

ELIANA MELCHER MARTINS

**“COACHING”: UMA ESTRATÉGIA COMPORTAMENTAL
BASEADA EM METAS PARA A AQUISIÇÃO DE UMA
IMAGEM CORPORAL MAIS SATISFATÓRIA EM
MULHERES**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina, para a obtenção do título
de Mestre em Ciências.

São Paulo

2010

ELIANA MELCHER MARTINS

**“COACHING”: UMA ESTRATÉGIA COMPORTAMENTAL
BASEADA EM METAS PARA A AQUISIÇÃO DE UMA
IMAGEM CORPORAL MAIS SATISFATÓRIA EM
MULHERES**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina, para a obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Orientador

Prof. Dr. José Roberto Leite

Co-orientadora

Profa. Dra. Rita Mattei Persoli

São Paulo

2010

Martins, Eliana Melcher

“Coaching”: uma estratégia comportamental para a aquisição de uma imagem corporal mais satisfatória em **mulheres**/ Eliana Melcher Martins - São Paulo, 2010.

xvi, 89f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências.

Título em inglês: Coaching: a behavioral strategy in order to achieve a better corporal image in women.

1. Imagem Corporal. 2. Obesidade. 3. Coaching 4. Alterações fisiológicas. 5. Comportamento. 6. Ansiedade. 7. Depressão.

ELIANA MELCHER MARTINS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA

Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni
Chefe do Departamento

Maria Gabriela de Menezes
Coordenador do Curso de Pós-graduação

ELIANA MELCHER MARTINS

**“COACHING”: UMA ESTRATÉGIA COMPORTAMENTAL
BASEADA EM METAS PARA A AQUISIÇÃO DE UMA
IMAGEM CORPORAL MAIS SATISFATÓRIA EM
MULHERES**

Prof. Dr. José Roberto Leite

Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Reinaldo Nóbrega de Almeida

Prof. Dr. Marco Túlio de Mello

Prof. Dr. José Carlos Galduróz

Profa. Dra. Edna Bertini

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação para processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Esta tese foi realizada no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM, com o apoio financeiro da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP).

*O ser humano deve sempre querer
buscar o crescimento pessoal, através
de informação e da compreensão de
seus limites físicos e emocionais.*

DEDICATÓRIA

A memória de minha mãe, falecida em dezembro de 2009, que sempre considerou o estudo a mola mestra no desenvolvimento de uma pessoa.

AGRADECIMENTOS

Ao professor José Roberto Leite, pelo incentivo e alegria demonstrados desde o princípio do desenvolvimento deste estudo. Minha eterna gratidão.

À professora Rita Mattei Persoli pelas orientações, sugestões e profissionalismo que foram cruciais durante todo o trabalho.

À AFIP pelo apoio financeiro.

Às nutricionistas Katia Gravanich Camargo, Greice Aparecida de Moura, Fernanda Carlucio, Laís Murta pelo apoio na orientação alimentar das voluntárias e à Camilla Marino Simonetti e Lauro Oller pelas orientações nos exercícios físicos das participantes.

Aos colegas do Instituto de Medicina Comportamental, Anna Alice, Giuliano, José Luis, Eliane, Jaime, Ricardo e Rui cuja troca de experiências foi enriquecedora e à Sueli por toda a dedicação, paciência e encorajamento próprios de sua personalidade amiga e prestativa.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, Júlio, Nereide e Mara, pela presteza, atenção e ajuda na resolução dos problemas técnicos e burocráticos.

À Cris da biblioteca sempre disposta a nos ajudar.

À equipe de alunos e professores do CEA (Centro de Estatística Aplicada da Universidade de São Paulo) que gentilmente nos orientaram na análise estatística desse trabalho.

E finalmente, a todas aquelas pessoas que participaram do projeto e se dispuseram a ficar durante um ano inteiro tentando melhorar sua condição física e psicológica para tornar este estudo possível e auxiliar outras tantas que poderão usufruir destes resultados no futuro.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu marido e companheiro de todas as horas, Elcio, às minhas filhas Katherine e Ana Carolina e minhas netas, lindas, Maria Clara e Lívia por não poder estar com eles em muitos momentos e sua compreensão pelas minhas ausências

SUMÁRIO

Dedicatória	viii
Agradecimentos	ix
Lista de figuras	xiii
Lista de tabelas	xiv
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos	xv
Resumo	xvi
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Imagem Corporal	4
1.2. Obesidade e Imagem Corporal	5
1.3. Transtornos Alimentares	7
1.3.1. Anorexia Nervosa	7
1.3.2. Bulimia Nervosa	8
1.3.3. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)	10
1.4. Obesidade	10
1.4.1. Definição de Obesidade	11
1.4.2. Classificação de Obesidade	12
1.5. Abordagens de Tratamento à Obesidade	16
1.5.1. Vigilantes do Peso	18
1.5.2. Programa Peso Ideal	19
1.5.3. Programa de Emagrecimento proposto por Aronne (1997). . .	21
1.5.3.1. Três Componentes importantes: Dieta, Exercícios e Mudança de comportamento	21
1.6. Terapia Cognitivo – Comportamental	24
1.7. Procedimento de “Coaching”	26
1.7.1. Definição de “Coaching”	26
1.7.2. Modalidades de “Coaching”	26
1.8. Objetivos do Estudo	27

2. MÉTODOS	28
2.1. Sujeitos e Procedimentos	29
2.2. Parâmetros Psicológicos	29
2.2.1. Inventário de Depressão de Beck	29
2.2.2. Inventário de Ansiedade de Beck	30
2.2.3. Escala Alimentar	30
2.2.4. Escala de Desenhos de Silhuetas	30
2.3. Medidas Corporais.	31
2.4. Perfil Bioquímico.	31
2.5. Instrumentos para a realização do Procedimento de “Coaching” ..	31
2.5.1. Escalas Visuais Analógicas.	32
2.5.2. Estabelecimento de Metas e Valores.	32
2.5.3. Plano de Ação.	34
2.6. Análise Estatística.	35
3. RESULTADOS	36
3.1. Inventários de Beck e de Compulsão Alimentar.	37
3.2. Escala de Desenhos de Silhuetas.	38
3.3. Medidas Corporais.	39
3.4. Perfil Bioquímico.	39
3.5. Escala Visual Analógica	40
4. DISCUSSÃO	42
5. CONCLUSÃO	46
6. ANEXOS	48
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

Abstract

Bibliografia consultada

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Inventários de Beck e de Compulsão Alimentar	32
Figura 2: Escala de Desenhos de Silhuetas	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Medidas das variáveis biométricas de peso, IMC, cintura, quadril e relação cintura/quadril no início e após a intervenção com o procedimento de “coaching”	34
Tabela 2: Medidas das variáveis bioquímicas observadas antes e após a intervenção do procedimento de “coaching”	35
Tabela 3: Variáveis psicológicas, grau de satisfação do indivíduo com sua aparência ou com seu estado psicológico, avaliada através de escalas analógicas	36

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AN	Anorexia Nervosa
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BN	Bulimia Nervosa
DSM-IV-TR . . .	Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais. 4 ^a Edição – revisado
EAP	Escala Alimentar Periódica
HDL	Lipoproteína de alta densidade (bom colesterol)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade (mau colesterol)
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RCQ	Relação Cintura/Quadril
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica
TSH	Tireotrofina (Hormônio Estimulante da Tireóide)
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VLDL	Very-lipoproteína de Baixa Densidade
WHO	Organização Mundial de Saúde

Resumo

O presente estudo teve como objetivo utilizar um procedimento de “Coaching” (processo que se utiliza de estratégias de metas, ações direcionadas e contingências, a partir dos recursos pessoais do próprio indivíduo, que é incentivado a produzir os resultados desejados em sua vida), visando a melhora da imagem corporal de mulheres obesas insatisfeitas com o seu aspecto físico. Participaram 40 mulheres com idade entre 22 e 63 anos, obesas, que não apresentavam transtornos neurológicos ou psiquiátricos, sem acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico. Os instrumentos de “coaching” utilizados para avaliar as voluntárias foram: escalas analógicas (aspectos físicos e psíquicos), estabelecimento de metas e valores (visa identificar o motivo que leva o indivíduo a se submeter ao plano de tratamento) e o plano de ação (o indivíduo determina as estratégias para o alcance da meta desejada). Os aspectos psicológicos como depressão e ansiedade foram avaliados com o uso dos inventários de depressão e ansiedade de Beck, a compulsão alimentar foi avaliada através da escala alimentar periódica e a imagem corporal através da escala de desenhos de silhuetas. Parâmetros como o perfil bioquímico, peso corporal, índice de massa corporal e as medidas de cintura e quadril foram também considerados. Todos os procedimentos foram avaliados antes e após 10 meses de intervenção. Os resultados evidenciaram redução dos graus de ansiedade (leve para mínimo) e da intensidade da compulsão alimentar (moderada para leve). As voluntárias mostraram-se mais satisfeitas com a própria imagem corporal: aspecto físico (ruim para regular), psicológico (regular para bom) e com a significativa redução das medidas corporais: peso (-3,6 kg), IMC (-1,3 Kg/m²), cintura (-3,6 cm) e quadril (-3,0 cm).

Unitermos: Imagem corporal, Obesidade, “Coaching”, Alterações fisiológicas, Comportamento, Depressão, Ansiedade.

1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal pode ser definida como uma idéia sobre como o corpo se apresenta na mente de cada indivíduo. Refere-se, portanto, a uma experiência psicológica sobre a aparência e o funcionamento do próprio corpo (Cash,1993). Alguns fatores físicos (tamanho, postura, tônus muscular e movimento, entre outros), psicológicos (emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos) e sociais (relacionamento com os outros) podem contribuir para uma eventual distorção da imagem corporal. Outros problemas psiquiátricos como anorexia e bulimia nervosa, também contribuem no sentido de promoverem uma distorção da imagem corporal (DSM -IV- TR, 1994).

Estudos mostram que a idéia de se alcançar uma imagem corporal satisfatória é um objetivo que não só vai de encontro aos desejos de cada indivíduo como também da necessidade de serem aceitos pelos outros membros do seu meio social (Tavares, 2003).

Um aspecto importante a ser considerado no âmbito da imagem corporal é a obesidade, uma condição descrita como aquela na qual há um excesso de peso corporal (20 - 30%) em relação ao peso ideal expresso através do índice de massa corporal (IMC) que varia de 18,5 a 24,9 kg/m² conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (WHO,1998). A etiologia da obesidade é multifatorial e pode envolver alterações hipotalâmicas, mediadas por mecanismos neurais, fatores genéticos, hormonais, metabólicos e nutricionais (Eliaschewitz et al, 1988).

A obesidade é um problema de saúde pública. Tem despertado interesse mundial, constituindo-se em fator de risco para diferentes patologias como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer, entre outros. Pode ser causa de sofrimento psíquico como depressão e ansiedade, promovendo isolamento social com sérios prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos (Ades e Kerbauy, 2002; Buschiazzo & Saez, 1997).

É importante considerar que a obesidade está relacionada a padrões de beleza, valorizados pela mídia, como a magreza e sua relação com a inteligência, o sucesso e o poder (Almeida et al, 2002).

Nos últimos 25 anos, a obesidade vem sendo considerada epidêmica, tanto nos países desenvolvidos como nos países em via de desenvolvimento (Francischi et al, 2001). Dados mostram que em diferentes países, a prevalência de excesso de peso em adultos é de 54% e a de obesidade de 22% (WHO, 1998).

No Brasil, a prevalência da obesidade foi estimada em 9,6 % da população no final da década de 80 (Francischi et al, 2001). Uma pesquisa de orçamentos familiares (POF), vinculada ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 2002-2003, mostra que a obesidade atinge 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas. Um estudo mais recente realizado pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de São Paulo, através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2008) mostra que 56% da população brasileira sofrem com excesso de peso e que 43,3% encontram-se com sobrepeso e 13% estão obesos.

De acordo com o DSM-IV-TR de 1994, a compulsão alimentar, transtorno psicológico que contribui para o ganho de peso, impulsiona os indivíduos a uma ingestão excessiva de alimento, favorecendo a instalação de um quadro de obesidade (Gorin et al, 2003). Por outro lado, os indivíduos mostram uma preocupação com a própria imagem corporal fato que os motiva a fazerem dietas (Bernardi et al, 2005).

É importante ressaltar que fatores psicológicos como ansiedade, baixa auto-estima, depressão e outras desordens psiquiátricas contribuem para que diferentes tentativas de controle alimentar não sejam satisfatórias, uma vez que os tratamentos são muitas vezes abandonados antes do tempo necessário (Bernardi et al, 2005). Dados da literatura mostram que a mudança de hábitos alimentares, exercícios físicos e estratégias para lidar com o estresse da vida diário, bem como o controle de estados de ansiedade e depressão, são o melhor tratamento (Beck, 2009; Silva et al, 2006; Berry, 2004; Aronne, 1997).

Neste sentido, um recurso que parece ser de muita valia, utilizado como suporte para se obter o objetivo de uma imagem corporal adequada é o “coaching”. Pode ser definido como um procedimento no qual, utilizando-se de

estratégias de metas, ações direcionadas e contingências, numa relação de confiança, a partir dos recursos pessoais do próprio indivíduo, este é incentivado a produzir os resultados desejados em sua vida (Huffman, 2009; Simon et al, 2009; Tucker et al, 2008; Lages e O'Connor, 2004; Schack, 1997).

No presente estudo avaliou-se a eficácia de um procedimento de “coaching”, com o objetivo de conduzir o sujeito à obtenção de uma meta: a satisfação com a sua autoimagem.

Para isto, os participantes com a ajuda do profissional de saúde (o “coach”) deveriam estabelecer objetivos e metas plausíveis bem definidas operacionalmente, levando-se em consideração as próprias características genéticas e comportamentais.

Algumas considerações precisam ser feitas de início, ou seja, conceituar-se imagem corporal, transtornos alimentares, obesidade, os tratamentos mais conhecidos e a proposta deste estudo que se refere a um procedimento de “coaching” como uma forma de motivação à aderência ao tratamento da obesidade.

1.1 Imagem Corporal

Segundo Shilder (1981) a imagem corporal é a “figuração do nosso corpo formado em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Esta imagem é uma espécie de referencial, onde cada um transfere sua experiência psicossomática.

Além disso, Tavares (2004) influenciada pela teoria de Shilder (1981), diz que a imagem corporal engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo. Ela está ligada a uma organização cerebral integrada, influenciada por fatores sensoriais, processo de desenvolvimento e aspectos psicodinâmicos. Isso faz com que nosso corpo contenha, em sua formação, características fisiológicas, sociais, psicológicas e ambientais. Este corpo possui memória e, por conseqüência, uma história e

identidade. A representação dessa identidade corporal é chamada de imagem corporal. Uma imagem ou esquema (Levy, 1934) que se relaciona com o mundo externo, em que a realidade interna interage com o contexto externo, promovendo modificações, fazendo com que nos conheçamos melhor, ampliando nossa visão do universo ao mesmo tempo em que desenvolvemos a base de nossa identidade como ser humano.

Neste contexto, a idéia de alcançar uma imagem corporal satisfatória torna-se um objetivo que não só vai de encontro aos desejos das pessoas como também para se sentirem aceitas por aqueles que fazem parte do seu ambiente. Mas nem sempre esse objetivo pode ser atingido com facilidade devido a fatores fisiológicos e/ou emocionais. E um deles é a obesidade, um fator altamente negativo que se traduz em insatisfação das pessoas que apresentam herança genética e comportamentos inadequados responsáveis pelo impedimento dessa satisfação (Tavares, 2004).

1.2 Obesidade e Imagem Corporal

Este fator negativo é verificado nos estudos sobre imagem corporal que apontam prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a autoimagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (Demarest e Langer, 1996; Gittelsohn et al, 1996; Cash, 1993).

Cash (1993), afirmou que a imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do próprio corpo. Segundo o autor, o descontentamento relacionado ao peso, que muitas vezes leva a uma imagem corporal negativa, advém de uma ênfase cultural à magreza e ao estigma social da obesidade.

Segundo Buschiazzo (1997), existe um intrincado mecanismo afetivo emocional e, porque não dizer físico cerebral, responsável pela instalação e

manutenção da obesidade que ainda necessita de muitos estudos para ser erradicada ou pelo menos controlada com mais facilidade.

O aspecto emocional pode ser verificado no estudo de Anaruma (1994), que analisou 27 mulheres na faixa etária de 26 a 67 anos, usando o trabalho em grupo em que as pacientes podiam se colocar e revelar seus pensamentos e sentimentos negativos. Constatou que tal metodologia favoreceu o tratamento destas pessoas obesas, pelo fato de serem ouvidas e aceitas pelos membros do grupo.

Levando-se em conta certos aspectos fisiológicos homeostáticos, Khantzian (1985), verificou que um alimento pode atuar de forma semelhante a um medicamento. Os obesos podem apresentar uma impulsividade exagerada por alimentos ricos em carboidratos para se sentirem menos deprimidos, mais calmos e mais relaxados após a ingestão desse tipo de alimento. Segundo Khantzian (1985), alterações na neurotransmissão serotoninérgica podem ser parcialmente responsáveis pela mudança de humor que segue o consumo de carboidrato. Esta ingestão poderia elevar os níveis de triptofano cerebral, assim acelerando a síntese e liberação da serotonina, a qual está intimamente envolvida com alterações de humor, exercendo efeitos antidepressivos.

Em termos comportamentais, Glucksman (1989) e Cash (1993) concordam que os transtornos secundários da imagem corporal são conseqüências de se ser obeso numa sociedade que coloca grande valor na magreza. Indivíduos obesos estão sujeitos à constante exposição pela mídia nas propagandas e na moda, que associa magreza com ser desejável e aceito, enquanto que o sobrepeso é ligado a não aceitabilidade e rejeição. Assim, quase todos os obesos vêem seus corpos com certo grau de aversão e depreciação. Esquecem-se, desta maneira de levar em consideração o aspecto saúde e o quanto podem estar afetando sua qualidade de vida em prol de um corpo ideal estabelecido por padrões culturais.

Nos Estados Unidos, segundo alguns dados da literatura (Gailbraith et al,1958; Aronne, 1997), as pessoas morrem mais por excesso que por falta de comida. Assim, o tratamento da obesidade deixou de ser uma questão

simplesmente estética e passou a ser uma questão de saúde pública. A crença de que “ser magro é sempre melhor” e a espera de uma “cura milagrosa” para o problema acaba por impedir que uma pessoa obesa atinja seu objetivo no sentido de construir uma imagem corporal mais satisfatória (Aronne, 1997).

Estudos realizados por Berry e Linde (2004) relatam que mulheres mantiveram perda de peso num período de um ano, em que mudanças ocorreram devido a uma maior conscientização de sua obesidade e isso ajudou muito na perda e manutenção do peso. E que a discrepância entre o desejo da pessoa acerca do tratamento da perda de peso e uma expectativa real leva esses autores a discutirem se os objetivos irrealistas constituem eles próprios um obstáculo no sucesso da perda de peso. Desta forma, encorajar os participantes a adotarem objetivos mais congruentes com o que realmente aspiram em relação a sua imagem corporal dentro de suas possibilidades, de fato, possibilitará resultados mais eficazes no processo de perda de peso e em suas conseqüências psicossociais (Berry, 2004).

Porém, a obesidade não se configura no único transtorno alimentar existente influenciando a insatisfação com a imagem corporal. Seria interessante salientar que existem outros transtornos alimentares interferindo na aquisição de uma autoimagem adequada.

1.3 Transtornos Alimentares

Segundo o DSM-IV-TR (2000) são transtornos alimentares

1.3.1 Anorexia Nervosa: caracterizada pelos seguintes critérios:

- A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex.: perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de

crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
- D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônios, p.ex.: estrógeno)

Especificar tipo:

Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (i.é, indução de vômito ou uso indevido de laxante, diuréticos ou enemas).

Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (i.é, indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

1.3.2 **Bulimia Nervosa** caracterizada por:

- A. Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos:
 - 1. Ingestão, em período limitado de tempo (por ex.: dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos

definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares.

2. Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex.: um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento.

- B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C. A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- D. A autoimagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu – se regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Não-Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

1.3.3 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar mais perda de controle).

Comportamentos associados à compulsão alimentar (pelo menos 3):

1. Comer rapidamente
2. Comer até sentir-se cheio
3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome
4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida
5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão

Acentuada angústia pela compulsão alimentar

Freqüência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semanas por seis meses

Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (por ex.: purgação)

1.4 Obesidade

A obesidade foi durante muito tempo na história da humanidade, vista como sinal de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica, que afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (Almeida et al, 2002).

1.4.1 Definição de Obesidade

Qualquer definição de obesidade pode ser considerada arbitrária. Não é fácil a obtenção de critérios que separem com precisão indivíduos obesos e não obesos. A heterogeneidade da raça humana estimulou a criação pelos estudiosos do assunto, de diversas definições, cálculos, tabelas, enfocando aspectos qualitativos e quantitativos. Mas, qualquer que seja o parâmetro ou a definição empregada, não há como separar o termo obesidade de acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo (Nunes et al, 1998).

Psicodinamicamente, considera-se obesa toda pessoa insatisfeita com seu próprio corpo por ter seu peso acima do ideal antropométrico. O parâmetro “antropométrico” é indispensável na definição para excluirmos, das pessoas psicodinamicamente obesas, aquelas portadoras de anorexia nervosa e que se acham gordas, sem o estarem de fato (Nunes et al, 1998).

O peso ideal, ainda considerando-se o fator psicodinâmico, seria aquele em que a pessoa está se sentindo bem, quando se olha no espelho e se gosta, quando se acha linda, não importando o número que a balança está marcando. Possui desta forma, imagem corporal condizente com seus ideais estéticos e de saúde (Nunes et al, 1998).

Entretanto, a obesidade do ponto de vista antropométrico pode ser definida como quantidade percentual aumentada de gordura corporal. A partir deste critério, é obesa a pessoa, ou a mulher que possui mais de 30% de gordura em sua composição corporal total e o homem com mais de 25% de gordura corpórea em relação à massa magra (Nunes et al, 1998).

Indubitavelmente, os fatores genéticos desempenham um importante papel na predisposição à obesidade. Existem, também, achados indicando uma influência genética que predispõe certos indivíduos e famílias a taxas mais baixas de gasto de energia e um risco mais alto de tornarem-se obesos. Existe, inclusive, evidência de que anormalidades da morfologia da célula gordurosa (hipertrofia e hiperplasia) em crianças e adultos que se tornaram obesos podem desempenhar

um papel na determinação da extensão possível de uma perda de peso permanente (Nunes et al, 1998).

Outro fator importante a ser considerado é o metabolismo, que pode ser definido como o conjunto de reações físicas e químicas que possibilitam ao corpo o desempenho das funções básicas diárias. A pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura são controladas pelo metabolismo, e cada uma dessas funções tem que apresentar um nível ótimo. Por exemplo, 37 °C é o nível ótimo da temperatura de uma pessoa. O corpo parece ter também um nível ótimo para o peso, e trabalha arduamente para mantê-lo. Infelizmente, esse nível nem sempre está fixado no grau correto para uma saúde perfeita. Assim como a pressão arterial alta e a frequência cardíaca elevada podem causar problemas clínicos, um nível ótimo elevado, ou precariamente controlado, pode levar à obesidade – e como conseqüência às doenças relacionadas com ela (Aronne, 1997).

Por causa destes fatores genéticos, metabólicos e morfológicos, pode ser extremamente difícil para indivíduos obesos manterem um peso corporal significativamente baixo por um prolongado período de tempo, sem uma mudança efetiva em seu estilo de vida (Aronne, 1997).

1.4.2 Classificação de Obesidade

A obesidade pode ser classificada de várias formas. Há várias maneiras de saber se a pessoa é gorda ou não. A maneira mais simples e comum de classificar é através do peso. Na realidade nem sempre o pesado é gordo, já que a musculatura pesa mais que o tecido gorduroso e uma pessoa musculosa não costumam ser gorda (Almeida et al, 2002).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) passou a ser utilizado como o mais apropriado. Tem boa correlação com a percentagem de gordura corporal. No entanto, perde a confiabilidade em atletas com grande massa muscular (Almeida et al, 2002).

O IMC é obtido pela divisão do peso em quilos pela altura ao quadrado (expressa em metros). Podemos classificar o peso em categorias, de acordo com o IMC (Almeida et al, 2002). Assim:

CATEGORIA	IMC
Desnutrição	< 14,5
Abaixo do Peso	até 18,5
Peso Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obeso	30,0 – 39,9
Obeso Mórbido	> 40,0

Em termos gerais, aceita-se que o peso ideal ou de menor risco para saúde corresponde a um IMC de 20 a 25 e até de 27 para pessoas idosas. Este índice deve ser usado para adultos. Para crianças e adolescentes devem ser utilizadas curvas específicas, uma vez que, ainda, estão em fase de crescimento (Nunes et al, 1998).

Mesmo considerando a frieza e pretensa exatidão do IMC, existem muitas variáveis, como, por exemplo, a distribuição corporal da gordura, biotipo, etc. Nesses casos preconizam-se outros métodos para “medir” gordura, como por exemplo, a densitometria (Nunes et al, 1998).

A classificação da obesidade tem importância estatística no que se refere ao prognóstico de intercorrências clínicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial, a gota, a osteoartrose, a dislipidemia, etc, e, conseqüentemente, estimar-se o risco de morbidade e mortalidade das pessoas (Nunes et al, 1998).

Com referência a uma classificação da distribuição do tecido adiposo (obesidade central ou periférica), Coutinho (Apud Nunes et al, 1998), relatou que Jean Vague descreveu as obesidades ginóide e andróide. A forma ginóide predominante na mulher com menor risco de complicações metabólicas. E a

forma andróide predominantemente masculina. Posteriormente, foram empregados outros termos, como obesidade alta, central ou troncular (andróide), em contraposição à obesidade baixa, periférica ou glúteo-femural (ginóide). Associou-se à figura da maçã a obesidade central e à da pêra, a periférica. Os estudos evidenciaram um maior risco para a saúde da localização predominantemente abdominal do tecido adiposo (Nunes et al, 1998).

Um estudo realizado em 1994 na Universidade Laval de Quebec atribuiu à medida isolada da cintura uma importância superior à da relação cintura- quadril em identificar o excesso de gordura abdominal visceral e estimar o risco metabólico associado. Na avaliação das medidas das cinturas de pacientes que apresentavam mais de 95 cm eram considerados com acúmulo de tecido adiposo. Em razão desse achado muitas clínicas de programas de emagrecimento passaram a se basear apenas na perda de cintura como meta final de tratamento, não importando mais a perda de peso. Surgiu na Austrália o conceito do “waist loss” (perda de cintura) em contraposição ao tradicional objetivo de “weight loss” (perda de peso) (Nunes et al, 1998).

Quanto à idade de início, a obesidade pode instalar-se em qualquer idade, mas não parece haver muita relação com o peso ao nascer e o desenvolvimento da obesidade na infância ou na vida adulta. Já com o seu desenvolvimento na infância, pode-se estabelecer a relação de obesidade na vida adulta. Em meninas, é FREQUENTE o desenvolvimento da obesidade na época da puberdade (Nunes et al, 1998).

Dois terços dos casos de obesidades são estimados que ocorram na vida adulta (Nunes et al, 1998).

Entre as mulheres, o ganho de peso está muitas vezes relacionado à gestação (Nunes et al, 1998).

Os homens, frequentemente, engordam devido a mudanças de hábitos ocorridas após o casamento, em tornarem seu comportamento mais sedentário (Nunes et al, 1998).

Quanto à fisiopatologia, a obesidade pode ser hiperfágica ou metabólica. O sucesso de qualquer tratamento para emagrecer depende de uma razoável compreensão destes eventos relacionados com o caso específico do paciente avaliado. Estudos franceses já demonstraram que muitos pacientes que procuram um tratamento para emagrecer não apresentam uma ingesta calórica considerada excessiva. Não seria de bom senso a utilização de um agente redutor da ingesta para um paciente nestas condições. Por outro lado, não haveria razão para prescrever-se um agente termogênico para um obeso com compulsão alimentar grave e uma ingesta de 6.000 cal (Nunes et al, 1998).

Quanto à etiologia as obesidades podem ter sua origem neuroendócrina (síndrome hipotalâmica, de Cushing, hipotireoidismo, dos ovários policísticos, pseudo-hipoparatiroidismo, hipogonadismo, deficiência de hormônio de crescimento, insulinoma e hiperinsulinismo); Iatrogênicas (drogas: psicotrópicos e corticosteróides, cirurgia hipotalâmica); causada por desequilíbrios nutricionais (dietas hiperlipídicas: principalmente gorduras saturadas, dieta de confeitaria: ricas em gorduras e hidrato de carbono); causadas por inatividade física e genética. Segundo Bouchard (1991), o conjunto dos estudos realizados até o momento aponta para uma participação de cerca de 30% do componente genético na interação com os fatores ambientais, que responderiam por cerca de 70% da obesidade como um todo. A participação relativa de cada um desses dois fatores vai variar para cada paciente.

Quanto aos aspectos psiquiátricos, existem medicamentos que facilitam o aumento de peso e podem por isso dificultar o tratamento dos pacientes obesos que apresentem transtornos de personalidade ou transtornos graves de humor e ansiedade que precisem do tratamento farmacológico (Buschiazzo e Saez, 1997).

Porém, quase todos os autores concordam que o tratamento da obesidade deve ser multifatorial (Buschiazzo e Saez, 1997; Aronne, 1997; Nunes et al, 1998). Dessa forma seria interessante verificarem-se algumas abordagens de tratamento existentes para o combate à obesidade.

1.5 Abordagens de Tratamento à Obesidade

Existem muitas modalidades de tratamentos para o combate à obesidade. Porém, a obsessão com o peso leva à propaganda excessiva de produtos dietéticos caros que não funcionam. Segundo Aronne (1997), nos Estados Unidos, quarenta bilhões de dólares ao ano são desperdiçados em tratamentos contra a obesidade, mas a relação entre peso e saúde continua a ser negligenciada.

Há uma necessidade de promoção de pesquisas e uma efetiva orientação para a realidade do controle de peso. E se isso for traduzido em metas poder-se-ia propor o seguinte à população obesa (Aronne, 1997):

1. A compreensão de que a obesidade é um problema médico complexo;
2. A explicação das causas da obesidade;
3. A importância da relação entre saúde, peso e imagem corporal compatível;
4. O combate à discriminação contra os obesos;
5. A necessidade de se organizarem mais pesquisas sobre controle de peso;
6. O ensino de mais técnicas de mudança de comportamento relacionadas ao peso.

Segundo Martins (1986), o tratamento da obesidade com os métodos habitualmente utilizados não proporciona resultados satisfatórios, demonstrados pelo grande número de insucessos e altas taxas de recidiva. Apontou que a cura do obeso implicaria em mudança nas premissas internas e em reconstrução mais profunda e global do seu estilo de vida por meio de acompanhamento grupal ou individual, com o objetivo voltado para a recuperação. O autor enfatizou que a melhor forma de tratar a obesidade seria promover a sua prevenção.

Aronne (1997), ao citar os Estados Unidos, por se tratar do país onde o índice de pessoas obesas é bastante significativo, diz que felizmente, as atitudes das pessoas estão começando a mudar. Há um movimento geral, no sentido de educar os indivíduos e de diminuir o hábito de seguir as dietas da moda. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem grupos como a National Association to Advance Fat Acceptance (Associação Nacional Pró-Aceitação da Gordura) que estão denunciando o mau tratamento dispensado aos obesos. A comunidade médica do mundo inteiro está começando a reconhecer que a obesidade e os distúrbios alimentares são condições patológicas, e que as pessoas afetadas merecem ser tratadas com compreensão e respeito.

Além disso, o indivíduo obeso deve ser tratado porque apresenta uma condição que o predispõe ao risco de doenças e morte precoce. O tratamento da obesidade deve ser realizado com o objetivo de prevenir ou controlar doenças associadas e não exclusivamente para o tratamento do excesso de peso. Tratamentos sem comprovação científica de eficácia não deveriam ser aceitos (Aronne, 1997).

Outro objetivo do tratamento do obeso é alcançar um controle metabólico em que se atinjam níveis sanguíneos normais, ou próximos da normalidade, de glicose, triglicerídeos, colesterol total e subfrações, ácido úrico, insulina e a melhoria de problemas osteoarticulares, psicológicos entre outros. Estes objetivos podem ser alcançados com uma discreta ou moderada perda de peso, em torno de 5 a 10% do peso inicial. Neste sentido, é necessário que os indivíduos obesos e os profissionais que lhes tratam tenham expectativas realistas no que diz respeito à sua perda de peso, que não deve ser demasiado rápida. Um emagrecimento de 2 a 4 quilos por mês é, em geral, o mais adequado (Aronne, 1997).

Alguns especialistas acreditam ser quase impossível mudar hábitos alimentares e estilo de vida, mas se houver determinação e comprometimento, este objetivo difícil pode ser alcançado se a intenção estiver mais voltada à saúde e a parâmetros estéticos compatíveis com as diferenças individuais.

Principalmente se o objetivo tiver como meta uma proposta de mudança para toda a vida (Aronne, 1997).

Como é o caso destes programas criados com esta finalidade:

1.5.1 Vigilantes do Peso

A “Weight Watchers” (Vigilantes do Peso) foi fundada há 40 anos, na cidade de Nova York. A partir daí, surgiu um novo conceito de emagrecimento que revolucionou tudo o que se conhecia sobre perda de peso. Desde sua concepção, a “Weight Watchers” tem ensinado milhões de seus associados a emagrecer (<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>).

Tudo começou com um grupo de amigas que se reunia para resolver um problema em comum: todas precisavam perder peso, mas faltava orientação e estímulo (<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>).

A idéia foi ampliada e desenvolvida cientificamente por médicos, psicólogos e nutricionistas. Mais de 25 milhões de pessoas em 30 países já participaram do programa da “Weight Watchers”. Atualmente, a cada semana, cerca de um milhão de associados assistem a uma das 35.000 reuniões semanais (<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>).

O Vigilantes do Peso já se encontra no Brasil há 28 anos. As primeiras reuniões aconteceram na cidade do Rio de Janeiro, e depois se espalharam de norte a sul do país. Através de a reeducação alimentar, a mudança de comportamento e atividade física, as pessoas que freqüentam o programa emagrecem com saúde e sem passar fome. O objetivo é ajudar o associado a escolher com inteligência sua alimentação e a encontrar um novo estilo de vida mais saudável e dinâmico. O programa estimula mudanças de hábito para que se possa emagrecer de forma duradoura. Pontos ativos é o nome do método utilizado, onde cada alimento recebe uma pontuação de acordo com o nível calórico. As pessoas são submetidas a entrevistas e com elas estabelece-se o número de pontos ideal para a perda de peso, levando-se em consideração a

sua idade, sexo e condições fisiológicas. Portanto, a pessoa pode comer de tudo desde que se atenha ao seu limite de pontos diários. Isso significa que ao ingerir um alimento mais calórico não vai comprometer a sua dieta e com isso o emagrecimento torna-se um hábito mais prazeroso, sem restrições, porém de uma forma inteligente e controlada (<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>).

As reuniões são realizadas uma vez por semana num local determinado ou em empresas, onde uma orientadora, que já experimentou o programa de perda de peso ensina as pessoas a obterem um novo padrão alimentar, aliado a uma mudança de comportamento e atividade física (<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>).

1.5.2 Programa Peso Ideal

Trata-se de um curso de instrução alimentar com apoio psicológico que tem como objetivo ensinar a emagrecer com saúde (www.pesoideal.com.br).

A diretora e sua equipe de profissionais propõem nesta aprendizagem a união de duas forças importantíssimas: a nutricional e a psicológica (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

De um lado sugestões de cardápios variados, balanceados, repletos de receitas diferenciadas em quantidades adequadas ao emagrecimento, do outro o apoio psicológico necessário para sair do círculo vicioso. A proposta é oferecer técnicas que ajudem o participante a se conhecer melhor, vencer os momentos de compulsão, reavaliar a forma de se relacionar com o mundo, visando sempre: crescimento pessoal e mudanças significativas de seus hábitos (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

A idéia surgiu a partir da busca de um “milagre”, pois, após ter utilizado todas as técnicas e regimes existentes, a idealizadora concluiu haver a necessidade de efetuar mudanças, pois, se continuasse tendo a mesma atitude teria os mesmos resultados (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

Desta forma, consciente de que algo deveria ser feito em caráter definitivo, a idealizadora elaborou o programa para que as pessoas aprendam uma forma correta de alimentação sem privação e em quantidades generosas, para não haver a sensação de restrição alimentar e sem o propósito de promover milagres, interligando tanto a parte nutricional como a psicológica (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

Os participantes se reúnem uma vez por semana para controle de peso, recebem uma sugestão de cardápio e respectivas explicações e substituições; vivencia, também, com o grupo o tema psicológico que os conscientiza das dificuldades do cotidiano, desenvolvendo recursos para enfrentá-las e superá-las. São aulas semanais de 1 hora e 30 minutos de duração, onde o aluno obtém os conhecimentos necessários para um emagrecimento saudável, assim como sua manutenção (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

A proposta é de que haja o emagrecimento de 1 kg em média por semana, o que determinará o tempo de sua permanência, que será decidido pelo próprio aluno em comum acordo com a instrutora (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

O curso é ministrado por ex-obesas que já passaram pelo sistema e, após atingirem seus respectivos pesos, são devidamente preparadas por profissionais competentes, tornando-se, então, instrutoras do Peso Ideal. As técnicas e orientações pertinentes às aulas são desenvolvidas pelos responsáveis de cada área (psicóloga, nutricionista) (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

As instrutoras permanecem em constante treinamento e reciclagem atualizando os conhecimentos através de cursos, estudos e pesquisa. A equipe está sempre atenta às novidades do mercado, avaliando a natureza e o resultado dos mesmos (<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>).

1.5.3 Programa de Emagrecimento proposto por Aronne (1997)

Sabe-se que a meta tradicional de qualquer dieta, ou seja, atingir um conceito de corpo e peso ideais, a partir do enfoque de algumas revistas de moda, constitui-se algo inatingível para a grande maioria das pessoas. O peso é tão individualizado quanto a altura, a pulsação ou a pressão arterial. Nunca se diz a uma pessoa para tornar-se mais alta ou mais baixa; não se culpa ninguém por ter asma ou algum problema de pele. Assim, seria igualmente ilógico pedir a alguém que seja mais magra do que o corpo lhe permite (Aronne, 1997).

Um fator importante a ser mencionado é que, hoje, tornou-se possível mudar o metabolismo e ensinar o corpo a queimar mais calorias. Um processo longo e lento, mas funciona. Para alterar a fisiologia do corpo de um indivíduo obeso, portanto modificar sua imagem corporal, é possível com a mudança de hábitos alimentares e a execução de exercícios físicos frequentes. Requer, também, mudanças de comportamentos, que já fazem parte de sua vida de forma automática, portanto difícil de desvencilhar. Levando-se em consideração os resultados a serem obtidos e sua manutenção para o resto da vida, vale a pena o empenho e a determinação em função da quebra de um ciclo vicioso que frustra e se torna recorrente (Aronne, 1997).

Estes novos conhecimentos permitem aos profissionais da saúde repensarem o modo como vinham tratando os problemas de peso: deixando de enfatizar a fraqueza do obeso nesta luta e ajudá-lo a levar uma vida saudável e vencer a luta contra sua tendência natural de engordar. Para isso foram desenvolvidas várias técnicas que serão discutidas a seguir (Aronne, 1997).

1.5.3.1 Três Componentes Importantes: Dieta, Exercícios e Mudança de Comportamento

Aronne (1997), propõe uma mudança de qualidade de vida radical, em que os obesos terão como objetivo a mudança de imagem corporal para toda

a vida, levando em consideração sua saúde. A estética passa a um segundo plano, sendo apenas consequência secundária.

“A idéia de que dietas não funcionam tem despertado muita atenção. A verdade não é tão simples assim. As dietas convencionais funcionam para o que foram concebidas a curto prazo pode-se livrar de alguns quilos diminuindo o consumo de calorias. Mas a perda de peso não vai durar. Fazer dieta não pode ser um modo de vida. Pouquíssimas pessoas conseguem manter uma dieta rigorosa por mais de alguns meses. Se não houver uma mudança de comportamento, a tendência natural do corpo a recuperar o peso perdido volta sempre – e quando isso ocorre sente-se mais pesado e menos saudável do que antes. Para vencer a luta contra o peso em caráter definitivo, é preciso trabalhar o corpo e não lutar contra ele”.

Independentemente da herança genética, existem três fatores a serem controlados:

1. Alimentação

Comer de forma sensata e sadia é uma das melhores formas de aprimorar a saúde. O planejamento de cardápios baseados em sólidos princípios nutricionais são o melhor recurso para a promoção de uma perda de peso gradual. Assim, aprende-se a comer certo e não a fazer dieta. Este padrão alimentar deve ser mantido para o resto da vida. Não há, portanto a necessidade de manutenção (Aronne, 1997).

O cardápio deve ser baseado em conhecimentos recentes sobre resistência à insulina, o uso mínimo de alimentos que causam aumento significativo da taxa de açúcar no sangue, como a maioria dos carboidratos e amidos, e privilegiar os vegetais fibrosos, cujo impacto é bem mais modesto (Aronne, 1997).

Deve-se contar as calorias rigorosamente, uma vez que se está praticando uma dieta de baixa caloria perfeitamente balanceada e ainda assim engordar, se a ingesta alimentar for demais (Aronne, 1997).

Nesta tarefa, o auxílio de uma nutricionista pode ser recomendado para a construção desse cardápio (Aronne, 1997).

2. Exercícios

O único meio de manter a perda de peso é fazer exercícios regularmente. Uma vida sedentária pode impedir o sucesso do tratamento, mas sempre no início os esforços devem ser brandos até se conseguir e estabelecer o hábito da prática de exercícios que sempre promovem bem-estar e disposição em outras tarefas. O vigor que se adquire com os exercícios queima algumas calorias imediatamente. Mas o mais importante é que melhora muito a capacidade do corpo em manter um peso baixo por longo tempo (Aronne, 1997).

Os exercícios localizados ajudam, também, a tonificar determinadas partes do corpo, aumentando a massa muscular. E quanto mais músculo se tem mais saudável torna-se a aparência física (Aronne, 1997).

3. Mudança de Comportamento

Criar hábitos alimentares inteligentes e mudar comportamentos que interferem na perda de peso são dois pontos básicos importantes. Algumas pessoas só precisam saber comprar de forma mais inteligente, cozinhar de modo mais saudável e comer mais devagar; outras precisam olhar com maior rigor para si próprio e explorar as ansiedades que podem estimular o ato de comer demais (Aronne, 1997).

O estabelecimento de um diário de controle de peso, em que se pode definir metas, medir o próprio progresso e identificar quaisquer obstáculos que apareçam (Aronne, 1997).

Alguns dão a mesma atenção à dieta, aos exercícios e ao comportamento; outros podem ter necessidade de mudar mais em uma área específica. Neste caso tem-se a terapia Cognitivo - Comportamental como um recurso bastante eficiente para auxiliar o paciente na descoberta de padrões emocionais disfuncionais que o impossibilite chegar ao seu objetivo (Beck, 2009).

1.6 Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia Cognitivo-Comportamental, segundo Beck (2009), possui características, enquanto um sistema de psicoterapia que se aplica muito bem nos casos de pessoas obesas em seu tratamento multiprofissional de perda de peso, pois consegue modificações do repertório de comportamentos que o indivíduo apresenta (por exemplo, hábitos alimentares inadequados, padrões de raciocínio disfuncional) e no meio ambiente com o qual tem contato, com o fim de transformá-lo em um meio que favoreça a perda de peso. As seguintes técnicas são usadas nas terapias cognitivo-comportamentais:

- **Auto-monitoramento:** registro de forma detalhada dos alimentos ingeridos diariamente e das condições em que se faz a ingestão.
- **Controle do estímulo:** seu objetivo é diminuir a exposição do paciente a situações que incentivem a alimentação inadequada, quer dizer, diminuir o número de “pistas” que controlam a alimentação, tornando-a um ato deliberado regulado pela fome e não pelo “desejo de comer”.
- **Desenvolvimento de condutas alternativas perante uma alimentação inadequada:** identificação de circunstâncias que afetem a correta ingestão de alimentos (ansiedade, tristeza ou conflitos pessoais) e utilizar técnicas de distração, relaxamento ou de atividades incompatíveis com o comer.
- **Treinamento em habilidades sociais:** consiste em desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos, estabelecer limites de relações interpessoais que melhorem a auto-estimar.
- **Aumento do nível de atividades físicas:** estabelecer programas de atividades físicas compatíveis com o estilo de vida e incentivar o automonitoramento do tempo diário dedicado ao exercício.
- **Reestruturação cognitiva:** mudar os conceitos sobre comportamentos de alimentação inadequados, em particular, com respeito a erros

comuns que “dicotomizam” a atitude perante o tratamento. Exemplo “ou faço a dieta estritamente ou não faço nada”.

- **Abordagem da imagem corporal:** deve mudar a atitude negativa sobre sua própria imagem corporal questionando os estereótipos negativos.
- **Estratégias para aumentar a motivação:** é muito útil o sistema de programação de metas de redução de peso, as quais devem ser “renegociadas” com o paciente conforme a evolução do quadro. Neste sentido é muito importante o apoio da família e da sociedade para conseguir o sucesso programado.

Consideração sobre a eficiência do tratamento: a eficiência do tratamento psicoterápico depende de uma escala de metas de peso realista e da adequação das técnicas utilizadas. Igualmente, tem-se analisado os fatores que favorecem o desenvolvimento da obesidade e os fatores que colaboram para sua manutenção e tornam viável a relação de estratégias a serem utilizadas com melhores resultados (Beck, 2009).

Uma psicoterapia cognitivo-comportamental pode ser eficaz em programas individuais e de grupo. Muitas vezes um paciente, ao entrar em um programa de grupo, permite que seus membros formulem sugestões de comportamentos alternativos para as situações inadequadas ao comer, assim como modelos para comportamentos apropriados que incentivem e reforcem as mudanças necessárias (Beck, 2009).

A obesidade é um problema crônico e a psicoterapia cognitivo-comportamental apresenta limitações com relação à manutenção da perda de peso a longo prazo (Beck, 2009).

Ainda assim, os tratamentos prolongados são mais indicados que os modelos com limite de tempo, provavelmente porque a prática continuada de novas habilidades aprendidas podem transformá-las em hábitos, permitindo sua manutenção (Beck, 2009).

1.7 Procedimento de “Coaching”

Em virtude da complexidade do tratamento da obesidade, adotou-se o procedimento de “Coaching” por se tratar de estratégias motivacionais que já se mostraram eficientes em outros trabalhos pesquisados na literatura (Schack, 1997; Tucker et al, 2008; Huffman, 2009)

1.7.1 Definição de “Coaching”

De acordo com Lages e O’Connor (2004), “Coaching é uma parceria em que o *coach* (no caso, o psicólogo) ajuda o cliente a atingir o melhor em sua vida pessoal e a produzir resultados que ele quer em sua vida pessoal e profissional”.

De acordo com Leite (2005), “Life Coaching”: um processo no qual, utilizando-se de estratégias de metas, ações direcionadas e contingências, numa relação de confiança, utilizando-se dos recursos pessoais do indivíduo, o incentivamos a produzir os resultados desejados em sua vida.”

Várias são as modalidades de “coaching” das quais dispomos. No tópico abaixo, pode-se observar algumas dessas modalidades mais usuais.

1.7.2 Modalidades de “Coaching”

- “Coaching” Empresarial
- “Coaching” Executivo
- “Coaching” de Carreira
- “Coaching” Esportivo
- “Life Coaching” (“Coaching” na Saúde)

Todas essas modalidades envolvem habilidades semelhantes, somente que aplicadas em diferentes áreas (Lages e O'Connor, 2004).

1.8 Objetivos do Estudo

Os objetivos deste estudo foram, portanto:

1. Avaliar a eficácia de um procedimento de “coaching” com a finalidade de conduzir o indivíduo a atingir a meta de obtenção de uma maior satisfação com a sua autoimagem.
2. Estabelecer, com a ajuda da psicóloga (“coach”), nutricionista e preparador físico, objetivos e metas plausíveis, bem definidas operacionalmente, levando em consideração todas as possibilidades e limitações com referência à genética das voluntárias e seus aspectos ambientais.
3. Motivar comportamentos mais saudáveis e duradouros com relação a hábitos alimentares, exercícios físicos e comportamentos disfuncionais.

2 MÉTODOS

2.1 Sujeitos e Procedimentos

Foram selecionadas, através de entrevista semi-estruturada (anexo 2), 40 mulheres com idade entre 22 e 63 anos, ($42,4 \pm 10,7$) com IMC entre 25 a 39,9 kg/m², sem comprometimento ortopédico ou endocrinológico e com histórico de tratamentos sem obtenção de sucesso duradouro, que não usavam medicamentos psicotrópicos e nem estavam sendo submetidas a qualquer tipo de psicoterapia. As voluntárias eram orientadas a fazerem uma avaliação da situação atual na qual se encontravam (física e psicológica) e em seguida estabelecerem o motivo pelo qual queriam atingir as metas relacionadas à melhora de sua imagem corporal. Um plano de ação era, então, estabelecido entre cada voluntária e o “coach” após receberem orientação individual tanto nutricional como de atividade física que respeitasse as preferências e as condições individuais de execução. As voluntárias assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1). Foram avaliados os parâmetros psicológicos, as medidas corporais, o perfil bioquímico e utilizados os inventários próprios do procedimento de “coaching”: escalas analógicas, estabelecimento de metas e valores e plano de ação. Os procedimentos foram realizados no início do estudo e repetidos após 10 meses de intervenção, no ambulatório do departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa / UNIFESP, CEP N^o 0112/07.

2.2 Parâmetros Psicológicos

2.2.1 Inventário de Depressão de Beck

O inventário de Depressão de Beck, é um instrumento auto-aplicativo que consta de 21 afirmativas com graus que variam de 0 a 3, sendo à soma das respostas atribuídos os graus: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36- 63) (Cunha, 2001) (anexo 3).

2.2.2 Inventário de Ansiedade de Beck

O inventário de Ansiedade de Beck, é um instrumento auto-aplicativo que consta de 21 sintomas de ansiedade tanto físicos como cognitivos com graus que variam de 0 a 3, sendo à soma das respostas atribuídos os graus: mínimo (0 -10), leve (11-19), moderado (20- 30) e grave (31-63) (Cunha, 2001) (anexo 4).

2.2.3 Escala Alimentar

As voluntárias responderam o questionário referente à escala alimentar composto por 16 questões que avaliam a compulsão alimentar, sendo à pontuação das respostas atribuídos os graus: sem compulsão alimentar ou com leve Intensidade (menor ou igual a 17), compulsão de moderada intensidade (entre 18 e 26) e compulsão alimentar grave (maior ou igual a 27) (Freitas et al, 2001) (anexo 5).

2.2.4 Escala de Desenhos de Silhuetas

A escala avalia a percepção do tamanho e da forma corporal. Consiste de um conjunto de dezoito figuras, contendo nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas, que representam figuras humanas com nove variações em ordem crescente de tamanho corporal. As voluntárias eram orientadas a escolherem em primeiro lugar uma figura que representasse a sua imagem corporal naquele momento. Em segundo lugar, foram orientadas a escolherem outra figura que considerassem saudáveis e por último deveriam escolher uma terceira figura que considerasse desejável. Cada figura dispõe de uma numeração à qual corresponde uma classe de índice de massa corporal (IMC), assim definida: não obesidade (1 e 2), sobrepeso (3), obesidade grau I (4 e 5), obesidade grau II (6 e 7) e obesidade grau III (8 e 9) (Stunkard et al, 1983) (anexo 6).

2.3 Medidas Corporais

Para as medidas corporais foram considerados: peso corporal e altura, utilizando-se uma balança de precisão com medidor de altura. Tal avaliação permitiu estabelecer o IMC obtido através da relação peso/altura². É possível classificar os graus de obesidade conforme segue: normalidade (18,5 - 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 - 29,9 kg/m²), obesidade grau I (30,0 - 34,9 kg/m²), obesidade grau II (35,0 - 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (\geq 40,0 kg/m²) (WHO, 1998). As participantes foram pesadas e medidas no momento antes, sendo este peso avaliado a cada 15 dias. As medidas de cintura e quadril das voluntárias também foram obtidas no momento antes, assim como foi considerada a relação entre as medidas de cintura e quadril (RCQ), medidas essas avaliadas a cada 3 meses, tendo-se como referência de normalidade desta relação 0,80 (Nunes, 2006). As voluntárias tiveram todas as respectivas medidas avaliadas antes e após 10 meses da intervenção.

2.4 Perfil Bioquímico

O perfil bioquímico foi estabelecido através de uma coleta de sangue com o objetivo de demonstrar que se tratava de uma amostra de voluntárias saudáveis (anexo 10). Essa avaliação foi realizada no início e após 10 meses, sendo mensurados os níveis de colesterol total e frações, triglicérides, glicose, os hormônios da função tireoidiana e hepática.

2.5 Instrumentos para a realização do Procedimento de “Coaching”

Após o estabelecimento do “rapport”, ou seja, de um contato que inspire confiança e respeito pelo participante, numa interação que favoreça uma maior motivação do voluntário, seguem-se uma série de procedimentos que constituem as etapas do processo de “coaching”:

- Avaliação da situação atual
- Estabelecimento de metas e valores
- Análise de recursos disponíveis
- Plano de ação
- Execução de ações imediatas (submetas)
- Avaliação dos resultados
- Celebração (Lages e O'Connor, 2004)

2.5.1 Escalas Visuais Analógicas

As escalas visuais analógicas (anexo 7) são instrumentos que permitem avaliar, de forma subjetiva, diferentes aspectos da vida de um indivíduo. As participantes eram orientadas a avaliarem nestas escalas, considerando-se que 0 (zero) era o pior estado e 100 um estado excepcionalmente bom, como os aspectos físicos e psicológicos se encontravam no momento antes da intervenção. A escala para cada aspecto consta dos graus: péssimo (0-20), ruim (30 - 40), regular (50 - 60), bom (70 - 80), muito bom (90) e ótimo (100). As voluntárias foram avaliadas no início e ao término do procedimento (Lages e O'Connor, 2004).

2.5.2 Estabelecimento de Metas e Valores

O estabelecimento de metas e valores é um parâmetro que visa identificar o motivo pelo qual cada indivíduo decide se submeter ao plano de tratamento. Para tanto, era fornecida a cada voluntária uma folha de papel, onde constavam perguntas (O que esta meta lhe proporcionará de bom? Que ganho você terá se alcançar isso? O que é importante para você sobre isso? O que você está disposta a desistir para realizá-la? O que você não está disposta a mudar?)

que serviam como guias para que relatassem sua motivação para a realização de seus objetivos (Lages e O'Connor, 2004). Alguns elementos são importantes para o estabelecimento de metas. São eles:

- Expressar a meta na forma positiva
- Definir parâmetros de avaliação e “feedback”
- Definir os valores associados à meta
- Caracterizar os recursos do voluntário
- Ser proativo (atuante)
- Caracterizar possíveis conseqüências sistêmicas

Ao serem estabelecidas as metas, é frequente buscar-se o que se deseja eliminar da vida, algo que traga sofrimento. No procedimento de “coaching”, entretanto, deve - se estabelecer como meta algo que seja bom, e que traga satisfação. Isto é o significado de expressar a meta na forma positiva. Se a meta está bem definida, ela deve possuir elementos que permitam determinar quando for alcançada. Por outro lado, devem-se manifestar nesse momento sentimentos positivos que caracterizariam o valor associado a essa meta. Assim, tendo sido definida especificamente a meta, caracterizou-se o(s) valor (es) associado (s) a essa meta. Caracterizar o valor associado à meta é fundamental no processo uma vez que a obtenção do valor reforçaria o processo como um todo. Não se pode deixar de considerar ainda o aspecto de que a responsabilidade de execução e viabilização do processo foi integralmente de cada voluntária (ser proativo). Também deve - se considerar o aspecto de que ao se alcançar as metas e obterem - se os valores associados isto traria, quase que inevitavelmente, conseqüências benéficas àqueles que são próximos às voluntárias (conseqüências sistêmicas) (Lages e O'Connor, 2004).

Finalmente, outros elementos também devem ser considerados no processo de estabelecimento de metas como: a) expressar a meta por escrito,

b) que possam ser visualizadas por imaginação e c) com prazos definidos (Lages e O'Connor, 2004) (anexo 8).

2.5.3 Plano de Ação

As voluntárias eram instruídas a estabelecerem um plano de ação para atingirem uma imagem corporal satisfatória que incluía atividade física e reeducação alimentar. A mudança tinha como objetivo comportamentos mais saudáveis e duradouros. Para tanto, recebiam orientação psicológica, nutricional e de atividade física. O plano que incluía as metas individuais era, então, determinado por escrito no início da intervenção sendo o mesmo revisto com a possibilidade de alteração de metas, a cada 3 meses. O peso corporal avaliado a cada 15 dias foi estabelecido como um parâmetro de progresso (Lages e O'Connor, 2004).

Em “coaching” esse plano é feito de forma diferente. Pensa-se no futuro, traz-se o futuro até o presente. As voluntárias eram orientadas a se imaginarem no futuro com a sua meta atingida e voltarem no tempo para assim estabelecerem as atividades que deveriam ter feito para conseguirem alcançar os objetivos desejados. Esse exercício foi feito no momento antes pela imaginação e depois era descrito com detalhes numa folha de papel. E como etapas de um plano de ação, a voluntária e o “coach” (psicólogo) passaram a:

- Estabelecer a meta e o valor associado
- Fixar a linha do tempo (voluntária)
- Situar o presente e o futuro na linha
- Definir o momento de se atingir a meta (data)
- Visualizar o momento ao se atingir a meta
- Registrar os sentimentos

-
- Recuar passo a passo no tempo respondendo:

“O que eu tive que fazer para chegar aqui?”

- Repetir o procedimento até o presente
- Datar cada etapa ou sub-meta
- Rever e reformular se necessário
- Estabelecer os momentos de celebrações

Na realização do plano de ação (anexo 9), considerou-se dois aspectos muito importantes. O primeiro foi as atividades que a voluntária deveria realizar e que viabilizariam alcançar a meta estabelecida. O segundo aspecto muito importante residiu nos sentimentos de realização e crescimento que a voluntária experimentou em sua caminhada, dando-lhe a sensação de “poder de modificar sua própria vida”. A etapa de realização do plano de ação foi executada logo após uma primeira sessão de coleta de dados gerais da voluntária e o estabelecimento do “rapport”. As celebrações periódicas foram essenciais em momentos estratégicos do percurso, uma vez que são essas celebrações o fator fundamental na origem de nossa motivação em direção ao valor maior associado à meta estabelecida. Essa prática possibilitou uma reavaliação (follow-up) periódica da caminhada. As participantes escolheram esses momentos de celebrações em pontos estratégicos de seus planos como reforço no seu processo de caminhar rumo aos seus objetivos (Lages e O’Connor, 2004).

2.6 Análise Estatística

Os dados referentes às medidas descritivas das variáveis biométricas e bioquímicas foram analisados pelo teste t de *student* para amostras pareadas, comparando o momento antes e após a intervenção do procedimento de “coaching”. Para as variáveis psicológicas foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon considerando-se, em ambos os testes, um nível de significância de 5%, $p < 0.05$.

3 RESULTADOS

3.1 Inventários de Beck e de Compulsão Alimentar

Na figura 1, pode-se observar que após 10 meses de aplicação do procedimento de “coaching” houve uma redução dos graus de depressão, ansiedade e compulsão alimentar das voluntárias. Nota-se que o grau de depressão mínimo (0-11) no qual, em média, as voluntárias se encontravam no momento antes, foi reduzido de modo estatisticamente significativo ($W = 181,5$; $p = 0,0009$). Os graus de ansiedade foram também reduzidos de modo estatisticamente significativo passando de leve no momento antes a mínimo no momento depois ($W = 113,5$; $p = 0,002$). Nota-se ainda, uma redução significativa dos graus de compulsão alimentar passando de moderada intensidade no momento antes para sem compulsão no momento depois ($W = 68$; $p < 0,0001$).

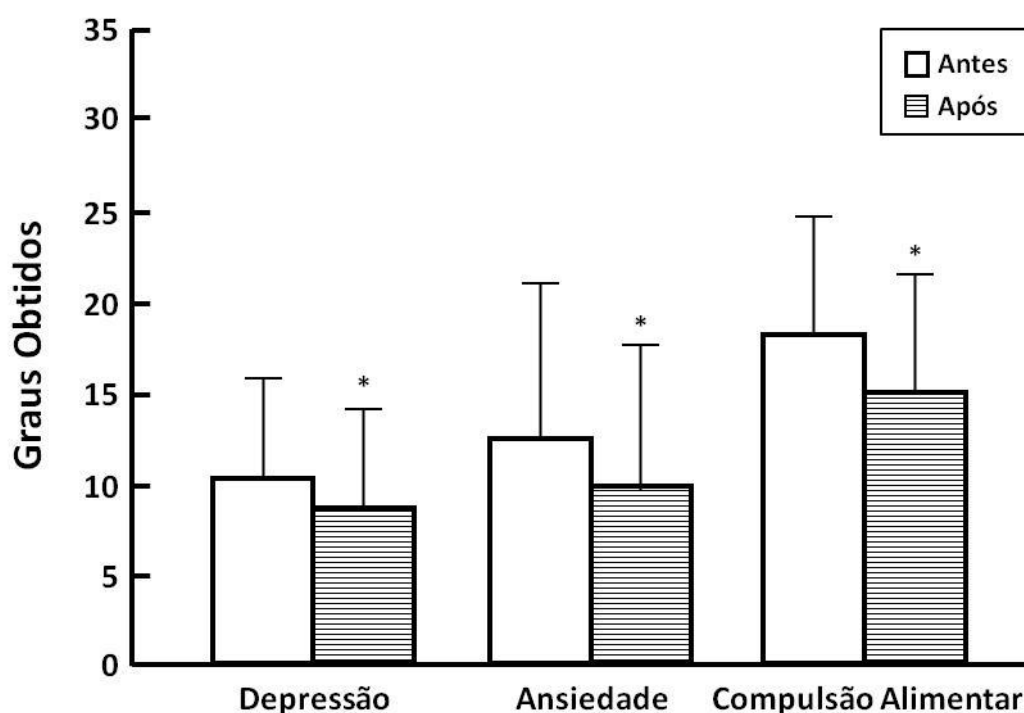


Figura 1: Graus de depressão e ansiedade avaliados pelas escalas de Beck e compulsão alimentar avaliada pela escala alimentar periódica, antes e após o procedimento de “coaching”. Dados expressos em Média ± DP. (*) Estatisticamente diferente do momento antes. Teste de Wilcoxon para $p < 0,05$. Graus de depressão: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36- 63). Graus de ansiedade: mínimo (0 -10), leve (11-19), moderado (20- 30) e grave (31-63). Graus da escala alimentar: sem compulsão alimentar ou com leve Intensidade (≤ 17), compulsão de moderada intensidade (entre 18 e 26) e compulsão alimentar grave (≥ 27).

3.2 Escala de Desenhos de Silhuetas

Na figura 2, observa-se que o procedimento de “coaching” produziu uma alteração quanto à percepção da imagem corporal na visão subjetiva das voluntárias quando comparado ao momento antes, passando de obesidade grau 2, para grau 1 no momento depois ($W = 22$; $p < 0,0001$). As metas tanto da imagem desejável quanto da saudável permaneceram dentro dos níveis de sobrepeso observados no momento antes.

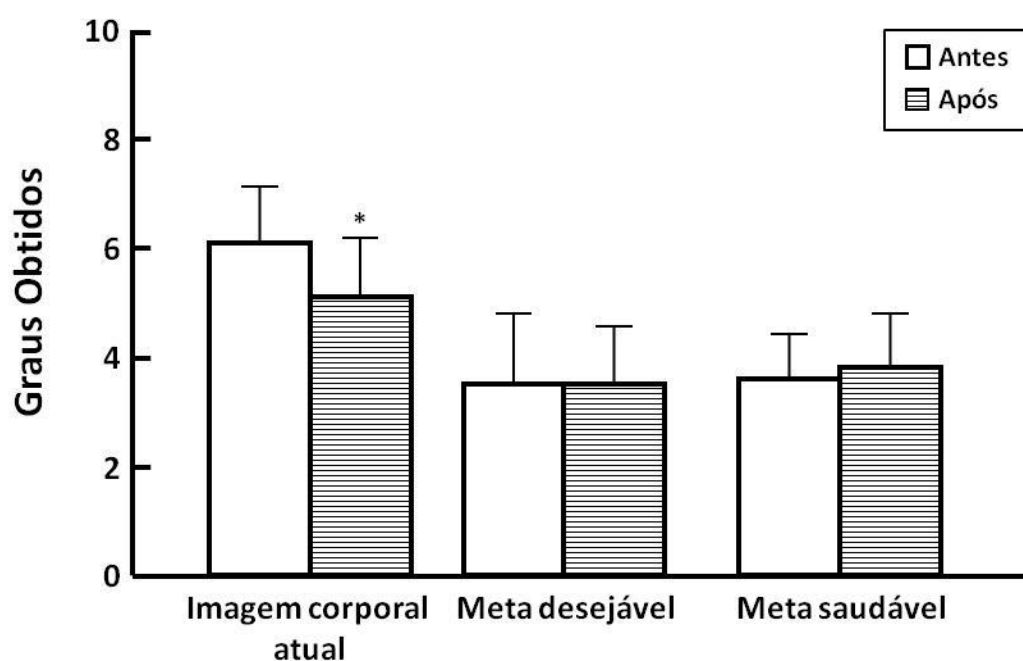


Figura 2: Medidas descritivas das variáveis da imagem corporal avaliadas através da escala de desenhos de silhuetas, antes e após a intervenção do procedimento do “coaching”. Dados expressos em Média ± DP. (*) Estatisticamente diferente das medidas iniciais. Teste de Wilcoxon para $p < 0,0001$. Graus da visão subjetiva da imagem corporal: não obesidade (1 e 2), sobrepeso (3), obesidade grau I (4 e 5), obesidade grau II (6 e 7) e obesidade grau III (8 e 9)

3.3 Medidas Corporais

Na tabela 1, nota-se que após 10 meses do procedimento de “coaching” as voluntárias apresentaram redução significativa do peso corporal ($t = 4,96$; $p < 0,0001$), IMC ($t = 5,41$; $p < 0,0001$), e das medidas de cintura ($t = 5,02$; $p < 0,0001$) e quadril ($t = 4,4$; $p < 0,0001$). No entanto, a relação cintura/quadril não mostrou uma redução das medidas ($t = 1,6$; $p = 0,11$).

Tabela 1: Medidas das variáveis biométricas de peso, IMC, cintura, quadril e relação cintura/quadril no início e após a intervenção com do procedimento de “coaching”.

GRUPO (N = 40)	UNIDADE DE MEDIDAS	ANTES ($\bar{X} \pm DP$)	APÓS 10 MESES ($\bar{X} \pm DP$)	REDUÇÃO DE MEDIDAS (Δ)
Peso	(kg)	83,9 \pm 12,5	80,3 \pm 12,0*	- 3, 6 cm
IMC	(kg/m ²)	31,5 \pm 3,7	30,2 \pm 3,7*	- 1,3 kg/m ²
Cintura	(cm)	100,7 \pm 8,8	97,1 \pm 8,9*	- 3, 6 cm
Quadril	(cm)	114,3 \pm 8,2	111,5 \pm 7,9*	- 3, 0 cm
Relação cintura/quadril		0,88 \pm 0,05	0,87 \pm 0,05	

Dados expressos em Média \pm DP. (*) Estatisticamente diferente das medidas iniciais. Teste t pareado para $p < 0,05$. Sendo considerado: normalidade (18,5 - 24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0 - 29,9 kg/m²), obesidade grau I (30,0 - 34,9 kg/m²), obesidade grau II (35,0 - 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (> 40,0 kg/m²).

3.4 Perfil Bioquímico

Na tabela 2 são apresentadas as medidas bioquímicas efetuadas antes e após o procedimento de “coaching”. Pode-se observar uma redução significativa dos níveis médios de triglicérides ($t = 3,1$; $p = 0,01$). Os demais parâmetros bioquímicos embora com tendência de diminuição não mostraram relevância estatística. É digno de nota que todos os níveis obtidos estão dentro da faixa de normalidade.

Tabela 2: Medidas das variáveis bioquímicas observadas antes e após a intervenção do procedimento de “coaching”.

GRUPO (N = 24)	UNIDADE DE MEDIDAS	ANTES ($\bar{X} \pm DP$)	APÓS 10 MESES ($\bar{X} \pm DP$)	PARÂMETROS NORMAIS
Glicose	(mg/dL)	94,3 ± 11,7	94,1 ± 10,6	100
Colesterol total	(mg/dL)	208,0 ± 45,8	200,8 ± 40,3	Ótimo: < 200 Limítrofe: 200 - 239
HDL-colesterol	(mg/dL)	55,8 ± 11,7	54,9 ± 9,4	Baixo: < 40 Alto: > 60
LDL-colesterol	(mg/dL)	130,6 ± 36,9	125,3 ± 34,3	Ótimo: < 100 Desejável: 100 - 129
VLDL-colesterol	(mg/dL)	22,0 ± 7,6	19,8 ± 6,1	10 - 50
Triglicérides	(mg/dL)	119,2 ± 35,3	101,9 ± 33,2*	Ótimo: < 150
TGP	(U/L)	24,5 ± 13,8	25,3 ± 13,9	Feminino: até 40
TSH	(μ lUmL)	1,7 ± 1,1	1,6 ± 0,9	0,50 - 5,50
T4	(μ g/dL)	7,1 ± 2,5	7,5 ± 2,2	4,5 - 10,9

Dados expressos em Média \pm DP (*) Estatisticamente diferente dos valores iniciais. Teste t pareado para $p < 0,05$.

3.5 Escala Visual Analógica

Na tabela 3 estão apresentados os resultados obtidos com escalas analógicas relacionadas aos aspectos físicos e psicológicos. Tanto o aspecto físico como o psicológico apresentaram um aumento significativo do grau de satisfação das voluntárias. Estas avaliaram o próprio aspecto físico de ruim no momento antes para regular no momento após ($W = 721,5$; $p < 0,0001$). Quanto ao aspecto psicológico passaram de um grau regular para bom ($W = 354,5$; $p < 0,0001$), após 10 meses de intervenção.

Tabela 3: Variáveis psicológicas, grau de satisfação do indivíduo com sua aparência ou com seu estado psicológico, avaliada através de escala analógica.

GRUPO (N = 40)	ANTES ($\bar{X} \pm DP$)	APÓS 10 MESES ($\bar{X} \pm DP$)
Aspecto físico	3,9 ± 1,9	6,3 ± 1,5*
Aspecto psicológico	5,5 ± 2,3	7,1 ± 1,6*

Dados expressos em Média \pm DP. (*) Estatisticamente diferente dos valores iniciais. Teste de Wilcoxon para $p < 0,0001$. Sendo considerado: péssimo (1 - 2), ruim (3 - 4), regular (5 - 6), bom (7 - 8), muito bom (9) e ótimo (10).

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que o procedimento de “coaching” foi efetivo na modificação do comportamento das voluntárias, levando-as à elaboração de uma autoimagem mais satisfatória.

A redução do grau de obesidade favoreceu a avaliação dos aspectos subjetivos avaliados pelas voluntárias, através da escala de silhuetas, fato que indica uma melhora na visão da imagem corporal. Por outro lado, Pearlson et al, (apud Barros, 1990), ao avaliarem a percepção da dimensão corporal e atitudes de obesos em um programa de redução de peso, encontraram que as mulheres tendem a superestimar a dimensão corporal e a desprezar os seus corpos.

A alteração da imagem corporal associada à redução do peso produziu efeitos psicológicos evidenciados pelos inventários de depressão e ansiedade de Beck, os quais mostraram uma redução significativa dos graus de depressão e ansiedade das mulheres. Dados semelhantes foram obtidos em estudo com mulheres obesas e submetidas a técnicas de relaxamento. Estas quando conseguiram apenas uma pequena mudança em seu aspecto físico, em termos de peso e medidas, apresentaram melhora nos aspectos psicológicos como a depressão, ansiedade, compulsão alimentar, estresse, entre outros (Manzoni et al, 2009).

Dados da literatura mostram que alterações psicológicas podem ser associadas à obesidade (Wardle e Cooke, 2005).

O procedimento de “coaching” mostrou-se eficiente na redução da compulsão alimentar das voluntárias que passaram de compulsão de moderada intensidade para sem compulsão. Huffman (2009), aponta o procedimento de “coaching” como um importante instrumento para o controle da compulsão alimentar.

Vale mencionar que a compulsão alimentar é um distúrbio que afeta de 30 a 50% dos indivíduos com sobrepeso e que o seu controle pode estar diretamente relacionado à perda de peso (Gorin et al, 2003).

É possível notar neste estudo que tanto a perda de peso como a redução do IMC e das medidas de cintura e quadril das voluntárias foram fatores determinantes de satisfação para as mulheres. Estudos mostram que o “coaching” pode ser uma intervenção motivacional em termos de adesão ao tratamento conforme observado em pacientes com problemas de alcoolismo (Miller e Rollnick, 2001).

Clinicamente a redução das medidas de circunferência proporciona não só uma satisfação na estética corporal como contribui na prevenção de possíveis problemas cardiovasculares (Halpern e Mancini, 1990).

Pensamentos disfuncionais sobre a seleção de uma alimentação mais saudável aliados a um ambiente que favorece alimentos extremamente calóricos desfavorecem a perda e a manutenção do peso (Osberg et al, 2008).

Neste sentido, é importante ressaltar que metas irrealistas e muito difíceis de serem atingidas estão associadas a expectativas de um grande esforço para se atingir rapidamente o sucesso, fato que representa um obstáculo para o alcance da meta desejada (Linde et al, 2004).

Embora o perfil bioquímico das voluntárias estivesse dentro dos níveis de normalidade pode-se perceber que após a intervenção do procedimento de “coaching” houve uma tendência de diminuição de todos os parâmetros que estão relacionados com o ganho de peso. Tal fato sugere que o “coaching” pode ser um recurso clínico viável na redução destes níveis bioquímicos (Parente et al, 2006).

É importante enfatizar que o procedimento de “coaching” tem características que diferem de outros programas de emagrecimento. Ou seja, a ênfase do procedimento não é dada apenas à redução do peso, mas tem seu foco numa melhora da imagem corporal. O “coaching” contempla aspectos psicológicos formalmente aplicados. Provavelmente por suas características, observou-se um grau maior de aderência. Como em muitos dos programas existentes, o procedimento de “coaching” foi efetivo na mudança de hábitos alimentares e na redução de parâmetros que sugerem uma melhor saúde geral

das voluntárias. É possível considerar o “coaching” uma alternativa ao tratamento farmacológico nem sempre desprovido de reações colaterais importantes, principalmente os efeitos estimulantes centrais (Nappo, 1992). Estes achados estão de acordo com os encontrados por Huffman (2009), ao afirmar que os procedimentos de “coaching”, permitem aos profissionais de saúde ampliar a aquisição de comportamentos mais saudáveis, a prevenção de exacerbações nas doenças crônicas e no apoio de mudanças de estilo de vida dos pacientes.

5 CONCLUSÕES

Este estudo consistiu na aplicação de um procedimento de “coaching” no controle da obesidade com o propósito de mulheres obterem uma imagem corporal mais satisfatória.

Os resultados sugerem que:

1. O procedimento foi suficiente para induzir uma redução no peso e nas medidas corporais das participantes.
2. O procedimento produziu uma mudança nos hábitos alimentares e adesão ou continuidade da prática de exercícios físicos.
3. O procedimento produziu uma redução nos valores de ansiedade e depressão dos inventários de Beck.
4. O procedimento produziu uma redução na compulsão para alimentos das voluntárias.

Portanto, pode-se sugerir que o procedimento de “coaching”, na forma como foi empregado, constitui-se num processo interessante na prática clínica, no sentido de produzir mudanças comportamentais que levam a uma autoimagem mais satisfatória.

6 ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO COACHING NA AQUISIÇÃO DE UMA IMAGEM CORPORAL SATISFATÓRIA**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa verificar se o programa estruturado com estratégias do *Coaching* pode ser eficiente às pessoas que desejem melhorar sua autoimagem, apresentando problemas de obesidade e tendo passado por diversos tipos de tratamento sem sucesso em longo prazo.

Durante o estudo, os participantes selecionados através de entrevista semi-estruturada, preencherão formulários que avaliarão sua qualidade de vida, seu nível de depressão e ansiedade e sua sensação de bem-estar ao longo da pesquisa. O estudo deverá durar dez meses e sua participação constituirá em executar um programa em que o formulário intitulado “Roda da Vida” mostrará quais os aspectos de sua vida você deseja serem melhorados. A partir disto estabelecerá um plano de metas a curto, médio e longo prazo, em que a prioridade será focada em sua imagem corporal. Como o objetivo do presente trabalho visa uma mudança comportamental, uma nutricionista e você elaborarão uma dieta alimentar a ser seguida durante o estudo e um fisiologista orientar-lhe-á um condicionamento físico que melhor se adapte às suas necessidades e preferências. Devemos lhe informar que os procedimentos a que você será submetido não lhe trarão qualquer prejuízo para sua saúde e bem-estar e são procedimentos totalmente indolores. Os mesmos não deverão produzir qualquer desconforto.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. José Roberto Leite, que pode ser encontrado à Rua Mirassol, 189, pelo telefone: (11) 5082-2382/5081-4776, ou ainda com a psicóloga Eliana Martins pelos telefones (11) 5082-2382/9911-2555. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162, e-mail: cepunifesp@epm.br. É lhe garantida a liberdade da retirada deste consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente. Durante a realização do estudo, somente os profissionais envolvidos (psicólogos, nutricionista, médicos ou instrutores) terão acesso aos resultados.

Você terá o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (anexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Os dados e o material coletado somente terão efeito para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Utilização da Estratégia do Coaching na Aquisição de uma Imagem Corporal Satisfatória”.

Eu discuti com os profissionais responsáveis pela condução da pesquisa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/representante legal

Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura da testemunha

(Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

INSTITUTO DE MEDICINA COMPORTAMENTAL
UNIDADE DE MEDICINA COMPORTAMENTAL
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA – UNIFESP/EPM

DATA: ____/____/____

NOME: _____ IDADE; _____ SEXO: _____

PESO: _____ (kg) ALTURA: _____ (cm) IMC: _____ (kg/m²)

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ - ____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

FONE: _____ / _____

1. Há quanto tempo reside nesta cidade?

- Menos que 1 ano 7 – 10 anos
 1 – 6 anos Mais de 10 anos

2. Mora com:

- Esposa / marido Filhos Pais Outros

3. Cor:

- Branca Preta Parda Amarela

4. Qual seu estado civil?

- Solteiro Divorciado / desquitado
 Casado Separado
 Viúvo Morando com alguém como casado

Há quanto tempo? _____ anos _____ meses

5. Qual a sua religião?

- Nenhuma Católica Protestante Espírita
 Afro-brasileira Orientais Israelita

6. Qual é a sua escolaridade?

- 1º grau incompleto 1º grau completo
 2º grau incompleto 2º grau completo
 Superior incompleto Superior completo
 Pós-graduando

7. Qual a sua profissão atual?

- Nenhuma Estudante
 Dona de casa Liberal / professor
 Motorista / operário / vendedor / comerciante
 Escriturário / secretária / técnico / afins
 Diretor / gerente / empresário
 Outra: _____

8. Está trabalhando no momento?

- Sim, período integral Sim, período parcial
 Sim, mas em "bicos" Não

9. Qual é a sua renda familiar? (em salários mínimos)

- ½ - 1 1 - 2
 2 - 5 5 - 10
 10 - 20 Mais que 20
 Não sabe

10. Já participou de algum projeto de pesquisa como voluntário?

- Sim

Onde? _____

Quando? _____

Qual? _____

- Não

11. Caso não seja selecionado para este projeto, teria interesse em participar de outros projetos do nosso centro de pesquisa?

- Sim Não

SAÚDE

12. Você atualmente tem algum problema médico, como por exemplo:

(MARQUE COM UM "X" AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- Diabetes (açúcar no sangue)
- Problemas de fígado, hepatite
- Queixas urinárias (ardência ou queimação quando urina)
- Problema de estômago (azia, queimação, indigestão)
- Problemas de intestino (diarréia, prisão de ventre)
- Úlcera
- Tuberculose
- Doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, insuficiência)
- Pressão alta
- Artrite
- Sinusite
- Asma
- Meningite
- Doença de tireóide (caroço no pescoço ou papeira)
- Anemia
- Epilepsia
- Dor de cabeça ou enxaqueca
- Doença neurológica (Parkinson, esclerose, etc...)
- Dor na parte inferior das costas
- Outro, especifique _____

13 Alguma vez você já esteve internado em hospital?

- Sim. Por que motivo? _____
- Não _____

14 Você usou alguma dessas medicações no último mês?

(MARQUE COM UM "X" AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- Aspirina
- Outras drogas anti-inflamatórias, analgésicas ou derivados de cortisona (celestone, decadron, meticorten, etc...)
- Calmantes, ou drogas para diminuir a tensão ou nervosismo, ou para dormir (diazepam, valium, lexotan, lorax, etc...)

-
- Medicação para depressão (trofanil, anafranil, tryptanol, etc...)
 - Anticonvulsivante (para ataque epilético)
 - Anticoncepcional ("pílula")
 - Medicação para baixar a pressão
 - Medicação para asma ou bronquite
 - Diuréticos (lasix, higroton, etc...)
 - Hormônios (puran, cynomel, levoid, etc...)
 - Medicação para diabetes
 - Medicação do tipo haldol, equilid, amplitil, neozine (antipsicótico)
 - Antibióticos
 - Pílulas para emagrecer ou diminuir o apetite
 - Outras

Especifique quais medicamentos você tomou no último mês (e o número de dias em que os tomou): _____

15 Você fuma atualmente?

- Sim Não

Caso afirmativo, quantos cigarros por dia?

- 1 - 10 cigarros 11 - 20 cigarros Mais que 20 cigarros

Com que idade você começou a fumar? _____ anos de idade.

Você fuma logo após (30 minutos) acordar pela manhã? Sim Não

16 Nos últimos 3 meses, quantos dias por semana tem consumido bebidas alcoólicas?

- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Todos os dias
- Menos que uma vez por semana
- Nenhuma (pule para a questão 21)

17 Nos dias em que bebe, quantas doses você costuma beber em cada ocasião?

Especifique: _____ doses.

PINGA / WISKY

1 copinho = 1 dose

½ garrafa = 10 doses

VINHO

1 copo = 1 dose

1 garrafa = 6 doses

CERVEJA

1 garrafa = 2 doses

1 garrafa = 1 dose

25 Você apresenta algum destes comportamentos durante o sono?

(MARQUE COM UM "X" AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- Fala durante o sono Grita durante o sono
 Range os dentes Mexe-se em excesso
 Pesadelos constantes Transpira muito
 Terror noturno Incontinência urinária (urinar na cama)
 Sonambulismo (caminhar dormindo)
 Acorda várias vezes durante o sono
 Outros: _____
 Não apresento nenhum destes problemas

26 Você apresenta dificuldades para adormecer ou continuar dormindo, ou tem sempre a sensação que dormiu pouco, ficando cansado significativamente durante todo o dia, irritado, desatento, não conseguindo desempenhar suas atividades, há pelo menos 1 MÊS, pelo menos 3 VEZES POR SEMANA?

- Sim Não

27 Durante os últimos 6 MESES, você sentiu, DE REPENTE, um ataque de medo intenso, grande ansiedade ou mal-estar, SEM UMA CAUSA APARENTE?, isto é, este ataque não ocorreu imediatamente antes ou durante a exposição a uma situação que quase sempre lhe causou ansiedade, e não foi disparado por uma situação na qual você foi o foco de atenção dos outros.

- Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Este ataque veio acompanhado de:

- Falta de ar ou dificuldade para respirar
 Vertigem, sensação de desmaio
 Palpitação ou taquicardia (coração batendo mais rápido)
 Tremor
 Sudorese (suor nas mãos, rosto)
 Sufocamento
 Náuseas, desconforto abdominal
 Sensação de estar separado de parte ou de todo seu corpo
 Sensação de irrealidade, de estar em um sonho, etc...
 Anestesia ou formigamento do corpo
 Ondas de calor ou calafrios

- Dor ou desconforto no peito
 Medo de morrer
 Medo de enlouquecer ou de cometer ato descontrolado
 Não senti nenhum destes sintomas

Com que frequência (número de crises por mês) você tem estas crises? _____ crises/mês

- MARQUE AQUI CASO SEJA MENOS DE 1 CRISE POR MÊS

Você sentiu (ou sente) medo de apresentar novamente este ataque?

- Sim Não

Estes sintomas levaram você a apresentar muito medo e até evitar certas situações com medo de ter novamente este ataque?

- Sim Não

(MARQUE COM UM "X" AS SITUAÇÕES QUE VOCÊ TEVE MEDO OU EVITOU)

- Estar sozinho fora de casa Estar numa multidão
 Permanecer numa fila Estar numa ponte
 Viajar de ônibus, trem ou automóvel Estar em um restaurante
 Outros: _____
 Não

- 28 Você já teve medo de estar em lugares ou situações cuja saída seria difícil, ou nos quais a ajuda não poderia estar disponível no caso de súbito desenvolvimento de algum(ns) sintoma(s) que poderia(m) ser incapacitante(s) ou embaraçante(s) para você, como vertigem ou queda, vômito, etc...?

- Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

(MARQUE COM UM "X" AS SITUAÇÕES QUE VOCÊ TEVE MEDO OU EVITOU)

- Estar sozinho fora de casa Estar numa multidão
 Permanecer numa fila Estar numa ponte
 Viajar de ônibus, trem ou automóvel Estar em um restaurante
 Outros: _____

Como resultado deste medo, você restringe a sua locomoção ou precisa de companhia quando sai de casa?

- Sim Não

Ou ao contrário, você enfrenta a situação mas com grande ansiedade?

- Sim Não

-
- 29 Você sente medo excessivo de situações onde está exposto a possível observação ou fiscalização pelos outros, com medo que algo lhe aconteça ou que seja humilhado, (por exemplo: não conseguir falar para um grupo de pessoas, engasgar com o alimento quando está comendo na presença dos outros, não conseguir urinar em banheiro público, ficar com as mãos tremendo quando escreve em presença de outros, etc.)?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Especifique de que situação você tem medo? _____

Perante esta situação você quase invariavelmente sente-se ansioso, ou seja, apresenta grande nervosismo, dificuldade de respiração, coração batendo rápido?

Sim Não

Na tentativa de evitar esta situação você muda sua rotina de vida, ou de trabalho, ou seu relacionamento com os outros?

Sim Não

Você acha esse medo excessivo ou sem sentido?

Sim Não

- 30 Você sente medo persistente e intenso de alguma coisa, animal, situação ou qualquer outro estímulo (por exemplo: cachorros, cobras, insetos, sangue ou ferimentos, altura, espaços fechados, etc..)?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Do que você sente medo? _____

Na grande maioria das vezes que está diante deste estímulo, você sente-se ansioso, ou seja, apresenta grande nervosismo, dificuldade de respiração, suor, coração batendo rápido?

Sim Não

Na tentativa de evitar estes estímulos você muda sua rotina de vida ou de trabalho ou seu relacionamento com os outros?

Sim Não

- 31 Alguma vez na sua vida, você teve idéias, pensamentos ou imagens persistentes, que invadiram sua mente, SEM MOTIVO APARENTE, POR 2 OU MAIS SEMANAS, e que lhe causaram repulsa ou desagrado (ex: assassinar alguém que ama, idéias obscenas, blasfêmias, etc.)?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Qual era o pensamento persistente? _____

Quando lhe ocorreu pela última vez? _____

Você tentou evitar ou se livrar de alguma forma destes pensamentos, pois eles causaram bastante sofrimento ou interferiram em sua vida diária?

Sim Como? _____

Não

Você acha que esses pensamentos, idéias ou imagens são produto da sua própria mente, ou seja, não são impostos por ninguém?

Sim Não

- 32 Alguma vez na sua vida, você apresentou comportamentos repetidos, com algum gesto ou ato que tivesse que fazer repetidamente, mesmo considerando como sem sentido e irracional, e que você tentava resistir em fazê-lo, como por exemplo: lavar as mãos a todo momento, mesmo elas estando limpas; contar os mesmos objetos inúmeras vezes ou conferir de maneira excessiva a realização de um ato?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Qual comportamento você repetia excessivamente? _____

Esse comportamento lhe causou sofrimento, consumiu seu tempo ou interferiu significativamente na sua vida diária?

Sim Não

O que você temia que pudesse acontecer se não fizesse isso?

Como você se sentia caso não conseguisse realizar o ato desejado?

Este comportamento ainda persiste?

Sim Não

Quando lhe ocorreu pela última vez? _____

33 Você já vivenciou um acontecimento que lhe foi muito doloroso e traumatizante?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Qual foi o acontecimento? _____

Após este trauma, por MAIS DE UM MÊS:

O acontecimento traumático foi persistentemente revivido das seguintes maneiras:

(MARQUE UM "X" NAS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- Lembranças recorrentes e intrusivas do acontecimento
- Sonhos perturbadores recorrentes com o acontecimento
- Sensação de reviver a experiência tendo alucinações, ilusões (isto é, visões)
- Sofrimento psicológico intenso ao se expor a acontecimentos que simbolizam ou se assemelham ao trauma

VOCÊ MANIFESTOU

(MARQUE UM "X" NAS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- Esforços em evitar pensamentos ou sentimentos associados ao trauma
- Esforços em evitar atividades ou situações que despertem lembranças do trauma
- Incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma
- Interesse acentuadamente diminuído em atividades significativas
- Sentimentos de desligamento ou estranheza em relação aos outros
- Variação restrita da afetividade, por exemplo, incapacidade de apresentar sentimentos amorosos
- Sensação de futuro encurtado, por exemplo, não esperar ter uma carreira, casamento, ou crianças, ou uma vida longa

38 Você já teve a impressão de que as pessoas estavam falando sobre você ou dando atenção especial a você?

Sim Não

39 E a impressão de que as mensagens da TV, do rádio, jornal, etc. eram dirigidas especialmente a você, ou que a maneira que as coisas estavam arranjadas ao seu redor tinham um significado especial para você?

Sim Não

40 Você já teve a sensação de que alguém estava tentando dificultar-lhe a vida, prejudicá-lo ou ferí-lo?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Como isto era feito? _____

41 Você já se sentiu especialmente importante de algum modo, ou que você tinha poderes para fazer coisas que as outras pessoas não conseguiriam fazer?

Sim Não

42 Você já sentiu que parte do seu corpo tinha mudado ou parado de funcionar?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

O que o médico disse? _____

43 Você já sentiu que algo ou alguém fora do seu corpo controlava seus pensamentos ou ações contra sua vontade?

Sim Não

44 E que certos pensamentos que não eram seus eram colocados em sua mente?

Sim Não

Ou, ao contrário, que seus pensamentos eram tirados de sua mente?

Sim Não

45 Você já sentiu como se seus pensamentos fossem irradiados para fora de sua cabeça tão alto que as outras pessoas podiam realmente ouvir o que estava pensando?

Sim Não

46 Você já ouviu coisas que as outras pessoas não podiam ouvir, tais como barulhos ou vozes de pessoas sussurrando ou falando?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Em que situação isto ocorreu? _____

O que você ouviu?

Um barulho

Uma voz

Mais de uma voz

Mais de uma voz que conversavam entre si

Duas ou mais vozes que comentavam o que você estava pensando ou fazendo

47 Você já teve visões ou viu coisas que as outras pessoas não podiam ver?

Sim Não

Você estava acordado?

Sim Não

48 Você já procurou alguma ajuda profissional devido a problemas psicológicos (psicólogo ou psiquiatra)?

Sim Não

Qual foi o motivo?

CASO O MOTIVO ESTEJA INCLUÍDO EM ALGUMA QUESTÃO ANTERIOR,
ESCREVA O Nº DA QUESTÃO: _____

Os problemas foram resolvidos?

Sim Não

49 Alguma vez você foi internado em um hospital psiquiátrico?

Sim Não

EM CASO AFIRMATIVO

Qual foi o motivo?

CASO O MOTIVO ESTEJA INCLUÍDO EM ALGUMA QUESTÃO ANTERIOR,
ESCREVA O Nº DA QUESTÃO: _____

Caso você deseje acrescentar algo importante que não tenha sido perguntado ou fazer algum comentário sobre seu problema, utilize as linhas abaixo.

Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre este questionário (tamanho, dificuldades, etc...)?

“MUITO OBRIGADO”

ANEXO 3

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

BDI		Data: _____
Nome: _____		Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____		Escolaridade: _____
<p>Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.</p>		
<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>	
_____ Subtotal da Página 1		CONTINUAÇÃO NO VERSO
<p>"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."</p> <p>Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BDI é um logotipo da Psychological Corporation.</p>		

- 14** 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
 3 Acredito que pareço feio.

- 15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

- 16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
 1 Não durmo tão bem como costumava.
 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 2 Meu apetite é muito pior agora.
 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
 2 Perdi mais do que 5 quilos.
 3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

- 20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

- 21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
 2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total.

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

BAI _____

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

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

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO 5

ESCALA ALIMENTAR

Aqui você encontrará a Escala Alimentar Periódica. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar, pensando no seu último mês.

Questão 1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) como pareço para os outros, mas isto normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz isolar de outras pessoas.
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e frequentemente sinto muita ansiedade.

Questão 2

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

Questão 3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas.

-
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
 - () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

Questão 4

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

Questão 5

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

Questão 6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

-
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

Questão 7

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

Questão 8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, eu como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

Questão 9

- () 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante à noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- () 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida ou “festa” ou de “morrer de fome”.

Questão 10

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

Questão 11

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

Questão 12

- () 1. Parece que eu como tanto quando eu estou com os outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque eu sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois eu me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

-
- () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

Questão 13

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

Questão 14

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

Questão 15

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

Questão 16

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

Questão 17

Sexo: _____

Idade: _____

RESULTADOS**Menor ou igual a 17**

Se você marcou menos de 17 pontos, você provavelmente não possui Compulsão Alimentar ou a possui com leve intensidade. As pessoas sem compulsão geralmente, sentem-se capazes de controlar os impulsos alimentares e comem mais pelo prazer do que pela falta de controle. Reavalie seus hábitos alimentares e procure planejar melhor o horário, qualidade e quantidade das refeições.

Entre 18 e 26

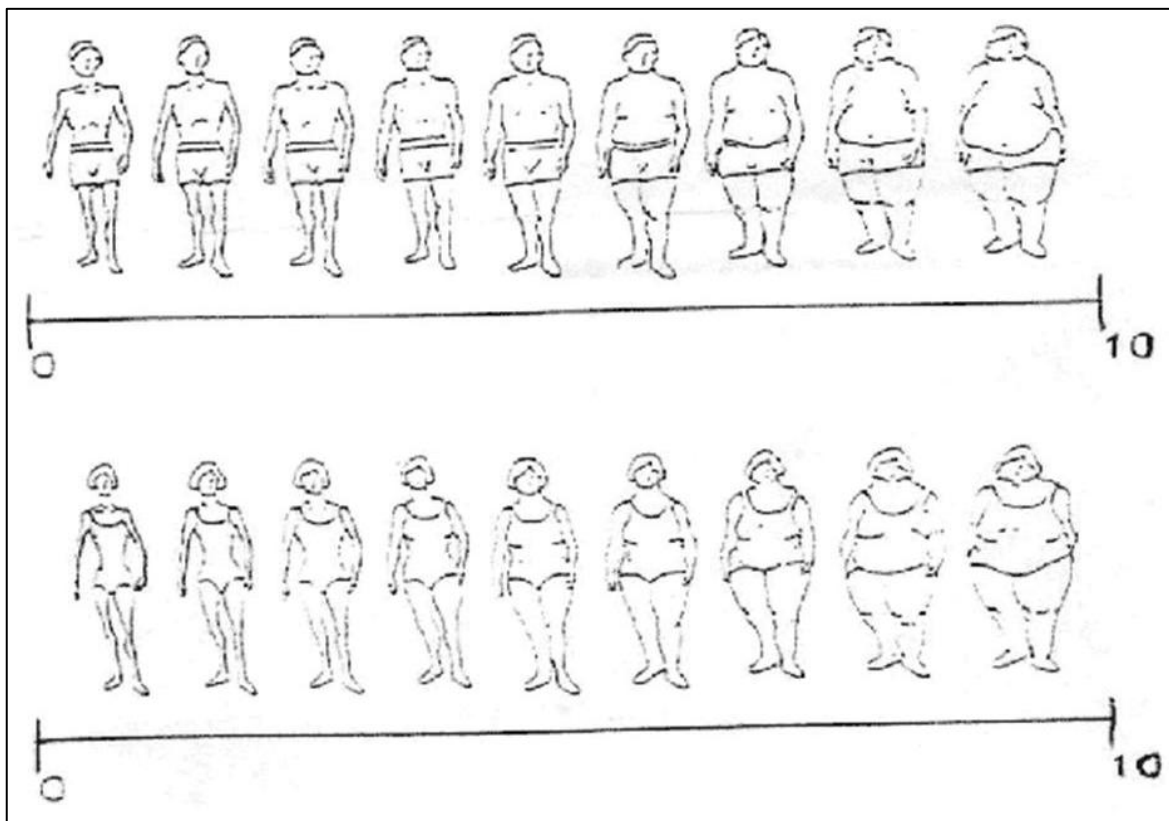
Se você marcou entre 18 e 26 pontos, você provavelmente é um comedor compulsivo de moderada intensidade. Comedores Compulsivos moderados relatam mais episódios esporádicos de perda de controle, mas são Frequentemente capazes de controlar os ataques de comer. São geralmente mais tolerantes as transgressões que cometem e não se sentem tão culpados. De qualquer maneira, é necessária a avaliação e acompanhamento por parte de um nutricionista, um endocrinologista e até mesmo um psiquiatra.

Maior ou igual a 27 pontos

Se você marcou mais de 27 pontos, você provavelmente sofre de Compulsão Alimentar Grave. Os Comedores Compulsivos Graves tem geralmente grandes alterações de comportamento alimentar e seu humor é mais instável que os obesos sem compulsão (sofrem de depressão, ansiedade, etc.). Experimentam extrema culpa e raiva após o episódio devido ao enorme sentimento de perda de controle durante o “ataque de comer”. São os que tentam as dietas mais restritivas e os que mais se preocupam em controlar a alimentação, o que frequentemente desencadeia o episódio de compulsão. Geralmente tem grandes dificuldades na adesão ao tratamento, frequentemente o abandonando. O tratamento, apesar de difícil, deve ser realizado por um especialista ou equipe multidisciplinar. Inúmeras medicações, inclusive antidepressivos, já foram liberados nos Estados Unidos para o tratamento de pacientes com Compulsão Alimentar, porém todas necessitam de monitorização constante.

ANEXO 6

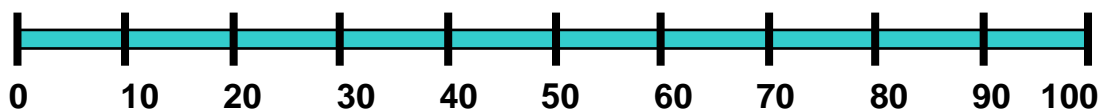
ESCALA DE DESENHOS DE SILHUETAS



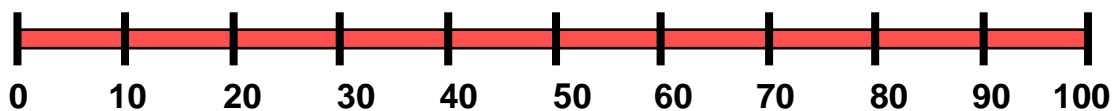
ANEXO 7

ESCALAS VISUAIS ANALÓGICAS

Aspecto físico



Aspecto psicológico



PÉSSIMO	0 - 20
RUIM	30 - 40
REGULAR	50 - 60
BOM	70 - 80
MUITO BOM	90
ÓTIMO	100

ANEXO 8

ESTABELECIMENTO DE METAS E VALORES**Definindo Metas*****Metas de dois anos***

Considerando a lista de metas de cinco anos, estabeleça metas que você precisa conquistar em dois anos, para estar no caminho das metas de cinco anos.

Metas de um ano

Considerando a lista de metas de dois anos, estabeleça metas que você precisa conquistar em um ano, para estar no caminho das metas de dois anos.

Meta a ser atingida dentro de 3 a 4 meses

Considerando a lista de metas em um ano, estabeleça a sua meta a curto prazo a caminho do próximo ano.

Descobrimo Valores

Após a definição de metas específicas, determinam-se os valores associados às metas, respondendo às seguintes perguntas:

- O que esta meta lhe proporcionará de bom?
- Que ganho você terá se alcançar isso?
- O que é importante para você sobre isso?
- O que você está disposto a desistir para realizá-la?
- O que você não está disposto a mudar?

ANEXO 9

PLANO DE AÇÃO

Meta de longo Prazo: _____

Valor(es): _____

Prazo: _____

1. Submeta 12: _____

Data: _____ / _____ / _____

2. Submeta 11: _____

Data: _____ / _____ / _____

3. Submeta 10: _____

Data: _____ / _____ / _____

4. Submeta 9: _____

Data: _____ / _____ / _____

5. Submeta 8: _____

Data: _____ / _____ / _____

6. Submeta 7: _____

Data: _____ / _____ / _____

7. Submeta 6: _____

Data: _____ / _____ / _____

8. Submeta 5: _____

Data: _____ / _____ / _____

9. Submeta 4: _____

Data: _____ / _____ / _____

10. Submeta 3: _____

Data: _____ / _____ / _____

11. Submeta 2: _____

Data: _____ / _____ / _____

12. Submeta 1: _____

Data: _____ / _____ / _____

ANEXO 10

MÉTODOS UTILIZADOS PARA A AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS BIOQUÍMICAS**Exames realizados pela Afip Medicina Laboratorial****1. Hemograma**

Eritrócitos, hemoglobina, hematócrito, VCM, HCM, CHCM, RDW, plaquetas, leucócitos totais, neutrófilos, bastonetes, eosinófilos, basófilos, linfócitos típicos, linfócitos atípicos e monócitos.

Método: hemograma realizado por automação e confirmado com leitura de lâmina. Esta lâmina ficou a disposição do médico responsável por um período de 60 dias.

2. Dosagem sérica de glicose (Glicemia)

Material enviado: Plasma (fluoreto)

Método: Enzimático – Hexoquinase II

3. Dosagem sérica de uréia

Material enviado: Soro

Método: Enzimático – Urease

4. Dosagem sérica de colesterol

Material enviado: Soro

Método: Colorimétrico – Peroxidase

5. Dosagem sérica de colesterol HDL

Material enviado: Soro

Método: Imunoenzimático

6. Valor calculado de colesterol LDL

Método: Eq. de Friedwald

7. Valor calculado de colesterol VLDL

Método: Eq. de Friedwald

8. Dosagem sérica de triglicérides

Material enviado: Soro

Método: Colorimétrico – Peroxidase

9. Dosagem sérica de ácido úrico

Material enviado: Soro

Método: Enz. Colorimétrico – Uricase

10. Dosagem sérica de TGP – Transaminase Glutâmica Pirúvica

Material enviado: Soro

Método: Cinético – IFCC

11. Dosagem sérica de ferro

Material enviado: Soro

Método: Colorimétrico – Ferene

12. Dosagem sérica de ferritina

Material enviado: Soro

Método: Quimioluminescência

13. Dosagem sérica de T3 – Triiodotironina

Material enviado: Soro

Método: Quimioluminescência

14. Dosagem sérica de T4 – Tiroxina

Material enviado: Soro

Método: Quimioluminescência

15. Dosagem sérica de TSH – Hormônio Tireoestimulante

Material enviado: Soro

Método: Quimioluminescência

16. Dosagem sérica de cortisol

Material enviado: Soro

Método: Quimioluminescência

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol USP* 2002;13(1):197-216.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual Disorder; text review – DSM – IV- TR., 4th ed.* Washington, DC: APA; 1994.

Almeida GAN, Loureiro, SR, Santos, JE. A imagem corporal da mulher morbidamente obesa avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol Reflex Crit* 2002;15(2):283-292.

Almeida GAN et al. Perceptions of body shape and size in women: an exploratory study. *Maringá: Psicol Estud* 2005;10(1):27-35.

Anaruma SM. Autoconhecimento, um dos caminhos no tratamento da obesidade, *Inf Psiquiatr* 1995;14(1):23-26.

Aronne LJMD. *Reduza seu peso & viva mais, um programa de saúde para controle permanente de peso.* Rio de Janeiro: Editora Campus, 1997.

Barros CASM, Werutsky CA, Gutfreind C, Biernat ES, Barros TM. Transtorno da imagem corporal de obesos em grupoterapia. *Rev Psiquiatr RS* 1990;12(2):75- 83.

Beck JS. *Pense magro – treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra.* Porto Alegre: ARTMED, 2009.

Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr* 2005;18(1):85-93.

Berry D. An emerging model of behavior change in women maintaining weight loss. *Nurs Sci Q* 2004;17(3):242-52.

Bouchard C. Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *Am J Clin Nutr* 1991;53(6):1561S-1565S.

Buschiazzo DS, Saez CF. Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Bol Esc Med* 1997;26:38-41.

Cash TF. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Percept Mot Skills* 1993;77:1099-1103.

Cunha JA. Depression and anxiety scales manual in portuguese version [Manual da versão em português das escalas de depressão e ansiedade de Beck]. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

Demarest J, Langer E. Perception of body shape by underweight, average, and overweight men and women. *Percept Mot Skills* 1996;83(2):569-570.

Eliaschewitz FG, Valente O, Marquetti LC, Cohn KG, Cukier R. Obesidade. *ARS CVRANDI* 1988;21(1):16-17, 20-27.

Francischi RP, Pereira LO, Lancha Jr. AH. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. *Rev Paul Educ Fís* 2001;15(2):117-140.

Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, et al. Translation and adaptation into Portuguese of Binge-Eating Scale from Gormmally J, Black S, Daston S, et al.(1982) [Tradução e adaptação para português da Escala de Compulsão Periódica]. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(4):215-220.

Glucksman M, Levy (1934), Winnicott (1953), Bruch (1957), Goodsitt (1983), Khantzian (1985). Obesidade: um desafio psicanalítico (Obesity: psychoanalytic challenge). *Psychoanalysis and eating disorders*, Ed. Jules R. Bemporad & David B. Herzog, 1989.

Gorin AA, Grange DL, Stone AA. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *J Eat Disord* 2003;33:421-433.

Halpern A, Mancini MC. Obesidade: como diagnosticar e tratar. *Rev Bras Med* 1990;47:137-143.

<http://www.pesoideal.com.br/oque.html>

<http://www.vigilantesdopeso.com.br/index.aspx>

Huffman MH. Health Coaching: a fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions. *Home Healthc Nurse* 2009;27(8):490-496.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares–(POF). 2003: 1-8.http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=278 11/15/2009.

Lages A, O'Connor J. *Coaching com pnl*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2004.

Linde J A, Jeffery RW, Finch EA, Debbie MNg, Rothman AJ. Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? *Obes Res* 2004;12(3):569-576.

Manzoni GM, Pagnini F, Gorini A, et al. Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *J Am Diet Assoc* 2009;109:1427-1432.

Martins DFG. Aspectos psicodinâmicos associados à obesidade: um estudo comparativo de dois grupos com o TAT e o Rosenzweig. São Bernardo do Campo (SP), Dissertação de Mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior, 1986.

Miller WR, Rollnick S. *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Nappo SA. Consumo de anorexígenos tipo anfetamina (dietilpropiona, fenproporex, manzidol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. *J Bras Psiq* 1992;41(8):417-421.

Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006:20-112.

Osberg TM, Poland D, Aguayo G, MacDougall S. The irrational food beliefs scale: development and validation. *Eat Behav* 2008;9(1):25-40.

Parente EB, Guazzelli I, Ribeiro MM, et al. Perfil lipídico em crianças obesas: efeitos de dieta hipocalórica e atividade física aeróbica. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2006;50(3):499-504.

Schack ML. Coaching: the art of creating exceptional results. *Clin Lab Manage Rev* 1997;11(1):28-32.

Shilder P. *A Imagem do corpo – as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

Silva Jr, Livacic-Rojas P, Slachevsky A. Differences among Chronic Restrained Eaters: the Influence of Motivational Systems. *Rev Med Chil* 2006;134(6):735-742.

Simón OE, Garcia MSM. Coaching. Who? Why? How? Where? For what purpose? *Rev Rol Enf* 2009;32(3):204-208.

Stunkard AJ, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness (1983). In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, et al. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*, New York: Raven Press: 115-120.

Tavares MCGCF. *Imagem corporal - conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

Tucker LA, Cook AJ, Nokes NR, et al. Telephone-based diet and exercise coaching and a weight-loss supplement result in weight and fat loss in 120 men and women. *Am J Health Promot* 2008;23(2):121-129.

Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Prac Res Clin Endocrinol Metabol* 2005;19(3):421-440.

World Health Organization - WHO. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneve, Switzerland: World Health Organization, 1998.

ABSTRACT

The purpose of this study is to use and evaluate coaching as a procedure to improve the body image of obese woman who are dissatisfied with certain aspects of their physical aspects. Coaching is a process that uses goal strategies, direct actions, contingencies, utilizes personal traits and encourages the individual to produce the desired results in ones life. The subjects were 40 women, aged between 22 and 63 years old with refractory obesity, who had not presented signs of neurological or psychiatric disorders, and were not receiving psychotherapeutic or psychiatric monitoring. The coaching instruments employed to assess the volunteers were: visual analogue scales (appraisal of physical and psychological state), goal setting and definition of values (to identify the rationale for the individual before undergoing the treatment plan) and an action plan (the individual determines the strategies for reaching the desired target). The psychological aspects were evaluated by administering the Beck Depression and Anxiety Inventories. The Binge Eating Scale questionnaire assesses the presence of binge eating behavior and figural stimuli were used for assessment. Parameters such as biochemical, body weight, body mass index, waist, and hip measurements were also considered. They were evaluated before the commencement of the procedure and after 10 months of intervention. The results indicated a reduction in the levels of anxiety (mild to minimal) and the intensity of the compulsion to eat (moderate to mild). The volunteers showed that they had become more satisfied with their body image: physical aspects (poor to fair), psychological (fair to good) and achieved a significant reduction in their body measurements: weight (- 3.6 kg), BMI (-1.3 kg/m²), waist (- 3.6 cm) and hip (- 3.0 cm).

Key words: corporal image, Obesity, Coaching, Physiological alterations, Behavior, Anxiety.

***BIBLIOGRAFIA
CONSULTADA***

Abraham SF, Von Lojewski A, Anderson G, Clarke S, Russell J. Feelings: What questions best discriminate women with and without eating disorders? *Eat Weight Disord* 2009;4(1):6-10.

Caballo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999.

Castilho M. A imagem corporal. Santo André: Editora Esetec Editores Associados, 2001.

Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Terapia cognitivo – comportamental da obesidade: manual do terapeuta. São Paulo: Roca, 2009.

Faudino J, Benchimol AK, Coutinho W, et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico – cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr* 2004;1:47-51.

Ferreira MM, Meier M. Psicologia do emagrecimento. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

Foster GD, Wadden TA, Vogt RA. Body image in obese before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychol* 1997;16(3):226-229.

Fulkerson JA, French SA, Story M, Hannan PJ, Neumark-Sztainer D, Himes JH. Weight – bearing physical activity among girls and mothers: relationships to girls' weight status. *Obes Res* 2004;12(2):258-266.

Gittelsohn J, Harris SB, Thorne-Lyman AL, Hanley AJG, Barnie A, Zinman B. Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. *J Nutr* 1996;126:2990-3000.

Halpern A, Mancini MC. Tratamento farmacológico da obesidade: drogas termogênicas. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 1996;40(4):224-226.

Halpern A. Anorexígenos. *Rev Bras Clin Terap* 1987;16:151-154.

Halpern A. Controle do peso e termogênese. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 1991;35(2):32-35.

Laurent JA, Vannotti M. Handcaps of massive obesity. Rev Prat 1993;43(15):1908-1910.

Leonhard ML, Barry NJ. Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image. Addict Behav 1998;23(1):31-34.

Mancini MC, Halpern A. Pharmacological treatment of obesity. Arq Bras Endocrinol Metabol 2006;50(2):377-389.

Mattei R, Carlini EA. A comparative study of the anorectic and behavioral effects of fenproporex on male and female rats. Braz J Med Biol Res 1996;29 (8):1025-1030.

Moens E, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y. Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: a cross-sectional study. Eur Eat Disord Rev 2009;17(4):315-323.

Nappo AS, Oliveira EM, Morosin S. A prescrição por médicos brasileiros de fórmulas magistrais para emagrecer: uma duvidosa prática para a saúde dos pacientes. Arq Bras Méd 1994;68(1):15-20.

Nappo AS, Carlini EA. Anoréticos: situação atual no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metabol 1994;38(2):69-75.

Ogden J, Evans C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. Int J Obes Rel Metab Disord 1996;20(3):272-277.

Painot D, Jotterand S, Kammer A, Fossati M, Golay A. Simultaneous nutritional cognitive-behavioural therapy in obese patients. Patient Educ Couns 2001;42(1):47-52.

Pinheiro J. Decifrando a obesidade, conheça a causa e descubra o melhor tratamento. São Paulo: Celebris, 2004.

Pitta P, Alpert M, Perelle I. Cognitive stimulus-control program for obesity with emphasis on anxiety and depression reduction. Int J Obes 1980;4(3):227-233.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris Jr. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res* 2004;12(9):1445-1454.

Ruderman AJ. Obesity, anxiety and food consumption. *Addict Behav* 1983;8(3):235-242.

Saikali CJ, Saliba C, Scalfaro B, Messina B. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clín* 2004;31(4):164-166.

Sammel MD, Grisso JA, Freeman EW, Hollander L, Liu L, Liu S, Nelson DB, Battistini M. Weight gain among women in the late reproductive years. *Fam Pract* 2003;20(4):401-409.

Sarlio-Lähteenkorva S, Rissanen A. Weight loss maintenance: determinants of long-term success. *Eat Weight Disord* 1998;3(3):131-135.

Savoia MG. A imagem corporal. *Rev Bras Psiq* 2003;25(2):126.

Seijas D, Feuchtmann S. Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Bol Esc Med* 1997;26:38-41.

Serra A.M. Terapia cognitiva. *Rev Psicol Br* 2005;20:12-16.

Vasques F, Martins FCE, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiq Clín* 2004;31(4):195-198.

Van Kolck OL. Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico. São Paulo: EPU, 1984.

Van Der Merwe Mt. Psychological correlates of obesity in women. *Int J Obes* 2007;31(2):S14-18, discussion S31-2.