



## ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS A PERDA DE PESO EM PESSOAS COM OBESIDADE: UM ESTUDO PRELIMINAR

Marina Cristina Zotesso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da UNESP-Bauru - ma\_zotesso@hotmail.com

### RESUMO

O emagrecimento é vital para a redução de doenças crônicas e progressivas em pessoas com obesidade mórbida, razão pela qual um grande número de pacientes procura alternativas para perda de peso, tais como reeducação alimentar (RA) e cirurgia bariátrica (CB). O objetivo deste estudo prospectivo foi identificar as condutas relacionadas ao emagrecimento assim como a vivência e a interpretação da obesidade, por meio de uma entrevista semiestruturada e escalas comportamentais referentes a ansiedade, obsessões e compulsões, contrastando dois momentos do processo de redução de peso com um intervalo de quatro meses. Os participantes foram divididos em dois grupos conforme o tratamento para emagrecimento CB e RA. Embora os resultados sejam parciais, evidenciam um histórico de baixa persistência na dieta, e interpretação negativa do tratamento em especial quanto ao insucesso dos resultados acerca da perda de peso. As escalas comportamentais mostram redução de sintomas na comparação entre avaliações. Para Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS), o grupo tratado por CB exibiu uma redução de sintomas significativa comparada ao grupo RRA. Em conclusão a redução de peso, independente de tratamento, diminuiu os sintomas psicológicos aferidos. Contudo, o emagrecimento rápido reduziu a intensidade de sintomas compulsivos e obsessivos num intervalo breve de tempo.

**Palavras-chave:** Neuropsicologia; Excesso de peso; Reeducação Alimentar; Dieta.

### INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos fatores que mais comprometem a saúde dos indivíduos, capaz de trazer prejuízos tanto no que se refere aos aspectos biológicos, como aos danos psicológicos (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), a obesidade pode ser classificada como parte do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, e inserida na Classificação Internacional de Doenças, como sendo o acúmulo excessivo de tecido adiposo, que compromete a qualidade de vida. Além disso, é classificada como uma doença psicossomática, de caráter crônico com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos e psicológicos (FELIPPE, 2003).

Há uma crescente evolução das prevalências de sobrepeso (Índice de Massa Corporal; IMC)  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  e de obesidade (IMC  $\geq 30 \text{ KG/M}^2$ ) em nosso país (SICHIERI; SOUZA, 2007). Dados do Ministério da Saúde indicam que 51% da população brasileira se encontra acima do peso (ABESO, 2013), e essa prevalência se estende a todas as regiões do país (PINHEIRO et al., 2004). De acordo com os dados obtidos por meio da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada entre 2008-2009, 50,1% dos homens e 48,0% das mulheres

brasileiras estão com excesso de peso. Crianças e adolescentes já fazem parte dos grupos comprometidos pelo excesso de peso, com 33,5% e 20,5% respectivamente (BRASIL, 2010).

Os aspectos clínicos associados à obesidade estão bem documentados, entretanto os sintomas psicológicos raramente são valorizados, embora estejam associados a modificações comportamentais, que influenciaram na maneira de comer e no modo de pensar sobre a alimentação. Pacientes obesos que procuram tratamento possuem sintomas psicológicos associados, tais como depressivos e ansiosos, bem como outras alterações alimentares, como a compulsão alimentar (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002). O estresse, por exemplo, pode ser um potente fator no desenvolvimento de gordura visceral e abdominal, uma vez que a comida se torna reforçadora e alivia os sintomas de ansiedade e impulsividade (BRITO et al., 2005). A compulsão também é observada em pacientes obesos que emagrecem rapidamente podem estar sujeitos, alterando a alimentação excessiva para gastos e uso de substâncias (IMIANOVSKI; ROSS, 2007; EHRENBRINK; PINTO; PRADO, 2009).

Além disso, pacientes com obesidade, em sua grande maioria, apresentam uma baixa autoestima, seja no âmbito amoroso, social e/ou profissional, o que concomitantemente diminui sua qualidade de vida (WEE et al., 2013). Os efeitos de uma qualidade de vida reduzida estão presentes em todas as faixas etárias, sem distinção. A avaliação desses efeitos em uma amostra de 147 adolescentes obesos salientou uma prevalência de baixa qualidade de vida e insatisfação com a imagem corporal (GOUVEIA et al., 2016). Sendo, dessa forma, a obesidade fator de sofrimento e rejeição (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013).

O presente estudo prospectivo tem como objetivo identificar as condutas relacionadas a perda de peso a partir de questões referidas a vivência e a interpretação da obesidade de pacientes submetidas a dois distintos tratamentos para redução de peso.

## **MÉTODO**

**Participantes.** Foram selecionados 27 pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 18 a 60 anos e IMC > 35, alfabetizados com no mínimo 4 anos de escolaridade. Distribuídos em dois grupos balanceados quanto ao gênero e em função do método para redução de peso: por cirurgia bariátrica (RPCB; N=14), sendo 12 mulheres e 2 homens e grupo por reeducação alimentar (RPRA; N=13), com toda amostra feminina.

**Materiais.** Os grupos foram avaliados com uma entrevista semiestruturada, elaborada exclusivamente para a pesquisa, intitulada “Roteiro de entrevista semiaberta” (ZOTESSO; SANTOS, 2016) e composta por 14 questões, das quais serão apresentadas seis perguntas, além disso foram utilizadas Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS) e Inventário Beck de ansiedade (BAI).

**Procedimentos e Análises.** Ambos grupos foram avaliados em dois momentos distintos (baseline e após 4 meses) quanto as escalas comportamentais, este intervalo foi considerado com base no grupo CB, de forma a contemplar o período pós-cirúrgico. Quanto as análises, para a entrevista semiestruturada, sendo o cálculo das mesmas feito a partir da frequência e a porcentagem de respostas de cada item, as quais foram apresentadas como médias de repostas por grupos. Nenhuma questão totaliza 100% em virtude de mais de uma alternativa mencionada pelo participante. Para a escala e o inventário as comparações foram realizadas por análise de variância (ANOVA), a probabilidade de  $p \leq 0,05$  foi considerada como diferença significativa. Os dados estão apresentados como média  $\pm$  desvio padrão (DP).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Universidade do Sagrado Coração

Rua Irmã Arminda, 10-50, Jardim Brasil – CEP: 17011-060 – Bauru-SP – Telefone: +55(14) 2107-7000

[www.usc.br](http://www.usc.br)

Sobre a pergunta: “*Como se sente em épocas de dietas?*” os participantes do grupo RPCB (N=14) relataram com maior ênfase *Ansiedade* (28%), *Desânimo* (28%) e *Estresse* (28%). O grupo RPRA (N=13) enfocou as sensações de *Ansiedade* (38%) e *Irritação* (38%). O item *Fraqueza* foi apontado por 1 participante do grupo RPRA (7,6%), sendo o único item que não está relacionado a aspectos psicológicos.

Na questão: “*Indique o quão rigorosamente segue a dieta?*” 9 (64%) do grupo RPCB relataram seguir entre 20% a 60%, enquanto no grupo RPRA 10 (76%) indicaram a mesma rigorosidade, evidenciando uma baixa persistência na dieta pela amostra analisada. Em relação ao abandono da dieta na pergunta: “*Quando você decide abandonar uma dieta? Em geral após quanto tempo abandona uma dieta?*” a maioria dos participantes aponta que interrompe a mesma naturalmente ou quando não observar maiores resultados de perda de peso. A desistência para o grupo RPCB (N=14) ocorre especialmente no período de 1 semana a 15 dias (42%), igualmente ao grupo RPRA, entre 1 semana a 15 dias (46%).

Na pergunta: “*Quais os profissionais procurou para o controle da obesidade?*” foram registradas sete categorias apontadas pela amostra: *Endocrinologista* e *Nutricionistas* (com mais de 50% da amostra em ambos grupos), *Nutrólogo*, *Psicólogo*, *Gastroenterologista*, *Psiquiatra* e *Clínico Geral*. A respeito da pergunta: “*Já tomou remédios para emagrecer? Quais?*” Todos os participantes relataram ter feito uso de fármacos. Sendo eles: *Sibutramina* (com uso mais frequente), *Femproporex*, *Orlistat*, *Anfepramona*, *Clonazepam*, *Flozetina* e *Topiramato*.

No questionamento: “*Quais os motivos que o levaram a procurar a cirurgia bariátrica?*” o grupo RPCB (N=14) apontou como motivo principal o fato de *Não conseguir perde peso* (64%), já o grupo RPRA (N=13) enfocou a necessidade de *Melhora na saúde* (61%). Outros itens apontados por ambos grupos foram: *Indicação médica* e *Estética*.

### Escalas comportamentais:

Tabela 1 - Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Teste	RPRA (n=13)		RPCB (n=14)		Efeitos	F	P	n <sup>2</sup>
	Baseline M±(DP)	Follow up M±(DP)	Baseline M±(DP)	Follow up M±(DP)				
<b>BAI</b>	22.15 ±	16.85 ±	16.00 ±	9.86 ±	grupo	3.33	0,080	0.0069
	13.18	8.87	9.27	10.65	tempo	8.84	0,006	
					interação	0.05	0,830	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 2 - Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS)

Teste	RPRA (n=13)		RPCB (n=14)		Efeitos	F	p	n <sup>2</sup>
	Baseline M±(DP)	Follow up M±(DP)	Baseline M±(DP)	Follow up M±(DP)				
<b>Y-BOCS</b>	13.23 ±	11.23 ±	11.23 ±	8.63 ±	grupo	2.31	0,1410	0.072
	6.06	7.21	7.21	6.29	tempo	17.54	0,0003	
					interação	3.27	0,083	

Fonte: Elaborada pelo autor.

A escala BAI não apresentou diferenças estatísticas, contudo evidenciou-se uma melhora qualitativa ao grupo RPCB, que mostra segundo os escores do inventário um ansiedade mínima na segunda avaliação contrastando com uma ansiedade leve na primeira avaliação. A escala Y-BOCS se baseia em pontuações baixas para um melhor desempenho nesta categoria. Os grupos apresentam diferença estatística ( $p < 0,05$ ; representados pelas letras A e B), evidenciando uma redução dos sintomas no grupo RPCB quando comparado ao grupo RPRA.

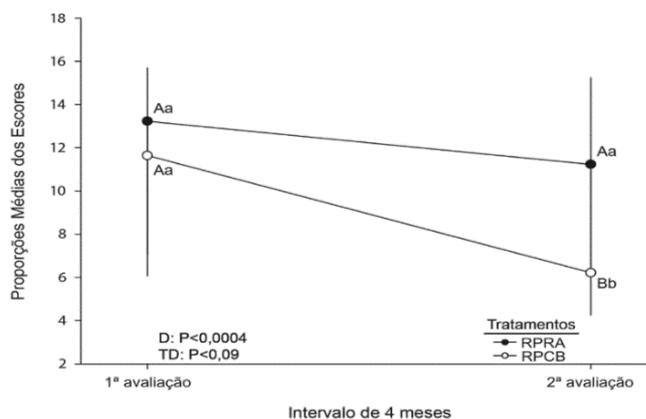


Gráfico 1: Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS)

A partir dos resultados expostos, tal estudo preliminar corrobora com os dados de Nascimento, Bezerra e Angelim (2013) quanto a percepção da obesidade, bem como da dieta de forma negativa pois há uma baixa rigorosidade na continuidade da mesma e alto índice de desistência após o insucesso inicial, ocasionando na busca por outras alternativas, como medicação e CB. Dessa forma, a maneira como se vive e interpreta a dieta e concomitantemente a obesidade pode estar associada a baixa adesão do tratamento e ao sofrimento decorrente do insucesso.

Os resultados apontados no inventário BAI, confirmam os estudos de Segal, Cardeal e Cordás (2002) sobre existência de sintomas ansiosos associados à obesidade, contudo foram mínimos na presente amostra, talvez justamente por estarem realizando acompanhamento interdisciplinar. Os dados da escala Y-BOCS, ressaltam que após o procedimento de CB, os pacientes diminuíram os sintomas de obsessões e compulsões, sendo do ponto de vista científico uma alteração relevante, tanto no sentido de demonstrar uma mudança de comportamento em curto período de tempo, e é sugestivo de que talvez estes pacientes não necessitem efetuar futuras trocas da compulsão alimentar para outros parâmetros, como salientado por Ehrenbrink, Pinto e Prado (2009).

## CONCLUSÕES

De modo geral, as comparações entre os grupos RPCB e RPRA, ainda que sejam iniciais sugerem que embora o grupo RPRA obteve resultados positivos quanto a melhora de sintomas avaliados, ainda assim o grupo RPCB se manteve superior na redução dos sintomas na segunda avaliação. Evidencia-se também uma baixa persistência na dieta, bem como uma

vivência e interpretação negativa da obesidade e da perda de peso pelos participantes entrevistados.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). 2013. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/1055/excesso+de+peso+apontado+pelo+vigitel+revela+falta+de+pol%C3%ADticas+eficientes+na+prevencao+da+obesidad.shtml>>. Acesso em: 30 ago. 2013.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010.
- BRITO, C. L. S. et al. *Obesidade: Terapia Cognitiva-Comportamental*. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2005.
- EHRENBRINK, P. P.; PINTO, E. E. P.; PRANDO, F. L. Um novo olhar a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009.
- FELIPPE, F. *Obesidade zero: a cultura do comer na sociedade de consumo*. Porto Alegre: Sulina, 2003.
- IMIANOVSKI, C.; ROSS, M. F. *Contribuição da psicologia no tratamento da obesidade*. Monografia. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Regional de Blumenau, 2007.
- NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Código Internacional de doenças (CID10)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.
- PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.
- SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. Revisão de Literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.
- SICHERI, R.; SOUZA, R. A. G. Epidemiologia da obesidade In: KAC, G.; SICHERI, R.; GIGANTE, D. P. *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007.