



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

**Percepção Sobre a Influência de Grupo Terapêutico Sobre a Redução de Peso em
Pessoas Obesas**

Yana Sasaki

Brasília
Julho de 2017



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Influência de grupo terapêutico sobre a redução de peso em pessoas obesas

Yana Sasaki

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia. Professor-orientador: Sérgio Henrique Alves.

Brasília
Julho de 2017



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Folha de Avaliação

Autora: Yana Sasaki

Título: Influência de grupo terapêutico sobre a redução de peso em pessoas obesas

Banca Examinadora:

Professor Dr. Sérgio Henrique de Sousa Alves
Orientador

Professor

Professor

Brasília
Julho de 2017

Ao meu filho, Lucca, o meu melhor projeto de vida.

Ao meu pai que tanto sonhou, suou e trabalhou para esse dia chegar. Espero que tenha um pouco mais de força, nessa sua luta diária pela vida para que possamos desfrutar dessa nossa conquista.

AGRADECIMENTOS

A todos que estiveram comigo durante a minha jornada. Sem dúvida deixaram um pouco de vocês e levaram um pouco de mim. Fizera de mim quem eu sou, meu muito obrigada.

À minha iluminada avó, Amélia, aos meus pais, Heli e Maria Amélia, ao meu eterno amor, Lucca, aos meus irmãos Yulo, Akira e Igor.

Em especial, ao meu orientador Serginho, pela paciência e ensinamentos que nem imagina ter me transmitido.

Às amizades conquistadas e guardadas no meu coração. Minhas queridas Bia, Laís, Kellen e Thaís.

Sumário

Introdução.....	01
1. Capítulo Teórico.....	02
1.1 Obesidade e Implicações.....	02
1.2 Grupos Terapêuticos	07
1.3 Percepção de imagem corporal.....	12
2. Método.....	14
2.1 Participantes.....	15
2.2 Local.....	15
2.3 Instrumentos.....	15
2.4 Procedimento.....	16
2.5 Análise das Entrevistas.....	16
3. Resultados e Discussão.....	17
3.1 Categoria 1: Grupos Terapêuticos como Suporte no Emagrecimento.....	17
3.2 Categoria 2: Implicações da Perda de Peso.....	20
3.3 Categoria 3: Percepção de Qualidade de Vida.....	25
4. Considerações Finais.....	28
5. Referências Bibliográficas.....	31
6. Anexo A.....	38
6.1 Anexo B.....	39

Resumo

Atualmente existem vários estudos sobre o impacto que a obesidade traz para a vida das pessoas, sejam no âmbito social ou individual. A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e que pode trazer prejuízo na saúde e na percepção de qualidade de vida do indivíduo. Este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi analisar a influência de grupos terapêuticos sobre a redução de peso em pessoas diagnosticadas obesas. Participaram da pesquisa 6 participantes do sexo feminino, com idade entre 18 e 60 anos, diagnosticadas obesas e que estivessem participando de grupos terapêuticos para redução de peso. As participantes responderam a uma entrevista semiestruturada, na qual, os resultados demonstraram que os grupos terapêuticos tiveram a percepção de influência no processo de perda de peso em obesos como também foi fonte de suporte emocional em um espaço de socialização. Também foi percebido e considerado como um ponto de encontro, na qual a estruturação se dá em forma de estímulos erguidos por cada um dos participantes, um ambiente promotor de experiências individuais.

Palavras-chave: obesidade, redução de peso, grupos de apoio terapêutico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a obesidade é uma doença crônica de difícil controle, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo com ocorrência de vários prejuízos para a saúde dos indivíduos afetados. Conhecida por se tratar de uma doença crônica e complexa que pode ser causada por diferentes fatores, tais como: genéticos, comportamentais e ambientais (Andrade, 2006).

A Organização Mundial da Saúde, aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção estimada é de que no ano de 2025, cerca de 700 milhões de adultos sejam obesos (OMS, 2006). Com o crescimento elevado da obesidade no mundo e a gravidade do problema há a necessidade de estudos acerca do assunto que abordem estratégias de ações que possam prevenir e propiciar a diminuição de incidência dessa doença e resultando, dessa forma, numa melhor qualidade de vida e de saúde (Oliveira, 2006).

Saúde não significa somente a ausência de doença, mas também o grau de satisfação e o quão pleno o indivíduo acredita estar e sentir. Quinlan, Modi, Kolotkin, Zeller, Yanovski, Samsa, (2006, citado por Tavares, Nunes, Santos, 2010). Em relação à saúde, a qualidade de vida refere-se aos elementos mais práticos e tangíveis no que diz respeito aos limites impostos pela doença.

Percebe-se, assim, a necessidade de avanços que possam prevenir e desacelerar esse crescimento que afeta parte da população. Porém, seria importante ressaltar fatores que possam contribuir para a diminuição da incidência da obesidade, como a rede de apoio psicológico à essas pessoas doentes de forma a obter o melhor resultado da perda de peso. Dessa maneira, na tentativa de conhecer um modo mais abrangente sobre as condições de

vida de obesos e a convivência que têm com sua doença e a sua qualidade de vida, este estudo tem como objetivo verificar a percepção da influência de apoio de grupos terapêuticos sobre a redução de peso em pessoas diagnosticadas obesas, bem como a percepção de qualidade de vida.

Capítulo 1– Obesidade e Implicações

A obesidade constituiu-se em uma grande preocupação mundial pelo aumento da sua preponderância em diversos países, sendo considerada uma ameaça gradativa à saúde das suas populações, o que acarreta para a carga global de várias outras doenças crônicas, morte prematura e incapacidades (Amer, Marcon & Santana, 2011). Dessa forma, a obesidade tem sido foco de enorme preocupação no meio científico, órgãos governamentais, profissionais da área da saúde, principalmente, por afetar a qualidade de vida devido aos transtornos à ela associados.

No Brasil, a propensão ao ganho de peso da população é corroborada por várias pesquisas. Segundo levantamentos da Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde, a quantidade de brasileiros com sobrepeso, em 2006 passou de 42,5% para 52,85, em 2012. Nesse mesmo intervalo, o número de obesos cresceu de 11,4% para 15,8% (Brasil, 2014). O avanço da incidência da obesidade é um problema no mundo todo, pois prognostica o aumento de outras doenças, sobretudo, as cardiovasculares, câncer e diabetes (doenças crônicas não-transmissíveis - DCNT). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72% da totalidade de óbitos, de acordo com levantamento de 2009, do Sistema de Informações de Mortalidade – taxa representativa de mais de 742 mil mortes/ ano. Os dados

de óbito por DCNT são: as doenças cardíacas, responsáveis por (31,3%), seguido pelo câncer com (16,2%), as doenças respiratórias crônicas (5,8%) e também o diabetes mellitus (5,2%). Todas essas doenças estão diretamente ou indiretamente relacionadas à obesidade (Schmidt, Duncan, Silva, Menezes, Monteiro, Barreto, Chor & Menezes, 2011)

Em 2014, mais de 1,6 bilhão de adultos, de 18 anos ou mais, estavam acima do peso. Destes, mais de 600 milhões eram obesos, ou seja, 39% de adultos com 18 anos ou mais tinham sobrepeso e 13% eram obesos (OMS, 2015). A classificação padrão da obesidade é dada pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculada pela razão entre o peso corporal e a altura elevada ao quadrado (kg/m^2). Dessa maneira, consideram-se indivíduos com sobrepeso corporal aqueles cujo resultado dessa razão for maior que $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e obesos, as pessoas com índice maior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Segundo a OMS (2009), a principal causa do excesso de peso e obesidade é a desproporção entre o que o indivíduo ingere e o valor do gasto calórico. O crescente número mundial de pessoas com obesidade e/ou excesso de peso são atribuídos à uma série de fatores, entre eles, encontram-se a tendência de baixa adesão à prática de atividades físicas, ao sedentarismo, ao consumo de produtos hipercalóricos, com ingestão de alimentos com altas taxas de gordura e açúcar e com déficits em proteínas, minerais e vitaminas.

Ipólito e Rojas (2006) destacam que a obesidade é resultante da modernidade e do estilo vivido pelos indivíduos atualmente levando também em consideração o processo de industrialização e da economia que definiu o aumento do padrão econômico e de vida da sociedade. Esses fatores associados ao fato do fortalecimento da mídia, na qual o padrão de consumo foi sendo centralizado na constante oferta, por meio de publicidade maciça e ao fato do consumo facilitado de alimentos industrializados e pré-preparados. Dito isso, é possível observar que existe uma gama de fatores que influenciam na obesidade, tornando-a assim, um

problema de saúde de grande complexidade. Segundo Barlow (2007), existem vários fatores agregados à obesidade que a tornam um “sistema complexo, redundante e provavelmente inacessível a uma simples intervenção farmacêutica”. O autor também ressalta que, assim como o ambiente e o comportamento podem influenciar que uma pessoa desenvolva doenças crônicas, mesmo que não tenha uma predisposição, o ambiente e o comportamento podem aumentar o risco de desenvolvimento da obesidade em indivíduos que já tenham essa predisposição genética.

Segundo Uehara e Mariosa (2005, citados por Oliveira & Almeida 2012) há uma série de fatores associados ou não que desencadeiam a obesidade. Com esse aspecto de múltiplos fatores para o desenvolvimento da obesidade, Barbosa (2004, citado por Oliveira & Almeida, 2012) os classificam em fatores externos ou exógenos e, em fatores internos ou endógenos. Mais do que a classificação, Dâmaso, Comparoni e Boscolo (2003, citado por Oliveira & Almeida, 2012) traduzem em números a causa da obesidade, sendo para fatores internos apenas 5% ou menos e em contrapartida, para os fatores externos tem a maior incidência, com 95% das causas.

Na atualidade, a obesidade tem sido classificada como Síndrome de Resistência à Insulina ou Síndrome X (Quarteto Mortal ou Síndrome Plurimetabólica), porque percebe-se que em grande parte, na sua quase totalidade, os obesos não apresentam apenas o peso em excesso, adicionado ao acúmulo de gordura corpórea. Outras patologias estão associadas, tais como: cardiopatias, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, alterações no metabolismo glicídico e lipídico, entre outros (Xavier, Zwarg, Ribeiro & Navarro, 2008).

Há várias implicações fisiopatológicas advindas da obesidade, sobretudo nos indivíduos com índice de massa corporal acima de 30 kg/m^2 . Podem ser citadas, as disfunções cardiovasculares (doença cérebro-vascular, hipertensão arterial, hipertrofia

ventricular esquerda, trombose venosa profunda, dentre outras), disfunções endócrinas (diabetes *mellitus* tipo 2, hipotireoidismo, dislipidemia, problemas com a fertilidade, entre outros), distúrbios respiratórios (doença pulmonar restritiva, apnéia do sono, síndrome da hipoventilação). A obesidade também pode acarretar em distúrbios gastrointestinais, tais como: colecistite e hérnia de hiato; disfunções geniturinários, como a anovulação; distúrbios dermatológicos, como papilomas e estrias; complicações gestacionais; distúrbios músculo-esqueléticos como problemas posturais e osteoartrose; neoplasias, como câncer prostate e de mama; problemas psicossociais, como isolamento social e sentimento de inferioridade como também diversas consequências como maior probabilidade de risco em cirurgias, em anestésias e cirúrgico e anestésico e também na restrição física. A morbimortalidade associada relacionada à patologia vem crescendo de forma preocupante, particularmente quando o índice de massa corporal está em 30 kg/m^2 , sendo que o perigo de morte precoce duplica quando o valor está acima de 35 kg/m^2 . (Mancini, 2001, citado por Tavares, Nunes & Santos 2010).

Outra implicação gerada é quanto à percepção de qualidade de vida, já que a análise da qualidade de vida para Almeida, Gutierrez e Marques, (2012) deve levar em consideração fatores emocionais e subjetivos como também a percepção que o indivíduo tem da sua própria vida, como a felicidade, o prazer, a tristeza e a angústia. Então, a percepção que se tem, depende da compreensão de cada um.

Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012), “a presença do termo qualidade de vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação” (p. 13). Já para Constantino (2007), o termo qualidade de vida é uma criação, considerando a sua completude e multidimensionalidade para o qual não há um entendimento único do que venha a ser, dando possibilidade para muitos estudos que se complementam. De acordo com a autora, o termo é

traduzido “na percepção individual de bem estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial” (p. 29). A definição para qualidade de vida, segundo a OMS (2009), é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2000, citado por Leite, 2013).

Compreende-se a qualidade de vida, através de conceitos da Psicologia, Biologia e da Sociologia, de acordo com modelos comportamentais e hábitos das atividades rotineiras do sujeito, onde busca-se o equilíbrio aliado ao bem estar físico e emocional, às relações interpessoais, às atividades ligadas ao lazer, às atividades de cunho social, ao desenvolvimento e à própria realização pessoal (Constantino, 2007).

A obesidade pode causar tanto modificações comportamentais como também danos físicos. Os sujeitos obesos são objeto de marginalização e discriminação, fazendo com que haja o surgimento de distúrbios psicossociais (Teichmann, Olinto, Costa, & Ziegler, 2006). Comumente é encontrado entre os obesos, o transtorno da compulsão periódica que é entendido como a ingestão de um grande volume de alimentos em um espaço curto de tempo, associado ao sentimento de falta de controle sobre o ato e a culpabilização. Sendo de difícil diagnóstico, a compulsão tem sido um aspecto agravante no tratamento da obesidade (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004, citado por Almeida, Zanatta, Rezende, 2012).

A obesidade geralmente é associada ao Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), definido pela ocorrência de compulsão alimentar periódica e na inexistência de comportamentos compensatórios inadequados para impedir o ganho de peso. Durante a ocorrência da compulsão, há o sentimento de descontrole sobre a ingestão de quantidades exageradas, levando a um grande desconforto, sucedido a isso há uma sensação de intenso mal-estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de tristeza, angústia, de culpa, de

vergonha ou de repulsa por si próprio (Duchesne, Appolinário, Rangé, Freitas, Papelbaum & Coutinho, 2007). Nessa patologia, por se tratar de uma doença que se caracteriza por múltiplos fatores, há necessidade também de um tratamento abrangente e apropriado, com suporte psicológico e uso de medicamentos (Tock, 2005, citado por Oliveira & Almeida, 2012).

Ainda que não tenha comprovação de que o tratamento da obesidade prolongue a vida, entende-se que a redução do peso corporal pode precaver ou retardar outras patologias associadas à obesidade, pois um dos objetivos primordiais ao dar início ao tratamento é a diminuição do risco de doenças que têm relação ao excesso de peso. Um preceito básico para a redução de gordura corporal é a diminuição da ingestão de calorias e o aumento do gasto calórico. (Zanella, 2005, citado por Oliveira & Almeida, 2012). O que frequentemente explica o desenvolvimento da obesidade, são os hábitos alimentares com a prática desregrada de consumo de alimentos altamente calóricos e o estilo de vida do indivíduo em relação à sua prática de atividade física. Um conjunto desses fatores acarretará na obesidade (Silva, Lopes & Silva, 2007).

Capítulo 2- Grupos terapêuticos

Por natureza, o ser humano é social e a condição para sua existência são seus inter-relacionamentos grupais. Desde sua concepção, o sujeito participa de diversos grupos, em um permanente debate entre a procura da sua identidade como ser individual e o seu desejo por uma identidade de grupo. Esse mesmo autor define o grupo como sendo um conjunto de pessoas; a comunidade, um conjunto de grupos; e a sociedade configurada por um conjunto de comunidades. Dessa forma, a psicologia de grupo faz-se necessária e importante, até pelo fato da definição e da configuração de que todo sujeito passa grande parte da vida em

convivência e participando de diversos tipos de grupos (Zimmerman, 2007)

A convivência perpassa o indivíduo desde a família nuclear (pais, avós, irmãos, avôs) e com o tempo, o número de grupos é ampliado e renovado, conforme a interação com diversos outros indivíduos e, inclusive, a partir de novas constituições familiares, grupos de profissão, sociais e assim por diante. Para Zimmerman (2007), não há como dissociar o mundo interior e o exterior, pois o autor entende que um é a continuidade do outro, complementares e são confundidos entre si, afirmando que todo indivíduo é um grupo e que no mundo interno do indivíduo, também há um grupo de personagens introjetados (como os pais, irmãos, etc.) e que coabitam e se relacionam entre si. A partir desse entendimento, pode-se dizer que todo grupo comportar-se como uma individualidade – adquirindo uma identidade e uma caracterologia única e própria.

Os grupos terapêuticos (microgrupos) - costumam apresentar, em menor tamanho, características sócio-econômicas-políticas e a dinâmica psicológica dos grandes grupos. No grupo, uma galeria de espelhos é constituída, em que cada sujeito pode refletir-se e ser também refletido nos outros e por eles. Nos grupos psicoterápicos, especialmente, há o espaço para o encontro do self de um sujeito com o de outros, configurando uma oportunidade de diferenciar, reconhecer e fortalecer a própria identidade pessoal (Zimmerman, 2007).

De acordo com Yalom e Leszcz (2006), o trabalho psicológico com grupos traz mais ganhos e benefícios do que a psicoterapia individual, no que tange às recaídas em pacientes drogadictos, na assistência de obesos em tratamento e de mulheres vítimas de abuso sexual. Para esses autores, os fatores terapêuticos dos grupos são divididos em onze: 1- instilação de esperança (sentimento de esperança) – frequentemente é observado, ao término da terapia, o testemunho de pacientes que relataram melhora apresentada pelos outros, dessa maneira sustentam que foi oferecida a eles esperanças quanto à sua própria melhora; 2- fatores

existenciais (é um componente no ambiente grupal que trata de questões existenciais); 3- universalidade (tem um desempenho importante nos grupos, na medida em que os sujeitos dos grupos percebem suas semelhanças e que partilham de dilemas similares); 4- catarse (expressão dos sentimentos advindos do processo grupal que traz sensação de descarrego); 5- compartilhamento de informações (a troca de informação, muitas vezes, exerce um papel de ligação entre o grupo); 6- coesão grupal (relação estabelecida entre os participantes que os fazem permanecer em grupo); 7- altruísmo (sentimento de que podem contribuir com algo para o próximo. Muitas vezes, os indivíduos têm a sensação de esgotamento, de falta do que ofertar e estando em um grupo de semelhantes, vêm que têm algo a oferecer e se sentem importantes e úteis nesse processo de beneficiar, pois possibilitam suporte, insight, conselho e dificuldades precisas com as suas); 8- comportamento imitativo (outro fator é a aprendizagem por observação, em que os participantes do grupo observam como o outro lida com determinada situação problema); 9- aprendizagem interpessoal (o sujeito é um ser social que aprende e se define em sociedade, em grupos e, desta forma, a aprendizagem acontece de forma interpessoal); 10- recapitulação corretiva do grupo familiar primário (tem como característica a capacidade de resgatar conflitos originários do âmbito familiar. Em um grupo terapêutico, há semelhança em relação a família primária, dessa maneira permite a reprodução das relações nesse contexto e não somente reviver os conflitos familiares, mas também reviver de forma corretiva); 11- desenvolvimento de técnicas de socialização (é um aspecto de desenvolvimento de habilidades sociais que atua e perpassa nos grupos terapêuticos). Isso exprime que a essência da dinâmica grupal não é a “cura”, na forma de extinção do sofrimento psicológico, mas a evolução pessoal enquanto autonomia para dispor mais espontaneamente de si nos relacionamentos interpessoais.

O grupo para Pichon-Rivière (1988, citado por Bastos, 2010), constitui-se como uma ferramenta que possibilita a transformação da realidade, pois seus membros estabelecem

vínculos grupais que vão sendo constituídos conforme compartilham objetivos em comum e também quando a participação começa a ser crítica e criativa, dessa forma, a vinculação e interação é percebida. Para Wallon (1979, citado por Bastos, 2010) o estudar a ação dos grupos na evolução do indivíduo, permite reconhecer que não são só importantes para o aprendizado social do sujeito como também são para a expansão da sua personalidade e autoconhecimento. Ao ser inserido no grupo, o sujeito encontra duas condições: a identificação com o grupo, com propensões e com os interesses dos membros; e a diferenciação dos outros, incorporando um determinado papel.

Na concepção de Pichon-Rivière (1988, citado por Bastos, 2010), ele descreve a teoria do vínculo retratando ser o vínculo, um atributo social na relação, tendo em vista que dois sujeitos ao se relacionarem sempre haverá figuras internalizadas na medida em que no vínculo tem a existência corporal e sensorial que interage e intervém nas relações, ou seja, um terceiro. Define dessa forma, o vínculo como sendo uma estrutura do psiquismo complexa. Para esse autor, essa interação do vínculo nessa relação tem um sentido (para quê) e uma orientação (porquê).

O vínculo por ter uma estrutura de complexidade nas relações, ao ser internalizado e possibilitando ao indivíduo estruturar uma maneira de analisar a realidade de cada indivíduo. Na interação com os outros acabam sendo constituídos através da trajetória do vínculo que vai sendo construída na relação. O grupo é priorizado para a psicologia social como meio de interação, dessa maneira, o grupo operativo é tido como uma estrutura operativa que permite aos participantes meios para que eles compreendam como se relacionam com os outros (Gayotto, 1992, citado por Bastos, 2010).

O grupo operativo tem uma técnica que supõe a tarefa explícita (tratamento, aprendizagem ou diagnóstico), a tarefa implícita (a forma como cada indivíduo experiencia o grupo) e o enquadre que são os componentes fixos (a duração, a função do coordenador e do

observador, o tempo e a frequência). Para Pichon-Rivière (1998, citado por Bastos, 2010), a dinâmica grupal é identificada por uma dialética por ser mediada por paradoxos e ter como objetivo principal explorar essas contradições. É utilizada pelo autor uma representação do cone invertido para apresentar a dinâmica do movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação de um grupo.

Esse mecanismo do cone invertido permite visualizar em reprodução gráfica, os resultados da mudança. Sobre a análise do cone invertido, Visca (1987, citado por Bastos 2010) esclarece: a pertença traduz-se no sentimento de pertencimento, a cooperação traduz-se nas ações com o outro e pertinência na eficácia que as ações são realizadas. De outra forma, o processo de troca de informações é entendido como comunicação, a aprendizagem é entendida como a compreensão da realidade e a tele entendida como sendo distância afetiva.

O objetivo principal de todo grupo é a mudança que abrange um desenvolvimento processual em que os sujeitos do grupo começam a adquirir posições diferentes e papéis diante à uma situação grupal. Anterior à tarefa é percebida a relutância dos participantes ao se depararem com a novidade, o grupo causando receio e ansiedade, receio de desfazerem-se dos seus próprios referenciais, medo de que possam vir a ser surpreendidos com algo que os faça deixar de lado suas certezas sobre si e o mundo. Quando os integrantes elaboram seus receios e rompem com esteriótipos, concebendo o que é desconhecido, entende-se que já está na tarefa.

Capítulo 3 - Percepção da Imagem Corporal

Franques e Arenales-Loli (2006), consideram ser muito comum em pacientes obesos,

principalmente em obesos mórbidos, inabilidade em perceber devidamente o tamanho de seu corpo, caracterizando-se em um distúrbio da imagem corporal. A distorção da imagem corporal (DIC) pode ser caracterizada como preocupação exacerbada com o excesso de peso, habitualmente causando a exclusão de qualquer outra característica pessoal. Experimenta-se grande descontentamento com o corpo e também com as emoções e reações negativas sobre o mesmo. Em relação às dimensões percentuais da imagem corporal, obesos adultos têm probabilidade três vezes maior do que a população em geral de estimar exageradamente seu porte, especialmente, se foram crianças obesas (Segal, Cardeal & Cordás, 2002).

Desta maneira os pressupostos descritos por Daldon (2006), apontam a obesidade como um dos fatores indicadores para a alteração da imagem corporal, autoestima, prazer com a própria imagem, sexualidade e humor, como também em casos de ansiedade e depressão. Silva (2010) retrata também que vários sentimentos estão envoltos nessa interface da aparência do corpo, como a insatisfação, sentimento depreciativo e a preocupação com sua imagem corporal sendo apresentada socialmente. Em pessoas com sobrepeso e consideradas obesas, tanto a depressão como a ansiedade podem estar presentes, bem como podem alterar o comportamento do sujeito colaborando para o ganho de peso, podendo ocasionar problemas emocionais. Esses sintomas podem ser os causadoras da condição de obesidade, merecendo estudo e enfoque reforçando seu conceito multifatorial (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Os obesos comem como forma de compensar seus problemas. Frente ao estresse emocional, o sujeito ingere mais alimentos como mecanismo compensatório em situação de depressão, ansiedade, raiva e tristeza. Pessoas que têm excesso de peso demonstram sofrimento psicológico como resultado da discriminação social e do seu comportamento alimentar. Esse sofrimento, aliado à falta de motivação e baixa autoeficácia, prejudicam as

mudanças no estilo de vida (Ades & Kerbauy, 2002; Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005; Saueressig & Berleze, 2010). Nesta mesma linha, Zanella (2005) refere-se a estudos que estão sendo realizados para determinar características psicológicas que podem estar vinculadas com a obesidade. Alguns resultados demonstram que vários fatores psicológicos podem influenciar no aumento de peso, tais como: a baixa autoestima, depressão e dificuldades de enfrentamento em relação às situações adversas durante a vida.

Atualmente, a sociedade assiste com fascínio à passagem dos “corpos perfeitos” que se apoderam gradativamente dos espaços da vida moderna. De acordo com Poli Neto e Caponi (2007), a expectativa dos sujeitos em relação a essa padronização de beleza é o que provavelmente se associa à uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como: a maior ocorrência de distúrbios da imagem corporal e intervenções cirúrgicas.

A definição estipulada e aceita de uma pessoa bonita e de sucesso é a magra. Dessa forma, são geradas no indivíduo obeso adversidades quanto à forma de enfrentar e de se posicionar no mundo contemporâneo. Ainda deve ser ponderado que o obeso pode ser afetado em outras diversas situações, devido a esse mesmo preconceito, tais como: em relacionamentos afetivos, em entrevista de trabalho (Zambelli, 2010). O culto à imagem corporal e à boa forma levam as pessoas obesas a sentirem-se incomodadas com sua aparência física. Dessa maneira, inclusive, pessoas que estão dentro dos parâmetros considerados normais sentem-se fora de forma. Essa visão distorcida e negativa para consigo e com os demais levam os obesos a se excluírem do meio social, afetando não somente a felicidade como também a sua confiança (Lancha, 2006).

Tesche, Felipe, Friedman, Alves, Cibeira e Surita (2004), em estudo sobre a obesidade e a mídia, apontam a representação social da pessoa obesa como sendo um indivíduo desclassificado, que não apresenta força de vontade, com baixa autoestima,

posicionando-se fora dos padrões estéticos estipulados pela sociedade. De acordo com os autores, a mídia estabelece um modelo de beleza inatingível e relata a obesidade como apenas um problema de fome em demasia, falta de cuidado consigo próprio ou preguiça, classificando e estabelecendo estereótipos quanto ao sujeito obeso e, desta maneira as discriminações e preconceitos vão se produzindo e se reproduzindo.

Método

O trabalho proposto partirá de um delineamento qualitativo que consiste em uma relação maior entre o pesquisador e pesquisado envolvendo valores, significados e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 1994). A pesquisa de natureza qualitativa é ordenada por questões subjetivas e complexas que possivelmente não poderiam ser mensuradas quantitativamente, levando em consideração valores, princípios e as emoções. Para esse mesmo autor, o modelo da pesquisa qualitativa pode ser utilizado ao “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” Minayo (2008, p. 47; citado por Borges & Luzio, 2010).

Participantes

Foi avaliada uma amostra de 6 participantes do sexo feminino, com idades entre 18 e 60 anos. Todas as participantes foram diagnosticadas obesas e residentes na cidade de Brasília - Distrito Federal. Cada participante foi recrutada mediante contatos informais que a própria pesquisadora obteve em alguns grupos terapêuticos.

Local das entrevistas

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em lugar conveniente para as participantes - local comercial, localizado na cidade de Brasília - DF. As participantes, não foram responsáveis por nenhum tipo de custeio, uma vez que todo material necessário para a coleta de dados foi custeado pela pesquisadora. Aos participantes não coube fornecer nada além das informações solicitadas durante as entrevistas.

Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, composta por perguntas guia que deram base para abarcar temas pertinentes à pesquisa, de forma que seu uso deveu-se ao fato desta modalidade de entrevista permitir maior liberdade e espontaneidade por parte do entrevistado, o que foi necessário para criação inicial de um vínculo com o pesquisador e o enriquecimento da investigação (Boni & Quaresma, 2005). Para a realização das entrevistas, foi elaborado pela pesquisadora um roteiro com base nos objetivos da pesquisa e em revisão da literatura que abarcaram temas como: obesidade, dieta, qualidade de vida, grupos terapêuticos.

Procedimentos

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com as participantes para convidá-las a participar da pesquisa, informando-as o objetivo do estudo. Aquelas que aceitaram participar do experimento assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendaram junto à pesquisadora um horário para a coleta de dados.

A pesquisadora dirigiu-se então, até o (local de conveniência para a participante) para efetuar as entrevistas. A duração média foi de 30 minutos, sendo que as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora tendo como base um roteiro que abrangeu os objetivos da pesquisa.

Análise das entrevistas

Os dados recolhidos foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Esse tipo de análise é um conjunto de instrumentos sistematizados de aprimoramento contínuo, o qual propõe ao pesquisador fazer inferências sobre o material recolhido apoiado principalmente em sua fundamentação teórica.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo tem três fases fundamentais que são descritas como critérios de organização: A pré-análise, a qual consiste na coleta e organização dos dados a serem analisados e escolha dos materiais que possam a ser utilizados como apoio na análise. Já a descrição analítica é o estudo sistemático do material ou exploração do material, apontado pelas hipóteses e pela fundamentação teórica reunida. Nessa etapa surgirão categorias que devem ser concomitantemente excludentes, sendo que essa classificação dar-se-á em duas etapas: o Inventário e Classificação de Unidades Comuns. Dessas categorias serão formulados quadros referenciais. E, por fim, o tratamento dos resultados dar-se-á pela codificação e inferência, cuja interpretação inferencial nesta etapa fazem-se analogias, produções de conexões e produção de conhecimento.

Após as análises emergiram as seguintes categorias: 1- grupos terapêuticos como suporte no emagrecimento; 2- implicações na perda de peso e 3- percepção de qualidade de vida.

Resultado e Discussão

Categoria 1- Grupos Terapêuticos como Suporte no Emagrecimento

Em relação aos Grupos Terapêuticos é possível dizer que foram um fator preponderante para auxiliar os sujeitos na perda de peso. A maioria das participantes relatou conseguir perder como também manter o peso com a ajuda dos grupos, corroborando com a ideia de que o processo grupal possibilita uma nova produção de entendimento, de adaptação e de questionamentos sobre si e sobre os outros. Dessa mesma maneira, Bastos (2010), caracteriza que o processo de aprendizagem é permanente e que o contato e a relação são indissociáveis, pois compreende que a aprendizagem só acontece através da relação que estabelecemos em contato com o outro.

“...eu acredito que muito do sucesso do que é hoje meu emagrecimento é essa questão de estar nos grupos, de vir, ouvir pessoas que passaram coisas muito parecidas com o que eu passei.” (P1)

“... estão passando por coisas que eu passo de um outro jeito ou que vem de outro jeito e isso me ajuda muito por que as vezes você pensa de uma forma e não vê solução pra forma que você tá pensando e de repente alguém te fala alguma coisa que você: poxa verdade, dava pra ver desse outro jeito. Eu acho que é esse o grande ganho.” (P2)

Esse exemplo pode ser retratado com a ideia de Zimmerman (2007), em que no grupo, uma galeria de espelhos é constituída, em que cada sujeito pode refletir e ser também refletido nos outros e por eles. Nos grupos psicoterápicos, especialmente, há o espaço para o

encontro do self de um sujeito com o de outros, configurando uma oportunidade de diferenciar, reconhecer e fortalecer a própria identidade pessoal.

A maioria dos participantes tem nos grupos terapêuticos um suporte na perda de peso. O que significa que o homem em sua natureza *“estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca de apoio e ajuda”* (Campos, 2000, citado por Oliveira, 2006).

Yalom e Leszcz (2006), retratam uma das características existentes em um grupo, a universalidade que desempenha papel importante nos grupos, pois na medida em que os sujeitos percebem suas semelhanças e que partilham de dilemas similares, percebem-se integrantes e coesos nesse grupo.

“É esse sentimento de que você pertence a algum lugar, de que você está também com pessoas que passam pelo mesma coisa que você.” (P1).

Outra característica descrita pelos mesmos autores observada é o altruísmo, na forma de compartilhamento de informações de si com outros participantes do grupo.

“Eu acho mais fácil falar no grupo e olha que eu já fiz terapia antes, eu nunca tinha conseguido porque eu não conseguia me expressar e no grupo eu consegui.” (P3)

“ ...na medida que o tempo foi passando, a me abrir, a compartilhar os problemas que eu tava passando, a ajudar as pessoas, então mudou muito isso depois que comecei a participar. ” (P4)

De acordo com Yalom e Leszcz (2006), o trabalho psicológico com grupos traz mais ganhos e benefícios do que a psicoterapia individual no que tange as recaídas em pacientes drogadictos, na assistência de obesos em tratamento e mulheres vítimas de abuso sexual.

De acordo com Campos (2000, citado por Oliveira 2006) não se pode ter suporte se não tiver encontro e que carinho, constância, comunicação e cuidado representam o pilar dos grupos de suporte. O grupo de apoio fornece esse suporte emocional, capaz de reforçar mecanismos de enfrentamento da crise já conhecidos, ensinando novos e possibilitando um clima de compartilhamento e aceitação. Ou seja, os grupos propiciam o reforço ou fortalecimento de recursos pessoais e ambientais que ajudam a mudar ou prevenir padrões mal-adaptados de enfrentamento e manter comportamentos saudáveis (Johnson, 1982, citado por Oliveira 2006).

“É o grupo que te convence, eu não sei o que acontece que efeito que faz. Às vezes que me afastei, tive problema, ganhei peso, voltei, então é por isso que eu me mantenho aqui.” (P1)

“O grupo é aquela coisa de você ter pessoas que entendem o que você está falando. Por exemplo, agora que eu já perdi peso, não vai chegar ninguém aqui e perguntar: o que que você está fazendo aqui? Por que você não come?” (P4)

“Então, se a gente fala a mesma língua, a gente entende que depois de emagrecer ou você continua fazendo esforço ou você recupera o peso todo.” (P3)

“Participo dos grupos com bastante frequência. Atualmente tô vindo de 3 a 4 vezes, mas no início do meu processo e até um mês atrás eu vinha todos os dias, de domingo a domingo. É uma forma de eu me manter conectada com o tratamento e como eu acho que me dá força pra continuar, pra entender minha relação com a comida.” (P5)

Segundo Zimerman (2007), um grupo é constituído não só como o agrupamento de indivíduos, mas é considerado uma nova entidade que tem estabelecido entre si uma forma única de mecanismos, cujos sujeitos têm um dever e objetivos em comum. É possível observar esse mecanismo de funcionamento a partir dos relatos dos participantes acima, uma

vez que o grupo é visto como suporte para os indivíduos, no qual há o sentimento de pertencimento, em que todos são vistos e percebidos como iguais apresentando dificuldades semelhantes sem que sintam-se julgados, em virtude de estarem no grupo em busca de um mesmo objetivo.

Categoria 2 - Implicações da perda de peso

Assim como ser/estar obeso na sociedade na atualidade, estar em processo de emagrecimento e permanecer magro também acarretam em implicações que o sujeito tem que enfrentar em sua vida rotineira. Isso pode ser representado com relatos que surgiram na pesquisa, nos quais os participantes descreveram as dificuldades encontradas ao lidar com pessoas de fora ou de dentro dos grupos terapêuticos.

Outro fator preponderante relacionado à obesidade é o estigma social vivenciado pelos obesos cotidianamente pois, de acordo com Nunes (2005) a sociedade não está educada para apoiar de forma eficaz este grupo que está em crescimento. Exemplos disto podem ser notados em restaurantes e hotéis com cardápios ofertando comidas pouco saudáveis e sendo em sua grande maioria hipercalóricas, sem muita preocupação com a saúde de quem as consumir.

“Meu problema maior são colegas do trabalho, são os antigos amigos por que queira ou não queira, o mundo que a gente vê aí fora é muito voltado pra comida e pra um tipo de comida engordativa e não é um tipo de proposta que a gente vive aqui hoje.” (P5).

“Fora dos grupos é difícil quando você está com outras pessoas que não participam do mesmo tratamento, você tem que estar o tempo todo, meio que explicando que você não

pode, que você não é mais a mesma pessoa. Então, isso ainda é um aprendizado pra mim.”
(P4).

“Você acha que é fácil ir nas comemorações fora daqueles restaurantes da clínica? O negócio é fazer as refeições lá mesmo, assim me mantenho na linha.” (P6)

Ainda que todos os participantes estejam compartilhando de objetivos semelhantes, dentro do grupo os participantes encontram formas para lidarem com situações que consideram adversas. De acordo com Yalom e Leszcz (2006), no contexto grupal, uma das características do compartilhamento de informações é o aconselhamento direto, corroborado pela fala da participante descrita abaixo. Em um grupo o aconselhamento sempre vai emergir e pode ser usado como forma de resistir a uma relação mais próxima entre os participantes e também conduzir as relações, ao contrário de agregar. Os autores retratam as algumas das falas utilizadas na dinâmica grupal: “eu acho que...”, “você deveria...”, “porque você não...” e retratam que têm pouca eficiência no benefício direto, ou seja, a pessoa que a recebe, não enxerga como algo positivo diretamente. De forma indireta, pode trazer consigo a mensagem de cuidado e zelo. Além do aconselhamento direto, outra característica do compartilhamento de informações é a instrução didática, na qual os participantes assimilam o desenvolvimento grupal e interpessoal, a interpretação dos sintomas, de forma a serem preparados implicitamente.

“...Eu tento não fazer muita propaganda disso (perda de peso) por que existe uma tendência das pessoas quererem te aconselhar e com boa intenções e nem sempre são as melhores pra você. Elas não entendem toda a dinâmica que está em volta de você. Sendo que a gente tem o nosso próprio controle, a gente aprende o que pode, o que não pode, até onde vai, até onde não vai.” (P3).

“... percebo claramente os gatilhos, tanto que o engordar tem a ver com isso de não estar dando conta das coisas que aconteciam na minha vida e usar a comida como entorpecente mesmo. Eu olho pra comida como algo que me anestesia e to conseguindo ter a clareza de que isso não resolve.” (P4)

“Minha relação com a comida melhorou bastante, não vou te dizer que estou curada, mas hoje eu já me questiono quando tô com raiva, triste, não é a primeira solução que eu penso, eu já penso: deixa eu passar uma água no rosto, deixa eu respirar um pouco. Não é mais a primeira solução... hoje o significado de comida é diferente.” (P1)

A forma como cada pessoa lida com as mudanças do processo de adoecimento e tratamento está muitas vezes relacionada às suas crenças de doença e saúde (Péres, Franco, Santos & Zanetti, 2008; Sanches & Ceotto, 2012). De acordo com Moscovici (1978, citado por Goetz, Camargo, Bertoldo & Justo, 2008) normalmente, ao enfrentarmos novos desafios temos tendência em procurar definições que nos ajudem a compreender sobre uma situação em especial, concepções estas que estão relacionadas com a nossa interação com o mundo social.

Yalom e Leszcz (2006), destacam a coesão grupal como a relação estabelecida entre os participantes que os fazem permanecer em grupo. Dessa maneira percebe-se como a participante apoia-se nessa característica para a manutenção do processo de emagrecimento.

Quando estou triste, com raiva, uma forma de lidar é vir para os grupos. Ainda tem um peso como porto seguro. (P6)

As participantes durante o processo de emagrecimento tiveram uma mudança na forma de encarar o processo de perda de peso. Uma vez que, antes de passarem por esse processo, elas utilizavam diversos recursos para lidarem com as situações estressoras – o ato

de comer era a forma de enfrentar alguma situação adversa que causava estresse. Já inseridas no grupo terapêutico passaram a ter um novo olhar frente à sua doença, o que possibilitou que elas utilizassem de outros recursos e estratégias favorecendo, assim, a perda de peso.

Também identifica-se o desenvolvimento de aprendizagem de socialização, como ganho secundário.

“Relação com alimentação hoje está mais sossegada, mais serena. E é aquela coisa da disciplina, se eu consigo manter uma alimentação disciplinada, organizada isso me traz serenidade. Então, o controle da comida me dá serenidade hoje em dia. Isso se espalha pra vários outros aspectos da minha vida”. (P3)

“Hoje eu ainda tô com um olhar parecido, só que eu não utilizo. Pode parecer engraçado, mas quando penso em fugir da dieta eu começo a fazer faxina, nunca arrumei tanto a minha casa. Tenho meditado também... tô me colocando em primeiro lugar”. (P4).

“...sabe o que é mais engraçado: é que quando acho que tô com fome, ou sei lá: gula, ainda não defini muito isso do que é um e do que é outro, eu vou lá e tomo água. Tem momentos que resolve, outros eu apelo pro auto convencimento: não tô com fome, não tô com fome...” (P6)

“Eu tenho uma relação com a comida que é de viciado, realmente. Não ter controle com a comida, acho que eu consegui entender isso logicamente, intelectualmente eu entendo muito esse meu vício com a comida, mas eu nunca combati efetivamente assim (lidar diretamente e com grupos terapêuticos).” (P2)

A instilação de esperança que é um sentimento frequentemente observado ao término da terapia, no qual o testemunho de pacientes que relataram melhora, oferece esperanças quanto à melhora de outros pacientes também, destacado pela (P6). Além disso, a catarse exemplificada pelos autores retratada pela (P1) tem função de alívio como manutenção e prevenção do auto-controle diante de situações que anteriormente a descontrolava.

“Olha, eu no início, ia pros grupos e via aquele pessoal todo que ja tinha pedido 20, 30, 40 quilos e pensava: se ele conseguiu, porque eu não? Você acha que nunca vai conseguir até ver que outros que estavam pior do que você conseguiram” (P6)

“Eu devorava tudo, muito relacionada com a emoção, se eu tava triste eu comia pra tapar a tristeza, se eu tava com raiva eu comia pra amenizar a raiva, se eu tava eufórica eu comia também porque eu tava eufórica, Então era muito isso. Hoje eu vou pros grupos e falo, falo, até ficar aliviada.” (P1)

É possível perceber que existe uma série de fatores e variáveis que podem interferir no processo de redução de peso. Os obesos têm que lidar não apenas com suas questões individuais – forma de se perceber e estratégias que utilizará no seu processo de emagrecimento, mas também terá que lidar com situações que envolvam particularidades de cunho social – comer com amigos e familiares, ir em restaurantes que por vezes não oferecem o cardápio adequado, ter que lidar com várias pessoas questionando seu método ou, inclusive rejeitar ofertas de encontros e saídas para determinados lugares, a fim de evitar ter que se deparar com situações adversas. Para tanto, o que caracterizou em comum foi a utilização dos grupos terapêuticos como forma de se munirem de estratégias que poderiam ser usadas tanto dentro dos grupos, quanto em vida social fora deles.

Categoria 3 – Percepção de Qualidade de Vida

A obesidade pode acarretar em complicações que limitem o sujeito de forma a exercer suas atividades diárias, interferindo na sua autoestima e trazendo impacto na sua qualidade de vida. Para melhor compreensão do conceito de “Qualidade de Vida”, são

necessárias algumas reflexões acerca do uso termo. Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012), “a presença do termo qualidade de vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação” (p. 13). Já para Constantino (2007), o termo qualidade de vida é uma criação, considerando a sua completude e multidimensionalidade para o qual não há um entendimento único do que venha a ser, dando possibilidade para muitos estudos que se complementam. De acordo com a autora, o termo é traduzido “na percepção individual de bem estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial” (p. 29). A definição para qualidade de vida, segundo a (OMS), é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2000, citado por Leite, 2013).

Compreende-se a qualidade de vida, através de conceitos da Psicologia, Biologia e da Sociologia, de acordo com modelos comportamentais e hábitos das atividades rotineiras do sujeito, onde busca-se o equilíbrio aliado ao bem estar físico e emocional, às relações interpessoais, às atividades ligadas ao lazer, às atividades de cunho social, ao desenvolvimento e à própria realização pessoal (Constantino, 2007).

A análise da qualidade de vida para Almeida, Gutierrez e Marques, (2012), deve levar em consideração fatores emocionais e subjetivos como também a percepção que o indivíduo tem da sua própria vida, como a felicidade, o prazer, a tristeza e a angústia. Então, a percepção que se tem depende da compreensão de cada um, além das suas perspectivas e possibilidades de ação que são realizadas.

Diante desses conceitos observa-se como foi avaliada a percepção de qualidade de vida para as participantes. Tiveram pontos de vista distintos sobre o mesmo termo, ainda que quisessem se referir a um ganho que obtiveram com o resultado da perda de peso.

“...imagina a situação: gordo andar de avião, como faz pra sentir confortável e não incomodar o vizinho? Gente! Era coisa de louco! Você acha que tinha qualidade de vida? Tinha nada. Hoje eu tenho. As escadas lá da clínica eu subo, sem parecer que tô morrendo, vestir roupa e alcançar o pé. Parece besteira pensar isso, mas era a realidade de tempos atrás.” (P1)

“Olha eu não achava que eu não tinha qualidade de vida, hoje eu tenho certeza que não tinha por que eu tive fascite plantar porque em uma viagem eu andei demais com excesso de peso, eu subia a escada e parecia que eu ia ter um ataque cardíaco”. (P3)

“ ... eu não conseguia cruzar a perna, eu não conseguia calçar uma sandália sem ter que me dobrar toda, eu já fiquei numa época de Natal entalada numa calça que eu fechei , não conseguia respirar e não conseguia abrir, então pra mim qualidade de vida hoje é eu poder fazer tudo isso, é poder andar sem ficar sem fôlego, é conseguir sentar com a perna cruzada, é poder saber que eu vou sentar numa cadeira e não vou derrubar essa cadeira por causa do meu peso. Então pra mim é isso.” (P4).

“O fato de poder andar pela rua sem preocupação de ter os picos de hipoglicemia e não ter os apagões como antigamente e não só isso; minhas taxas que estavam todas alteradas e agora estão melhorando...ah, isso é qualidade de vida. Imagina andar e não suar tanto, calçar um sapato...” (P5)

“Hoje em dia eu não sinto mais dor, eu consigo ir numa balada e passar a noite dançando e estar bem no dia seguinte. Como que namorava sem qualidade de vida?” (P6)

Para as participantes, o conceito de qualidade de vida está relacionado ao de saúde. Com a redução de peso elas obtêm saúde e como consequência a percepção de qualidade de vida é alterada. A partir dos relatos também é possível refletir sobre as questões práticas do dia a dia, situações que para muitos seriam automáticas e que para quem tem obesidade

acabam se tornando um fator fundamental para a percepção da qualidade de vida, como vestir uma roupa, calçar sapatos, dançar, andar pelas ruas.

O emprego do termo de qualidade de vida é entendido como algo subjetivo, já que o sujeito a interpreta de acordo com influências da definição de saúde, estipulada pela Organização Mundial da Saúde, , na qual estipulou-se saúde como algo mais complexo que abrange a percepção do indivíduo e de completo bem estar físico, mental e social, não apenas como a falta de doença (Campolina & Ciconelli, 2006).

Apesar da percepção da autoimagem ter sido abordada na pesquisa, durante a coleta de informações, as participantes não trouxeram relatos correspondentes a essa categoria. Uma possível justificativa para esse fato, talvez seja por participarem de grupos terapêuticos estarem em um ambiente em que se percebem como iguais e com objetivos semelhantes, possivelmente contribuiu para que eles se focassem mais em questões de qualidade de vida do que em percepção corporal. Sendo assim foi criada uma nova categoria, ainda que não tenha sido o foco da pesquisa, tão pouco algo que a pesquisadora levou em consideração anterior à coleta de informações, a percepção de qualidade de vida foi muito enfatizada pelas participantes. Uma observação nesse quesito e o porquê de ter sido relatado pelas participante, talvez seja o fato de que tenha sido algo que conquistaram com a redução de peso, bem como restabelecimento da saúde de cada uma delas nesse processo.

Considerações Finais

A obesidade tem inúmeras causas e tem sido um forte questionamento dentro de pesquisas e estudos da área da saúde, inclusive para a Psicologia, até pelo impacto emocional e risco que causa, em decorrência de outras doenças advindas do excesso de peso. Para tanto,

a cura e tratamento ainda têm sido um caminho com muitas vertentes e de grande complexidade.

Dito isso, a pesquisa buscou compreender a relação que os sujeitos têm com a alimentação, com a percepção da saúde e o auxílio que buscam na redução de peso, através do processo grupal e como tem sido avaliado diante da qualidade de vida. Ao final deste trabalho verificou-se a influência determinante dos grupos terapêuticos no processo de perda de peso em pessoas obesas conforme o objetivo da pesquisa e como têm sido utilizados de maneira a obter um suporte emocional em um espaço de socialização. Foi percebido que os participantes beneficiavam-se, na medida em que utilizavam como forma de trocar informações e experiências, de se sentirem pertencentes à um determinado grupo, acolhidos nas suas semelhanças bem como nas suas diferenças e partilhando e compartilhando de objetivos similares. Além do mais, o grupo foi compreendido e avaliado como um ponto de encontro, em que a estruturação deveu-se aos estímulos erguidos por cada um dos participantes, um ambiente promotor de experiências individuais que faz com que seja promotor para o desenvolvimento de novas habilidades.

Muito do que foi relatado e identificado foi o fortalecimento de cada participante durante o processo de emagrecimento e a redescoberta deles mesmos. Constatou-se como a perda de peso implica em um processo de percepção de um mundo que estava encoberto pelo excesso de peso. Muitos relatos trouxeram parte da ideia de que ao ser obeso vivenciam um mundo paralelo, ainda que “inseridos” na sociedade.

Uma das contribuições dessa pesquisa é um maior entendimento sobre a obesidade e o quanto essa patologia tem impactado o indivíduo obeso e em uma dimensão maior, seus descententes e na sociedade em geral. Além disso, traz uma visão do não-lugar desse sujeito, ora vivenciando o mundo obeso, excluído do mundo dos ditos normais, ao passo que ao fazer

o tratamento de redução de peso, mais uma vez sente-se não pertencente ao mundo dos magros tampouco dos obesos. Nesse momento é que a figura dos grupos terapêuticos entra tendo uma maior visibilidade, no qual acolhe esse sujeito nômade e sem lugar na sociedade e dá possibilidade de experienciar um mundo em que têm semelhantes e que compactuam de situações muito próximas umas das outras. É nesse lugar de proximidade e pertencimento que o indivíduo encontra uma possibilidade para iniciar o processo de emagrecimento e finalmente sentir-se vitorioso.

Para futuras pesquisas, mais estudos devem ser realizados acerca dessa percepção do não pertencimento nos meios que circundam, mas não se inserem os obesos. Essa foi uma questão que apareceu ao longo da pesquisa e que corrobora com o entendimento da importância do apoio do auxílio psicológico nesse contexto. O contexto grupal é de suma relevância nesse processo de perda de peso para esses sujeitos, bem como o terapeuta e/ou co-terapeuta para conduzir e auxiliar no manejo das sessões grupais. Dessa maneira, entende-se a grande influência de Psicólogos atuando e inseridos no contexto da obesidade, pois é fundamental que sejam acolhidos e amparados por esses profissionais

Referências Bibliográficas

- Ades, L.; Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP*, 13 (1) 197-216.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida: Definição, Conceitos e Interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades.
- Almeida, S. S.; Zanatta, D. P.; Rezende, F. F., (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 153-160.
- Amer, N. M; Marcon, S. S; Santana, R. G. (2011) - Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arq bras cardiol*. 96 (1) 47-53.
- Andrade, D. E. G. (2006). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de escolas públicas e privadas do ensino fundamental da cidade de Franca-SP e alguns fatores de risco associados. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Bardin L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barlow, S.E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 (4), S164-S192.

- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010
- Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Boni, V.; Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. 2 (3), janeiro-julho/2005 p. 68-80.
- Borges, R. F.; Luzio, C.A. (2010). Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. *Revista da Psicologia da UNESP* 9 (1).
- Brasil - Ministério da Saúde (2014). Retirado de <http://www.abeso.org.br>
- Campolina, A. G. & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 19 (2), 128-136.
- Constantino, M. A. C (2007). *Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo – USP* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo.
- Daldon, M. T. B. (2006). Imagem corporal e sexualidade em mulheres obesas submetidas a tratamento multidisciplinar. São Paulo, SP: Hospital das Clínicas; Faculdade de Medicina - Usp, 2006. (Projeto de Atendimento ao Obeso - Prato).

- Duchesne, M.; Appolinário, J. C.; Rangé, B. P.; Freitas, S.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. (2007). Teoria Cognitivo-comportamental em obesos com TCAP - *Rev Psiquiatr.* 29 (1), 80-92.
- Franques, Á. R. M.; Arenales-Loli, M. S. (2006). *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo, SP: Vetor.
- Goetz, E. R.; Camargo, B. V.; Bertoldo, R. B.; Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2).
- Ipólito, M. S. P.; Rojas, G., A. K. (2006). A importância de uma rede de apoio no processo de diagnóstico e prognóstico dos casos de obesidade de crianças/adolescentes.
- Lancha, J. A. H. (2006). *Obesidade: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Leite, P. N. B. (2013). Qualidade de Vida e promoção da saúde. *Revista de Psicologia*, 33-46.
- Minayo, M.C.S. (1994). **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Nunes, M. (2005). Apoio Social na Diabetes. Millenium. *Revista do ISPV : Educação, ciência e tecnologia*. (31), 1-15.
- Oliveira, L. H., Almeida, P.(2012). Obesidade: aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. *VOOS Revista Polidisciplinar Eletronica da Faculdade Guairacá*. 04 (2), 34-46.
- Oliveira, J. H. A. de (2006) Aspectos Psicológicos de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 12-19.

Oliveira, L. M. A. C, (2006). O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem

O.M.S. - W.H.O - World Health Organization (2006). Obesity and overweight. Num. 311.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

O.M.S - World Health Organization. Body mass index classification report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. Citado em 2008 dez.13. Disponível em:

<http://www.who.int/bmi/index.jsp>

O.M.S - W.H.O - World Health Organization (2009). Obesity and overweight. Retirado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

O.M.S - W.H.O - World Health Organization (2015). Obesity and overweight. Retirado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Péres, D. S. ; Franco, J. L. ; Santos, M. A. & Zanetti, M. L. (2008). Representações Sociais de Mulheres Diabéticas, de Camadas Populares, em Relação ao processo Saúde Doença. 16 (3), 1-8.

Poli, N. P; Caponi, S. N. C. (2007). The ‘medicalization’ of beauty. Interface – Comunic.

Saueressig, M. R.; Berleze, K. J. (2010). Análise de influência em dietas de emagrecimento.

Psico, 41 (2), 231-238.

Segal, A.; Cardeal, M. V.; Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade - revisão de literatura. *Rev. Psiq. Clin.* 29 (2), 81-89.

- Silva, G. A.; Lange, E. S. N. (2010). Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol. Argum*, 28 (60), 43-54.
- Silva, K., S.; Lopes, A., S.; Silva, F., M. (2007). Comportamentos sedentários associados ao excesso de peso corporal. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, 21, (2), 135-141, abr./jun.
- Schmidt, M.I.; Duncan, B. B; Silva, G. A.; Menezes, A. M.; Monteiro, C. A.; Barreto, S. M.; Chor, D.; Menezes, P. R. Saúde no Brasil 4 (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.
- Teichmann, L.; Olinto, M. T. A.; J. S. D., Costa; D. Ziegler (2006). Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Rev. Bras. Epidemiol*; 9 (3), 360-73.
- Tavares, B. T; Nunes, S. M.; Santos, M. O (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literature. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20 (3).
- Tesche, C; Friedman, R; Felipe, F. M. L; Alves, B. S.; Cibeira, G. H. S.; Eichenberg, L. (2004). Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*, 1 (2).
- Vasques, F; Martins, F. C.; Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. Psiquiatr. Clín*, 31 (4), 195-198.
- Vigitel Brasil (2006): protective and risk factors for chronic diseases by telephone survey. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf.

Xavier, J.; Zwarg, M. G. G.; Ribeiro, S. M.; Navarro, F. (2008). Considerações sobre a obesidade mórbida. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo 2 (8), 189-200, Mar./Abril.

Yalom, I. D; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo - Teoria e Prática*. Artmed, 2007. 5ª edição. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt->

Zambelli, C. L. (2010). *A academia de ginástica, seus frequentadores e discursos: experiências no corpo e com o corpo* (monografia não publicada). Araras: Centro Universitário Hermínio Ometto.

Zanella, M.T. (2005). *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade*. Barueri: Manole.

Zimerman, D. (2007). A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Retirado http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180624902007000100002&script=sci_arttext&tlg=es

Anexo

Anexo A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa cujo título é: "**Influência de grupos terapêuticos sobre a redução de peso em pessoas obesas**", realizada pela Yana Sasaki com a supervisão do professor Dr. Sergio Henrique de Souza Alves do UNICEUB. O objetivo da pesquisa é verificar a influência de grupos de apoio terapêuticos sobre a redução de peso em pessoas diagnosticadas obesas. A sua participação é muito importante e dar-se-á através de uma entrevista de aproximadamente 30 minutos, feita pela pesquisadora e abordará temas tais como: **obesidade, alimentação, vivência do sobrepeso, grupos de apoio terapêutico, redução de peso.**

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo emocional à sua pessoa, ao contrário, podendo trazer benefícios como o autoconhecimento e percepção sobre a vivência no processo de redução de peso. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Sabendo que ao final do trabalho a pesquisadora se compromete a trazer para o participante uma devolutiva dos resultados finais. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, a qualquer momento, a pesquisadora poderá ser contatada (Yana Sasaki, (61) 99800.7100). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Brasília, ____ de _____ de 2016.

Yana Sasaki

Voluntário (a)

Anexo B

Roteiro para entrevistas

1. Em outro momento já fez outro tipo de dieta? Qual foi o resultado?
2. Como foi seu processo de ganho de peso? Relate como era sua forma de se alimentar.
3. Qual a sua percepção desse processo de emagrecimento aos outros já feitos anteriormente?
4. Há quanto tempo tem participado do grupo terapêutico?
5. Qual seu peso inicial?
6. Qual peso alvo?
7. Em que momento desse processo está? Perda de peso, manutenção? Há quanto tempo?
8. Qual motivo buscou esse tipo de acompanhamento de perda de peso?
9. Qual o significado dos grupos para a sua perda de peso?
10. Como você avalia a sua saúde antes e agora?
11. Tinha alguma doença associada a obesidade? Quais?
12. Qual o significado da comida pra você?
13. Quando se sente triste, com raiva, o que costuma fazer?
14. Qual sentimento obtém ao comer?
15. Quantas vezes já fez dietas? Quais tipos?
16. Já buscou ajuda de profissionais para perda de peso? Quais tipos?
17. Qual foi o resultado? Por quanto tempo?
18. Quais mecanismos utiliza para não exceder a quantidade de comida por refeição?
19. Qual o significado de estar em um grupo como esse? O que a faz participar dos grupos? Qual sentimento tem em estar no grupo terapêutico?
20. O que você percebe desse processo de perda de peso e outros que fez?
21. Como é a sua relação com a alimentação hoje?