**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÉIA MELLO NUNES DA CRUZ

**O ESTADO EMOCIONAL DOS PACIENTES COM SOBREPESO
E OBESIDADE EM GRUPOS DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR**

**SÃO PAULO
2011**

LÉIA MELLO NUNES DA CRUZ

**O ESTADO EMOCIONAL DOS PACIENTES COM SOBREPESO
E OBESIDADE EM GRUPOS DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração:

Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Aparecida de Cássia Giani Peniche

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cruz, Léia Mello Nunes

O estado emocional dos pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar / Léia Mello Nunes da Cruz - São Paulo, 2011.

105p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche

1. Obesidade 2. Ansiedade 3. Depressão 4. Educação em saúde I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Léia Mello Nunes da Cruz

Título: O estado emocional dos pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao meu querido e amado Deus por me
proporcionar tantas oportunidades
lindas em minha vida, por me direcionar
nos caminhos de luz e me fortalecer
durante meu mestrado.*

*“Tudo o que tenho, tudo o que sou, tudo
o que vier a ser, vem de Ti Senhor!”*

*Toda honra e glória sejam das a Ti
Jesus por mais esta vitória!*

Obrigada!

Eu te amo!

Agradecimentos

Ao meu esposo Vanderson por ter sido meu maior incentivador para cursar o mestrado. Obrigada por ser meu companheiro nos bons e maus momentos, obrigada pelo carinho, amor e cuidado comigo! Ah! E a ajuda com o computador... você é incrível! Eu te amo!

Ao meu lindo filho Samuel que tem apenas em 3 anos, mas me ensina todos os dias a alegria de viver! Perdão pelas horas de ausência filho... A Bíblia diz que os filhos são herança do Senhor, então eu sou rica! Eu te amo!

À Osmarina, minha poderosa mãe, pelo apoio, pela compreensão, pelo exemplo de força e fé que vejo em você. Obrigada pelo seu amor por mim e pelo seu carinho, cuidado e proteção ao Samuel ! Sem você, eu não seria nada. Eu te amo!

Ao Elário, meu admirado pai , pelo exemplo de coragem e luta. Obrigada por seu amor, carinho e apoio em todas as áreas de minha vida! Você me ensina a buscar, enfrentar e vencer os desafios. Deus te ama muito! Sem você, eu não seria nada. Eu te amo!

Ao meu irmão Hugo e minha cunhada Cátia por fazerem parte de minha vida e mesmo nos vendo pouco sei que torceram por mim!

À Família do meu esposo em especial minha sogra D. Tereza por todo carinho e atenção não só comigo mas também com o Samuel. Te admiro por sua serenidade e bondade! À minha cunhada-irmã Katia, amiga de todos os momentos. Obrigada por seu carinho e atenção comigo e com o meu filho. Vocês são especiais, amo vocês!

À minha tia Nena pelo acolhimento em sua casa nos últimos momentos de correria e pelo carinho! Fiquei emocionada e até chorei no seu carro... lembra? Só podia ser NUNES mesmo! Ah, Enzo (primo) usei umas coisinhas suas.... rs Muito obrigada! Que Deus te abençoe tia!

À amiga Elaine, amiga do meu coração, exemplo pra mim de luta, perdão, mansidão e amor. Nossa comunhão vai invadir as portas da eternidade, nossa amizade o Senhor escreveu! Obrigada pelas conversas, risadas e também por aquele suco de maracujá, que na verdade é especialidade do Rui e me acalmava... te amo!

Às amigas e irmãs em Cristo da Igreja Metodista, Regina (minha 2ª mãe), Janete, Mônica e Mara, nossa amizade já tem tempo... obrigada pelo carinho, abraço e intercessão. É assim que vocês são pra mim: como uma pérola que eu mergulhei pra encontrar e um tesouro que pra sempre eu vou guardar! Amo vocês!

À amiga e irmã em Cristo Norma por sua preciosa ajuda no português, você é especial! Te amo!

Ao Pastor Reinaldo, pelas palavras maravilhosas e poderosas que edificam e melhoram minha vida!

À amiga Beatriz, médica que trabalha lado a lado, obrigada pela ideia do tema de minha dissertação, tenho que dizer às pessoas que a ideia foi sua... Te admiro por sua humildade e simplicidade. Com você fica mais fácil enfrentar os desafios de uma Unidade de Saúde! Que Deus possa abençoar seus sonhos! Te amo!

À amiga Ticianna, que de dentista se tornou minha acessora, como você me ajuda Tici! Obrigada por todo apoio e alegria que você compartilha comigo. Amo você, sua filhinha Manoela e agora mais do que nunca a Isabela!

À amiga Maria Cristina Pauli Rocha, amiga de graduação que concluiu seu mestrado em 2009. Obrigada por todas as vezes que me respondeu às mil perguntas que te fiz... Deus abençoe você e sua família!

Aos colegas de trabalho lá da minha Equipe do Posto de Saúde Jardim Imperial: Dr Edson, Maria Helena, Maria, Maria José, Jaqueline, Léia, Rachel, Patrícia, Viviane e Danielly. Como disse uma colega que já trabalhou conosco, vocês tem um pouco de mim e eu tenho um pouco de vocês!

Aos enfermeiros de Unidades de Saúde da Família de Pindamonhangaba pela amizade e colaboração nesta jornada.

À Prefeitura de Pindamonhangaba na pessoa da Secretária de Saúde Dra Ana Emília, que me permitiu estar às vezes ausente na minha Unidade de Saúde para concretizar este sonho, obrigada! À Iracelis te admiro por sua força e por suas idéias mais do que brilhantes! Obrigada por todo apoio! À Denise pela compreensão e apoio principalmente nesta última etapa de muito estresse, obrigada!

À Profa Dra Estela Regina Ferraz Bianchi pela 1ª disciplina que cursei que foi conduzida brilhantemente! Obrigada por sua alegria e força!

Às Profas Dras Ana Lucia Siqueira Costa e Eliane da Silva Grazziano pelos acréscimos tão valiosos e contribuições em minha qualificação.

À Cleusa, estatística, agradeço por seus ótimos serviços prestados! Obrigada por sua atenção!

Ao Daniel Martins pela ajuda no inglês, obrigada!

Aos profissionais da Pós Graduação da EEU SP pela paciência e atenção comigo nestes dois anos, que Deus possa abençoá-las!

Aos profissionais da biblioteca, em especial, Juliana, pela ajuda, pelo esclarecimento de muitas dúvidas e por sua educação! À Isabel pela rapidez e eficiência que fez a ficha catalográfica! Obrigada!

À Marisa, pela formatação deste trabalho, obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro!

À Nunes Serviços Técnicos Especiais pelo apoio financeiro na reprodução e encadernação desta tese.

Aos pacientes dos Grupos de Reeducação Alimentar de Pindamonhangaba que concordaram na participação desta pesquisa.

Em particular

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho, os mais sinceros agradecimentos! Que Deus possa abençoá-los hoje e sempre!

Agradecimento Especial

À Profa Dra Cássia, foi minha professora na graduação, fizemos um trabalho científico ainda na graduação e agora depois de 10 anos de formada termino o mestrado também sob sua orientação. Vamos para o Doutorado? Rs, calma Léia...Te admiro muito, tanto pela sua competência profissional como pela sua simplicidade, seu amor e seu modo de ver a vida. Obrigada por seus preciosos ensinamentos! Obrigada por sua paciência comigo! Obrigada por entender minhas limitações e por abrir minha visão e meus horizontes! Vou sentir saudade de nossas reuniões, conversas por telefone e até da correria final... Posso te chamar de amiga! Que Deus possa abençoar a você, sua família e sua linda carreira profissional! Eternamente, grata!

Quem nos separará do amor de Cristo? A tribulação, ou a angústia, ou a perseguição, ou a fome, ou a nudez, ou o perigo, ou a espada? Mas em todas estas coisas somos mais do que vencedores, por aquele que nos amou. Porque estou certa de que nem a morte, nem a vida, nem os anjos, nem os principados, nem as potestades, nem o presente, nem o porvir, nem a altura, nem a profundidade, nem alguma outra criatura nos poderá separar do amor de Deus, que está em Cristo Jesus, nosso Senhor!

Romanos 8:35-39

Cruz, LMN. O estado emocional dos pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

O mundo vive uma epidemia de obesidade, isto significa que o número de pessoas que tem o peso excessivo aumentou e atingiu proporções preocupantes e de risco à saúde. Alterações emocionais podem estar associadas à obesidade. É importante que os tratamentos para obesidade não estejam voltados apenas para melhora da qualidade de vida relacionada à saúde física, mas também à saúde mental. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo geral, verificar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos pacientes com sobrepeso e obesidade que participaram de grupos de reeducação alimentar nas Unidades de Saúde da Família (USF) em Pindamonhangaba e como objetivos específicos, caracterizar a amostra estudada (aspectos sócio demográficos e clínicos) e verificar as relações entre o estado emocional (ansiedade e depressão) da amostra estudada e as variáveis pesquisadas. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento para caracterização sócio demográfica/clínica da amostra e o questionário Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) desenvolvido para rastreamento da ansiedade e depressão (Transtorno Mental Comum - TMC). Foram sujeitos deste estudo 56 pacientes. Quanto à caracterização sócio demográfica, houve predomínio do sexo feminino (98,2%), com média de faixa etária de 51,08 anos, com companheiro (80%) e com 2º grau completo (44,6%). Com relação à ocupação, a maioria relatou ser do lar. A média da renda familiar foi de R\$ 780,88. Referente ao tempo de participação nos grupos de reeducação alimentar, a maioria apresentou frequência de 1 mês a 11 meses (33,9%). Quanto à caracterização clínica, os sujeitos apresentaram médias de: peso (82,77 kg), altura (1,57m); Índice de Massa Corpórea (IMC = $33,33 \text{ Kg/m}^2$) e Circunferência Abdominal (CA) 101,79 cm. Com relação às comorbidades, 53,6% relatou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 17,9% Diabetes Mellitus (DM), 7,1% problemas de tireoide e 14,3%

outras doenças. No que se refere ao número de refeições diárias, 37,5% relatou que realiza quatro refeições/dia. Vinte e quatro (44,4%) pacientes apresentaram o hábito de beliscar e 18 (33,3%) apresentaram compulsão alimentar. Quanto ao consumo de alimentos, 94,6% dos pacientes relatou o consumo de verduras e legumes, 92,9% frutas, 51,8% doces e 51,8% refrigerantes. Quanto à atividade física, 69,6% praticavam alguma atividade, com 25% realizando-a duas vezes na semana e 42,1% relataram caminhada. Trinta e cinco (62,5%) pacientes não apresentaram TMC e 21 (37,5%) apresentaram TMC. Comparando os pacientes com e sem TMC e as variáveis, não houve diferença significativa estatisticamente nas variáveis: idade, sexo, estado civil, tempo de participação no grupo de reeducação alimentar, peso, altura, IMC, CA, classificação do IMC, HAS, DM, ato de beliscar e consumo de verduras, legumes, frutas, doces e refrigerantes. Houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis: renda familiar ($p=0,027$); escolaridade ($p=0,044$); atividade física ($p=0,030$); número de refeições realizadas diariamente ($p=0,027$) e compulsão alimentar ($p=0,027$) e a ausência de transtorno mental comum. Conclui-se que, respeitando as individualidades de cada paciente, o grupo de reeducação alimentar é um recurso importante para a melhora da qualidade de vida dos pacientes com sobrepeso e obesidade, proporcionando a possibilidade de diminuição dos TMC e práticas de promoção e prevenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Ansiedade. Depressão. Educação em Saúde.

Cruz, LMN. The emotional state of patients with overweightness and obesity in nutritional education groups [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2011

ABSTRACT

The world is experiencing an obesity epidemic, this means that the number of people who have excessive weight increased and reached worrying proportions and health risk. Emotional changes may be associated with obesity. It is important that treatments for obesity be not only aimed to improve quality of life related to physical health but also mental health. Thus, this research aimed to check the emotional state (anxiety and depression) of patients with overweightness and obesity in nutritional education groups at the Family Health Units (USF) in Pindamonhangaba and, as specific objectives, to characterize the studied sample (socio-demographic and clinical) and to examine relationships between emotional state (depression anxiety) of the studied sample and the researched variables. To collect data, was used a tool for socio-demographic / clinical characterization of the sample and the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) developed for the tracking of anxiety and depression (mental health problems - TMC). Fifty-six patients participated in this study. As regards the socio-demographic, there was a female predominance (98.2%), with an average age of 51.08 years, with a partner (80%) and high-school degree (44.6%). Regarding occupation, the majority reported being housewives. The average family income was R\$ 780,88. Regarding length of participation in the nutritional education group, most of them presented frequency from 1 month to 11 months (33.9%). As for the clinical characterization, the subjects showed averages of: weight (82.77 kg), height (1.57 m), Body Mass Index (BMI = 33.33 kg/m²) and waist circumference (WC) 101.79 cm. With regard to comorbidities, 53.6% reported high blood pressure (hypertension), 17.9% diabetes mellitus (DM), 7.1% thyroid problems and 14.3% other diseases. With regard to the number of meals per day, 37.5% reported having four meals per day. Twenty-four (44.4%) patients had the habit of nibbling and 18 (33.3%) had binge eating

disorder. As for food consumption, 94.6% of the patients reported consumption of vegetables, 92.9% fruits, 51.8% sweets and 51.8% soft drinks. As for physical activity, 69.6% practiced some activity, with 25% doing it twice a week and 42.1% reported to walk. Thirty-five (62.5%) patients did not have TMC and 21 (37.5%) had TMC. Comparing patients with and without TMC and the variables, there was no statistically significant difference in the variables: age, sex, marital status, length of participation in group nutritional education, weight, height, BMI, WC, BMI classification, hypertension, DM, act of nibbling and consumption of vegetables, fruit, sweets and soft drinks. There was a statistically significant difference in the variables: family income ($p = 0.027$), education ($p = 0.044$), physical activity ($p = 0.030$), number of meals per day ($p = 0.027$) and binge eating ($p = 0.027$) and absence of common mental disorder. We conclude that, while respecting the individuality of each patient, the nutritional education group is an important resource for improving the quality of life of overweight and obese patients, providing the possibility of reducing the TMC and practicing health promotion and prevention.

KEYWORDS: Obesity. Anxiety. Depression. Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a faixa etária, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011	49
Figura 2 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o tempo de participação no grupo, Pindamonhangaba, SP, 2010-2011	52
Figura 3 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a classificação do IMC, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	54
Figura 4 - Distribuição dos pacientes pertencentes aos grupos de reeducação alimentar segundo o Transtorno Mental Comum, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Risco de comorbidades de acordo com a classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e da Circunferência Abdominal (CA), para homens e mulheres adultos, São Paulo - 2007	26
Quadro 2 - Critérios para seleção das estratégias de tratamento da obesidade, de acordo com o IMC (kg/m^2) e a presença ou não de fator de risco, São Paulo - 2007	32
Quadro 3 - Questões do SRQ-20 distribuídas em subgrupos, Recife - 2005.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes incluídos e excluídos do estudo segundo as Unidades de Saúde da Família pesquisadas, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	42
Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach para cada um dos itens do SRQ-20, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011.....	46
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a escolaridade, Pindamonhangaba, SP- 2010- 2011	50
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a ocupação, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011	51
Tabela 5 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo do peso, altura, IMC e CA dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011.....	53
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o número de refeições diárias, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	55
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes do grupo de reeducação alimentar segundo o consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	56
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o tipo de atividade física realizada e a frequência praticada por semana, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011.....	56
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo os subgrupos de sintomas do SRQ-20, Pindamonhangaba, SP – 2010-2011	58
Tabela 10 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com Transtorno Mental Comum (TMC) nas variáveis: idade e renda familiar, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	59
Tabela 11 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: sexo, estado civil, escolaridade e tempo de participação no grupo, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011	61
Tabela 12 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: Peso, Altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA), Pindamonhangaba, SP- 2010-1011.....	63
Tabela 13 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: classificação do IMC, HAS, DM e atividade física, Pindamonhangaba, SP- 2010-1011	64
Tabela 14 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum e as variáveis hábitos alimentares (número de refeições diárias; ato de beliscar, compulsão alimentar e consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes) Pindamonhangaba, SP- 2010-1011	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Justificativa do estudo	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 Definição e histórico da obesidade	22
2.2 Causas da obesidade	23
2.3 Classificação da obesidade	25
2.4 Consequências da obesidade	27
2.5 Aspectos emocionais e a obesidade	28
2.6 Tratamento da obesidade	32
2.7 Grupos para combate da obesidade	33
3 OBJETIVOS	39
3.1 Geral	39
3.2 Específicos.....	39
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	41
4.1 Tipo de estudo	41
4.2 Local	41
4.3 Sujeitos	41
4.4 Instrumento de coleta de dados	42
4.5 Procedimentos	44
4.5.1 Procedimento ético.....	44
4.5.2 Procedimento de coleta de dados	44
4.6 Tratamento estatístico.....	45
4.6.1 Primeira etapa	45
4.6.2 Segunda etapa	46
5 RESULTADOS	49
5.1 Caracterização sócio demográfica	49
5.1.1 Faixa etária.....	49
5.1.2 Sexo e estado civil.....	50
5.1.3 Escolaridade.....	50
5.1.4 Ocupação	51
5.1.5 Renda familiar	52
5.1.6 Tempo de participação dos pacientes nos grupos de reeducação alimentar	52
5.2 Caracterização clínica.....	53
5.2.1 Peso, altura, Índice de massa corpórea (IMC) e circunferência abdominal (CA)	53
5.2.2 Classificação do IMC	54
5.2.3 Comorbidades	54
5.2.4 Hábitos alimentares: número de refeições diárias.....	55
5.2.5 Hábito de beliscar e de compulsão alimentar	55
5.2.6 Consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes	56
5.2.7 Atividade física	56
5.3 Presença ou não de transtorno mental comum (ansiedade e depressão) nos pacientes dos grupos de reeducação alimentar.....	57
5.4 Comparações dos pacientes com transtorno mental comum e sem transtorno mental comum e as variáveis pesquisadas	59
5.4.1 Idade e renda familiar.....	59
5.4.2 Sexo, estado civil, escolaridade e tempo de participação nos grupos.....	61
5.4.3 Peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) e circunferência abdominal (CA)	63
5.4.4 Classificação do IMC, HAS DM e atividade física	64
5.4.5 Hábitos alimentares (número de refeições diárias, ato de beliscar, compulsão alimentar e consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes)	66
6 DISCUSSÃO	70
7 CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	101
ANEXOS.....	104

Fonte: Eliana Kértész

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo vive uma epidemia de obesidade, isto significa que o número de pessoas que tem o peso excessivo aumentou e atingiu proporções preocupantes e de risco à saúde⁽¹⁾.

O excesso de peso pode advir de uma ingestão energética alimentar além da necessidade individual, dos fatores social e cultural, da falta de atividade física que reduz o gasto de energia e de uma predisposição genética para armazenar estoques de gordura, principalmente em ambientes onde os hábitos alimentares, e de atividade física favoreçam o aumento de peso⁽²⁾.

No município de Pindamonhangaba, cidade do interior do estado de São Paulo, atividades isoladas foram iniciadas pela criação de alguns grupos em determinados bairros, com o objetivo de atender aos pacientes com sobrepeso e obesidade. Em 2002 teve início o Grupo de Apoio a Revitalização e Reeducação Alimentar (GARRA). Em 2005 surgiu o Grupo de Orientação Nutricional (GON) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no bairro Santa Cecília, em 2007 o grupo Contra Peso na ESF de Moreira César e mais recentemente em 2009 o grupo Pense Leve na ESF do Jardim Imperial onde trabalho como enfermeira há três anos.

O grupo Pense Leve tem como finalidade auxiliar pessoas com sobrepeso e obesidade na eliminação de peso, melhorando assim sua qualidade de vida, com ênfase na reeducação alimentar e na prática de exercício físico. Neste grupo são abordados temas com relação à dieta saudável e equilibrada, calorias dos alimentos, “efeito sanfona”, exercícios físicos, dentre outros.

Como enfermeira desta Unidade de Saúde da Família (USF) atuo como palestrante e também na organização e planejamento destes encontros, juntamente com toda a equipe de saúde que trabalha nesta unidade, agendando datas e horários, propondo temas, dinâmicas de grupo e convidando diversos profissionais como médicos, nutricionistas e psicólogos para palestrarem de acordo com o tema proposto.

Ainda no ano de 2009, com o incentivo das metas estabelecidas pela Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba (incentivo à alimentação saudável; prevenção e combate ao sedentarismo; prevenção e combate ao álcool e drogas; prevenção e combate ao tabagismo) e do aumento do número de atendimentos prestados a pacientes com sobrepeso e obesidade, houve a necessidade de expansão desses grupos de reeducação alimentar para outras unidades de saúde do município.

Foi então realizado um treinamento para os profissionais de saúde da Prefeitura de Pindamonhangaba, do qual participei como integrante da comissão organizadora, no período de agosto a novembro de 2009, com o intuito de prepará-los para iniciarem grupos de reeducação alimentar em suas unidades de saúde, expandindo então o programa de alimentação saudável e promoção de peso ideal em Pindamonhangaba.

Após este treinamento, mais cinco grupos de reeducação alimentar foram iniciados, totalizando atualmente nove grupos na cidade.

Integro também o Grupo de Estudo e Trabalho Interinstitucional de Alimentação de Pindamonhangaba (GETI-Alimentação) que tem como função acompanhar os grupos de reeducação alimentar nas unidades de saúde em Pindamonhangaba e propor idéias quanto à alimentação saudável no município. Em fevereiro de 2011 assumi a coordenação do mesmo.

Nesses três anos de envolvimento no município de Pindamonhangaba, com a questão da obesidade e da alimentação saudável, observei que o estado emocional do paciente com sobrepeso e obesidade pode ser considerado tanto causa como consequência do aumento de peso, como também, dificultar o processo de reeducação alimentar.

O início desses grupos de reeducação alimentar em Pindamonhangaba e meu envolvimento no GETI-Alimentação motivaram-me ao estudo sobre obesidade, aspectos emocionais e fatores que possam influenciar os pacientes inseridos nos grupos em questão.

Fonte: Eliana Kertesz

Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DA OBESIDADE

A obesidade é resultante do aumento de tecido adiposo provocado pelo desequilíbrio entre ingestão alimentar excessiva e gasto energético diminuído, com risco de comprometimento da saúde. É considerada uma doença crônica pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de origem multifatorial, resultante da combinação de fatores genéticos, metabólicos, endócrinos, dietéticos e sociais, associados a conflitos psicológicos, erros alimentares e falta de atividade física⁽³⁾.

Pode ser também definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com várias complicações metabólicas^(4,5).

É uma das enfermidades mais antigas, pois já na pré-história, os desenhos mostravam o homem com aspectos de peso excessivo em relação à sua altura. Ele ingeria enormes quantidades de alimentos com o objetivo de armazenar energia para a sua sobrevivência em um meio inóspito⁽⁶⁾.

No período Neolítico (cerca de 10.000 anos a.C), estudos referem que “as deusas” eram admiradas e cultuadas pelos seus quadris, coxas e seios volumosos. Porém, na medicina greco-romana, Hipócrates já alertava sobre os perigos da obesidade para a saúde em seus manuscritos, afirmando que a morte súbita era mais comum em indivíduos gordos que em magros. Os padrões de beleza foram se modificando e durante o Império Romano, a apreciação ao corpo esbelto e magro obrigava as damas a fazer sofridos e prolongados jejuns. Através da História da Arte, a idéia de que a beleza feminina em outros tempos foi sinônimo de excesso de gordura, termina com as obras do século XIII ao século XX, que retratam poucas figuras mitológicas ou gordas⁽⁷⁾.

De padrão de beleza a vilã dos tempos modernos, a obesidade é transferida para a área do preconceito físico sem igual. Todo um sistema inadequado de vida, provavelmente favorece este tipo de acontecimento⁽⁶⁾.

2.2 CAUSAS DA OBESIDADE

Desordens endócrinas podem conduzir à obesidade, como por exemplo, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas essas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso. Outros problemas dessa mesma origem incluem alterações no metabolismo de corticosteróides, hipogonadismo em homens, ooforectomia em mulheres e síndrome do ovário policístico, a qual pode estar relacionada às mudanças na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal⁽⁸⁾.

Diversos estudos demonstram de forma evidente a participação do componente genético na incidência da obesidade. Estima-se que entre 40% e 70% da variação do fenótipo associado à obesidade tem um caráter hereditário. A influência genética como causa de obesidade pode manifestar-se através de alterações no apetite ou no gasto energético⁽⁹⁾.

Existe uma grande variabilidade biológica entre os indivíduos em relação ao armazenamento do excesso de energia ingerida condicionada por sua genética. Os fatores genéticos têm ação permissiva para que os fatores ambientais possam atuar, ou seja, há a criação de um ambiente interno favorável à produção do ganho excessivo de peso (sobrepeso e obesidade)^(10,11).

Um estudo foi realizado com os índios Pima, que viveram por mais de dois mil anos próximos ao Rio Gila, no deserto de Sonora, região sul do Arizona (Estados Unidos). Estes índios, até o ano 2000, eram pessoas fisicamente ativas, aparentemente saudáveis e magras, ingeriam alimentos saudáveis e naturais. Quando estes índios se mudaram para reservas, pararam de trabalhar na agricultura e passaram a ingerir álcool e alimentos

gordurosos, tornando-se obesos e com alta prevalência de Diabetes. Em contrapartida, existe outro grupo de índios Pima, que vive no norte do México e mantém os hábitos de vida indígenas como atividade física e alimentação natural, sendo que seus integrantes permanecem relativamente magros. O Índice de Massa Corpórea (IMC) desse grupo é de 25 Kg/m² em média, para homens e mulheres, enquanto que o IMC do grupo que vive no Arizona é de 31 Kg/m² para homens e 36 Kg/m² para mulheres, em média⁽⁷⁾.

A facilidade na obtenção de alimentos ricos em gordura e açúcares simples, e o aumento do avanço tecnológico estão totalmente relacionados com o aumento da obesidade, além da contribuição dada pelo aumento das porções dos alimentos servidos em restaurantes que ultrapassam absurdamente aquelas padronizadas pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (USDA). O aumento das porções iniciou-se a partir da década de 70, coincidindo com o fortalecimento do marketing da indústria alimentícia. O tamanho das porções de carnes, massas e biscoitos ultrapassavam em 224%, 480% e 700% respectivamente o da padronizada pelo USDA. Outro exemplo é o tamanho da porção de batata frita oferecida aos consumidores em meados dos anos 50, que representava um terço do maior tamanho oferecido em 2001⁽¹²⁾.

Sob o olhar da epidemiologia, o crescimento acelerado da obesidade nas populações é derivado da modernização das sociedades, a qual, entre outras coisas, provocou maior oferta de alimentos aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e a automação. A economia de gasto de energia humana no trabalho e a maior oferta de alimentos mudaram radicalmente o modo de viver⁽¹³⁾.

O processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo aumento energético da dieta da maioria das populações do Ocidente⁽¹⁴⁾.

As tendências de transição nutricional, decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas no último século, direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, destacando-se o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e redução do

consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo mundo. No Brasil, estudos comprovam essa transição nos padrões nutricionais, relacionando-os com mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas que, ao longo do tempo, estão refletindo na diminuição progressiva da desnutrição e no aumento da obesidade⁽¹⁵⁾.

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, a disponibilidade de alimentos no Brasil equivale a 2.960 kcal/pessoa/dia, o que representa superioridade de aproximadamente 55% em relação ao mínimo recomendado para adultos, ou seja, 1.900 kcal/pessoa/dia⁽¹⁶⁾.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

A OMS classifica universalmente o Índice de Massa Corpórea (IMC) como instrumento indicador de obesidade, que corresponde ao peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$). O IMC é um parâmetro utilizado por sua rapidez e facilidade de cálculo, assim como por apresentar correlação significativa com a gordura corporal, a morbidade e a mortalidade. É uma estimativa para determinar se uma pessoa pode ter problemas de saúde em decorrência do excesso de peso. Assim, um IMC superior a 30 kg/m^2 implica maiores riscos. A combinação dos valores de IMC e da circunferência abdominal (CA) tem sido usada para identificar os riscos de complicações metabólicas. Para pacientes com IMC acima de 40 kg/m^2 , a medida da CA pode ser desnecessária, pois apenas a avaliação baseada no IMC já indica risco alto para a saúde⁽¹⁷⁾.

Quadro 1 - Risco de comorbidades de acordo com a classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e da Circunferência Abdominal (CA), para homens e mulheres adultos, São Paulo - 2007

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco adicional de comorbidades	
		Homem ≤ 102 Mulher ≤ 88	Homem ≥ 102 Mulher ≥ 88
		Circunferência abdominal (cm)	
Peso normal	18,5 a 24,9	Normal	Discreto
Sobrepeso	25,0 a 29,0	Discreto	Moderado
Obesidade grau I	30,0 a 34,9	Moderado	Alto
Obesidade grau II	35,0 a 39,9	Alto	Muito alto
Obesidade grau III	≥ 40	Muito alto	Muito alto

Fonte: Cunha SFC. Problemas Nutricionais em Adultos. Estud.Av. 2007; 21(60): 155-160.

Nos adultos, IMCs médios de 22-23Kg/m² são encontrados na África e na Ásia, enquanto que IMCs de 25-27Kg/m² são mais comuns em países da América do Norte, Europa, América Latina e Ilhas do Pacífico. O IMC aumenta em pessoas de meia idade, possibilitando maior risco de complicações⁽¹⁸⁾.

Estudos recentes apontam a obesidade como o problema nutricional mais prevalente nos Estados Unidos, afetando um terço da população adolescente e adulta. As projeções indicam que, caso não haja intervenção, a população americana chegará em 2035 com 90% dos indivíduos com excesso de peso⁽¹⁹⁾.

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, comparados com os dados de 1975, mostram que o excesso de peso na população com mais de 20 anos de idade, quase triplicou entre os homens (de 18,5% para 48%). Nas mulheres, o aumento foi de 28,7% para 48%⁽²⁰⁾.

2.4 CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE

Da obesidade decorrem várias considerações importantes, dentre as quais, podemos citar a existência de uma série de agravos à saúde, uma vez que o excesso de peso contribui para o surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes e as dislipidemias, bem como, o grande investimento financeiro e de recursos humanos que são aplicados para a recuperação dessa situação⁽²¹⁾.

As consequências da obesidade para a saúde incluem algumas das doenças crônicas mais comuns do mundo. Obesidade é independentemente fator de risco para doença cardíaca, patologia que mais leva a óbito em países desenvolvidos, diabetes mellitus não insulino dependente, hipertensão arterial, hiperlipidemia, osteoartrites e apnéia do sono, as quais são as mais comuns em indivíduos obesos⁽²²⁾.

Indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos e cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus, independentemente do valor do IMC⁽²³⁾.

A obesidade abdominal pode elevar o risco da ocorrência de diabetes mellitus tipo II (DM II) em 10 vezes, fato este que tem aumentado a ocorrência desta doença de forma exponencial em vários países⁽²⁴⁾.

O excesso de peso produz efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, níveis de colesterol, triglicérides e a resistência à insulina. Segundo estimativas, aproximadamente 85% das pessoas com diabetes são do tipo II e destas, 90% têm excesso de peso⁽¹⁸⁾.

A síndrome metabólica (SM), considerada epidemia mundial, é um transtorno complexo associado à alta morbimortalidade cardiovascular e elevado custo econômico. É caracterizada por um agrupamento de fatores de risco cardiovascular, que inclui obesidade abdominal, altos níveis pressóricos, alterações na homeostase glicêmica e dislipidemia^(25, 26,27).

Os obesos possuem um menor ajustamento físico e de saúde geral se comparados com indivíduos não obesos, sendo que para as mulheres, os altos índices de IMC podem predizer uma piora na qualidade de vida e acabam por interferir em atividades cotidianas⁽²⁸⁾.

2.5 ASPECTOS EMOCIONAIS E A OBESIDADE

Aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais⁽²⁹⁾.

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de autoconceito possam preceder o desenvolvimento da obesidade. A depressão e a ansiedade são os sintomas comuns; depressão maior pode ser frequentemente encontrada nos gravemente obesos. Pacientes obesos emocionalmente instáveis podem experimentar aumento na ansiedade e depressão quando fazem dietas. Portanto, o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores da sua condição⁽³⁰⁾.

Depressão e ansiedade fazem parte da descrição da definição de Transtorno Mental Comum (TMC) pela Classificação Internacional das Doenças que também inclui os transtornos somatoformes e neuróticos. A expressão TMC está relacionada à presença de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas⁽³¹⁾.

A obesidade traz consigo um custo elevado para a saúde pública por ser causadora de diversas doenças e, no plano psicológico, verifica-se indícios de diminuição da autoestima, depressão e distúrbio da autoimagem⁽³²⁾.

Problemas psicológicos, sociais e comportamentais podem ocorrer em indivíduos obesos. Muitas vezes eles sofrem discriminação e são

estigmatizados socialmente, prejudicando seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida⁽²⁹⁾.

Foi observado, em um grupo de reeducação alimentar no município de Ribeirão Preto, que a obesidade resulta, como consequências direta ou indireta no isolamento social, na redução da autoestima, na redução da vida sexual, em quadros de depressão e ansiedade que podem contribuir para a manutenção do problema. Estas características eram mais acentuadas nos obesos grau III, sendo um fator que interfere na perda e manutenção do peso corporal⁽¹⁾.

Foram identificadas as seguintes características psicológicas em adultos obesos: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, dificuldade de adaptação social, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa⁽³³⁾.

Fatores emocionais contribuem incisivamente para o desenvolvimento da obesidade e podem também ter sua origem nela, agravando a condição do sujeito e tornando o tratamento mais difícil. Sintomas depressivos e ansiosos são comuns, presentes em 30% a 50% dos pacientes obesos⁽³⁴⁾.

Em uma parte significativa de obesos que procura tratamento, observa-se a prevalência de transtornos psicológicos como a depressão⁽³⁵⁾.

A depressão pode ser influenciada por diversos fatores cognitivos (pouca resistência à frustração, frequência de crenças irracionais, autoestima rebaixada), neuroquímicos (disfunções que desequilibrem alguns neurotransmissores), genéticos (ter pais com depressão) e sociais (rede de apoio de amigos e características familiares)⁽³⁶⁾.

A maioria das doenças psiquiátricas não é mais comum em indivíduos obesos, mas a incidência de depressão e ansiedade é aumentada em obesos comparada a indivíduos não obesos. Mais pesquisas são necessárias para associar a obesidade à depressão. Ganho de peso e obesidade podem ser importantes reações adversas a drogas psicotrópicas

incluindo antidepressivos e antipsicóticos, ambos são prescritos para desordens afetivas. A obesidade e a depressão se correlacionam em múltiplos níveis conforme os nove itens abaixo que demonstram esta relação⁽²²⁾:

1. Depressão e obesidade frequentemente coexistem.
2. Ambas desordens são grandes problemas de saúde em todo o mundo.
3. A depressão pode ser consequência do tratamento da obesidade.
4. Ganho de peso e obesidade podem ser efeitos do tratamento com antidepressivos.
5. Vários neuropeptídeos e neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina estão envolvidos tanto na regulação do humor como no peso corporal.
6. Depressão e obesidade são importantes fatores de risco para doença cardiovascular, potencialmente resultando ou piorando a síndrome metabólica.
7. Polimorfismo genético pode predispor tanto a doença cardiovascular como depressão.
8. Drogas utilizadas em estudos em depressão afetam a serotonina e a noradrenalina do Sistema Nervoso Central
9. O tratamento da obesidade inclui a inibição central de serotonina e noradrenalina.

Outro fator de risco para a sintomatologia depressiva são as tentativas anteriores de perda de peso que fracassaram frente aos métodos convencionais de tratamento⁽³⁷⁾.

O excesso de peso aumenta o risco para a saúde, seja por razões biológicas, psicológicas ou comportamentais. Alguns indivíduos parecem destinados a enfrentar uma batalha para emagrecer. Este processo de luta pode produzir excessiva preocupação com a alimentação, peso,

autocondenação e depressão, bem como repetidos ciclos de perda e recuperação de peso⁽³⁸⁾.

Vários estudos de obesidade em adultos mostram uma relação entre obesidade e ansiedade, destacando a ansiedade como um sintoma frequente entre os adultos obesos⁽²⁹⁾.

Um estudo comparativo avaliou o estado de saúde e funcionamento psicossocial em 1743 indivíduos obesos, sendo 800 homens e 943 mulheres, com IMC superior a 34 Kg/m² nos homens e 38 Kg/m² nas mulheres, em comparação com um grupo de controle de indivíduos doentes crônicos, portadores de artrite reumatóide e cancro. Os resultados indicaram que obesos apresentavam estado de saúde debilitado e alterações de humor (humor deprimido), sendo tais alterações mais frequentes nas mulheres. Além disso, a sensação de bem estar psicológico também era menor nos obesos quando comparados aos pacientes com artrite reumatóide e cancro⁽³⁹⁾.

Os transtornos depressivos constituem uma série de alterações comportamentais, biológicas, cognitivas, emocionais e somáticas, que geralmente associam-se a outras queixas, como por exemplo, a ansiedade⁽²⁹⁾.

A ansiedade foi descrita como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie⁽⁴⁰⁾.

O autor continua, referindo-se à existência de duas dimensões distintas para a ansiedade se apresentar. A primeira é o estado de ansiedade que pode ser conceituado como um estado emocional transitório, que varia em intensidade e flutua com o decorrer do tempo, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos. A segunda é o traço de ansiedade que se refere às diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para ansiedade, ou seja, diferenças na maneira do indivíduo reagir às situações percebidas como ameaçadoras.

Existem alguns aspectos relevantes dos quais os obesos estão sujeitos, tal como o preconceito, principalmente se estes vivem em países industrializados em que a mídia valoriza corpos magros e esguios. Este preconceito e discriminação ocorrem com adultos obesos. Até mesmo entre profissionais de saúde e entre a classe médica, podem existir atitudes e estereótipos negativos em relação à obesidade, o que pode contribuir para que o paciente obeso relute em procurar ajuda especializada ao seu problema⁽⁴¹⁾.

2.6 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Para a seleção das estratégias de abordagem no tratamento da obesidade devem ser considerados os pontos de corte do IMC e a presença ou não de fatores de risco associados conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Critérios para seleção das estratégias de tratamento da obesidade, de acordo com o IMC (kg/m^2) e a presença ou não de fator de risco, São Paulo - 2007

	IMC 25,0 a 29,9	IMC 30,0 a 34,9	IMC 35,0 a 39,9	IMC ≥ 40
Sem fator de risco	Manutenção do peso, dieta saudável, exercício.	Perda de 5%-10% do peso corporal.	Perda de mais de 10% do peso corporal; em geral as drogas são necessárias.	Perda de 20%-30% do peso corporal. Se insucesso, encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.
Com fator de risco	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após três meses sem sucesso, propor déficit energético leve para perda de 5-10 Kg em 24 semanas. Se insucesso, avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após 12 semanas sem sucesso, considerar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Perda de 20% - 30% do peso corporal. Se insucesso, encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.	

Fonte: Cunha SFC. Problemas Nutricionais em Adultos. Estud.Av. 2007; 21(60): 155-160.

O tratamento e a prevenção da obesidade têm sido considerados uma enorme batalha para os profissionais da área da saúde, ao mesmo tempo em que, as indústrias de alimentos e de fármacos, por sua vez, tem oferecido cada vez mais uma vasta gama de novos produtos que preconizam a perda de peso⁽⁴²⁾.

É importante que os tratamentos para obesidade não estejam voltados apenas para a redução do peso corporal, mas também levem em consideração as necessidades de cada indivíduo, para que não ocorra somente a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde física, mas também a saúde mental⁽⁴³⁾.

Os programas de perda de peso mais eficientes envolvem uma combinação de dieta, exercício físico, modificação do comportamento e, em alguns casos selecionados, a medicação farmacológica ou tratamento cirúrgico também se fazem necessários. A estratégia dos programas comportamentais busca ensinar aos pacientes modificar comportamentos alimentares e físicos⁽⁴⁴⁾.

Programas abrangentes de modificação de comportamento, bem como tratamentos farmacológicos, geralmente produzem uma redução de 8% a 10% no peso inicial⁽⁴⁵⁾.

2.7 GRUPOS PARA COMBATE DA OBESIDADE

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semiestruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos. O programa de TCC para o Transtorno de Compulsão Alimentar, por exemplo, foi desenvolvido a partir do modelo utilizado para a bulimia nervosa, tendo sido necessárias algumas adaptações às diferenças entre estas duas síndromes. Os objetivos terapêuticos incluem o desenvolvimento de estratégias para controle de episódios de compulsão alimentar, de modificação de hábitos alimentares, do desenvolvimento de

estratégias para adesão ao exercício físico e para redução gradual do peso. A TCC sugere, também para estes casos, a abordagem da autoestima, a redução da ansiedade associada à aparência e a modificação do sistema de crenças disfuncionais⁽⁴⁶⁾.

Em um estudo com 21 pacientes obesos foi comprovado que houve redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos e da insatisfação com a forma corporal após a participação em um programa de terapia cognitivo-comportamental⁽⁴⁶⁾.

Grupo é definido como o face a face de duas ou mais pessoas com propósitos ou metas comuns⁽⁴⁷⁾.

Pertencer a um grupo implica na construção de um processo de socialização, onde são estabelecidos códigos, reconhecido valores e assimilada uma linguagem comum⁽⁴⁸⁾.

As atividades educativas em grupo propiciam a cada um dos participantes constantes troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e atenuam as ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes já solucionados, onde o indivíduo consegue usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para o seu próprio processo de mudança⁽⁴⁹⁾.

A prática educativa em saúde, utilizando atividades grupais, não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias⁽⁵⁰⁾.

A inauguração do recurso grupo terapêutico começou com o fisiologista americano J. Pratt que a partir de 1905, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes tuberculosos, criou, intuitivamente, o método de “classes coletivas”, as quais consistiam em uma aula sobre a higiene e os problemas da tuberculose, seguida de perguntas dos pacientes e da sua livre discussão com o médico⁽⁵¹⁾.

Ainda segundo o autor, o ser humano é gregário por natureza e somente existe ou subsiste em função dos inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 e a Portaria nº 1399 da Fundação Nacional de Saúde de 1999, definem e estabelecem como competências do Estado: a responsabilidade de criação de programas de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo em destaque a educação em saúde como uma das atividades a ser realizada⁽⁵²⁾.

A educação alimentar tem um papel importante em relação ao processo de transformação e mudanças, a recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, que podem proporcionar conhecimentos necessários para a auto tomada de decisão de formar atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas⁽⁵³⁾.

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil apresentou como diretriz promover a alimentação saudável e assim, implantou algumas sugestões sobre alimentação, como por exemplo, “Os Dez Passos de uma Alimentação Saudável” com o intuito de aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde, modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física e prevenir o excesso de peso⁽⁵⁴⁾.

Houve um programa de Reeducação Alimentar que foi desenvolvido de maio de 1998 a fevereiro de 2000, com 125 pessoas no município de Ribeirão Preto. Após a implantação deste programa, foi observado de um modo geral, que houve mudanças de estilo de vida e redução do peso corporal, evidenciado através da elevação de 15% dos clientes com IMC saudável e redução de 9% dos clientes com sobrepeso. Foi constatado que o desafio maior não estava na perda de peso corporal, mas sim na sua manutenção ao longo do tempo⁽¹⁾.

Em 1998 foi criado no estado de Goiás o Grupo de Controle de Peso (GCP) com o objetivo de propiciar um espaço conjunto para a troca de experiências e informações sobre alimentação e controle de peso, de maneira a contribuir para a conquista e manutenção da saúde do corpo e da mente. A população estudada foi constituída por 15 pessoas integrantes do GCP há pelo menos seis meses. Os dados coletados através das entrevistas revelaram que a motivação dos sujeitos está relacionada ao fato de terem espaço onde são acolhidos, ao desafio de lidar com a obesidade na busca de recursos internos para superar dificuldades e compreender motivos dos maus hábitos alimentares⁽⁵⁵⁾.

Em 2005, um grupo de reeducação alimentar foi iniciado na Estratégia de Saúde da Família em Diadema (SP) com a participação de 18 pacientes e concluiu-se que foram estabelecidas reflexões sobre as condições alimentares e nutricionais, possibilitando uma melhora da qualidade de vida dos participantes⁽²¹⁾.

Em função da citação acima, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem proposto um novo modo de cuidar da saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural. Estabelece ainda que uma equipe multiprofissional seja responsável pela saúde da população nas ações de prevenção da doença, promoção e tratamento da saúde⁽⁵⁶⁾.

Ainda segundo o autor, a proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante a implantação da ESF, leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. A promoção da Saúde configura-se como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. Nesta perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Particularmente na ESF, em que o paciente se mantém participativo, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é neste âmbito que os pacientes fazem suas próprias escolhas e torna-se mais importante o

conhecimento sobre o seu estado de saúde e a relação deste com o seu modo de vida e trabalho.

Portanto, é preciso destacar as atividades de prevenção e promoção em saúde dos grupos de reeducação alimentar da ESF e relacionar nestes pacientes obesos e com sobrepeso a probabilidade de presença de transtorno mental comum como, por exemplo, a ansiedade e depressão neles expressos, fornecendo ao profissional enfermeiro ferramentas que o auxiliem na consulta de enfermagem e no atendimento com qualidade a esses indivíduos.

Fonte: Eliana Kétesz

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Verificar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos pacientes com sobrepeso e obesidade que participaram de grupos de reeducação alimentar nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Pindamonhangaba-SP.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra estudada quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tempo de participação no grupo, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), medida da circunferência abdominal (CA), comorbidades, hábito alimentar e prática de atividade física.
- Verificar as relações entre o estado emocional (ansiedade e depressão) da amostra estudada e as variáveis pesquisadas.

Fonte: Eliana Kértész

Casuística e Método

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo transversal de abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL

Atualmente, o município de Pindamonhangaba (144.613 habitantes) possui em sua rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS): 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Pronto Atendimento, duas Unidades de Fisioterapia, um Centro de Especialidades Odontológicas e um Laboratório de Apoio e Diagnóstico.

Entre as 21 Unidades de Saúde da Família, nove possuem grupos de reeducação alimentar.

A pesquisa foi desenvolvida em sete grupos de reeducação alimentar realizados em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Pindamonhangaba-SP.

4.3 SUJEITOS

Foram sujeitos dessa pesquisa 56 pacientes com idade a partir de 18 anos, sem doença psiquiátrica, que possuem IMC acima de 25 Kg/m^2 , que participaram dos grupos de reeducação alimentar realizados nas USF no município de Pindamonhangaba-SP.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes incluídos e excluídos do estudo segundo as Unidades de Saúde da Família pesquisadas, Pindamonhangaba, SP-2010-2011

Unidades de Saúde da Família	Pacientes sujeitos da pesquisa	Pacientes excluídos da pesquisa (<18 anos ou presença de doença psiquiátrica ou IMC < 25)
Jardim Imperial	19	4
Moreira César	12	7
Cidade Jardim	9	4
Castolira	6	5
Centro de Práticas Integrativas	4	3
Santa Cecília	4	3
Triângulo	2	1
Total	56	27

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto de duas partes.

A primeira abrangeu dados referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa (Apêndice 1) e consta de:

- Caracterização sócio demográfica: identificação, idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de participação no grupo.
- Caracterização clínica: peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência Abdominal (CA), comorbidades, hábito alimentar e atividade física.

A segunda parte constituiu-se do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) – Anexo 1, para avaliar o estado emocional dos pacientes.

O SRQ-20 é um questionário de 20 itens do SRQ-30 desenvolvido em 1980 para rastreamento de presença ou não de Transtornos Mentais Comuns (TMC), como a depressão e ansiedade⁽⁵⁷⁾.

É composto de 20 questões dicotômicas (sim/não). Cada resposta afirmativa pontua com o valor um (1) e a resposta negativa recebe o valor zero (0). A soma das pontuações compõe o escore final, o qual está

relacionado com a probabilidade de presença ou não de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

Estas questões foram agrupadas por Iacoponi e Mari em 1988 em quatro subgrupos de acordo com os sintomas que representavam. No quadro a seguir apresenta-se esta divisão.

Quadro 3 - Questões do SRQ-20 distribuídas em subgrupos, Recife - 2005

Subgrupo de sintomas	Questões do SRQ-20 (número da questão)
Humor depressivo/ansioso	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? (6) Assusta-se com facilidade? (4) Tem se sentido triste ultimamente? (9) Tem chorado mais do que de costume? (10)
Sintomas Somáticos	Tem dores de cabeça frequentes? (1) Dorme mal? (3) Tem sensações desagradáveis no estômago? (19) Tem má digestão? (7) Tem falta de apetite? (2) Tem tremores nas mãos? (5)
Decréscimo de Energia Vital	Cansa-se com facilidade? (20) Tem dificuldade para tomar decisões? (12) Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias? (11) Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)? (13) Sente-se cansado (a) o tempo todo? (18) Tem dificuldade de pensar com clareza? (8)
Pensamentos Depressivos	É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? (14) Tem perdido o interesse pelas coisas? (15) Tem tido a idéia de acabar com a vida? (17) Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? (16)

Fonte: Araújo TN, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Brás Saúde Matern Infant, 2005; 5(3): 337-348.

Foi validado no Brasil em 1986 e recentemente em 2006, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul foi estabelecido o mesmo ponto de

corte para ambos os sexos, ou seja, o intervalo de 0 a 7 pontos caracteriza a ausência de TMC (negativo) e o intervalo de 8 a 20 pontos caracteriza a presença de TMC (positivo) com sensibilidade para presença de TMC de 86,33% e especificidade de 89,31%, com valores preditivos positivos e negativos de 76,43% e 94,21%, respectivamente. Este questionário é recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento por preencher critérios em termos de facilidade de uso e custo⁽⁵⁸⁾.

Apesar de já validado, considerou-se pertinente à verificação da coerência interna dos itens que compõem o SRQ-20 para esta amostra pela aplicação do teste de alpha de Cronbach. O resultado deste teste será apresentado oportunamente no item referente ao tratamento estatístico.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Procedimento Ético

Anteriormente à aplicação do instrumento, o projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) – Anexo 2. Além disso, os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca da finalidade da mesma, do caráter sigiloso e, após aceitação em participar do estudo, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice 2).

4.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

Foi realizado um teste piloto do instrumento SRQ-20 em dez pacientes que recebiam outro tipo de acompanhamento na Unidade de Saúde Jardim Imperial. O objetivo deste teste piloto foi verificar o

entendimento dos itens que compõem o questionário SRQ-20. Os pacientes não apresentaram dificuldades no entendimento das questões.

Os dados foram coletados em sete USF, sendo em seis unidades coletados pela pesquisadora após o agendamento com os enfermeiros responsáveis e em uma USF os dados foram coletados por uma enfermeira treinada pela pesquisadora para a coleta. Os outros grupos pertencentes a duas unidades restantes foram excluídos da amostra pelos seguintes motivos: indisponibilidade de agenda da pesquisadora e do enfermeiro responsável da Unidade de Saúde.

Os integrantes dos grupos foram abordados em dois momentos. Em um primeiro momento foram coletados os dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa (sócio demográficas e clínicas) e logo a seguir (segundo momento) foi rastreado o estado emocional dos pacientes sendo aplicado o questionário SRQ-20.

4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

4.6.1 Primeira etapa

Foi verificada pelo alfa de Cronbach, a coerência interna com que o instrumento (SRQ-20) indica a presença ou não de TMC.

Entende-se por coeficiente de alfa ou alfa de Cronbach, um índice de confiabilidade que estima a coerência interna ou a homogeneidade de uma medida, composta por vários itens. A consistência interna é um índice quantitativo, que costuma oscilar em valor de 0,01 a 1,00, e oferece uma estimativa de confiabilidade do instrumento ⁽⁵⁹⁾. Neste estudo considerou-se como confiabilidade um alfa de Cronbach de 0,879.

Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach para cada um dos itens do SRQ-20, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011

Questão	Correlação com total	Alpha
1	0,488	0,870
2	0,257	0,876
3	0,422	0,872
4	0,552	0,867
5	0,571	0,867
6	0,451	0,871
7	0,453	0,871
8	0,650	0,863
9	0,485	0,870
10	0,660	0,864
11	0,532	0,868
12	0,424	0,872
13	0,451	0,871
14	0,220	0,876
15	0,515	0,869
16	0,367	0,873
17	-0,012	0,879
18	0,618	0,865
19	0,596	0,865
20	0,537	0,868

Pelos dados da tabela 2, observa-se que nenhuma das questões que compõem o questionário SRQ-20 teve seu alpha de Cronbach acima de 0,879, sendo assim, não houve necessidade de excluir nenhuma delas e consequentemente pode-se afirmar que o questionário é confiável ao que se propõe rastrear.

4.6.2 Segunda etapa

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e

mediana. Para as variáveis qualitativas se calculou frequências absolutas e relativas.

Para a comparação das médias dos pacientes com e sem transtorno mental comum foi utilizado o teste t de Student⁽⁶⁰⁾.

Para a comparação das proporções entre os pacientes com e sem transtorno mental comum foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher dependendo das frequências apresentadas ⁽⁶⁰⁾.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Fonte: Eliana Kertesz

Resultados

5 RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída de 56 pacientes com sobrepeso e obesidade que participaram de grupos de reeducação alimentar em sete Unidades de Saúde em Pindamonhangaba, no período compreendido entre dezembro de 2010 e março de 2011. Os resultados apresentam-se em duas partes, sendo que a primeira consiste na caracterização da amostra (sócio demográfica e clínica). A segunda apresenta o estado emocional (ansiedade e depressão) dos pacientes com sobrepeso e obesidade que participaram de grupos de reeducação alimentar nas Unidades de Saúde da Família (USF) em Pindamonhangaba e as relações entre o estado emocional (ansiedade e depressão) da amostra estudada e as variáveis pesquisadas.

PARTE I

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

5.1.1 Faixa Etária

Figura 1 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a faixa etária, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011

Com relação à faixa etária, os dados da figura 1 mostram que 7,5% dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar se encontravam numa faixa etária menor que 30 anos; 7,5% entre 30 e 40 anos; 26,4% entre 40 e 50 anos; 35,8% entre 50 e 60 anos; 18,9% entre 60 e 70 anos e 3,8% com idade ≥ 70 anos. A idade dos pacientes variou entre 23 e 81 anos (média= 51,08 anos, desvio-padrão = 12,29 anos e mediana= 52 anos). Os dados desta figura foram calculados com base em 53 pacientes, pois três pacientes não responderam esta questão.

5.1.2 Sexo e Estado Civil

Cinquenta e cinco (98,2%) pacientes eram do sexo feminino. Com relação ao estado civil, 44 (80,0%) tinham companheiro, 11 (20,0%) não tinham e uma pessoa não respondeu esta questão.

5.1.3 Escolaridade

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a escolaridade, Pindamonhangaba, SP- 2010- 2011

Escolaridade	N	%
1o. Grau Incompleto	17	30,4
1o. Grau Completo	3	5,4
2o. Grau Incompleto	4	7,1
2o. Grau Completo	25	44,6
Superior Incompleto	2	3,6
Superior Completo	1	1,8
Pós graduação	1	1,8
Não responderam	3	5,4
Total	56	100,0

Como mostram os dados da tabela 3, 25 pacientes (44,6%) possuíam o 2º grau completo e 17 (30,4%) pacientes possuíam o 1º grau incompleto. Destaca-se desses resultados que apenas um paciente possuía grau superior completo e um pós-graduação.

5.1.4 Ocupação

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a ocupação, Pindamonhangaba, SP - 2010-2011

Ocupação	n	%
Do lar	32	57,1
Aposentada	7	12,5
Vendedora	4	7,1
Cabeleireira/manicure	2	3,6
Costureira	2	3,6
Agente comunitária	1	1,8
Ajudante geral	1	1,8
Estudante	1	1,8
Professora	1	1,8
Salgadeira	1	1,8
Secretária	1	1,8
Não responderam	3	5,4
Total	56	100,0

Com relação à ocupação destes pacientes, 32 (57,1%) desenvolviam atividades domésticas (do lar), 7 (12,5%) se declararam aposentadas, 4 (7,1%) vendedoras, 2 (3,6%) cabelereiras/manicures, 2 (3,6%) costureiras e 1(1,8%) representante de cada categoria: agente comunitária, ajudante geral, estudante, professora, salgadeira e secretária. Três pacientes não responderam a esta questão.

5.1.5 Renda Familiar

A renda familiar destes pacientes variou de R\$ 80,00 a R\$ 2500,00 (média= R\$ 780,88; desvio-padrão= R\$ 464,70 e mediana = R\$ 680,00). É importante destacar que apenas 25 (44,6%) pacientes responderam esta questão.

5.1.6 Tempo de participação dos pacientes nos grupos de reeducação alimentar

Figura 2 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o tempo de participação no grupo, Pindamonhangaba, SP, 2010-2011

Com relação ao tempo de participação destes pacientes nos grupos de reeducação alimentar, 10 (17,9%) pacientes iniciaram sua participação no dia que foi realizada a pesquisa; 19 (33,9%) já frequentavam o grupo no período de 1 mês a 11 meses; 13 (23,2%) de 1 a 2 anos; 10 (17,9%) de 2 a 3 anos; 2 (3,6%) de 3 a 4 anos e 2 (3,6%) de 4 a 5 anos.

5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

5.2.1 Peso, Altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA)

Tabela 5 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo do peso, altura, IMC e CA dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Variável	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Peso(kg)	56	82,77	17,87	79,40	56,50	165,00
Altura(m)	56	1,57	0,07	1,57	1,43	1,75
IMC(kg/m ²)	56	33,33	6,13	31,92	25,04	55,13
CA(cm)	56	101,79	13,12	99,50	83,50	151,00

Os dados da tabela 5 apresentam os valores descritivos do peso dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar com média de 82,77 kg, desvio padrão de 17,87 Kg, mediana de 79,4 Kg e valores mínimo e máximo de 56,50 kg a 165 kg respectivamente.

A altura dos pacientes variou de 1,43 m a 1,75 m com média de 1,57m; mediana de 1,57m (desvio padrão = 0,07m).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) dos pacientes apresentou valores mínimo de 25,04 kg/m² e máximo de 55,13 Kg/m² com média de 33,33 Kg/m²; mediana de 31,92 Kg/m² (desvio padrão = 6,13 Kg/m²).

A Circunferência Abdominal (CA) dos pacientes apresentou valores mínimo de 83,50 cm e máximo de 151 cm com média de 101,79 cm; mediana de 99,50 cm (desvio padrão = 13,12 cm).

5.2.2 Classificação do IMC

Figura 3 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo a classificação do IMC, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Na figura 3, constata-se que 20 (35,7%) pacientes estavam com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m²); 17 (30,4%) com Obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²); 12 (21,4%) com obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 Kg/m²) e 7 (12,5%) com Obesidade grau III (IMC $\geq$ 40 Kg/m²).

5.2.3 Comorbidades

Com relação às comorbidades, 30 (53,6%) pacientes relataram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 10 (17,9%) Diabetes Mellitus (DM), 4 (7,1%) problemas de tireoide e 8 (14,3%) pacientes relataram outras comorbidades (epilepsia, artrose, trombose, retocolite, coledite, renite, infecção urinária de repetição e gastrite).

5.2.4 Hábitos Alimentares: Número de refeições diárias

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o número de refeições diárias, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Número de refeições	n	%
2	2	3,6
3	8	14,3
4	21	37,5
5	12	21,4
6	5	8,9
Não responderam	8	14,3
Total	56	100,0

Com relação ao número de refeições diárias, 2 (3,6%) pacientes relataram que realizavam duas refeições/dia, 8 (14,3%) três refeições/dia, 21 (37,5%) quatro refeições/dia (a maioria), 12 (21,4%) cinco refeições/dia, 5 (8,9%) seis refeições/dia e 8 não responderam esta questão.

5.2.5 Hábito de beliscar e de compulsão alimentar

Vinte e quatro (44,4%) pacientes apresentaram o hábito de beliscar e 18 (33,3%) apresentaram compulsão alimentar. Dois pacientes não responderam a questão do hábito de beliscar e dois não responderam a questão quanto à compulsão alimentar.

5.2.6 Consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes do grupo de reeducação alimentar segundo o consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Hábitos alimentares	n	%
Verduras e legumes	53	94,6
Frutas	52	92,9
Doces	29	51,8
Refrigerantes	29	51,8

Conforme mostram os dados da tabela 7, 53 (94,6%) pacientes relataram o consumo de verduras e legumes, 52 (92,9%) frutas, 29 (51,8%) doces e 29 (51,8%) refrigerantes.

5.2.7 Atividade Física

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo o tipo de atividade física realizada e a frequência praticada por semana, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Variável	Categoria	n	%
Tipo de atividade física	Caminhada	16	42,1
	Caminhada e alongamento	3	7,9
	Caminhada e ginástica	3	7,9
	Ginástica	3	7,9
	Hidroginástica	3	7,9
	Academia	2	5,3
	Alongamento	2	5,3
	Caminhada e bicicleta	1	2,6
	Caminhada, ginástica, musculação, hidroginástica	1	2,6
	Caminhada e hidroginástica	1	2,6
	Ginástica e hidroginástica	1	2,6
	Ginástica localizada	1	2,6
	Ginástica localizada e hidroginástica	1	2,6
Frequência praticada	2	15	25,0
	3	9	16,1
	4	2	3,6
	5	3	5,4
	6	3	5,4
	7	2	1,8

Com relação à atividade física, 39 (69,6%) pacientes praticavam algum tipo de atividade física e um paciente não relatou a atividade desenvolvida. De acordo com a tabela 8, 16 (42,1%) pacientes praticavam caminhada, 3 (7,9%) praticavam ginástica, 3 (7,9%) hidroginástica, 2 (5,3%) realizavam atividade física em academia e 2 (5,3%) praticavam alongamento. Destaca-se também que 12 (31,5%) pacientes praticavam mais de um tipo de modalidade de atividade física. Quanto à frequência praticada por semana, 15 (25%) pacientes praticavam atividade física duas vezes/semana, 9 (16,1%) três vezes/semana, 2 (3,6%) quatro vezes/semana, 3 (5,4%) cinco vezes/semana, 3 (5,4%) seis vezes/semana e 2 (1,8%) praticavam atividade física todos os dias da semana.

PARTE II

5.3 PRESENÇA OU NÃO DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (ANSIEDADE E DEPRESSÃO) NOS PACIENTES DOS GRUPOS DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

Figura 4 - Distribuição dos pacientes pertencentes aos grupos de reeducação alimentar segundo o Transtorno Mental Comum, Pindamonhagaba, SP-2010-2011

De acordo com o Figura 4, 35 (62,5%) pacientes apresentaram o escore do SRQ-20 até 6, foram então considerados pacientes sem TMC e 21 (37,5%) pacientes apresentaram escore acima de 8, o que caracterizou a presença de TMC nestes pacientes. Ressalta-se que a categorização utilizada para este estudo foi de 0 a 7 respostas positivas para o paciente sem TMC e 8 ou mais respostas positivas para o paciente com TMC.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar segundo os subgrupos de sintomas do SRQ-20, Pindamonhangaba, SP – 2010-2011

Subgrupo de sintomas	Nº da questão	Questão do SRQ-20	Respostas Positivas n (%)	Total de respostas Positivas (n)
Humor depressivo/ansioso	6	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	32 (51,7)	81
	4	Assusta-se com facilidade?	21 (37,5)	
	9	Tem se sentido triste ultimamente?	17 (30,4)	
	10	Tem chorado mais do que de costume?	11 (19,6)	
Sintomas Somáticos	1	Tem dores de cabeça frequentes?	17 (30,4)	96
	3	Dorme mal?	19 (33,9)	
	19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	21 (37,5)	
	7	Tem má digestão?	20 (35,7)	
	2	Tem falta de apetite?	5 (8,9)	
	5	Tem tremores nas mãos?	14 (25)	
Decréscimo de Energia Vital	20	Cansa-se com facilidade?	24 (42,9)	98
	12	Tem dificuldade para tomar decisões?	15 (26,8)	
	11	Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	14 (25)	
	13	Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)?	7 (12,5)	
	18	Sente-se cansado (a) o tempo todo?	17 30,4)	
	8	Tem dificuldade de pensar com clareza?	21 37,5)	
Pensamentos Depressivos	14	É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	3 (5,4%)	25
	15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	13 (23,2)	
	17	Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1 (1,8)	
	16	Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	8 (14,3)	

Desses pacientes com ou sem TMC, observou-se que o grupo de sintomas relacionados ao decréscimo de energia vital foi o predominante nas respostas positivas (98). Estas respostas referem-se às seguintes questões 20, 12, 11, 13, 18 e 8, sendo que a questão 20 (Cansa-se com facilidade?) foi a que apresentou um maior número de respostas afirmativas. O grupo de sintomas somáticos apresentou 96 respostas positivas sendo que a questão 19 (Tem sensações desagradáveis no estômago?) foi a mais frequente entre as questões. O grupo do sintoma depressivo/ansioso apresentou 81 respostas positivas e a questão 6 (Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?) apresentou maior número de respostas afirmativas. O grupo dos pensamentos depressivos apresentou 25 respostas afirmativas sendo a questão 15 (Tem perdido o interesse pelas coisas?) aquela mais assinalada pelos pacientes.

5.4 COMPARAÇÕES DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL COMUM E SEM TRANSTORNO MENTAL COMUM E AS VARIÁVEIS PESQUISADAS

5.4.1 Idade e Renda Familiar

Tabela 10 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com Transtorno Mental Comum (TMC) nas variáveis: idade e renda familiar, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Variável	Grupo	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	p*
Idade	Sem TMC	33	52,45	11,46	28	81	0,299
	Com TMC	20	48,80	13,56	23	70	
Renda	Sem TMC	13	973,46	544,17	500,00	2500,00	0,027
	Com TMC	12	572,25	238,32	80,00	1080,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student

Com referência à idade, os 33 pacientes sem TMC apresentaram idade mínima de 28 anos e máxima de 81 anos com média de 52,45 anos ($dp=11,46$ anos). Os 20 pacientes com TMC apresentaram idade mínima de 23 anos e máxima de 70 anos com média de 48,80 anos ($dp=13,56$ anos). Cabe ainda ressaltar que três pacientes não relataram sua idade. Comparando-se os pacientes com e sem TMC não houve diferença significativa em relação à idade ($p=0,299$).

Conforme a tabela 9, nos 13 pacientes sem TMC a renda variou de R\$500,00 a R\$ 2500,00 com média de R\$973,46 ($dp=R\$544,17$) e nos 12 pacientes com TMC a renda variou de R\$ 80,00 a R\$1080,00 com média de R\$572,25 ($dp=R\$238,32$).

Os grupos sem e com transtorno mental comum apresentaram diferença significativa em relação à renda familiar ($p=0,027$). Os pacientes sem TMC apresentaram uma média de renda familiar maior quando comparados aos pacientes com TMC.

5.4.2 Sexo, estado civil, escolaridade e tempo de participação nos grupos

Tabela 11 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: sexo, estado civil, escolaridade e tempo de participação no grupo, Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Variável	Categoria	Transtorno mental comum				p
		Sem		Com		
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	35	100,0	20	95,2	0,375
	Masculino	0	0,0	1	4,8	
Estado Civil	Sem companheiro	7	20,6	4	19,0	1,000
	Com companheiro	27	79,4	17	81,0	
Escolaridade	1o. Grau Incompleto	8	24,2	9	45,0	0,044
	1o. Grau Completo	3	9,1	0	0,0	
	2o. Grau Incompleto	2	6,1	2	10,0	
	2o. Grau Completo	19	57,6	6	30,0	
	Superior Incompleto	0	0,0	2	10,0	
	Superior Completo	1	3,0	0	0,0	
	Pós graduação	0	0,0	1	5,0	
Tempo de participação no grupo	iniciante - 1º dia	7	20,0	3	14,3	0,144
	de 1 mês a 11 meses	10	28,6	9	42,9	
	de 1 a 2 anos	8	22,9	5	23,8	
	de 2 a 3 anos	9	25,7	1	4,8	
	de 3 a 4 anos	1	2,9	1	4,8	
	de 4 a 5 anos	0	0,0	2	9,5	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Relativo ao sexo, 35 pacientes do sexo feminino não apresentaram TMC e 20 apresentaram TMC. O único representante do sexo masculino participante deste estudo, apresentou TMC. Os grupos não apresentaram diferença significativa em relação ao sexo ($p=0,375$).

No que se refere ao estado civil, na categoria sem companheiro, 7 pacientes não apresentaram TMC e 4 apresentaram TMC. Na categoria com

companheiro, 27 pacientes não apresentaram TMC 17 apresentaram TMC, sendo que um paciente não respondeu esta questão. Os grupos não apresentaram diferença significativa em relação ao estado civil ($p=1,000$).

Quanto à escolaridade, 8 pacientes com 1º grau incompleto não apresentaram TMC e 9 apresentaram. Para o 1º grau completo, os únicos 3 pacientes desta categoria não apresentaram TMC. Com o 2º grau incompleto, 2 pacientes não apresentaram TMC e 2 apresentaram. Na categoria 2º grau completo, 19 pacientes não apresentaram TMC e 6 apresentaram. No que se refere ao grau superior incompleto, os 2 únicos pacientes desta categoria apresentaram TMC. Para o grau superior completo, o único paciente desta categoria do estudo não apresentou TMC. Na categoria pós graduação, o único paciente apresentou TMC. Cabe lembrar que três pacientes não responderam esta questão. Os grupos sem e com TMC apresentaram diferença significativa ($p=0,044$) quanto à escolaridade. Trinta e três pacientes não apresentaram TMC, sendo a maioria representada pelos pacientes com o 2º grau completo. Já para os 20 pacientes com TMC, nove (a maioria) possuía o 1º grau incompleto.

Quanto ao tempo de participação nos grupos de reeducação alimentar, na categoria iniciante (1º dia), 7 pacientes não apresentaram TMC e 3 apresentaram. Com o tempo de participação de 1 mês a 11 meses, 10 pacientes não apresentaram TMC e 9 apresentaram. De 1 a 2 anos, 8 pacientes não apresentaram TMC e 5 apresentaram. De 2 a 3 anos, 9 pacientes não apresentaram TMC e 1 apresentou. Na categoria de 3 a 4 anos, 1 paciente não apresentou TMC e 1 apresentou. De 4 a 5 anos, os 2 únicos pacientes desta categoria apresentaram TMC. Os grupos não apresentaram diferença significativa em relação ao tempo de participação nos grupos de reeducação alimentar ($p=0,144$).

5.4.3 Peso, Altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA)

Tabela 12 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: Peso, Altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA), Pindamonhangaba, SP- 2010-1011

Variável	Grupo	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	p*
Peso (Kg)	Sem TMC	35	80,78	13,79	60,00	108,80	0,349
	Com TMC	21	86,08	23,16	56,50	165,00	
Altura(m)	Sem TMC	35	1,57	0,07	1,43	1,75	0,396
	Com TMC	21	1,58	0,07	1,49	1,73	
IMC(Kg/m²)	Sem TMC	35	32,87	5,34	25,04	45,67	0,505
	Com TMC	21	34,11	7,35	25,45	55,13	
CA(cm)	Sem TMC	35	99,87	10,66	85,00	123,00	0,206
	Com TMC	21	105,00	16,22	83,50	151,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student

O peso dos 35 pacientes sem TMC apresentou média de 80,78 Kg (dp= 13,79 Kg) e valores mínimo de 60,0 Kg e máximo de 108,80 Kg. O peso dos 21 pacientes com TMC apresentou média de 86,08 Kg (dp= 23,16 Kg) e valores mínimo de 56,50 Kg e máximo de 165,0 Kg. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa em relação ao peso (p=0,349).

A altura dos 35 pacientes sem TMC apresentou média de 1,57m (dp= 0,07m) e valores mínimo de 1,43 m e máximo de 1,75 m. A altura dos 21 pacientes com TMC apresentou média de 1,58 m (dp= 0,07 m) e valores mínimo de 1,49 m e máximo de 1,73 m. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa com relação à altura (p=0,396).

O IMC dos 35 pacientes sem TMC apresentou média de 32,87 kg/m² (dp=5,34 kg/m²) e valores mínimo de 25,04 kg/m² e máximo de 45,67 kg/m². O IMC dos 21 pacientes com TMC apresentou média de 34,11 kg/m² (dp=7,35 kg/m²) e valores mínimo de 25,45 kg/m² e máximo de 55,13 kg/m². Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa com relação ao IMC (p=0,505).

A CA dos 35 pacientes sem TMC apresentou média de 99,87 cm (dp= 10,66 cm) e valores mínimo de 85,00 cm e máximo de 123 cm. A CA dos 21 pacientes com TMC apresentou média de 105,00 cm (dp=16,22 cm) e valores mínimo de 83,50 cm e máximo de 151 cm. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa com relação à CA (p=0,206).

5.4.4 Classificação do IMC, HAS DM e Atividade Física

Tabela 13 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum nas variáveis: classificação do IMC, HAS, DM e atividade física, Pindamonhangaba, SP- 2010-1011

Variável	Categoria	Transtorno mental comum				p
		Sem		Com		
		n	%	n	%	
IMC	Sobrepeso	12	34,3	8	38,1	0,282 ⁽¹⁾
	Obesidade I	13	37,1	4	19,0	
	Obesidade II	5	14,3	7	33,3	
	Obesidade III	5	14,3	2	9,5	
HAS	Não	16	45,7	10	47,6	0,890 ⁽²⁾
	Sim	19	54,3	11	52,4	
DM	Não	26	74,3	20	95,2	0,072 ⁽¹⁾
	Sim	9	25,7	1	4,8	
Atividade Física	Não	7	20,0	10	47,6	0,030 ⁽²⁾
	Sim	28	80,0	11	52,4	

(1) nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

(2) nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Na classificação do IMC, na categoria sobrepeso, 12 pacientes não apresentaram TMC e 8 apresentaram. Na obesidade grau I, 13 pacientes não apresentaram TMC e 4 apresentaram. Na obesidade grau II, 5 pacientes não apresentaram TMC e 7 apresentaram. Na obesidade grau III, 5 pacientes não apresentaram TMC e 2 apresentaram. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa com relação ao IMC ($p=0,282$).

Quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na categoria de não hipertenso, 16 pacientes não apresentaram TMC e 10 apresentaram. Na categoria de hipertenso, 19 pacientes não apresentaram TMC e 11 apresentaram. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa relacionada à HAS ($p=0,890$).

Quanto ao Diabetes Mellitus (DM), na categoria de não diabético, 26 pacientes não apresentaram TMC e 20 apresentaram. Na categoria de diabético, 9 pacientes não apresentaram TMC e 1 apresentou. Os pacientes com TMC e sem TMC não apresentaram diferença significativa em relação ao DM ($p=0,072$).

Com relação à atividade física, na categoria de não praticante de atividade física, 7 pacientes não apresentaram TMC e 10 apresentaram. Nos praticantes de atividade física, 28 pacientes não apresentaram TMC e 11 apresentaram. Os pacientes com TMC e sem TMC apresentaram diferença significativa com relação à atividade física ($p=0,030$). O grupo com TMC apresentou menor número de pacientes (11) que praticavam atividade quando comparado ao grupo de pacientes sem TMC que apresentou um maior número (28) de praticantes de atividade física.

5.4.5 Hábitos alimentares (número de refeições diárias, ato de beliscar, compulsão alimentar e consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes)

Tabela 14 - Comparação dos pacientes dos grupos de reeducação alimentar sem e com transtorno mental comum e as variáveis hábitos alimentares (número de refeições diárias; ato de beliscar, compulsão alimentar e consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes) Pindamonhangaba, SP- 2010-2011

Variável	Categoria	Transtorno mental comum				p
		Sem		Com		
		N	%	n	%	
Número de Refeições	2	2	5,7	0	0,0	0,027 ⁽¹⁾
	3	4	11,4	4	19,0	
	4	14	40,0	7	33,3	
	5	9	25,7	3	14,3	
	6	0	0,0	5	23,8	
Ato de beliscar	Não	22	64,7	8	38,1	0,078 ⁽²⁾
	Sim	12	35,3	12	57,1	
Compulsão Alimentar	Não	27	77,1	9	47,4	0,027 ⁽¹⁾
	Sim	8	22,9	10	52,6	
Consumo de Verdura e Legumes	Não	1	2,9	2	9,5	0,549 ⁽¹⁾
	Sim	34	97,1	19	90,5	
Consumo de Frutas	Não	2	5,7	2	9,5	0,626 ⁽¹⁾
	Sim	33	94,3	19	90,5	
Consumo de Doces	Não	18	51,4	8	40,0	0,414 ⁽²⁾
	Sim	17	48,6	12	60,0	
Consumo de Refrigerantes	Não	19	54,3	8	38,1	0,240 ⁽²⁾
	Sim	16	45,7	13	61,9	

(1) nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

(2) nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Na variável número de refeições realizadas por dia, a maioria (23 – 65,7%) dos pacientes sem TMC relataram que realizavam de 4 a 5 refeições diárias enquanto aqueles que apresentaram TMC (15-71,4%) realizavam 4 ou mais refeições por dia. Ressalta-se que oito pacientes não responderam esta questão.

Na categoria de não beliscar, 22 pacientes não apresentaram TMC e 8 apresentaram TMC. Na categoria dos que praticam o ato de beliscar, apresenta-se o mesmo número de pacientes com e sem TMC (12). Ressalta-se que dois pacientes não responderam esta questão.

Na categoria de não compulsão alimentar, 27 pacientes não apresentaram TMC e 9 apresentaram TMC. Na categoria de compulsão, 8 pacientes não apresentaram TMC e 10 apresentaram TMC. Ressalta-se que dois pacientes não responderam esta questão.

Com relação ao consumo de verduras e legumes, na categoria dos pacientes que não consomem, 1 paciente não apresentou TMC e 2 apresentaram TMC. Na categoria daqueles que consomem, 34 pacientes não apresentaram TMC e 19 apresentaram TMC.

Quanto ao consumo de frutas, na categoria dos pacientes que não consomem, 2 pacientes não apresentaram TMC e 2 apresentaram TMC. Na dos que consomem frutas, 33 pacientes não apresentaram TMC e 19 apresentaram TMC.

Quanto ao consumo de doces, na categoria daqueles pacientes que não consomem, 18 pacientes não apresentaram TMC e 8 apresentaram TMC. Na dos que consomem doces, 17 pacientes não apresentaram TMC e 12 apresentaram TMC. Ressalta-se que um paciente não respondeu esta questão.

Quanto ao consumo de refrigerantes, na categoria dos pacientes que não consomem, 19 pacientes não apresentaram TMC e 8 apresentaram TMC. Na categoria dos que consomem refrigerantes, 16 pacientes não apresentaram TMC e 13 apresentaram TMC.

Os pacientes com e sem transtorno mental comum não diferiram em relação às variáveis: ato de beliscar, consumo de verduras e legumes, frutas, doces e refrigerantes.

Observa-se que os pacientes com e sem transtorno mental comum diferiram estatisticamente em relação ao número de refeições e compulsão alimentar com $p=0,027$ e $p=0,027$ respectivamente. O grupo sem TMC realiza mais de 4 refeições diárias quando comparado ao grupo com TMC. Dos 19 pacientes com TMC (100%), 10 (52,6%) apresentaram compulsão alimentar. Dos 35 pacientes sem TMC (100%), 8 (22,9%) apresentaram compulsão alimentar. O grupo com TMC apresenta maior porcentagem de casos com compulsão alimentar do que o grupo sem transtorno.

Fonte: Eliana Kértész

Discussão

6 DISCUSSÃO

A Vigilância de fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) apontou em 2009, uma frequência de excesso de peso maior entre os homens (51%) do que entre as mulheres (42,3%)⁽²⁰⁾.

Apesar desta constatação, alguns estudos específicos mostram uma maior procura e participação nos grupos de reeducação alimentar do sexo feminino quando comparado ao masculino. Estes resultados encontrados corroboram com os aqui obtidos ^(1,21,47,58).

Tem-se que as mulheres são aquelas que mais frequentam as Unidades de Saúde. Acredita-se que estejam mais preocupadas com a saúde e com a prevenção de doenças do que o sexo masculino. Apresentam uma maior tendência a se agrupar e facilidade em dividir experiências, enquanto o homem tende a procurar um serviço de saúde quando já apresenta algum sintoma de doença. A onipotência masculina e o fato de um horário mais rígido de trabalho colaboram com a baixa frequência nos grupos desenvolvidos nas Unidades de Saúde.

O imaginário do ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, não vulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Outra questão que reforça a baixa frequência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber do diagnóstico, poderia ser considerado um fator de “proteção” para os homens⁽⁶¹⁾.

Populações ocidentais apresentam prevalências de transtorno mental comum (TMC) que variam de 7% a 26%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%)⁽⁶²⁾.

Em um estudo realizado em Feira de Santana (Bahia) com 2055 mulheres, onde foi utilizado o SRQ-20, a prevalência de transtorno mental comum foi muito elevada (39,4%), atingindo 811 mulheres⁽⁶³⁾.

Em outro estudo realizado em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) em São Paulo, no qual o instrumento utilizado também foi o SRQ-20, obteve-se como resultado estatisticamente significativo ($p=0,0029$) uma maioria feminina com prevalência de TMC⁽⁶⁴⁾.

Apesar de a literatura mostrar uma maior porcentagem de TMC em mulheres, neste estudo, não houve relação estatisticamente significativa ($p= 0,375$) quando comparados os pacientes com e sem TMC com relação ao sexo, uma vez que nesta pesquisa havia um único homem.

Na Unidade de Saúde na qual sou enfermeira, observo a participação de homens nos grupos de educação que abordam o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, mas ainda em menor número quando comparado às mulheres.

Sendo assim, há muito ainda a ser abordado sobre estratégias para que os homens participem efetivamente de atividades preventivas e de grupos de reeducação alimentar em geral.

Com relação à faixa etária, tem-se que o pico de ocorrência de obesidade está na faixa de 45 a 64 anos. As doenças crônicas tornam-se mais frequentes com o avançar da idade e, nesse caso, a obesidade pode ser fator potencializador para complicações clínicas⁽⁶⁵⁾.

A obesidade ocasiona desvantagens mecânicas como o aumento da massa corporal, alterando os momentos de inércia e modificando a expressão do movimento. Esses fatores impõem uma nova situação no sistema nervoso central, gerando maior dificuldade nas atividades locomotoras. Quedas e desequilíbrios foram associados à redução da qualidade de vida em adultos obesos⁽⁶⁶⁾.

Tanto homens quanto mulheres vivenciam a queda da taxa metabólica ao envelhecer, ou seja, o corpo gasta menos energia para se manter funcionando aos 40 anos do que aos 20 anos⁽⁶⁷⁾.

Dos 41 aos 55 anos, principalmente as mulheres, passam por uma transição hormonal. Isso inclui sintomas ansiosos e depressivos que podem interferir no peso. Há diminuição dos níveis de estrogênio e elevação de

testosterona, resultando em gordura abdominal e elevando o risco de doenças cardiovasculares como hipertensão e diabetes. Além disso, nesta fase, muitas mulheres enfrentam mudanças na relação com os filhos e podem viver também uma fase profissional estressante⁽⁶⁷⁾.

Nesta faixa etária é comum a presença da insônia, Segundo a neurologista Dalva Poyares, do Instituto do Sono da UNIFESP. “quem dorme menos engorda mais”. A falta de sono provoca a liberação de cortisol e também interfere na secreção de hormônios vinculados à fome e a saciedade (Grelina e Leptina respectivamente). Esta dificuldade em ter uma boa noite de sono, dificulta a prática de exercícios físicos, o que colabora com o aumento de peso⁽⁶⁷⁾.

As mudanças dessa faixa etária também podem ser acompanhadas de hipotireoidismo, que está associado à piora da hipertensão, ao aumento da glicemia, à fraqueza muscular e à diminuição do metabolismo⁽⁶⁷⁾.

Isto posto, constata-se nesta amostra, que os grupos de reeducação alimentar são compostos em sua maioria por mulheres em plena transição hormonal, o que poderia sugerir uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a presença de TMC. Isto não foi observado nem com relação ao sexo já mencionado anteriormente como também não ocorreu com relação à idade e a presença de TMC ($p=0,299$).

Embora não existam diferenças estatisticamente significantes com relação a estas variáveis e a presença ou não do transtorno mental comum, este é um fator que deve ser considerado importante pela equipe de organização dos grupos de reeducação alimentar. É necessária a utilização de estratégias de motivação e um acompanhamento na consulta de enfermagem direcionado a esta particularidade apresentada pela amostra em estudo.

Em relação ao estado civil (com e sem companheiro), um estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência de TMC em mulheres e descrever fatores associados à sua ocorrência, foram entrevistadas 2055 mulheres com idade maior do que 15 anos e aplicado o SRQ-20. Obteve-se uma associação entre a ocorrência de TMC e mulheres divorciadas,

desquitadas e viúvas ou seja sem companheiro($p=0,001$). De um total de 356 mulheres nestas condições, 171 (48%) apresentaram TMC⁽⁶³⁾.

Em outro estudo realizado com objetivo de investigar a prevalência de TMC e analisar sua distribuição segundo variáveis sócio demográficas em 2337 pacientes, obteve-se como resultado uma menor prevalência de TMC entre os indivíduos com companheiro(casados). Os autores inferem que os indivíduos casados encontram em seus parceiros maior suporte familiar e social⁽⁶⁴⁾.

Neste estudo, os pacientes com e sem TMC não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=1,000$), ou seja, ter ou não um companheiro não influenciou na presença ou não do transtorno mental comum.

Quanto ao grau de escolaridade, segundo dados do Censo do IBGE de 2010 , a população brasileira cresceu de 169.799.170 a 190.755.799 em 10 anos e a taxa de analfabetismo vem diminuindo consideravelmente passando de 56,2% de analfabetos em 1940 a 9,6% em 2010. Ainda segundo fonte do IBGE, o analfabetismo está relacionado às pessoas nascidas nas décadas de 40 a 70⁽⁶⁸⁾, o que se confirma nos dados encontrados em nosso estudo onde a média de idade foi de 51,08 anos, ou seja, pessoas nascidas na década de 50.

A educação no Brasil vem evoluindo ao longo dos anos. As pessoas tem tido mais oportunidades e consciência da importância de estudar. Muitas universidades, com mensalidades mais acessíveis, se propagaram em regiões mais afastadas dos grandes centros, o que tem facilitado o acesso da população a ingressar em outros níveis educacionais.

Neste estudo, no que se refere à escolaridade, 25 pacientes (44,6%) possuíam o 2º grau completo, porém foi constatado um número representativo de 17 pacientes com o 1º grau incompleto (30,4%).

Ao se relacionar a escolaridade com a presença ou não do TMC, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa ($p= 0,044$) com maior porcentagem de pacientes com 1º grau incompleto (45% -9 pacientes) de

um total de 20 pacientes com transtorno mental comum e 19 (57,6%) pacientes de um total de 33 sem transtorno mental comum.

Em estudo realizado com brasileiros com baixo nível de escolaridade, constatou-se que são mais vulneráveis a doenças como depressão, demência e outros transtornos neuropsiquiátricos⁽⁶⁹⁾.

Em outro estudo realizado com 358 idosos, foi encontrado um percentual de 24,02% de depressão e uma associação significativa entre a baixa escolaridade e a depressão⁽⁷⁰⁾.

Acredita-se que a informação, o convívio com os colegas, ou seja, toda a dinâmica que a formação escolar oferece, traz benefícios não só de aprendizado, mas também para a saúde mental do indivíduo, pois aumenta suas possibilidades de escolha, autoestima e poder de decisão. Sendo assim acredita-se que um maior grau de escolaridade pode atuar como um fator de proteção⁽⁷¹⁾.

Com relação à ocupação dos pacientes pertencentes ao grupo de reeducação alimentar, ficou bem definido a presença maciça de “donas de casa”, o que facilitou a participação, a frequência e assiduidade nas atividades desenvolvidas nestes grupos pela flexibilidade de horário que esta atividade proporciona.

Em estudo comparando mulheres com trabalho remunerado e donas de casa, foi observado que fatores distintos produziam adoecimento psíquico e recompensa entre estes dois tipos de ocupação. Donas de casa e trabalhadoras experimentaram em média, níveis similares de sintomas depressivos, ainda que os fatores associados à ocorrência de adoecimento psíquico tenham sido distintos para cada grupo⁽⁶³⁾.

Os grupos de reeducação alimentar das Unidades de Saúde de Pindamonhangaba funcionam pela manhã ou à tarde e diferenciam quanto à periodicidade dos encontros, sendo semanais ou quinzenais.

Seria importante a existência de grupos de reeducação alimentar do Sistema Único e Saúde (SUS) em outros horários, como por exemplo, no horário noturno onde alcançaria as pessoas com sobrepeso ou obesidade

que trabalham com esquemas de horários mais rígidos não tão flexíveis como homens e jovens.

Com relação à renda familiar, apenas 25 (44,6%) pacientes responderam a esta pergunta. Muitos se sentiram constrangidos em relatar sua renda familiar. Mesmo assim, este foi um questionamento importante neste tipo de pesquisa, uma vez acredita-se que a renda interfere nos transtornos mentais comuns rastreados neste estudo e na alimentação e consequentemente na reeducação alimentar.

Esta inferência foi constatada com a relação estatisticamente significativa ($p= 0,027$) nos pacientes com TMC, que apresentaram uma renda familiar menor, quando comparado aos pacientes sem TMC.

Esta diferença de renda familiar pode interferir ao acesso físico e econômico aos alimentos para satisfazer suas necessidades nutricionais e consequentemente a ter uma vida saudável e ativa.

Para alguns autores esta relação sinaliza uma diminuição de poder, incapacidade social e consequentemente uma maior susceptibilidade a doenças mentais, geradas pelo estresse e insegurança, elementos desencadeadores dos transtornos mentais comuns⁽⁷¹⁾.

Em estudo realizado com 4030 funcionários com idade entre 24 e 55 anos com o objetivo de investigar a associação entre eventos estressores e TMC, identificou-se que, o fato de vivenciar dificuldades financeiras resultou numa associação estatisticamente significativa com a presença de transtorno mental comum⁽⁷²⁾.

Para avaliar se a população de um determinado país se encontra ou não em situação de segurança e soberania alimentar, avalia-se a disponibilidade e recursos que os indivíduos possuem para adquirir ou produzir a sua alimentação; se há acesso físico aos alimentos; se esses são de qualidade; se os alimentos que consomem estão de acordo com a sua cultura alimentar e com as suas próprias escolhas. Um dos fatores mais importantes para a decisão sobre os alimentos que as pessoas consomem, portanto, é a sua renda familiar, associada ao valor que aqueles alimentos

têm para o grupo social ao qual pertence. Também pesam nessas escolhas os hábitos culturais, as religiões, o local de moradia, dentre outros⁽⁷³⁾.

Segundo um estudo sobre gastos semanais para a alimentação da família em diferentes países do mundo em 2008, observou-se que a alimentação de uma família pode variar de US\$ 1,23 a US\$ 500,07 semanais. Independentemente dos valores encontrados para cada país, o grau de dificuldade financeira reflete diretamente na alimentação e na renda familiar. A situação é semelhante no Brasil entre as diferentes classes de renda⁽⁷⁴⁾.

Referente ao tempo de participação em grupos de reeducação alimentar acredita-se que quanto maior o tempo, maiores serão os aprendizados e as conquistas adquiridas pelos indivíduos. Alguns motivos particulares levam os indivíduos a faltarem aos encontros e desistirem do programa, diminuindo os resultados propostos pelos grupos de reeducação alimentar.

Outros fatores não relacionados aos motivos particulares podem desmotivar a participação dos pacientes nestes grupos, como por exemplo, grupos com longa duração do programa ou dos encontros, mudanças constantes de coordenação, falta de metas do grupo entre outros fatores.

Nesse estudo foi investigado o tempo de participação dos pacientes nos grupos com o objetivo de verificar se as diversas experiências relacionadas ao diferentes tempos de participação influenciariam na presença ou não de TMC. As faltas e desistências não foram o foco da pesquisa. Sendo assim, não houve relação estatisticamente significativa ($p= 0,144$) quando comparados os pacientes com e sem TMC no que se refere ao tempo de participação no grupo.

A combinação de massa corporal, isto é, peso isolado ou peso ajustado para a altura e a distribuição de gordura é a melhor opção para uma avaliação clínica da obesidade⁽⁷⁵⁾.

Outra forma de avaliação clínica que mostra o risco da obesidade é a associação da medida da circunferência abdominal(CA) com o Índice de Massa Corpórea (IMC)⁽⁷⁵⁾.

Vários estudos têm registrado que a circunferência abdominal (CA), indicadora de distribuição da gordura corporal, está associada à ocorrência de doenças metabólicas e cardiovasculares, dentre estas a hipertensão arterial sistêmica⁽⁷⁶⁾.

A CA, medida no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior (altura da cicatriz umbilical), é recomendada por ser o índice antropométrico mais representativo da gordura intra-abdominal e de aferição mais simples⁽⁷⁷⁾.

O ponto de corte estabelecido para a circunferência abdominal é de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres e este índice tem sido questionado por não se adequar a populações de diferentes etnias. Recomenda-se para mulheres uma circunferência de cintura abdominal entre 80–88 cm e para homens valores entre 94–102 cm, além de uma monitorização mais frequente dos fatores de risco para doenças coronarianas⁽⁷⁷⁾.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 4030 funcionários de uma Universidade, foi encontrada a prevalência de sobrepeso em 53,3% das mulheres e em 64,9% dos homens. Entre as mulheres, a prevalência de TMC aumentou juntamente com as categorias de IMC para sobrepeso. Foi também discutido no estudo que a percepção inadequada de gordura e não a real compleição física é o fator preditivo mais importante para TMC. Os resultados sugeriram uma associação entre IMC e TMC⁽⁷⁸⁾.

Diante dos resultados obtidos com relação ao peso, altura, CA, IMC e classificação da obesidade, têm-se neste estudo pacientes com risco para doença cardíaca, doença que mais leva a óbito em países desenvolvidos, diabetes mellitus não insulino dependente, hipertensão, hiperlipidemia, osteoartrites e apnéia do sono, as quais são mais comuns em indivíduos obesos.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre as variáveis peso ($p=0,349$), altura ($p=0,396$), IMC ($p=0,505$) e CA ($p=0,206$) nos pacientes com e sem transtornos mentais comuns. Este resultado obtido pode estar associado ao número reduzido da amostra, o que não impede de se considerar que estas variáveis são importantes e devem ser valorizadas no tratamento da obesidade.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Não existe nenhum tratamento farmacológico em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida. Há várias opções de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. Esses indivíduos devem ser abordados de forma a aumentar o conhecimento sobre o problema e a motivação para agir contra os fatores ambientais obesogênicos⁽⁷⁵⁾.

Ambiente obesogênico diz respeito à influência que oportunidades e condições ambientais apresentam nas escolhas, por parte dos indivíduos, de hábitos de vida que promovam o desenvolvimento da obesidade⁽⁷⁹⁾.

Considera-se sucesso no tratamento da obesidade a habilidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente útil, que resulte em efeitos benéficos sobre doenças associadas, como diabetes tipo II, hipertensão e dislipidemia⁽⁷⁵⁾.

Obesidade é uma doença crônica que tende a recorrer após a perda de peso e pessoas obesas devem ter contato em longo prazo com profissionais de saúde e o apoio destes⁽⁷⁵⁾.

No grupo que coordeno como enfermeira (Pense Leve) observo que quanto maior o IMC, maior é a dificuldade de eliminação de peso corporal e a adoção de hábitos saudáveis tanto alimentares como físicos. A motivação precisa ser exaustivamente trabalhada nestes pacientes.

Obesidade e hipertensão arterial sistêmica (HAS) estão intimamente relacionadas, sendo a prevalência de hipertensão cerca de 50% maior nos indivíduos obesos. Além disso, o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário, a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos. No entanto, os mecanismos

fisiopatológicos que favorecem o desenvolvimento da hipertensão na obesidade são complexos e multifatoriais⁽⁸⁰⁾.

Dentre estas alterações destacam-se alterações hemodinâmicas sistêmicas e renais, resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória, ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina e efeitos da leptina plasmática⁽⁸⁰⁾.

As alterações hemodinâmicas da obesidade caracterizam-se por aumento do volume intravascular e do débito cardíaco, com manutenção de valores normais de resistência vascular periférica. Estas alterações, associadas à hipertensão, levam ao desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, predispondo o paciente obeso a maior risco de arritmia cardíaca e de insuficiência cardíaca congestiva⁽⁸⁰⁾.

Tratando-se de obesidade e hipertensão, vale ressaltar a importância da apnéia obstrutiva do sono, condição clínica frequente em pacientes obesos, que tem relação não só com a ativação simpática, mas também, com a resistência à insulina⁽⁸¹⁾.

A redução de peso e a sua manutenção é o método mais efetivo em diminuir a pressão arterial em obesos. Tem sido observado que quanto maior a perda de peso, maior é a redução da pressão arterial, e que, na recorrência de ganho de peso, os pacientes podem voltar a apresentar níveis pressóricos mais elevados. É importante destacar que qualquer grau de perda de peso, mesmo se não sustentado por um período de tempo prolongado, pode conferir benefício ao paciente hipertenso obeso. Em adição aos efeitos da restrição calórica, dietas ricas em frutas e vegetais e em alimentos com baixos níveis de gordura saturada também devem ser estimuladas por favorecer a diminuição da pressão arterial, assim como a atividade física⁽⁸⁰⁾.

Foi realizado um estudo descritivo sobre TMC em 92 pacientes hipertensos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. A prevalência geral de TMC foi de 29,3% em pacientes com tempo de diagnóstico e tratamento de até 10 anos. Concluiu-se que a prevalência de TMC em

hipertensos pode ser maior nas fases iniciais e intermediárias do tratamento⁽⁸²⁾.

Em um estudo realizado em um Centro de Referência Universitário para tratamento de hipertensão arterial, foram entrevistados 285 pacientes hipertensos e encontrado uma prevalência de 20% de depressão, superior àquela encontrada na população geral (4,8% a 13%)⁽⁸³⁾.

A relação entre obesidade e diabetes mellitus tipo II (DM II) é bem definida. Indivíduos com sobrepeso ou obesidade têm um aumento significativo do risco de desenvolverem diabetes. O aumento de 1 kg no peso corporal aumenta em 9% o risco do desenvolvimento de diabetes. Nos indivíduos portadores de DM II, uma redução de 11% no peso corporal foi associada a uma diminuição de 28% do risco de morte causada por diabetes⁽⁸⁴⁾.

O risco de obesos ficarem diabéticos aumenta em 50%, quando o índice de massa corporal (IMC) está entre 33 e 35kg/m² ⁽⁸⁴⁾.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas incluindo 1967 pessoas com idade entre 20 a 69 anos, utilizando o SRQ-20, foram encontrados indivíduos hipertensos, diabéticos e com insuficiência cardíaca apresentando maior prevalência de transtorno mental comum⁽⁷¹⁾.

Em outro estudo realizado em Blumenau (Santa Catarina), também se utilizou o SRQ-20 e a prevalência de TMC em pessoas com HAS e/ou DM foi alta (39,4%) ⁽⁸⁵⁾.

Embora se tenha conhecimento destas associações e também da relação entre transtornos mentais comuns e a obesidade, a variação de pressão arterial e o diabetes mellitus, neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p=0,890$ e $p=0,072$ respectivamente) entre os pacientes com e sem TMC relacionados a presença ou não de HAS e DM. Este resultado obtido deve ser interpretado com cautela, assim como outros estudos devem ser realizados utilizando-se outros desenhos metodológicos onde seja possível identificar se o TMC influencia os fatores associados ou vice versa.

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis correspondem a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e também se insere como um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Ao considerar a ampliação e qualificação das ações de promoção nos três níveis de complexidade, desafia-se a proposição de uma ação transversal, integrada e intersetorial⁽⁸⁶⁾.

Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos: é acessível, não é cara, valoriza a variedade e as preparações alimentares tradicionais, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura sanitariamente. É recomendado pelo Ministério da Saúde a realização de 5 refeições diárias (1º Passo para uma Alimentação Saudável)⁽⁸⁷⁾.

O número de refeições é fortemente influenciado pelo modo de vida e de trabalho das pessoas. Em todos os grupos de reeducação alimentar em Pindamonhangaba este aspecto é abordado por ser de extrema importância. Mesmo participando destes grupos, as pessoas ainda continuam com dificuldade em mudar este hábito alimentar, o que foi constatado neste estudo onde somente 12 pacientes fazem 5 refeições diárias, sendo 9 deles sem TMC. Os demais pacientes podem não seguir as recomendações do Ministério da Saúde por diversos fatores, dentre eles, a baixa renda familiar encontrada nesta amostra ou ainda hábito familiar e tipo de profissão.

Algumas orientações nutricionais sugerem seis refeições por dia, alegando que este hábito estimula o metabolismo, fazendo-o acelerar e, portanto, eliminar mais calorias.

Em um estudo publicado em 2010 no *The British Journal of Nutrition* esta orientação não foi constatada, uma vez que homens e mulheres acima do peso foram aleatoriamente orientados a aderir dietas bastante restritivas em relação a calorias e a seguiram por oito semanas. Cada participante consumiu o mesmo número de calorias por dia, mas um grupo ingeriu as calorias em três refeições e o outro em seis. Ambos os grupos apresentaram

perdas significativas e equivalentes de peso, não ocorrendo relação entre o número de refeições e aceleração do metabolismo ⁽⁸⁸⁾.

Realizando diversas refeições por dia, a pessoa evita o esvaziamento gástrico por muito tempo, diminuindo o risco de ficar com muita fome e exagerar na quantidade quando for comer, porém, se o total de calorias e nutrientes for o mesmo, dificilmente haverá eliminação de peso realizando 2 ou 6 refeições/dia ⁽⁸⁷⁾.

Neste estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p=0,027$) entre os pacientes com e sem TMC no que se refere ao número de refeições realizadas por dia. O grupo sem TMC apresentou uma maior porcentagem de pacientes que ingerem de 4 a mais refeições diárias do que o grupo com TMC.

O fato de realizar várias refeições por dia pode amenizar os sintomas de ansiedade e depressão diminuindo então o TMC.

Foi questionado aos pacientes se eles possuíam o hábito de beliscar, ou seja, ato de comer pouco ou aos bocadinhos, e 44,4% respondeu que sim, o que pode dificultar o controle do peso conforme contido no 1º passo para uma alimentação saudável, isto é, Evite “beliscar” entre as refeições.

Compulsão alimentar significa consumir uma grande quantidade de alimento de forma incontrolável e de maneira rápida, até o ponto de sentir-se desconfortável. Estes episódios de compulsão são chamados de *binge*. Poderíamos traduzir *binge* como "ataques" de compulsão alimentar. Estes episódios não são motivados apenas por uma fome "física". Podem também serem desencadeados por períodos de restrição alimentar ou ainda por alguma alteração do estado emocional. Mesmo que a fome "física" esteja presente, existem outros "gatilhos" de caráter psicológico, que podem variar desde a ansiedade, como o medo de "falhar" ou de ser rejeitado, sentimentos e/ou idéias de inadequação, ou expectativas frustradas ⁽⁸⁹⁾.

Ainda segundo o autor, estes ataques de comer apresentam certas características:

- Ingestão de grande quantidade de alimentos num período curto de tempo, algumas pessoas podem chegar a ingerir 5.000 calorias em um período de 2 horas (no caso das compulsões graves).
- Ingestão preferencial de alimentos mais calóricos, como doces e carboidratos gordurosos.
- Ingestão rápida de alimentos levando ao cansaço e/ou “empanturramento”.
- Ingestão escondida de alimentos.
- Sensação de descontrole, a pessoa não consegue controlar o impulso de comer.

Após o episódio compulsivo, surgem sentimentos de culpa, falta de autocontrole, além de auto rejeição, o que causa cada vez mais baixa autoestima.

O tratamento da compulsão alimentar é multidisciplinar. O grupo de reeducação alimentar, através das palestras dos diversos profissionais como (enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, médicos, dentistas) e trocas de experiências entre os pacientes pode auxiliar no tratamento da compulsão alimentar, além de entender os “por quês” do seu comportamento frente à alimentação e descobrir novas maneiras de lidar com as emoções que envolvem este tipo de comportamento. Existem medicamentos que são úteis na redução da compulsão e no controle dos transtornos associados como a depressão e a ansiedade, que podem ser prescritos pelo médico⁽⁸⁹⁾.

Neste estudo constatou-se uma maior porcentagem de pacientes com TMC e compulsão alimentar.

Quanto ao consumo de verduras/legumes e frutas, mais de 90% dos pacientes que participam dos grupos de reeducação alimentar consomem estes alimentos.

O consumo destes alimentos está indicado no 3º passo para uma alimentação saudável, ou seja, coma diariamente pelo menos três porções

de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches⁽⁸⁷⁾.

O consumo de doces e refrigerantes foi muito próximo nos grupos sem e com TMC, contrariando o 7º passo para uma alimentação saudável, ou seja, evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação⁽⁸⁷⁾.

Cabe também ressaltar que doces e refrigerantes possuem um excesso de calorias, o que se ingeridos em grandes quantidades, além de não serem saudáveis, prejudicam a eliminação de peso. Nos grupos de Reeducação Alimentar em Pindamonhangaba existe orientações quanto aos alimentos e suas calorias e também sugestões para substituir estes alimentos por outros mais saudáveis ou os chamados alimentos light (baixa calorias).

A respeito da atividade física, estudos epidemiológicos e de coorte têm demonstrado forte associação entre obesidade e inatividade física^(90,91), assim como tem sido relatada associação inversa entre atividade física, índice de massa corpórea (IMC)*, razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência da cintura⁽⁹²⁾. Esses estudos demonstram que os benefícios da atividade física sobre a obesidade podem ser alcançados com intensidade baixa, moderada ou alta, indicando que a manutenção de um estilo de vida ativo, independente de qual atividade praticada, pode evitar o desenvolvimento dessa doença.

Para a redução da obesidade é necessário que o gasto energético seja maior que o consumo energético diário, o que nos faz pensar que uma simples redução na quantidade de alimento seja suficiente. No entanto, isto não é tão simples; tem sido demonstrado que a mudança no estilo de vida, através do aumento na quantidade de atividade física praticada e reeducação alimentar, é o melhor tratamento⁽⁹³⁾.

O efeito da atividade física está no gasto energético que esta provoca. A maioria das pessoas consegue gerar taxas metabólicas que são 10 vezes maiores que os seus valores em repouso durante exercícios com

participação de grandes grupos musculares, como caminhadas rápidas, corridas e natação. Atletas que treinam de três a quatro horas diárias podem aumentar o gasto energético diário em quase 100%. Em circunstâncias normais, a atividade física é responsável por entre 15 e 30% do gasto energético⁽⁹⁴⁾.

Neste estudo ficou constatado que aqueles pacientes sem TMC praticam mais atividade física o que nos leva a inferir uma maior probabilidade de perda de peso.

No município de Pindamonhangaba, existe um incentivo à prática de atividade física. O município possui em praticamente todos os bairros Centros Comunitários que oferecem ginástica gratuita aos pacientes com acompanhamento de professor de educação física. Desde 2007, houve a instalação de "Academias da Melhor Idade" nas ruas ou praças (conjunto de aparelhos para a realização de atividades físicas projetadas para a melhor idade) em vários bairros.

Um estudo publicado na Argentina demonstrou os benefícios da atividade física em portadores de transtorno mental. Dentre esses benefícios, os exercícios físicos parecem ser efetivos na melhora do humor em geral e em relação aos sintomas da depressão e ansiedade em indivíduos normais e em pacientes psiquiátricos; possibilitam a integração entre os próprios pacientes e a equipe terapêutica; permitem ampliar as possibilidades de comunicação não-verbal; elevam a autoestima; e auxiliam na percepção e consciência corporal⁽⁹⁵⁾.

Inúmeros benefícios físicos e psicossociais que resultam da prática regular de atividade física são relatados na literatura. Entre eles estão: o aumento da força muscular, a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, a redução de gordura, o aumento da densidade óssea, a melhora do humor e da autoestima e a redução da ansiedade e da depressão⁽⁹⁶⁾.

Ainda segundo os autores, a atividade física seria responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, auto-eficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão

sináptica das monoaminas, que supostamente funcionaria como as drogas antidepressivas e o efeito inibitório da morfina endógena no sistema nervoso central) que resultaria na melhora da ansiedade e do humor após a prática de atividade física.

Pelas evidências acumuladas quanto aos efeitos benéficos que produz a atividade física, esta vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos saudáveis de vida, de prevenção e de controle de doenças⁽⁹⁷⁾.

Em um estudo sobre fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, verificou-se associação positiva entre TMC e sedentarismo no lazer. O sedentarismo contribui para o risco de depressão, de ansiedade e de prejuízos para a saúde mental, assim como achados de maior prevalência de inatividade física entre pessoas com depressão auto percebida. Também existem evidências das repercussões psíquicas positivas decorrentes da prática de atividade física sobre a depressão, a ansiedade e a melhora do bem-estar psíquico⁽⁹⁸⁾.

Com relação ao escore do SRQ-20, obteve-se como resultado que 35 (62,5%) pacientes não apresentaram TMC e 21 (37,5%) apresentaram TMC. Este resultado indicou que a participação em grupos de reeducação alimentar pode interferir na prevalência de TMC.

O decréscimo de energia vital foi o subgrupo de sintomas mais frequente nesta amostra. Isto significa dizer que, a maioria dos pacientes com sobrepeso e obesidade desta amostra apresentou dificuldade de pensar com clareza, de tomar decisões e cansa-se com facilidade tanto nas atividades diárias como em seu serviço. Pode-se inferir que estes sintomas estejam não só relacionados ao TMC como também a própria obesidade, embora esta relação não tenha sido constatada estatisticamente pela média de peso, altura, IMC, CA e classificação do IMC conforme tabelas apresentadas anteriormente.

Diante dessa discussão apresentada, os pacientes com sobrepeso e obesidade deste estudo podem ser beneficiados não só pelo suporte técnico

oferecido pelos grupos de reeducação alimentar, mas também, pelo suporte emocional oferecido pelos profissionais de saúde que realizam estes grupos.

Aqui, particularmente, destaca-se o importante papel do enfermeiro nestas atividades assistenciais e educativas para se reverter a falta de perspectiva de vida que acompanha muitos obesos, contribuindo para a melhora do seu estado emocional.

Com este suporte emocional oferecido aos obesos tem-se uma melhor adesão ao tratamento, aos grupos, às mudanças de hábitos alimentares e um estímulo à prática de exercício físico.

Fonte: Eliana Kértész

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que:

Quanto à caracterização sócio demográfica dos 56 sujeitos deste estudo, houve predomínio de pacientes do sexo feminino (98,2%), na faixa etária entre 23 e 81 anos (média= 51,08 anos), com companheiro (80%), com o 2º grau completo (44,6%). Com relação à ocupação dos pacientes a maioria relatou ser do lar. A renda familiar destes pacientes variou de R\$ 80,00 a R\$ 2500,00 (média= R\$ 780,88). Com relação ao tempo de participação destes pacientes nos grupos de reeducação alimentar, a maioria relatou freqüentar o grupo no período de 1 mês a 11 meses (33,9%). Quanto à caracterização clínica, a média de peso dos pacientes foi de 82,77 kg, a média de altura foi 1,57m; a média do Índice de Massa Corpórea(IMC) foi de 33,33 Kg/m² e a média da Circunferência Abdominal(CA) foi de 101,79 cm. Referente à classificação da obesidade, 35,7% dos pacientes foram classificados com sobrepeso, 30,4% com Obesidade grau I, 21,4% com obesidade grau II e 12,5% com Obesidade grau III.

Quanto à presença de comorbidades nestes pacientes, 53,6% relataram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 17,9% Diabetes Mellitus (DM), 7,1% problemas de tireoide e 8 relataram outras comorbidades. Quanto aos hábitos alimentares, no que se refere ao número de refeições diárias, a maioria dos pacientes (37,5%) relatou que realiza quatro refeições/dia. Vinte e quatro (44,4%) pacientes apresentaram o hábito de beliscar e 18 (33,3%) apresentaram compulsão alimentar.

Quanto ao consumo de alimentos, 94,6% dos pacientes relataram o consumo de verduras e legumes, 92,9% relataram o consumo de frutas, 51,8% o consumo de doces e 51,8% o consumo de refrigerantes.

Com relação à atividade física, 69,6% dos pacientes praticavam algum tipo de atividade física e a mais relatada foi a caminhada (42,1%). Quanto à frequência praticada por semana, a maioria dos pacientes (25%) praticavam atividade física duas vezes na semana. Quanto

à presença ou não de transtorno mental comum, 62,5% foram considerados sem transtorno mental comum e 37,5% com transtorno mental comum. Quanto à comparação dos pacientes com transtorno mental comum e sem transtorno mental comum e as variáveis do estudo, não houve diferença significativa estatisticamente nas variáveis: idade, sexo, estado civil, tempo de participação no grupo de reeducação alimentar, peso, altura, IMC, CA, classificação do IMC, HAS, DM, ato de beliscar e consumo de verduras, legumes, frutas, doces e refrigerantes. Houve diferença significativa estatisticamente nas variáveis: renda familiar ($p=0,027$); escolaridade ($p=0,044$); atividade física ($p=0,030$); número de refeições realizadas diariamente ($p=0,027$) e compulsão alimentar ($p=0,027$) e a ausência do transtorno mental comum.

Os resultados deste trabalho permitem concluir que: a participação nos grupos de reeducação alimentar pode interferir no estado emocional dos pacientes com sobrepeso e obesidade.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Não existe nenhum tratamento que não envolva mudança de estilo de vida. Há várias opções de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. Esses indivíduos devem ser abordados de forma a aumentar o conhecimento sobre o problema e a motivação para agir contra os fatores ambientais obesogênicos. A participação desses pacientes nos grupos de reeducação alimentar pode auxiliar no tratamento e diminuir os TMC.

Sendo assim, outros estudos merecem ser desenvolvidos no sentido de aprofundar estratégias para o melhor desempenho destes grupos de reeducação alimentar e sua influência nos TMC, o que poderá auxiliar o enfermeiro no atendimento aos pacientes com sobrepeso e obesidade.

Finalmente, o grupo de reeducação alimentar é um recurso importante para a promoção da melhora na qualidade geral de vida dos pacientes com sobrepeso e obesidade, proporcionando a possibilidade de promoção e prevenção da saúde.

Fonte: Eliana Kértész

Referências

REFERÊNCIAS

1. Brienza AM, Mishima SM, Frederico P, Clápis, MJ. Grupo de reeducação alimentar: uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55(6): 697-700.
2. Oliveira L, Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 47(2): 107-108.
3. Silva KZ, Martins CS, Ferriani MGC. O adolescente obeso e seu corpo antes e depois de participar de um programa de assistência. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2004;14(3):68-75.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Caderno de Atenção Básica n. 12. Brasília; 2006.
5. Cabrera MAS, Filho WJ. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação com Hábitos e Co-Morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001; 45 (5): 494-501.
6. Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundação BYK;1995.Obesidade na infância e adolescência; p.9-13.
7. Cunha ACPT, Neto CSP, Junior ATC. Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal.* 2006; 5(3): 146-154.
8. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, Lancha Junior AH. Obesity: updated information about its etiology, morbidity and treatment. *Rev Nutr.* 2000; 13(1): 17-28.
9. Marques-Lopes I, Marti A, Moreno-Aliaga MJ, Martinez A. Aspectos genéticos da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;17(3):327-338.
10. Margarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Does fat intake predict adiposity in healthy children and adolescents aged 2-15? A longitudinal analysis. *Eur J Clin Nut.* 2001;55(6):471-81.
11. Danadian K, Lewy V, Janosky JJ, Arslanian S. Lipolysis in African-American children: is it a metabolic risk factor predisposing to obesity? *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;87(7):3022-6.
12. Young LR, Nestle M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *AM J Public Health.* 2002;92(2):246-49.
13. Marinho SP, Martins IS, Perestrelo JPP, Oliveira DC. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. *Rev Nutr.*2003;16(2): 195-201.

14. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):698-709.
15. Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, Schmitz P, Campos IC, Medina JRP, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de uma unidade de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4): 879-905.
16. Motta DG, Peres MTM, Calçada MLM, Vieira CM, Tasca APW, Passarelli C. Consumo Alimentar de família de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde Rev*. 2004; 6(13):63-70.
17. Cunha SFC. Problemas Nutricionais em Adultos. *Estud.Av*. 2007; 21(60): 155-160.
18. Organização Pan- Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.
19. Fisberg M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2004.
20. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.
21. Pereira JM, Helene LMF. Reeducação Alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. *Revista Espaço para a Saúde*. 2006; 7(2): 32-38.
22. Licinio J, Wong ML. The interface of obesity and depression risk factors for the metabolic syndrome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25(4): 196-197.
23. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Lunes M, Ferreira SRG et al. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(1): 4-11.
24. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):29-36.
25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84 (supl 1): 3-28.

26. Wang J, Ruotsalainen S, Moilanen L, Lepisto P, Laakso M, Kuusisto J. The metabolic syndrome predicts cardiovascular mortality: a 13-year follow-up study in elderly non-diabetic Finns. *Eur Heart J*. 2007; 28 (7): 857-64.
27. Maggi S, Noale M, Zambon A, Limongi F, Romanato G, Crepaldi G. Validity of the ATP III diagnostic criteria for the metabolic syndrome in an elderly Italian Caucasian population. *The Italian Longitudinal Study on Aging. Atherosclerosis*. 2008; 197 (2): 877-82.
28. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of Obesity on Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Illness. *J Gen Intern Med*. 2000;15:789-796.
29. Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberatore Júnior RDR, Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estud Psicol*. 2005;10(3): 35-39.
30. Vasques F, Martins FC, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. psiquiatr. Clín*. 2004; 31(4): 195-198.
31. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):73-79.
32. Villares SMF, Ribeiro MM, Silva AG. Obesidade infantil e exercício. *Abeso*. 2003; 4(13).
33. Caetano C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicol reflex Crit*. 2005; 18(1): 39-46.
34. Matos, MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(4): 165-169.
35. Segal A, Cardeal MV, Cordás TA. Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2002; 29(2): 81-89.
36. Baptista MN. Depressão na adolescência: uma visão multifatorial. São Paulo: EPU; 1999.
37. Segal A, Fandino J. Indicações e Contra-Indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24(3): 68-72.
38. Brownell KD, O'neil PM. Obesidade. In: Barlow DH. Manual clínico dos transtornos psicológicos. Porto Alegre: Artmed, 1999. p.355-403.

39. Rydén A, Torgerson JS. Swedish Obese Subjects Study – what has been accomplished to date? *Surgery for Obesity and related Diseases*. 2006; 2: 549-60.
40. Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998; 25(6): 285-90.
41. Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP*. 2002; 13(1): 197-216.
42. Mourão DM, Monteiro JBR, Costa NMB, Stringheta PC, Minim VPR, Dias CMGC. Ácido linoléico conjugado e perda de peso. *Rev. Nutr.* 2005; 18(3): 391-399.
43. Almeida GAN, Loureir SR, Santos JE. Obesidade Mórbida em Mulheres -Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 2001; 4(51): 359-365.
44. Rosendo AB, Stefli GS, Bolan RS, Silveira LVS. Avaliação da eficiência do grupo de apoio a pacientes obesos em Tubarão – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2005; 34(4): 28-34.
45. Wadden TA, Butryn ML. Behavioral treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2003; 32: 981–1003.
46. Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandino J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatria*. 2007; 29(1): 23-25.
47. Trentini M, Gonçalves LHT. Pequenos grupos: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. *Rev Texto&Contexto-Enfermagem*. 2000; 9(1): 63-78.
48. Silva DMGV, Souza SS, Francioni, FF, Betina HSM. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(1): 7-14.
49. Nobre F, Pierin AMG, Mion DJ. Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
50. Chiesa AM, Veríssimo MDLORA. Educação em Saúde na Prática do PSF. In: Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: 2004.p.34-42.
51. Zimerman, DE. Fundamentos Básicos da grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

52. Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;2007.
53. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004; 4:85-94.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação- Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica: alimentação e nutrição. Brasília; 2004.
55. Costa KS, Munari DB. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(1): 54-9.
56. Sousa MF. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Brás Enferm*. 2008; 61(2): 153-158.
57. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2): 231-41.
58. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho de Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*.2008; 24(2): 380-390.
59. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.p. 223-67.
60. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. Boston, PWS Publishers, 1986, 584pp.
61. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-574.
62. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Pró Saúde. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19:1713-20.
63. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5(3):337-348.

64. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 2(8): 1639-1648.
65. Cabrera MAS, Filho WJ. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001; 45(5): 494-501.
66. Francisco CO, Okada VT, Ricci NA, Benze BG, Rebelatto JR, Duarte ACGO. Comparação do equilíbrio de mulheres a partir da meia-idade obesas e não-obesas. *Fisioter Pesq*. 2009; 16(4): 323-8.
67. Lage A. Mulheres com mais de 40 anos têm dificuldade para emagrecer. *Folha de S. Paulo*. 2007 set. 27.
68. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Censo Demográfico: resultados preliminares do Universo: 2010. Brasília; 2011.
69. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2010; 377(9779): 1778-1797.
70. Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(1): 31-38.
71. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Júnior JSV. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbana de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(4): 630-40.
72. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos da vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1713-1720.
73. Belik W, Siliprandi E. Hábitos alimentares, Segurança e Soberania Alimentar. [homepage na Internet]. Campinas; 2011. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/evolucao/evolucao_cap20.pdf.
74. D Aluisio F, Menzel P. *Hungry Planet: What the world eats*. Berkeley: Ten Speed Press; 2005.
75. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade: 2009/2010; São Paulo.

76. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1187-1191.
77. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005; V.84, Suplemento I.
78. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras psiquiatr*. 2004; 26(4): 242-7.
79. Souza NPP, Oliveira MRM. O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Rev Simbio-Logias*. 2008; 1(1).
80. Matavelli LS, Junior DM. Hipertensão e Obesidade. *Revista ABESO*. 2002; n.8, ed nº8, Ano III.
81. Lopes HF. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. *Rev Bras Hipertens*. 2007; 14(4): 239-244.
82. Fiorotti C, Tomazelli J, Malagris L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. 2009; 12(3): 318-327.
83. Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM, Melo AFB, Ribeiro CN. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr*. 2007; 29(2): 161-168.
84. Silveira LAG. Correlação entre obesidade e diabetes tipo 2. *Rev Digital Vida e Saúde*. 2003; 2(2).
85. Helena ETS, Lasagno BGS, Vieira R. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da família em Blumenau, Santa Catarina. *Rev Bras Med Fam e Comum*. 2010; 5(17): 42-47.
86. Ministério da Saúde – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) [homepage na Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/pas.php>.
87. Ministério da Saúde. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. [homepage na Internet]. Brasília. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf.

88. Cameron JD, Cyr MJ, Doucet E. Increased meal frequency does not promote greater weight loss in subjects who were prescribed an 8-week equi-energetic energy-restricted diet. *Br J Nutr.* 2010; 103(8):1098-101.
89. Grupo de Apoio e Tratamento dos Distúrbios Alimentares. Compulsão Alimentar. [homepage na Internet]. São Paulo. Disponível em: <http://gatda.psc.br/compulsão.htm>.
90. Gustat J, Srinivasan SR, Elkasabany A, Berenson GS. Relation of self-rated measures of physical activity to multiple risk factors of insulin resistance syndrome in young adults: the Bogalusa Heart study. *J Clin Epidemiol.* 2002;55:997-1006.
91. Lakka TA, Laaksonem DE, Laaka HM, Männikö N, Niskanen LK, Raumamaa R, Salonen JT. Sedentary life style, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1279-86.
92. Rennie KL, McCarthy N, Yazdgerdi S, Marmot M, Brunner E. Association of metabolic syndrome with both vigorous and moderate physical activity. *Int J Epidemiol.* 2003;32:600-6.
93. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine (ACSM) stand position on the appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33:2145-56.
94. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte.* 2004; 10(4):319-324.
95. Soares FA, Pereira ET. Os benefícios da atividade física para portadores de transtorno mental. *Revista Digital Buenos Aires.* 2010; ano 15, n150. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd150/atividade-fisica-para-portadores-de-transtorno-mental.htm>.
96. Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics.* 2005; 60:61-70.
97. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2005.
98. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(6): 1329-1338.

Fonte: Eliana Kertesz

Apêndices

APÊNDICE 1

Questionário sócio demográfico e clínico

Nome	
Endereço	
Telefone	
Idade	
Sexo	Feminino () Masculino ()
Estado Civil	Com companheiro () Sem companheiro ()
Escolaridade	
Ocupação	
Renda	
Tempo de participação no grupo	
Doenças	Hipertensão () Diabetes () Depressão () outras () Quais? _____
Hábito Alimentar	Numero de refeições por dia: ____ Beliscador: sim () não () Compulsão Alimentar: sim () não () Verduras/legumes: sim () não () Frutas: sim () não () Doces: sim () não () Refrigerante: sim () não ()
Atividade Física	Sim () Não () Se sim, qual: _____ Quantas vezes na semana:
Peso	
Estatura	
IMC	
CA	

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo-assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa: Estado emocional de pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar, que tem como objetivo avaliar o estado emocional de pacientes com sobrepeso e obesidade que participam de grupos de reeducação alimentar nas Unidades de Saúde da Família em Pindamonhangaba, sob orientação da Profª Drª Cassia Aparecida Giani Peniche, da Escola de Enfermagem da USP. Foi-me dada a garantia quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do meu nome quanto dos conteúdos fornecidos por mim. Sei que o relatório final do estudo será publicado, sem que meu nome seja mencionado. Sei também que não sofrerei risco ou desconforto, quer seja no âmbito físico, moral e ético e tenho garantida a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a mim. Não haverá despesas para mim em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à minha participação. Sei que em qualquer etapa da pesquisa, a pesquisadora Léia Mello Nunes da Cruz se colocará à minha disposição para esclarecimento de dúvidas, podendo ser contatada pelo telefone (12) 36481219 e pelo e-mail: leiamello@uol.com.br ou ainda pelo e-mail do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo (EEUSP) (edipesq@usp.br). Sei também que há duas cópias deste termo, uma será entregue a mim e outra à entrevistadora.

Nome do entrevistado(a): _____

Assinatura do entrevistado(a): _____

Assinatura da Entrevistadora: _____

Data: Pindamonhangaba ____ / ____ / ____

Fonte: Eliana Kétesz

Anexos

ANEXO I

Self Questionnaire Report – 20 (SRQ-20)

O Sr. (Sra) teve algum destes problemas nos últimos 30 dias?

1. Tem dores de cabeça frequentes?	não	sim
2. Tem falta de apetite?	não	sim
3. Dorme mal?	não	sim
4. Assusta-se com facilidade?	não	sim
5. Tem tremores nas mãos?	não	sim
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	não	sim
7. Tem má digestão?	não	sim
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	não	sim
9. Tem se sentido triste ultimamente?	não	sim
10. Tem chorado mais que de costume?	não	sim
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	não	sim
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	não	sim
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso causa-lhe sofrimento)?	não	sim
14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	não	sim
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	não	sim
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	não	sim
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	não	sim
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	não	sim
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	não	sim
20. Cansa-se com facilidade?	não	sim

ANEXO II

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 26 de novembro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Léia Mello Nunes da Cruz

Ref.: Processo nº 966/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Estado emocional de pacientes com sobrepeso e obesidade em grupos de reeducação alimentar**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta azul.

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo