

PRISCILA MARIA GABOS

**Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve em obesos com
cardiopatía**

SÃO PAULO

2024

PRISCILA MARIA GABOS

**Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve em obesos com
cardiopatía**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Cardiologia

Orientador: Prof. Dr. Luiz Aparecido
Bortolotto

SÃO PAULO

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gabos, Priscila Maria

Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve em obesos com cardiopatia / Priscila Maria Gabos; Luiz Aparecido Bortolotto, orientador. -- São Paulo, 2024.

Tese (Doutorado) -- Programa de Cardiologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.

1.Psicoterapia grupal 2.Obesidade 3.Psicoterapia breve
4.Behaviorismo 5.Comportamento alimentar 6.Medicina do
comportamento I.Bortolotto, Luiz Aparecido, orient. II.Título

USP/FM/DBD-300/24

Responsável: Daniela Amaral Barbosa, CRB-8 7533

Nome: GABOS, Priscila Maria

Título: Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve em obesos com cardiopatia

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Não existem palavras para descrever o amor e gratidão que tenho por todos que estiveram presentes nesses últimos anos.

Primeiramente, aos meus pais. Dario e Nadime, acima de todos, me deram o dom da vida.

Fizeram das dificuldades uma lição e não pouparam esforços para que eu chegasse até aqui.

À eles, tudo que eu puder dar.

Minhas amigas, a família que escolhi para ter ao redor. Que toleraram minha ausência em tantas aventuras, com paciência e carinho de uma amizade de vida, aguardando meu processo durante essa tese.

Ana, Bruna, May, Livia, Anne. As preciosidades que a vida de profissional de saúde e hospital me presentearam. Elas sabem quantos surtos em áudio de Whatsapp ouviram.

Adriana e Sílvia, minhas chefes que tanto me apoiaram e estimularam nesse processo.

Danielle e Dra. Bellkiss. Não existem palavras para agradecer o tanto que aprendi com vocês. Se cheguei a algum lugar como psicóloga, foi porque vocês pavimentaram o caminho.

E ao meu querido orientador, Dr. Luiz... que com sua eterna paciência e ternura, transmitiu com maestria seu conhecimento e plantou com sucesso a semente da pesquisa em mim.

Já dizia Hemingway: quem está com você nas trincheiras importa mais que a própria guerra.

“And I saw something they can’t take away

(...)

So take the moment and taste it,

You’ve got no reason to be afraid”

- Taylor Swift

RESUMO

Gabos PM. Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve em obesos com cardiopatia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2024.

Introdução: A obesidade é considerada um agravo de caráter multifatorial que provoca importante impacto na saúde física, emocional e social dos pacientes. Na esfera psicológica as principais queixas são referentes à imagem corporal, depressão, ansiedade e agressividade. Torna-se necessário o desenvolvimento de técnicas assistenciais que visem novas formas de tratamento não apenas para a redução das consequências físicas prejudiciais na população obesa, como também na busca de cuidados para o sofrimento psicológico, como a psicoterapia grupal. Assim, baseado na Análise Comportamental Clínica em grupos e na Psicoterapia Breve, foi delineado um grupo terapêutico breve com pacientes obesos (GBO) em um hospital terciário de cardiologia. Embora criado com base em preceitos teóricos e técnicos bem definidos, os resultados de tal programa ainda não foram avaliados cientificamente. **Objetivos:** Avaliar a eficácia do GBO enquanto tratamento psicológico comparado a um grupo controle (GC) na redução de peso, IMC e comportamento da pressão arterial e perfil metabólico em pacientes portadores de obesidade e cardiopatias. Avaliar a eficácia do GBO quanto à aprendizagem e melhoria de repertórios e recursos para o enfrentamento de situações cotidianas estressantes relacionadas à obesidade. Verificar as mudanças dos comportamentos provocadores de sofrimento emocional e alívio do sofrimento a partir da percepção dos pacientes participantes. Avaliar a satisfação dos participantes com relação à experiência vivida no grupo a partir de suas expectativas. **Método:** Ensaio clínico controlado com caráter explicativo, longitudinal, quantitativo e qualitativo. Os dados clínicos (peso, IMC, pressão arterial, glicemia, colesterol total e frações, triglicérides) foram coletados pelo prontuário eletrônico dos pacientes, sendo submetidos ao teste T-Student, tanto para grupo controle quanto grupo experimental. As variáveis quantitativas (dados clínicos e estratégias de enfrentamento) serão analisadas a partir do cálculo de médias e desvio-padrão. As variáveis qualitativas (comportamentos provocadores de sofrimento emocional, reações emocionais e satisfação do paciente) foram analisadas através da análise de conteúdo temática e submetidas ao teste de Wilcoxon. **Resultados:** A população total do presente estudo é composta de 38 pacientes portadores de obesidade; sendo 19 para cada grupo. Após o período de terapia do grupo GBO houve redução significativa ($p < 0.05$) do IMC e do peso e, também da pressão arterial sistólica dos pacientes acompanhados (Antes: 39 ± 6 kg/m² e depois 34 ± 7 kg/m²; Antes: 102 ± 22 kg e depois 91 ± 24 kg; Antes: 149 ± 24 mmHg e depois 132 ± 13 mmHg). Em relação ao GC, nota-se aumento significativo ($p < 0.05$) do IMC e do peso, e também da pressão arterial sistólica dos pacientes observados (Antes: 35 ± 5 kg/m² e depois 36 ± 5 kg/m²; Antes: 91 ± 27 kg e depois 93 ± 21 kg; Antes: 161 ± 28 mmHg e depois 171 ± 31 mmHg). Não observamos diferenças significativas nas demais variáveis laboratoriais em ambos os grupos. Houve também melhora no uso do *coping* ativo, reinterpretação positiva e autodistração e redução no uso de *copings* desadaptativos de autoculpabilização, negação e desinvestimento comportamental. Identificou-se redução de sentimentos negativos, aumento de sentimentos positivos e atenuação de vontade de comer; 95% dos pacientes se mostram satisfeitos com o grupo. **Conclusão:** O GBO foi eficaz e trouxe benefícios clínicos, com reduções significativas do peso, IMC e pressão sistólica, além de melhora importante em vários aspectos psicológicos relacionados à obesidade. Portanto, deve ser considerado como proposta de tratamento psicológico para essa população.

Palavras-chave: Psicoterapia grupal. Obesidade. Psicoterapia breve. Behaviorismo. Comportamento alimentar. Medicina do comportamento.

ABSTRACT

Gabos PM. Evaluation of the effects of a Brief Psychotherapy Group in Obese people with heart disease [thesis]. Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo"; 2024.

Introduction: Obesity is considered a multifactorial condition responsible for important impacts in physical and emotional health in its patients. Most of them suffer from hypertension and other conditions as well. Therefore, it becomes necessary the development of programs that aim new forms of treatment not only for the reduction of physical negative consequences in the obese population but also in search of care for psychological suffering. Based on Clinical Behavior and Brief Psychotherapy, a brief psychotherapeutic group for cardiologic obese patients (GBO) was designed in a cardiology hospital. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of GBO as a psychological treatment compared to a control group (CG) in reducing weight, BMI and blood pressure behavior and metabolic profile in patients with obesity and heart disease. To evaluate the effectiveness of the GBO in terms of learning and improving repertoires and resources for coping with stressful everyday situations related to obesity. Verify changes in behaviors that cause emotional suffering and relief from suffering based on the perception of participating patients. Evaluate participants' satisfaction with the experience in the group based on their expectations. **Method:** Controlled clinical trial with an explanatory, longitudinal, quantitative and qualitative nature. Clinical data (weight, BMI, blood pressure, blood glucose, total cholesterol and fractions, triglycerides) were collected from the patients' electronic medical records, and were subjected to the T-Student test, both for the control group and the experimental group. Quantitative variables (clinical data and coping strategies) were analyzed by calculating means and standard deviations. Qualitative variables (behaviors causing emotional suffering, emotional reactions and patient satisfaction) were analyzed using thematic content analysis and subjected to the Wilcoxon test. **Results:** The total population of the present study is made up of 38 patients with obesity; 19 for each group. After the GBO group therapy period, there was a significant reduction in BMI and weight, as well as in the systolic blood pressure of the patients monitored (Before: 39 ± 6 kg/m² and after 34 ± 7 kg/m²; Before: 102 ± 22 kg and after 91 ± 24 kg; Before: 149 ± 24 mmHg and after 132 ± 13 mmHg). Regarding the CG, there was a significant increase in BMI and weight, and also in the systolic blood pressure of the observed patients (Before: 35 ± 5 kg/m² and after 36 ± 5 kg/m²; Before: 91 ± 27 kg and then 93 ± 21 kg; Before: 161 ± 28 mmHg and after 171 ± 31 mmHg). We did not observe significant differences in other laboratory variables in both groups. There was also an improvement in the use of active coping, positive reinterpretation and self-distraction and a reduction in the use of maladaptive copings of self-blame, denial and behavioral disinvestment. A reduction in negative feelings, an increase in positive feelings and an attenuation of the desire to eat were identified. 95% of patients are satisfied with the group. **Conclusion:** GBO was effective and brought broad clinical benefits, with significant reductions in weight, BMI and systolic pressure, in addition to important improvements in several psychological aspects related to obesity. Therefore, it should be considered as a psychological treatment proposal for this population.

Keywords: Group psychotherapy. Obesity. Psychotherapy, brief. Behaviorism. Feeding behavior. Behavioral medicine.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1.	Obesidade.....	10
1.2.	Psicoterapia.....	11
1.3.	Psicoterapia grupal na saúde e obesidade.....	14
1.4.	Psicoterapia grupal breve na saúde.....	16
1.5.	Criação do GBO.....	17
2	OBJETIVOS	19
3	MÉTODO	21
4	RESULTADOS.....	30
5	DISCUSSÃO	41
6	CONCLUSÕES.....	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

1.1. Obesidade:

No decorrer das últimas décadas, a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis têm aumentado progressivamente em decorrência de fatores como a urbanização, envelhecimento da população e estilos de vida não-saudáveis. Atualmente, elas são responsáveis por grande parte dos óbitos em países desenvolvidos ^{1, 2}. Dentre essas, a obesidade se faz presente com importantes números publicados recentemente pelo IBGE ³, indicando que 60% dos brasileiros são acometidos por essa condição, o que evidencia um problema de saúde pública.

Segundo a ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade ⁴, a obesidade é considerada um agravo de caráter multifatorial, envolvendo questões genéticas, históricas, ambientais, sociais, econômicas e culturais. A obesidade ocorre quando há acúmulo excessivo de gordura em várias partes do organismo, acarretando alterações em diversos sistemas que podem levar a complicações cardiovasculares, renais, e endócrinas, entre outras.

Devido a todos os aspectos apontados, diversas áreas da saúde têm buscado compreender as vicissitudes dessa patologia, de forma a desenvolver novas possibilidades de tratamento. Dentre elas, está a Psicologia, que visa integrar as dinâmicas individuais, emocionais, sociais e ambientais na compreensão do comportamento de comer e da pessoa com obesidade.

Existem diversos estudos, tanto antigos quanto recentes^{5,6,7,8} evidenciando não apenas os aspectos psicológicos do comer em excesso, mas também, as várias implicações deste para esses indivíduos.

Pesquisas sobre a percepção de mulheres obesas acerca da visão do outro mostram que elas se sentem indesejadas socialmente e apresentam outros sintomas psicológicos associados a essa condição, como auto-culpabilização, agressividade, entre outros ^{5,6}. A literatura revela ainda que as pessoas obesas são vistas de forma mais negativa do que pessoas não obesas nos aspectos de inteligência e sucesso e, portanto, socialmente evitadas ou até mesmo rejeitadas para certas funções de trabalho ^{7,8}.

Um estudo com pacientes com obesidade grau 3 (mórbida) candidatos à cirurgia bariátrica apontou como queixas principais questões acerca da imagem-corporal em que os candidatos se sentiam feios, além de níveis de depressão leve a moderado, evidenciando um sofrimento psicológico nessa população ⁶.

Existem, também, alguns estudos que correlacionam traços de personalidade com a obesidade – tanto em homens, quanto em mulheres. Estes estudos apontam forte correlação entre neuroticismo (tendência a permanecer em estados psicológicos negativos), baixo controle de impulsos e o comer emocional como forma de manejo de tais emoções. Nestes dados, sugere-se ciclos viciosos entre o comportamento de comer em excesso e presença de estados emocionais negativos^{7,8,9}.

Os dados apontados corroboram a afirmação referente ao importante impacto da obesidade também na saúde emocional desses indivíduos. Por conta disso, torna-se necessário o desenvolvimento de técnicas assistenciais que visem novas formas de tratamento não apenas para a redução das consequências físicas prejudiciais na população obesa, como na busca de cuidados para o sofrimento psicológico, como a psicoterapia.

1.2. Psicoterapia:

De acordo com a Análise do Comportamento (AC), o indivíduo é visto como alguém que está interagindo com o mundo desde sua existência, o que implica em comportamentos

observáveis e não-observáveis. O sujeito é constantemente modificado pelas experiências pelas quais vive. Assim, o sofrimento de uma pessoa, sua forma de agir e pensar e seus comportamentos em geral são determinados de acordo com a relação entre o organismo e seu ambiente. Para a compreensão dessa relação, estabelece-se uma análise de contingências, ou seja, um entendimento da interdependência entre eventos (antecedentes e consequentes) e sua funcionalidade para a evocação de respostas encobertas ou manifestas. Os estímulos antecedentes são aqueles nos quais, diante de um contexto específico, certas classes de respostas tem maior probabilidade de ocorrerem; e estas, por sua vez, influenciam no ambiente provocando algum tipo de consequência. As respostas podem ser tanto manifestas, ou seja, visíveis para os outros (por exemplo, sorrir), ou encobertas, percebidas apenas pelo próprio sujeito (como os sentimentos) ^{9, 10, 11, 12}.

Tendo em vista essa compreensão de sujeito, é possível expor como o processo de psicoterapia se constrói. Existem diversas definições para esse conceito, porém, o presente estudo se embasa na visão proposta por Skinner ¹² que tem como pressuposto a AC. Hoje em dia, a Análise Comportamental Clínica enxerga seu cliente como um indivíduo ativo e participativo na terapia, na qual existe um objetivo de possibilitar a ele a compreensão de sua história e das contingências atuais que determinam seus comportamentos, bem como as queixas trazidas por ele. A partir de então, busca-se, em conjunto, alívio do sofrimento e possibilidades de mudança, de aprendizagem de novos repertórios e recursos para enfrentamento das queixas trazidas.

Os repertórios e recursos de enfrentamento são originalmente chamados de *coping* na língua inglesa e tem por definição um processo dinâmico que envolve estratégias, mudanças e manipulações ambientais para lidar com eventos ambientais estressantes ou provocadores de sofrimento. Entretanto, tais recursos podem ter caráter adaptativo ou mal-adaptativo, sendo que a primeira permite um confronto da situação, diminuindo seu impacto ou o removendo e,

a segunda, implica em estratégias de fuga do problema^{15,16,17}. Existem também outras possíveis categorizações desses recursos de enfrentamento: “*Coping* Focalizado no Problema”, em que as respostas estão dirigidas ao estressor, com esforço para modificar a situação geradora de estresse; “*Coping* Focalizado na Emoção – Funcional”, que diz respeito ao esforço para regular o estado emocional decorrente do estímulo estressor e pode contribuir para que o sujeito busque estratégias focalizadas no problema; e “*Coping* Focalizado na Emoção – Disfuncional”, que envolve o uso de estratégias não direcionadas ao estressor e que prejudicam o enfrentamento do problema em si¹⁷. Neste estudo, assume-se a denominação *Coping* Focalizado no Problema e *Coping* Focalizado na Emoção – Funcional como estilos de *coping* de caráter adaptativos e satisfatórios, uma vez que favorecem o confronto do problema e alívio de respostas emocionais decorrentes do estressor. Já o *Coping* Focalizado no Problema – Disfuncional, é percebido como mal-adaptativo, visto que prejudica o enfrentamento do estímulo estressor. Partindo do cerne da AC, tais respostas são frutos da história de um indivíduo e das relações ambientais, sociais e culturais vividas por ele, sendo que as intervenções serão construídas nessas relações para possibilitar a aprendizagem de novas respostas de enfrentamento.

A importância do ambiente e das interações humanas no contexto da psicoterapia é fundamental para favorecer o cuidado da queixa do cliente. Tomando-se por base a premissa de que, quando se modifica um comportamento de um indivíduo, está na realidade, se modificando as relações desse sujeito com o ambiente social no qual ele age, pode-se admitir que mudanças também sejam provocadas nos repertórios de outros¹². Um indivíduo funciona como ambiente social para o outro de forma que a alteração de um sujeito influencia e altera o próximo^{11,12,13}. Assim, torna-se possível destacar outra possibilidade de psicoterapia, a de grupo, na qual a relação humana e social é ainda mais abrangente.

A literatura^{18,19,20,21,22} aponta a psicoterapia de grupo como uma forma de psicoterapia eficiente por introduzir o indivíduo em mais interações sociais. Considera-se até, possíveis vantagens desta com relação à psicoterapia individual, por conta da diversidade de contato social, aprendizagem através da comunicação e observação de novas histórias da vida e múltiplas fontes de reforçamento, além de apenas o terapeuta¹⁸.

Verifica-se, portanto, uma concordância entre os autores acerca da importância das relações sociais e até maior probabilidade de reforçamento positivo decorrentes destas nesse tipo de psicoterapia. Segundo Yalom e Lezczysz¹⁹: “é pelo menos igual à psicoterapia individual em sua capacidade de proporcionar benefícios significativos”. Um destes é a possibilidade de que os clientes entrem em contato gradual com situações que lhes provoquem sofrimento e que a reprodução das mesmas no ambiente social do grupo favorece possibilidade de aprendizagem de novos repertórios para enfrentamento¹⁸. É, na terapia grupal, que os autores também sugerem que os clientes construam expectativas sobre o objetivo do grupo e construam um movimento para atingí-lo¹⁹.

1.3. Psicoterapia Grupal na saúde e obesidade:

Pesquisas de intervenções grupais na área da saúde apontam, no seguimento do processo terapêutico grupal, o surgimento de mudanças comportamentais nos clientes. Em um grupo terapêutico comportamental com pacientes portadores de dor crônica, os resultados obtidos através da observação e acompanhamento dos participantes ao longo de dois anos evidenciaram que, cada um, de forma idiossincrática, demonstrou a aprendizagem de novas estratégias para lidar com situações cotidianas estressantes e a detectar as influências das mesmas em sua dor²¹. Outro estudo²², realizado em um hospital público do interior de São Paulo, teve como proposta um grupo terapêutico com pacientes cardiopatas visando instrumentalizá-los no manejo de déficits ou excessos comportamentais que pudessem se

configurar como fatores de risco para sua doença. Nesta pesquisa, os terapeutas aplicaram três escalas: Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp antes do início do grupo. Em seguida, foram realizadas 12 sessões de 2 horas, sendo que os instrumentos foram aplicados novamente no último encontro. Os resultados obtidos apontaram uma diminuição estatisticamente significativa nas comparações percentuais das escalas de Beck e nos níveis de estresse de Lipp após a intervenção.

Especificamente em pacientes com obesidade²³, a psicoterapia comportamental em grupo pode ser benéfica para auxílio em mudanças de estilo de vida visando redução de peso devido a uma combinação de suporte social, empatia e até superação com melhora de seu próprio desempenho. Essa visão é compartilhada por Melo et al.²⁴ que implantou um grupo multiprofissional para controle de peso em mulheres. Após as intervenções, os autores preconizam que o processo grupal pode atenuar sentimentos de isolamento e solidão, muito comuns nessa população.

Assim, parte-se da hipótese de que a configuração de um grupo psicoterápico com indivíduos portadores de obesidade pode favorecer a compreensão dos pacientes acerca de seus aspectos emocionais relacionados à obesidade e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para situações cotidianas estressantes relacionadas a essa condição. Sugere-se, também, que a partir de um aumento do uso de recursos de enfrentamento, facilitaria o desenvolvimento de uma postura mais ativa para mudança de hábitos em sua vida e, por sua vez, uma diminuição na vontade de comer. Compreende-se que, diante do presente estudo, os resultados podem contribuir para a avaliação do método psicoterápico e reflexão de novas propostas terapêuticas para essa população.

Dentre os dados existentes na literatura sobre o tratamento da obesidade, tem-se como pressuposto básico a visão do indivíduo como o principal ativo em seu próprio tratamento,

participando de forma engajada na compreensão da doença, limites e possibilidades para seu autocuidado. Tal fundamento está de acordo com os preceitos básicos da AC enquanto proposta de psicoterapia.^{10.11.12}

1.4. Psicoterapia grupal breve na saúde:

Outra proposta de tratamento psicológico é a Psicoterapia Breve (PB). Esta preconiza o foco em um objetivo a partir da demanda apresentada pelo paciente, realizando todas as intervenções para alívio e melhora desta em um menor tempo²⁶. A PB é um modelo de psicoterapia amplamente utilizado em dispositivos de saúde – primários, secundários e terciários – tanto por conta da necessidade de atendimento a um alto número de pacientes em fila de espera, quanto devido às especificidades das demandas e das intervenções diante de pouco tempo disponível para o acompanhamento²⁶.

Especificamente com terapias grupais, existem dados de programas assistenciais a partir dos mesmos preceitos, denominado Psicoterapia Breve Grupal. Em instituições de saúde, pesquisas apontam resultados satisfatórios de psicoterapias breves grupais na redução de idealizações perfeccionistas em pacientes com anorexia nervosa²⁷, atenuação de sintomas depressivos em mulheres com depressão pós-parto²⁸ e diminuição do consumo de substâncias químicas em pacientes com alto risco de abuso destas²⁹. Outro resultado obtido foi a percepção dos pacientes acerca de uma melhora significativa sobre um aumento do suporte social e emocional decorrentes do processo psicoterápico^{27,28}.

Entretanto, ainda não foram elucidados na literatura os possíveis efeitos de uma Psicoterapia Breve Grupal no tratamento de pacientes com obesidade.

1.5. Criação do Grupoterapia Breve com Obesos (GBO):

A presença de grupos com foco em obesidade no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (InCor-HCFMUSP) se iniciou a partir da percepção de um alto número de pacientes com essa condição entre aqueles portadores de cardiopatias. Estes iniciavam acompanhamento com o Serviço de Nutrição e Dietética do hospital, porém, foram verificadas dificuldades na adesão ao tratamento nutricional que foram relacionadas com aspectos emocionais²⁵.

A partir de então, foi criado o Grupo Informativo de Obesidade (GIO), conduzido por uma psicóloga e uma nutricionista com dez a 15 pacientes. A duração é de duas sessões, com dez dias de intervalo entre cada, visando oferecer informações sobre essa patologia e atividades que favoreçam não apenas a compreensão de aspectos emocionais que possam interferir na redução de peso, mas estratégias para reeducação alimentar.

Historicamente, também foram introduzidos grupos psicoterapêuticos coordenados por um psicólogo do Serviço de Psicologia da mesma instituição, com sessões semanais de 1h30min cada durante o período de um ano.

Porém, diante do explanado previamente sobre a eficácia de psicoterapias grupais breve na saúde, levantou-se a hipótese de que fosse possível reformular os programas assistenciais no Serviço de Psicologia, visando um novo tipo de cuidado a essa população.

Assim no início de 2017, optou-se pela realização de um programa assistencial em grupo com foco específico e duração significativamente reduzida – Grupoterapia Breve com Obesos (GBO).

Embora o programa se sustente em dados teóricos instituídos da Psicoterapia Breve e em pesquisas já publicadas conforme previamente descrito sobre psicoterapia grupal, os resultados do GBO em específico, ou seja, da proposta de psicoterapia grupal com pacientes obesos não foram avaliados cientificamente. Sugere-se que, se o GBO for um grupo eficaz, os

pacientes conseguirão enfrentar seu tratamento de forma favorável, podendo reduzir o peso ou índice de massa corporal, com consequente melhora de outros parâmetros clínicos e laboratoriais, que podem ter impacto na redução de complicações cardiológicas associadas à obesidade.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo primário:

- Avaliar a eficácia do GBO enquanto tratamento psicológico comparado a um grupo controle (GC) na redução de peso e do IMC e, no comportamento da pressão arterial e perfil metabólico em pacientes portadores de obesidade e cardiopatias.

2.2. Objetivos secundários:

- Avaliar a eficácia do GBO quanto à aprendizagem e melhoria de repertórios e recursos para o enfrentamento de situações cotidianas estressantes relacionadas à obesidade.
- Verificar as mudanças dos comportamentos provocadores de sofrimento emocional e alívio do sofrimento a partir da percepção dos pacientes participantes;
- Avaliar a satisfação dos participantes com relação à experiência vivida no grupo a partir de suas expectativas.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa:

Ensaio clínico controlado com caráter explicativo, longitudinal, quantitativo e qualitativo.

3.2 População:

A população total do presente estudo é composta de 38 pacientes portadores de obesidade, definida por um IMC maior ou igual a 30 kg/m², acompanhados no Ambulatório do InCor HCFMUSP.

Inicialmente, a proposta do estudo foi avaliar apenas participantes do GBO – 19 no total – sendo estes provenientes da fila de espera do Ambulatório de Psicologia. O critério de elegibilidade seguiu o critério de participação no grupo, ou seja, a presença de demanda psicológica relativa à obesidade para seguimento em psicoterapia, identificada por psicólogo qualificado em processo de triagem no próprio ambulatório.

Todavia, compreendeu-se, após o Exame de Qualificação, que a presença de um GC poderia fornecer uma melhor comparação de variáveis para elucidar a eficácia do GBO no quesito de redução de peso e IMC, e no comportamento da pressão e perfil metabólico.

Assim, a segunda parte da amostra total foi composta também de 19 participantes portadores de obesidade que receberam o tratamento convencional, escolhidos de forma randômica. Porém, estes, não possuíam demanda emocional relacionada à obesidade e, portanto, não passaram pela intervenção do GBO.

Outros critérios específicos para a seleção do GBO foram:

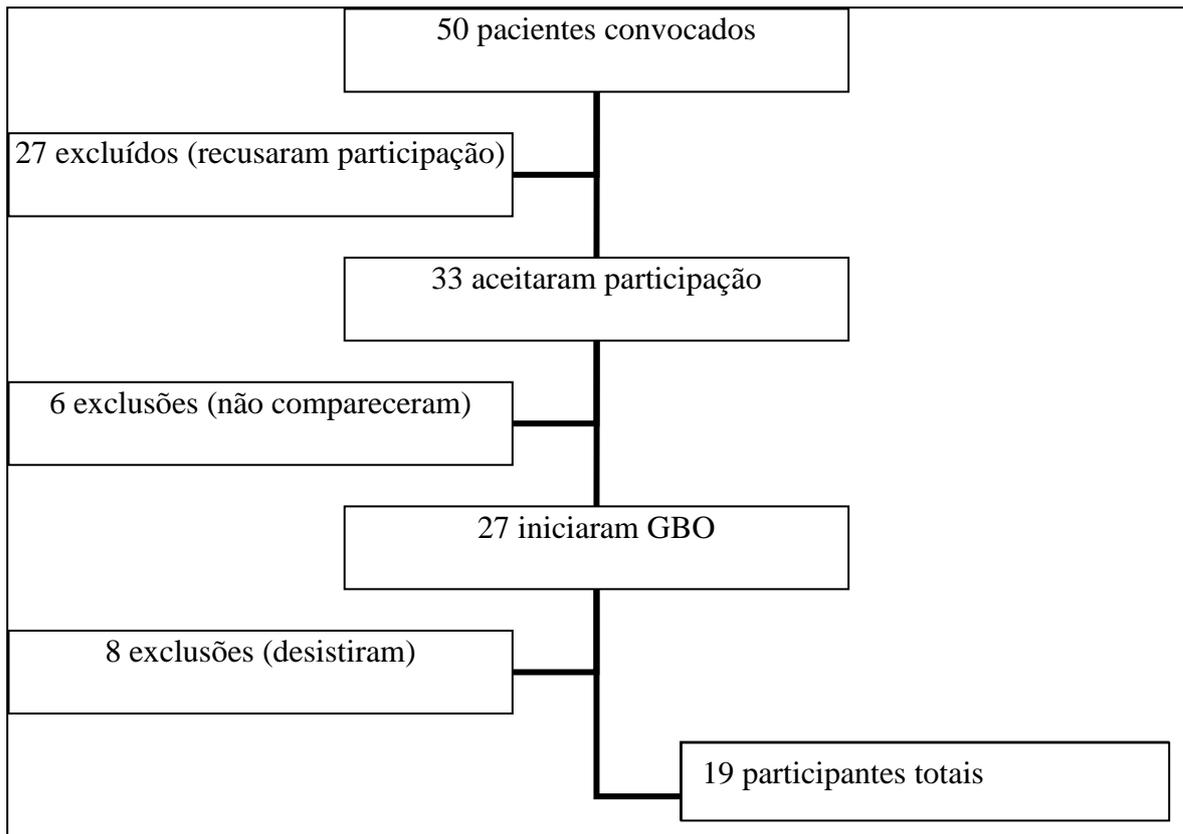
3.2.1 Critérios de inclusão:

- Consentir a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 1);
- Idade igual ou superior a 18 anos.
- Pacientes com obesidade baseado na presença de $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ e portadores de cardiopatia (definida pela presença de qualquer alteração estrutural e/ou funcional cardíaca não descompensada).

3.2.2 Critérios de exclusão:

- Indisponibilidade de tempo ou financeira para comparecer semanalmente às sessões grupais nas datas e horário agendados;
- Pacientes com necessidade de intervenções psiquiátricas identificadas pelo psicólogo que realizou a triagem psicológica.

O processo de seleção de participantes do GBO foi realizado de acordo com o fluxograma abaixo:



3.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório do InCor-HCFMUSP, especificamente, na sala de atendimento multiprofissional.

3.4 Procedimento:

3.4.1 Grupo Controle (GC):

Com relação ao GC, foi necessária a coleta de dados de pressão arterial, peso e exames laboratoriais no prontuário eletrônico em dois momentos: inicial e final (após seis meses) do tratamento convencional, com todos os cuidados de manutenção de sigilo. Como a coleta destes dados não demandaram encontro com o paciente e possuíam riscos mínimos de exposição de identidade, foi solicitada a dispensa de TCLE.

3.4.2 Intervenção / Variável independente (GBO):

Em relação ao GBO, na primeira sessão foram apresentados os objetivos da pesquisa e aplicado o TCLE para aqueles que consentiram sua participação. A recusa da participação na pesquisa não implicou na impossibilidade de participação do GBO, ou seja, o paciente pôde participar do grupo sem que seus dados fossem utilizados nesta pesquisa, assegurando-se que esteja ciente de que se trata de um grupo sem resultados cientificamente comprovados.

No final, os dados coletados nas atividades do grupo foram analisados. Todos os instrumentos foram aplicados em dois momentos do grupo, em sessões iniciais e depois em sessões finais.

O GBO é um grupo fechado, composto por quatro a doze participantes, com duração de 12 semanas composto por encontros semanais de 1h30min de duração, totalizando 12 encontros com intervenções psicoterapêuticas que são conduzidas por uma psicóloga. O foco do grupo é favorecer a compreensão dos aspectos emocionais relacionados à obesidade e o alívio das reações emocionais decorrentes desta, facilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante dessa condição.

Cada encontro tem um tema ou atividade disparadora da participação dos pacientes para favorecer a livre expressão de seus sentimentos e pensamentos, conforme descrito a seguir:

1º encontro

- Apresentação e Enquadre
- Obesidade: o que é?
- Dinâmica: Como os pacientes enxergam essa situação?
- Expectativas

- LIÇÃO PARA CASA: Aplicação de atividade comportamental

2º Encontro

- Aplicação da escala Brief-Cope
- Recolhimento e discussão da atividade comportamental
Compulsão com a comida: GATILHOS: Ambientais (praça de alimentação);
Biológicos (fome); Sociais (festa); Mentais (fazendo algo chato); Emocionais
(felicidade)
- O que isso significa para cada um?
- LIÇÃO PARA CASA: Quais estratégias possíveis?

3º Encontro

- Recolhimento e discussão de atividades;
- Dinâmica de grupo: *role-playing* de situações em comum
- Dinâmica: importância da comunicação e relação com *role-playing*
- Relação com os *role-playings*

4º Encontro

- Estresse X Ansiedade
- LIÇÃO PARA CASA: leitura de relatos para identificação de situações cotidianas
- Alívio do estresse com atividade física
- Importância do relaxamento

5º Encontro

- Recolhimento das atividades de estresse e ansiedade
- Discussão sobre as percepções trazidas dentre os relatos X vida cotidiana
- Reconhecimento das situações gatilho
- Reconhecimento de próprias dificuldades de enfrentamento
- LIÇÃO PARA CASA: Você se conhece - Dinâmica: Relato sobre auto percepção

6º Encontro

- Recolhimento das atividades de auto percepção e conhecimento
- Discussão e reflexão sobre sentimentos e autoconhecimento a partir dos pontos trazidos pela atividade

7º Encontro

- O que os participantes enxergam como vantagem no processo de emagrecimento?
- Elaboração de cartões pessoais com essas vantagens

8º Encontro

- Disparador: vídeo motivação
- O que é motivador para cada um dos participantes

9º Encontro

- Disparador: Retomar expectativas trazidas no primeiro encontro
- Discussão da percepção dos pacientes sobre o processo
- LIÇÃO PARA CASA: Escrever sobre seus próprios desejos e expectativas (mudaram no decorrer do processo?) e o que pode ser feito para alcançá-los

10º Encontro

- Retomar a Lição sobre as expectativas e desejos
- Discussão: percepção dos pacientes sobre o seu próprio caminho até o momento
- Aplicação de escala: **Brief-Cope**
- LIÇÃO PARA CASA: Nova aplicação da Atividade Comportamental

11º Encontro

- Retomada da Atividade Comportamental
- O que mudou? Como tem sido isso para o grupo?

12º Encontro

- Disparador: motivação

- Encerramento

3.5 Instrumentos do GBO:

3.5.1. **Brief-COPE** (anexo 2): foi usado para a avaliação da aprendizagem de novos repertórios e recursos para o enfrentamento de situações cotidianas estressantes relacionadas à obesidade. Trata-se de um questionário de autorrelato composto por 28 itens que avaliam as estratégias de enfrentamento usadas pelo sujeito, adaptado e validado para uso no Brasil por Brasileiro em 2012³⁰. Esse instrumento constitui-se na versão abreviada de um inventário denominado COPE Inventory de 60 itens³¹. Os itens categorizam 14 tipos de estratégias, dividindo-as em estratégias adaptativas e mal-adaptativas. As adaptativas são: “*Coping Ativo*”, “Aceitação”, “Utilização de Suporte Instrumental”, “Utilização de Suporte Sócio-Emocional”, “Religião”, “Reinterpretação Positiva”, “Humor” e “Planejamento”; e as mal-adaptativas são: “Auto-culpabilização”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação”, “Auto-distração”, “Desinvestimento Comportamental”, “Uso de Substâncias”. O instrumento foi traduzido para o português pela psicóloga que conduz o GBO e aplicado na 2ª e na 10ª sessão do grupo. Cada item é respondido a partir de uma escala de quatro pontos que refletem a intensidade de uso de cada estratégia. Foi considerada a aprendizagem de novos recursos, o aumento no escore de estratégias adaptativas e/ou diminuição das mal-adaptativas.

3.5.2 Ficha de autorelato acerca das queixas referentes aos comportamentos e situações provocadoras de sofrimento emocional (anexo 3): utilizada para avaliar a mudança de comportamentos provocadores de sofrimento emocional associados à obesidade e o alívio das reações emocionais. A ficha foi elaborada pela própria psicóloga que realiza o GBO, seguindo os critérios de Análise do Comportamento e adaptado para favorecer a compreensão dos pacientes acerca de seus próprios sentimentos e ações. O instrumento abrange os comportamentos e as situações antecedentes e consequentes aos mesmos. É composto por

quatro itens: “situação difícil”; “o que você sentiu”; “o que você fez”; “o que aconteceu depois” e “vontade de comer apareceu”. A mudança comportamental foi avaliada pelas respostas abertas dadas aos itens “o que você fez” e “vontade de comer”; enquanto o alívio de reações emocionais foi avaliado por meio das respostas abertas ao item “o que você sentiu”. A ficha foi entregue para que os participantes levassem para casa e preenchessem em dois momentos: na 1ª e na 11ª sessão após as intervenções. Os dados de identificação contidos no cabeçalho da ficha foram utilizados para caracterização da amostra (idade, sexo, profissão, escolaridade e estado civil).

3.5.3 Questionário de expectativas (anexo 4): usado para avaliar a satisfação dos pacientes acerca do processo psicoterápico. O instrumento foi elaborado pela psicóloga que conduz o GBO. É composto por uma pergunta disparadora: “Anotar suas expectativas sobre essa terapia. Sinta-se livre para escrever mais do que a numeração abaixo.” O questionário foi aplicado em dois momentos: no 1º e 9º encontros. No segundo momento de aplicação, a pergunta foi “Em relação às suas expectativas sobre essa terapia, como você se sente nesse momento? ”, visando compreender se as mesmas foram atingidas durante o programa.

3.6. Indicadores clínicos e padrão metabólico:

Os seguintes parâmetros foram coletados no prontuário através dos registros das consultas de rotina nos momentos iniciais e até 6 meses depois:

3.6.1. Medidas de peso e altura para cálculo do IMC (Peso/Altura²).

3.6.2. Valores de pressão arterial dos pacientes do grupo que eram portadores de hipertensão arterial (Pressão Arterial $\geq 140/90$ mmHg e/ou sob tratamento anti-hipertensivo).

3.6.3. Valores de glicemia, colesterol total e frações, triglicérides.

3.7 Análise dos dados:

Os dados foram analisados através do uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, em sua versão 21.1. Adotou-se o nível de significância de 5% (0,050) para a aplicação dos testes estatísticos. Para comparação das variáveis entre os dois momentos de aplicação foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon e o teste T-Student para as variáveis paramétricas.

Os dados clínicos (peso, IMC, pressão arterial, glicemia, colesterol total e frações, triglicérides) foram coletados pelo prontuário eletrônico dos pacientes, sendo submetidos ao teste T-Student, tanto para grupo controle quanto grupo experimental.

Os dados coletados na primeira aplicação serão usados como linha de base e comparados com os dados obtidos na segunda aplicação de cada instrumento.

As variáveis quantitativas (dados clínicos e estratégias de enfrentamento) serão analisadas a partir do cálculo de médias e desvio-padrão. As variáveis qualitativas (comportamentos provocadores de sofrimento emocional, reações emocionais e satisfação do paciente) serão analisadas através da análise de conteúdo temática. Esta se pauta na leitura fluente de todo o material a ser analisado, para a busca de relações e criação de categorias que organizam as informações trazidas. Assim, as falas dos pacientes se tornam as unidades de registro e, a partir do sentido atribuído a elas, o pesquisador elabora as unidades de contexto³². Como resultado, temos as frequências absolutas ou relativas após elencar o número de elementos presentes nas falas dos sujeitos³³. Após categorização, os comportamentos provocadores de sofrimento emocional e reações emocionais serão analisadas a partir de média de frequência e desvio-padrão, enquanto a satisfação do paciente foi avaliada a partir de frequências descritivas básicas.

4. RESULTADOS

4.1. Amostra

A população total do presente estudo é composta de 38 pacientes portadores de obesidade do Ambulatório do InCor HCFMUSP.

Destes, 86,4% (n=33) eram mulheres e 13,2% (n=6) eram homens. Todos participantes eram casados, com idade variando entre 34 a 77 anos. Especificamente com relação ao GBO, do total de participantes, 78,9% (n=17) eram do sexo feminino, 21,1% (n=2) do sexo masculino e 100% casados. A média de idade foi de 57,1±11 anos, variando de 38 a 75 anos. Já no GC, 84,2% (n=16) eram do sexo feminino, 15,8% (n=3) do sexo masculino e 100% casados. A média de idade foi de 66,1±11 anos, variando de 34 a 77 anos.

Com relação à escolaridade, a distribuição dos participantes está descrita na Tabela 1. Destaca-se a maior parte de participantes com Ensino Fundamental Incompleto.

Tabela 1: Distribuição do nível de escolaridade dos pacientes

Escolaridade	GBO n (%)	GC n (%)	Total n(%)
Ensino Fundamental Incompleto	9 (47,4)	12 (63,2)	17 (44,7)
Ensino Fundamental Completo	5 (26,3)	5 (26,3)	10 (26,3)
Ensino Médio Completo	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (5,0)
Ensino Superior	3 (15,8)	0 (0)	3 (7,0)

Incompleto			
Ensino Superior Completo	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (5,0)
Total	19 (100,0)	19 (100,0)	38 (100,0)

4.2. Dados clínicos

Para caracterização das cardiopatias dos pacientes do estudo, foi elaborada a Tabela 2, sendo evidente o índice de 100% de prevalência de hipertensão e diabetes. Todos os pacientes estavam em acompanhamento médico ambulatorial (não houve necessidade de internação no período do grupo) e receberam orientações médicas para realização de exercícios físicos e perda de peso. Outro dado importante é que nenhum dos pacientes teve alteração significativa de prescrição médica, com recomendação em média de duas classes de anti-hipertensivos:

Tabela 2: Caracterização das patologias dos participantes

Patologia	GBO n(%)	GC n(%)
Hipertensão arterial (HAS)	19 (100%)	19 (100%)
Diabetes Mellitus (DM)	19 (100%)	19 (100%)
Dislipidemia	9 (47%)	19 (100%)
Doença Arterial Coronariana	5 (25,5%)	5 (25,5%)
Outras	5 (25,5%)	0 (0%)

Conforme descrito na Tabela 3, podemos observar que após o período de terapia do grupo GBO houve redução significativa do peso e do IMC, e da pressão arterial sistólica dos pacientes avaliados. Já com relação ao GC, nota-se houve aumento significativo do peso e do IMC, e também da pressão arterial sistólica dos pacientes observados. Não observamos diferenças significativas nas demais variáveis laboratoriais em ambos os grupos.

Tabela 3: Média dos dados clínicos e laboratoriais antes e até 6 meses depois.

<i>Medidas</i>	<i>Antes GBO</i>	<i>Depois GBO</i>	<i>P GBO</i>	<i>Antes GC</i>	<i>Depois GC</i>	<i>P GC</i>
IMC (kg/m ²)	39±6	34±7	0,001	35±5	36±5	0,001
Peso (kg)	102±22	91±24	0,001	91±27	93±21	0,001
PAS (mmHg)	149±24	132±13	0,001	161±28	171±31	0,036
PAD (mmHg)	88±14	83±11	0,1	100±22	101±16	0,583
Glicose (mg/dl)	123±39	118±52	0,2	118±26	121±29	0,293
Colesterol LDL(mg/dl)	134±44	90±22	0,12	105±31	106±30	0,600

Para melhor elucidação dos efeitos nas variáveis clínicas e laboratoriais, encontram-se os gráficos abaixo delineando o comportamento destas na linha de base até o momento final.

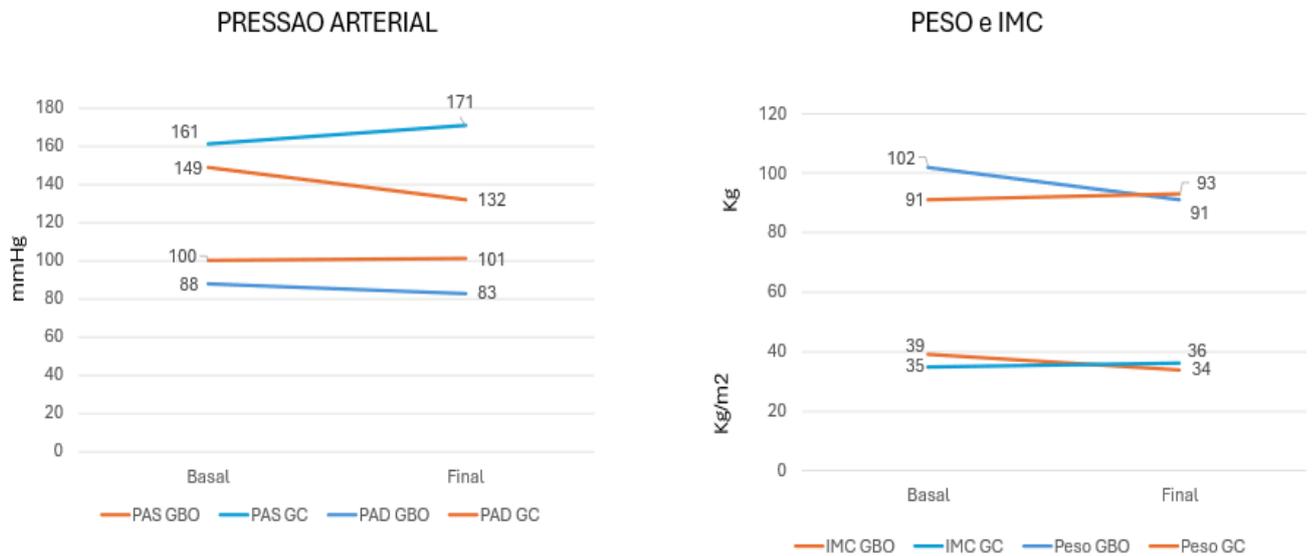


Figura 1a e 1b: Média dos dados clínicos e laboratoriais antes e até 6 meses depois em ambos os grupos (GBO e GC).

Conforme previamente descrito, podemos observar que após o período de terapia do grupo GBO houve redução significativa do peso e do IMC, e da pressão arterial sistólica dos pacientes avaliados.

Com relação a medida individual destes dados de cada paciente pré e pós tratamento e grupo controle, à fim de evidenciar a linha basal e efeito final, seguem as seguintes figuras (Figuras 2,3,4,5)-

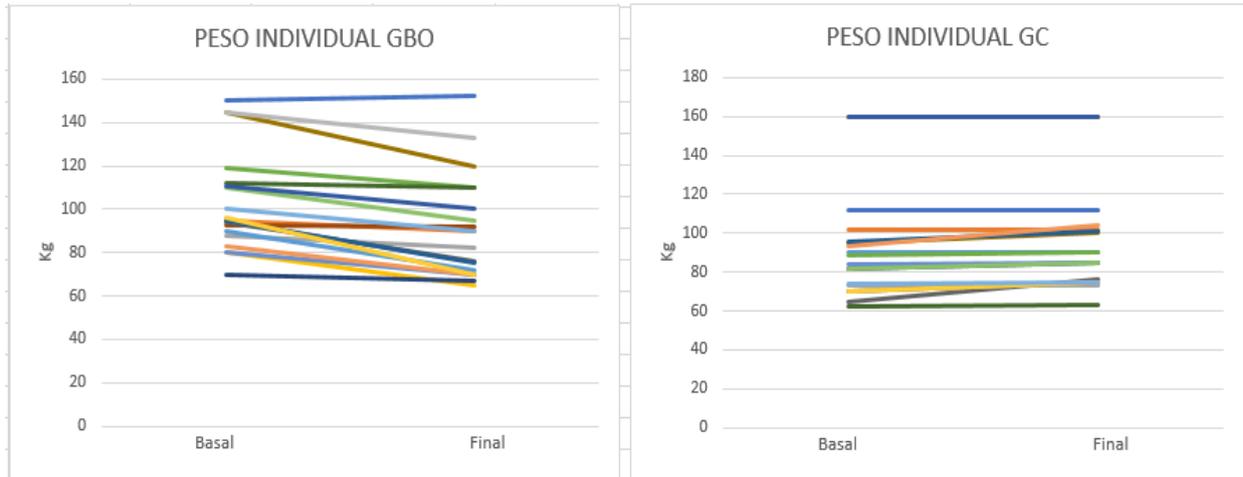


Figura 2a e 2b: Peso individual de cada paciente (GBO e GC) ao início e até 6 meses depois.

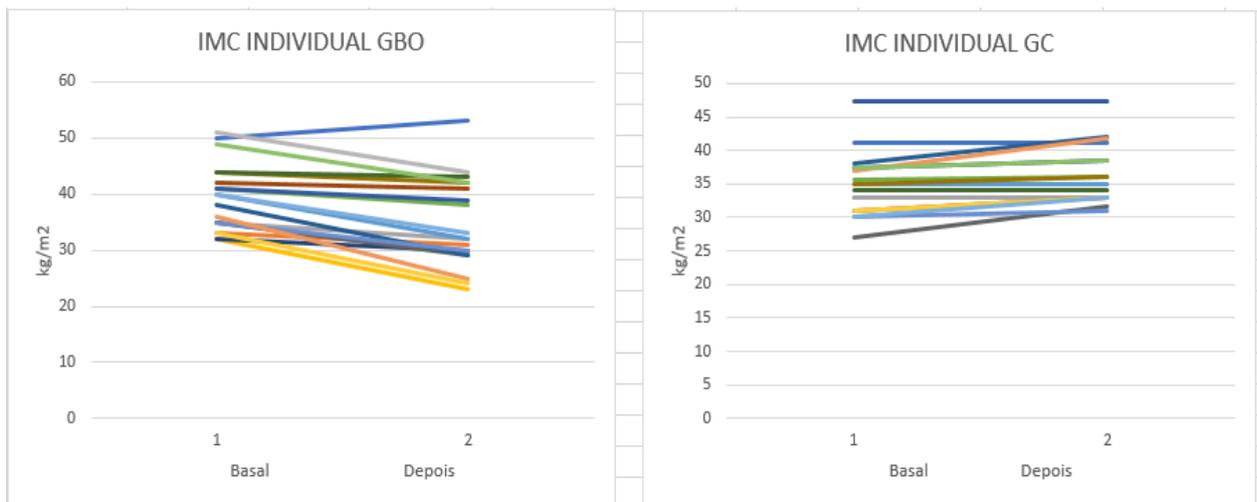


Figura 3a e 3b: IMC individual de cada paciente (GBO e GC) ao início e até 6 meses depois.

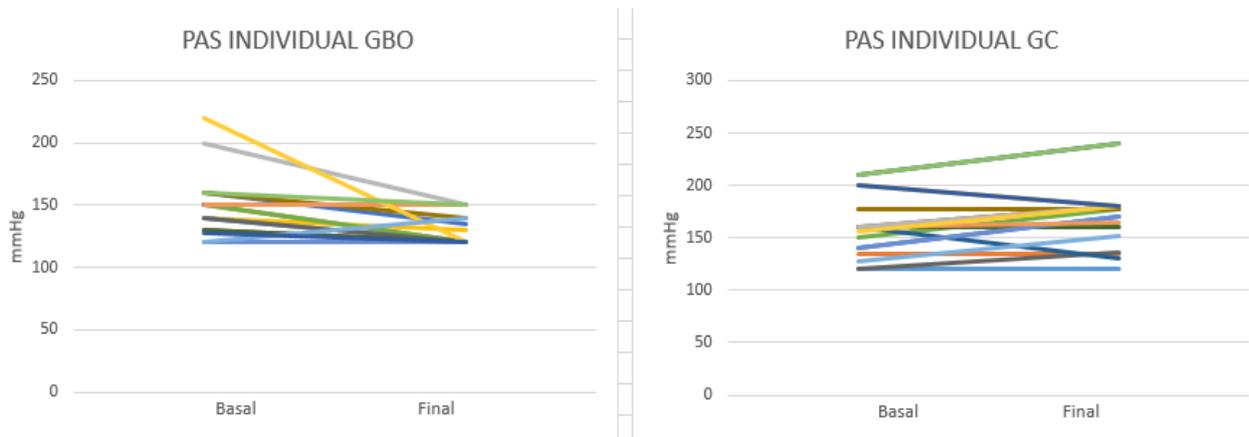


Figura 4a e 4b: Pressão arterial sistólica individual de cada paciente (GBO e GC) ao início e até 6 meses depois.

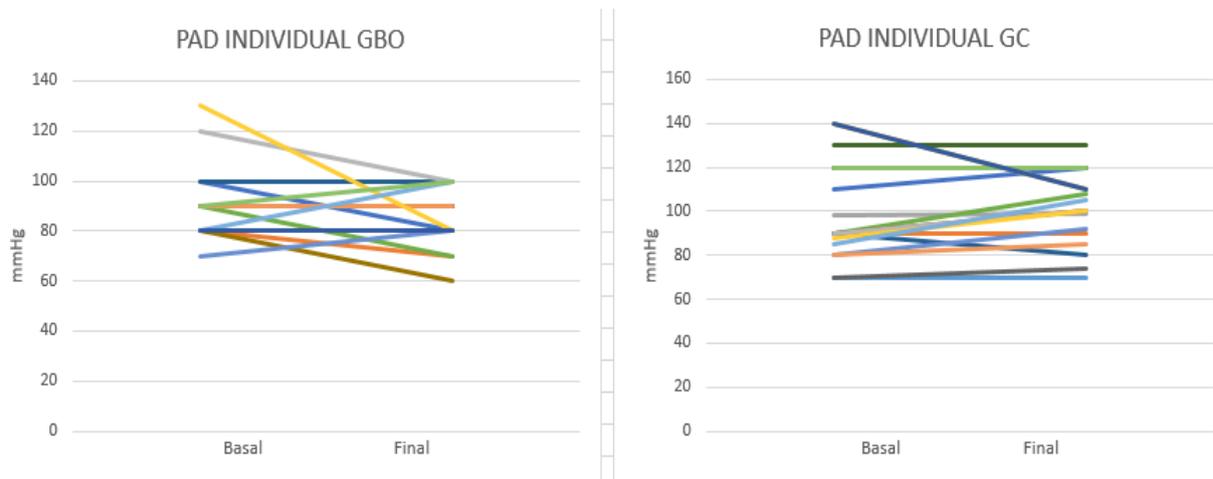


Figura 5a e 5b: Pressão arterial diastólica individual de cada paciente (GBO e GC) ao início e até 6 meses depois.

Ressalta-se que na seleção de pacientes para o GC, buscou-se seguir as mesmas características daqueles pertencentes ao GBO no quesito de gênero, estado civil e doenças prévias.

4.3. Repertórios e recursos de enfrentamento de situações cotidianas estressantes relacionadas à obesidade

Os resultados sobre a aprendizagem de novos repertórios e recursos de enfrentamentos medidos pela comparação entre as aplicações do questionário Brief-COPE estão descritos na Tabela 7, de acordo com o agrupamento de três fatores de *coping*, dois considerados adaptativos (focalizado no problema e focalizado na emoção funcional) e um mal- adaptativo (focalizado na emoção disfuncional).

Em relação ao *coping* focalizado no problema, foram observadas diferenças significativas com melhora no *coping* ativo e na reinterpretação positiva. No que tange ao focalizado na emoção funcional, só houve diferença significativa na autodistração. No *coping* focalizado na emoção disfuncional, houve melhora importante nos quesitos Autoculpabilização, Negação e Desinvestimento Comportamental.

Tabela 7: Comparação das médias das frequências entre a aplicação inicial e final do **Brief-COPE** segundo o uso das estratégias de enfrentamento pelos pacientes.

Recurso de Enfrentamento	Início GBO (N=19)	Fim GBO (N=19)	<i>p</i>
Focalizado no Problema			
Coping Ativo	5,68 ± 1,70	6,89 ± 1,30	0,014
Planejamento	5,80 ± 1,70	6,47 ± 1,40	0,342
Utilizar suporte instrumental	5,42 ± 1,50	6,32 ± 1,50	0,067
Utilizar suporte social/emocional	5,32 ± 1,20	5,95 ± 1,50	0,222
Reinterpretação positiva	5,63 ± 1,80	6,58 ± 1,50	0,008
Aceitação	6,61 ± 1,80	6,05 ± 1,90	0,673
Focalizado na Emoção – Funcional			
Religião	6,42 ± 2,10	6,79 ± 1,60	0,361
Expressão de Sentimentos	4,84 ± 1,60	5,68 ± 1,70	0,106
Autodistração	4,84 ± 2,06	6,11 ± 1,60	0,019
Humor	4,58 ± 2,11	4,84 ± 2,40	0,685
Coping Focalizado na Emoção – Disfuncional			
Autoculpabilização	6,37 ± 2,11	4,47 ± 1,90	0,001
Negação	4,89 ± 1,80	3,84 ± 1,80	0,005
Desinvestimento Comportamental	4,84 ± 2,06	2,84 ± 1,4	0,007
Uso de Substâncias	2,60 ± 0,60	2,00 ± 0,00	0,317

4.4. Comportamentos provocadores de sofrimento emocional

Para avaliação dos comportamentos provocadores de sofrimento emocional foram analisados os estímulos antecedentes, ou seja, os principais estímulos para a evocação de respostas manifestas, isto é, dos comportamentos apresentados, destacando-se separadamente a vontade de comer.

Os comportamentos apresentados foram categorizados a partir do caráter da resposta manifesta trazida pelo paciente: “Respostas Evitativas à Situação/Respostas Passivas” e “Respostas de Enfrentamento à Situação/Respostas Ativas”. A primeira categoria diz respeito

a classes de respostas de pacientes que evitavam buscar novas interações ambientais e que, embora visassem uma resolução mais positiva de seus conflitos pessoais, fizeram-no com posturas passivas negativas, ou seja, aquelas que não trazem melhoras satisfatórias e que geram sofrimento emocional. Já a segunda, foi interpretada como classes de respostas em que os pacientes mostravam formas de lidar satisfatoriamente com seus conflitos, trazendo postura ativa para incorporar, ao seu dia a dia, novos meios de atingir seus objetivos e se sentirem melhor. A média da frequência de uso destas respostas nas duas aplicações do Autorrelato (pré e pós-intervenção) estão explicitadas na Tabela 8, mostrando diferenças significativas nas duas variáveis de respostas após o período de terapia GBO.

Tabela 8: Comparação das médias entre a aplicação inicial e final do Autorrelato Comportamental segundo a frequência dos estilos de respostas utilizadas pelos pacientes.

Classe de respostas manifestas	Início GBO (N=19)	Fim GBO (N=19)	<i>p</i>
Respostas Evitativas à Situação/Respostas Passivas	2,37 ± 1,70	0,89 ± 1,20	0,001
Respostas de Enfrentamento à Situação/Respostas Ativas	0,47 ± 0,69	2,79 ± 2,10	<0,001

Com relação ao Comportamento de Comer, categorizou-se a média da frequência de respostas expressadas pelos pacientes como “sim” ou “não”, ou seja, respostas encobertas contingentes às situações cotidianas trazidas pelos pacientes. Podemos observar uma menor pontuação no comportamento de vontade de comer após a intervenção.

Tabela 9: Comparação das médias entre a aplicação inicial e final do Autorrelato Comportamental segundo a frequência da vontade de comer dos pacientes.

Vontade de comer	Início GBO (N=19)	Fim GBO (N=19)	<i>p</i>
Presente	2,37 ± 1,25	0,89 ± 1,10	0,003
Ausente	0,84 ± 1,30	2,68 ± 2,00	0,002

4.5. Alívio do sofrimento

A categoria “Sentimentos Negativos” incorpora as respostas encobertas trazidas pelos pacientes como tristeza, frustração, raiva e culpa, resultados de situações diversas em suas vidas indicativos de sofrimento emocional e que aparecem em conjunto com a vontade de comer. Já a categoria “Sentimentos Positivos” foi elaborada a partir das respostas encobertas que os participaram nomearam como agradáveis, tais como felicidade, calma, alegria, englobando também os relatos de sensação de melhoria de sentimentos desagradáveis. Assim, observamos diminuição significativa dos sentimentos negativos e aumento significativo dos sentimentos positivos ao final da terapia.

Tabela 10: Comparação das médias entre a aplicação inicial e final do Autorrelato Comportamental segundo a frequência da classe de sentimentos expressados pelos pacientes.

Classe de respostas encobertas	Início GBO (n=19)	Fim GBO (n=19)	<i>p</i> (0,05)
Sentimentos Negativos	3,26 ± 1,90	1,95 ± 1,10	0,004
Sentimentos Positivos	0,84 ± 1,30	2,68 ± 2,00	0,003

4.6. Satisfação dos participantes

A avaliação de satisfação foi classificada conforme atendimento ou não das expectativas trazidas pelos pacientes quanto ao tratamento proposto (Figura 6). A grande maioria dos participantes referiram ter atingido as expectativas trazidas por eles.

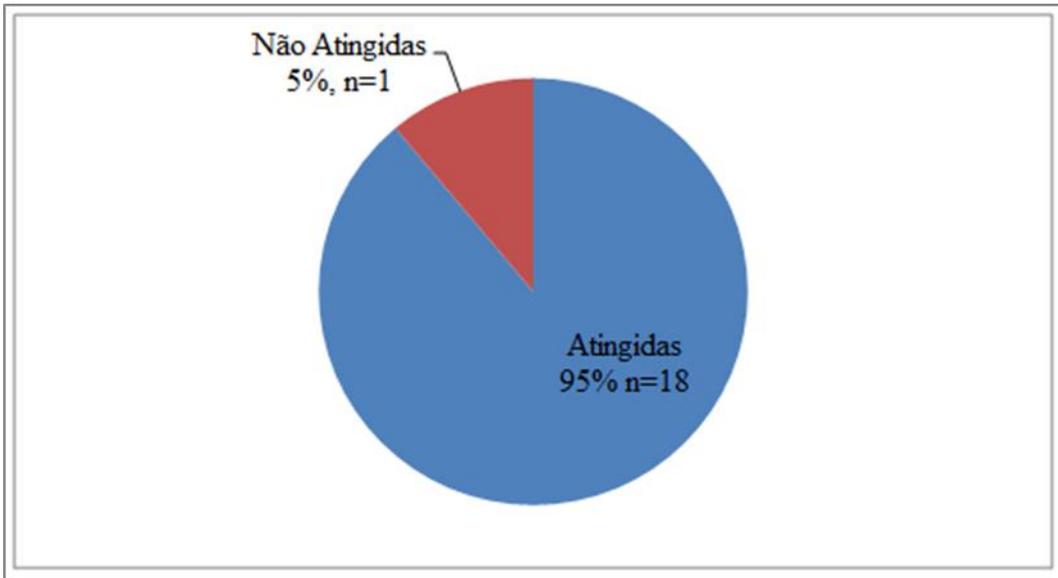


Figura 6: Distribuição das frequências segundo expectativas dos pacientes atingidas ou não no término do processo psicoterapêutico.

5. DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo mostram que o GBO se mostra uma importante estratégia terapêutica para controle de parâmetros clínicos de pacientes com obesidade e cardiopatias, sobretudo redução de peso e melhor controle da pressão arterial, além de melhora em vários aspectos psicológicos relacionados a obesidade. Esta abordagem de terapia breve em grupo pode ser utilizada em serviços referenciados como o nosso, e mesmo ser expandida para atenção primária ou secundária da rede pública que atende este perfil de pacientes. Vários pontos importantes do estudo merecem ser abordados para reflexão dos resultados.

É importante destacar que a presença de um Grupo Controle (GC) com características sociodemográficas e de comorbidades semelhantes às dos participantes do GBO permitiu limitar as variáveis de interferência para análise de dados.

Dessa forma, tanto o GBO quanto o GC foram compostos majoritariamente pelo gênero feminino, corroborando com dados da literatura que aponta o público feminino como o principal impactado por esta doença^{36,37,38}. Porém, alguns estudos apontam que é possível que as mulheres sejam mais inclinadas a buscar acompanhamento médico^{34,35,36}, o que também pode ter favorecido a predominância desta população no presente estudo, visto que é uma instituição de saúde referenciada.

Outro dado observado na população aqui estudada foi a predominância da baixa escolaridade, fato este não alinhado com a literatura, pois a maior parte dos estudos mostram que portadores de obesidade apresentam, em geral, o ensino médio completo^{34,35,36}. Essa diferença se justifica pelo fato do estudo ter sido desenvolvido em uma instituição do sistema

público de saúde brasileiro, onde a maior parte dos pacientes atendidos tem maior dificuldade de acesso ao sistema escolar.

Também observamos em nossa população estudada uma predominância do público casado, em ambos os gêneros. Alguns estudos^{36,37} sugerem o casamento ou união estável como fator de risco para obesidade em ambos os gêneros –sendo maior para os homens. Tal fator de risco é advindo do estresse emocional relacionado a possíveis conflitos conjugais, aumento de responsabilidade financeira e redução de atividade física regular³⁷.

Os principais achados clínicos, contemplados no objetivo principal do estudo foram, em curto prazo, a redução significativa do peso e melhor controle da pressão arterial sistólica nos pacientes que receberam a intervenção no grupo GBO. Estes impactos do GBO são reforçados pelos dados do GC, onde pacientes em tratamento convencional tiveram um aumento importante no IMC e no peso, além de piora em exames laboratoriais. Os resultados do grupo GBO provavelmente tem relação direta com a melhora do estado psicológico e dos hábitos de vida obtida com a terapia em grupo.

A literatura^{38,39} é ampla em discorrer sobre efeitos benéficos da psicoterapia individual comportamental na redução da pressão arterial. Questões trabalhadas no processo terapêutico como a identificação de fatores provocadores de estresse e ampliação de recursos de enfrentamento são apontadas como importantes aspectos para atenuação de sofrimento e processos inflamatórios implicados na hipertensão.

Apesar de existirem poucos dados na literatura, alguns estudos^{40,41} corroboram os resultados laboratoriais advindos do GBO. Heinz-Dieter³⁸ em 1982, em estudo com pacientes hipertensos, dividiu-os em grupo controle e grupo psicoterápico, este último conduzido por psicólogo durante 12 sessões em 15 semanas. Nos pacientes do grupo psicoterápico, averiguou-se redução de peso, assim como da pressão arterial. Compreendeu-se que, tais reduções, poderiam ser atribuídas a presença de mudanças comportamentais dos pacientes que

passaram a apresentar um repertório melhor de comportamentos saudáveis. Tal resultado está coeso com os objetivos propostos na presente pesquisa.

Também consoante com os objetivos e resultados deste estudo, no estudo de Otieto et al realizado no Quênia⁴⁰, obteve-se dados interessantes no tratamento de pacientes com hipertensão e comorbidades. Dividiu-se 167 pacientes em grupo controle e 243 no grupo de suporte emocional. Identificou-se uma redução de 5,4 mmHg na pressão sistólica daqueles que receberam suporte emocional.

Os resultados nos aspectos psicológicos foram extremamente relevantes para a melhora clínica e merecem ser discutidos com maior profundidade.

A melhora significativa em três tipos de *coping* considerados adaptativos, dois focalizados no problema (Reinterpretação Positiva e Reinterpretação Positiva) e um focalizado na emoção funcional (Autodistração), somada a uma diminuição de três tipos de *coping* mal adaptativo, ou seja, focalizado na emoção disfuncional (Desinvestimento Comportamental, Negação e Autoculpabilização), sinalizaram a eficácia do GBO com relação a esse objetivo. Sobre o uso de Coping Focalizado no Problema e na Emoção – Funcional, a eficácia do GBO é reforçada por dados da literatura que mostram que indivíduos com uso satisfatório desses tipos de coping apresentam níveis mais positivos de qualidade de vida e saúde mental^{16,17,42,43}.

Estudos recentes sugerem que pessoas com Coping Ativo são aquelas que tendem a buscar hábitos de vida mais saudáveis – principalmente realização de exercícios físicos, melhor qualidade de alimentação – comportamentos estes importantes para a prevenção de doenças cardiovasculares e obesidade^{16,17,42,43}.

A melhora da Reinterpretação Positiva e Coping Ativo foram observadas também nos relatos livres desses pacientes nas sessões, que apontaram passar a ver novos sentidos para

diversos aspectos de suas vidas pessoais, trazendo um questionamento de suas possibilidades, além de planos e metas para atingi-las, conforme os exemplos:

- *“Aqui todos passamos por situações parecidas e juntos aprendemos a lidar com elas”;*

- *“Aprendi que tudo na vida tem seu lado difícil e seu lado fácil...é difícil aceitar certas situações, mas aqui encontrei a força para enfrentá-las”;*

- *“Estou colocando metas para mim mesma, quero conseguir me cuidar”.*

As mesmas falas anteriormente citadas sinalizam também um sentimento de apoio emocional entre os membros, o que poderia apontar uma melhora da Utilização do Suporte Social/Emocional. Contudo, este foi um tipo de recurso adaptativo focalizado no problema a respeito do qual não foi encontrado diferença estatisticamente significativa entre o início e final do processo psicoterapêutico. A literatura mostra que maiores níveis de Coping Focalizado no Problema e na Emoção – Funcional, como Reinterpretação Positiva e Autodistração podem trazer importantes impactos no ambiente sócio-emocional do paciente por favorecer o convívio social desses e isto, por sua vez, favorecer o desenvolvimento de novas estratégias, como Suporte Sócio-Emocional^{16,17,42,43}. Diante da literatura consonante com as falas livres dos pacientes nas sessões e da melhora deste recurso, mesmo que não estatisticamente significante (início $5,32 \pm 1,20$; fim $5,95 \pm 1,50$ $p=0,222$), sugere-se que, talvez, se o GBO tivesse maior tempo de duração, o resultado desse recurso particularmente poderia ser estatisticamente significativo. Por outro lado, a análise qualitativa a seguir já propõe mudanças importantes nas relações entre os membros dos grupos.

Com relação às interações sociais, observou-se o estabelecimento de vínculos afetivos e harmoniosos entre os membros. Tais relacionamentos favoreceram o suporte mútuo tanto dentro das sessões do GBO, quanto fora (por exemplo, na sala de espera ou transporte

público). Verifica-se, nas falas abaixo, fatores terapêuticos descritos por Yalom e Leszcz¹⁹ como dados de literatura que embasam a estratégia de Suporte Sócio-Emocional:

- *“Olha só, viu minha amiga, eu consegui, você também consegue. Vamos pensar numa rotina juntas?”*.

- *“Ver que todo mundo tem seu fardo mas consegue se redescobrir tem me deixado feliz e motivado”*.

- *“Vocês me ensinaram a cuidar de mim mesma”*.

À partir das falas acima, portanto, é possível evidenciar a presença dos seguintes fatores terapêuticos: coesão grupal, instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, aprendizagem interpessoal e comportamento imitativo. Os fatores terapêuticos são descritos na literatura como balizadores da efetividade da terapia grupal¹⁹. Existem alguns estudos que se baseiam nestes fatores para averiguar a possibilidade de manejo de tais terapias em instituições de saúde brasileiras, como CAPS e UBS⁴⁰.

A Autodistração, especificamente, é apontada de forma divergente na literatura, por vezes sendo considerada um Coping Focalizada na Emoção – Funcional^{16,17} e, outras, como Disfuncional, sendo vista como um impeditivo para o paciente buscar estratégias favoráveis de eliminação de estressores^{16,17}. Apesar do aumento dos índices deste recurso poder apontar para significados completamente opostos quanto à eficácia do GBO enquanto proposta de tratamento para os cardiopatas obesos, no presente estudo, foi compreendida como um recurso que favoreceu o alívio de desequilíbrios emocionais causados pelo ambiente e que poderiam favorecer a resolução do problema. Esta interpretação advém do fato dessa compreensão condizer com os relatos dos pacientes, nos quais fica evidente que a mesma apareceu como um autocuidado, ou seja, como um investimento em si mesmos. Muitas participantes mulheres relataram que assumiam papéis de cuidadoras da casa, do marido e filhos e colocavam não apenas sua saúde, mas seus desejos e gostos em segundo plano. No

decorrer do GBO, foram retomando seus papéis familiares e dando novos significados aos seus desejos e sentimentos, mostrando uma disponibilidade subjetiva diferente para sua própria saúde, tal como exposto pelos trechos a seguir:

- *“Agora sei que posso fazer minha jardinagem e me acalmar... daí fico menos ansiosa e como menos doce”;*

- *“Decidi que não preciso fazer só o que ele (marido) quer...preciso me cuidar. Sempre gostei de arte, montei um atelier e faço minhas coisas, estou feliz...”;*

- *“Eu e minha esposa discutimos, fui dar uma caminhada e isso me acalmou...consegui voltar para casa e conversar melhor”.*

A redução de Desinvestimento Comportamental, Negação e Autoculpabilização como resultados indicativos da eficácia do GBO é reforçada pelos relatos:

- *“Vim aqui sem sentido, desistindo de tudo... hoje eu digo que a vida tem sentido, a vida é um presente e estou cuidando da minha”.*

- *“Tenho limitações, sei disso agora. Mas também aprendi a buscar o que é possível para mim.”.*

- *“É aquilo, quando a gente entende melhor o que faz mal pra gente, parece que fica mais claro o que é nossa responsabilidade e o que não é.”*

- *“Parece que aqui tirei um peso das minhas costas...me libertei. Estou aprendendo a me cuidar e não sinto mais aquela ansiedade de comer muito”*

Tal achado vem ao encontro de estudos que apontam que essa estratégia de enfrentamento está ligada à progressão de doença e piores estados psicológicos^{42,43}. O coping mal-adaptativo está relacionado com maiores níveis de depressão e ansiedade, enquanto que pessoas com mais dificuldades de enfrentamento possuem uma qualidade de vida mais baixa^{16,17,38,39}. Outro fator a ser ressaltado é a presença de falas com teor de sofrimento conjugal, tal como previamente visto na literatura e nos grupos GC e GBO.

Considera-se importante apontar que, embora sem significância estatística, houve melhora do Suporte Instrumental, Religião e Expressão de Sentimentos. Estes resultados também sugerem a eficácia do GBO. Propõe-se, portanto, que sejam destacadas falas importantes dos pacientes com relação a tais estratégias.

- “Nesse grupo eu me encontrei...sinto que posso me expressar sem ser julgada, falo minha história e todos me ajudam...”

- “Foi tão importante me sentir ouvida...ouvir vocês. Temos vidas diferentes mas dificuldades parecidas”

- “Resgatei a força que tinha, Deus nunca desampara né?”

- “Não é só meu marido brigando comigo que tenho na minha vida, tenho vocês todos que cada um enfrenta sua batalha.”

Ressalta-se que outro processo psíquico importante analisado nas falas acima, que é o de elaboração. Este processo é caracterizado pelo movimento do paciente de se esquivar e entrar em contato com um evento, ou seja, por vezes aceitá-lo e por vezes negá-lo, até ser capaz de enfrenta-lo de forma favorável e reestabelecer novas formas de se relacionar no mundo^{11,12,13}. No GBO, os participantes entraram em contato pela primeira vez com questões de suas vidas provocadoras de sofrimento; viram-se em um local em que puderam refletir sobre suas próprias escolhas passadas, de forma a, por vezes, aceitar e outras a negar as consequências destas. A elaboração é um processo esperado e positivo durante a psicoterapia^{11,12,13}, isto é, sua presença pode ser indicador da eficácia do GBO enquanto processo. Aventa-se a possibilidade de que o aumento do tempo do processo psicoterapêutico pudesse gerar ainda mais benefícios aos pacientes, visto que o paciente teria mais tempo para a elaboração. Acrescenta-se que o aumento do tempo de duração do tratamento poderia gerar também aumento do Suporte Sócio-Emocional, já que os participantes começaram a mostrar uma motivação para realizarem atividades juntos além da psicoterapia. Os participantes

trocaram redes sociais e construíram grupo de *Whatsapp* para manterem contato após finalização do grupo. Tais hipóteses poderiam ser testadas com a comparação de um grupo controle de psicoterapia a longo prazo, o que não foi possível realizar na presente pesquisa pela ausência de registro dessas variáveis dos grupos que eram realizados anteriormente na instituição hospitalar em questão. Tal comparação permitiria a melhor compreensão das potencialidades e limitações de uma proposta psicoterápica breve.

Os pontos acima destacados se alinham com evidências na literatura de pacientes em piores estados emocionais e afetos negativos se apresentarem menos engajados na busca de socialização, rede de apoio e tratamentos de saúde ^{43,44,45}. Dessa forma, ressalta-se que a proposta de o GBO ser uma psicoterapia grupal também favoreceu a criação de vínculos saudáveis, que aliviasse a presença de sentimentos negativos e estabelecesse um repertório de autocuidado mais ativo. Tais pontos serão discutidos em maior profundidade nos resultados adiante.

O coping “Uso de Substâncias” se reduziu, porém, em apenas uma paciente que relatou o uso ocasional de recursos químicos (álcool) para alívio de sentimentos previamente ao GBO, mas interrompeu o consumo logo no início do grupo. Apesar de o uso de álcool ter sido encontrado em apenas uma participante, existem registros na literatura sobre a relação entre piores estados psicológicos, obesidade e consumo de álcool – principalmente como fonte de manejar o sofrimento, mas ao mesmo tempo exacerbando comportamentos pouco saudáveis, como ingestão de alimentos calóricos e sedentarismo ^{16,17}.

A mudança de comportamentos provocadores de sofrimento emocional confirmada pela redução significativa de “Respostas Evitativas à Situação/Respostas Passivas”, acompanhada pelo aumento significativo de “Respostas de Enfrentamento à Situação/Respostas Ativas” ao final do GBO, pode ser relacionada com o aumento dos recursos de enfrentamento. Coping Ativo e Autodistração estão relacionados com a maior

frequência de Respostas Ativas. Esses dados se mostram coerentes com as hipóteses iniciais de que, com aumento de estratégias de recursos de enfrentamento, os pacientes se mostrariam também mais ativos em diversos hábitos de sua vida e, por sua vez, haveria uma redução da resposta de comer. Tal hipótese se manteve verdadeira e corroborada com a redução significativa da variável Vontade de Comer. Experiências mais difíceis são associadas com a vontade de comer, enquanto contingências positivas parecem não estarem tão associadas a esta resposta nesta amostra. Percebeu-se que, para estes pacientes, a seleção do comportamento de comer estava extremamente vinculada à fonte de prazer imediato; e, juntamente com a habilidade adquirida de buscar novas fontes de bem-estar, comportamentos saudáveis – bem como o aumento da frequência de sentimentos positivos, houve redução da Vontade de Comer (redução da presença deste e aumento da ausência ao final do GBO). A literatura corrobora essa sugestão, ressaltando relações entre pacientes em intenso sofrimento que utilizam da comida como uma forma de alívio desse estado emocional^{36,37, 43,44,45}.

Em consonância com essa hipótese, está a frequência de Contingências Desprazerosas que permaneceu a mesma, enquanto houve um aumento nas Contingências Prazerosas. Estes demonstram que o papel do GBO, em consenso com o papel das psicoterapias apontado na literatura, não se pauta em retirar os estímulos aversivos da vida dos pacientes, mas sim em favorecer a seleção de novas respostas para melhor enfrentamento destes e desenvolvimento de novas fontes de bem-estar^{11,12,13}.

Isso se deve ao fato de que, quando os pacientes passaram a investir em outras fontes de prazer, novas respostas são selecionadas, diminuindo a frequência do hábito de comer, tal como sinalizado nas falas dos pacientes como uma percepção da redução do desejo pela comida:

- *“Não dormia porque não aguentava ficar na cama com meu marido, então comia para passar o tempo. Mas agora que resolvi sair do quarto, parei com isso.”;*

- *“Ficava ansiosa e comia sem parar, o que via pela frente. Agora já sei me controlar”.*

- *“Era muito fácil ficar sentada no sofá, com televisão e comer sem parar. Era muito gostoso. Só que hoje eu vou jogar dominó com minhas amigas e é muito mais gostoso”.*

Além disso, existem dados na literatura que estabelecem a importância da denominada ativação comportamental, ou seja, o estabelecimento e aprendizagem de novos repertórios comportamentais para pacientes e ampliação de suas interações ambientais. A ativação comportamental é a proposta primária no tratamento de transtornos de humor, transtornos alimentares e alívio de sofrimento^{11,12,13}.

Outro aspecto positivo do GBO como tratamento psicoterapêutico percebido pelo psicólogo condutor do GBO e, anotado em seu registro das sessões foi que, previamente às intervenções, muitos dos pacientes não percebiam as relações entre os eventos ambientais de suas vidas, seus sentimentos (respostas encobertas) e as respostas manifestas (comer). O GBO teve um papel importante para auxiliar os pacientes a identificarem fatores importantes de suas vidas e o impacto deles em sua saúde física e emocional. Um dado que corrobora a melhora da percepção dos pacientes é a mudança na forma de preenchimento do Autorrelato Comportamental. Na primeira aplicação correspondente ao início do GBO, as escritas eram de difícil categorização, informações confusas e mais escassas (de 5 até 30 palavras), evidenciando dificuldade dos pacientes na identificação e compreensão de seu mundo interno. Já na segunda aplicação, isto é, no final do processo, vários pacientes preencheram grandes textos corridos (de 150 a 200 palavras), com informações mais claras e alguns até explorando a percepção de suas próprias mudanças no decorrer da terapia. Ou seja, os textos aumentaram três a seis vezes do início do grupo para o final.

A literatura aponta que o perfil de pacientes portadores de obesidade usualmente está relacionado à baixa percepção de si mesmo, o que também tem contribuído para autocuidado

prejudicado e, conseqüentemente, piora em hábitos alimentares e bem-estar emocional^{35,36,37,41,42,43}. Sugere-se, portanto, que, diante do processo psicoterápico, pacientes puderam entrar em contato com si e com seu meio, compreendendo de forma mais adequada diversos fatores prejudiciais para sua saúde física e emocional, além de buscar novas formas de enfrentamento.

A literatura que se aprofundou em analisar traços de personalidade protetivos para hábitos de vida saudáveis e menor predisposição ao comer em excesso, conseguiu relacionar o fator de “consciência” (caracterizado como uma compreensão adequada de si e do mundo) como essencial para manutenção de estilos de vida saudáveis ^{43,44,45}. Assim, mesmo que nos estudos esteja sendo definido como um perfil psicológico, compreende-se que também pode ser uma habilidade aperfeiçoada na terapia – que visa ampliar o conhecimento do paciente sobre seu mundo interno e externo ^{11,12,13}.

Tal resultado é corroborado pelo resultado de alívio do sofrimento, com a redução da média de expressão de sentimentos negativos, e pelo aumento da média de expressão de Sentimentos Positivos. E, novamente, são reforçados pelas falas livres dos pacientes nas sessões:

- *“Estou me percebendo mais feliz... esse grupo me ensinou a olhar a vida de outra forma”;*
- *“Estou menos ansioso... me sinto capaz de fazer minhas coisas depois da terapia”;*
- *“Me encontrei aqui dentro... vejo valor em coisas que sempre tive mas não conseguia olhar... fico menos triste quando venho aqui”.*

A possibilidade de se comportar sem julgamentos, buscando novas possibilidades como um indivíduo ativo em sua vida, ou seja, o alívio dos subprodutos emocionais de contingências punitivas no ambiente do paciente, expressada pelo último relato exposto, é um outro resultado do processo terapêutico apontado em estudos prévios^{8,9}.

Outro dado importante da literatura que fortalece o argumento sobre a relação entre redução do peso, vontade de comer e sentimentos positivos, é a presença de estudos^{35,36,37, 43,44,45} que associam estados psicológicos negativos – com frequência de crenças negativas persistentes sobre autoeficácia, ansiedade e angústia exacerbadas, e pessimismo com pessoas com maior IMC, obesidade e maus hábitos de vida.

Ainda articulando a Vontade de Comer com o objetivo de Alívio de Sofrimento, foi percebido pela psicóloga condutora do grupo que muitos pacientes traziam a ansiedade como uma resposta encoberta em conjunto da vontade de comer e, após o GBO, sua ansiedade foi atenuada. A literatura ressalta a relação entre ansiedade e a vontade de comer^{43,44,45,46}.

Elucidando mais uma vez os resultados sobre Alívio de Sofrimento, Vontade de Comer e Mudança Comportamental, existe a observação da postura dos pacientes no processo grupal. Nos primeiros encontros, muitos pacientes iniciavam a sessão de forma mais reservada, evitavam falar sobre certas situações e até manifestavam retraimento corporal. Ao longo das sessões, formaram-se relações de confiança tanto entre pacientes quanto com a profissional. Verificou-se que os pacientes passaram a chegar alguns minutos antes do início da sessão, conversavam de forma alegre entre si até mesmo na sala de espera e trouxeram relaxamento corporal notável no ambiente grupal.

Assim como foi possível verificar a relação entre a melhora dos Recursos de Enfrentamento, Mudança Comportamental, Vontade de Comer e Alívio de Sofrimento, ressalta-se novamente o conceito da ativação comportamental como uma estratégia da Análise do Comportamento que embasa os resultados acima. Isto se deve ao fato de que quando se analisa as relações entre comportamento e ambiente, verifica-se que diante da ocorrência forte ou frequente de estímulos aversivos e/ou perda de reforçadores positivos (fatores ambientais), a pessoa passa a emitir mais frequentemente respostas de fuga e esquiva (ações do indivíduo), culminando em uma redução da atividade e, conseqüentemente, em uma redução de

exposição a possíveis reforçadores^{11,12,13}. Em outras palavras, diante de dificuldades que a vida apresenta, algumas pessoas recuam, passam a se isolar, a se esquivar, mas conseqüentemente elas também acabam se isolando de situações que poderiam ser gratificantes, que poderiam ter um impacto positivo no humor e em seu funcionamento geral.

A satisfação com o tratamento realizado mostrou expectativas dos pacientes atingidas (89%) e até superação dessas (55%) e vai de encontro com dados que explicam que, quanto mais um paciente espera que a terapia seja útil (tanto individual quanto grupal), mais útil ela será. O sucesso da terapia em grupo se pauta nas expectativas positivas dos pacientes sobre sua melhoria, beneficiando-se de o significado do grupo ser uma fonte de esperança para eles^{19,20}.

Além disso, a partir dos tipos de expectativas trazidos pelos pacientes (Tabela 7) percebeu-se que a maioria trouxe “Melhorar o Autocontrole”, assim como “Ser Feliz/Bem-Estar” e “Alívio de Sentimentos”, o que está condizente com os objetivos do GBO. A literatura aponta que deve haver um alinhamento de expectativas entre pacientes e terapeuta, o que favorece não apenas frutos positivos para a aliança terapêutica, mas também para os resultados da terapia como um todo^{19,20}.

Compreende-se que os objetivos do GBO estavam também alinhados com o consenso da literatura sobre o paciente ativo em seu autocuidado e tratamento – algo que, também se mostrou alinhado com as expectativas trazidas pelos pacientes. Assim, viabilizou-se uma confluência entre as propostas do grupo, os desejos dos pacientes, estabelecendo uma via de tratamento que eles estimaram como satisfatória não apenas do ponto de vista subjetivo e emocional, mas também na redução de peso, IMC e melhora do controle da pressão arterial.

Tais resultados foram observados também pelo grande investimento subjetivo de todos os pacientes com o processo, uma vez que todos os pacientes trouxeram as atividades

conforme solicitado, participaram ativamente das trocas de experiências e mencionaram seus desejos. Outros benefícios foram referidos livremente pelos participantes:

- *“Eu precisava me controlar e organizar minha vida... foi aqui com vocês que aprendi a fazer isso”.*

- *“Precisei aprender a dizer não aqui dentro”.*

Outro dado qualitativo importante se referiu ao preenchimento do Questionário de Expectativas. Inicialmente, os pacientes apresentaram poucos dados e palavras (entre 5 e 10), com maior dificuldade de nomear seus próprios desejos. Já na segunda aplicação, vários pacientes preencheram grandes textos corridos (de 100 palavras), sendo observada melhora na compreensão de suas expectativas, cujo conteúdo expressava a percepção de suas próprias mudanças e melhorias no decorrer da terapia. Tal como o Questionário Comportamental, os textos do Questionário de Expectativas foram cerca de dez vezes maiores no final do processo psicoterapêutico em comparação a seu início. Ambos os dados demonstraram uma mudança de postura frente a aspectos de vida de cada paciente, que se apresentavam com uma maior motivação de enfrentamento de questões pessoais e busca de desejos.

Assim, como resultante de todos estes processos, o GBO se apresenta como uma ferramenta importante onde os pacientes puderam compreender de forma mais ativa seus ambientes interno e externo, construindo repertórios satisfatórios para saúde, autocuidado e bem-estar. Esta melhoria de repertórios tem benefício importante em pacientes portadores de obesidade, visto que a literatura aponta uma predominância de hábitos de vida pouco saudáveis nestes pacientes, tanto no aspecto físico quanto emocional^{42,43,44,45,46}.

Além da eficácia do GBO em relação aos objetivos propostos, a viabilidade dele como tratamento se pauta no fato de que, em seis meses, foi possível atender o número de pacientes que seria atendido em dois anos (um ano para cada grupo), considerando a psicoterapia de longo prazo antes realizada na instituição. Acrescenta-se que esse programa assistencial não

trouxe custos adicionais, além da impressão de papéis para as atividades realizadas nos grupos, uma vez que o profissional responsável pela execução do mesmo fazia parte do Serviço de Psicologia, tal como a sala do Ambulatório disponível. Ao contrário, o tempo do profissional que se dedicaria cerca de 72 horas de trabalho por grupo (1,5 hora por semana, durante 1 ano) foi reduzido para 12 horas (1,5 hora por atendimento, 12 sessões).

A limitação da presente pesquisa diz respeito, principalmente, à ausência de dados sobre um grupo de psicoterapia de longo prazo com este perfil de pacientes para melhor controle de variáveis.

6. CONCLUSÃO

O grupo de terapia breve para obesos foi eficaz e trouxe benefícios clínicos em curto espaço de tempo, com reduções significativas do peso, IMC e pressão arterial sistólica, além de melhoras importantes em vários aspectos psicológicos relacionados à obesidade.

Além disso, a proposta de psicoterapia breve não trouxe custos adicionais e foi efetiva quanto ao desenvolvimento de recursos de enfrentamento adaptativos, além da redução de uso de recursos mal-adaptativos. A presente proposta assistencial também foi eficaz em facilitar mudanças dos comportamentos provocadores de sofrimento emocional, atingindo a satisfação dos participantes.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de inclusão do GBO como possibilidade de tratamento psicológico para pacientes portadores de obesidade e cardiopatias.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Organização Mundial da Saúde. (OMS) [acesso fev 2022] Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – Brasil. [Internet]. [acesso fev 2022]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acesso fev 2022]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/mais-da-metade-dos-adultos-estao-acima-do-peso>
4. Associação Brasileira Para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). [acesso fev 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf
5. van Riel L., van den Berg E., Polak M., Geerts M., Peen J., Ingenhoven T. and Dekker J. Exploring effectiveness of CBT in obese patients with binge eating disorder: personality functioning is associated with clinically significant change. In *BMC Psychiatry* (2023) 23:136. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04626-x>
6. Molinari E. e Riva G., Self-Others Perception in Clinical Sample of Obese Women. In *SAGE Journals*, V80, issue 3, 1995
7. Leme ACB, Haines J, Tang L, Dunker KLL, Philippi ST, Fisberg M, Ferrari GL, Fisberg RM. Impact of Strategies for Preventing Obesity and Risk Factors for Eating Disorders among Adolescents: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Oct 14;12(10):3134. doi: 10.3390/nu12103134.
8. Cavalcante, R. Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 2009.
9. Correia, SBK, Prette, ZAPD, & Prette, AID. Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9(2), 201-210. 2004
8. Elfhag, K. e Morey, LC. Personality Traits and eating behavior in the obese: poor self control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. In. *Eating Behaviors* 9 (2008). 285-293

9. Walker, C., White, EK e Srinivasan, VJ. A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. In *Int. Journal of Eating Disorders*. 2018. 51. 745-770
10. Rubino, F, Puhl, R, Cummings, E, Eckel, R, Ryan, D, et al. Joint International consensus statement for ending stigma for obesity. In *Nature Medicine*. V16, abril 2020
11. Skinner, B.F. *Science and human behavior*. Free Press/Collier Macmillan, New York, London, 1953.
12. Farias (org). *Análise Comportamental Clínica*. Porto Alegre, Artmed. 2010
13. Skinner , B.F. *About Behaviorism*. New York: Vintage Books, 1976
14. Matos, M. Comportamento governado por regras. In *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* ISSN 1517 - 5545, 2001
15. Su et al. A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. In *Infectious Diseases of Poverty* 4:41. 2015
16. Souza, JN. *Estresse e coping em idosos com doença de Alzheimer* . Dissertação de Mestrado para a Escola de Enfermagem FMUSP, 2005.
17. Souza. E.L. *Avaliação do coping em adultos com transtorno bipolar e a relação com traços de personalidade*. Tese de Doutorado para Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011
18. Delitti, M. & Derdyk, P (org). *Terapia analítico comportamental em grupo*. Em *Terapia analítico comportamental em grupo (liv.)*. Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica PUC- S.Paulo, 2008.
19. Yalom, I.D.; Leszcz, M. *Psicoterapia de grupo teoria e prática*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
20. Zimmerman, D.E. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
21. Vandenberghe, L.; Da Cruz, A., C., F.; Ferro, C., L., F. *Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, p. 31-40, 2005.
22. Gorayeb et al, *Efeitos de Intervenção Cognitivo-Comportamental sobre Fatores de Riscos Psicológicos em Cardiopatas*. In *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v.31, n.3. 2015.
23. Butryn, M; Webb, V; Wadden, T. *Behavioral Treatment of Obesity*. In. *Psychiatr Clin North Am*. Author manuscript; 2012.

24. Melo, LM et al. Grupo terapêutico para obesidade: metodologia adotada, perfil nutricional e impacto alcançado. In *Revista de Extensão Guará*, Universidade Federal do Espírito Santo. n.3, 2015.
25. Bruno, ML. Três Formas de Intervenção para a Adesão ao Tratamento Dietético da Obesidade em Cardiologia: Um Estudo Comparativo. Dissertação de Mestrado FMUSP, 2006.
26. Lustosa, MA. A Psicoterapia Breve no Hospital Geral. In *Rev. SBPH* vol.13 no.2, Rio de Janeiro - Julho/dez. 2010.
27. Tchanturia K., Larsson, E., Adamsom, J. Brief Group Intervention targeting perfectionism in adults with anorexia nervosa: empirically informed protocol . In *Eur. Eating Disorders Rev* 24, 2016.
28. Van Lieshout, R., Yang, L., Haber, E., Ferro, M. Evaluating the effectiveness of a brief group intervention for perinatal depression. In *Arch Womens Mental Health*, 20, 2017.
29. Wyman, MF., Kallio, P., Allred, E., Meyer, D. A group-based brief intervention for surgery patients with high-risk substance use. In *General Hospital Psychiatry* 36, 2014.
30. Brasileiro, S. V. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE Breve em uma amostra brasileira. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás. Goiania, 2012.
31. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283, 1989.
32. Minayo M.C.S. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010
33. Bardin, L. A análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011.
34. Collins, J.C., Bentz, J.E. Behavioral and Psychological Factors in Obesity. In *The Journal of Lancaster General Hospital*. Vol. 4. N4. (2009)
35. van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep*. 2018 Jun;7(2):193-203. doi: 10.1007/s13679-018-0306-y.
36. da Luz FQ, Hay P, Touyz S, Sainsbury A. Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*. 2018 Jun 27;10(7):829. doi: 10.3390/nu10070829. PMID: 29954056; PMCID: PMC6073367.
37. Liu J, Garstka MA, Chai Z, Chen Y, Lipkova V, Cooper ME, Mokoena KK, Wang Y, Zhang L. Marriage contributes to higher obesity risk in China: findings from the China Health and Nutrition Survey. *Ann Transl Med*. 2021 Apr;9(7):564. doi: 10.21037/atm-20-4550.

38. Dixon D, Johnston M, Campbell F, et al. Effectiveness of behavioural therapy on the blood pressure of adults with hypertension: A systematic review in non-African populations. 2020. Nigerian Medical Journal 27(2):76 DOI:10.4103/npmj.npmj_199_19
39. Bennett-Levy J, Singer J, DuBois S. Group-based treatment of hypertension: A qualitative study of participants' experiences. 2021 Griffith Research Online. Preventive Medicine Reports. DOI: 10.1016/j.pmedr.2021.101477
40. Otieno P, Agyemang C, Wilunda C, et al. Effect of Patient Support Groups for Hypertension on Blood Pressure among patients with or without multimorbidity: Findings from a cohort study of patients on a home-base self-management program in Kenya. Global Heart Journal V.18, 8. 2023 doi: 10.5334/gh.1208
41. Amoyal, N., Fernandez, A.C., Reuben, N., Fehon, D. Measuring Coping Behavior in Liver Transplant Candidates: A Psychometric Analysis of The BRIEF-Cope. In Progress in Transplantation, Vol. 26(3). (2016).
42. McHugh, R., McFeeters, D., Boyda, D., O'Neill, S. Coping Styles in Adults with Cystic Fibrosis: implications for emotional and social quality of life. In Psychology, Health and Medicine. Vol. 21, N1. (2016).
43. Andrade JMM, Farinha MG, Sousa JM, Vale RRM, Esperidião E. Presença de fatores terapêuticos em atendimentos grupais em sala de espera. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [cited _____];24:68907. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68907>.
44. Delparte, C.A., Power, A., Gelinias, B., Oliver, A., Hart, R., Wright, K. Examination of the Effectiveness of a Brief, Adapted Dialectical Behavior Therapy-Skills Training Group for Bariatric Surgical Candidates. In. *OBES SURG* 29:252–261, 2018.
45. Buczkowska M, Górski M, Domagalska J, Buczkowski K, Nowak P. Type D Personality and Health Behaviors in People Living with Obesity. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 8;19(22):14650. doi: 10.3390/ijerph192214650.
46. Caltabiano ML., Personality, weight loss and obesity-related well-being post-bariatric surgery. Eat Weight Disord. 2022 Feb;27(1):199-206. doi: 10.1007/s40519-020-01086-0. Epub 2021 Mar 16.

ANEXOS

ANEXO 1



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HCFMUSP**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa:

Psicóloga/Pesquisadora: Priscila Maria Gabos

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Luiz Aparecido Bortolotto

Departamento/Instituto: Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do HCFMUSP

Convidamos o(a) Sr.(a).....
a participar de uma pesquisa que busca avaliar os resultados do programa assistencial de Grupoterapia Breve com Obesos (GBO).

Sua participação consiste em autorizar o uso dos dados coletados nas atividades do grupo para finalidades científicas. Serão analisados os dados sobre as estratégias de enfrentamento coletados através do brief-COPE, os dados do autorelato sobre queixas e situações provocadoras de sofrimento emocional, e do questionário sobre expectativas com o tratamento. As informações serão analisadas em confidencialidade entre os profissionais envolvidos na pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Os benefícios de sua participação nesta pesquisa estão relacionados com os resultados vivenciados por sua participação no grupo terapêutico propriamente dito. Os benefícios do ponto de vista científico são contribuir para os cuidados ao paciente obeso e confirmar a viabilidade e eficácia de um programa assistencial de curta duração que ampliará o número de pacientes atendidos.

A pesquisa não oferece riscos à integridade física. Contudo, diante da sua participação no grupo pode ser esperado algum desconforto psicológico a ser tratado nos próprios atendimentos grupais. Em eventual situação de desconforto psíquico gerado por sua participação na pesquisa que ultrapasse a duração do grupo, o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP) ficará à disposição para posterior atendimento psicológico.

Serão prestados todos os esclarecimentos acerca do modo pelo qual a pesquisa será conduzida, cabendo a liberdade da retirada de consentimento em qualquer momento, sem prejuízo algum para o seu tratamento na Instituição e para a continuidade de sua participação no grupo terapêutico.

As despesas pessoais para você estão restritas ao comparecimento na Instituição para o processo psicoterápico uma vez por semana durante 12 semanas. Não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Existe o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para pesquisa.

A principal investigadora é o Prof. Dr. Luiz Aparecido Bortolotto, que pode ser encontrado no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – 2º andar, telefone 2661- 5290.. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail:cappesq@hcnet.usp.br

“Fui suficientemente informado(a) sobre a pesquisa intitulada ‘**Avaliação dos efeitos de um grupo psicoterápico breve com cardiopatas obesos**’ e seus fins científicos.

Eu discuti as informações acima com a psicóloga e pesquisadora Priscila Maria Gabos. Fui orientada pela pesquisadora sobre a minha decisão em consentir o uso dos dados para estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos, riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo um via rubricada pelo pesquisador.”

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

NOME:

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

ANEXO 2

Brief COPE

Os itens abaixo expressam a maneira como você tem lidado com o estresse em sua vida.

Existem muitas maneiras para tentar enfrentar os problemas. Esses itens perguntam como você tem lidado com os específicos familiares e ganho de peso. Obviamente pessoas diferentes possuem maneiras diferentes, mas o que interessa é o seu jeito. Cada item diz algo sobre uma maneira particular de enfrentamento. Marque o quanto você tem feito cada um desses itens ou o quão frequentemente. Não responda com base se está funcionando ou não, apenas se você está ou não fazendo. Use a escala de respostas abaixo. Tente dar a pontuação para cada item o mais separadamente dos outros possível. Faça de cada resposta O MAIS VOCÊ possível.

1 = Não tenho feito isso

2 = Tenho feito um pouco disso

3 = Tenho feito isso às vezes

4 = Faço isso muito

1. Tenho me voltado para o trabalho ou outras atividades para tirar a cabeça dos problemas
2. Tenho colocado todos os meus esforços para fazer algo sobre a situação na qual me encontro.
3. Tenho dito para mim mesmo(a) “isso não é real”.
4. Tenho usado álcool ou outras substâncias para me fazer me sentir melhor.
5. Tenho conseguido suporte emocional dos outros.
6. Tenho desistido de tentar lidar com isso.
7. Tenho tomado medidas para fazer a situação melhorar.
8. Me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo comigo.
9. Tenho dito coisas para deixar meus sentimentos ruins saírem.
10. Tenho tido ajuda e conselhos de outras pessoas.
11. Tenho usado álcool e outras substâncias para me ajudar a enfrentar.
12. Tenho tentado ver as coisas com uma perspectiva diferente, para fazer ser mais positivo.
13. Tenho me criticado.
14. Tenho tentado criar uma estratégia sobre o que fazer.
15. Tenho tido conforto e compreensão de alguém.
16. Tenho desistido de tentar lidar.
17. Tenho buscado algo positivo nessa situação.
18. Tenho feito piadas sobre isso.
19. Faço coisas para pensar menos sobre isso, como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar acordado, dormir, ou compras.
20. Tenho aceitado a realidade do que tem acontecido.
21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.
22. Tenho buscado apoio na religião ou espiritualidade.
23. Busco conselhos ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.
24. Tenho aprendido a viver com isso.
25. Tenho pensado muito sobre quais caminhos tomar.
26. Tenho me culpado pelas coisas que tem acontecido.
27. Tenho rezado ou meditado.
28. Tenho rido da situação.

ANEXO 3

Ficha de autorrelato:

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Estado Civil _____

Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

	Situação difícil	O que você sentiu?	O que você fez?	O que aconteceu depois?	Vontade de comer apareceu?
1					
2					
3					
4					

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO DE EXPECTATIVAS

Nome:

Data: ___/___/___

Anote suas expectativas sobre essa terapia. Sinta-se livre para escrever mais do que a numeração abaixo.

1	
2	
3	
4	