

PERCEPÇÃO DO PESO CORPORAL, DIETA E ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES HIPERTENSAS COM EXCESSO DE PESO

Lana Angélica Braudes Silva¹; Maria do Rosário Gondim Peixoto²

Faculdade de Nutrição – Universidade Federal de Goiás

E-mail: ana.nef@gmail.com; mrg.peixoto@uol.com.br

PALAVRAS-CHAVE: análise de conteúdo, excesso de peso, dieta, atividade física

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença não transmissível, multifatorial e complexa, que engloba fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e psicossociais, originando diferentes quadros clínicos (CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005). O acúmulo de gordura corporal e consequente elevação no peso é resultado do balanço energético positivo, determinado pela alta ingestão de macronutrientes e baixo gasto energético. Além disso, é um fator de risco para desenvolver doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, distúrbios respiratórios, dislipidemia, osteoartrite e certos tipos de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevalência da doença aumenta tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos, alcançando proporção pandêmica, e atinge crianças, adolescentes e adultos, independente da classe social que estão inseridos (CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No Brasil, as doenças e agravos não transmissíveis são a principal causa de óbitos em adultos, e a obesidade é um dos fatores de maior risco para este grupo. Assim, pode-se concluir que o excesso de peso é um problema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar de a dimensão do problema ser grande, a redução de peso ainda é um desafio para os profissionais da saúde. Vários tipos de tratamento estão disponíveis no mercado, mas a maioria deles oferece soluções milagrosas e sem comprometimento com a pesquisa e a ética. (COUTINHO, 1999). Dessa forma, especialistas alertam para a importância de ações interdisciplinares, que tem como objetivo desenvolver intervenções que não sejam reguladoras, não interfiram nos prazeres e nas questões culturais do indivíduo, e que foquem as bases do comportamento alimentar (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A associação entre o tratamento dietético, a prática de atividade física e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado resultados

¹ Orientanda

² Orientadora

Revisado pelo orientador

positivos não apenas na redução de gordura corporal, mas também na adoção de um estilo de vida mais saudável (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005; COUTINHO, 1999).

As dietas restritivas e rígidas, o preconceito e a pressão social em relação ao estereótipo fazem com que a pessoa obesa sofra psicologicamente e perca sua auto-estima, resultando em uma provável compulsão alimentar e consequente ganho de gordura corporal (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005; COUTINHO, 1999).

A valorização do ponto de vista do paciente sobre o excesso de peso é importante para ampliar as práticas em saúde e para formular ações de políticas públicas de prevenção e tratamento de patologias crônicas associadas à nutrição. Conhecer o contexto sociocultural e a história de vida do sujeito, e associá-los ao saber científico do profissional da saúde contribui na condução do processo terapêutico (VIEIRA; TURATO, 2010).

2 OBJETIVOS

Avaliar a evolução ponderal e a percepção sobre peso corporal, dieta e atividade física de pacientes hipertensas com excesso de peso, antes e após acompanhamento multidisciplinar em consultas coletivas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Aplicou-se neste estudo o modelo de pesquisa quanti-qualitativa em saúde.

3.2 POPULAÇÃO AMOSTRAL

Para avaliar a evolução ponderal e a percepção sobre peso corporal, dieta e atividade física de pacientes hipertensas com excesso de peso utilizaram-se dados coletados na pesquisa “Influência de um programa multidisciplinar na redução de peso em pacientes hipertensos”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas/UFG (Protocolo 047/2010).

A amostra deste estudo foi composta por 30 pacientes do sexo feminino, frequentadoras da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com idade entre 30 e 72 anos, índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² (WHO, 1997), não estavam participando de outra pesquisa, possuíam condições físicas para se locomover até o local da pesquisa e nenhum critério de exclusão do estudo: não

atendimento aos critérios de inclusão e/ou evidência de instabilidade clínica, diagnóstico médico, descrito no prontuário, de hipotireoidismo não controlado, câncer, doenças infecciosas, diabetes mellitus, doença ou disfunção hepática ativa, nefropatias e fumantes. Também foram excluídas as mulheres com potencial de gravidez ou que estavam grávidas ou amamentando.

3.2.1 Desenho do estudo

A amostra foi dividida em dois grupos: intervenção e controle, com 15 integrantes cada um. O grupo intervenção recebeu acompanhamento semanal por equipe multiprofissional (musicoterapeuta, nutricionista e psicóloga) em consultas coletivas durante 12 semanas, e o grupo controle foi acompanhado em consultas de nutrição realizadas de acordo com a rotina do serviço.

Ao final do programa, havia 12 participantes no grupo intervenção. As perdas ocorreram pelo abandono de três pacientes, que não puderam comparecer às reuniões programadas por motivos familiares. Para a caracterização sociodemográfica dos sujeitos foram utilizados os elementos idade, situação conjugal (presença de companheiro), ocupação remunerada e anos de estudo (Grupo intervenção: Quadro 1; Grupo controle: Quadro 2).

Quadro 1. Características sociodemográficas do grupo intervenção.

Sujeito	Idade (anos)	Situação conjugal (presença de companheiro)	Ocupação remunerada	Estudo (anos)
I1	46	Sim	Não	11
I2	61	Não	Aposentada	03
I3	54	Não	Aposentada	01
I4	55	Sim	Não	04
I5	63	Não	Aposentada	02
I6	55	Sim	Não	08
I7	63	Sim	Não	04
I8	56	Sim	Não	08
I9	68	Não	Não	04
I10	55	Não	Sim	04
I11	70	Não	Aposentada	04
I12	47	Não	Não	06

Quadro 2. Características sociodemográficas do grupo controle.

Sujeito	Idade (anos)	Situação conjugal (presença de companheiro)	Ocupação remunerada	Estudo (anos)
C1	58	Sim	Aposentada	01
C2	63	Sim	Não	04
C3	62	Sim	Aposentada	00
C4	49	Não	Não	08
C5	66	Sim	Aposentada	08
C6	59	Não	Aposentada	04
C7	66	Sim	Não	08
C8	61	Não	Não	11
C9	72	Não	Não	00
C10	53	Sim	Sim	08
C11	66	Não	Sim	08
C12	62	Sim	Não	06
C13	46	Sim	Não	08
C14	53	Não	Sim	11
C15	54	Sim	Não	08

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Grupos focais

As informações à respeito da percepção sobre peso corporal, dieta e atividade física foram coletadas em reuniões de grupo focal. Com o grupo intervenção, foram realizadas duas reuniões, uma antes e outra após o programa. Já com o grupo controle, foi realizado apenas um grupo focal, durante o tempo de acompanhamento no serviço.

Os grupos focais foram conduzidos por um moderador e dois colaboradores. O moderador se responsabilizou por conduzir e manter, de forma menos diretiva, a discussão do grupo a partir de três questões abertas, elaboradas de acordo com o objetivo do estudo: 1 - Como você se sente com o seu peso atual?; 2- O que você pensa sobre dieta para emagrecer?; e 3 - O que você pensa sobre a prática de atividade física?. Os colaboradores ficaram encarregados por captar e anotar as reações verbais e corporais dos integrantes, e em qual contexto elas são abordadas. As entrevistas coletivas foram registradas por meio de gravações de áudio e transcritas em arquivos de texto para posterior análise de dados (IERVOLINO; PELICIONI, 2001; TRAD, 2009).

Para a coleta de informações nos grupos focais foram considerados o discurso manifesto e a linguagem corporal.

3.3.2 Peso corpóreo

A aferição do peso foi realizada de acordo com o recomendado pela literatura (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988). Durante a pesagem, as pacientes estavam descalças, utilizando roupas leves. Foi utilizada uma balança eletrônica, com capacidade para 200 kg e precisão de 50 g. Foi avaliada a evolução do peso corpóreo considerando-se a diferença do peso entre o momento inicial e final do estudo.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

3.4.1 Análise de conteúdo

O material obtido nos grupos focais foi submetido à técnica de análise de conteúdo. A análise do material transcrito deu-se por meio de uma leitura sistemática flutuante. Posteriormente, os conteúdos semelhantes foram agrupados a cada pergunta apresentada. Para tanto, aplicou-se o recurso da análise categorial com o intuito de identificar as categorias por núcleos temáticos (BARDIN, 2009).

3.4.2 Análise estatística

A avaliação estatística foi realizada no programa STATA (versão 7.0). Os valores foram expressos em média \pm desvio padrão da média. Para analisar as diferenças na evolução do peso corpóreo entre os dois grupos, foi utilizado o Teste t de Student. As diferenças encontradas foram consideradas a um nível de 5% de significância.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas/UFG (Protocolo 047/2010). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO: INTERVENÇÃO (PRÉ-ACOMPANHAMENTO) E CONTROLE

A avaliação dos grupos focais identificou percepções semelhantes entre as integrantes dos grupos intervenção e controle.

4.1.1 Peso corporal

A percepção sobre o peso corporal foi classificada em duas categorias principais: “O excesso de peso incomoda em tudo” e “Preciso emagrecer”.

O excesso de peso incomoda em tudo

Foram revelados sentimentos de tristeza em relação ao excesso de peso no discurso das pacientes:

“Eu... eu me sinto muito mal. De ficar do jeito que eu to.”

“Agora eu, eu não me sinto bem hora nenhuma.”

O excesso de peso foi relatado como fator principal da falta de controle da pressão arterial e outros problemas de saúde.

“Quando eu começo a engordar eu não dou conta de controlar a minha pressão, ela fica sempre alta.”

“Eu sinto dor nas pernas.”

“Aí o peso começou a subir, e as dores, comecei a passar mal demais.”

As percepções sobre o peso corporal foram reforçadas pela rejeição social e cultural à obesidade.

“Sem pensar na discriminação, né. Que todo mundo fala: ‘Ai, aquela gorda.(...) Essa gorda só sabe comer.’”

“Você vai comprar uma roupa, você anda a loja inteira e não acha uma roupa pra te servir.”

A insatisfação com a imagem corporal demonstra a preocupação com a estética. São feitas comparações entre o corpo que elas têm e o que tinham.

“A hora que eu lembro que eu era magrinha, que eu tinha meu corpo bonitinho, que eu tenho esse corpo agora, fico triste.”

“(...) ganha uma roupa aí não serve, nos seios tá apertada, tá apertada na barriga, né, não serve.”

“Se eu tirar fotografia eu fico com vontade de rasgar ela na hora que eu vejo.”

Preciso emagrecer

Por meio da fala e da linguagem corporal, foi percebido que as pacientes possuem o desejo de emagrecer, contudo não encontram o apoio necessário.

“Gostaria de emagrecer...”

“(...) preciso de alguma coisa pra me ajudar a melhorar meu peso.”

“Faz muitos anos que eu venho pelejando pra ver se perde peso, mas é uma coisa muito difícil.”

“Eu procuro emagrecer por causa da minha pressão, né. Porque a gente vai ficando gorda e a pressão vai subindo.”

4.1.2 Dieta

Dois categorias foram criadas para a avaliação da percepção sobre dieta: “Fazer dieta é muito difícil” e “A dieta é boa para a saúde”.

Fazer dieta é muito difícil

O discurso revela um entendimento de que dieta é sinônimo, em sentido negativo, de privação alimentar.

“A gente assusta quando vê uma dieta.”

“Deixar de comer coisas gostosas.”

“(...) você vê um pudim ali, você não quer comer só um pedacinho.”

“A dieta que ela (nutricionista) passa é o que a gente come no dia-a-dia em casa, só que a gente exagera.”

refeições são realizadas e quem as prepara também são dificuldades dieta. O exagero na hora de se alimentar é justificado pelo sentido social da refeição: comer muito para agradar quem a preparou.

“E quando tá fora de casa, a gente não pode continuar com a dieta na casa dos outros. Aí a gente tem que comer aquilo que a pessoa faz, né.”

“Eu acho difícil porque eu trabalho fora e a alimentação durante a semana toda é no serviço.”

“E quando eu trabalhava fora, eu achava melhor, porque lá no serviço eu levava um monte de folha.”

“Lá em casa tem muita gente, lá faz muita comida.”

A ansiedade é relatada como a causa dos beliscos. O alimento é utilizado para suprir os incômodos emocionais.

“(...) porque às vezes quer alguma coisa aí a gente vai fazer, aí não pode tá comendo aquilo, belisca um pouquinho, né, pra matar um pouquinho aquela vontade.”

“Às vezes eu fico muito ansiosa, e de repente me vejo procurando, abro a geladeira, sempre que eu estou em casa fico beliscando ali (...)”

A dieta é boa para a saúde

Os aspectos positivos da dieta para emagrecer foram colocados no âmbito da saúde, perda de peso e reeducação alimentar.

“Eu acho muito bom dar dieta, porque não só controla o peso da gente, com eu tenho problema de artrite, problema de estômago, isso ajuda muito.”

“Dieta é bom sabe por quê? Que a gente a gente aprende a comer, né.”

4.1.3 Atividade física

A visão sobre a prática de atividade física foi agrupada em duas categorias: “Dificuldades para praticar atividade física” e “Atividade física faz bem”.

Dificuldades para praticar atividade física

Problemas de saúde, cansaço, desmotivação e falta de tempo são os principais motivos da não adesão à prática de atividade física.

“Eu tenho muita dificuldade porque às vezes me dá câibras nas pernas, meu coração parece que vai sair da boca.”

“Caminhada eu tenho muita dificuldade, eu sinto muito cansaço.”

“(...) eu tenho é que achar um meio de voltar a fazer de novo.”

“Falta tempo. Pra quem trabalha é difícil.”

Atividade física faz bem

As pacientes mostraram ter consciência de que a prática de atividade física traz benefícios para a saúde e bem-estar.

“Eu estava fazendo caminhada no ano passado, e fiz meus exames e deu tudo beleza, tudo normalzinho.”

“Eu caminhei bastante tempo e sentia bem. Sentia bem.”

“A atividade física faz emagrecer.”

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO: INTERVENÇÃO (PÓS-ACOMPANHAMENTO)

Os resultados positivos da consulta coletiva ministrada por equipe multidisciplinar foram percebidos por meio da satisfação pessoal das participantes em perder peso, ao aprenderem a adotar um estilo de vida mais saudável e ao compartilharem experiências e dificuldades.

“O importante também é que esse grupo continuasse (...). Pra gente vai ser melhor, pra gente atingir a meta, né, que a gente tá precisando.”

“E agora esse grupo me ensinou a diferença entre a fome e a vontade de comer.”

“Eu acho que a atividade física e a dieta é uma coisa muita boa, melhora ainda igual nós aqui, que somos um grupo.”

“A gente pensa assim: ‘Fulano tá emagrecendo mais que eu. Então eu também vou fazer! Por que eu não posso fazer? Eu não sou mais ruim que ela! [Risos do grupo].’”

4.2.1 Peso corporal

O ponto de vista sobre o peso corporal foi agrupado em duas categorias: “Emagrecer melhora a vida” e “Para eliminar o peso tem que ser persistente”.

Emagrecer melhora a vida

Apesar de algumas pacientes não terem atingido a meta de perda ponderal até o momento da realização do grupo focal, a percepção sobre o peso corporal foi avaliada positivamente sob a ótica do processo de emagrecimento, considerando que elas demonstraram satisfação em suas atitudes e falas durante o discurso.

“Eu ainda não estou satisfeita com o meu (peso) atual. Eu quero melhorar mais, quero perder mais. Não quero perder, quero eliminar.”

“Eu ainda não estou satisfeita com meu peso, mas eu já to achando bom porque (...) as minhas roupas antigas estão servindo.”

A redução do peso foi associada ao conforto físico e psicológico, já que, do ponto de vista sociocultural, para ser bonito e saudável tem que ser magro. Essa perda ponderal é percebida ao vestir roupas de numeração menor e sentir menos dificuldade em realizar tarefas no dia-a-dia.

“Essa saia minha custava a abotoar, aí eu vesti e a saia abotoou, gente! [O grupo comemora com aplausos e comentários] Eu me elogiei!”

“Eu também estou me sentindo bem. Mas agora e quero eliminar mais uns quilinhos pra ficar com um corpo melhor e viver melhor.”

“Porque quando a gente emagrece, fica tudo mais fácil pra gente, pra gente trabalhar, pra gente andar e tudo.”

Para eliminar o peso tem que ser persistente

Para modificar o padrão de pensamentos e hábitos de vida, controlar o peso, motivar e evitar recaídas, a TCC foi fundamental, visto que as participantes aplicaram os conhecimentos adquiridos nas reuniões, e perceberam que é possível emagrecer sem sofrimento.

“Eu to sentindo bem, mas eu quero ainda eliminar muito, porque agora aprendi o caminho.”

“Tá vendo, eu estou conseguindo. Aos poucos, mas estou. É só a gente ter força de vontade.”

“Agora o que eu aprendi aqui, eu to conseguindo ter o domínio e manter.”

4.2.2 Dieta

A percepção sobre dieta para emagrecer foi classificada nas categorias “Dieta ajuda quando é feita corretamente” e “Dieta é reeducação alimentar”.

Dieta ajuda quando é feita corretamente

A dieta apresenta seus efeitos benéficos quando é realizada sem deslizes, mas, para isso, é preciso ter determinação e foco no emagrecimento.

“A dieta é muito importante desde que você pegue, faça ela corretamente, não engavete.”

“Eu achava muito difícil de fazer dieta, porque a gente tem preguiça, né. ‘Ai, eu não vou fazer porque eu não dou conta.’ (...) Mas agora, graças a Deus eu to dando conta de seguir.”

Dieta é reeducação alimentar

A visão das pacientes de que dieta é um instrumento utilizado para perder peso, melhorar a saúde e principalmente reeducar a alimentação, ganhou uma dimensão maior ao vivenciarem e concluírem que é possível ter hábitos alimentares saudáveis sem sentir fome.

“Eu acho bom (receber dieta) porque orienta a gente.”

“Você come as quantidades certas. Você não sente fome.”

“Mas o principal motivo disso aí (dieta) é aprender o que é reeducação alimentar. (...)

Porque não é necessária essa comilança.”

“Você tá cheio e continua a comer. Isso é errado, né. Já tá na hora de parar, né.”

4.2.3 Atividade física

A visão sobre atividade física após a intervenção foi classificada em duas categorias principais: “Atividade física é difícil, mas tem que fazer” e “A atividade física melhorou minha vida”.

Atividade física é difícil, mas tem que fazer

Assim como no grupo focal pré-intervenção, foram relatadas dificuldades quanto à prática de atividade física, mostrando que, apesar de terem consciência de seus benefícios, para algumas, realizá-la ainda é trabalhoso.

“É difícil porque tem que ter também aquela determinação. (...) Chega no fim da tarde você já tem coisa pra fazer, tá cansada, ainda quer caminhar.”

“É muito bom, eu gosto muito, mas eu sou preguiçosa pra fazer.”

Contudo, apesar das dificuldades, as integrantes do grupo manifestaram-se bastante assertivas perante o objetivo de perder peso e melhorar a saúde.

“Você tem que usar toda a sua força de vontade, senão não dá.”

1 gente anima. A gente pensa que tem que emagrecer né, a gente só pensa nisso, em emagrecer.”

“Eu vou com dor ou sem dor!”

A atividade física melhorou minha vida

Os benefícios da prática de atividade física foram referidos na melhora dos processos patológicos, do bem-estar físico e mental.

“Depois que eu comecei a fazer caminhada eu melhorei 100%. Não sinto mais aquilo que eu sentia, aquelas batedeiras, essas coisas.”

“Quanto mais caminha, mais as pernas melhoram. Dá mais uma volta.”

“Eu acho que atividade física é muito bom pra pessoa perder peso, pro organismo da pessoa, pra mente da pessoa.”

4.3 EVOLUÇÃO DO PESO CORPORAL

A redução de peso do grupo intervenção foi significativamente maior do que a redução observada para ao grupo controle ($p = 0,0015$), confirmando as vantagens que a consulta coletiva ministrada por equipe multidisciplinar e a mudança dos pensamentos e hábitos de vida possuem (Tabela 1).

Tabela 1. Média \pm desvio padrão e intervalo de confiança de 95% do peso corporal dos grupos intervenção e controle.

Peso (kg)	Grupo intervenção (n = 12)	Grupo controle (n = 15)	Valor de p
Inicial	76,5 \pm 10,5	74,7 \pm 9,2	0,6524
Final	73,0 \pm 2,8	74,0 \pm 2,4	0,7783
Diferença	- 3,5 \pm 2,3	- 0,7 \pm 1,8	0,0015

5 DISCUSSÃO

Estudo realizado sobre a cultura de valorização da magreza mostra o papel da mídia em enfatizar o excesso de peso como vilão. A pessoa gorda não é vista apenas como uma pessoa sem saúde, mas também como fraca, sem controle, que não consegue resistir aos prazeres da vida como comer e beber (SUDO; LUZ, 2007). Essa opressão revela sentimentos de medo, tristeza e impotência no sujeito quando há o insucesso em reduzir o peso. Dessa forma, a questão emocional une-se às influências culturais, dificultando o desenvolvimento da auto-estima e aceitação do corpo (FERREIRA, 2008). No presente estudo, características semelhantes foram percebidas a partir da análise de conteúdo dos grupos intervenção (pré-acompanhamento) e controle.

O emagrecimento é visto pela sociedade como uma batalha que exige privações e sofrimento. A alimentação como um ato social atrapalha o processo de redução de peso naqueles sujeitos que precisam. O local em que as refeições são realizadas, o que os outros indivíduos gostam de comer, e a aceitação de um alimento oferecido para não magoar outra pessoa, são argumentos utilizados para justificar a não realização da dieta (HERRIOT et al., 2008). Outra dificuldade de aderir à dieta é a utilização do alimento como recurso de fuga para não enfrentar uma situação real, que refletirá no estado nutricional (BRUNO, 2009). Nesta pesquisa, as pacientes relataram a ansiedade como o principal sentimento que as levam a procurar por comida. A visão de que quando se alimenta em outros estabelecimentos deve-se comer tudo o que for oferecido também foi relevante.

Este estudo proporcionou observar percepções sobre a prática de atividade física semelhantes a outros estudos. A falta de motivação para realizar atividade física é muito comum (HERRIOT et al., 2008; SUDO; LUZ, 2007). A falta de tempo, o cansaço e o acesso limitado a uma atividade são muito utilizados para justificar o sedentarismo (HERRIOT et al., 2008). A prática de atividade física como forma de atingir um corpo perfeito está presente em todo o mundo. Contudo, o número de pessoas que a procuram para melhorar a saúde tem

crescido consideravelmente (SUDO; LUZ, 2007), inclusive entre os idosos, que procuram na atividade, além da melhora na aparência, o bem-estar físico, o controle do peso corporal, a melhora da aptidão física e a redução do estresse (TRIBESS; VIRTUOSO-JUNIOR; PETROSKI, 2010).

A alteração na percepção sobre peso corporal foi bastante visível, já que no primeiro momento o excesso de peso foi expresso com sentimentos negativos e, após o início da redução de peso, o discurso e as atitudes já estavam carregadas de determinação, autoconfiança e auto-estima mais elevada.

Na pesquisa de Herriot et al. (2008), 59 pessoas foram distribuídas em grupos, que receberam diferentes tipos de programas comerciais para redução de peso durante seis meses. Após esse período, os participantes do programa que possuíam a atividade física consideraram-na necessária para a redução de peso, comprometendo a buscar métodos alternativos para praticá-la. Já os demais grupos viram na dieta uma importância maior no papel do emagrecimento que a atividade física. Neste estudo, percebeu-se que a perda ponderal ocorreu com a associação da TCC, o plano alimentar individual e a prática de atividade física regular. Contudo, o maior obstáculo encontrado foi na realização da atividade física, em que a desmotivação e a falta de tempo foram as justificativas mais citadas. Vargas et al. (2007), em estudo com a população costarriquense, mostrou que para as mulheres, a mudança nos hábitos alimentares é a estratégia mais utilizada para reduzir o peso, enquanto a prática de atividade física é mais utilizada por homens.

Duchesne et al. (2007) realizou uma metanálise e verificou modificações significativas de redução de peso são mais expressivas quando a TCC está associada à terapia nutricional e a atividade física. A média de redução de peso variou de 2,8 a 7,7 kg com o tempo de acompanhamento variando entre três meses a um ano. Em outro estudo, de cinco pacientes acompanhadas por seis meses, somente duas perderam peso (3,5 kg e 6,0 kg). Todavia, foram encontradas alterações nos hábitos alimentares de todas as pacientes estudadas (SOUZA et al., 2005). No presente estudo, o acompanhamento multidisciplinar realizado por três meses resultou em uma perda média de $3,5 \pm 2,3$ kg, sendo a menor redução de 2,1 kg e a maior de 4,6 kg.

Ades e Kerbaux (2002) afirmam que técnicas comportamentais que utilizam abordagem interdisciplinar conseguem resultados mais significativos na perda de peso, especialmente quando o tratamento é longo com acompanhamento continuado.

6 CONCLUSÃO

As consultas coletivas semanais ministradas por equipe multidisciplinar foram a peça chave para mudar a percepção das pacientes sobre peso corporal, dieta e atividade física. Percebeu-se alteração positiva no discurso manifesto e nas atitudes entre o primeiro e o último grupo focal. Houve uma melhora na auto-estima e na autoconfiança das pacientes, principalmente devida a redução de peso significativa. Dessa forma, nota-se que as consultas coletivas são um método interessante de se trabalhar a saúde física, mental e social, visto que há trocas de experiências, conhecimentos e interação entre os participantes e os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 288p.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

BRUNO, C. A. N. B. Comulsão e distúrbios alimentares. **Psique**, v. 39. Disponível em: <<http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESPS/Edicoes/0/com-pulsao-e-disturbios-alimentares-129969-1.asp>>. Acesso em: 6 jun. 2011.

CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, *locus* de controle e ansiedade. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.

COUTINHO, W. Consenso Latino-Americano em Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 1, 117 p, 1999.

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J. C.; RANGÉ, B. P.; FREITAS, S. PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.

FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 471-483, 2008.

HERRIOT, A. M.; THOMAS, D. E.; HART, K. H.; WARREN, J.; TRUBY, H. A qualitative investigations of individuals' experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Birmingham, v. 21, p. 72-80, 2008.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

LOHMAN, T.G., ROCHE, A.F., MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Illinois: Human Kinetics Books, 1988. 177p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Cadernos de atenção básica nº 12: obesidade**. Brasília, DF, 2006. 110 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SOUZA, J. M. B., CASTRO, M. M., MAIA, E. M. C, RIBEIRO, A. N.; ALMONDES, K. M.; SILVA, N. G. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.59-67, 2005.

SUDO, N.; LUZ, M. T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO-JUNIOR, J. S.; PETROSKI, E. L. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2010.

VARGAS, G. P.; ARAYA, M. R.; PADILLA, S. G.; HERNÁNDEZ, A. A.; ALFARO, N. S. Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, em adultos costarricenses. **Revista Costarricense de Salud Pública**, Costa Rica, v. 16, n. 31, p. 48-54, 2007.

VIEIRA, C. M.; TURATO, E. R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico pro síndrome metabólica. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 425-432, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1997.276 p.