricional, prática de atividade física e entrevistas médicas de rotina, com o objetivo de estabelecer uma educação sistemática sobre questões alimentares. A intervenção nutricional era focada na redução de calorias ingeridas por meio do decréscimo de consumo de gordura e de álcool, mantendo um diário alimentar para enfatizar o monitoramento e para avaliar o progresso do participante. A atividade física era de intensidade moderada e tinha o objetivo de, gradualmente, aumentar o tempo de realização de 30 para 45 minutos por dia, de quatro a cinco dias por semana. Uma perda de peso de 0,5 kg a 1,0 kg por semana foi recomendada.

A análise estatística revelou uma divisão da amostra em duas categorias distintas: grupo com sucesso e grupo sem sucesso, de acordo com os resultados de redução de peso. Dos 123 participantes, 78(63,4%) tiveram insucesso no alcance da meta estabelecida, enquanto 45(36,6%) alcançaram sucesso. O grupo com sucesso apresentou mais que 5% de redução durante o período de manutenção. Não houve diferenças significativas segundo idade, gênero e nível de instrução entre os dois grupos. O período de manutenção e a frequência de visitas médicas foi significativamente diferente entre os dois grupos. O grupo de sucesso, além de apresentar frequência de visitas médicas maior, apresentou

melhora em relação ao grupo com insucesso, em todas as variáveis avaliadas, bem como quando comparados os resultados do pré e pós-teste.

Blissmer e cols. (2006) realizaram estudo para investigar os efeitos imediatos de programa para manejo de peso sobre a percepção da qualidade de vida. Os participantes completaram um programa interdisciplinar clínico para manejo de peso com duração de seis meses. O programa era realizado em grupos de onze a quinze participantes e era focado na mudança de estilo de vida mais do que na perda de peso apenas. O programa iniciou com três meses intensivos, em que os participantes realizavam sessões com duas horas de duração uma vez por semana. Cada sessão envolvia uma hora de aconselhamento comportamental ou orientação nutricional e uma hora de prática de atividade física. A intervenção nutricional focou em alimentação saudável mais do que em uma dieta restritiva. Os participantes eram encorajados a monitorar a ingestão de calorias, aumentar o consumo de frutas e vegetais e seguir os princípios do balanceamento, variedade e moderação na alimentação.

O componente comportamental da intervenção foi baseado nos princípios motivacionais e comportamentais para a modificação alimentar, o início ou a continuidade de atividade física moderada e o aumento da atividade de vida diária. Ao longo do programa, os participantes realizaram três avaliações: na linha de base, no terceiro mês e ao final do programa, no sexto mês. As duas primeiras avaliações foram apresentadas e discutidas em grupo, como parte da atividade para a sessão. A terceira avaliação foi encaminhada por e-mail. Também foram realizadas avaliações antropométricas, nutricionais e médicas nos mesmos momentos do programa. Os resultados encontrados indicaram que, na linha de base, os participantes relataram maior dor corporal e seus escores para vitalidade e saúde mental eram menores se comparados com a população em mesmas condições sociodemográficas.

A Amil Assistência Médica Internacional LTDA possui programa para tratamento de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade, denominado Mudança de Estilo de Vida (MEV), com foco no comportamento alimentar. Os critérios de inclusão nesse programa são: apresentar sobrepeso, pelo menos, ou qualquer condição de saúde associada ao excesso de peso, tais como diabetes e hipertensão. O ingresso no programa ocorre mediante indicação dos profissionais de saúde que trabalham nessa operadora de saúde ou por demanda própria dos clientes.

O programa conta com uma equipe interdisciplinar formada por endocrinologista, nutricionista e psicólogo. O papel do endocrinologista consiste em realizar

acompanhamento ambulatorial dos pacientes. Os encontros em grupo são conduzidos por nutricionista e psicólogo. Sua duração aproximada é de dois meses e meio, com oito encontros em grupo, em frequência semanal. Seus principais objetivos são: (a) oferecer informações nutricionais para facilitar a adoção de novo estilo de vida; (b) favorecer o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento da obesidade; (c) melhorar a auto-eficácia; (d) modificar práticas relativas à compulsão alimentar periódica; (e) estimular a perda de peso.

Considerando a experiência da pesquisadora como psicóloga da equipe interdisciplinar dessa operadora de saúde há cinco anos e, considerando a necessidade crescente apontada pela literatura de pesquisas na área, faz-se necessário estudar os efeitos de intervenção interdisciplinar para perda de peso e adesão a estilo de vida mais saudável.

## Capítulo 2 – OBJETIVOS

### 2.1 Questões norteadoras

Por se tratar de doença crônica que representa epidemia mundial e por acarretar danos físicos e psicossociais, a obesidade precisa de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Apesar de não ser considerada uma doença crônica, o sobrepeso também está relacionado a problemas de saúde e, se não tratado, pode progredir até a obesidade. Essa atenção, nos três níveis anteriormente citados, é possível por meio da prevenção de co-morbidades físicas e psicossociais associadas ao excesso de peso. Além disso, o tratamento do sobrepeso e da obesidade objetiva a melhoria de indicadores interrelacionados, como saúde mental, qualidade alimentar e prática regular de atividade física.

Revisão de literatura aponta a escassez de estudos sobre intervenção em grupo no tratamento interdisciplinar de sobrepeso e obesidade. Além disso, os estudos indicam a necessidade de replicação destes e a realização de mais pesquisas na área. Dessa forma, programas de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com sobrepeso e obesidade precisam de especial atenção, tanto dos serviços de saúde quanto da comunidade científica. Assim, as questões norteadoras desse estudo foram:

– Que efeitos se observam nas estratégias de enfrentamento de pessoas com sobrepeso ou obesidade que se submeteram à intervenção interdisciplinar em grupo? E naquelas que não participaram da intervenção?

– Que efeitos se observam na expectativa de auto-eficácia de pessoas com sobrepeso ou obesidade que se submeteram a intervenção e naquelas que não participaram?

- Que efeitos se observam nos sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica de pessoas com sobrepeso ou obesidade que participaram do grupo? E naquelas que não participaram dessa atividade?

- Que efeitos se observam no peso corporal e no índice de massa corporal de pessoas com sobrepeso ou obesidade que participaram do grupo? E naquelas que não participaram da intervenção?

- Que efeitos se observam no fracionamento alimentar e na qualidade da alimentação de pessoas que se submeteram à intervenção e nas que não participaram do grupo?

## 2.2 Objetivos

A partir destas questões norteadoras, a pesquisa teve os seguintes objetivos:

1 - Investigar as estratégias de enfrentamento adotadas para o manejo das dificuldades associadas ao comportamento alimentar, na linha de base e no momento dois, nos participantes da intervenção e nos participantes-controle.

2 - Avaliar o percentual de perda de peso e de índice de massa corporal, no momento dois, de todos os participantes.

3 - Avaliar a auto-eficácia em relação ao comportamento alimentar, a presença e gravidade de sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica, a conduta de fracionamento alimentar e qualidade da alimentação, na linha de base e no momento dois, dos participantes da intervenção e dos participantes-controle.

4 – Comparar os resultados dessas variáveis nas duas modalidades de participantes.

Os resultados esperados da intervenção eram que, nos participantes submetidos à intervenção em grupo, ocorresse aumento do escore para enfrentamento focado no problema e do suporte social, diminuição do enfrentamento focado na emoção e no enfrentamento focado na busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Além disso, outra meta era o aumento no escore médio da auto-eficácia nos participantes submetidos à intervenção em grupo, bem como a diminuição do escore na escala que avaliava presença e gravidade de sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica. Por último, objetivou-se observar, nos participantes submetidos à intervenção em grupo, uma diminuição de peso corporal e no índice de massa corporal e a melhoria na conduta de fracionamento alimentar e da qualidade da alimentação, além da diminuição do ato de beliscar.

## Capítulo 3 – MÉTODO

### 3.1 Delineamento

O estudo teve delineamento quase experimental, em que foram comparados diferentes indicadores de pessoas que participaram da intervenção interdisciplinar em grupo com as de sujeitos controle, em dois momentos diferentes – linha de base e momento dois, que ocorreu três meses após.

### 3.2 Participantes

Participaram do estudo oito pessoas, clientes de uma operadora de saúde, com indicação para participar do Programa Mudança de Estilo de Vida - MEV, selecionados por critérios de conveniência. Quatro dos participantes se submeteram à intervenção em grupo (PI1, PI2, PI3, PI4) e quatro não foram submetidos à intervenção (PC1, PC2, PC3, PC4), tendo sido denominados participantes-controles. Estes foram avaliados em dois momentos, na linha de base e no momento que coincidiu com o término da intervenção em grupo a que se submeteram os outros participantes do estudo. Os participantes-controle não se submeteram à intervenção, em função de motivos descritos na seção Procedimentos de coleta de dados.

A indicação dos participantes foi realizada por profissionais da área de saúde que identificaram a necessidade de mudança no comportamento alimentar em decorrência do sobrepeso ou obesidade e outras condições de saúde, como diabetes. Os critérios de inclusão no estudo foram: (a) apresentar índice de massa corporal maior ou igual a 25, valor indicativo, pelo menos, de sobrepeso; (b) ter idade superior a 18 (dezoito) anos; (c) consentir em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão do estudo foi: (a) falta superior a 25% do número total de encontros previstos, que correspondia a dois encontros.

Na Tabela 1 estão os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes da intervenção (PI), seguidos dos dados dos participantes-controle, identificados como PC (Tabela 2).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes da intervenção em grupo.

<b>Dados sociodemográficos e clínicos</b>	<b>PI1</b>	<b>PI2</b>	<b>PI3</b>	<b>PI4</b>
<b>Idade</b>	81	27	53	42
<b>Sexo</b>	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
<b>Escolaridade</b>	Ensino médio completo	Pós-graduação	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto
<b>Estado civil</b>	Casada	Solteiro namorando	Separado	Casado
<b>Número de filhos</b>	0	0	2	2
<b>Reside com</b>	Família nuclear	Família extensa	Família nuclear	Família nuclear
<b>Peso inicial</b>	74,5 kg	122,8 kg	81 kg	76,1 kg
<b>IMC inicial</b>	29,10	37,07	28,02	27,28
<b>Obesidade infantil</b>	Não	Sim	Não	Não
<b>Obesidade na família</b>	Não	Sim	Não	Sim
<b>Tentativas anteriores para perda de peso</b>	Sim	Não	Sim	Não

A faixa etária dos sujeitos que participaram da intervenção em grupo variou entre 27 anos e 81 anos. Dois sujeitos controle eram do sexo masculino (PI2 e PI4) e dois do sexo feminino (PI1 e PI3). PI4 tinha ensino médio incompleto, PI1 e PI3 concluíram o ensino médio, sendo que PI2 tinha pós-graduação. Dois deles eram casados (PI1 e PI4), um separado (PI3) e uma cliente era solteira (PI2). PI3 e PI4 tinham dois filhos; PI1 e PI2 não tinham filho. Dos quatro sujeitos que se submeteram à intervenção, três apresentavam sobrepeso (PI1, PI3 e PI4) e PI3 apresentava quadro de obesidade grau II. Apenas PI2 apresentou obesidade infantil. PI2 e PI4, ambos do sexo masculino, tinham outros casos de obesidade na família e não realizaram tentativas anteriores visando reduzir o peso corporal.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes-controle.

<b>Dados sociodemográficos e clínicos</b>	<b>PC1</b>	<b>PC2</b>	<b>PC3</b>	<b>PC4</b>
<b>Idade</b>	27	31	42	22
<b>Sexo</b>	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
<b>Escolaridade</b>	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Superior completo	Superior incompleto
<b>Estado civil</b>	Solteira namorando	Casada	Separado	Casado
<b>Número de filhos</b>	2	1	2	1
<b>Reside com</b>	Família extensa	Família nuclear	Sozinho	Família nuclear
<b>Peso inicial</b>	93 kg	90 kg	95 kg	150,8 kg*
<b>IMC inicial</b>	37,72	29,38	30,32	41,77
<b>Obesidade infantil</b>	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Obesidade na família</b>	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Tentativas anteriores para perda de peso</b>	Sim	Não	Sim	Sim

\* Peso medido em balança diferente da utilizada no estudo e referido pelo participante.

A faixa etária entre os sujeitos-controle variou entre 27 anos e 42 anos. Dois deles eram do sexo masculino (PC3 e PC4) e dois do sexo feminino (PC1 e PC2). PC1 e PC2 concluíram o ensino médio, PC3 apresentava ensino superior completo e PC4 superior incompleto. Dois deles eram casados (PC2 e PC4), um separado (PC3) e uma cliente era solteira (PC4). Dois deles tinham dois filhos (PC1 e PC3) e os demais tinham um filho (PC2 e PC4). Dos quatro sujeitos controle, um apresentava sobrepeso (PC2), P3 apresentava quadro de obesidade grau I, PC1 apresentava obesidade grau II e PC2, obesidade grau III. PC1, PC2 e PC4 referiram obesidade infantil e outros casos de obesidade na família. PC1, PC3 e PC4 realizaram tentativas anteriores de perda de peso.

### 3.3 Materiais

3.3.1 Balança com capacidade máxima de 150 kg para aferição de peso.

3.3.2 Formulário para realização de diário alimentar e psicológico: auto-registro e monitoramento

3.3.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a descrição de objetivos e explicações gerais sobre o tema de investigação.

3.3.4 Material educativo: apresentações sobre os temas em Power Point, folhetos sobre alimentação saudável, embalagens de produtos *diet* e *ligh*, miniaturas artificiais de alimentos.

### **3.4 Instrumentos**

De acordo com indicação da literatura, a utilização em outros estudos com tema semelhante e a prática do serviço onde a pesquisa foi realizada, foram utilizados os seguintes instrumentos aplicados na linha de base e no momento dois.

3.4.1 Roteiro de entrevista semi-estruturado. A entrevista, elaborada para o estudo, com base na experiência profissional da pesquisadora e na revisão da literatura, além de abordar dados sociodemográficos, tinha como objetivo principal caracterizar o comportamento alimentar dos participantes. As principais questões investigadas foram: origem e tempo do excesso de peso, tipos e histórico de tratamento, peso corporal e altura (informada pelo participante), presença da condição em outros membros da família e da própria pessoa na infância, avaliação subjetiva sobre o próprio comportamento alimentar, presença de dificuldade de controle do uso de outras substâncias (álcool, tabaco e coca-cola) e das finanças. Além disso, a entrevista visava levantar as expectativas quanto ao programa a ser desenvolvido (Anexo1).

3.4.2 Escala de auto-eficácia para regular hábitos alimentares (Bandura, 2006). Escala para avaliar a auto-eficácia diante de situações específicas em relação ao comportamento alimentar. Há 30 (trinta) situações diferentes em que o respondente deve informar o grau de confiança em que conseguirá manter-se em uma dieta saudável, em resposta em escala de zero a 100, em que zero corresponde a nenhuma confiança e 100 corresponde ao maior grau de confiança. Foi realizada uma tradução reversa, pela pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa, em separado. As versões foram comparadas. Esse instrumento não passou por processo de validação (Anexo 2).

3.4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP (Freitas, Lopes, Apolinário & Sichieri, 2002). Traduzida, adaptada e validada para a língua portuguesa, é uma escala que avalia a presença e gravidade de transtorno de compulsão alimentar em pacientes com excesso de peso. É composta de dezesseis itens (oito para manifestações comportamentais e oito para descrição de sentimentos e cognições), com pontuação por item, variando de zero a três. A consistência interna da escala é de 0,85. Os escores são

obtidos pela soma dos pontos. Pontuação igual ou menor a dezessete equivale à ausência de transtorno de compulsão alimentar periódica. Entre dezoito e vinte e seis, a compulsão alimentar é considerada moderada. Pontuação igual ou maior do que vinte e sete indica compulsão alimentar grave (Anexo 3).

3.4.4 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Trata-se de escala validada que visa mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos. No presente estudo, solicitou-se que os participantes respondessem em relação à situação de sobrepeso ou obesidade. Instrumento composto de quarenta e cinco itens, que se dividem em quatro fatores: focalização no problema (18 itens;  $\alpha = 0,84$ ), focalização na emoção (15 itens;  $\alpha = 0,81$ ), busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens;  $\alpha = 0,74$ ) e busca de suporte social (5 itens;  $\alpha = 0,70$ ). As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). Os escores variam de 1 a 5, sendo calculados a partir da média aritmética dos itens específicos de cada fator. Valores mais altos indicam maior utilização de determinada modalidade de estratégia de enfrentamento (Anexo 4).

### **3.5 Procedimentos**

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo 5), os clientes da Amil Assistência Médica Internacional LTDA com indicação para o Programa Mudança de Estilo de Vida (MEV) foram convidados para ingressar no grupo. A participação no estudo ocorreu mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6).

Quatro usuários (PI1, PI2, PI3 e PI4) aceitaram o convite para ingressar no programa e participaram de todas as etapas do estudo. PC1, PC2 e PC3, por sua vez, aceitaram o convite inicialmente, chegando a responder aos instrumentos da linha de base, quando assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o não comparecimento na primeira sessão do grupo de intervenção, foram contatados por telefone para obtenção de informações sobre a ausência. Nessa ocasião, apresentaram diferentes justificativas, tais como falta de disponibilidade para participar devido ao dia e horário do grupo e mudanças de local de trabalho. Diante da impossibilidade e recusa em participar do grupo, foram convidados a responder às avaliações no momento dois, como participantes-controle. Após a aceitação para participar nessa condição, assinaram outro TCLE (Anexo 7) na realização do momento dois.

PC4 também aceitou o convite para ingresso no grupo. No entanto, compareceu apenas à segunda e à quinta sessões. Por ter atingido critério de exclusão do grupo, PC4 aceitou participar do estudo como participante-controle, seguindo os mesmos procedimentos para os demais participantes dessa condição.

A linha de base para ambos os participantes do estudo — os que ingressaram no grupo e os que não o fizeram — foi caracterizada pela realização de avaliação psicológica inicial individual, mediante a aplicação dos instrumentos do estudo. Após aproximadamente três meses, no momento dois, ocorreu a reaplicação dos instrumentos usados na linha de base, tanto para os participantes da intervenção quanto para os participantes-controle.

### **3.6 A intervenção**

Foram realizados oito encontros semanais, com aproximadamente duas horas de duração cada. Os encontros, previamente planejados, tinham como objetivos principais: oferecer informações nutricionais para perda de peso e adoção de práticas de alimentação saudável; conscientizar os participantes sobre seu próprio comportamento alimentar e sobre a necessidade de mudança de estilo de vida com foco na alimentação; permitir a identificação de estratégias de enfrentamento utilizadas, estimulando a modificação de estratégias de enfrentamento desadaptativas; fortalecer o sentimento de auto-eficácia para a mudança de conduta alimentar. Duas profissionais foram as facilitadoras dos encontros: a pesquisadora do estudo e uma nutricionista da Amil, com experiência em intervenção em grupo. Não houve prescrição de medicação para perda de peso e os participantes não receberam orientação nutricional individual. As principais técnicas utilizadas na intervenção estão descritas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Descrição das principais técnicas empregadas nos encontros.

<b>Técnica</b>	<b>Descrição</b>
Reestruturação cognitiva (Randomille, 2003)	Visou a mudança de crenças irracionais, focada em hábitos alimentares. Os participantes foram orientados a se questionar sobre seus próprios pensamentos a partir de evidências localizadas na realidade. Foram incentivados a visualizar novas possibilidades de pensamentos.
Linha da vida	Objetivou que cada participante relatasse sua história de vida com enfoque no comportamento alimentar e nas mudanças do peso corporal ao longo do seu desenvolvimento, permitindo autoconhecimento sobre esse tema.
Balanco de vantagens e desvantagens (Feilstrecker & cols., 1996/2003)	Consistiu em motivar os participantes a avaliar as vantagens e desvantagens da adoção e da não adoção de novo estilo de vida, com foco no comportamento alimentar, e, assim, facilitar o processo de tomada de decisão para mudanças.
Auto-registro e monitoramento – diário alimentar e psicológico (Rehm, 1996/1999)	Consistiu no preenchimento de formulário sobre o comportamento alimentar de um dia do participante, em que ele relatou horário e local das refeições, alimentos ingeridos com suas respectivas quantidades, a atividade em realização quando da ingestão alimentar e a descrição do estado emocional durante a alimentação. Visou permitir o processo de conscientização sobre o próprio comportamento alimentar, assim como facilitar o processo de mudança.
Cartões de enfrentamento	Consistiu na elaboração e no preenchimento de cartões com estratégias de enfrentamento adaptativas em relação ao comportamento alimentar, definidas pelos participantes.
Educação sobre alimentação saudável	Foram oferecidas informações referentes aos pilares da alimentação saudável, ao prato saudável, aos tipos de gordura, à postura durante a ida ao supermercado, à diferença entre os produtos <i>diet</i> e <i>ligh</i> .

Além dessas técnicas, dinâmicas de grupo foram realizadas em momentos compatíveis com a seqüência de atividades, visando favorecer a expressão de sentimentos e pensamentos, bem como a integração dos participantes, algumas delas com referencial do psicodrama. Os encontros foram gravados, tendo em vista o registro das sessões. A seqüência de atividades de cada encontro está descrita na Tabela 4.

**Tabela 4.** Descrição da seqüência de atividades e das técnicas principais usadas nas sessões.

Sessão	Atividades
1.	<p>Apresentação dos participantes e dos facilitadores, descrição dos objetivos da atividade, estabelecimento de contrato para o funcionamento do grupo.</p> <p>Pesagem</p> <p>Orientação e preenchimento do formulário de auto-registro e monitoramento - diário alimentar e psicológico, tendo por base a alimentação do dia anterior. Troca entre os participantes a partir do que foi relatado.</p> <p>Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)</p> <p>Avaliação do encontro</p>
2.	<p>Pesagem</p> <p>Atividade de auto-apresentação, focando características positivas e negativas dos participantes e sua relação com o comportamento alimentar</p> <p>Exposição dialogada sobre mudança de estilo de vida, que abordou os fatores importantes sobre o tema, como estabelecimento de metas e mudança de estratégias de enfrentamento</p> <p>Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)</p> <p>Avaliação do encontro</p>
3.	<p>Pesagem</p> <p>Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana, com base no diário alimentar e psicológico</p> <p>Construção da linha da vida e compartilhamento com o grupo</p> <p>Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)</p> <p>Avaliação do encontro</p>
4.	<p>Pesagem</p> <p>Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana</p> <p>Construção e compartilhamento dos cartões de enfrentamento com base no diário alimentar e psicológico</p> <p>Preenchimento do prato saudável real e ideal. Exposição dialogada sobre o prato saudável</p> <p>Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)</p> <p>Avaliação do encontro</p>
5.	<p>Pesagem</p> <p>Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana com base no diário alimentar e psicológico</p> <p>Avaliação dos cartões de enfrentamento</p> <p>Preenchimento e avaliação de formulários de diário alimentar</p> <p>Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)</p> <p>Reavaliação e reestruturação das metas</p> <p>Avaliação do encontro</p>

- 6<sup>a</sup> Pesagem  
Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana com base no diário alimentar e psicológico  
Avaliação dos cartões de enfrentamento e dos diários alimentares  
Exposição dialogada sobre medidas caseiras. Verificação e manipulação de medidas caseiras  
Estimulação de avaliação sobre os tamanhos das porções  
Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)  
Avaliação do encontro
- 7<sup>a</sup> Pesagem  
Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana  
Avaliação dos cartões de enfrentamento  
Exposição dialogada sobre a ida ao supermercado e os tipos de gordura  
Entrega do formulário de diário alimentar e psicológico para registro em dia da semana e do final de semana (tarefa de casa)  
Avaliação do encontro
- 8<sup>a</sup> Pesagem  
Avaliação do comportamento alimentar ao longo da semana  
Avaliação dos cartões de enfrentamento  
Preenchimento da matriz de vantagens e desvantagens da mudança de estilo de vida  
Avaliação final do grupo
- 

#### **4. Análise de dados**

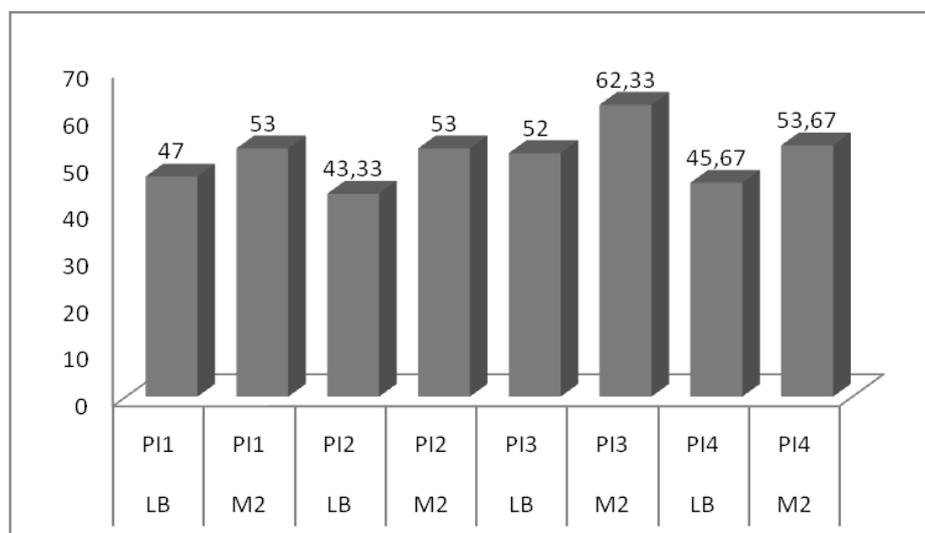
Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com o uso do programa estatístico SPSS 11,5. Indicadores para comparar os resultados do grupo antes a após a intervenção foram analisados, para verificar os efeitos da intervenção quanto às habilidades de enfrentamento, à auto-eficácia, aos sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica e à mudança do comportamento alimentar. Os participantes que se submeteram à intervenção em grupo foram comparados com os sujeitos-controle, em relação aos indicadores avaliados, na linha de base e no momento dois.

## Capítulo 4 – RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em tópicos com base nas variáveis e temas investigados, a saber: auto-eficácia, enfrentamento, transtorno de compulsão alimentar periódica, peso e IMC, auto-avaliação subjetiva sobre o próprio comportamento alimentar, fracionamento e qualidade de alimentação, verificada por meio da adesão aos elementos de uma alimentação saudável.

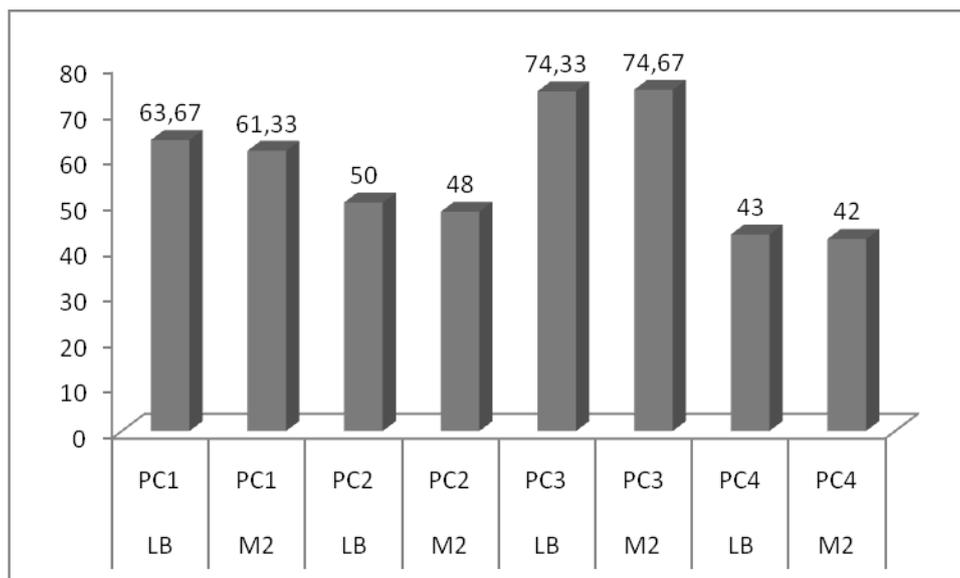
### 4.1 Auto-eficácia

Quanto à auto-eficácia, os quatro participantes da intervenção apresentaram aumento relevante dos escores após a intervenção, na comparação entre a linha de base e o momento dois, conforme dados da Figura 1 e da Tabela 5. PI1 apresentou um aumento de escore correspondente a seis pontos. PI2, por sua vez, apresentou escores maiores da ordem de 9,66 pontos no momento dois. PI3 foi o participante que apresentou maior aumento nessa variável: o escore no momento 2 foi 10,33 pontos mais alto. PI4 apresentou diferença de oito pontos e aumento em auto-eficácia.



**Figura 1.** Auto-eficácia na linha de base e no momento dois para os participantes da intervenção.

Os participantes-controle não apresentaram diferença importante no escore de auto-eficácia, se comparados os resultados da linha de base com o momento dois (Figura 2 e Tabela 5). PC1 e PC2 apresentaram diminuição discreta nos escores de auto-eficácia. PC3 apresentou um discreto aumento em auto-eficácia, na comparação entre a linha de base e o momento dois. PC4 apresentou pequena diminuição na média de escore – um ponto .



**Figura 2.** Auto-eficácia na linha de base e no momento dois para os participantes-controle.

**Tabela 5.** Escores na linha de base e no momento dois e diferença das médias dos participantes na Escala de Auto-eficácia.

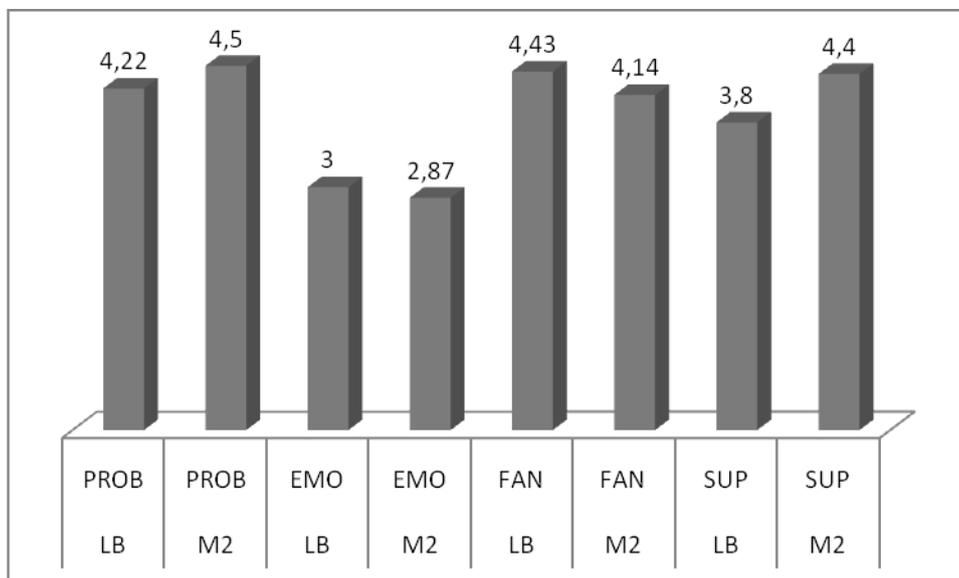
		Participante	Escores LB - M2	Diferença das Médias
Participantes da intervenção		<b>PI1</b>	47,0 – 53,0	6,0
		<b>PI2</b>	43,33 – 53,0	9,66
		<b>PI3</b>	52,0 – 62,33	10,33
		<b>PI4</b>	45,67 – 53,67	8,0
Participantes controle		<b>PC1</b>	63,67 – 61,33	- 2,33
		<b>PC2</b>	50,0 – 48,0	- 2,0
		<b>PC3</b>	74,33 – 74,67	0,33
		<b>PC4</b>	43,0 – 42,0	- 1,0

Observou-se que os participantes da intervenção interdisciplinar em grupo apresentaram melhoria em auto-eficácia. Isso representa melhoria na crença sobre a própria habilidade, tanto para organizar quanto para executar ações para produzir determinado resultado. Assim, a intervenção em grupo mostrou-se eficaz na construção de crenças subjetivas, em relação ao comportamento alimentar, que se refletem nem uma maior confiança na própria capacidade de controle alimentar diante de situações específicas.

#### 4.2 Enfrentamento

Em relação ao enfrentamento, os resultados indicaram diferença entre os participantes da intervenção e os participantes-controle. Para PI1 (Figura 3), os escores de enfrentamento focalizado no problema e do suporte social apresentaram aumento no

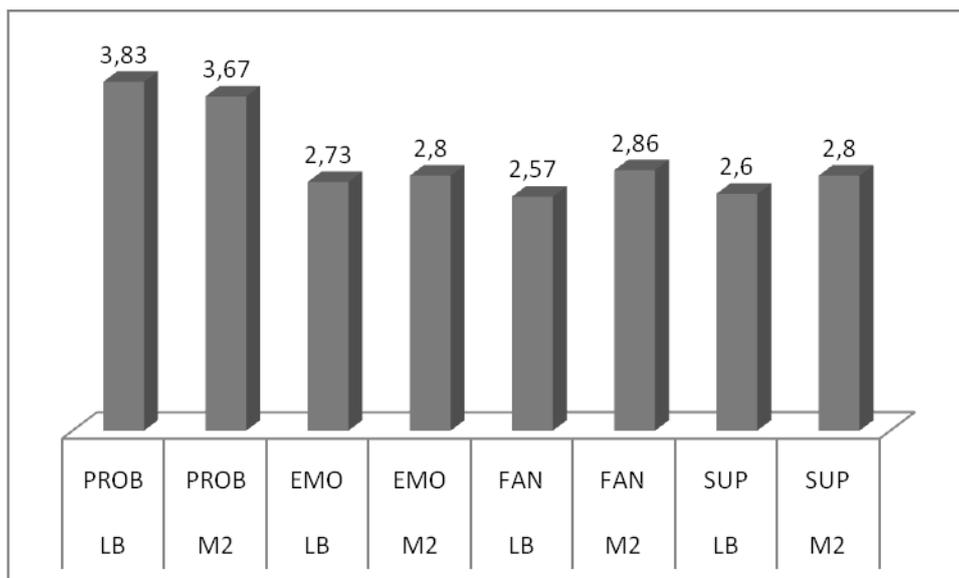
segundo momento, com valores limítrofes. O enfrentamento focado na emoção e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso apresentaram queda nos escores correspondentes.



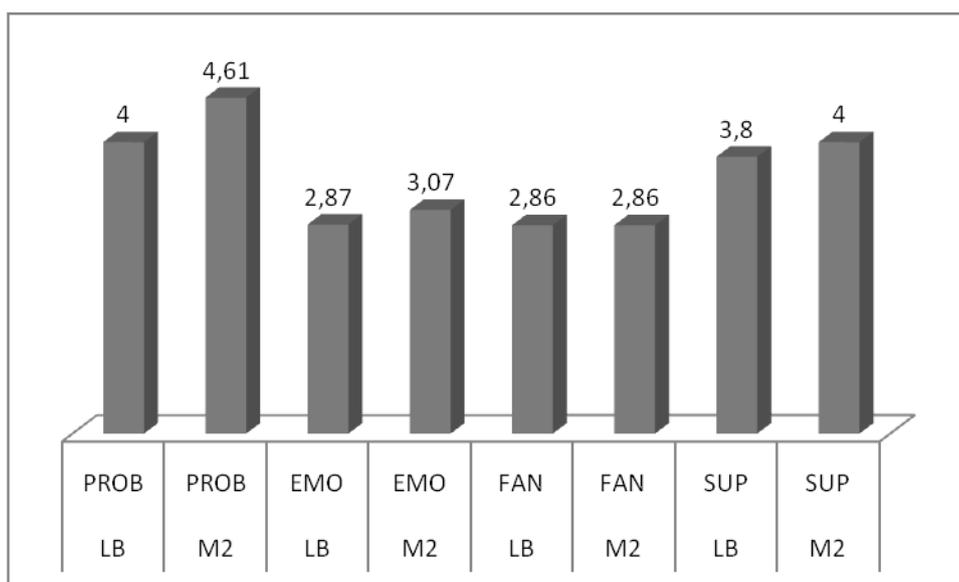
**Figura 3.** Escores das estratégias de enfrentamento de PI1, na linha de base e no momento dois.

PI2 apresentou queda apenas no enfrentamento focado no problema. Para o enfrentamento focalizado na emoção, a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e o suporte social, houve aumento discreto nos escores (Figura 4).

PI3 apresentou aumento para o enfrentamento focalizado no problema, como mostra a Figura 5. Para o enfrentamento focalizado na emoção e o suporte social houve um aumento discreto. Não houve diferença em busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso.

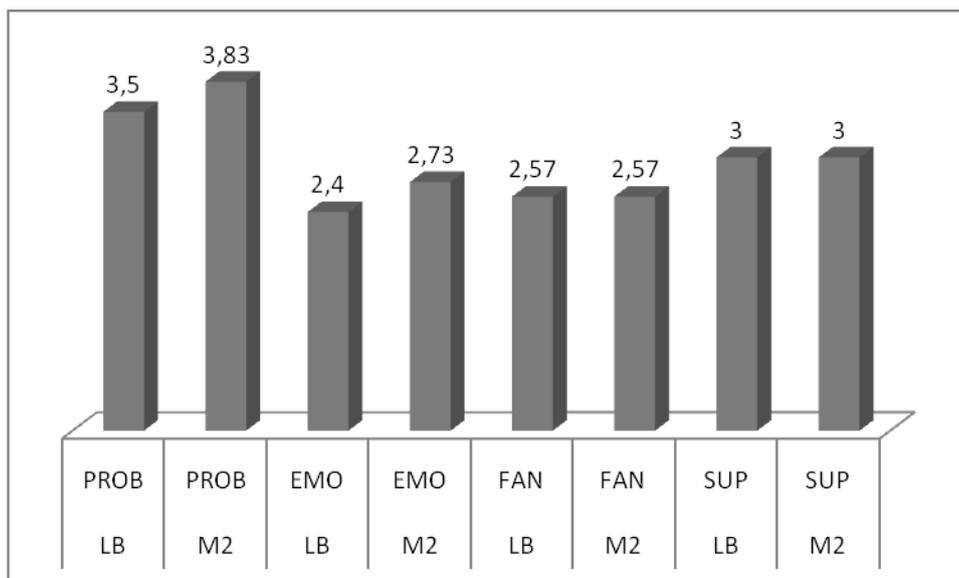


**Figura 4.** Escores das estratégias de enfrentamento de PI2, na linha de base e no momento dois.



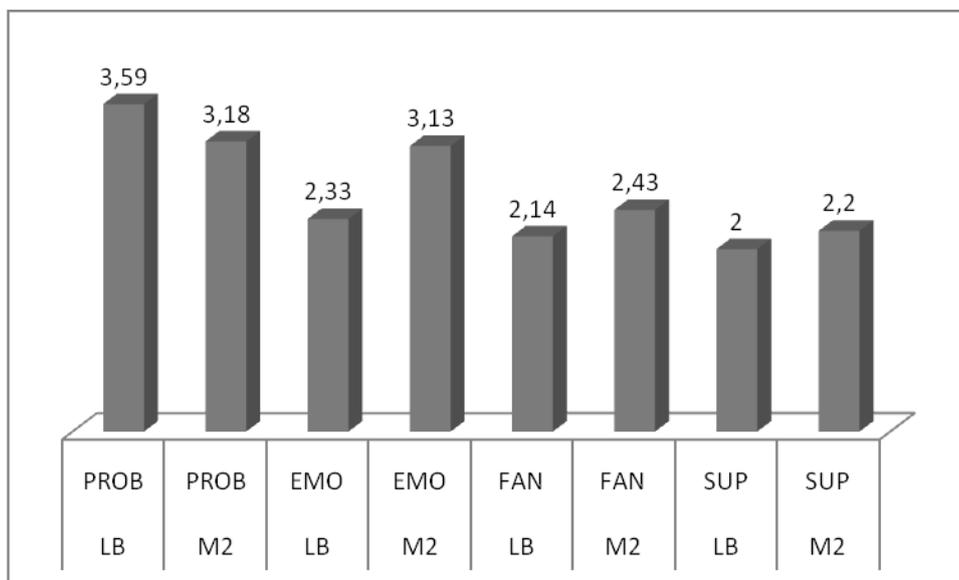
**Figura 5.** Escores das estratégias de enfrentamento de PI3 na linha de base e no momento dois.

Por último, PI4 (Figura 6) apresentou aumento para o enfrentamento focado no problema. Para o enfrentamento na emoção, houve um aumento, mas com valores limítrofes. Tanto o enfrentamento em busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso quanto à busca de suporte social se mantiveram iguais.



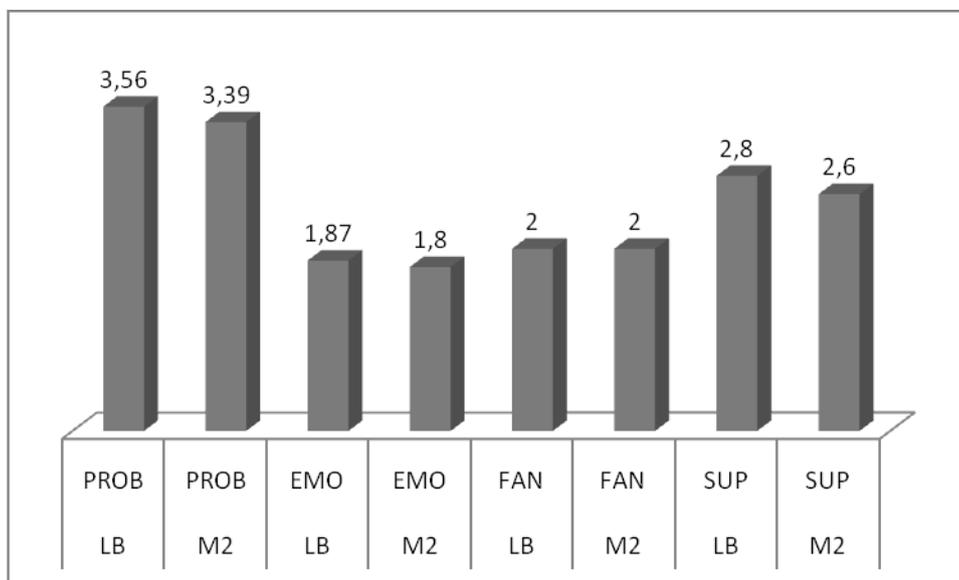
**Figura 6.** Escores das estratégias de enfrentamento de PI4, na linha de base e no momento dois.

Em relação aos participantes-controle, os resultados foram diferentes. Para PC1, como mostra a Figura 7, os resultados revelaram que houve uma redução dos escores em enfrentamento focalizado no problema, um aumento nos escores do enfrentamento focado na emoção e aumentos em pensamento fantasioso e em suporte social.



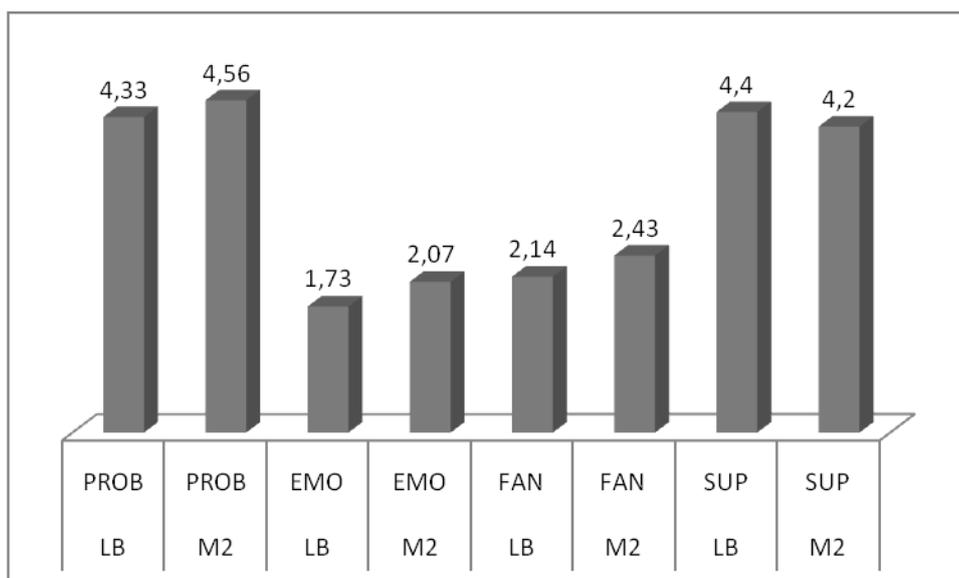
**Figura 7.** Escores das estratégias de enfrentamento de PC1, na linha de base e no momento dois.

Para PC2, de acordo com a Figura 8, o enfrentamento focado no problema apresentou redução. Por outro lado, o enfrentamento focado na emoção e o suporte social apresentaram queda discreta. A busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso manteve-se igual.



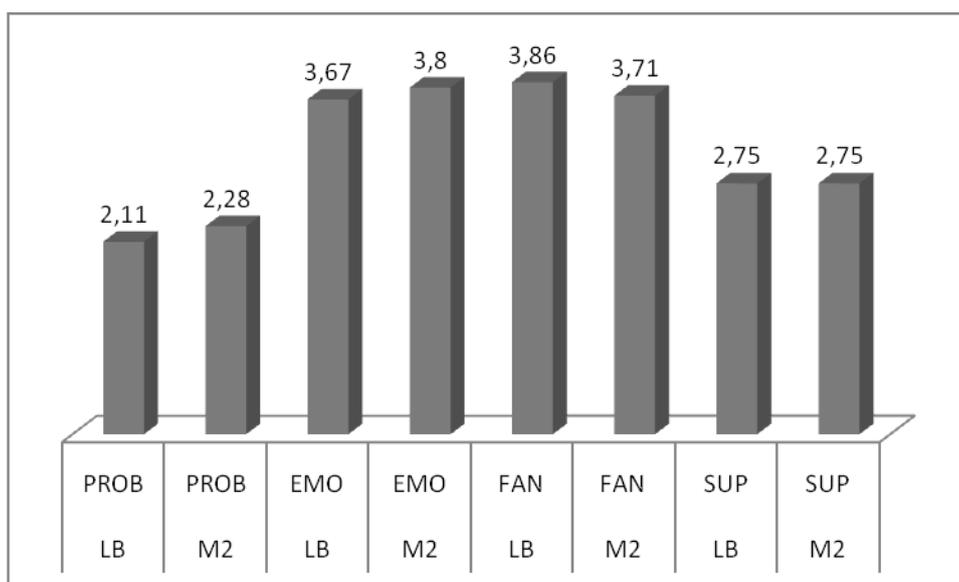
**Figura 8.** Escores das estratégias de enfrentamento de PC2, na linha de base e no momento dois.

Os resultados de PC3 (Figura 9) revelaram um aumento no enfrentamento focado no problema, em focalização na emoção e no pensamento fantasioso. A estratégia busca de suporte social apresentou queda discreta.



**Figura 9.** Escores das estratégias de enfrentamento de PC3, na linha de base e no momento dois.

PC4, de acordo com a Figura 10, para o enfrentamento focado no problema e focalizado na emoção, apresentou aumento. A busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso apresentou diminuição e o suporte social se manteve igual. Nesse caso, cabe assinalar que os escores médios de focalização no problema e busca de apoio social foram baixos (abaixo do ponto médio da escala de resposta, que é igual a 3), enquanto que os de focalização na emoção e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso foram altos (acima do ponto médio da escala de resposta). Esses valores sugerem a presença de dificuldades relevantes no enfrentamento do problema.



**Figura 10.** Escores das estratégias de enfrentamento de PC4, na linha de base e no momento dois.

Os resultados referentes às estratégias de enfrentamento para os participantes que se submeteram à intervenção, se comparados com os dos participantes-controle, foram mais próximos dos objetivos do estudo. Para o enfrentamento focalizado no problema, que inclui estratégias cognitivas e comportamentais voltadas para o manejo do estressor (a redução de peso e as mudanças no estilo de vida com foco na alimentação), apenas PI2 apresentou escores menores no momento 2. Para enfrentamento focado na emoção, apenas PI1 apresentou redução. O pensamento fantasioso diminuiu apenas para PI1 e o suporte social aumentou para PI1, PI2 e PI3. Os participantes-controle, PC2, PC3 e PC4 apresentaram melhora no enfrentamento focado no problema. Por outro lado, apenas PC2 apresentou diminuição no enfrentamento focado na emoção. Além disso, da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso diminuiu apenas para PC4 e o suporte social aumentou apenas para PC1.

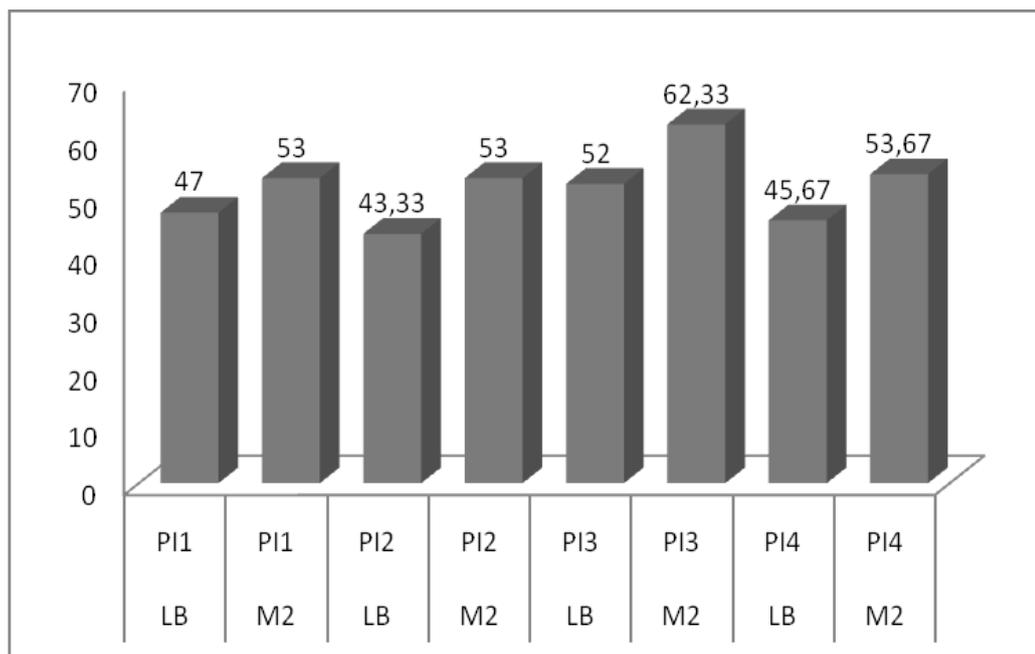
Dessa forma, os participantes que se submeteram à intervenção mostraram ter desenvolvido ou fortalecido habilidades de enfrentamento mais adaptativas em relação ao comportamento alimentar, por meio do incremento do enfrentamento focado no problema e do suporte social associado à diminuição do enfrentamento focado na emoção e da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. A mudança apresentada por esses participantes evidenciou a utilização de estratégias de enfrentamento que favorecem a mudança de hábitos alimentares (Guerdjikova & cols., 2007).

### **4.3 Sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica**

A avaliação dos escores para a escala de transtorno de compulsão alimentar periódica (ECAP), aplicada na linha de base e no momento dois, revelou diferenças entre os participantes que se submeteram à intervenção e os participantes-controle (Tabela 6 e Figuras 11 e 12).

Naqueles que se submeteram à intervenção, observou-se redução dos escores dessa variável. PI1 apresentou escore bruto de 19 pontos na linha de base, indicando presença de compulsão alimentar moderada. No momento dois, no entanto, esse valor caiu para 15 pontos, o que indica ausência de compulsão alimentar. PI2 obteve escores de 15 e de 14 pontos na linha de base e no momento dois, respectivamente. Esses escores indicam ausência de compulsão alimentar nos dois momentos.

PI3 obteve pontuação de 18 pontos na linha de base, indicando compulsão alimentar moderada. Após a intervenção em grupo (Figura 11), o escore diminuiu dois pontos, alcançando 16 pontos, o que indica ausência de compulsão alimentar. PI4, por sua vez, apresentou escore bruto de 12 pontos na linha de base; no momento dois, esse escore atingiu 10 pontos. Em ambos os momentos, os escores indicaram ausência de compulsão alimentar, conforme dados da Figura 11 e da Tabela 6.



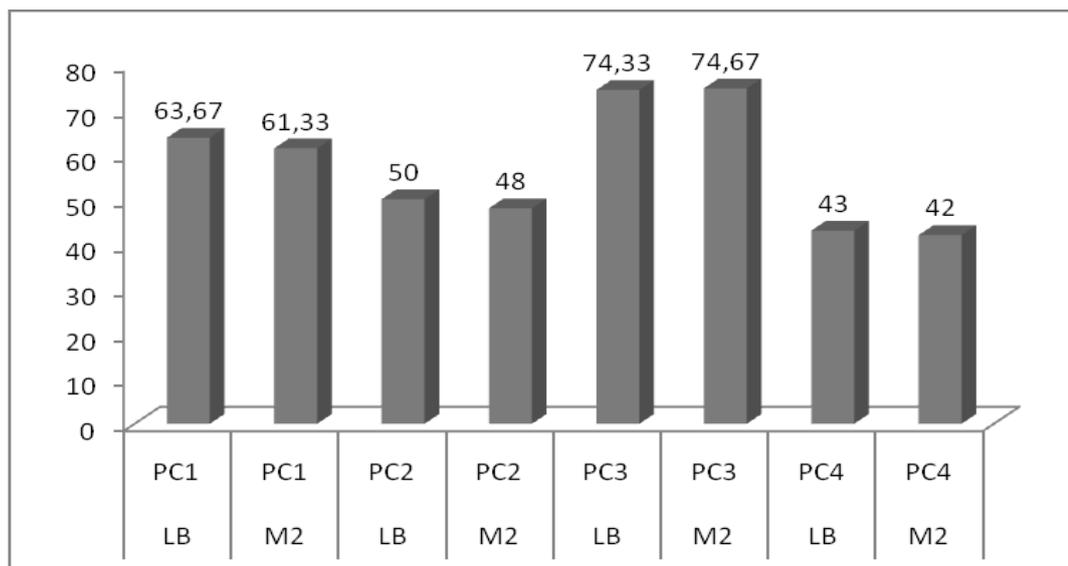
**Figura 11.** Escores brutos para transtorno de compulsão alimentar, na linha de base e no momento dois, para os participantes da intervenção.

Dentre os participantes-controle, PC3 foi o que apresentou melhor resultado, com diminuição do escore, comparando a linha de base com o momento dois. PC1 apresentou pontuação referente a 15 pontos na linha de base e 20 pontos no momento dois. Na linha de base, PC1 não apresentava sintomatologia característica de transtornos de compulsão alimentar. No momento dois, no entanto, a pontuação de PC1 indicou presença de compulsão alimentar moderada.

PC2 apresentou diminuição de dois pontos nos escores da linha de base e do momento dois. Na linha de base, o escore bruto de PC2 foi de 12 pontos, indicando ausência de compulsão alimentar. No momento dois, o escore foi de 10 pontos, o que ainda indica ausência de compulsão alimentar.

PC3 apresentou diminuição para compulsão alimentar, com a diferença de um ponto, entre a linha de base e o momento dois,. Tanto na linha de base (escore de oito pontos), quanto no momento dois (escore de sete pontos), PC3 não apresentou compulsão alimentar, como mostra a Figura 12.

PC4, de acordo com a Figura 12, obteve escore de 36 pontos na linha de base, indicando presença de compulsão alimentar grave. No momento dois, o escore obtido foi de 39 pontos, indicando manutenção do quadro de compulsão alimentar grave.



**Figura 12.** Escores brutos para transtorno de compulsão alimentar, na linha de base e no momento dois, para os participantes-controle.

A Tabela 6 resume os escores nos dois momentos do estudo, bem como a diferença de médias para os participantes do estudo no que tange à compulsão alimentar.

**Tabela 6.** Escores na linha de base e no momento dois obtidos na Escala de Compulsão Alimentar Periódica<sup>1</sup>, para os participantes e não participantes da intervenção.

Participante	Escore		Diferença dos escores	Ocorrência e gravidade de TCAP: LB/M2
	LB	M2		
PI1	19	15	-4	Moderada/Não
PI2	15	14	-1	Não/Não
PI3	18	16	-2	Moderada/Não
PI4	12	10	-2	Não/Não
PC1	15	20	+5	Não/Moderada
PC2	12	10	-2	Não/Não
PC3	8	7	-2	Não/Não
PC4	36	39	+3	Grave/Grave

<sup>1</sup> Escores 0 a 17: ausência de transtorno de compulsão alimentar periódica; escores entre 18 a 26: compulsão alimentar moderada; escore igual ou maior que 27: compulsão alimentar grave

#### 4.4 Peso corporal e IMC

Os resultados encontrados para perda de peso e índice de massa corporal, na linha de base e no momento dois, indicaram uma diferença entre os participantes que se submeteram à intervenção e os participantes-controle. Para os participantes da intervenção, apenas um não apresentou redução de peso (PI4), conforme Figura 12. Para os participantes-controle, por outro lado, apenas um reduziu peso (PC3), de acordo com Figura 13.

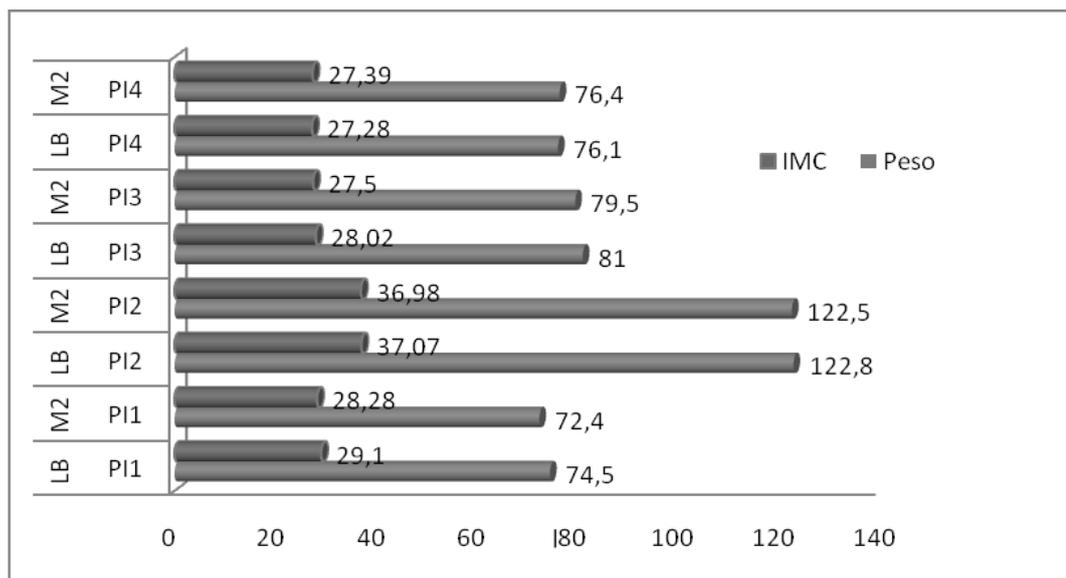
Com relação ao índice de massa corporal, os participantes da intervenção não apresentaram mudança numérica que indicasse alteração de categoria. Os participantes que tinham sobrepeso se mantiveram com sobrepeso, apesar da diminuição do índice de massa corporal. Entre os participantes-controle, houve duas mudanças de categorização para o IMC: um participante (PC2), em função do aumento do IMC, deixou de apresentar sobrepeso e aumentou a gravidade do quadro, apresentando obesidade grau I. Por outro lado, outro participante (PC3), em função da queda do IMC, deixou de apresentar obesidade grau I, apesar de ser considerado um caso limítrofe (IMC 30,32) e passou a apresentar quadro de sobrepeso.

Avaliando caso a caso, entre os participantes da intervenção, P11 pesava 74,5 kg, na linha de base, e no momento dois seu peso foi igual a 72,4 kg. Essa redução foi equivalente a perda de 2,82% do peso corporal, não alcançando o mínimo de 5% indicado pela literatura e meta do grupo de intervenção. O IMC de P11 também apresentou redução, baixando de 29,1 para 28,28, o que indicou permanência em sobrepeso.

P12, na linha de base, pesou 122,8 kg. No momento dois, o peso registrado foi de 122,5 kg, equivalendo a uma perda de 0,24% do peso corporal. Em relação ao IMC, esse participante apresentou redução muito discreta: de 37,07 seu IMC baixou para 36,98, indicando permanência no quadro de obesidade grau II.

P13, na linha de base, pesou 81 kg e no momento dois seu peso foi de 79,5 kg, o que equivaleu a uma perda de peso de 1,85%, abaixo, portanto, da meta de 5%. O IMC de P13 reduziu de 28,02 para 27,5, indicando permanência no quadro de sobrepeso.

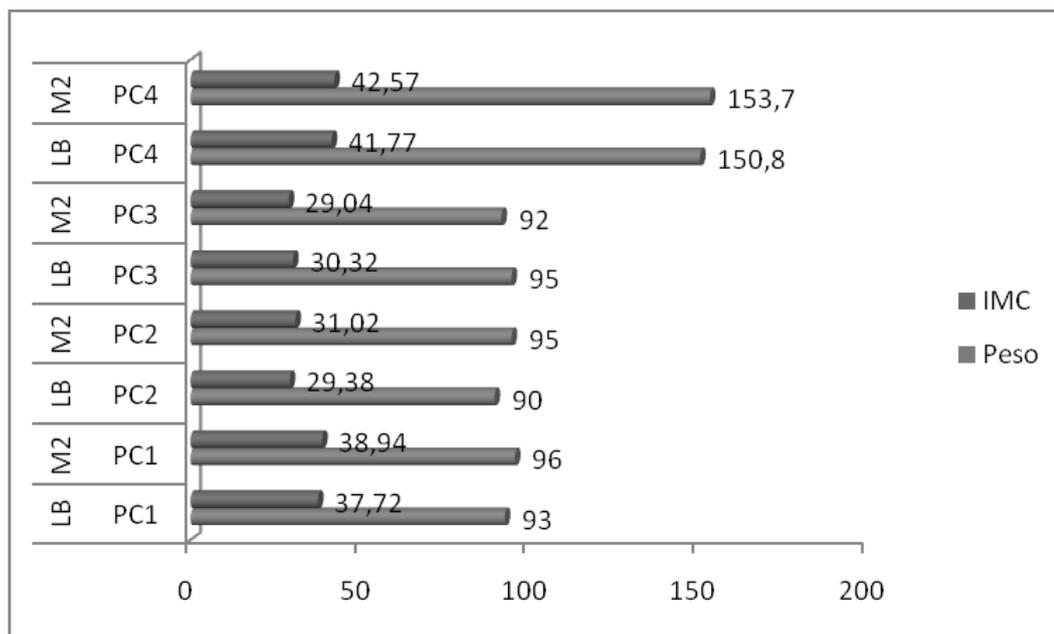
P14 apresentou aumento de peso de 0,39%, durante o estudo: na linha de base o peso registrado foi 76,1 kg e no momento dois seu peso foi 76,4 kg. Apesar desse aumento de peso e conseqüente aumento de IMC (de 27,28 para 27,29), P14 se manteve no quadro de sobrepeso. Esses dados estão na Figura 12.



**Figura 13.** Peso e IMC na linha de base e no momento dois para os participantes da intervenção.

No que concerne aos participantes-controle, PC1 tinha 93 kg na linha de base e, no momento dois o peso registrado foi 96 kg, indicando aumento de 3,22%. Com relação ao IMC, PC1 apresentou aumento de 37,72 para 38,94, o que indicou manutenção de obesidade grau II. PC2, na linha de base, tinha 90 kg. No momento dois, seu peso passou para 95 kg, o que representou 5,55% de aumento. O IMC de PC2, na linha de base, era de 29,38, o que corresponde a sobrepeso; o momento dois, no entanto, o IMC de PC2 alcançou o valor de 31,02, indicando obesidade grau I.

PC3 pesou 95 kg na linha de base, o que significa IMC de 30,32, indicando obesidade grau I; no momento dois, o peso de PC3 foi de 92 kg e seu IMC foi de 29,04, indicando sobrepeso. PC3 reduziu 3,16% do seu peso corporal, representando exceção entre os participantes-controle. PC4, na linha de base, pesou 150,8 kg e seu IMC foi de 42,77. No momento dois, o peso de PC4 foi de 153,7 kg e seu IMC foi 42,57, indicando obesidade grau III e um aumento de peso de 1,92%. Esse participante mediu seu peso em balança diferente da utilizada no estudo, que tinha capacidade máxima para 150 kg. O peso de PC4 foi informado por ele. Essas informações estão apresentadas na Figura 13.



**Figura 14.** Peso e IMC na linha de base e no momento dois para os participantes-controle.

Os participantes que se submeteram à intervenção, com exceção de PI4, apresentaram redução de peso e, conseqüentemente, de IMC. Vale destacar, no entanto, que nenhum participante apresentou mudança em relação à gravidade do excesso de peso. Além disso, nenhum participante alcançou, no mínimo, os cinco por cento de perda de peso objetivados com a intervenção. O melhor resultado dentre esses participantes foi o de PI1, que reduziu 2,82% do peso corporal.

Os participantes-controle, com exceção de PC3, apresentaram ganho de peso de, no mínimo, 1,92%. Apesar do melhor resultado dos participantes que se submeteram à intervenção, se considerarmos o conjunto dos participantes do estudo, os resultados de PC3, redução de 3,16% do peso corporal e alcance do sobrepeso, saindo da obesidade, foram os melhores dentre os oito participantes. Por outro lado, PC2 apresentou ganho de 5,55% do peso corporal e uma mudança de gravidade do excesso de peso, saindo do sobrepeso e alcançando a obesidade grau I.

#### 4.5 Auto-avaliação subjetiva

Na linha de base e no momento pós-intervenção, os participantes do estudo avaliaram subjetivamente questões relativas a seu próprio comportamento alimentar, quando indicaram qual era sua maior dificuldade no seguimento de orientações nutricionais, dentre algumas alternativas, tais como: evitar o hábito de beliscar, melhorar a

qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos. Além disso, essa avaliação se referiu à capacidade de auto-controle, como o uso de outras substâncias, como tabaco, álcool e coca-cola, e condutas ligadas ao aspecto financeiro. Os resultados apontaram uma diferença entre os participantes que ingressaram no grupo e os que não o fizeram (Tabela 7).

PI1, tanto na linha de base quanto no momento dois, avaliou que sua maior dificuldade com relação ao comportamento alimentar era o hábito de beliscar. Além disso, nos dois momentos, PI1 relatou não ter nenhuma dificuldade de controle no uso de outras substâncias que causam dependência, nem no controle de finanças. PI2, na linha de base, também avaliou que sua maior dificuldade em relação ao comportamento alimentar era o hábito de beliscar. No momento dois, no entanto, PI2 avaliou que seu maior problema era com relação às quantidades de alimento ingerido, que foram avaliadas como grandes. Com relação ao controle do uso de outras substâncias, tanto na linha de base quanto no momento dois, PI2, relatou apresentar dificuldade apenas no uso de coca-cola. PI2 não relatou dificuldade no controle de finanças, nem na linha de base nem no momento dois.

PI3, na linha de base, indicou que sua maior dificuldade era o hábito de fazer jejuns prolongados. No momento dois, PI3 avaliou que sua maior dificuldade era o tamanho das porções, avaliadas como grandes. Não houve relato de dificuldade de controle de uso de substância nem de finanças para PI3, nem na linha da base nem no momento dois. PI4, nos dois momentos, avaliou que sua maior dificuldade no comportamento alimentar eram os jejuns prolongados. PI4 não relatou nenhuma dificuldade de controle do uso de outras substâncias ou de finanças na linha de base nem no momento dois, conforme Tabela 7. Dessa forma, a avaliação subjetiva dos participantes da intervenção indicou nenhuma mudança importante no momento dois em relação à linha de base, o que não correspondeu a uma das metas do estudo. PI2 e PI3 relataram dificuldade diferente no momento dois do estudo. PI3 indicou a realização de jejuns prolongados como sua maior dificuldade, na linha de base. No momento dois, no entanto, ambos os participantes relataram que o descontrole alimentar era sua maior dificuldade.

PC1, tanto na linha de base quanto no momento dois, avaliou que sua maior dificuldade no comportamento alimentar era a qualidade dos alimentos ingeridos. Nos dois momentos do estudo, PC1 não relatou nenhuma dificuldade no controle do uso de outras substâncias ou das finanças. PC2, na linha de base, avaliou como maior dificuldade do comportamento alimentar a realização de jejuns prolongados. No momento dois, essa avaliação indicou como maior dificuldade a ingestão de grandes volumes de alimentos.

Tanto na linha de base quanto no momento dois, PC2 relatou dificuldade de controle para a ingestão de coca-cola e uso do tabaco. Para as outras substâncias ou para as finanças, PC2 não indicou nenhuma dificuldade de controle.

**Tabela 7.** Avaliação subjetiva dos participantes da intervenção na linha de base e no momento dois.

		PI1	PI2	PI3	PI4	PC1	PC2	PC3	PC4
Subjetiva Avaliação	LB	Beliscar	Beliscar	Jejuns	Jejuns	Qualidade	Jejuns	Jejuns	Jejuns
	M2	Beliscar	Grandes quantidades	Grandes quantidades	Jejuns	Qualidade	Grandes quantidades	Jejuns	Descontrole alimentar
É tabagista	LB	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
	M2	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Café	LB	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	M2	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Álcool	LB	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	M2	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Coca-cola	LB	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
	M2	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Finanças	LB	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
	M2	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim

PC3, na linha de base e no momento dois, indicou como maior dificuldade no comportamento alimentar a realização de jejuns prolongados. Com relação à dificuldade de controle, tanto na linha de base como no momento dois, PC3 não relatou nenhuma dificuldade. No entanto, para o controle de finanças, PC3, na linha de base, relatou dificuldade. No momento dois, esse relato foi modificado e PC3 não indicou dificuldade no controle de finanças. PC4, na linha de base, indicou a realização de jejuns prolongados como maior dificuldade no comportamento alimentar. No momento dois, a dificuldade indicada foi o descontrole alimentar. Com relação à dificuldade de controle, apenas as finanças foram indicadas por PC4, tanto na linha de base quanto no momento dois. Dessa

forma, assim como nos participantes da intervenção, a avaliação subjetiva dos participantes-controle não indicou nenhuma mudança no momento dois em relação à linha de base, em relação aos objetivos do estudo.

#### 4.6 Fracionamento

Sobre o fracionamento alimentar, observou-se diferenças entre os participantes que se submeteram à intervenção e os participantes-controle. Foi avaliada a quantidade média de refeições realizadas em um dia. Isso foi obtido por meio do relato dos participantes do estudo, na linha de base e no momento dois, e pelo formulário de diário alimentar preenchido pelo participante nesses dois momentos distintos. Os participantes da intervenção interdisciplinar em grupo se aproximaram mais do que é orientado pelas diretrizes de alimentação saudável, em que se recomenda fazer seis refeições ao dia, conforme Tabela 8. Dentre os participantes-controle, PC4 apresentou piora no fracionamento da alimentação, com a redução de quatro refeições/dia para duas refeições diárias.

Dessa forma, os participantes que se submeteram à intervenção apresentaram resultado aproximado ao que é indicado para uma alimentação balanceada, composta de seis refeições diárias, em média. Os participantes-controle não apresentaram melhora em relação a fracionamento, com exceção de PC3, que manteve a média de seis refeições diárias, na linha de base e no momento dois.

**Tabela 8.** Fracionamento, na linha de base e no momento dois, para os participantes do estudo.

	LB	M2
PI1	4 refeições/dia	5 refeições/dia
PI2	3 refeições/dia	5 refeições/dia
PI3	8 refeições/dia	6 refeições/dia
PI4	3 refeições/dia	6 refeições/dia
PC1	4 refeições/dia	4 refeições/dia
PC2	4 refeições/dia	3 refeições/dia
PC3	6 refeições/dia	6 refeições/dia
PC4	4 refeições/dia	2 refeições/dia

#### 4.7 Qualidade da alimentação

Quanto à qualidade da alimentação, também se observaram diferenças entre os participantes. A qualidade da alimentação foi medida de acordo com relato verbal dos participantes na linha de base e no momento dois e com o diário alimentar preenchido

nesses dois momentos distintos. O que foi avaliado na qualidade alimentar foi a presença de ingestão de frutas, legumes e verduras e produtos *diet* ou *ligh*, bem como a sua quantidade de porções ingeridas ao dia, na linha de base e no momento dois, conforme Tabela 9.

Os participantes da intervenção interdisciplinar em grupo demonstraram mudança em relação à qualidade da alimentação no momento dois se comparada com a linha de base. Sobre a ingestão de frutas, PI1 diminuiu a quantidade de porções ingeridas no dia – de seis para três. PI3 e PI4 incluíram as frutas em sua refeição diária. PI2 não apresentou mudança em relação à ingestão de frutas. Todos os participantes da intervenção, no momento dois, tinham incluído legumes ou verduras em sua alimentação diária. Desses, apenas PI1 já tinha o hábito de ingerir esse tipo de alimento na linha de base. Sobre a ingestão de produtos *diet* ou *ligh*, apenas PI1 tinha o hábito de ingerir esse tipo de alimento na linha de base. No momento dois, no entanto, todos os participantes da intervenção tinham incluído esses produtos em sua alimentação diária, como mostra a Tabela 9.

Nos participantes-controle, apenas PC3 apresentou mudança em relação à qualidade da alimentação. Tanto na linha de base quanto no momento dois, PC1, PC2 e PC4 não apresentaram nenhuma mudança. Em ambos os momentos, eles não apresentaram ingestão de frutas, legumes ou verduras e produtos *diet* ou *ligh*. PC3, por outro lado, apresentou melhora na ingestão de verduras ou legumes (de uma porção diária para duas) e na ingestão de produtos *diet* ou *ligh* (de nenhuma para uma porção diária). PC3 diminuiu a quantidade de porções de frutas ingeridas no dia (de duas para uma), conforme Tabela 9.

Observou-se que os participantes que se submeteram à intervenção relataram aumento na ingestão de frutas, legumes ou verduras e na utilização de produtos *diet* ou *ligh*, diferente dos participantes-controle. Estes, com exceção de PC3, mantiveram sua conduta alimentar no momento dois, se comparada com a linha de base.

**Tabela 9.** Qualidade da alimentação, na linha de base e no momento dois, para os participantes do estudo.

		PI1	PI2	PI3	PI4	PC1	PC2	PC3	PC4
Frutas	LB	6	0	0	0	0	0	2	0
	M2	3	0	2	1	0	0	1	0
Legumas / verduras	LB	2	0	0	0	0	0	1	0
	M2	2	2	1	1	0	0	2	0
Diet/light h	LB	1	0	0	0	0	0	0	0
	M2	2	3	1	1	0	0	1	0

## Capítulo 5 – DISCUSSÃO

A realização de um estudo para avaliar os efeitos de uma intervenção interdisciplinar em grupo com participantes que apresentam excesso de peso ou obesidade implica desafios. Além da dificuldade de adesão para mudança do comportamento alimentar — característica frequente nessa população, de acordo com a literatura —, a própria estrutura do grupo, bem como a condução interdisciplinar e suas atividades, constituem atividade complexa. Ainda há muito que avançar no entendimento do tema e nas propostas de intervenção, visto que existem poucos trabalhos publicados.

Os resultados encontrados em auto-eficácia indicaram que a intervenção interdisciplinar em grupo parece ter sido positiva quanto à auto-avaliação dos participantes sobre sua capacidade para manter um controle alimentar e uma dieta saudável diante de situações-problema. O fato de todos os participantes que se submeteram ao grupo terem aumentado a média do escore de auto-eficácia indicou que a intervenção proporcionou a melhoria na crença sobre a capacidade de produzir determinado desempenho (Bandura, 1994; Silva, 2004). Essa crença parece ter exercido efeitos positivos na mudança comportamental que se refletiu, entre outros aspectos, na modificação da qualidade da alimentação relatada pelos participantes da intervenção (Katz & cols., 2005).

A literatura sublinha a importância do acompanhamento psicológico para a mudança em expectativas de auto-eficácia e, conseqüentemente, em comportamentos (Dishman & cols., 2005; Katz & cols., 2005). A diminuição na expectativa de auto-eficácia apresentada por três participantes-controle pode ter decorrido da ausência do acompanhamento profissional. Esse achado reforça a importância de uma intervenção específica para auto-eficácia, objetivando, em última instância, a mudança do comportamento alimentar.

Com relação ao enfrentamento, os resultados encontrados para os participantes do grupo indicaram os efeitos da intervenção em relação ao fortalecimento das estratégias de focalização no problema. Visto que a principal função dessa modalidade de enfrentamento é manejar a situação estressora, o fato de a ação interdisciplinar ter atividades realizadas em grupo, focadas em questões práticas e cotidianas relacionadas ao controle alimentar, pode ter favorecido o incremento do enfrentamento focalizado no problema (Ferrero & cols., 1998). Por outro lado, é possível aventar que o aumento do escore em enfrentamento focado no problema observado em três participantes-controle pode ter ocorrido em função

da própria participação no estudo e da reflexão ao responder às perguntas da pesquisadora na linha de base.

A intervenção não se mostrou eficaz para a redução do enfrentamento focalizado na emoção, visto que apenas um participante da intervenção (PI1) relatou redução dessa modalidade. Os resultados encontrados para os participantes-controle foram semelhantes aos dos participantes da intervenção. Escores elevados (ou mesmo superiores ao nível três da escala de resposta) em enfrentamento focalizado na emoção podem revelar dificuldades psicológicas como evitação comportamental e auto-culpabilização, segundo estudos com outras condições crônicas (Seidl & cols., 2001). Isso sugere que as atividades realizadas na intervenção não tiveram abordagem adequada a essa necessidade dos participantes ou carga horária suficiente para provocar mudança nessa medida.

Assim, questões psicológicas associadas ao comportamento alimentar em pessoas obesas parecem estar relacionadas a hábitos aprendidos na infância (Souto & Ferro-Bucher, 2006). A história de aprendizagem interfere predominantemente nas preferências, escolhas e rotinas alimentares e no comportamento diante de situações-problema (Perez & cols., 2004, Viana, 2002). Estudos encontraram associação entre obesidade e enfrentamento focado na emoção (Guedea & cols. citado em Tomaz & Zanini, 2009; Rebelo & Leal, 2007), o que ratifica essa relação. Outro fator a ser destacado é a função de gatilho exercida pelo estado emocional no comportamento alimentar (Guerdjikova & cols., 2007). Dessa forma, a abordagem de aspectos psicológicos associados ao padrão alimentar é essencial em intervenções com essa clientela.

Sobre o enfrentamento focado na busca por suporte social, a intervenção mostrou-se eficaz para aumentar essa modalidade de enfrentamento. A própria intervenção, por ser em grupo, pode ter contribuído para essa melhoria. O desenvolvimento do apoio social, citado por Radomile (2003) como uma das características de um programa para mudança de comportamento em saúde bem sucedido, pode ocorrer em espaços como a família e o próprio grupo em que se realizam as atividades.

Sobre a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, os resultados encontrados sugerem que a intervenção interdisciplinar em grupo não foi eficaz para modificar esse escore dos participantes da intervenção interdisciplinar, resultado que era esperado. Na verdade, essa modalidade de enfrentamento pode estar associado tanto ao enfrentamento focalizado no problema quanto em enfrentamento focado na emoção (Seidl & cols., 2001). Deve ser ressaltado ainda que crenças e valores religiosos arraigados e

freqüentes na população brasileira tendem a elevar os escores dessa modalidade de enfrentamento em amostras distintas (Faria & Seidl, 2005).

Viana (2002) e Perez e cols. (2004) ressaltaram que o comportamento alimentar está relacionado a aspectos emocionais e à história de aprendizagem, dentre outros fatores. Dessa forma, a diminuição de escore bruto para transtorno de compulsão alimentar periódica entre os participantes da intervenção em grupo indicou que a intervenção proporcionou espaço para aumento da conscientização acerca do próprio comportamento alimentar e sua relação com os aspectos emocionais. Pesquisa conduzida por Duchesne e cols. (2007) encontrou 86% de diminuição de frequência de episódios de compulsão alimentar, o que ressalta a importância dessa variável em intervenções psicológicas em grupo com pessoas com sobrepeso ou obesidade.

A modificação do padrão de escolhas alimentares por meio do treino de novos comportamentos é alvo de intervenções nessa área. A realização do diário alimentar e psicológico parece ter contribuído para essa mudança, visto que estimulou o processo de compreensão e de auto-conhecimento sobre o comportamento alimentar, mediante a observação dessa conduta e de seus eventos antecedentes e conseqüentes. De acordo com Straub (2005), emoções negativas podem funcionar como fatores desencadeadores de episódios de comer compulsivo. Os achados desse estudo indicam a importância da utilização de recordatórios alimentares e emocionais na identificação e no tratamento do sobrepeso ou da obesidade. Esse dado é corroborado pelos resultados de PC4, que apresentou aumento em escore para compulsão alimentar no momento dois, que indicava transtorno de compulsão alimentar grave. Além disso, esse participante apresentou sintomas característicos de episódio depressivo (observado por meio da entrevista clínica realizada na linha de base e no momento dois), o que corrobora achados de estudos anteriores (Fontenelle, Cordás & Sassi, 2002; Halmi & cols. conforme citado em Fandiño, Benchimol & Coutinho, 2004).

O fato de nenhum participante do estudo ter alcançado o percentual de cinco por cento de perda do peso corporal reforça a noção de que a perda de peso saudável e sustentável deve ser lenta e gradual, além de se constituir em grande desafio para os profissionais da área e para a própria pessoa que pretender baixar peso (Vieira, 2006). A intervenção em grupo, por ser composta de oito encontros semanais, não se mostrou eficaz para a redução de peso corporal. Estudos com número maior de sessões encontraram resultados que indicaram que a duração do grupo tem relação direta com seus efeitos, especialmente na redução de peso corporal. Duchesne e cols. (2007) obtiveram dados de

melhora nos indicadores de obesidade, em avaliação de tratamento cognitivo-comportamental em grupo para TCAP. Além de ser composto de dezenove semanas de acompanhamento psicológico, o grupo contava com acompanhamento nutricional e realização de atividade física. Os resultados obtidos por Duchesne e cols. indicaram melhora em sintomas de TCAP, bem como em outros indicadores psicológicos. Comparativamente ao delineamento da intervenção de Duchesne e cols., uma limitação da intervenção realizada foi a carga horária reduzida e a não abordagem da prática de atividade física. Esses dois aspectos merecem ser considerados em intervenções futuras.

Apesar de não ter resultado em perda do peso corporal dos participantes, a intervenção em grupo mostrou-se importante para que os participantes, pelo menos, não obtivessem resultado inverso ao esperado apresentando ganho de peso. Isso, ao contrário, foi observado em três participantes-controle. O resultado de perda de peso apresentado por PC3, que apresentou redução de 3,16%, pode estar relacionado a fatores sociodemográficos. Esse participante não tinha outros casos de obesidade na família nem apresentou obesidade na infância. Além disso, a entrevista clínica realizada na linha de base parece ter funcionado como fator de conscientização e motivação para o processo de mudança realizado por PC3, conforme informações do próprio participante. Segundo seu relato no momento dois, as perguntas da entrevista e suas respostas aos instrumentos do estudo na linha de base desencadearam um processo efetivo de mudança de seu comportamento alimentar.

A intervenção mostrou ter sido eficaz em relação à avaliação subjetiva quanto ao controle alimentar. Os dados obtidos indicaram aumento do conhecimento acerca do próprio comportamento alimentar nos participantes que modificaram sua própria avaliação, estimulada pelas atividades do grupo.

A intervenção mostrou-se efetiva ainda para mudar o fracionamento alimentar dos participantes do grupo. Isso foi observado na mudança da quantidade de refeições relatadas pelos participantes no momento dois. Essa mudança pode estar relacionada à perda de peso, mesmo não alcançando a meta inicial dos participantes do grupo. Esse dado parece ser resultado da intervenção conjunta de nutricionista e psicóloga e das atividades realizadas em grupo, que privilegiou a prática alimentar cotidiana. Os achados com relação ao fracionamento dos participantes-controle foram insatisfatórios e podem refletir a ausência da intervenção.

A qualidade da alimentação foi o indicador qualitativo em que mais se observou mudanças entre os dois grupos. A melhora relatada pelos participantes da intervenção, para

todos os aspectos de avaliação da qualidade alimentar foram: aumento em consumo de frutas, consumo de verduras ou legumes, consumo de produtos *diet* ou *light*, indicando aspectos vantajosos da intervenção interdisciplinar realizada. Dentre os participantes-controle, apenas PC3 apresentou melhora na qualidade alimentar. Esse dado indica a necessidade de acompanhamento nutricional em grupo, e não apenas intervenções individuais e pontuais.

Ainda sobre os efeitos do estudo, vale ressaltar a avaliação positiva dos participantes do grupo sobre as atividades realizadas no grupo. P11 relatou que a realização de diários alimentares a ajudou a conhecer melhor seu comportamento e a controlar sua conduta alimentar. P14 relatou que as sessões em que houve a disponibilização de informações nutricionais foi fundamental para a tomada de consciência e motivação para a mudança. P13 ressaltou a importância da descoberta da influência de aspectos psicológicos no comportamento alimentar e lamentou não haver mais sessões em que pudesse treinar novas condutas.

Dessa forma, a intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade exerceu contribuição importante ao delinear uma proposta de trabalho com base em referencial teórico da psicologia da saúde e com a utilização de técnicas de base cognitivo-comportamental, que tem se mostrado eficazes (Duchesne & cols., 2007). Outro fator a ser destacado foi a experiência profissional da nutricionista e da psicóloga que conduziram o grupo, tanto no trabalho com o tema quanto no trabalho conjunto. Destaca-se ainda que uma das vantagens de realizar estudo de avaliação de intervenção é a possibilidade de incremento teórico e metodológico, propiciando, assim, a qualidade do trabalho desenvolvido.

O desenho quase-experimental, por sua vez, favoreceu a comparação em dois momentos distintos, além da avaliação entre categorias de participantes. A mudança de delineamento ocasionada por desistência de quatro participantes não feriu aspectos éticos. Cabe ressaltar que estes poderão se engajar em grupos subsequentes da operadora de saúde.

Como limitação do estudo, pode ser mencionada a ausência de avaliação, com base em dados qualitativos obtidos no processo de realização do grupo, fruto de material gravado. Cabe mencionar que os registros dos encontros ficaram com má qualidade técnica, devido a ruídos do ambiente e pelo fato de ser uma atividade em grupo. Assim, em estudos futuros recomenda-se maior cuidado para garantir registro em áudio ou em filme para análise qualitativa de dados. Ademais, outros estudos devem ser realizados no sentido

de replicar a presente proposta de intervenção. Além disso, a intervenção pode ser testada em uma população com características de peso e IMC mais homogêneas do que as dos grupos estudados, podendo ser replicada na própria Amil.

Outras avaliações dos participantes são indicadas, além das duas realizadas. Uma avaliação logo após o grupo poderia verificar se as mudanças psicológicas se mantiveram e se o peso corporal apresentou maior redução.

Os instrumentos utilizados no estudo contribuíram para sua execução. A escala de auto-eficácia, apesar de não validada, se mostrou muito útil para o alcance dos objetivos dos estudos, além de possuir linguagem acessível e ser de fácil aplicação. Um estudo para validação desse instrumento para a língua portuguesa poderia ser de grande valia.

A escala de compulsão alimentar também foi muito útil, pois possui linguagem de fácil interpretação. A EMEP, por sua vez, por não ter sua destinação específica para o comportamento alimentar e as questões do excesso de peso e por ser mais extensa do que os outros instrumentos, foi de mais difícil aplicação e compreensão por parte dos participantes. Os formulários de diário alimentar e psicológico foram fundamentais para a compreensão do comportamento alimentar dos participantes, bem como para a reflexão sobre os erros de fracionamento, qualidade da alimentação e dos excessos cometidos. No entanto, para os participantes com grau de escolaridade inferior, eles foram de difícil utilização e interpretação, especialmente com relação à coluna que pede a descrição do estado emocional.

Por fim, outra limitação do estudo se deveu à amostra de conveniência, além de ter sido composta de número pequeno de participantes, o que prejudica o poder de generalização dos resultados do estudo.

## Capítulo 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sobrepeso e a obesidade são condições que decorrem do excesso de ingestão calórica combinado com a diminuição do gasto calórico. Atualmente, o mundo observa o crescimento da incidência e da prevalência dessas condições, que atingiram caráter epidêmico. O sobrepeso e a obesidade contribuem para o surgimento ou agravamento de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, entre outras doenças, além de exercer maior risco de mortalidade. Além de agravar doenças, o sobrepeso e a obesidade acarretam danos psicossociais, tais como baixa auto-estima, depressão e isolamento social. Dessa forma, essas condições, hoje em dia, constituem problema de saúde pública e desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança comportamental envolvida no seu tratamento e as questões psicossociais que estimulam sua continuidade.

O tratamento do sobrepeso e da obesidade envolve estímulo à mudança comportamental e deve, de preferência, ser de caráter interdisciplinar, visto que estudos têm questionado a eficácia de tratamentos unidisciplinares. Além disso, o tratamento interdisciplinar se justifica pelo fato de o sobrepeso e a obesidade serem fenômenos multifacetados e multideterminados. Assim, os aspectos emocionais não podem ser negligenciados no tratamento do sobrepeso e da obesidade. Nesse sentido, a abordagem psicológica permite que o paciente relacione os aspectos emocionais aos hábitos alimentares, facilitando a mudança de comportamento. O referencial teórico da psicologia da saúde associado a técnicas psicológicas pode abordar questões como a expectativa de auto-eficácia em relação ao comportamento alimentar, o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, a diminuição de sintomas de transtorno de compulsão alimentar periódica, dentre outros. Pode-se destacar também a importância da intervenção em grupo. Além de potencializar as técnicas utilizadas, o tratamento em grupo permite o compartilhamento de histórias, sentimentos e, por si só, fortalece o suporte social.

Os resultados encontrados indicaram que a intervenção interdisciplinar em grupo foi eficaz para o processo de auto-conhecimento sobre o próprio comportamento alimentar. A crença na própria capacidade de se manter em uma dieta saudável também foi incrementada pelas atividades desenvolvidas. O enfrentamento focado no problema teve seu escore aumentado para os participantes da intervenção. Além disso, os sintomas de compulsão alimentar apresentaram redução. A qualidade da alimentação se aproximou do

que é orientado para uma alimentação saudável. Essa tomada de consciência, no entanto, não refletiu na perda de peso, que não alcançou o percentual mínimo esperado.

Esses dados indicam a necessidade de uma intervenção com duração superior a oito encontros, para que as mudanças ocorridas na alimentação possam refletir no peso corporal, reduzindo o excesso de peso em percentual indicado na literatura. Outra possibilidade é a valorização de outras práticas associadas ao estilo de vida saudável como a realização de atividade física.

O estudo teve avaliação positiva dos participantes do grupo em relação às atividades desenvolvidas. Ainda, ele contribuiu para o delineamento de uma proposta de trabalho com referencial teórico da psicologia da saúde e com o uso de técnicas de base cognitivo-comportamental. O estudo teve ainda o mérito de ser pioneiro, tendo em vista seu delineamento e variáveis analisadas.

**REFERÊNCIAS**

- Abrantes, M. M., Joel, A. L., & Colosimo, E. A. (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(2), 162-166.
- Abreu, P. R., & Cardoso, L. R. D. (2008). Multideterminação do comportamento alimentar em humanos: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*: 24(3), 355-360.
- Andrade, B. M. C., Cardeal, C. M. C., & Araújo, L. M. B. (2004). Peso flutuante no tratamento de mulheres obesas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 48(2), 276-281.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão da teoria. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Em V. S. Ramachaudran (Org.), *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Em F. Pajares & T. Urdan (Orgs.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-337). New York: Information Age Publishing.
- Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G. Ruggiero, L., Greene, G., & Caldwell, M. (2006). Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(43), 3-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Sanitária (2006). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Caballo, V. E. (1999). *Manual de terapia e modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Editora Santos.
- Cardoso, L. K. O., & Carvalho, A. M. P. (2007). Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 297-312.
- Cavalcanti, A. P. R., Dias, M. R., & Costa, M. J. C. (2005). Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 121-129.
- Coutinho, W., & Dualib, P. (2006). Etiologia da obesidade. Em M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 265-272.). São Paulo: Artmed..

- Dishman, R. K., Motl, R. W., Sallis, J. F., Dunn, A. L., Birnbaum, A. S., Welk, G. J., Bedimo-Rung, A. L., Voorhees, C. C., & Jobe, J. B. (2005). Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1),10-18.
- Duchesne, M., & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl. III), 49-53.
- Duchesne, M., Appolinario, J. C., Rangé, B. P., Fandiño, J., Moya, T., & Freitas, S. R. (2007). Utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo baseada em manual em uma amostra brasileira de indivíduos obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 23-25.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., & Coutinho, W. F. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria*, 26(1), 47-51.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F.(2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,18, 381-389.
- Ferrero, J., Barreto, M. P., & Toledo, M. (1998). Estrés y salud. Em P. B. Martin, J. G. Martinez & M. T. Alliaga (Orgs.), *Intervención em Psicologia Clínica Y Salud* (pp. 11-58). Valencia: Promolibro.
- Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Lindsey, B., Munoz, D., Dymek-Valentine, M., Alverdy, J., & Grange, D. (2007). Emotional Eating in a Morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778-784.
- Feilstrecker, N., Hatzenberger, R., & Caminha, R. M. (2003). Técnicas cognitivo-comportamentais. Em R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 53-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fontenelle, L., Cordás, T., & Sassi, E. (2002) Transtornos alimentares e os espectros do humor obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl. III), 24-28.
- Francischi, R. P. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P., & Lancha Jr., A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13(1), 17-28.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Sichieri, R. (2002). Validação de versão brasileira da Binge Eating Scale – Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 79-81.

- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. Em M. G. G. Gimenes e M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (111- 145), Campinas, Editorial Psy.
- Guerdjikova, A. I., West-Smith, L., McElroy, S., Sonnanstine, T., Stanford, K., & Keck Jr., P. E. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *17*, 1091-1096.
- Halpern, Z. S. C., Rodrigues, M. D. B., & da Costa, R. F. (2004). Determinantes fisiológicos do controle de peso e apetite. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31*(4), 150-153.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2004). *Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2002 – 2003*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2004). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Katz, S., Feigenbaum, A., Pasternak, S., & Vinker, S. (2005). An interactive course to enhance self-efficacy of family practitioners to treat obesity. *BMC Medical Education*, *5*, 4-11.
- Kim, J., Park, S.K., & Lim, Y.J. (2007). Analysis of the factors affecting the success of weight reductions programs. *Yonsei Medical Journal*, *48*, 24-29.
- Lofrano-Prado, M. C., Antunes, H. K. M., Prado, W. L., Piano, A., Caranti, D. A., Tock, L., Carnier, J., Tufik, S., Mello, M. T., & Dâmaso, A. R., (2009). Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, *7*, 1-8
- Matos, M. I. R. M., 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.
- Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *20*(3), 698-709.
- Ministério da Saúde (2008). *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Moreira, R. O., & Benchimol, A. K. (2006). Princípios gerais do tratamento da obesidade. Em M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 289-298). São Paulo: Artmed.

- Nahas, M. V. & de Assis, M. A. A. (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 12 (1), 33-41.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Organização Mundial da Saúde: Genebra
- Perez, G. H., & Romano, B. W. (2004). Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 14(4), 544-549.
- Pugliese, R., Zanella, M.T., Blay, S. L., Plavinik, F., Andrade, M. A., & Galvão, R. (2007). Intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(4), 225-230.
- Radomile, R. R. (2003). Obesidade. Em J. R. White & A. S. Freeman (Orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a população e problemas específicos* (pp. 109-136). São Paulo: Roca.
- Rehm, L. P. (1999). Métodos de autocontrole. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p. 581-605) (M. D. Claudino, Trad.). São Paulo: Santos Livraria. (Trabalho original publicado em 1996)
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 467-477.
- Rodrigues, E. M., & Boog, M. C. F. (2006). Estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 923-931.
- Santos, J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425.
- 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, 225-234.
- Silva, A. M. M. (2004). Teoria da Auto-eficácia. Em Dela Coleta (Org.), *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde* (pp. 131-168). Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Sousa, J. R. (2002). *Características de personalidade, coping, suporte social e suas associações com a obesidade*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana – Departamento de Nutrição – Universidade de Brasília, Brasília.

- Souto, S., & Ferro-Bucher, J. S. N. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição, 19*(6), 693-704.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tomaz, R., & Zanini., D. S. (2009). Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(3), 447-454.
- Varela, A. L., Quintans, C. C., Tranqueira, A. P. M., Gasparotto, R., Isaac, I. A. S., Estrela, R. A. M., Costa, F. M. C. B. & Campos, A. A. M. S. (2007). Programa de emagrecimento para mulheres obesas envolvendo variáveis nutricionais, psicológicas e exercício físico. *Revista Brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento, 1*(6), 12-27.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 4* (XX), 611-624.
- 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.

## ANEXOS

## Anexo 1 – Roteiro de entrevista semi-estruturado

### 1. Dados Gerais

Nome: \_\_\_\_\_ Data do atendimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto  
( ) Médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior ( ) pós-graduação

Situação conjugal:

( ) solteiro/a só ( ) solteiro/a namorando ( ) casado/a /união consensual ( ) separado/a;  
divorciado/a ( ) viúvo/a

Filhos:

( ) Não tem ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Reside com:

( ) família extensa ( ) família nuclear ( ) sozinho ( ) com amigos

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_ kg Altura: \_\_\_ m

2. Qual a sua história de obesidade? A que você atribui sua condição (sobrepeso ou obesidade)?

3. Você relaciona seu ganho de peso com alguma situação específica que ocorreu em algum momento de sua vida? Se sim, poderia falar sobre um pouco sobre isso?

4. Há outros casos de sobrepeso ou obesidade na sua família?

5. Você já realizou outras tentativas anteriores para perder peso? Como foi?

6. Como você avalia sua dinâmica familiar e seu suporte social para o enfrentamento da obesidade?

7. Das opções abaixo, qual você identifica como presente em seu comportamento alimentar?

( ) jejuns prolongados/problema no fracionamento

- hábito de beliscar
- preferência por doces
- ansiedade alimentar noturna
- associação forte entre emoção e comportamento alimentar
- descontrole alimentar/TCAP
- grandes volumes

**Agora, gostaria de conversar sobre o uso de álcool e outras drogas. Se tiver alguma pergunta que não queira responder, fique à vontade.**

**8.** Você identifica alguma dificuldade para controlar o uso de alguma dessas substâncias abaixo?

- |                  |                              |                              |                   |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Cigarro:         | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Observação: _____ |
| Café:            | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Observação: _____ |
| Coca-cola:       | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Observação: _____ |
| Álcool:          | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Observação: _____ |
| Drogas ilícitas: | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Observação: _____ |

**9.** Você identifica alguma dificuldade para controlar suas finanças?

**10.** Observações

## Anexo 2 – Escala de auto-eficácia para regular hábitos alimentares

Diferentes situações em que pode ser difícil manter uma dieta com baixa caloria são descritas abaixo. Por favor, assinale, para cada uma das situações, no espaço em branco da coluna, o seu grau de confiança de que poderá manter uma dieta saudável de maneira regular.

Classifique seu grau de confiança por meio do registro de um número de 0 a 100, usando a escala dada abaixo:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não consigo,			Consigo de forma moderada				Consigo, com certeza,			
de forma alguma, manter a							manter a dieta saudável			
dieta saudável										

### **Confiança** **(0-100)**

Enquanto assisto televisão	_____
Sentindo-me inquieto ou entediado	_____
Durante feriados	_____
Sentindo-me chateado ou tenso com assuntos relacionados ao trabalho	_____
Comendo na casa de amigos	_____
Preparando refeições para outras pessoas	_____
Comendo sozinho em um restaurante	_____
Quando estou com raiva ou aborrecido	_____
Quando estou com muita fome	_____
Quanto estou depressivo	_____
Quando eu quero relaxar e curtir a comida	_____
Quando há muita comida calórica disponível em casa	_____
Quando estou comemorando com outras pessoas	_____
Quando alguém me oferece comida calórica	_____
Quando sinto um forte impulso para comer comidas calóricas que gosto	_____
Quando estou me divertindo com visitas	_____
Durante as férias	_____
Comendo fora com outras pessoas quando elas pedem comida calórica	_____
Festas em que comida gostosa e muito calórica é servida	_____
Em eventos recreativos quando comida calórica é servida	_____
Quando visito uma cidade e preciso de uma refeição rápida	_____

- Refeições em aviões com opções muito calóricas \_\_\_\_\_
- Quando visito uma cidade e quero conhecer a comida local e os restaurantes \_\_\_\_\_
- Feriados e comemorações em que comidas muito calóricas são servidas \_\_\_\_\_
- Quando você está chateado com assuntos familiares \_\_\_\_\_
- Quando você quer mais variedade em sua dieta \_\_\_\_\_
- Quando você toma café-da-manhã fora de casa \_\_\_\_\_
- Quando outras pessoas trazem ou servem comidas calóricas \_\_\_\_\_
- Quando você tem que preparar sua própria refeição \_\_\_\_\_
- Quando você vê comidas calóricas atraentes no supermercado \_\_\_\_\_

### Anexo 3 – Escala de compulsão alimentar – ECAP

#### Lista de verificação dos hábitos alimentares:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente, ultimamente, em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

#### 1.

a) Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.	1
b) Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).	2
c) Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).	3
d) Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.	4

#### 2.

a) Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.	1
b) Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.	2
c) Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.	3
d) Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece me sinto desconfortavelmente empanturrando(a) por ter comido demais.	4

#### 3.

a) Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.	1
b) Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.	2
c) Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.	3
d) Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.	4

#### 4.

a) Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).	1
b) Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.	2
c) Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.	3

d) Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.	4
--	---

## 5.

a) Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.	1
b) De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.	2
c) Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.	3
d) Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu cuspo, assim não ganharei peso.	4

## 6.

a) Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	1
b) De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	2
c) Quase o tempo todo sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	3

## 7.

a) Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.	1
b) Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.	2
c) Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “Agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.	3
d) Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.	4

## 8.

a) Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.	1
b) Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).	2
c) Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.	3
d) Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).	4

## 9.

a) Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.	1
b) Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.	2

c) Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite, Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.	3
d) Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.	4

**10.**

a) Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.	1
b) De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.	2
c) Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não posso controlar.	3
d) Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.	4

**11.**

a) Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).	1
b) Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.	2
c) Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.	3
d) Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.	4

**12.**

a) Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).	1
b) Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.	2
c) Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.	3
d) Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.	4

**13.**

a) Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.	1
b) Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.	2
c) Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.	3
d) Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.	4

## 14.

a) Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.	1
b) Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.	2
c) Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.	3
d) Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.	4

## 15.

a) Eu não penso muito sobre comida.	1
b) Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.	2
c) Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.	3
d) Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.	4

## 16.

a) Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.	1
b) De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.	2
c) Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.	3

**Grata pela participação!**

### Anexo 4 – Escala de modos de enfrentamento de problemas – EMEP

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua condição de excesso de peso, nesse momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar essa condição, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda de um profissional para enfrentar o meu problema de saúde.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. 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.

Muito obrigada pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1.	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2.	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3.	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4.	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5.	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6.	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7.	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8.	Eu rezo/oro.	1	2	3	4	5
9.	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10.	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11.	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12.	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13.	Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14.	Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15.	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16.	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17.	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18.	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5

19.	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20.	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21.	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22.	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23.	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24.	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25.	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26.	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27.	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28.	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29.	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30.	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31.	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32.	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33.	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34.	Procuo me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35.	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36.	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37.	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38.	Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39.	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40.	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41.	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42.	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43.	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44.	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45.	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?

---

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

**Anexo 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília**



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: **082/09**

Título do Projeto: “Avaliação de programa interdisciplinar em grupo para tratamento de sobrepeso e obesidade”.

Pesquisadora Responsável: Paula Luana Silva dos Santos

Data de Entrada: 27/08/2009

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 **082/09** com o título: “Avaliação de programa interdisciplinar em grupo para tratamento de sobrepeso e obesidade”, analisado na 8ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de setembro de 2009.

A pesquisadora responsável fica, 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, 30 de novembro de 2009.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB

**Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da intervenção**

**Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia/PED  
Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Brasília (DF), \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando estudo para avaliar um programa de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Paula Luana Silva dos Santos, aluna de mestrado, com orientação da psicóloga e professora Eliane Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Esclarecemos que esta pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito da operadora de saúde Amil Assistência Médica Internacional Ltda., para pacientes que possuam esse plano de saúde.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo que inclui o programa de intervenção, conforme as atividades abaixo:

1. Entrevista psicológica individual inicial, onde serão abordadas questões relativas à história da doença, hábitos de vida, estratégias de enfrentamento, entre outras.
2. Participação em 08 (oito) sessões de grupo que irão abordar temas relacionados à mudança de estilo de vida inerente ao tratamento do sobrepeso ou da obesidade. Os encontros terão a duração aproximada de duas horas, serão conduzidos por psicóloga e/ou nutricionista e serão realizados na academia Fitness Brasil, no Complexo Brasil XXI, com frequência semanal.
3. Depois de encerrados os encontros, os participantes passarão por entrevista psicológica individual final, para avaliar a adesão às orientações.

Esclarecemos ainda que todas as atividades previstas serão gravadas e pedimos sua autorização para a gravação. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, pedimos

sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e outra com a equipe da pesquisa. O sigilo sobre as informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. Pedimos ainda sua autorização para que, quando necessário, seja feito contato com o Sr (a) pelo telefone informado abaixo.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Informamos que essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ciências da Saúde da UnB (tel: 33072643).

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

***Paula Luana Silva dos Santos***

Psicóloga (CRP 01-8471)

*Mestranda do IP/UnB*

Telefone: 8437-5279

Sim, aceito participar da pesquisa e estou de acordo com o que é proposto acima.

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Brasília (DF), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Assinatura

**Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes-  
controle**

**Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia/PED  
Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Brasília (DF), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando estudo para avaliar um programa de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Paula Luana Silva dos Santos, aluna de mestrado, com orientação da psicóloga e professora Eliane Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Esclarecemos que esta pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito da operadora de saúde Amil Assistência Médica Internacional Ltda., para pacientes que possuam esse plano de saúde.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo que inclui duas entrevistas, conforme as atividades abaixo:

1. Entrevista psicológica individual inicial, onde serão abordadas questões relativas à história da doença, hábitos de vida, estratégias de enfrentamento, entre outras.
2. Entrevista psicológica individual final, após, aproximadamente, três meses da realização da entrevista inicial, onde serão abordadas as mesmas questões da entrevista inicial.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e outra com a equipe da pesquisa. O sigilo sobre as informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. Pedimos ainda sua autorização para que, quando necessário, seja feito contato com o Sr (a) pelo telefone informado abaixo.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua

decisão de desistência. Informamos que essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ciências da Saúde da UnB (tel: 33072643).

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

***Paula Luana Silva dos Santos***

Psicóloga (CRP 01-8471)

*Mestranda do IP/UnB*

Telefone: 8437-5279

Sim, aceito participar da pesquisa e estou de acordo com o que é proposto acima.

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Brasília (DF), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Assinatura