

**ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E ALIMENTARES EM OBESOS  
 APÓS GRUPO DE INTERVENÇÃO**

Amoysa Araújo Ribeiro<sup>1</sup>, Vanessa Teixeira de Lima Oliveira<sup>2</sup>, Ricardo Andrade Bezerra<sup>1</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** A obesidade é doença, considerada um dos principais problemas de saúde pública. E está relacionada com o surgimento de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DTAS). Porém é uma condição que pode ser enfrentada e revertida. Para isso existem diversas formas de tratamento, entre eles destaca-se a metodologia em grupo, que tem sido fortemente indicada. **Objetivo:** avaliar as alterações comportamentais e alimentares de pacientes com obesidade após intervenção de grupo terapêutico, em Unidades Básicas de Saúde no Município de Caicó-RN. **Métodos:** Trata-se de um estudo de intervenção quase experimental. A amostra foi composta por 50 indivíduos, de ambos os sexos, na qual foram aplicados os questionários de Avaliação de Estágios de Mudança na Perda de Peso (Modelo Transteórico); Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP); Escala de Silhuetas de Stunkard (Imagem corporal) e Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Avaliou-se o estado nutricional, por meio de medidas antropométricas. **Resultados:** Foram observadas, para o grupo de alta adesão a intervenção, melhorias nas atitudes comportamentais, com avaliação do Modelo Transteórico, ECAP e percepção da imagem corporal. Alterações no consumo alimentar com aumento da ingestão de salada crua, legumes e frutas ( $p=0.049$ ,  $0.030$  e  $0.001$ , respectivamente). E redução das medidas antropométricas IMC, CC, CA e %GC ( $p=0,003$ ;  $0,008$ ;  $0,015$  e  $0,024$ , respectivamente) entre os dois momentos de avaliação. **Conclusão:** Destaca-se que essa estratégia se mostrou positiva para o enfrentamento da obesidade. Contudo, há necessidade de mais estudos para base referencial que estimule a aplicação dela nas ações das equipes de saúde.

**Palavras-chave:** Obesidade. Saúde Pública. Terapia Comportamental. Terapia Nutricional.

1-Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médica (EMCM), Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

**ABSTRACT**

Behavioral and eating disorders in obese patients after intervention group

**Introduction:** Obesity is a disease, considered one of the main public health problems. And it is related to the emergence of other Chronic Noncommunicable Diseases (DTAS). However, it is a condition that can be faced and reversed. For this there are several forms of treatment, among which the group methodology stands out, which has been strongly recommended. **Objective:** to evaluate the behavioral and alimentary changes of patients with obesity after intervention of therapeutic group in Basic Units of Health in the Municipality of Caicó-RN. **Methods:** This is a quasi-experimental intervention study. The sample consisted of 50 individuals of both sexes, in which the questionnaires of Stages of Change in Weight Loss (Transtheoric Model) were applied; Periodic Feed Compulsion Scale (ECAP); Stunkard Silhouettes Scale (Body Image) and Food Frequency Questionnaire (QFA). Nutritional status was assessed by means of anthropometric measurements. **Results:** The intervention group was observed for the high adherence group, improvements in behavioral attitudes, with evaluation of Transtheoric Model, ECAP and body image perception. Changes in dietary intake with increased intake of raw salads, vegetables and fruits ( $p=0.049$ ,  $0.030$  and  $0.001$ , respectively) and reduction of anthropometric means BMI, CC, CA and % GC ( $p=0.003$ ,  $0.008$ ,  $0.015$  and  $0.024$ , respectively) between the two moments of evaluation. **Conclusion:** This strategy proved to be positive for coping with obesity, however, there is a need for further studies for a referential basis that encourages its application in the actions of health teams.

**Key words:** Obesity. Public health. Behavioral Therapy. Nutritional Therapy.

2-Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências em Saúde do Trairí (FACISA), Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública (Wang e colaboradores, 2011), e sua prevalência vem aumentando de forma significativa, durante os últimos anos, entre a população mundial e brasileira (Brasil, 2014), sendo uma das principais causadora de doenças que podem ser evitadas (Janssen, 2013).

Caracteriza-se como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), e ainda pode estar associada ao desenvolvimento de outras DCNT, dentre as quais se destacam o diabetes mellitus (tipo 2), as dislipidemias e doenças cardiovasculares, que têm sido as principais causas de óbitos em adultos (ABESO, 2016; Schmidt e colaboradores, 2011).

A obesidade possui etiologia multifatorial, que engloba questões biológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Pode-se considerar o balanço energético positivo, ou seja, a quantidade de energia consumida maior do que a quantidade gasta, o determinante mais predominante do acúmulo excessivo de gordura.

Além deste, correlacionam-se o aumento do sedentarismo e a desregulação de aspectos e processos psicológicos (ABESO, 2016; Deluchi, Souza, Pergher, 2013; Raman, Smith, Hay, 2013).

Embora a obesidade não seja considerada um transtorno mental, é sabido que a mesma está associada a perturbações comportamentais e emocionais ligadas à alimentação, e apresenta comorbidades relacionadas a transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão, transtornos alimentares, compulsão alimentar, baixa autoestima e distorção da imagem corporal (Deluchi, Souza, Pergher, 2013; American Psychological Association, 2014).

Alguns estudos têm indicado a importância de haver uma visão ampliada para o tratamento e enfrentamento da obesidade, atentando-se tanto a questões relacionadas à alimentação, à prática de atividade física, como disfunções cognitivas e hábitos comportamentais (Paiva, 2014; Vannuchi e colaboradores, 2016; Melo e colaboradores, 2014).

Para que o tratamento da obesidade seja mais efetivo, é importante que haja uma avaliação minuciosa de questões que podem interferir na adesão.

Nesta se destaca a avaliação dos estágios motivacionais para mudança de comportamento (Modelo Transteórico), que tem sido indicado pelo Caderno de Atenção Básica, destinado a este público, pois subsidia as estratégias terapêuticas que melhor se adequem ao paciente, de acordo com o estágio no qual este se encontra (Brasil, 2014).

Os estágios são divididos em:

1) Pré-contemplação, onde não há o verdadeiro interesse na mudança;

2) Contemplação, há o início de pensamentos de alterar comportamento em prazo inferior a seis meses;

3) Preparação, o indivíduo possui interesse em mudar, de forma mais ativa, em curto espaço de tempo (um mês);

4) Ação, já se adota novos comportamentos em um período inferior a seis meses;

5) Manutenção, há permanência por mais de seis meses da adoção dos novos comportamentos (Lechner e colaboradores, 1998; Toral, Slater, 2007).

Ainda, é imprescindível que se recolham informações sobre a ingestão alimentar, prática de atividade física, condições socioeconômicas, história social, estado nutricional, questões comportamentais e psíquicas, como avaliação do comer compulsivo, imagem corporal, ansiedade, entre outros (Brasil, 2014; ABESO, 2016).

Para o sucesso do tratamento, deve-se levar em conta tanto terapias voltadas para área alimentar e nutricional, como para modificação comportamental, as quais devem estar atreladas durante as ações (ABESO, 2016).

A Terapia Nutricional (TN) visa à adoção de uma alimentação saudável e equilibrada com uma reeducação que melhore o comportamento alimentar, regulando a qualidade e quantidade das refeições, bem como estabelecer o consumo alimentar variado (Brasil, 2014; Brasil, 2008).

Já em relação à modificação comportamental, têm-se destacado fortemente o programa de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que procura produzir mudanças emocionais e comportamentais duradouras através da mudança cognitiva, auxiliando o paciente a perceber situações que facilitam a não aderência ao tratamento, bem como estímulos que levam ao comer desregulado, para que assim possam ser adotadas estratégias para evitá-los (Beck, 2014).

A metodologia de grupo de intervenção constitui uma boa forma para utilização das diferentes terapias acima citadas, sendo uma estratégia de construção coletiva de conhecimento que permite seus participantes observarem modelos adequados para aprendizagem e auxílio na modelação do comportamento, favorecendo o empoderamento dos indivíduos sobre suas próprias condições de saúde (Brasil, 2014).

Diante exposto, este estudo objetiva avaliar as alterações comportamentais e alimentares de pacientes com obesidade após grupo de intervenção em Unidades Básicas de Saúde no Município de Caicó-RN.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo possui delineamento de intervenção quase experimental, no qual realizou-se a comparação com os mesmos sujeitos nos períodos pré e pós a realização de um grupo de intervenção.

Os participantes eram usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Município de Caicó, situado no interior do estado do Rio Grande do Norte, região do Seridó, a 282 km da capital, Natal.

O projeto segue os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos definidos na Resolução Nº466/2012, e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí-UFRN, segundo número 2.664.722, CAAE: 87690118.0.0000.5568.

Foram convidados a participar indivíduos de ambos os sexos, que atendiam aos critérios de inclusão: possuir idade entre 18 e 69 anos e apresentando algum tipo de obesidade ( $IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$ ), com presença ou não de comorbidades associadas, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios para exclusão foram: apresentar transtornos de desenvolvimento, psicóticos, por uso de substâncias, e ideação ou tentativa de suicídio no último ano.

O estudo se desenvolveu em quatro etapas: (1) Seleção de participantes; (2) Avaliação pré-intervenção, antecedente ao início do grupo terapêutico; (3) Desenvolvimento do grupo terapêutico; (4) Avaliação pós-intervenção, realizada após término do grupo.

A primeira etapa se deu juntamente com as Equipes de Estratégia de Saúde da

Família (ESF) e os residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no qual houve um levantamento dos pacientes que provavelmente se enquadrassem nos requisitos citados. Realizou-se busca ativa em domicílio, de cada um destes, aos quais foram apresentados o objetivo da pesquisa, bem como os riscos e benefícios inerentes à mesma, sendo feito o convite para a participação na mesma.

As etapas de avaliação aconteceram nas próprias UBS, em salas reservadas, de forma a preservar a identidade dos participantes. Inicialmente foram avaliados 59 usuários, contudo, foram excluídos seis, devido os critérios de inclusão. E houve desistência de três participantes no momento da segunda avaliação, totalizando ao final uma amostra de 50 participantes na pesquisa.

O levantamento dos dados aconteceu por meio de um questionário estruturado, do qual foram coletados dados sociodemográficos, de estilo de vida e presença de comorbidades.

Além disso, foram aplicados alguns inquéritos referentes às atitudes comportamentais e alimentares:

- 1) Avaliação de Estágios de Mudança na Perda de Peso (Modelo Transteórico), utilizou-se o formato recomendado pelo Caderno de Atenção Básica (CAB) para pessoas com obesidade, é uma adaptação do algoritmo adotado por Hawkins, Hornsby e Schorling (2001), bastante utilizado em avaliação desses pacientes, antes das intervenções nutricionais;
- 2) Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), classifica a presença de compulsão alimentar de acordo com os escores obtidos com a pontuação das respostas. São considerados os seguintes pontos de corte: Leve/Sem Compulsão Alimentar (0-17), Compulsão Alimentar Moderada (18-26) e Compulsão Alimentar Severa (27-46). A mesma possui alta consistência interna no estudo original ( $\alpha=.85$ ) (Gormally e colaboradores, 1982);
- 3) Escala de Silhuetas de Stunkard, produzida primeiramente por Stunkard e colaboradores (1983), e passou posteriormente por várias adaptações e validações. A escala para pessoas adultas conta com 15 imagens de silhuetas, evoluindo de um corpo mais magro para um de maior peso. Essas imagens se correlacionam com três médias de IMC, que classificam a imagem;

4) Questionário de Frequência Alimentar (QFA), é um formulário de marcadores de consumo alimentar, indicado pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar (Brasil, 2008), que avalia a frequência em que o indivíduo consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos 7 dias.

Também foi realizada avaliação do estado nutricional por meio de medidas antropométricas; todas as medidas passaram por duas aferições a fim de obter uma maior fidedignidade e precisão das mesmas. Coletaram-se dados de peso e estatura para o cálculo Índice de Massa Corporal (IMC) e sua classificação (World Health Organization, 1995), Circunferência da Cintura (CC) e Circunferência Abdominal (CA) para associação com doenças cardiovasculares (World Health Organization, 1998), e dobras cutâneas (bicipital, tricipital, supra-iliaca, sub-escapular) para cálculo de percentual de gordura corporal (%GC) (Pollock, Wilmore, 1993).

O peso foi aferido com balança digital Welmy para adultos, com capacidade máxima de 200 quilogramas (kg), e estatura através de estadiômetro fixado à balança. Para as circunferências foi utilizada fita métrica inelástica de dois metros. As dobras cutâneas foram aferidas utilizando o plicômetro (Cercorf), com regulagem do “zero”.

A formação e condução do grupo terapêutico, denominado “Peso Saudável”, consistiram no processo de intervenção da pesquisa.

Aconteceu por meio de seis encontros, no período de 05 de novembro a 14 de dezembro de 2018, sendo uma sessão por semana, com duração de aproximadamente 90 minutos cada.

A condução foi realizada por profissional nutricionista residente, contando com a participação de fisioterapeuta e psicóloga em alguns encontros, que envolviam as temáticas voltadas a estes saberes. Utilizou técnicas de terapia nutricional, e algumas estratégias baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), fundamentadas no livro *Pense Magro* de Judith Beck (Beck, 2009).

A terapêutica nutricional aconteceu por meio de oficinas abordando temáticas de âmbito alimentar e nutricional; já as estratégias comportamentais foram incorporadas em abordagens durante os encontros. Além disso, aplicou-se a estratégia de metas semanais, onde foram lançadas tarefas que promovessem as mudanças de hábitos comportamentais e alimentares, para que os participantes pudessem realizar durante a semana, até a condução do novo encontro.

O plano de ação dos seis encontros semanais foi baseado no estudo *Efeitos de Intervenção Interdisciplinar em Grupo Para Pessoas com Diagnóstico de Sobrepeso ou Obesidade* (Santos, 2010).

As atividades terapêuticas utilizadas estão detalhadas na Tabela 1.

**Tabela 1 - Plano de ação dos encontros semanais do grupo “Peso saudável”.**

Encontro	Módulo Temático	Descrição das ações
1º Encontro	Introdução ao grupo Auto-estima X Obesidade	Contrato de convivência; Dinâmica de apresentação do espelho; Apresentação de vídeos sobre auto-estima X obesidade Roda de conversa: Qual a importância do emagrecer para mim? Apresentação: auto-estima X obesidade; Apresentação dos encontros posteriores; Entrega de material; Meta semanal: Criar cartão de vantagens de emagrecer; Aconselhamento: Que tal fazer exercícios físicos essa semana?
2º Encontro	Você sabe o que é Obesidade?	Checagem de cumprimento da meta semanal; Música Titãs: Comida; Dinâmica: Fome, apetite ou saciedade? Roda de conversa: O que é obesidade; Entrega de material; Meta semanal 1: Cartão de monitoramento da fome; Meta semanal 2: Seguir orientações para controle de fome e saciedade; Aconselhamento: Que tal fazer exercícios físicos essa semana?

3º Encontro	Conhecendo os grupos e porções alimentares	<p>Checagem de cumprimento da meta semanal;          Dinâmica: montando meu prato;          Roda de conversa: Grupos e porções alimentares;          Apresentação: Como montar meu prato saudável?          Entrega de material.          Meta semanal 1: Realizar e seguir um planejamento alimentar diário de acordo com grupos;          Meta semanal 2: Criar um cartão de monitoramento alimentar;          Aconselhamento: Que tal fazer exercícios físicos essa semana?!</p>
4º Encontro	Dietas da Moda	<p>Checagem de cumprimento da meta semanal;          Vídeos sobre "Dietas da Moda"          Apresentação: Principais "Dietas da Moda"          Roda de conversa: Devo seguir as "Dietas da Moda"?          Meta semanal 1: Cartão de principais dificuldades em seguir um planejamento alimentar.          Meta semana 2: Encontrar alguém da família para participar do próximo encontro;          Aconselhamento: Que tal fazer exercícios físicos essa semana?!</p>
5º Encontro	Ansiedade X Obesidade Apoio Familiar	<p>Checagem de cumprimento da meta semanal;          Dinâmica: Flor da ansiedade          Roda de conversa: Ansiedade X Obesidade (participação de psicóloga)          Roda de conversa: Como a família pode apoiar?          Momento de relaxamento (participação de fisioterapeuta)          Meta semanal 1: Criar cartão de atividades para quando estiver ansioso;          Meta semanal 2: Diário alimentar de 2 dias da semana;          Aconselhamento: Que tal fazer exercícios físicos essa semana?!</p>
6º Encontro	Finalização do grupo	<p>Checagem de cumprimento da meta semanal;          Dinâmica: Fortalecendo o vínculo.          Momento de relato: como foi a experiência grupal?          Roda de conversa: Como continuar enfrentando a obesidade.          Meta final: Criar um cartão de estratégias para continuar seguindo as metas alcançadas e vencer as dificuldades do tratamento.          Finalização do grupo.</p>

Para análise dos dados os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo sem/baixa adesão (n=26), onde incluíram-se aqueles indivíduos que participaram de zero a três encontros, e grupo de alta adesão (n=24), que engloba os que estiveram presentes em todos os momentos.

Visto que, considera-se que a forma de adesão ao grupo é fator determinante para o impacto das mudanças sobre as variáveis estudadas.

Quanto à análise estatística, utilizou-se o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-wilk, para os dados paramétricos foram realizadas medidas de média e desvio padrão, e para os não paramétricos utilizou-se mediana e intervalos interquartílicos, ainda se calculou as frequências para descrição e representação de dados. Foram aplicados teste Qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher para as análises de consumo alimentar do SISVAN; e Test -t pareado e de Wilcoxon para analisar possíveis diferenças das variáveis antropométricas entre os momentos das

intervenções. Foi considerado significativamente valores estatísticos de  $p < 0,05$  e o IC de 95%.

## RESULTADOS

O estudo apresentou amostra total de 50 participantes, as características sociodemográficas apontam uma maior frequência de participantes do sexo feminino (86,0%), com uma média de  $37,96 \pm 10,28$  anos, casados (60,0%), escolaridade de ensino fundamental incompleto e médio completo (24,0% e 22,0%, respectivamente), com moradia própria (48,0%), e renda de até um salário mínimo (52,0%). A maioria dos pacientes não era tabagistas nem faziam o consumo de bebida alcoólica (94,0% e 62,0%, respectivamente). Foram observadas algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre os indivíduos, como hipertensão e diabetes (34,0% e 8%, respectivamente).

Os resultados referentes às questões comportamentais, por meio da avaliação do Estágio de Mudança na Perda de Peso (Modelo Transteórico), Estado de Compulsão Alimentar (ECAP) e percepção da imagem

corporal (Escala de Silhuetas) estão descritas (Tabela 2).

Os percentuais estão apresentados comparando os momentos pré e pós intervenção, de ambos os grupos.

Observa-se, em relação ao modelo transteórico, que o grupo sem/baixa adesão praticamente manteve seus valores percentuais nos mesmos estágios de mudança, entre os dois momentos de avaliação.

Por outro lado, para o grupo de alta adesão teve-se uma progressão de todos os

participantes para o estágio de ação após a intervenção, estes encontravam-se inicialmente, de forma predominante, no estágio de preparação.

Quanto à compulsão alimentar, a maioria dos participantes estavam classificados em um grau mais grave durante a avaliação inicial. Porém, na segunda fase da pesquisa foi constatada redução desta condição para um grau mais moderado, apenas no grupo de maior adesão a intervenção.

**Tabela 2** - Percentuais de Inquéritos Comportamentais: Modelo Transteórico, ECAP e Escala de Silhuetas (Imagem Corporal), entre os momentos pré e pós-intervenção, dos grupos segundo a adesão a intervenção.

		Grupo Sem/Baixa Adesão (n=26)		Grupo Alta Adesão (n=24)	
		Pré - intervenção	Pós - intervenção	Pré - intervenção	Pós - intervenção
Modelo Transteórico	Contemplação	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%
	Preparação	65,4%	53,8%	91,7%	0,0%
	Ação	34,6%	46,2%	4,2%	100,0%
Compulsão Alimentar	Sem compulsão	3,8%	3,8%	0,0%	4,2%
	Compulsão moderada	38,5%	34,6%	33,3%	70,8%
	Compulsão grave	57,7%	61,5%	66,7%	25,5%
Escala de Silhuetas	Imagem corporal < IMC	3,8%	3,8%	4,2%	4,2%
	Imagem corporal = IMC	53,8%	57,7%	37,5%	50,0%
	Imagem corporal > IMC	42,3%	38,5%	58,3%	45,8%

**Tabela 3** - Associação do consumo alimentar pelo SISVAN, pré e pós grupo terapêutico, por grupos segundo adesão à intervenção.

Frequência de Consumo Alimentar	Grupo adesão (n=26)	Grupo sem/baixa adesão		Grupo alta adesão (n=24)		Valor (p)
		<5x	≥5x	<5x	≥5x	
Pré-intervenção	Salada crua	21	5	17	7	0,410
	Legumes	26	0	24	0	-
	Frutas	19	7	10	14	0,250
	Feijão	13	13	13	11	0,768
	Leite	20	6	20	4	0,728
	Fast-food	25	1	20	4	0,182
	Embutidos	25	1	23	1	1,000
	Cereais refinados	14	12	10	14	0,389
	Doces	22	4	18	6	0,490
	Refrigerante	24	2	23	1	1,000
Pós-intervenção	Salada crua	19	7	11	13	0,049*
	Legumes	26	0	20	4	0,030*
	Frutas	20	6	7	17	0,001*
	Feijão	13	13	14	10	0,555
	Leite	19	7	15	9	0,423
	Fast-food	25	1	24	0	1,000
	Embutidos	25	1	24	0	1,000
	Cereais refinados	16	10	19	5	0,174
	Doces	25	1	24	0	1,000
	Refrigerante	25	1	23	1	1,000

**Legenda:** o valor 5x se refere aos dias da semana.

**Tabela 4 - Diferenças das variáveis antropométricas, pré e pós grupo terapêutico por grupos segundo adesão à intervenção.**

		<b>Pré-intervenção</b>	<b>Pós-intervenção</b>	<b>Valor (p)</b>
Grupo sem/baixa adesão (n=26)	IMC	38,98±5,97 <sup>a</sup>	39,04±5,82 <sup>a</sup>	0,601
	Circunferência cintura	103,00 (95,75 - 112,50) <sup>b</sup>	102,00 (94,75 - 115,00) <sup>b</sup>	0,902
	Circunferência abdominal	111,00 (102,75 - 120,50) <sup>b</sup>	110,50 (104,5 - 120,25) <sup>b</sup>	0,285
	Percentual de gordura	43,52 (41,33 - 45,38) <sup>b</sup>	43,70 (41,55 - 46,22) <sup>b</sup>	0,175
Grupo alta adesão (n=24)	IMC	38,30±4,76 <sup>a</sup>	37,81±4,89 <sup>a</sup>	0,003*
	Circunferência cintura	100,50 (96,50 - 109,00) <sup>b</sup>	99,50 (94,00 - 106,50) <sup>b</sup>	0,008*
	Circunferência abdominal	113,50 (108,00 - 118,75) <sup>b</sup>	111,50 (105,50 - 117,75) <sup>b</sup>	0,015*
	Percentual de gordura	44,21 (41,30 - 46,19) <sup>b</sup>	42,13 (39,95 - 45,33) <sup>b</sup>	0,024*

Tratando-se da percepção corporal, a maior parte dos integrantes, possuíam uma visão própria que representava um IMC igual ou superior ao que realmente apresentavam antropometricamente, no momento pós-intervenção, houve uma leve redução daqueles que se viam com IMC superior para igual, em ambos os grupos, contudo de forma mais acentuada no grupo alta adesão.

A Tabela 3 apresenta dados do consumo alimentar dos usuários, referentes às duas avaliações realizadas, considerando-se um consumo menor ou maior a 5 vezes durante a semana. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas para o consumo de salada crua, legumes e frutas ( $p=0.049$ ,  $0.030$ ,  $0.001$ , respectivamente). Para estes, pôde-se observar aumento do consumo alimentar daqueles participantes pertencentes ao grupo de alta adesão a intervenção.

As variáveis antropométricas de CC e CA, cálculos de IMC e percentual de gordura corporal, obtiveram resultados estatísticos significativos, somente para o grupo de alta adesão a intervenção.

Para estas, comparou-se as diferenças entre os valores da primeira e segunda avaliação, no qual foram constatadas redução delas ao segundo momento.

## DISCUSSÃO

Baseado nos resultados obtidos, observam-se algumas melhorias de características comportamentais, entre aqueles participantes que apresentaram maior adesão ao grupo de intervenção "Peso Saudável".

Tem sido relatado, por alguns autores, que a metodologia de grupo de intervenção tem obtido sucesso no tratamento de pacientes com sobrepeso ou obesidade, visto que estes encontros suscitam discussões e

transmitem informações sobre temáticas importantes, favorecem oportunidade para o compartilhamento de desafios, inseguranças e dúvidas, auxiliando na construção de vínculos e na comunicação, estimulando e motivando seus participantes na adesão ao tratamento (Melo e colaboradores, 2014; Rocha e colaboradores, 2015).

Tratando-se da avaliação do modelo transteórico, é possível observar que muitos pacientes, quando procuram tratamento para perda de peso, encontram-se entre estágios de contemplação e preparação. Isto pode ser visto em dois estudos, realizados com indivíduos obesos, que buscavam tratamento para perda de peso, um realizado com 48 participantes de um ambulatório de Nutrição Clínica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) (Moraes, Oliveira, 2011), e outro com 30 mulheres da Intranet da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) atendidas pelo Setor de Psicologia do Centro do Tratamento da Obesidade (CTO). Nestes foram averiguados, de forma predominante, os estágios de contemplação (41,7%) e a preparação em (93,3%) entre os entrevistados, respectivamente (Leão e colaboradores, 2015).

Contudo, nem sempre os pacientes conseguem ter uma efetiva mudança de comportamentos e hábitos, uma vez que procuram o tratamento para perda de peso sem a motivação necessária. Porém, o aconselhamento profissional pode auxiliar no aumento de tal motivação, promovendo mais chances de adesão às terapêuticas e sucesso nas mudanças necessárias (Leão e colaboradores, 2015).

Este fato pode ser visto, no presente estudo, uma vez que foi constatada uma predominância dos participantes no estágio de preparação, no momento pré-intervenção, mas boa parte destes apresentou uma baixa

adesão aos encontros do grupo, relatando principalmente a falta de tempo e disponibilidade, não conseguindo aderir ao tratamento e as mudanças de comportamento. Entretanto, os indivíduos que se dedicaram de forma efetiva a intervenção, obtiveram melhoras expressivas em alguns comportamentos, tanto psíquicos quanto alimentares, progredindo para o estágio de ação neste inquérito.

Não foram encontrados estudos avaliando este modelo antes e após uma intervenção terapêutica para perda de peso.

Porém, autores afirmam que o modelo transteórico é uma importante ferramenta para o âmbito nutricional, pois permite checar o estágio motivacional do paciente, e assim determinar as estratégias para aquele momento, contribuindo para maior adesão ao tratamento e a hábitos alimentares saudáveis (Leão e colaboradores, 2015; Sader, Macedo, 2012).

Com relação à Compulsão Alimentar Periódica (CAP), a maioria dos participantes apresentou algum grau de compulsão, porém uma redução do grau grave para moderado foi constatada no grupo de alta adesão. Isto pode ser atribuído à utilização das estratégias da TCC, com a utilização de metas semanais que foram incorporadas ao cotidiano dos participantes, fazendo-os adotar as medidas de forma gradual.

Lima e Oliveira (2016), afirma que as estratégias da TCC se mostram importantes no tratamento de indivíduos com obesidade, uma vez que reestrutura os processos disfuncionais subjacentes, sejam eles cognitivos, afetivos e comportamentais, contribuindo para adesão a mudanças, emagrecimento e qualidade de vida do sujeito.

Alguns estudos condizem com o resultado aqui encontrado, mostrando que indivíduos obesos apresentam algum grau de compulsão alimentar (Lima, Oliveira, 2016) (Klobukoski, Höfelmann, 2017). E que intervenções terapêuticas utilizando a TN e TCC auxiliam na redução desta condição (Neufeld, Moreira, Xavier, 2012).

Contudo, essas regressões são lentas, onde o indivíduo passa a apresentar um estágio de compulsão mais leve, todavia, podendo apresentar recaídas.

Essa dificuldade se dá porque pacientes com CAP possuem pensamentos distorcidos, que interferem no próprio tratamento, estando mais propensos a serem afetados por questões emocionais que

impulsionam o ato de comer de forma desregulada e compulsiva, interferindo na manutenção das mudanças já adquiridas (Leão e colaboradores, 2015).

Em termos de percepção corporal, é natural que muitas pessoas com obesidade apresentem disparidade para com sua imagem corporal, enxergando-se muitas vezes com um tamanho exagerado, passando a desaproveitar e hostilizar o próprio corpo. Estabelecem uma imagem depreciativa de si, podendo tornar-se inseguros, sem confiança, e com baixa autoestima (Lima, Oliveira, 2016; Melo e colaboradores, 2014).

Sendo assim, é importante ajudar o indivíduo a superar essa autopercepção negativa, por meio da modificação dos pensamentos disfuncionais em relação ao formato corporal e peso (Neufeld, Moreira, Xavier, 2012; Nunes e colaboradores, 2006).

Este foi um ponto abordado durante as sessões do grupo terapêutico realizado, o que proporcionou, mesmo que de forma tímida, uma melhoria na percepção corporal e autoestima de alguns pacientes, possibilitando a tais se observarem de forma mais fidedigna com a realidade.

O consumo alimentar foi variável que também apresentou alterações, havendo aumento da ingestão de saladas cruas, legumes e frutas, dos participantes que apresentaram uma boa adesão ao grupo de intervenção.

Houve aumento também do consumo de leite e diminuição do consumo de cereais refinados e doces, porém sem diferenças estatisticamente significativas.

Estudos baseados em encontros com intervenção nutricional e comportamental apresentam resultados convergentes com os aqui encontrados.

Como o realizado por França e colaboradores (2012), que destaca não ter verificado diferença significativa em nenhum dos grupos de alimentos nos períodos antes e após sessão do grupo.

Porém, nos valores médio, mínimo e máximo de cada grupo de alimentos, principalmente leite e derivados, doces, bebidas adoçadas, tiveram aproximação com os valores preconizados pelo guia alimentar.

Outros estudos ainda apontam que, após intervenção, seus participantes diminuíram o consumo de produtos industrializados, carboidratos refinados e carnes vermelhas, aumentaram consumo de verduras, leites e derivados, leguminosas, e



mantiveram consumo de frutas, ovos e carnes brancas (Vannuchi e colaboradores, 2016) (Pereira e colaboradores, 2015).

Contudo, uma dificuldade da utilização do questionário QFA é identificar as porções exatas de consumo diário, uma vez que ele só identifica se houve ou não o consumo durante a semana.

Sendo assim, adotou-se para esta pesquisa, o consumo maior ou menor que cinco vezes, que é o recomendado pelo Guia Alimentar para o consumo de alguns alimentos de boa qualidade (frutas, verduras, legumes).

Porém, para alimentos que devem ser consumidos de forma esporádica ou não consumidos, como embutidos, refrigerantes, doces, não existe um valor determinado.

Por isto, mesmo sendo observada uma ingestão destes alimentos menor que cinco vezes, não significa que esta ingestão esteja adequada, pois os participantes muitas vezes não atingiam um alto consumo, mas o realizavam de 2 a 3 vezes na semana, sendo ainda considerado prejudicial.

Além dessa, algumas outras limitações podem ser destacadas, neste estudo, como a ausência de um grupo controle para que houvesse maior fidedignidade dos resultados alcançados. Bem como um maior período de intervenção, onde pudessem ser discutidas outras temáticas importantes para educação alimentar e atitudes comportamentais.

A respeito das medidas antropométricas, os participantes apresentaram uma média de IMC apontado para obesidade grau II, CC e CA com valores que indicam alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e percentual de gordura muito elevado.

Averiguou-se redução significativa destas medidas entre os participantes que frequentaram o grupo de intervenção de forma mais assídua.

Estudos abordando intervenções baseadas na terapia nutricional e comportamental, em grupos de intervenção voltados para perda de peso, apresentaram resultados semelhante aos aqui encontrados, com diminuição das medidas antropométricas (peso, IMC e CC) de participantes que realizavam mais sessões grupais (Vannuchi e colaboradores, 2016; Neufeld, Moreira, Xavier, 2012; França e colaboradores, 2012).

Sendo assim, destaca-se que a modificação dos hábitos alimentares, por meio da TN, possui repercussão positiva, tanto para

escolhas de melhor qualidade, quanto para redução e controle ponderal.

Além disso, alega-se que suas alterações se mantêm em longo prazo, pois permite a troca de informações e saberes, ampliando o poder de escolha por hábitos de vida saudáveis, possibilitando a corresponsabilização e autocuidado do paciente, que traz as modificações e as incorpora ao seu tempo, até torná-las de hábito cotidiano.

Além disso, permite um planejamento alimentar mais flexível, considerando preferências alimentares, questões financeiras e estilo de vida.

Diferente de algumas dietas restritivas e rígidas, focadas na perda de peso, onde há uma alta restrição que o paciente não consegue ser sustentável a longo tempo (ABESO, 2016; Pereira e colaboradores, 2015).

## CONCLUSÃO

O grupo de intervenção “Peso Saudável” obteve impacto positivo nas alterações alimentares e antropométricas, além de melhoria em atitudes comportamentais dos participantes que apresentaram uma boa adesão a metodologia.

Destaque-se que o intuito inicial desta pesquisa foi alcançado, confirmando a importância deste tipo de estratégia para o enfrentamento da obesidade.

Tais considerações permitem também salientar a importância de mais estudos neste sentido, uma vez que esta metodologia de grupos tem sido indicada como de alta potencialidade para o tratamento de obesidade e outras doenças crônicas, além de as pesquisas servirem como base referencial para que posteriormente equipes de saúde possam aplicar esta estratégia em seu leque de ações.

## REFERÊNCIAS

- 1-ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo. ABESO. Num. 4. 2016. p.1-186.
- 2-American Psychological Association-APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre. Artmed. 5ª edição. 2014.

- 3-Beck, J.S. *Pense Magro: a dieta definitiva de Back*. Porto Alegre. Artmed. 2009. p. 230.
- 4-Beck, J.S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre. Artmed. 2014. p. 399.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*. Brasília. 2008. p. 61. Disponível em: <[http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/protocolo\\_sisvan.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/protocolo_sisvan.pdf)>.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Num. 38. Brasília. 2014.
- 7-Deluchi, M.; Souza, F.P.; Pergher, G.K. *Terapia cognitivo-comportamental e obesidade*. In: Araújo, R.B.; Piccoloto, N.M.; Wainer, R. *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2013. p. 282.
- 8-França, C.L.; Biagini, M.; Levindo, A.P.M.; Alves, E.D. *Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar*. Estudos de Psicologia. Vol. 17. Num. 2. 2012. p. 337-45.
- 9-Gormally, J.; Black, S.; Daston, S.; Rardin, D. *The assessment of binge eating severity among obese persons*. Addictive behaviors. Vol. 7. Num. 1. 1982. p. 47-55.
- 10-Hawkins, D.S.; Hornsby, P.P.; Schorling, J.B. *Stages of Change and Weight Loss Among Rural African American Women*. Obesity Research. Vol. 9. Num. 1. 2001. p. 59-67.
- 11-Janssen, I. *The public health burden of obesity in Canada*. Canadian Journal of Diabetes. Vol. 37. 2013. p. 90-96.
- 12-Klobukoski, C.; Höfelmann, D.A. *Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados*. Cadernos de Saúde Coletiva. Vol. 25. Num. 4. 2017. p. 443-452.
- 13-Leão, J.M.; Lisboa, L.C.V.; Pereira, M.A.; Lima, L.F.; Lacerda, K.C.; Elias, M.A.R. *Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 64. Num. 2. 2015. p. 107-14.
- 14-Lechner, L.; Brug, J.; Vries, H.; Assema, P.V.; Mudde, A. *Stages of change for fruit, vegetables and fat intake: consequences of misconception*. Oxford University Press. Vol. 13. Num.1. 1998. p. 1-11.
- 15-Lima, A.C.R.; Oliveira, A.B. *Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental*. Mudanças - Psicologia da Saúde. Vol. 24. Num. 1. 2016. p. 1-14.
- 16-Melo, W.V.; Bergmann, C.; Neufeld, C.B.; Machado, P.P.P.; Conceição, E. *A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade*. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva. Vol. 10. Num. 2. 2014. p. 84-92.
- 17-Moraes, C.F.; Oliveira, M.S. *A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica*. Aletheia. Vol. 35. Num. 36. 2011. p. 154-167.
- 18-Neufeld, C.B.; Moreira, C.A.M.; Xavier, G.S. *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência*. Psicologia. Vol. 43. Num. 1. 2012. p. 93-100.
- 19-Nunes, M.A.; Appolinario, J.C.; Galvão, A.L.; Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2ª edição. 2006.
- 20-Paiva, L.F. *Estratégia de intervenção para pessoas portadoras de sobrepeso e obesidade: grupo operativo de reeducação alimentar e prática de atividades físicas*. Universidade Federal de Minas Gerais. TCC de Graduação. UFMG-MG. Minas Gerais. 2014.
- 21-Pereira, M.A.; Pereira, A.A.; Leão, J.M.; Lisboa, L.C.V.; Elias, M.A.R.; Ghetti, F.F. *Desafios e reflexões na implantação de um programa de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) em indivíduos com excesso de peso*. Revista Brasileira de Promoção da Saúde. Vol. 28. Num. 2. 2015. p. 290-296.
- 22-Pollock, M.L.; Wilmore, J.H. *Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição*

para Prevenção e Reabilitação. Rio de Janeiro. MEDSI. 2ª edição.1993.

23-Raman, J.; Smith, E.; Hay, P. The clinical obesity maintenance model: an integration of psychological constructs including disordered overeating, mood, emotional regulation, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Jornal Obesity*. 2013. p. 1-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654353/>>.

24-Rocha, E.A.; Silva, M.M.S.; Gomes, M.P.C.; Marinho, T.M.R.T.; Silva, J.V.L. Relato de experiências do grupo de apoio aos pacientes obesos atendidos na clínica escola de nutrição. *Entre Aberta Revista de Extensão*. Vol. 1. Num. 1. 2015. p. 1-12.

25-Sader, J.T.; Macedo, I.C. Utilização do modelo transteórico no processo de mudança de hábitos alimentares. *Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística*. Vol. 5. Num. 6. 2012. p. 61-9.

26-Santos, P.L.S. Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/7793>>.

27-Schmidt, M.I.; Duncan, B.B.; Azevedo, S.G.; Menezes, A.M.; Monteiro, C.A.; Barreto, S.M. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. Vol. 377. Num. 9781. 2011. p. 1949-61.

28-Stunkard, A.J.; Sorensen, T.; Schulsinger, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York. Raven Press. 1983. p. 115-20.

29-Toral, N.; Slater, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 12. Num. 6. 2007. p. 1641-50.

30-Vannuchi, R.O.; Carreira, C.M.; Pegoraro, L.G.O.; Gvozd, R. Impacto da intervenção multiprofissional em grupo no perfil nutricional e hábitos de vida de mulheres com sobrepeso

e obesidade. Espaço para a saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. Vol. 17. Num. 2. 2016. p. 189-98.

31-Wang, Y.C.; McPherson, K.; Marsh, T.; Gortmaker, S.L.; Brown, M. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*. Vol. 378. Num. 9793. 2011. p. 815-25.

32-World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. World Health Organization. Geneve. 1998. Disponível em: <[https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)>

33-World Health Organization. *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. World Health Organization. Geneve. 1995. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO\\_TRS\\_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

E-mail dos autores:

amoysa@hotmail.com  
 vanessatlima@uol.com.br  
 rab.andradebezerra@gmail.com

Autor correspondente:

Amoysa Araújo Ribeiro.  
 Rua Doutor Pires Ferreira, nº 3, apartamento B.  
 Centro, Caicó-RN, Brasil.  
 CEP: 59.300-000.

Recebido para publicação em 01/02/2020

Aceito em 06/06/2020