

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS, ESQUEMAS INICIAS
DESADAPTATIVOS, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM
OBESOS MÓRBIDOS E PESSOAS COM PESO NORMAL**

Felipe Quinto da Luz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Porto Alegre
Novembro, 2013**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS, ESQUEMAS INICIAIS
DESADAPTATIVOS, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM
OBESOS MÓRBIDOS E PESSOAS COM PESO NORMAL**

Felipe Quinto da Luz

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica

**Porto Alegre
Novembro, 2013**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**DISTORÇÕES COGNITIVAS, ESQUEMAS INICIAIS
DESADAPTATIVOS, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM
OBESOS MÓRBIDOS E PESSOAS COM PESO NORMAL**

Felipe Quinto da Luz

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª. Drª. Margareth da Silva Oliveira
Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS
Orientadora/Presidente

Profª. Drª. Prisca Ücker Calvetti
Centro Universitário La Salle – UNILASALLE

Profª. Drª. Ilana Andretta
Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS

Prof. Dr. Ricardo Wainer
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

**Porto Alegre
Novembro, 2013**

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a minha família que me deu todo apoio necessário para que esta pesquisa pudesse ser realizada. Agradeço por todo o incentivo, coragem e força para enfrentar os muitos desafios e mudanças que foram necessários para a realização deste projeto.

Agradeço a minha orientadora, a professora Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, que foi além de uma excelente orientadora, uma amiga e sempre acreditou no meu potencial. Agradeço aos colegas do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva da PUCRS por todo o suporte quando foi necessário.

Agradeço também ao professor Dr. Irismar Reis de Oliveira que me apoiou no projeto de ingressar no mestrado na PUCRS. Sou grato também por ter me proporcionado conhecimento sobre psicoterapias efetivas, além de ser um exemplo de exímio pesquisador, professor e psicoterapeuta.

Agradeço também a Dr^a. Reine Chaves Fonseca que também me apoiou no projeto de ingressar no mestrado na PUCRS e viabilizou os meus primeiros trabalhos clínicos com pessoas com obesidade mórbida. Agradeço também a toda a equipe de psicologia do Centro Estadual de Referência para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA) pelo companheirismo e reflexões iniciais sobre a psicologia da obesidade.

Agradeço ainda, a todos meus amigos que sempre me ajudaram neste período, que me entenderam e quiseram o meu bem.

Agradeço por último a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Sem o apoio desta instituição esta pesquisa não poderia ter sido realizada.

RESUMO

Como parte do estudo teórico desta pesquisa foi realizada uma revisão da literatura sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental da obesidade. Nesta pesquisa se concluiu que esta abordagem psicoterapêutica é indicada para o tratamento de pessoas com obesidade, podendo trazer muitos benefícios para esta população. No entanto, um ponto de dificuldade neste tratamento é após o emagrecimento a manutenção do peso mais baixo em longo prazo. A parte empírica desta pesquisa teve o objetivo de estudar distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, depressão, ansiedade e estresse em obesos mórbidos em comparação com pessoas com peso normal. A amostra foi formada por 111 participantes, sendo estes 53 obesos mórbidos e 58 sujeitos com o peso normal. Os participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Dados Sócio-Demográficos e História Clínica, Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest), Questionário de Esquemas de Young – versão reduzida (YSQ-Short Form) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). O grupo de obesos mórbidos apresentou prevalência significativamente maior da distorção cognitiva “rotulação”, esquema inicial desadaptativo de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” e sintomas de ansiedade em comparação com o grupo de pessoas com peso normal. Não houve diferença significativa na prevalência dos sintomas de depressão e estresse entre os grupos. Desta forma, concluiu-se que pessoas com obesidade mórbida podem apresentar mais distorções cognitivas do tipo “rotulação”, esquema inicial desadaptativo de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” e sintomas de ansiedade em comparação com pessoas com peso normal.

Palavras-Chaves: Obesidade mórbida; Pensamento; Avaliação de sintomas.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70706000 - Psicologia Cognitiva

ABSTRACT

As part of the theoretical study of this research a review of the literature on cognitive-behavioral therapy of obesity was accomplished. This research concludes that this psychotherapeutic approach is indicated for the treatment of people with obesity and can bring many benefits for this population. However, a point of difficulty in this treatment is the maintenance of the lower weight after weight loss. The empirical part of this research aimed to study cognitive distortions, early maladaptive schemas, depression, anxiety and stress in morbid obese people compared to normal weight individuals. The sample consisted of 111 participants, which were 53 morbid obese and 58 subjects with normal weight. Participants responded to the Mini-Mental State Examination (MMSE), a Demographic and Clinical History Questionnaire, the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest), the Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-S) and the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The morbid obese group had significantly higher prevalence of "labeling" cognitive distortion, insufficient self-control / self-discipline early maladaptive schema and anxiety symptoms compared to the normal weight group. There was no significant difference in the prevalence of depression and stress among groups. Thus, it was concluded that morbid obese people may present greater prevalence of "labeling" cognitive distortions, insufficient self-control / self-discipline early maladaptive schema and anxiety symptoms compared to people with normal weight.

Key-words: Morbid obesity; Thinking; Symptom assessment.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 70706000 - Cognitive Psychology

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	04
RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	06
SUMÁRIO.....	07
1. APRESENTAÇÃO.....	10
Obesidade.....	10
Psicoterapia cognitivo-comportamental da obesidade.....	11
Distorções cognitivas e obesidade.....	12
Esquemas iniciais desadaptativos e obesidade.....	14
Obesidade e psicopatologia.....	17
Justificativa.....	19
Objetivos.....	20
Problema	20
Hipóteses.....	20
Contexto da pesquisa.....	21
Delineamento da pesquisa.....	22
Participantes.....	22
Critérios de inclusão.....	23
Critérios de exclusão.....	23
Instrumentos.....	24
Mini-exame do estado mental.....	24
Questionário de dados sócio-demográficos e história clínica.....	24
Questionário de distorções cognitivas.....	25

Questionários de esquemas de Young.....	25
Escala de depressão, ansiedade e estresse.....	25
Procedimentos para coleta de dados.....	26
Aspectos éticos.....	26
Processamento e análise de dados.....	27
Referências.....	28
2. ESTUDO 1 (TEÓRICO).....	37
Resumo.....	37
Abstract.....	37
Introdução.....	38
Método.....	41
Discussão.....	41
Considerações finais.....	51
Referências.....	52
3. ESTUDO 2 (Empírico).....	59
Resumo.....	59
Abstract.....	59
Introdução.....	60
Método.....	64
Resultados.....	69
Discussão.....	74
Referências.....	83
4. ESTUDO 3 (Empírico).....	86
Resumo.....	86

Abstract.....	86
Introdução.....	87
Método.....	89
Resultados.....	94
Discussão.....	104
Conclusão.....	109
Referências.....	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	116
6. ANEXOS.....	118
Anexo 1 - Parecer do comitê de ética em pesquisa da PUCRS.....	118
Anexo 2 - Parecer do comitê de ética em pesquisa do GHC.....	121
Anexo 3 - Parecer de aceite do artigo teórico para publicação.....	122
Anexo 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	123
Anexo 5 - Questionário de distorções cognitivas.....	124
Anexo 6 - Questionário de esquemas de Young.....	128
Anexo 7 - Escala de depressão, ansiedade e estresse.....	132
Anexo 8 – Mini-exame do estado mental.....	133

1. APRESENTAÇÃO

Obesidade

A incidência de obesidade aumentou em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento de modo que se constata atualmente uma epidemia mundial desta doença. A prevalência de obesidade nos Estados Unidos no período de 2007 a 2008 foi de 32,2% em homens e 35,5% em mulheres (Flegal, Carroll, Ogden & Curtin, 2010). No Brasil, no período de 1989-2003 houve um aumento alarmante (70%) da obesidade principalmente entre aqueles de baixa renda (Monteiro, Conde & Popkin, 2007). Segundo Gigante, Moura e Sardinha (2009), a prevalência de sobrepeso no Brasil em 2006 era de 47% para os homens e 39% para as mulheres e 11% de obesidade para ambos os sexos. Especificamente no estado do Rio Grande do Sul foram encontrados dados epidemiológicos de 16,6% de prevalência de obesidade em adultos (Sarturi, Das Neves & Peres, 2010). Os dados apontam para a obesidade como problema de grande relevância para a saúde pública no Brasil.

Uma explicação evolucionista para a epidemia de obesidade é que durante a evolução do ser humano, quando este vivia em um ambiente com quantidade limitada de alimentos altamente nutritivos e períodos de escassez de alimentos, foi adaptativo o circuito de recompensa do cérebro que fazia um indivíduo comer muitos alimentos de alta densidade nutricional (King, 2013). No entanto, atualmente nos países industrializados se vive em ambientes que podem ser chamados de “obesogênicos”, com uma ampla disponibilidade de alimentos calóricos, e este antigo sistema de funcionamento cerebral pode anular os mecanismos fisiológicos inibitórios que se destinam a limitar a quantidade de alimento ingerido e o consequente ganho de peso.

A obesidade é considerada uma doença e também fator de risco para varias outras doenças como diabetes tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares, calculo na vesícula biliar, dislipidemia, doença arterial coronariana acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, osteoartrite e certos tipos de câncer (Field et al., 2001; Francischi et al., 2000). A apnéia do sono também é uma morbidade muito frequente e deve ser investigada principalmente em obesos mórbidos (Daltro et al.,

2007). A obesidade está relacionada a diversas condições musculoesqueléticas que podem aumentar a probabilidade de períodos precoces e estendidos de incapacidade (Walter, Kunst, Mackenbach, Hofman & Tiemeier, 2009).

A etiologia da obesidade é extremamente complexa envolvendo a interação de fatores biológicos e psicológicos com questões culturais e ambientais (Barlow & Durand, 2011). Os fatores sociais e ambientais associados ao aumento de sobrepeso/obesidade são o baixo encorajamento para a realização de atividade física na sociedade moderna e a disponibilidade de uma ampla variedade de produtos atraentes, de baixo custo, porém ricos em energia (Jakicic, 2002). Em obesos o aporte energético é cronicamente maior do que o seu gasto. Esse desequilíbrio pode decorrer de um aumento no aporte energético, uma diminuição do seu gasto ou uma combinação dos dois fatores (Coutinho & Dualib, 2006).

O índice de massa corporal (IMC), definido como o peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados, é o indicador mais utilizado para a avaliação da obesidade em adultos. Nessa classificação, valores específicos para sexo e idade foram definidos de forma que as curvas modeladas passam pelos valores 25Kg/m² (sobrepeso) e 30Kg/m² (obesidade) aos 18 anos, sendo estes os pontos de corte usados em adultos (Sichieri & Souza, 2006). Quando o IMC é maior ou igual a 40 é feito o diagnóstico de obesidade mórbida, condição esta que é de difícil tratamento e que se tem obtido os melhores resultados através de intervenções cirúrgicas (Pull, 2010).

Deve-se considerar que a obesidade é uma doença complexa que exige tratamento transdisciplinar. Além da abordagem médica, nutricional e fisioterapêutica, a abordagem das questões psicológicas, emocionais e comportamentais é necessária no tratamento de pessoas nesta condição.

Psicoterapia cognitivo-comportamental da obesidade

Em relação à psicoterapia para o tratamento da obesidade, considera-se que a abordagem cognitivo-comportamental é uma abordagem apropriada para este tipo de problema, sendo utilizada para o ajuste de peso e mudança de hábitos inadequados (Wilfley, Kolko & Kass, 2011). Salienta-se que atualmente existem protocolos cognitivo-comportamentais específicos para o tratamento da obesidade (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009; Randomile, 2003), assim como, programas de

reeducação alimentar amplamente divulgados e aplicados na prática clínica (Beck, 2011).

Neste tipo de tratamento se considera que mudando a forma de pensar do paciente, conseqüentemente haverá mudanças comportamentais que levam ao emagrecimento (Beck, 2011). Considera-se também que questões relativas ao controle do peso corporal requerem uma abordagem abrangente, incluindo o indivíduo, sua casa e o seu ambiente social (Wilfley, Kolko & Kass, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade propicia além da redução do peso corporal, benefícios clinicamente significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, auto-estima, níveis de ansiedade, sentimento de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld, Moreira & Xavier, 2012). Existem evidências de que pessoas com obesidade, com e sem compulsão alimentar, podem beneficiar-se da psicoterapia cognitivo-comportamental (Nauta, Hospers, Jansen & Kok, 2000).

Ocorre, no entanto, que ainda existem dificuldades a serem superadas em relação à psicoterapia cognitivo-comportamental da obesidade. A dificuldade dos pacientes em manterem o peso baixo em longo prazo após o emagrecimento através do tratamento, provavelmente é a maior dificuldade na área (Cooper et al., 2010). Neste sentido, é importante considerar que existem lacunas de conhecimento e falta de qualidade em alguns estudos sobre os tratamentos comportamentais para a obesidade, assim como, existe a necessidade de estudos bem controlados e conduzidos nesta área (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, 2009).

Distorções cognitivas e obesidade

O modelo cognitivo em psicologia clínica supõe que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pela percepção que estas têm dos eventos. De acordo com este modelo não são as situações que determinam o que as pessoas sentem e fazem, mas, antes, o modo com as pessoas interpretam (pensam sobre) as situações (Beck, 1997). Neste sentido, existem evidências de que dificuldades com alimentação e manutenção de um peso adequado podem estar relacionadas a distorções cognitivas e ciclos de comportamentos disfuncionais (Wilfley, Kolko & Kass, 2011).

Frequentemente pessoas que têm dificuldade em manter um peso adequado acreditam que não emagrecem por terem um metabolismo lento, no entanto, de acordo com Beck (2011), raramente estes indivíduos tem um problema médico que os impeçam de perder peso. De acordo com esta autora, estas pessoas apresentam padrões de pensamentos disfuncionais que dificultam que mantenham um peso corporal saudável. Neste sentido se considera que estes indivíduos precisam aprender a mudar a forma de pensar sobre a alimentação, de maneira que possam passar a ser mais capazes de comer devagar, perceber de fato o que estão comendo, apreciar a comida sem culpa e persistir em uma dieta adequada.

Existem evidências de que pessoas com obesidade podem apresentar diversas distorções cognitivas específicas desta condição. Alguns exemplos de distorções cognitivas comuns em pacientes com excesso de peso são: abstração seletiva, pensamento tudo ou nada e pensamento supersticioso. A abstração seletiva consiste em prestar atenção e valorizar as informações que confirmam as suas suposições, por exemplo, quando alguém pensa que o fato de ter comido um doce significa que não tem controle sobre o seu comportamento alimentar. O pensamento tudo ou nada consiste em pensamentos extremos e absolutistas, como por exemplo, quando uma pessoa enquadra os alimentos em duas categorias extremas como: proibidos e permitidos. O pensamento supersticioso consiste em acreditar que existe relação de causa e efeito em situações que não existe evidência que comprove essa relação, por exemplo, quando alguém pensa que ir ao shopping significa sair da dieta (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, 2009). Como exemplo de distorções cognitivas típicas de obesos Cooper, Fairburn & Hawker (2009) citam ainda o “padrão duplo”, por exemplo, quando pacientes que se preocupam com a sua imagem corporal podem ter um padrão rígido para avaliar seu próprio corpo e um padrão mais flexível para avaliar características dos corpos de outras pessoas.

É notável que as pessoas com obesidade apresentam distorções cognitivas do tipo pensamento do tipo “tudo ou nada” quando oscilam entre padrões cognitivos e comportamentais relacionados à alimentação rigidamente saudável e episódios de ingestão de comida sem qualquer critério de qualidade ou quantidade (Shook, 2010). Desta forma, é perceptível que as distorções cognitivas têm influência em como o indivíduo lida com problemas psicossociais e comportamentais que fazem

parte da complexa interação de fatores que levam uma pessoa a desenvolver e manter a obesidade.

Alguns estudos empíricos sobre as distorções cognitivas têm foco principalmente em obesos com transtornos alimentares. Neste sentido é notável inclusive o desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar distorções cognitivas em pessoas com problemas com a alimentação, como por exemplo, a Escala de Pensamento Dicotômico para Transtornos Alimentares (Byrne, Allen, Dove, Watt & Nathan, 2008). Este é um instrumento que foi desenvolvido com o objetivo de avaliar pensamentos rígidos, do tipo “preto ou branco” sobre alimentação, exercício físico e dieta. Desta forma percebe-se um interesse recente pelo estudo das distorções cognitivas em relação a problemas alimentares. Neste sentido, é importante considerar que as distorções cognitivas foram estudadas comparando a sua prevalência em obesos com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. No entanto, neste estudo não foram encontradas diferenças significativas na prevalência das distorções cognitivas entre estes dois grupos (Volery, Carrard, Rouget, Archinard & Golay, 2006).

Apesar destes dados sobre distorções cognitivas em pessoas com obesidade encontrados na literatura, é notável que são poucos os estudos empíricos publicados que tiveram o objetivo de avaliar as distorções cognitivas, especialmente em pessoas com obesidade mórbida.

Esquemas iniciais desadaptativos e obesidade

No modelo cognitivo, um conjunto de crenças centrais que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações é chamado de esquema. Os esquemas têm a função de selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações provenientes do meio ambiente. Estes começam a tomar forma no início da infância, sendo influenciados por experiências de vida como ensinamentos, modelos, atividades educativas, experiências dos seus pares, traumas e sucessos. Geralmente as pessoas têm uma mistura de esquemas adaptativos (saudáveis) e desadaptativos (não saudáveis). Os esquemas têm uma forte influência na autoestima e nos comportamentos (Wright, Basco & Thase, 2008).

O termo esquema tem um historia ampla na psicologia, principalmente na área do desenvolvimento cognitivo. Nesta área, um esquema é um padrão para explicar, mediar a percepção e guiar as respostas frente a uma experiência. Na psicologia é provável que mais se associe o termo a Piaget que escreveu sobre esquemas mentais em etapas do desenvolvimento cognitivo na infância. Em psicologia cognitiva o conceito de esquema se refere a um plano cognitivo abstrato que serve de base para a interpretação de informações e resolução de problemas (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Esquemas iniciais desadaptativos são padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas iniciados no desenvolvimento das pessoas desde a infância e repetidos ao longo da vida. Estes são caracterizados como um padrão amplo, difuso, formado por memórias, emoções e sensações corporais relacionadas a si próprio ou ao relacionamento com outras pessoas. Estes esquemas cognitivos são desenvolvidos durante a infância ou adolescência, são elaborados ao longo da vida do individuo e são disfuncionais em nível significativo. Os comportamentos desadaptativos são desenvolvidos como resposta a um esquema (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008) existem 18 tipos de EIDs que são agrupados em 5 domínios, da seguinte forma: domínio de desconexão e rejeição (abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação), domínio de autonomia e desempenho prejudicados (dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou a doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido e fracasso), domínio de limites prejudicados (arrogância/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes), domínio de direcionamento para o outro (subjugação, auto-sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento), domínio de supervigilância e inibição (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura critica exagerada e postura punitiva).

Feita a definição do conceito de esquemas iniciais desadaptativos, devemos considerar que existem evidências de que pessoas com obesidade podem apresentar estes esquemas de forma mais severa do que pessoas com peso normal. Anderson, Rieger & Caterson (2005) compararam a severidade de esquemas iniciais disfuncionais em obesos e não-obesos e concluíram que a obesidade pode estar associada com uma maior severidade de esquemas iniciais

desadaptativos. Neste estudo os esquemas de isolamento social, defectividade/vergonha e fracasso estavam associados à obesidade. Os autores do estudo afirmam que pouca atenção tem sido dada aos aspectos psicológicos da obesidade e consideram que o papel dos esquemas iniciais desadaptativos em obesos pode servir de base para implementação de intervenções baseadas em esquemas como um componente no tratamento destes.

Existem também evidências de que obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam EIDs mais severos do que os obesos que não apresentam esta desordem. Desta forma, este subgrupo estaria associado aos esquemas de abandono/instabilidade, privação emocional, autocontrole e autodisciplina insuficientes (Moloodi, Dezhkam, Mootabi & Omidvar, 2010). Estes esquemas se referem a crenças de que os outros são indignos de confiança, expectativa de que um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito, dificuldade ou recusa em exercer autocontrole e baixa tolerância à frustração (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Pessoas com obesidade podem desenvolver esquemas através dos quais a visão deles próprios é combinada com crenças sobre peso, imagem corporal e alimentação (Nauta, Hospers, Jansen & Kok, 2000). Existem evidências de que os esquemas negativos sobre o *self* estão altamente acessíveis especialmente no subgrupo de obesos com compulsão alimentar, presumivelmente porque este subgrupo se apresentava mais depressivo e com autoestima mais baixa. Estes indivíduos podem apresentar esquemas relacionados à rejeição e desvalor, enquanto os obesos sem compulsão alimentar tendem a apresentar mais esquemas relacionados à falta de força de vontade. Pessoas com esquemas negativos sobre o *self* tendem a se sentir mais depressivos e com baixa auto-estima.

Maior prevalência de esquemas iniciais desadaptativos também foi pesquisada e comprovada em outras amostras clínicas e psicopatológicas, como pessoas com asma (Mansour, Moheb & Sharifi, 2010), narcisismo patológico (Zeigle-Hill, Green, Arnau, Sisemore & Myers, 2011), disfunção sexual (Gomes & Nobre, 2012), depressão (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz & Huibers, 2012), transtorno de personalidade borderline (Lawrence, Allen & Chanen, 2011), transtorno de personalidade evitativa (Carr & Francis, 2010), transtornos do espectro bipolar (Hawke, Provencher & Arntz, 2011), dependência de opióides (Shorey, Stuart & Anderson, 2012) e dor crônica (Saariaho, Saariaho, Karila & Joukamaa, 2011).

Estas pesquisas sobre prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em populações clínicas ou psicopatológicas apontam para os esquemas cognitivos como um importante foco de pesquisa e tratamento na área da psicologia.

Estudos sobre a prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em obesos mórbidos são escassos, desta forma, fica evidente a necessidade de desenvolvimento do conhecimento científico nesta área.

Obesidade e psicopatologia

A pesquisa sobre aspectos psicológicos da obesidade começou a ser desenvolvida a partir de 1950 e atualmente se sabe que estes incluem forças internas e externas, assim como, processos aditivos, sociais, culturais, desenvolvimentais e psicopatológicos (Swencionis & Rendell, 2012). Comportamentos alimentares desordenados presentes em pessoas com obesidade têm um impacto psicológico negativo geralmente relacionado a problemas emocionais como depressão e ansiedade. Apesar da obesidade não ser uma doença psiquiátrica, esta associada a transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior e transtornos alimentares (Darby, Hay, Mond, Rodgers & Owen, 2007; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Taylor, Stonehocker, Steele & Sharma, 2012).

Especificamente em relação a pessoas com obesidade mórbida se considera que o transtorno depressivo maior pode ser mais prevalente. De maneira geral se considera que pessoas com obesidade podem apresentar aspectos emocionais e psicológicos causadores, conseqüências ou retroalimentadores da sua condição de obeso, concomitante apresentam uma condição clínica alterada (Vasquez, Martins & Azevedo, 2004).

Existem evidências de que mais de um terço dos indivíduos obesos apresentam depressão, número este que indica possíveis traços comuns entre estas duas doenças e já implica esta condição como um problema de saúde pública (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki & Spates, 2008). Indivíduos com obesidade e depressão comórbida têm mais problemas de saúde, e, apresentam limitações na vida diária, como por exemplo, maiores chances de trabalharem menos horas por dia e se aposentarem precocemente (Karakus & Okunada, 2011). Indivíduos com obesidade e doenças mentais enfrentam dificuldades em dobro, considerando que

estas são duas características que são discriminadas pela sociedade e que criam barreiras para que consigam empregos, dificuldades com moradia e relacionamentos interpessoais (Mizock, 2012).

Existem evidências de que a condição de obeso aumenta em 25% a chance de desenvolver transtornos de humor e ansiedade (Simon et al, 2006) e que em mulheres a condição de sobrepeso já esta associada a maiores problemas emocionais (Petry, Barry, Pietrzack & Wagner, 2008). Alguns estudos sugerem que a depressão e a ansiedade em mulheres devem ser tratadas inclusive no sentido da prevenção da obesidade nesta população, já que, este grupo apresentaria uma maior probabilidade de desenvolver a obesidade (Anderson, Cohen, Naumova & Must, 2006).

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de entendimento da associação entre obesidade e problemas psicológicos e emocionais, no entanto, as pesquisas em relação aos níveis de psicopatologia desta população apontam dados divergentes. Alguns estudos apontam para a existência de evidências da associação entre obesidade com transtornos de humor e ansiedade (Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011). Outras pesquisas apontam para a existência da associação entre obesidade apenas com transtornos de humor, e nenhuma associação com transtornos de ansiedade (Gadalla, 2009). De forma contraditória, existem evidências da associação da obesidade apenas com sintomas elevados de ansiedade e nenhuma associação com sintomas elevados de depressão (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010; Atlantis & Baker, 2008).

Apesar de dados divergentes, seguramente é possível afirmar que existe na literatura científica evidências da associação da obesidade tanto em relação a sintomas de ansiedade quanto sintomas de depressão. Particularmente em relação a obesos mórbidos existem evidências de alta frequência de episódios de compulsão alimentar, graves sintomas de depressão, ansiedade e preocupação com a imagem corporal (Matos et al., 2002). Neste sentido, é importante considerar que indivíduos com compulsão alimentar apresentam mais chance de apresentarem sintomas de depressão e ansiedade do que indivíduos sem compulsão alimentar (Bittencourt, Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2012).

Atualmente existem também evidências científicas consistentes de que a influência do estresse nas redes cerebrais pode promover comportamentos obesogênicos. O estresse induz a secreção de glicocorticóides, hormônios que

produzem muitos dos efeitos corporais do estresse, o que promove a ingestão alimentar. A rápida estimulação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) relacionada ao estresse crônico e a consequente exposição excessiva aos glicocorticoides, tem efeito no desenvolvimento da obesidade visceral (Adam & Epel, 2007).

Desta forma, a epidemia de obesidade pode estar também associada à condição de estresse crônico, a qual grande parte da população se queixa. Existem evidências de que o estresse crônico pode estar associado ao ganho de peso e obesidade (Torres & Nowson, 2007). Respostas alimentares emocionais e habituais relacionadas ao estresse podem ser facilmente adquiridas e são reforçadoras para este tipo de alimentação. Esporadicamente comer algo prazeroso para aliviar o estresse não implica no desenvolvimento da obesidade, no entanto, o habitual alívio de desconfortos das situações estressantes desta maneira certamente implicará em ganho de peso e obesidade (Dallman, 2009).

É importante considerar que de maneira geral a literatura científica aponta para uma maior incidência de psicopatologia em obesos, no entanto, existem muitas divergências quanto à sua extensão e natureza. Estas discrepâncias ocorrem por os estudos na área serem com amostras regionais, com idade restrita a pequenas faixas etárias, com apenas mulheres ou diagnósticos não baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (Costa et al., 2009).

Justificativa

Existem evidências de que pessoas com obesidade podem apresentar distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, sintomas de depressão, ansiedade e estresse mais prevalentes do que pessoas com peso normal. No entanto, os dados científicos sobre estas questões são muito diversificados e às vezes até contraditórios. Desta forma, se percebe a necessidade de ampliação e aprofundamento dos conhecimentos sobre questões psicológicas e emocionais relacionadas à obesidade e ao seu tratamento.

Objetivos

Objetivo Geral

- Comparar distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pessoas com obesidade mórbida e pessoas com peso normal.

Objetivos Específicos

- Revisar a literatura sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental da obesidade (Estudo 1).

- Verificar se existem distorções cognitivas mais prevalentes em obesos mórbidos em comparação com não obesos (Estudo 2).

- Verificar se existem esquemas iniciais desadaptativos mais prevalentes em obesos mórbidos em comparação com não obesos (Estudo 2).

- Verificar se existem sintomas de depressão mais prevalentes em obesos mórbidos em comparação com não obesos (Estudo 3).

- Verificar se existem sintomas de ansiedade mais prevalentes em obesos mórbidos em comparação com não obesos (Estudo 3).

- Verificar se existem sintomas de estresse mais prevalentes em obesos mórbidos em comparação com não obesos (Estudo 3).

Problema

Pessoas com obesidade mórbida apresentam mais distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, sintomas de depressão, ansiedade e estresse do que pessoas com peso normal?

Hipóteses

- H1. Existe maior prevalência de distorções cognitivas em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.
- H0. Não existe maior prevalência de distorções cognitivas em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.

- H2. Existe maior prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.
- H0. Não existe maior prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.

- H3. Existe maior prevalência de sintomas de depressão em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.
- H0. Não existe maior prevalência de sintomas de depressão em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.

- H4. Existe maior prevalência de sintomas de ansiedade em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.
- H0. Não existe maior prevalência de sintomas de ansiedade em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.

- H5. Existe maior prevalência de sintomas de estresse em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.
- H0. Não existe maior prevalência de sintomas de estresse em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal.

Contexto da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Grupo de Pesquisa de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

– PUCRS - coordenado pela Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira. Desta forma, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de proporcionar maior conhecimento aplicável ao tratamento de pessoas com obesidade mórbida através da psicoterapia cognitivo-comportamental ou terapia do esquema.

O Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva dedica-se a estudar diversos problemas de saúde como dependência química, síndrome metabólica, obesidade, transtornos alimentares, fobia social, além de outros, sempre a partir de uma abordagem cognitiva e/ou comportamental. Este projeto encontra-se inserido na linha de pesquisa de projetos de intervenção terapêutica, PROTRATA. Esta linha de pesquisa desenvolve estudos com programas de intervenção terapêutica, abrangendo estudos de efetividade de psicoterapia breve, de técnicas psicoterápicas, características de grupos clínicos e formação de terapeutas.

Delineamento da pesquisa

- Estudo comparativo.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram 111 sujeitos divididos no grupo de pessoas com obesidade mórbida (47,7%, n=53) e grupo de pessoas com o peso normal (52,3%, n=58). Dentre as variáveis que compuseram o perfil dos grupos, observou-se que, em relação ao sexo predominou o feminino, tanto no grupo de obesos mórbidos (77,4%, n=41), quanto no grupo de pessoas com peso normal, (77,6%, n=45) ($p>0,05$). A média de idade foi mais elevada entre os participantes com obesidade mórbida ($42,3\pm 9,6$) do que entre os participantes com peso normal ($38,7\pm 13,9$), no entanto, a diferença detectada não se mostrou significativa ($p>0,05$). O ensino médio completo concentrou 41,5% (n=22) dos participantes do grupo de obesos mórbidos e, 43,1% (n=25) do grupo de pessoas com peso normal, implicando em ausência de diferença estatística significativa sobre o grau de instrução. O estado civil casado (a) foi o mais observado na amostra, representando 67,9% (n=36) do grupo de obesos mórbidos e 62,1% (n=36) do grupo de pessoas

com peso normal. A faixa de rendimento caracterizada pelo critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2008) apontou que os dois grupos apresentaram distribuições estatisticamente semelhantes, sendo que, no grupo de obesos mórbidos, predominaram as classes B e C, cada uma representando 35,8% (n=19) dos casos, enquanto que, no grupo de pessoas com peso normal as proporções foram de 39,7% (n=23) e 27,6% (n=16), respectivamente.

O tamanho da amostra foi calculado por meio do software MINITAB 15 adotando-se um nível de significância de 5% em um poder de 0,80, empregando com base os dados de Anderson, Rieger e Caterson (2006), que estudaram as 15 subescalas do questionário YSQ em pessoas com obesidade.

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão na amostra foram vinculados aos critérios de Índice de Massa Corporal (IMC), escolaridade e idade dos participantes. O critério de IMC foi utilizado de acordo com a definição da *World Health Organization* (WHO, 2000). Foram incluídos no estudo participantes que apresentavam obesidade mórbida (IMC ≥ 40) ou peso normal (IMC: 18,5 - 24,9), estavam na faixa etária dos 18 aos 60 anos e que possuíam no mínimo cinco anos de escolaridade (5^a série do ensino fundamental), com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos.

Critérios de Exclusão

Não foram incluídos no estudo indivíduos com possibilidade de prejuízos significativos na compreensão dos itens investigados nos questionários. Para a avaliação destes critérios foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein e McHugh, 1975). Mulheres grávidas também foram excluídas da pesquisa, já que, a gravidez poderia ser um viés em relação à medida do IMC da participante.

Foram excluídos deste estudo 50 voluntários pelos seguintes motivos:

- MEEM: 02
- Escolaridade: 15
- IMC incompatível com os dois grupos: 20
- Notável dificuldade de compreensão dos itens: 01
- Idade: 04
- Em tratamento para outra doença no hospital: 04
- Dificuldade de leitura (sem óculos): 01
- Questionários com dados incompletos: 01
- Voluntários (emocionalmente alterados) acompanhantes de pacientes na unidade de tratamento intensivo (UTI): 02

Instrumentos

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

É um instrumento utilizado para fazer um rastreamento inicial do estado mental e avaliar a presença de déficits cognitivos (Folstein, Folstein e McHugh, 1975). O instrumento é composto por questões subdivididas em sete categorias, organizadas de forma a avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore deste teste pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24.

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Historia Clínica

O instrumento serve para traçar um perfil da amostra avaliada. Neste questionário são registrados dados pessoais, como nome, data de nascimento, escolaridade, renda, estado civil, endereço, classificação econômica, grau de instrução do chefe da família, além de aspectos clínicos e relativos à prática de atividade física.

Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest)

É um instrumento concebido para ser usado rotineiramente por pacientes e tem o objetivo de facilitar a percepção da influência das distorções cognitivas nos estados emocionais e comportamentos disfuncionais. Este instrumento também tem a função de ajudar os terapeutas na obtenção de medidas quantitativas de distorções cognitivas dos seus pacientes, assim como, possibilitar o acompanhamento da evolução clínica destes. Contém 15 itens que abrangem distorções cognitivas em duas dimensões (Oliveira, 2012). O primeiro estudo sobre as propriedades psicométricas iniciais do CD-Quest (versão brasileira) com uma amostra de estudantes universitários demonstrou boa consistência interna e foi capaz de discriminar grupos que apresentavam indicadores de depressão e ansiedade dos grupos que não apresentavam estes indicadores. Neste estudo foi concluído que o CD-Quest apresentava boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach = 0,83 a 0,86) (De-Oliveira et al., 2011).

Questionário de Esquemas de Young – Versão Reduzida (YSQ-S)

É um questionário desenvolvido por Young, Klosko e Weishaar (2008) com o objetivo de identificar esquemas iniciais desadaptativos, e já possui, além da versão original (205 afirmativas), uma versão reduzida composta de 75 itens, e uma mais recente formada por 90 itens. Este questionário tem demonstrado ser um importante instrumento disponível ao profissional de saúde mental para utilização em pesquisa científica. Apresenta estatística significativa quanto à consistência interna e no que tange ao poder de discriminação, quando se considera as diferenças entre grupos clínicos e não-clínicos. Segundo Cazassa e Oliveira (2012), a versão brasileira do YSQ-S (versão reduzida) é válida e apresenta grau satisfatório de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,955).

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A DASS em sua versão original com 42 itens, assim como na sua versão reduzida (DASS-21) com 21 itens, é um excelente instrumento para medir sintomas

de depressão, hiperexcitação, agitação e tensão psicológica em grupos clínicos e não clínicos. Estas escalas apresentam boa consistência interna e validade concorrente. Algumas vantagens da versão reduzida são menos itens, estrutura fatorial mais clara e menor correlação entre fatores (Antony, Cox, Enns, Bieling & Swinson, 1998).

Esta escala avalia sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e, já foi adaptada e validada para a língua portuguesa. As propriedades psicométricas deste instrumento atestam a sua qualidade para avaliar estados emocionais. A escala possui boa consistência interna e validade de critério (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006). A DASS-21 tende a ser mais bem aceita por aqueles que a respondem por ser menor, e mesmo em sua versão reduzida, apresenta confiabilidade adequada (Apóstolo, Tanner & Arfken, 2012).

Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no ambulatório de obesidade de um hospital público em Porto Alegre (RS). Os sujeitos foram identificados e convidados a participar da pesquisa nas salas de espera do ambulatório de obesidade do hospital ou foram convidados para participar da pesquisa por profissionais da equipe de saúde que trabalhavam neste hospital e conheciam o projeto da pesquisa.

A aplicação foi individual, pois a metodologia adotada determina a condução de um pesquisador para entrevistar cada participante. O período da entrevista durou aproximadamente 45 minutos com cada participante.

Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CAAE: 07888612.4.0000.5336). O projeto de pesquisa também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar onde foi acessada a maior parte de participantes da pesquisa. Mediante aprovação, foi dado início à coleta de dados.

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o sigilo das informações que disponibilizariam, o caráter voluntário da sua participação, a possibilidade de questionarem sobre perguntas que não entendessem e sobre a liberdade para desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum ônus. Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso os participantes da pesquisa se sentissem mobilizados emocionalmente e psicologicamente após participarem da pesquisa, estes sujeitos teriam a possibilidade de serem encaminhados para atendimento psicológico (procedimento este que não foi necessário com nenhum participante).

Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram compilados e processados no programa estatístico SPSS 17.0. Foram realizadas análises descritivas para demonstração do perfil da amostra, porcentagens, frequências, médias, desvios-padrão, bem como a estatística inferencial para estudo de associação entre as variáveis. A análise de dados foi feita por meio da ANOVA de um fator com dois níveis (2 grupos) baseado no artigo: *A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects* de Anderson, Elizabeth e Caterson (2005). Nesta pesquisa, os autores tiveram o objetivo de estudar se pessoas com obesidade apresentavam esquemas iniciais desadaptativos mais severos do que pessoas não obesas.

REFERÊNCIAS

- Adam, T. J. & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Psychology & Behavior*, 91, 449-458. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
- Anderson, K., Rieger, E. & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 245-252.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N. & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160. 285-291
- Antony, M. M., Cox, B. J., Enns, M. W., Bieling, P. J. & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression, anxiety and stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6).
- Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A. & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590-596.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009). Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo: AC Farmacêutica.
- Atlantis, E. & Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, 32, 881-891. doi:10.1038/ijo.2008.54

- Barlow, D. H. & Durand, M. R. (2011). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (trad. Roberto Galman). São Paulo: Cengage Learning.
- Beck, J. S. (2011). *Pense magro por toda a vida*. (Trad. M. Veronese). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. (Trad. S. Costa.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bittencourt, S. A., Lucena-Santos, P., Moraes, J. F. D. & Oliveira, M. S. (2012). Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(2). 87-92.
- Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Schneider, K. L., August, M. A. & Pagoto, S. L. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 319-324. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.03.004
- Byrne, S. M., Allen, K. L., Dove, E. R., Watt, F. J. & Nathan, P.R. (2008). The reliability and validity of the dichotomous thinking in eating disorders scales. *Eating Behaviors*, 9, 154-162. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.07.002
- Carr, S. N. & Francis, A. J. P. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? *A preliminary investigation in a non-clinical sample*. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 343-358.
- Cazassa, M. & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29, 23 – 31.

- Cooper, Z. Fairburn, C. G. & Hawker, D. M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. (Trad. V. P. L. Sampaio). São Paulo: Roca.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E. & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713. doi:10.1016/j.brat.2010.03.008
- Costa, F. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brimann, M., Friedman, R. & Nunes, M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em estudo*, 14, 287-293.
- Coutinho, W. & Dualib, P. (2006). Etiologia da obesidade. In M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão. & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 265–272). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dallman, M. F. (2009). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 159-165. doi:10.1016/j.tem.2009.10.004
- Daltro, C., Gregorio, P. B., Alves, E., Abreu, M., Bomfim, D., Chicourel, M. H., Araujo, L., & Cotrim, H. P. (2007). Prevalence and severity of sleep apnea in a group of morbidly obese patients. *Obesity surgery*, 17, 809-814.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J, Rodgers, B. & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31(5), 876-882.
- De-Oliveira, I. R., Osório, F. L., Sudak, D., Abreu, J. N., Crippa, J. A. S., Powell, V. B., Lnadeiro, F., & Wenzel, A. (2011). Initial psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest). Presented at the 45th Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), Toronto, Canada, November, 10-13.

- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63–67.
- Field, A. E., Coakley, E. H., Must, A., Spadano, J. L., Laird, N., Dietz, W. H., Rimm, E. & Colditz, G. A. (2001). Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Archives of Internal Medicine*, 161(13), 1581-1586.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *The Journal of the American Medical Association*, 303(3), 235-241.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh PR. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Francischi, R. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P. & Lancha Junior, A. H. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13, 17-28.
- Gadalla, T. M. (2009). Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Diseases in Canada*, 30(1), 29-36.
- Gariepy, G., Nitka, D. & Scmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34, 407-419. doi:10.1038/ijo.2009.252
- Gigante, D. P., Moura, E. C. & Sardinha, L. M. V. (2009). Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 83-9.
- Gomes, A. Q. & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 311-320.

- Hawke, L. D., Provencher, M. D. & Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders, 133*(3), 428-436.
- Jakicic, J. M. (2002). The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. *Journal of Nutrition, 132*(12).
- Karakus, M. C. & Okunada, A. A. (2011). Obesity, depression, and employment related outcomes among workers near retirement. *Ageing International, 37*(2), 238-253.
- King, B. M. (2013). The modern obesity epidemic, ancestral hunter-gatherers, and the sensory/reward control of food intake. *American Psychologist, 68*(2), 88-96.
- Lawrence, K.A., Allen, J.S., & Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 30-39.
- Mansour, M. M., Moheb, N., & Sscharifi, A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1746–1750.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J. & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obese patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(4), 165-169.
- Mizock, L. (2012). The double stigma of obesity and serious mental illnesses: promoting health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(6), 466-469.
- Moloodi, R., Dezhkam, M., Mootabi, F. & Omidvar, N. (2010). Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Journal of Behavioral Sciences, 4*(2), 9-10.

- Monteiro, C. A., Conde, W. L. & Popkin, B. M. (2007). Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *American Journal of Public Health, 97*(10), 1808-12.
- Nauta, H., Hospers, H. J., Jansen, A., & Kok, G. (2000). Cognitions in Obese Binge Eaters and Obese Non-Binge Eaters. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 521-531.
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M. & Xavier, G. S. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência. *Psico, 43*(1), 93-100.
- Oliveira, I. R. (2012). Assessing and restructuring dysfunctional cognition. In I. R. Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 11-12). Croatia: Intech.
- Pagoto, S., Bondelos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B. & Spates, C. R. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 410-415.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H. & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine, 70*, 288-297. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181651651
- Pull, C. B. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry, 23*, 30-36. doi:10.1097/YCO.0b013e328334c817
- Randomile, R. R. (2003). Obesidade. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. (Trad. Mônica Giglio Armando) (pp. 114). São Paulo: Roca.

- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders, 163*(3), 581-590.
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A. & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*, 146-153.
- Sarturi, J. B., Das Neves, J. & Peres, K. G. (2010). Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porto no sul do Brasil em 2005. *Ciência e Saúde Coletiva, 15*(1), 105-9.
- Shook, C. B. (2010). The relationship between cognitive distortions and psychosocial and behavioral factors in a sample of individuals who are average weight, overweight, and obese (Tese de doutorado). Acessado em <http://digitalcommons.pcom.edu/psychology/dissertations>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: a descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(3), 271-278.
- Sichieri, R. & Souza, R. A. G. (2006). Epidemiologia da obesidade. In M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão. & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (p. 252). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry, 63*. 824-830.
- Swencionis, C., Rendell, S. T. (2012). The psychology of obesity. *Abdominal Imaging, 37*(5), 733-737.

- Taylor, V. H., Stonehocker, B., Steele, M. & Sharma, A. M. (2012). An overview of treatments for obesity in a population with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 13-20.
- Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutritio.*, 23(11-12), 887-894.
- Vasques, F., Martins, F. C. & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 195–198.
- Volery, M., Carrard, I., Rouget, P., Archinard, M. & Golay, A. (2006). Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 123-126.
- Walter, S., Kunst, A., Mackenbach, J., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2009). Mortality and disability: the effect of overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 33, 1410-1418.
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P. & Kass, A. E. (2011). Cognitive behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 271-285.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation*. WHO Obesity Technical Report Series, 284.
- Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado*. (Trad. M. G. Armando). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zeiger-Hill, V., Green B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011).
Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas.
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychotherapy, 42(1), 96-103.

2. ESTUDO 1 (TEÓRICO)

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA OBESIDADE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Resumo: O estudo apresenta uma revisão da literatura publicada em língua portuguesa referente ao tratamento da obesidade através da terapia cognitivo-comportamental (TCC). O objetivo foi a realização de uma revisão bibliográfica, de artigos publicados nos últimos dez anos (2003-2013), através da qual foi pesquisada a literatura indexada em bases de dados bibliográficos utilizando-se os seguintes descritores em ciências da saúde: obesidade, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental e psicologia. Foi realizada uma breve introdução sobre o tema da obesidade, aspectos médicos, sociais e psicológicos relacionados e em seguida foram analisados os resultados dos estudos empíricos publicados sobre o tratamento da obesidade através da TCC. Concluiu-se que um problema a ser resolvido é a questão da recuperação do peso perdido após o término do tratamento. Concluiu-se também que existem evidências empíricas da efetividade da TCC no tratamento de pessoas obesas resultando em melhoras em aspectos físicos, psicológicos e emocionais.

Palavras-chave: obesidade; terapia cognitiva; terapia cognitivo-comportamental; psicologia.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF OBESITY: A LITERATURE REVIEW

Abstract: This study presents a review of the literature published in Portuguese for the treatment of obesity through cognitive-behavioral therapy (CBT). The aim was to perform a bibliographic review, of published articles in last ten years (2003-2013), which was researched in the literature indexed in bibliographic databases using the following keywords in health sciences: obesity, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy and psychology. We performed a brief introduction on the topic of obesity, the medical, social and psychological related aspects and then analyzed the results of empirical studies published on the treatment of obesity through CBT. It was concluded that a problem to be solved is the issue of weight regain after treatment completion. It was also concluded that there is empirical evidence of the effectiveness of CBT in the treatment of obese people resulting in improvements in physical, psychological and emotional aspects.

Key words: obesity; cognitive therapy; cognitive-behavioral therapy; psychology.

Introdução

A obesidade continua sendo um grave problema de saúde pública. Fatores como a rápida industrialização e urbanização das últimas décadas aumentaram significativamente a prevalência de obesidade pelo mundo (Zhao et al., 2008). Nos Estados Unidos houve um aumento da prevalência de obesidade desde 1970, e, entre os anos de 1999 e 2008 registrou-se ainda um aumento da obesidade abdominal entre os homens e mulheres (Ford, Li, Zhao & Tsai, 2011). Neste país mais de dois terços dos adultos são obesos ou tem sobrepeso, sendo que desde 1980 a prevalência de obesidade dobrou (King, 2013). No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2009), no período de 2008-2009, 41% da população brasileira apresentava sobrepeso e 10,5 milhões de pessoas estavam obesas. O alto custo econômico com a obesidade e o sobrepeso implicam em uma necessidade urgente de desenvolvimento de intervenções para o controle desta epidemia e a consequente prevenção das doenças crônicas associadas a esta condição (Zhao et al., 2008).

Uma explicação evolucionista para a epidemia de obesidade é que durante a evolução do ser humano, quando este vivia em um ambiente com quantidade limitada de alimentos altamente nutritivos e períodos de escassez de alimentos, foi adaptativo o circuito de recompensa do cérebro que fazia um indivíduo comer muitos alimentos de alta densidade nutricional (King, 2013). De acordo com este autor, acontece, no entanto, que atualmente nos países industrializados vive-se em ambientes que podem ser chamados de “obesogênicos”, com uma ampla disponibilidade de alimentos calóricos, e este antigo sistema de funcionamento cerebral pode anular os mecanismos fisiológicos inibitórios que se destinam a limitar a quantidade de alimento ingerido e o consequente ganho de peso.

A obesidade ou o sobrepeso são fatores de risco para diversas doenças crônicas como diabetes tipo II, hipertensão, dislipidemia, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, osteoartrite, problemas respiratórios e certos tipos de câncer (Field et al., 2001). Além destas doenças crônicas, mais de um terço dos indivíduos obesos apresentam também depressão, número este que indica possíveis traços comuns entre estas duas

doenças e já implica esta condição como um problema de saúde pública (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki & Spates, 2008). Indivíduos com obesidade e depressão comórbida tem mais problemas de saúde, e, apresentam limitações na vida diária, como por exemplo, maiores chances de trabalharem menos horas por dia e aposentarem-se precocemente (Karakus & Okunada, 2011). Indivíduos com obesidade e doenças mentais enfrentam dificuldades em dobro, considerando que estas são duas características que são discriminadas pela sociedade e que criam barreiras para que consigam empregos, dificuldades com moradia e relacionamentos interpessoais (Mizock, 2012).

A etiologia da obesidade é extremamente complexa envolvendo a interação de fatores biológicos e psicológicos com questões culturais e ambientais (Barlow & Durand, 2011). Desta forma, a obesidade é uma doença que exige tratamento transdisciplinar. Além da abordagem médica, nutricional e fisioterapêutica, a abordagem das questões emocionais e comportamentais é necessária no tratamento de pessoas nesta condição.

A pesquisa sobre aspectos psicológicos da obesidade acelerou-se e desenvolveu-se desde 1950 e atualmente sabe-se que estes incluem forças internas e externas, assim como, processos aditivos, sociais, culturais, desenvolvimentais e psicopatológicos (Swencionis & Rendell, 2012). Formas de enfrentamento dos problemas como descarga emocional estão associadas a comportamentos alimentares inadequados (Tomaz & Zanini, 2009). De acordo com estes autores indivíduos inseguros, com labilidade emocional, irritadiços, nervosos ou com dificuldade para lidar com situações estressantes, ao enfrentarem problemas, ao invés de utilizarem atitudes de resolução de problemas tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos para diminuir a sua ansiedade, desenvolvendo transtornos alimentares e/ou obesidade.

Uma avaliação da personalidade, especificamente de mulheres obesas, realizada por Rabelo e Leal (2007) indicou sentimentos de inadequação, baixa tolerância à frustração, características de dominância nas relações sociais, comportamentos altruístas e ingestão de ordem emocional. Os resultados obtidos nesta pesquisa indicaram diferenças significativas das mulheres obesas em comparação com a população normativa nas facetas de impulsividade, assertividade, fantasia, sentimentos, ideias, valores, altruísmo, competência e deliberação.

Contrariamente a esses resultados Silva e Maia (2011) não encontraram mais psicopatologia em pessoas com obesidade, no entanto, estes apresentaram mais queixas, problemas de saúde e relataram com frequência experiências de abuso emocional e negligência. É importante considerar, no entanto, que nesta pesquisa não foram avaliados a presença de diagnósticos psiquiátricos, nem especificamente a presença de transtornos alimentares que costumam ser prevalentes na população obesa como afirmam Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002).

Obesos em tratamento costumam valorizar a oportunidade de pensar sobre alimentação e peso em uma perspectiva psicológica (Yilmaz, Povey & Dalglish, 2011). O entendimento dos seus padrões alimentares e das suas dificuldades para a manutenção de um peso saudável fornece importantes *insights* e diferentes formas de abordar as questões relativas à perda de peso. Este tipo de abordagem resulta em melhoras também na qualidade das suas relações interpessoais, na autoestima, assim como, a conclusão de que não existe uma solução mágica para o problema da obesidade. O tratamento adequado da obesidade deve envolver mudanças sustentáveis em longo prazo, desta forma, trabalhar com os fatores psicológicos associados à alimentação e peso é uma importante contribuição no tratamento da obesidade (Yilmaz, Povey & Dalglish, 2011).

A psicoterapia cognitiva inicialmente foi desenvolvida por Aaron Beck para o tratamento de pessoas em depressão (Beck, 1964) e posteriormente foi aplicada ao tratamento de uma variedade de transtornos psiquiátricos, como: ansiedade, fobias e queixas somáticas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). A terapia cognitiva (conhecida também como terapia cognitivo-comportamental) com o objetivo de mudanças de estilo de vida em relação a padrões alimentares e atividade física é o tratamento baseado em evidências de escolha para a obesidade (Teufel, Becker, Rieber, Stephan e Zipfel, 2011). Considerando os aspectos psicológicos relacionados à obesidade e à necessidade de atendimento psicoterapêutico a esta população, buscou-se neste estudo, explorar pesquisas empíricas publicadas sobre a terapia cognitivo-comportamental (TCC) da obesidade.

Esta pesquisa teve o objetivo de revisar a literatura científica publicada sobre o tratamento psicoterapêutico de pessoas com obesidade, focando especificamente em estudos experimentais sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de obesos. Foram discutidas também especificidades dos diversos

protocolos cognitivo-comportamentais implementados nas pesquisas, assim como, pontos positivos, negativos e limitações da abordagem e dos estudos citados.

Método

Foi realizado um levantamento bibliográfico visando uma atualização do estado da arte sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. Foram efetuadas consultas nas bases de dados da pesquisa múltipla da PUCRS, PsycInfo e PubMed no período de janeiro a março de 2013. Foram utilizadas as palavras-chave: obesidade, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental e psicologia. As palavras-chave foram pesquisadas também em língua inglesa, sendo estas: *obesity, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy e psychology*.

Os critérios de inclusão foram estudos empíricos publicados nos últimos 10 anos que pesquisaram a psicoterapia cognitivo-comportamental utilizada isoladamente ou em conjunto com outras intervenções (ex: nutricional e/ou médico) no tratamento de indivíduos obesos (crianças, adolescentes e adultos) com o objetivo de perda de peso e melhora na saúde geral, incluindo aspectos físicos, emocionais e psicossociais. Foram incluídas também referências teóricas e algumas poucas publicações mais antigas sobre o tema com o objetivo de esclarecer e discutir a utilização das intervenções assim como os resultados obtidos.

Os critérios de exclusão foram estudos que avaliassem a eficácia ou efetividade de outras abordagens psicoterapêuticas sem incluir na pesquisa a avaliação ou comparação com intervenções cognitivo-comportamentais.

Discussão

Terapia cognitivo-comportamental e obesidade

A TCC tem características específicas como a estrutura, brevidade, orientação para o presente, direcionamento para resolução de problemas e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). Existem diversas aplicações e derivações da terapia cognitiva originadas a partir do

modelo Beck. Estes tratamentos baseiam-se tanto em uma formulação cognitiva de um transtorno específico como em uma conceituação e ou entendimento do paciente de forma individual (Beck, 1997). Nesta abordagem, intervenções cognitivas tem o objetivo de reestruturar pensamentos disfuncionais e intervenções comportamentais são usadas para mudar comportamentos inadequados. As intervenções comportamentais também são úteis para identificar cognições associadas a comportamentos específicos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Especificamente em relação à TCC para o emagrecimento, parte-se do pressuposto que modificando o pensamento, o comportamento alimentar também será alterado e desta forma se dará a perda de peso (Beck, 2011).

A dificuldade de se manter em uma dieta saudável pode estar associada a um conflito de objetivos. Esses objetivos seriam o prazer de comer e o controle do peso. De acordo com este modelo proposto por Stroebe, van Koningsbruggen, Papies e Aarts (2013) a maioria das pessoas que tentam manter uma dieta saudável falham quando se encontram em ambientes com ampla disponibilidade de alimentos calóricos e atraentes porque acabam colocando o objetivo de ter prazer através da alimentação antes do objetivo de manter um peso saudável. Desta forma acontece uma inibição cognitiva do objetivo de controle de peso. De qualquer forma existe uma minoria de pessoas que mantêm uma dieta saudável e quando expostas a ambientes com muito estímulo à alimentação inadequada associam esta situação a pensamentos de controle de peso. Estes indivíduos mesmo quando expostos a alimentos inadequados conseguem manter um padrão alimentar adequado. Desta forma, ensinar estratégias que auxiliem as pessoas que tem dificuldade de manter um padrão alimentar saudável a mudar este comportamento é algo que deve ser desenvolvido.

Pessoas com sobrepeso e obesidade beneficiam-se de intervenções psicológicas para a diminuição do peso corporal (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005). Estes autores realizaram uma revisão sistemática das publicações científicas sobre intervenções psicológicas para o tratamento do sobrepeso e obesidade e concluíram que a abordagem cognitivo comportamental é particularmente indicada para este tipo de tratamento em conjunto com atividade física e reeducação alimentar. Neste estudo, a TCC é indicada devido às evidências que dão suporte ao seu uso no tratamento da obesidade, diferente de outras

intervenções psicológicas que são avaliadas com menos rigor para os tratamentos de perda de peso.

Dificuldades com alimentação e manutenção de um peso adequado estão relacionadas a distorções cognitivas e ciclos de comportamentos disfuncionais (Wilfley, Kolko & Kass, 2011). Desta forma, a TCC é uma abordagem apropriada para este tipo de problema, sendo utilizada para o ajuste de peso e mudança de hábitos inadequados. Neste tipo de tratamento é necessário considerar que as questões relativas ao controle do peso corporal requerem uma abordagem abrangente, e que as dificuldades com a alimentação permeiam o indivíduo, sua casa e o seu ambiente social (Wilfley, Kolko & Kass, 2011).

Frequentemente pessoas que tem dificuldade para manter um peso adequado acreditam que não emagrecem por terem um metabolismo lento. De acordo com Beck (2011), raramente estes indivíduos têm um problema médico que os impeçam de perder peso, no entanto, apresentam padrões de pensamentos disfuncionais. Depois que estes indivíduos aprendem a mudar a forma de pensar sobre a alimentação, passam a ser mais capazes de comer mais devagar, percebem de fato o que estão comendo, apreciam a comida sem culpa e persistem em uma dieta (Beck, 2011).

Protocolos de tratamento cognitivo-comportamental específicos para a obesidade (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009; White & Freeman, 2003) e para redução de peso (Beck, 2011) já foram desenvolvidos. Cooper et al. (2009) desenvolveram um protocolo de TCC para o tratamento da obesidade no qual os participantes podem esperar uma perda de peso de 10% a 15% do seu peso inicial, acontecendo numa intensidade de 0,5Kg a 1Kg por semana, embora existam variações consideráveis de pessoa para pessoa. White e Freeman (2003) concordam com este posicionamento e também propõe um protocolo de TCC para a obesidade com objetivos modestos (perda de peso em média de 10% do peso inicial) e enfatizam os benefícios físicos e psicológicos desta perda.

A TCC aplicada em grupos de emagrecimento propicia além da redução do peso corporal, benefícios clinicamente significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimento de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld, Moreira & Xavier, 2012). A TCC pode ser ainda combinada com o tratamento dietético padrão, fazendo com que os efeitos do tratamento tenham

maior duração após a finalização deste (Werrij et al., 2007). Em outras palavras, a combinação do tratamento dietético padrão com a TCC produz menos recaídas em comportamentos alimentares inadequados dos obesos do que quando estes são tratados apenas com orientação nutricional. Além deste feito profilático esta combinação de tratamentos também traz benefícios como a diminuição do IMC, compulsão alimentar, preocupações com a alimentação, depressão, e, produz melhora da imagem corporal e na autoestima (Werrij et al., 2007).

Em estudo desenvolvido por Moscatiello et al. (2011) pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica, doença altamente relacionada à obesidade e sobrepeso, foram submetidos a 13 sessões de TCC em grupo com o objetivo de perda de peso e aumento da atividade física e obtiveram melhoras em parâmetros gerais e específicos relacionados ao fígado. Neste estudo a TCC foi associada a uma maior probabilidade de perda de peso e consequente normalização das enzimas do fígado. Os participantes deste estudo mantinham em média menos 5,6% do seu peso inicial em uma avaliação após dois anos de realização da intervenção. De forma convergente no estudo de Ash et al. (2006), indivíduos que submeteram-se a TCC com foco de intervenção no estilo de vida obtiveram melhores resultados do que os participantes que receberam apenas folhetos informativos e a TCC foi tão eficaz quanto a intervenção dietética individualizada na perda de peso e gerou melhorias na auto-eficácia.

Existem algumas críticas à abordagem cognitivo comportamental padrão no tratamento de pessoas com obesidade. Na pesquisa de Glisenti e Strodler (2012) foi feita uma comparação da TCC com a terapia comportamental dialética (TCD) no tratamento de obesos que apresentam alimentação emocional. Os dois casos tratados com a TCD apresentaram melhoras na aflição emocional, frequência de alimentação emocional ou quantidade de alimentos ingeridos decorrente do estado emocional, enquanto que os dois indivíduos tratados com a TCC não apresentaram nenhuma redução nestas áreas. Os autores da pesquisa sugerem que se deve rever e monitorar o progresso terapêutico especialmente quando os pacientes estão insatisfeitos com algum aspecto do seu tratamento cognitivo comportamental. Os pesquisadores sugerem que quando os pacientes se sentem oprimidos pela força das suas emoções eles têm dificuldade em desafiar logicamente as cognições que podem estar relacionadas à sua alimentação emocional. Desta forma, os resultados da pesquisa sugerem que técnicas utilizadas pela TCD como *mindfulness*, tolerância

à aflição e regulação emocional podem ser utilizadas na terapia antes da implementação de técnicas de reestruturação cognitiva.

Considerando que a abordagem comportamental no tratamento da obesidade tem sucesso na perda de peso significativa dos pacientes, mas tem encontrado dificuldades com a manutenção deste peso perdido, Cooper e Fairburn (2001) desenvolveram um tratamento cognitivo comportamental com o objetivo de minimizar o problema da recuperação do peso perdido. Estes pesquisadores consideram que, além de outros fatores, a negligência dos aspectos cognitivos e a ambiguidade em relação aos objetivos do tratamento têm influenciado a questão da recuperação do peso perdido. Apesar da hipótese de que a abordagem cognitiva com foco na manutenção do peso perdido em longo prazo seria a solução para esta dificuldade dos pacientes, Zafra et al., (2010) testaram este tipo específico de intervenção cognitivo comportamental em pacientes obesos e não obtiveram resultados satisfatórios. Considerando que nesta pesquisa a maioria dos pacientes recuperou quase que completamente o peso perdido com o tratamento em período de três anos depois de finalizada a intervenção, a pesquisa conclui que talvez exista uma falha na teoria que dá suporte a intervenção ou talvez a TCC não tenha sido suficientemente potente. Os pesquisadores sugerem que devido à dificuldade do tratamento da obesidade em longo prazo, a pesquisa na área talvez precise ter mais foco na prevenção do que no tratamento.

Contrariamente Göhner, Schlatterer e Seelig (2012) pesquisaram a intervenção cognitivo comportamental em grupo para o tratamento da obesidade e verificaram que a intervenção teve efeito sobre a escolha dos alimentos e nível de atividade física. A intervenção cognitivo comportamental ainda apresentou uma melhora na auto-eficácia, maior intenção de alcançar os objetivos e intenções de implementação mais detalhadas nos participantes quando comparados ao grupo controle. A pesquisa indica que o tratamento tem o potencial de provocar mudanças cognitivas duradouras que podem ser responsáveis por fazer que indivíduos obesos comecem a manter a prática de atividade física e melhorem a qualidade da alimentação, resultando assim na redução do peso corporal. Uma possibilidade para reforçar as mudanças cognitivas e manutenção do peso saudável seria que os programas de reeducação alimentar utilizassem intervenções através da internet como ferramenta auxiliar no tratamento (Becker, Rapps & Zipfel, 2007).

Numa revisão sistemática Laederach-Hofmann, Messerly-Burgy e Meyer (2008) pesquisaram ensaios controlados e randomizados sobre os efeitos em longo prazo da terapia não cirúrgica para obesidade e tratamento do risco cardiovascular. Os autores afirmam que estratégias de tratamento compostas por intervenção farmacológica, terapia comportamental, exercícios, dietas e terapias complementares concebidas para reduzir o peso são capazes de promover benefícios significativos sobre os fatores de risco cardiovascular. Estes pesquisadores afirmam que existem poucos estudos controlados e randomizados na área e sugerem que estudos de longo prazo, em um período de 5 a 10 anos, com obesos clinicamente saudáveis precisam ser desenvolvidos.

Uma consideração importante é feita por Fabricatore (2007) quando após uma revisão da literatura afirma que as diferenças entre a TCC e a terapia comportamental padrão para obesidade estão mais nas teorias que sustentam estas abordagens do que de fato na sua aplicação. A pesquisa aponta que na prática os dois tratamentos são muito parecidos, os dois incluem recomendações para a diminuição da ingestão de calorias e aumento do gasto energético, e, ainda, existe considerável sobreposição de técnicas utilizadas nas duas abordagens. Fabricatore (2007) afirma que o questionamento de se a mudança cognitiva gera a mudança comportamental, ou o contrário, tem sido objetivo de debate teórico e empírico há décadas. Fabricatore (2007) considera-se que os métodos de pesquisa atuais não possibilitam que se chegue a uma posição definitiva sobre esta questão com estudos experimentais de laboratório e muito menos que se identifique se é a mudança cognitiva ou a comportamental que é a principal na manutenção do peso perdido através da mudança no estilo de vida. Enquanto não são desenvolvidos estudos controlados e randomizados que apresentem resultados mostrando que a TCC para o tratamento da obesidade apresenta resultados iguais ou superiores à terapia comportamental para o controle do peso, a pesquisa indica que os clínicos que querem trabalhar a manutenção do peso perdido com os seus pacientes devem ser encorajados a usar as duas abordagens.

Terapia cognitivo-comportamental da obesidade com crianças e adolescentes

A TCC com crianças e adolescentes obesos, associada a uma dieta controlada, atividade física e educação nutricional tem sido considerada uma

intervenção efetiva para perda de peso (Kelly & Kirschenbaum, 2009). O tratamento cognitivo-comportamental da obesidade especificamente com adolescentes deve promover responsabilidade, autonomia, deve contar com suporte e mudanças familiares. Desta forma, se torna um tratamento efetivo e aceito pelo adolescente assim com pela sua família (Brennan et al., 2009). Tsiros et al., (2008) afirmam que a TCC é considerada uma estratégia eficaz para ajudar os adolescentes obesos a perderem peso por focar em mudanças de estilo de vida. Estes autores consideram, no entanto, que, mais estudos ainda são necessários para avaliar a efetividade desta intervenção em longo prazo, como na manutenção destes resultados até a vida adulta.

A participação da família é fundamental no tratamento de crianças com obesidade, inclusive em alguns casos, podendo ser suficiente somente a terapia com os pais da criança. Neste sentido, Munsch et al. (2008) estudaram a TCC no tratamento de crianças obesas e compararam intervenções de 16 sessões somente com as mães, com intervenções com mães e crianças. Os autores concluíram que os dois tipos de intervenções apresentaram resultados de eficácia similares. As duas modalidades reduziram significativamente o sobrepeso das crianças e os resultados se mantiveram seis meses após o tratamento. Estes autores consideram ainda que o bem estar psicológico das mães e das crianças obesas pode ser melhorado com a TCC.

A abordagem comportamental também foi pesquisada no tratamento da obesidade infantil, trabalhando-se exclusivamente com o atendimento aos pais (Janicke, 2013). Esta intervenção resultou em redução do peso, melhora na qualidade da alimentação e diminuição de comportamentos não adequados para a redução de peso da criança. Nesta pesquisa os pais foram treinados em uma abordagem flexiva em técnicas como auto-monitoramento, definição de objetivos, *feedback* da performance, reforçamento, controle de estímulos e receberam instruções em relação ao próprio comportamento. A TCC, assim como a dieta intensiva e atividade física, esta entre as recomendações dos especialistas para o tratamento da obesidade na infância e adolescência (Kirschenbaum & Gierut, 2012).

A psicoterapia com crianças obesas além de trabalhar no sentido da perda de peso pode ter foco também em outras questões psicológicas, já que, crianças nesta condição apresentam um maior comprometimento emocional (níveis mais altos de insegurança, retraimento, dependência, imaturidade e agressividade

reprimida) quando comparadas a crianças não obesas (Azevedo & Giglio, 1997). Em relação à postura dos pais ao lidar com seus filhos, atitudes autoritárias ou negligentes têm efeito duradouro aumentando o risco de desenvolvimento da obesidade nos seus filhos (Fuemmeler et al., 2012). Um método proveitoso para a prevenção da obesidade nas crianças deve incorporar não somente estratégias parentais em relação à comida e alimentação, mas também formas mais gerais de relacionamento dos pais com os seus filhos. É importante considerar também que existem determinadas crenças e atitudes culturais que influenciam a noção de como educar e se relacionar com os filhos, desta forma, deve-se considerar que as intervenções psicoterapêuticas sejam culturalmente adequadas às famílias.

Terapia cognitivo-comportamental da obesidade e aspectos psiquiátricos

Comportamentos alimentares desordenados presentes em pessoas com obesidade têm um impacto psicológico negativo geralmente relacionado à depressão e ansiedade (Darby, Hay, Mond, Rodgers & Owen, 2007). No tratamento psicoterapêutico desta população é necessário ter como objetivo alterar atitudes inadequadas em relação à alimentação, forma corporal, peso, assim como, comportamentos e pensamentos sobre métodos efetivos de controle e manutenção do peso.

Apesar da obesidade não ser uma doença psiquiátrica, esta associada a transtornos psiquiátricos como depressão e transtornos alimentares (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Taylor, Stonehocker, Steele & Sharma, 2012). A TCC tem sido indicada no tratamento da obesidade em pessoas com e sem transtornos mentais (Taylor, Stonehocker, Steele & Sharma, 2012).

Obesos com transtorno depressivo maior podem perder peso, diminuir os fatores de risco para doença cardiovascular e melhorar dos sintomas depressivos com um programa de tratamento combinado (TCC com foco na depressão e técnicas comportamentais para controle do peso) (Faulconbridge, Wadden, Berkowitz, Pulcini & Treadwell, 2011). Neste estudo os participantes que completaram o tratamento perderam em média 5,9% do seu peso inicial.

Pessoas com obesidade e depressão também foram tratadas com aconselhamento nutricional em conjunto com ativação comportamental (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki & Spates, 2008). O estudo demonstrou que os

participantes obtiveram redução no peso corporal, diminuição na ingestão calórica diária e aumento da atividade física. Foram registradas também reduções significativas nos sintomas depressivos, inclusive com 10 dos 14 participantes chegando à remissão completa da depressão após o tratamento (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki & Spates, 2008). Estes resultados indicam a ativação comportamental como um tratamento promissor tanto para a perda de peso quanto para a depressão.

A aplicação da TCC para o tratamento de pacientes que ganham peso devido ao tratamento com uso de antipsicóticos também já foi estudada. Indivíduos que fazem tratamento com antipsicóticos e que são tratados com TCC com foco na reeducação alimentar, obtêm perda de peso, redução na compulsão alimentar e menos cognições relacionadas ao peso (Khazaal et al., 2007).

Especificamente no tratamento do transtorno da compulsão alimentar (TCAP) a TCC tem apresentado resultados consolidados da sua eficácia e tem sido uma intervenção indicada (Schlup, Munsch, Meyer, Margraf & Wilhelm, 2009). Devlin, Goldfein, Petkova, Liu e Walsh (2007) afirmam que tratamentos de curto prazo para o TCAP podem trazer benefícios em longo prazo, como, redução do número de episódios de compulsão alimentar por dois anos de seguimento após a finalização da psicoterapia. Vanderlinden et al., (2012) consideram que uma sessão de TCC por semana durante sete meses com pacientes obesos e com compulsão alimentar produz benefícios no comportamento alimentar, peso e parâmetros psicológicos que podem durar até 3,5 anos após o tratamento. Castelnuovo et al. (2011) sugerem que a eficácia da TCC, considerada o “padrão ouro” no tratamento do TCAP, pode ser ainda melhorada, em termos de manutenção dos resultados a longo prazo, utilizando recursos como contatos com o paciente via telefone após o término das sessões presenciais.

A TCC, terapia comportamental e o tratamento sequencial (terapia comportamental seguida de TCC) foram estudadas em pacientes obesos com TCAP em um estudo controlado e randomizado (Grilo Masheb, Gueorguieva, Wilson & White, 2011). Os resultados indicaram que a TCC foi superior à terapia comportamental na redução dos episódios de compulsão alimentar, enquanto que a terapia comportamental foi superior, no entanto modesta, na perda de peso durante o tratamento. A abordagem sequencial não demonstrou utilidade. A remissão da compulsão alimentar foi associada com uma maior perda de peso. O estudo sugere

que a terapia comportamental pode ser uma alternativa a TCC no tratamento do TCAP.

Estudo sobre os efeitos em longo prazo da farmacoterapia e da TCC para o TCAP em indivíduos com sobrepeso mostra que a TCC foi mais efetiva do que a fluoxetina em um período de seguimento de 12 meses após o fim do tratamento (Grilo, Crosby, Terence & Masheb, 2012). A eficácia da TCC no tratamento do TCAP esta estabelecida e é necessário considerar que a remissão da compulsão alimentar resulta em redução do IMC nestes pacientes (Grilo, Masheb, Gueorguieva, Wilson & White, 2011).

Terapia cognitivo-comportamental da obesidade e cirurgia bariátrica

A intervenção cognitivo comportamental breve em grupo (em apenas quatro sessões) apresenta resultados de diminuição de comportamentos e cognições relacionadas à compulsão alimentar e é indicada como uma intervenção eficaz para obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Desta forma, a TCC pode ser também um método de preparação dos pacientes para este tipo de cirurgia e pode melhorar os resultados deste procedimento (Aston, Drerup, Windover & Heinberg, 2009).

A TCC foi pesquisada no tratamento de obesos submetidos à cirurgia bariátrica em relação a sua viabilidade, aceitabilidade e efetividade (Cassin et al., 2012). Nesta pesquisa, os participantes foram atendidos em seis sessões individuais de TCC, sendo avaliados a patologia alimentar e o funcionamento psicossocial após a intervenção. A maioria dos participantes do estudo referiu melhora na gravidade da compulsão alimentar, na alimentação emocional e na depressão, e, todos os participantes referiram *feedback* positivo em relação a intervenção. A intervenção cognitivo comportamental teve como foco ensinar habilidades de enfrentamento que pudessem ser utilizadas antes ou após o procedimento cirúrgico, por exemplo: agendamento de refeições saudáveis e lanches em intervalos de tempo regulares, planejamento de atividades prazerosas alternativas ao comer excessivo e planejamento para situações alimentares difíceis. Foram feitas intervenções também para a redução da vulnerabilidade à alimentação emocional através da resolução de problemas e reestruturação de pensamentos disfuncionais.

Considerações finais

Com a revisão da literatura científica realizada é notável que a maioria dos estudos encontrados sobre o tema indica a TCC como tratamento efetivo para a obesidade. Salienta-se a importância do desenvolvimento dos protocolos específicos para o tratamento da obesidade (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009; White & Freeman, 2003) e programas de reeducação alimentar (Beck, 2011) amplamente divulgados e aplicados na prática clínica. Além dos protocolos e programas desenvolvidos para o tratamento desta população, é notável também a quantidade de estudos experimentais que demonstram a efetividade da TCC para a obesidade (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005; Neufeld, Moreira & Xavier, 2012; Werrij et al., 2007; Ash et al., 2006; Tsiros et al., 2008; Göhner, Schlatterer & Seelig, 2012; Kelly & Kirschenbaum, 2009; Munsch et al., 2008; Faulconbridge, Wadden, Berkowitz, Pulcini & Treadwell, 2011; Khazaal et al., 2007)

Poucas pesquisas mostraram resultados desfavoráveis ao uso da TCC com esta população, sendo elas o estudo de Zafra et al. (2010) que não considera a abordagem psicoterapêutica eficaz para a manutenção do peso perdido a longo prazo e a pesquisa de Glisenti e Strodl (2012) que faz algumas críticas a abordagem cognitivo comportamental padrão, sugerindo algumas modificações. Tsiros et al. (2008) também enfatizam que em relação ao tratamento com crianças ainda é necessário o desenvolvimento de estudos de acompanhamento, no sentido, de verificar se os resultados da intervenção se mantêm até a vida adulta. Neste sentido, ainda existem indefinições em relação à questão da manutenção do peso perdido após o tratamento e qual a porcentagem de gordura deve ser eliminada para que se considere esta perda de peso realmente significativa.

Os resultados deste estudo sugerem que pesquisas ainda precisam ser realizadas com o objetivo de desenvolver intervenções cognitivo comportamentais que auxiliem os pacientes na perda e principalmente na manutenção do peso saudável. Os resultados sugerem também a utilização da TCC no tratamento de pessoas com obesidade, assim como, a implementação de estratégias de prevenção da obesidade considerando as dificuldades no tratamento de pessoas nesta condição. Este estudo não teve o objetivo de esgotar o tema e sim aprofundar na questão do tratamento da obesidade com a TCC.

Referências

- Ash, S., Reeves, M., Bauer, J., Dover, T., Vivanti, A., Leong, C., Sullivan, T. O., & Capra, S. (2006). A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counseling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *International Journal of Obesity*, 30, 1557-1564.
- Aston, K., Drerup, M., Windover, A. & Heinberg, L. (2009). Brief, four group session CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(2), 257-262.
- Azevedo, M. A. S. B. & Giglio, J. S. (1997). *Um estudo exploratório da personalidade da criança obesa através do desenho da figura humana e dos indicadores emocionais de Koppitz*. Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.
- Barlow, D. H. & Durand, M. R. (2011). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (trad. Roberto Galman). São Paulo: Cengage Learning.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. (Trad. S. Costa). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. (Trad. S. Costa). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. S. (2011). *Pense magro por toda a vida*. (Trad. M. Veronese). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Becker, S., Rapps, N. & Zipfel, S. (2007). Psychotherapy in obesity – a systematic review. *Psychotherapie, Psychosomatic, Medizinische Psychologie*, 57(11), 420-428.
- Brennan, L., Walkley, J., Lukeis, S., Risteska, A., Archer, L., Digre, E., Fraser, S. & Greenway, K. (2009). A cognitive behavioral intervention for overweight and obese adolescents illustrated by four case studies. *Behavior Change*, 26(3), 190-213.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Wnuk, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R. & Parickh, S. V. (2012). Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Vila, V., Cesa, G. L., Pietrabissa, G. & Molinari, E. (2011). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical Trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with tele care in patients with obesity and binge eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials*. 12.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499-511.
- Cooper, Z. Fairburn, C. G. & Hawker, D. M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. (Trad. V. P. L. Sampaio). São Paulo: Roca.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J, Rodgers, B. & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31(5), 876-882.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Liu, L. & Walsh, T. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Pharmacology and Therapeutics*, 15(7), 1702-1709.

- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63–67.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *Journal of the American Dietetic Association*. 107(1), 92-98.
- Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Berkowitz, R. I., Pulcini, M. E. & Treadwell, T. (2011). Treatment of comorbid obesity and major depressive disorder: a prospective pilot study for their combined treatment. *Journal of Obesity*.
- Field, A. E., Coakley, E. H., Must, A., Spadano, J. L., Laird, N., Dietz, W. H., Rimm, E. & Colditz, G. A. (2001). Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Archives of Internal Medicine*, 161(13), 1581-1586.
- Ford, E. S., Li, C., Zhao, G. & Tsai, J. (2011). Trends in obesity and abdominal obesity among adults in the United States from 1999-2008. *International Journal of Obesity*, 35, 736-743.
- Fuemmeler, B. F., Yang, C., Costanzo, P., Hoyle, R. H., Siegler, I. C. Williams, R. B. & Ostbye, T. (2012). Parenting styles and body mass index trajectories from adolescence to adulthood. *Health Psychology*, 31(4), 441-449.
- Glisenti, K. & Strodl, E. (2012). Cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy for treating obese emotional eaters. *Clinical Case Studies*, 11(2), 71-88.
- Göhner, W., Schlatterer, M. & Seelig, H. (2012). Two-year follow up of an interdisciplinary cognitive behavioral intervention program for obese adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(4), 371-391.

- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Terence, W. G. & Masheb, R. M. (2012). 12- month follow-up of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1108-1113.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 675-685.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (2a Ed.)*. Rio de Janeiro.
- Janicke, D. M. (2013). Treatment of pediatric obesity using a parent-only approach: A case example. *Health Psychology, 32*(3), 345-350.
- Karakus, M. C. & Okunada, A. A. (2011). Obesity, depression, and employment related outcomes among workers near retirement. *Ageing International, 37*(2), 238-253.
- Kelly, K. P. & Kirschenbaum, D. S. (2009). Immersion treatment of childhood and adolescent obesity: the first review of a promising intervention. *Obesity Review, 12*(1), 37(13).
- Khazaal, Y., Freseard, E., Rabia, S., Chatton, A., Rothen, S., Pomini, V., Grasset, F., Borgeat, F. & Zullino, D. (2007). Cognitive behavioural therapy for weight gain associated with antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research, 91*(1), 169-177.
- King, B. M. (2013). The modern obesity epidemic, ancestral hunter-gatherers, and the sensory/reward control of food intake. *American Psychologist, 68*(2), 88-96.
- Kirschenbaum, D. S. & Gierut, K. (2012). Treatment of childhood and adolescent obesity: an integrative review of recent recommendations from five expert groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

- Laederach-Hofmann, K., Messerly-Burgy, N. & Meyer, K. (2008). Long term effects of non-surgical therapy for obesity on cardiovascular risk management: a weighted empirical review. *Journal of Public Health, 16*, 21-29.
- Mizock, L. (2012). The double stigma of obesity and serious mental illnesses: promoting health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(6), 466-469.
- Moscatiello, S., Rafella, D. L., Bugianesi, E., Suppini, A., Hickman, I. J., Domizio, S. D., Grave, R. D., & Marchesini, G. (2011). Cognitive-behavioral treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a propensity score-adjusted observational study. *Obesity, 19*(4), 763-770.
- Munsch, S., Roth, B., Michael, T., Meyer, A. H., Biedert, E., Roth, S., Speck, V., Zumsteg, U., Isler, E. & Margraf, J. (2008). Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies for obese children: mother versus mother-child cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(4), 235-246.
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M. & Xavier, G. S. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência. *Psico, 43*(1), 93-100.
- Pagoto, S., Bondelos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B. & Spates, C. R. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 410-415.
- Rabelo, A. M. M. & Leal, I. P. (2007). Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica, 25*(3), 467-477.
- Schlup, B., Munsch, S., Meyer, A. H., Margraf, J. & Wilhelm, F. H. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by

booster sessions for binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 47(7), 628-635.

Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Silva, S. S. P. & Maia, A. C. (2011). Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 194-200.

Stroebe, W., van Koningsbruggen, G. M., Papiés, E. K., & Aarts, H. (2013). Why most dieters fail but some succeed: A goal conflict model of eating behavior. *Psychological Review*, 120(1), 110-138. doi: 10.1037/a0030849

Swencionis, C., Rendell, S. T. (2012). The psychology of obesity. *Abdominal Imaging*, 37(5), 733-737.

Taylor, V. H., Stonehocker, B., Steele, M. & Sharma, A. M. (2012). An overview of treatments for obesity in a population with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 13-20.

Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K. & Zipfel, S. (2011). Psychotherapy and obesity: strategies, challenges and possibilities. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1133-1139.

Tomaz, R. & Zanini, D. (2009). Personality and coping in patients with eating disorders and obesity. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 447-454.

Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., Howe, P. R. & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1134-1140.

- Vanderlinden, J., Adriaensen, A., Vancampfort, D., Pieters, G., Probst, M. & Vansteelandt, K. (2012). A cognitive behavioral therapeutic program for patients with obesity and binge eating disorder: short- and long- term follow-up data of a prospective study. *Behavior Modification*, 36(5), 670-686.
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. A., & Hospers, H. J. (2007). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 315-324.
- White, J. R. & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. (Trad. M. G. Armando). São Paulo: Roca.
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P. & Kass, A. E. (2011). Cognitive behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 271-285.
- Yilmaz, J., Povey, L. & Dalgliesh, J. (2011). Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing Standard*, 25(21), 42-46.
- Zafra, C., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E. & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713.
- Zhao, W., Zhai, Y., Hu, J., Wang, J., Yang, Z., Kong, L. & Chen, C. (2008). Economic burden of obesity-related chronic diseases in Mainland China. *Obesity Reviews*, 9(1), 62-67.

3. ESTUDO 2 (EMPÍRICO)

COMPARAÇÃO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM OBESOS MÓRBIDOS E PESSOAS COM PESO NORMAL

Resumo

Introdução: Distorções cognitivas (DCs) e esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) são cognições disfuncionais associadas a diversos transtornos psicológicos e psiquiátricos. A obesidade mórbida está relacionada a questões psicológicas e comportamentais, no entanto, existem poucos estudos sobre a prevalência de DCs e EIDs em pessoas com obesidade mórbida. **Objetivos:** Comparar a prevalência de DCs e EIDs em um grupo de obesos mórbidos e um grupo de pessoas com peso normal. **Métodos:** A amostra foi formada por 111 participantes, sendo 53 obesos mórbidos e 58 sujeitos com o peso normal. Os participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Dados Sócio-demográficos e História Clínica, Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest) e o Questionário de Esquemas de Young (YSQ). **Resultados:** A DC “rotulação” foi preditora do grupo de obesos mórbidos e o EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” foi mais prevalente neste grupo em comparação com o grupo com peso normal. **Conclusão:** Pessoas com obesidade mórbida podem apresentar mais DCs do tipo “rotulação” e EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” em comparação com pessoas com peso normal.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; Cognição; Pensamento.

COMPARISON OF COGNITIVE DISTORTIONS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN MORBID OBESE AND NORMAL WEIGHT PEOPLE

Abstract

Introduction: Cognitive distortions (CDs) and early maladaptive schemas (EMSs) are dysfunctional cognitions related to various psychological and psychiatric disorders. Morbid obesity is related to psychological and behavioral issues, however, there are few studies on the prevalence of CDs and EMSs in people with morbid obesity. **Objectives:** To compare the prevalence of CDs and EMSs in a morbid obese people group and normal weight subjects group. **Method:** The sample consisted of 111 participants, 53 morbid obese and 58 were subjects with normal weight. The participants answered the Mini-Mental State Examination (MMSE), Socio-Demographic and Clinical History Questionnaire, the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) and Young Schemas Questionnaire – short form (YSQ). **Results:** “Labeling” CD was predictive of the morbid obese group and EMS of “insufficient self-control/self-discipline” was more prevalent in this group compared to the group with normal weight. **Conclusion:** People with morbid obesity may have more “labeling” CDs and “insufficient self-control/self-discipline” EMS compared to people with normal weight.

Key-words: Morbid obesity; Cognition, Thinking.

Introdução

Todas as pessoas têm milhares de pensamentos por dia, sendo que a maioria destes não é consciente, já que, acontecem de forma rápida e involuntária. Estes pensamentos podem acontecer de forma distorcida ou disfuncional e podem ter influência no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Estes pensamentos têm relação com o comportamento e as reações emocionais das pessoas. Este tipo de cognição é denominado pensamento automático e pode ser ativado por eventos externos (por exemplo, relações interpessoais) ou internos (por exemplo, lembrança de algo) (Knapp, 2004).

Os pensamentos automáticos podem ser verdadeiros, falsos ou parcialmente falsos. Estes erros cognitivos que ocorrem com frequência são denominados de distorções cognitivas (DCs) e foram classificadas por Beck (1997) em doze tipos: pensamento do tipo tudo-ou-nada (percebe-se a situação em apenas duas categorias em vez de em um contínuo), catastrofização (existe uma previsão negativa do futuro sem considerar outros resultados mais prováveis), desqualificação (a pessoa irrazoavelmente diz para si mesma que experiências, atos ou qualidades positivos não contam), argumentação emocional (pensamentos de que algo deve ser verdade porque se “sente” ou porque se acredita que de maneira tão convincente que se desconsidera evidências contrárias), rotulação (coloca-se um rótulo fixo sobre si mesmo ou sobre outros, sem considerar uma conclusão menos desastrosa), magnificação/minimização (avalia-se a si mesmo, outra pessoa ou uma situação magnificando o negativo ou minimizando o positivo), filtro mental (presta-se atenção indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral), leitura mental (acha-se que sabe o que outros estão pensando, falhando em considerar outras possibilidades prováveis), supergeneralização (conclui-se algo que vai muito além da situação atual de forma negativa e radical), personalização (acredita-se que os outros estão se comportando de forma negativa devido a características ou comportamentos pessoais sem considerar explicações mais plausíveis), declarações do tipo “eu deveria” (tem-se uma idéia exata estabelecida de como si próprio ou os outros deveriam se comportar e superestima-se quão ruim é que essas expectativas não sejam preenchidas) e visão em túnel (percebe-se apenas os aspectos negativos de uma situação).

As DCs podem influenciar o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Obesos podem apresentar DCs do tipo pensamento “tudo ou nada”, oscilando entre alimentação rigidamente saudável e episódios de ingestão de comida sem qualquer critério de qualidade ou quantidade (Shook, 2010). Podem apresentar DCs do tipo “catastrofização” quando pensam que seus esforços para perder peso serão totalmente destruídos, ao invés de temporariamente desviados, se comerem algum alimento inapropriado. A DC “generalização excessiva” pode acontecer, quando após uma tentativa falha de emagrecer, concluem que nunca emagrecerão. Outra possibilidade seria a DC “inferência arbitrária” quando acreditam arbitrariamente que os outros pensam que são preguiçosos, detestáveis e os rejeitam (Randomile, 2003).

Obesos podem apresentar DCs relacionadas à sua aparência, tendo uma visão seletiva das partes do seu corpo que não gostam ao invés de avaliarem o corpo inteiro. É possível que tenham foco excessivo na forma e peso corporal e não percebam outras qualidades positivas que possuem (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009). Estas distorções podem relacionar-se a sentimentos de insatisfação, excessiva verificação corporal e afeto negativo após comparação social desfavorável. Desta forma, as DCs podem relacionar-se também a transtornos relacionados à imagem corporal acompanhados de estados afetivos negativos (Ridolfi, Myers, Crowther & Ciesla, 2011).

As DCs podem dificultar a manutenção de um peso baixo após o emagrecimento. Especificamente a DC do tipo “pensamento dicotômico” pode estar relacionada a esta dificuldade. Pessoas com este tipo de pensamento podem interpretar o fato de não alcançar completamente as suas metas como evidência do fracasso. Desta forma estas pessoas podem se sentir desmotivadas e parar de se esforçar para manterem ou perderem mais peso (Byrne, Cooper & Fairburn, 2004).

Intervenções cognitivas são úteis no tratamento da obesidade. Muitos indivíduos que pretendem perder peso não apresentam comportamentos alinhados com seus objetivos. Estes frequentemente têm expectativas de que não vão ser bem sucedidos no tratamento. Acreditam que o fracasso é inevitável, e, o interpretam como evidência da sua incompetência. Pessoas que tentaram diversas vezes perder peso ou manter um peso mais saudável e fracassaram podem apresentar muitas DCs, e estas podem sabotar as novas tentativas de emagrecimento. A auto monitoração de DCs e a reestruturação destas são

estratégias que podem ser usadas no tratamento de pessoas com problema de peso (Dorsten & Lindley, 2011). Desta forma, o conhecimento sobre a prevalência das DCs entre os obesos pode proporcionar maior entendimento dos padrões psicopatológicos destes indivíduos e possibilitar intervenções psicoterapêuticas adequadas.

As DCs podem funcionar como mecanismo de manutenção de um nível de cognição mais profundo chamado de esquema. Estes são um conjunto de crenças centrais que agem como matrizes para o processamento de informações. Os esquemas selecionam e atribuem significado às informações provenientes do meio ambiente. Estes começam a formar-se na infância, sendo influenciados por experiências como ensinamentos, modelos, atividades educativas, experiências dos seus pares, traumas e sucessos. As pessoas têm uma mistura de esquemas adaptativos e desadaptativos e estes têm uma forte influência nos comportamentos (Wright, Basco & Thase, 2008). Considerando que a obesidade está relacionada a comportamentos problemáticos como alimentação inadequada e sedentarismo, é possível que esquemas desadaptativos estejam relacionados a esta condição.

O conceito de esquema inicial desadaptativo (EID) foi desenvolvido por Young, Klosko e Wishaar (2003) para definir conjuntos de crenças profundas e disfuncionais que começam a ser desenvolvidas a partir de experiências adversas geralmente em fases iniciais da vida. Os EIDs têm influência negativa na forma como as pessoas pensam, sentem e se comportam. De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2003) existem 18 tipos de EIDs que são agrupados em 5 domínios, da seguinte forma: domínio de desconexão e rejeição (abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação), domínio de autonomia e desempenho prejudicados (dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou a doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido e fracasso), domínio de limites prejudicados (arrogó/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes), domínio de direcionamento para o outro (subjugação, auto-sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento), domínio de supervigilância e inibição (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva).

É possível que exista maior prevalência de EIDs entre os obesos, já que, esta característica foi comprovada em diversos grupos clínicos como pessoas com

asma (Mansour, Moheb & Sharifi, 2010), narcisismo patológico (Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore & Myers, 2011), disfunção sexual (Gomes & Nobre, 2012), depressão (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz & Huibers, 2012), transtorno de personalidade borderline (Laurence, Allen & Chanen, 2011), transtorno de personalidade evitativa (Carr & Francis, 2010), transtornos do espectro bipolar (Hawke, Provencher & Arntz, 2011), dependência de opióides (Shorey, Stuart & Anderson, 2012) e dor crônica (Saariaho, Saariaho, Karila & Joukamaa, 2011). Estas pesquisas sobre a prevalência de EIDs em grupos clínicos e/ou psicopatológicos apontam para os esquemas como um importante foco de pesquisa e tratamento na área da psicologia.

Existem evidências de que obesos podem apresentar EIDs mais severos do que aqueles apresentados por pessoas com peso normal. Especificamente os esquemas de isolamento social, defectividade/vergonha e fracasso podem estar associados à obesidade (Anderson, Rieger & Caterson, 2006). Crenças relacionadas a estes esquemas se expressam, através de percepções de que são pessoas diferentes, defeituosas ou fracassadas. Estes esquemas presentes nos obesos podem estar associados a transtornos do humor e transtornos alimentares.

Existem evidências de que obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam EIDs mais severos do que os obesos que não apresentam esta desordem. Desta forma, este subgrupo pode estar associado aos esquemas de abandono/instabilidade, privação emocional, autocontrole e autodisciplina insuficientes (Moloodi, Dezhkam, Mootabi & Omidvar, 2010). Estes esquemas se referem a crenças de que os outros não são dignos de confiança, expectativa de que um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito, dificuldade em exercer autocontrole e baixa tolerância à frustração (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

A influência dos EIDs na qualidade de vida de pessoas com obesidade já foi estudada. Um grupo de obesos respondeu ao Questionário de Esquemas de Young (YSQ) e ao WHOQOL-BREF (escala de avaliação de qualidade de vida). Alguns EIDs como desconfiança/abuso, privação emocional, auto-controle insuficiente, fracasso e emaranhamento relacionam-se negativamente com a qualidade de vida nesta população. Especificamente o EID de auto sacrifício foi associado a pior saúde mental na amostra de pessoas com obesidade (Bidadian, Bahramizadeh & Poursharifi, 2011).

A literatura indica a prevalência de DCs específicas entre os obesos, no entanto, estudos sobre esta questão com delineamento comparativo com pessoas com peso normal são escassos. A mesma situação acontece em relação à prevalência dos EIDs entre os obesos. Exceto pelo estudo de Anderson, Rieger e Caterson (2006), não foram encontradas outras pesquisas que comparem a prevalência de EIDs entre obesos e pessoas com peso normal. No presente estudo optou-se ainda por estudar estes padrões psicológicos especificamente em obesos mórbidos, já que, esta é a condição mais grave da doença e parece não existir na literatura pesquisa anterior com este objetivo. A obesidade mórbida é muito difícil de tratar, assim, o maior conhecimento sobre a prevalência das DCs e EIDs pode propiciar estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes para esta doença.

Método

Amostra

Definiu-se inicialmente que participariam do estudo 100 participantes, 50 obesos mórbidos e 50 pessoas com peso normal. Foi decidido que o grupo de obesos seria formado apenas por aqueles com obesidade mórbida para que pudessemos avaliar pessoas na condição mais crítica da doença. O tamanho da amostra foi calculado por meio do software MINITAB 15 adotando-se um nível de significância de 5% em um poder de 0,80, empregando com base os dados de Anderson, Rieger e Caterson (2006), que estudaram as 15 subescalas do Questionário de Esquemas de Young em pessoas com obesidade.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram vinculados ao diagnóstico de obesidade mórbida de acordo com o índice de massa corporal (IMC ≥ 40) ou peso normal (IMC entre 18,5 e 24,99). O critério de IMC foi estabelecido de acordo com a definição da *World Health Organization* (WHO, 2000). Em relação aos critérios de escolaridade e idade dos participantes, foram incluídos sujeitos na faixa etária entre 18 e 60 anos, e que tinham no mínimo cinco anos de escolaridade (5^a

série do ensino fundamental), com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo participantes que apresentaram baixo desempenho cognitivo que pudessem implicar em prejuízos significativos na compreensão dos itens investigados nos questionários. Para a avaliação destes critérios foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Mulheres grávidas também foram excluídas da pesquisa, já que, a gravidez poderia ser um viés em relação à medida do IMC da participante.

Foram excluídos deste estudo 50 voluntários pelos seguintes motivos:

- MEEM: 02
- Escolaridade: 15
- IMC incompatível com os dois grupos: 20
- Notável dificuldade de compreensão dos itens: 01
- Idade: 04
- Em tratamento para outra doença no hospital: 04
- Dificuldade de leitura (sem óculos): 01
- Questionários com dados incompletos: 01
- Voluntários (emocionalmente alterados) acompanhantes de pacientes na unidade de tratamento intensivo (UTI): 02

Procedimento

Os participantes do grupo de obesos mórbidos eram todos atendidos em um ambulatório para tratamento da obesidade em um hospital público na cidade de Porto Alegre (Brasil) e todos eram candidatos à cirurgia bariátrica. Os participantes do grupo de pessoas com peso normal eram acompanhantes de pacientes ou funcionários do hospital. Os pesquisadores convidaram os pacientes e acompanhantes para participar da pesquisa enquanto estes aguardavam atendimento na sala de espera do hospital. A equipe de pesquisadores convidou funcionários do hospital para participar da pesquisa enquanto estavam nos seus intervalos de trabalho. A equipe de saúde do hospital também colaborou com a pesquisa, convidando os pacientes, acompanhantes e funcionários a participarem

da pesquisa. Caso estes aceitassem participar da pesquisa eram encaminhados para a equipe de pesquisadores para responderem aos questionários.

As entrevistas foram individuais, pois a metodologia adotada determinou a condução de um pesquisador para entrevistar cada participante. O período da entrevista durou aproximadamente 50 minutos com cada participante.

Medidas

Todos os participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de dados Sócio-Demográficos e História Clínica, Questionário de Distorções Cognitivas (*CD-Quest*) e Questionário de Esquemas de Young – versão reduzida (*Young Schema Questionnaire – Short Form*).

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Este é um instrumento utilizado para fazer um rastreamento inicial do estado mental e avaliar a presença de déficits cognitivos (Folstein, Folstein e McHugh, 1975). O instrumento é composto por questões subdivididas em sete categorias, organizadas de forma a avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore deste teste pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24.

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e História Clínica

Este questionário é uma entrevista estruturada que foi desenvolvida especificamente para este estudo para identificar características da amostra. Neste questionário foram registrados dados pessoais como: nome, data de nascimento, escolaridade, renda, estado civil, endereço, classificação econômica, grau de instrução do chefe da família, além de aspectos clínicos e relativos à prática de atividade física. Com base na publicação da Associação Brasileira de Empresas de

Pesquisa (ABEP, 2008) os critérios da classificação econômica do Brasil foram utilizados para determinar a classe econômica dos participantes. O questionário foi aplicado resultando em uma pontuação que determinou a classificação econômica de cada participante de acordo com as seguintes categorias (da maior para a menor renda): A, B, C, D e E.

Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest)

Este instrumento serve para avaliar e acompanhar com medidas quantitativas as DCs dos pacientes em uma escala de 0 a 75. Contém 15 itens que abrangem distorções cognitivas em duas dimensões: frequência e intensidade (Oliveira, 2012). Este questionário também pode ser usado em psicoterapia para facilitar a percepção da influência das distorções cognitivas nos estados emocionais e comportamentos disfuncionais. O primeiro estudo sobre as propriedades psicométricas iniciais do CD-Quest (versão brasileira) com uma amostra de estudantes universitários demonstrou boa consistência interna do instrumento, sendo que, este foi capaz de discriminar grupos que apresentavam indicadores de depressão e ansiedade dos grupos que não apresentavam esta característica. Este instrumento apresenta adequadas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach = 0,83 a 0,86) (De-Oliveira et al., 2011).

Questionário de Esquemas de Young - Versão Reduzida (YSQ-S2)

Este questionário tem possibilita identificar EIDs. Existe na versão original (205 itens), versão reduzida (75 itens) e uma mais recente formada por 90 itens. Este questionário é um instrumento importante disponível ao profissional de saúde mental para a utilização em pesquisa científica e prática clínica. Apresenta estatística significativa quanto à consistência interna e no que tange ao poder de discriminação, considerando-se as diferenças entre grupos clínicos e não-clínicos (Young, Klosko e Weishaa, 2003). O YSQ-S2 em sua forma reduzida foi validado para o Brasil e apresenta grau satisfatório de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,955) (Cazassa & Oliveira, 2012). Neste estudo foi utilizado o questionário na versão reduzida (75 itens).

Considerações éticas

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o sigilo das informações pessoais que disponibilizassem, o caráter voluntário da sua participação, a possibilidade de questionarem sobre perguntas que não entendessem e quanto a liberdade para desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum ônus. Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 07888612.4.0000.5336) da mesma instituição. O projeto de pesquisa também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar onde foram acessados os participantes da pesquisa.

Análise estatística

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade, sendo que, o estudo da distribuição de dados da idade ocorreu pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Everitt & Dunn, 1991).

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), que estabelece a comparação entre as frequências observadas (reais) e as esperada, bem como, a análise pelos resíduos ajustados, onde os valores negativos indicam uma frequência real inferior à esperada e os valores positivos uma frequência real superior à esperada. As células, cujos resíduos ajustados assumem valores iguais ou acima de 1,96, em valor absoluto, contribuem significativamente para a relação de dependência entre variáveis comparadas (Everitt, 1977). Nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentou frequência esperada menor do que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações onde pelo menos uma variável teve característica politômica, foi utilizada a simulação de Monte Carlo.

Para as variáveis contínuas, quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes foi aplicado o teste de t-Student e de Mann Whitney (distribuição assimétrica).

Realizou-se análise multivariada através da Regressão Logística Binária não condicional, empregando-se os procedimentos Backward, para testar as hipóteses de associação entre o grupo clínico e as co-variáveis definidas pela análise bivariada ($p \leq 0,250$), obtendo-se odds ratio (OR) ajustados pelas potenciais variáveis de confusão (Everitt & Dunn, 1991).

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

Resultados

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 111 participantes divididos nos grupos de pessoas com obesidade mórbida (47,7% $n=53$) e pessoas com peso normal (52,3%, $n=58$). O número de participantes ultrapassou o tamanho amostral inicialmente estabelecido porque foi necessário a inclusão de mais alguns participantes para parear as características sócio demográficas dos dois grupos. Dentre as variáveis que compuseram o perfil dos grupos, foi observada a predominância do sexo feminino tanto no grupo de obesos mórbidos (77,4%, $n=41$) quanto no grupo de pessoas com peso normal (77,6%, $n=45$) ($p > 0,05$). A média de idade foi mais elevada entre os participantes do grupo de obesos mórbidos ($42,3 \pm 9,6$) do que entre os sujeitos do grupo de pessoas com peso normal ($38,7 \pm 13,9$), no entanto, a diferença detectada não se mostrou significativa ($p > 0,05$).

Em relação à escolaridade, o ensino médio completo concentrou 41,5% ($n=22$) dos participantes do grupo de obesos mórbidos e, 43,1% ($n=25$) do grupo de pessoas com peso normal, implicando em ausência de diferença estatística significativa sobre o grau de instrução. O estado civil casado (a) foi o mais observado na amostra, representando 67,9% ($n=36$) do grupo de obesos mórbidos e 62,1% ($n=36$) do grupo de pessoas com peso normal. A faixa de rendimento caracterizada pelo critério da classificação econômica Brasil (ABEP, 2008) apontou que os dois grupos apresentaram distribuições estatisticamente semelhantes

($p \geq 0,05$), sendo que, no grupo de obesos mórbidos, predominaram as classes B e C, cada uma representando 35,8% ($n=19$) dos casos, enquanto que, no grupo de pessoas com peso normal as proporções foram de 39,7% ($n=23$) e 27,6% ($n=16$), respectivamente. Na tabela 1 são ilustrados os dados referentes à amostra.

Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa para o sexo, escolaridade, estado civil, classificação econômica e; e medidas de tendência central e de variabilidade para a idade.

Variáveis	Grupo				p
	Clínico - obeso (n=53)		Controle – Não obeso (n=58)		
	n	%	n	%	
Sexo*					
Feminino	41	77,4	45	77,6	>0,999 ϕ
Masculino	12	22,6	13	22,4	
Idade					
Média \pm desvio padrão (Amplitude)	42,3 \pm 9,6 (25-59)		38,7 \pm 13,9 (18-65)		0,072 ξ
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil) \ddagger	42,0 (35,0-42,5)		38,5 (26,0-52,0)		
Escolaridade*					
Fundamental Incompleto	18	34,0	9	15,5	0,224 \P
Fundamental Completo	6	11,3	15	25,9	
Médio Incompleto	3	5,7	5	8,6	
Médio Completo	22	41,5	25	43,1	
Superior Incompleto/completo	6	11,3	7	12,1	
Estado civil*					
Solteiro(a)	12	22,6	18	31,0	0,704 \P
Casado(a)	36	67,9	36	62,1	
Separado(a)	1	1,9	2	3,4	
Divorciado(a)	3	5,7	1	1,7	
Viúvo(a)	1	1,9	1	1,7	
Critério Brasil*					
A	1	1,9	1	1,7	0,293 \P
B	23	43,3	35	60,4	
C	27	50,9	21	36,2	
D	2	3,8	1	1,7	

*Percentuais obtidos com base no total de cada categoria; ϕ : Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ξ : Teste t-Student para grupos independentes; \ddagger : Teste de Mann Whitney; \P : Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo.

Distorções cognitivas no grupo de pessoas com obesidade mórbida e no grupo controle

Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) em relação às pontuações do CD-Quest, já que, as variações entre as medianas/médias dos dois grupos não se mostraram relevantes.

A maior variabilidade detectada ocorreu no item “rotulação” ($p = 0,054$), onde as pontuações do grupo de obesos mórbidos ($1,4 \pm 1,7$; mediana: 1,0) podem estar se mostrando mais elevadas que as do grupo de pessoas com peso normal ($0,8 \pm 1,3$; mediana; 0,0). Estes dados podem ser observados na tabela 2. O CD-Quest apresentou alpha de Cronbach de 0,883 nesta amostra.

Tabela 2: Medidas de tendência central e de variabilidade para as pontuações CD-Quest, segundo o grupo.

CD-Quest (¥)	Grupos						p§
	Clínico - obeso (n=53)			Controle – Não obeso (n=58)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Pensamento dicotômico	1,5	1,9	0,0	1,3	1,7	0,0	0,604
Previsão do futuro	1,2	1,7	0,0	1,1	1,5	0,0	0,914
Desqualificação dos aspectos positivos	0,5	1,0	0,0	0,5	1,2	0,0	0,450
Raciocínio emocional	1,9	2,0	1,0	1,8	1,8	1,0	0,939
Rotulação	1,4	1,7	1,0	0,8	1,3	0,0	0,054
Ampliação/minimização	0,8	1,3	0,0	0,7	1,3	0,0	0,679
Abstração seletiva	0,9	1,5	0,0	1,1	1,5	0,0	0,220
Leitura mental	1,3	1,5	1,0	1,1	1,6	0,0	0,391
Supergeneralização	1,0	1,5	0,0	1,2	1,6	0,0	0,374
Personalização	0,8	1,4	0,0	0,8	1,2	0,0	0,586
Afirmações do tipo "deveria"	2,4	1,9	2,0	1,9	1,7	2,0	0,216
Conclusões precipitadas	1,4	1,8	1,0	1,4	1,6	1,0	0,697
Culpar (os outros ou a si mesmo)	1,6	1,9	1,0	1,3	1,7	0,0	0,456
E se...?	1,4	1,9	0,0	1,8	1,9	1,0	0,300
Comparações injustas	1,2	1,8	0,0	1,0	1,5	0,0	0,989
CD-Quest Total	19,1	15,7	16,0	17,7	14,4	15,0	0,741

§: Teste de Mann Whitney; ¥; variável com distribuição assimétrica;

Esquemas iniciais desadaptativos no grupo de pessoas com obesidade mórbida e no grupo controle

Os resultados relativos à classificação do YSQ-S2 foram abordados segundo as médias médias e foi detectada diferença estatística significativa ($p < 0,05$) no EID de “autocontrole insuficiente” onde a média do grupo de obesos mórbidos ($2,5 \pm 1,4$; mediana: 2,4) mostrou-se mais elevada quando comparada ao grupo de não obesos ($2,0 \pm 1,2$; mediana: 1,6) (ver tabela 3). Verificou-se significância limítrofe na comparação das médias do EID de “privação emocional” (obesos mórbidos: $2,5 \pm 1,5$; mediana: 2,0 vs. participantes com peso normal: $2,0 \pm 1,3$; mediana: 1,5; $p = 0,081$); e EID de “padrões inflexíveis” (obesos mórbidos: $3,1 \pm 1,5$; mediana: 3,0 vs. participantes com peso normal: $2,1 \pm 1,1$; mediana: 2,5; $p = 0,156$). Sobre os demais itens do YSQ-S2 não houve diferenças significativas.

O instrumento apresentou alpha de Cronbach de 0,97 nesta amostra.

Tabela 3: Média, desvio padrão e mediana para os esquemas iniciais desadaptativos, segundo o grupo.

YSQ-S2	Grupos - presença do esquema						p§
	Obeso mórbidos (n=53)			Peso normal (n=58)			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	
Privação Emocional	2,5	1,5	2,0	2,0	1,3	1,5	0,081
Abandono	2,6	1,6	2,0	2,5	1,6	1,6	0,449
Desconfiança/Abuso	2,4	1,5	2,0	2,2	1,3	1,8	0,581
Isolamento Social	2,0	1,4	1,4	1,9	1,3	1,3	0,576
Defectividade/Vergonha	1,5	1,2	1,0	1,3	0,8	1,0	0,772
Fracasso	1,7	1,2	1,2	1,6	1,0	1,2	0,722
Dependência/Incompetência	1,7	1,1	1,2	1,5	0,7	1,4	0,918
Vulnerabilidade a Dano	2,0	1,2	1,6	2,1	1,3	1,6	0,867
Emaranhamento	1,7	1,0	1,2	2,0	1,2	1,7	0,167
Subjugação	1,8	1,1	1,4	1,8	1,2	1,2	0,533
Auto Sacrifício	4,1	1,5	4,2	3,7	1,6	3,9	0,298
Inibição Emocional	2,5	1,6	1,8	1,9	1,2	1,6	0,119
Padrões Inflexíveis	3,1	1,5	3,0	2,7	1,1	2,5	0,156
Merecimento	2,6	1,4	2,4	2,3	1,2	1,8	0,223
Autocontrole Insuficiente	2,5	1,4	2,4	2,0	1,2	1,6	0,012

§: Teste de Mann Whitney

Análise comparativa pela regressão logística binária para predizer o grupo de obesos mórbidos

Para identificar as variáveis que se mostraram relevantes para predizer o grupo de obesos mórbidos, foi utilizada a Regressão Logística Binária (Backward), onde o modelo inicial (bruto) foi composto pelas variáveis com nível mínimo de significância inferior ou igual a 0,250 ($p \leq 0,250$) na análise bivariada da comparação dos grupos e os instrumentos CD-Quest e YSQ-S2. Estas variáveis foram: rotulação (CD-Quest), $p=0,0054$; abstração seletiva (CD-Quest), $p=0,220$; afirmações do tipo "deveria" (CD-Quest); $p=0,216$; privação emocional (YSQ-S2), $p=0,081$; emaranhamento (YSQ-S2), $p=0,167$; inibição emocional (YSQ-S2), $p=0,119$; padrões inflexíveis (YSQ-S2), $p=0,156$; merecimento, $p=0,223$ (YSQ-S2); e autocontrole/ autodisciplina insuficientes (YSQ-S2), $p=0,012$.

De acordo com o modelo final, mostraram-se relevantes para predizer o grupo de obesos mórbidos, como potenciais fatores de risco, a DC "rotulação" (OR: 1,476; IC95%: 1,049-2,076; $p < 0,05$) e o EID de "autocontrole insuficiente" (OR: 1,538; IC95%: 1,000-2,366; $p < 0,05$). Desta forma, participantes com pontuações elevadas para DC "rotulação" e o EID "autocontrole insuficiente" apresentam 1,4 e 1,5 vezes, respectivamente, mais chance de pertencerem ao grupo de obesos mórbidos quando comparados aqueles com pontuações mais baixas.

Foram estimados como fatores de proteção o EID de "emaranhamento" (OR: 0,478; IC95%: 0,296-0,772; $p < 0,01$) e a DC "abstração seletiva", (OR: 0,663; IC95%: 0,469 – 0,937; $p < 0,05$), ou seja, participantes com pontuações baixas nestes itens citados devem pertencer ao grupo de obesos mórbidos, quando comparados aqueles que apresentaram pontuações mais elevadas.

Desta forma, há evidências de que para predizer o grupo de obesos mórbidos o participante deve apresentar baixas pontuações na DC "abstração seletiva" e EID de "emaranhamento", bem como, pontuações elevadas na DC "rotulação" e EID de "autocontrole/ autodisciplina insuficientes" (Tabela 4).

Tabela 4: Odds ratio bruto e ajustado, para caracterização do grupo de obesos mórbidos, para as variáveis: rotulação, abstração seletiva, afirmações do tipo “deveria”, privação emocional, emaranhamento, inibição emocional, padrões inflexíveis, merecimento e autocontrole insuficiente.

Variáveis	b	P	OR	IC95% OR	
Modelo bruto					
Rotulação (CD-Quest)	0,389	0,025	1,476	1,049	2,076
Abstração seletiva (CD-Quest)	-0,450	0,015	0,638	0,443	0,918
Afirmações do tipo “deveria” (CD-Q)	-0,016	0,915	0,985	0,739	1,311
Privação Emocional (YSQ-S2)	0,148	0,495	1,159	0,759	1,771
Emaranhamento (YSQ-S2)	-0,767	0,003	0,465	0,281	0,768
Inibição Emocional (YSQ-S2)	0,329	0,118	1,389	0,920	2,097
Padrões Inflexíveis (YSQ-S2)	0,112	0,642	1,118	0,698	1,791
Merecimento (YSQ-S2)	-0,012	0,962	0,988	0,592	1,647
Autocontrole Insuficiente (YSQ-S2)	0,359	0,158	1,432	0,870	2,359
Modelo final					
Rotulação (CD-Quest)	0,416	0,011	1,517	1,101	2,089
Abstração seletiva (CD-Quest)	-0,412	0,020	0,663	0,469	0,937
Emaranhamento (YSQ-S2)	-0,738	0,003	0,478	0,296	0,772
Inibição Emocional (YSQ-S2)	0,368	0,064	1,445	0,979	2,133
Autocontrole Insuficiente (YSQ-S2)	0,430	0,050	1,538	1,000	2,366

Parâmetros do modelo final - $R^2=0,522$ (Hosmer e Lemeshow), 0,307 (Cox & Snell), 0,493 (Nagelkerke). X^2 do modelo= 477,23.

Discussão

Este estudo teve o objetivo de comparar a prevalência de DCs e EIDs em obesos mórbidos e pessoas com peso normal. A hipótese era de que os obesos mórbidos apresentariam mais cognições disfuncionais dos dois tipos em comparação com as pessoas com peso normal. Esta hipótese foi confirmada já que a DC “rotulação” foi preditora do grupo de obesos mórbidos e o EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” foi mais prevalente neste grupo.

No CD-Quest os participantes responderam a frequência e intensidade que notaram ter cometido as DCs na última semana, sendo que, não foi registrado o conteúdo do pensamento. A DC “rotulação”, preditora dos obesos mórbidos, acontece quando “coloca-se” um rótulo fixo geralmente negativo sobre si mesmo ou sobre outros, sem considerar uma conclusão menos desastrosa. Exemplos deste tipo de distorção são pensamentos do tipo: “ele é um perdedor”, “sou um

fracassado”, “ele é uma pessoa estragada” ou “ela é uma completa imbecil” (Beck, 1997; De-Oliveira et al., 2011). Não é conhecido se a “rotulação” apresentada pelos obesos mórbidos era em relação a eles próprios ou a outras pessoas.

Uma possível interpretação para a DC “rotulação” dos obesos mórbidos pode ter relação com dificuldades sociais e estereótipo que este grupo está susceptível. Estes indivíduos sofrem com discriminação, preconceito, poucas perspectivas de emprego e integração social (Hout, Oudheusden & Heck, 2004). “Rótulos” negativos em relação a si próprios e aos outros podem surgir a partir destas experiências adversas.

Obesos podem ser discriminados quando dizem a eles de forma pejorativa que são gordos. O termo “gordo” geralmente não é um termo neutro, pode funcionar como um “rótulo” depreciativo e desencadear reações negativas (Brochu & Esses, 2011). Assim, obesos podem ter problemas com autoestima e frequentemente podem apresentar cognições relacionadas a rejeição e desvalor (Nauta, Hospers, Jansen & Kok, 2000). Estas situações podem ser prejudiciais em termos de saúde mental, já que, eles podem passar a se auto rotularem de forma depreciativa e/ou rotularem outras pessoas como maldosas ou preconceituosas (Mustillo, Budd & Hendrix, 2013).

A identificação da maior prevalência da DC “rotulação” entre os obesos mórbidos pode ser uma importante contribuição para o entendimento de padrões cognitivos disfuncionais nesta população. As DCs já foram extensivamente estudadas em outras populações clínicas, como pessoas com transtorno da personalidade borderline (Kramer, Vaudroz, Ruggeri & Drapeau, 2013), transtorno depressivo maior (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), transtornos de ansiedade (Leahy, 2007) e jogadores patológicos (Fortune & Goodie, 2012). A identificação das DCs mais prevalentes nestes transtornos tem auxiliado na compreensão do funcionamento cognitivo psicopatológico e psicoterapia. Assim, a DC “rotulação” pode ser um alvo de intervenção de profissionais de saúde mental que trabalham com obesos mórbidos. Esta DC deve ser avaliada e reestruturada (com psicoterapia) quando for apresentada por obesos mórbidos, a fim de que, além do problema com o peso, sintomas de depressão e ansiedade não se tornem também mais um problema para esta população.

Neste estudo, além da avaliação de DCs foram avaliados EIDs com o objetivo de obter-se uma compreensão mais completa do funcionamento psicológico

dos obesos. Estes apresentaram pontuações significativamente mais altas em comparação com os participantes com peso normal. Pessoas com o EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” tem dificuldade para limitar às próprias emoções e impulsos, e para tolerar o tédio e a frustração. Este esquema implica em dificuldade para adiar gratificação de curto prazo para atingir objetivos de longo prazo. Pessoas com este esquema parecem não aprender o suficiente com as consequências negativas do seu comportamento e apresentam ênfase exagerada na evitação do desconforto (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Pessoas com o EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” podem apresentar alimentação excessiva e outros comportamentos de adicção, assim como, geralmente tem dificuldade para se disciplinar em diversas áreas de suas vidas. É notável, entretanto, que comportamentos adictivos, como comer excessivo, podem ser forma de evitação de sensações negativas relacionadas a qualquer EID (Young, Klosko & Weishaar, 2003). A maior prevalência do EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” entre obesos foi indicada em estudos anteriores, inclusive relacionando-se a pior qualidade de vida nesta população (Bidadian, Bahramizadeh & Poursharifi, 2011; Moloodi, Dezhkam, Mootabi & Omidvar, 2010).

Os EIDs geralmente começam a desenvolver-se em fases iniciais da vida e estão no centro dos transtornos de personalidade e comportamentos desadaptativos. Desta forma, a maior prevalência do EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” entre os obesos mórbidos vai de acordo com evidências de que a obesidade mórbida pode estar associada a transtornos de personalidade (Stanley, Laugharne, Addis & Sherwood, 2013). Neste sentido, é notável, por exemplo, que já na infância, os traços de personalidade podem ter grande influência sobre os hábitos alimentares e podem aumentar as chances de desenvolvimento da obesidade (Vollrath, Hampson & Júlíusson, 2012).

Existe grande diversidade em termos de personalidade nos obesos, no entanto, a impulsividade pode ser uma característica destas pessoas (Karasu, 2012). Os obesos mórbidos podem ser muito sensíveis à gratificação imediata e podem ter dificuldade em inibir pensamentos e comportamentos habituais relacionados aos hábitos alimentares não saudáveis. Desta forma, a impulsividade pode ser uma das causas do excesso alimentar neste grupo (Guerrieri, Nederkoorn & Jansen, 2012; Thamocharan, Lange, Zale, Huffhines & Fileds, 2013). Assim,

intervenções psicoterapêuticas para impulsividade podem ser indicadas para melhorar o autocontrole do comportamento alimentar (Mobbs, Crépin, Thiéry, Golay & Linden, 2010).

Dados da literatura convergem com as evidências do autocontrole insuficiente apresentado pelos obesos mórbidos. Estudos de neuroimagem com foco na interação do núcleo accumbens (área cerebral que processa motivação e recompensa relacionada à alimentação) com estímulos relacionados a comida, indicam a falta de controle sobre o próprio comportamento como um problema característico dos obesos (Lawrence, Hinton, Parkinson & Lawrence, 2012). Este funcionamento é prejudicial, já que baixas habilidades de controle inibitório do comportamento, assim como alta sensibilidade à recompensa imediata podem aumentar o risco para ganho de peso (Graziano, Calkins & Keane, 2010).

Não foi encontrada maior prevalência de outros EIDs entre os obesos como sugerido em outros estudos (Anderson, Rieger & Caterson, 2006; Moloodi, Dezhkam, Mootabi & Omidvar, 2010). Em relação a esta questão deve-se considerar que a obesidade mórbida não é uma doença psiquiátrica, assim não é possível estabelecer um padrão psicológico único para estes indivíduos.

Os resultados do presente estudo podem ser contribuições importantes para tornar a psicoterapia de obesos mórbidos mais efetiva. Existem protocolos de psicoterapia cognitivo-comportamental para emagrecimento, no entanto percebe-se que existem grandes dificuldades nestes tratamentos, como por exemplo, muitos pacientes não mantem o peso baixo após o emagrecimento (Beck, 2011; Cooper et. al, 2010; Cooper, Fairburn & Hawker, 2009; Randomile, 2003). Além da dificuldade com a manutenção do peso deve-se considerar que a obesidade esta associada a maior chance de desenvolver transtornos de humor e ansiedade (Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011). A reestruturação cognitiva das DCs do tipo “rotulação” e a terapia do esquema com foco no EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” podem ser complementos importantes aos protocolos psicoterapêuticos para o tratamento da obesidade. Intervenções com foco nos EIDs são efetivas no tratamento dos transtornos alimentares, então, talvez possam ser úteis também no tratamento da obesidade mórbida (Sharifi, Padash & Eetemadi, 2012).

Outros resultados do presente estudo chamam a atenção. Os achados apontados na regressão logística binária referente à caracterização do grupo de obesos mórbidos com baixas pontuações na DC “abstração seletiva” e EID de

“emaranhamento”, não foram confirmados por publicações anteriores. Possivelmente estes são DCs e EIDs que não estão mais prevalentes em obesos mórbidos e mais estudos são necessários para entender porque baixas pontuações nestes padrões cognitivos estariam associadas à obesidade mórbida. Outro aspecto notável são as altas pontuações no EID de auto-sacrifício nos dois grupos. É possível que este EID seja altamente prevalente na população geral.

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, perguntas diretas sobre DCs e EIDs podem não ser medidas precisas, já que, algumas pessoas podem ter dificuldade em identificar seus pensamentos disfuncionais (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Em segundo lugar, os obesos mórbidos eram todos candidatos à cirurgia bariátrica e podem ter apresentado respostas socialmente desejáveis. Estes foram avisados que as suas respostas seriam sigilosas e não seriam repassadas a equipe do hospital, no entanto, podem ter escondido informações negativas devido ao receio de avaliação psicológica que pudesse negar ou adiar o seu encaminhamento para a cirurgia (Ambwani, 2013).

Conclui-se que DCs do tipo “rotulação” e EIDs de “autodisciplina/autocontrole insuficiente” podem estar mais prevalentes em obesos mórbidos. A DC “rotulação” provavelmente está relacionada ao estigma social que estas pessoas sofrem. O EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” pode relacionar-se a padrões de evitação de desconforto e comportamento impulsivo que influenciam hábitos alimentares inadequados. Sugere-se aos profissionais de saúde mental que trabalham com obesos mórbidos que avaliem estes padrões cognitivos e tratem-nos (quando existentes) através de psicoterapia. Sugere-se pesquisas futuras com intervenções psicoterapêuticas na DC “rotulação” e no EID de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” em obesos mórbidos.

Referências

- Ambwani, S., Boeka, A. G., Brown, J. D., Byrne, T. K., Budak, A. R., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Morey, L. C. & O'Neil, P. M. (2013). Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surgery for Obesity and Related diseases*, 9, 300-305. doi:10.1016/j.soard.2011.06.019
- Anderson, K., Rieger, E. & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.002
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Acessado em www.anep.org.br.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. (Trad. S. Costa.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. (trad. Sandra Costa). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. (2011). *Pense magro por toda a vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bidadian, M., Bahramizadeh, H. & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: the role of early maladaptive schemas. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 993-998. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.193
- Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Scheneider, K. L., August, M. A. & Pagoto, S. L. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: comparisons

by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 319-324.
doi:10.1016/j.jpsychores.2011.03.004

Brochu, P. M. & Esses, V. M. (2011). What's in a name? The effects of labels "fat" versus "overweight" on weight bias. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(8), 1981-2008.

Byrne, A. M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1341-1356.
doi:10.1016/j.brat.2003.09.004

Carr, S. N. & Francis, A. J. P. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 343-358.

Cazassa, M. & Oliveira, M. S. (2012). Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia*, 29, 23 – 31.

Cooper, Z., Fairburn, C. G. & Hawker, D. M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental da Obesidade: manual do terapeuta*. (Trad. V. P. L. Sampaio). São Paulo: Roca.

Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E. & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706-713. doi:10.1016/j.brat.2010.03.008

De-Oliveira, I. R., Osório, F. L., Sudak, D., Abreu, J. N., Crippa, J. A. S., Powell, V. B., Lnadeiro, F., & Wenzel, A. (2011). Initial psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest). Presented at the 45th Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), Toronto, Canada, November, 10-13.

- Dorsten, B. V. & Lindley, E. M. (2011). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 95, 971-988. doi:10.1016/j.mcna.2011.06.008
- Everitt, B. S. (1977). *The analysis of contingency tables*. New York: Wiley.
- Everitt, B. S. & Dunn, G. (1991). *Applied multivariate data analysis*. London: Wiley.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh PR. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fortune, E. E. & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of addictive behaviors*, 26(2), 298-310. doi: 10.1037/a0026422
- Gomes, A. Q. & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 311-320.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 34, 633-641. doi:10.1038/ijo.2009.288
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C. & Jansen, A. (2012). Disinhibition is easier learned than inhibition. The effects of (dis)inhibition training on food intake. *Appetite*, 59, 96-99. doi: 10.1016/j.appet.2012.04.006
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. & Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 428-436.
- Hout, G. C. M., Oudheusden, I. & Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14, 579-588.

- Karasu, S. R. (2012). Of mind and matter: psychological dimensions in obesity. *American Journal of Psychotherapy*, 66(2), 11-128.
- Knapp, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp, at. al. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 25). Porto Alegre: Artmed.
- Kramer, U., Vaudroz, C., Ruggeri, O. & Drapeau, M. (2013). Biased thinking assessed by external observers in borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 183- 196. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02056.x
- Laurence, K. A., Allen, J. S. & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and personality disorders in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39.
- Lawrence, N. S., Hinton, E. C., Parkinson, J. A. & Lawrence, A. D. (2012). Nucleus accumbens response to food cues predicts subsequent snack consumption in women and increased body mass index in those with reduced self-control. *Neuroimage*, 63, 415-422. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.06.070
- Leahy, R. L. (2007). *Como lidar com as preocupações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mansour, M. M., Moheb, N., & Sscharifi, A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1746–1750.
- Mobbs, O., Crépin, C., Thiéry, C., Golay, A. & Linden, M. V. (2010). Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Education and Counseling*, 79, 372-377. doi:10.1016/j.pec.2010.03.003
- Moloodi, R., Dezhkam, M., Mootabi, F. & Omidvar, N. (2010). Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(2), 9-10.

- Mustillo, S. A., Budd, K. & Hendrix, K. (2013). Obesity, labeling, and psychological distress in late-childhood and adolescent black and white girls: the distal effects of stigma. *Social Psychology Quarterly*, 76 (3), 268-289. doi: 10.1177/0190272513495883
- Nauta, H., Hospers, H. J., Jansen, A. & Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 521-531.
- Oliveira, I. R. (2012). Assessing and restructuring dysfunctional cognition. In I. R. Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 11-12). Croatia: Intech.
- Randomile, R. R. (2003). Obesidade. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. (Trad. Mônica Giglio Armando) (pp. 114). São Paulo: Roca.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 163(3), 581-590.
- Ridolfi, D. R., Myers, T. A., Crowther, J. H. & Ciesla, J. A. (2011). Do appearance focused cognitive distortions moderate the relationship between social comparisons to peers and media images and body image disturbance? *Sex roles*, 65, 491-505. doi: 10.1007/s11199-011-9961-0
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A. & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 146-153.
- Sharifi, M., Padash, Z. & Eetemadi, O. (2012). The effect of schema-focused group training in reducing the eating disorder psychological properties and beliefs in

girl adolescents. *Interdisciplinary, Journal of Contemporary Research in Business*, 4(1), 881-893.

Shook, C. B. (2010). The relationship between cognitive distortions and psychosocial and behavioral factors in a sample of individuals who are average weight, overweight, and obese (Tese de doutorado). Acessado em <http://digitalcommons.pcom.edu/psychology/dissertations>

Shorey, R. C., Stuart, G. L. & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: a descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 271-278.

Stanley, S. H., Laugharne, J. D., Addis, S. & Sherwood, D. (2013). Accessing overweight and obesity across mental disorders: personality disorders at high risk. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 487-492. DOI 10.1007/s00127-012-0546-1

Thamotharan, S., Lange, K., Zale, E. L., Huffhines, L. & Fields, S. (2013). The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 253-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.001

Vollrath, M. E., Hampson, S. E. & Júlíusson, P. B. (2012). Children and eating. Personality and gender are associated with obesogenic food consumption and overweight in 6- to 12-year-olds. *Appetite*, 58, 1113-1117. doi: 10.1016/j.appet.2012.02.056

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation*. WHO Obesity Technical Report Series, 284.

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado*. (Trad. M. G. Armando). Porto Alegre: Artes Médicas.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zeigler-Hill, V., Green B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychotherapy*, 42(1), 96-103.

4. ESTUDO 3 (EMPÍRICO)

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM OBESOS MÓRBIDOS E SUJEITOS COM O PESO NORMAL

Resumo

Introdução: Diversos estudos indicam sintomas mais elevados de depressão, ansiedade ou estresse em pessoas com obesidade em comparação com pessoas com peso normal, no entanto, estes dados estão longe de um consenso e muitas vezes são contraditórios. **Objetivos:** Este estudo teve o objetivo de comparar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em um grupo de pessoas com obesidade mórbida e um grupo de pessoas com peso normal. **Métodos:** A amostra foi formada por 111 participantes, sendo estes 53 obesos mórbidos e 58 sujeitos com o peso normal. Os participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Dados Sócio-Demográficos e História Clínica e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21*). **Resultados:** O grupo de obesos mórbidos apresentou sintomas de ansiedade significativamente mais altos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos sintomas de depressão e estresse. **Conclusão:** Os resultados deste estudo sugerem que pode existir maior prevalência de sintomas de ansiedade em pessoas com obesidade mórbida em comparação com pessoas com peso normal. **Palavras-chave:** Obesidade mórbida; Avaliação de sintomas; Psicologia.

ASSESSMENT OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SYMPTOMS IN MORBID OBESE AND NORMAL WEIGHT SUBJECTS

Abstract

Introduction: Several studies indicate greater symptoms of depression, anxiety or stress in people with obesity compared to normal weight individuals, however, these data are far from consensus and are often contradictory. **Objectives:** This study sought to compare the prevalence of depression, anxiety and stress symptoms between a morbid obese group and a normal weight group. **Methods:** The sample consisted of 111 participants, which are 53 morbid obese and 58 subjects with normal weight. The participants responded the Mini-Mental State Examination (MMSE) a Demographic and Clinical History Questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). **Results:** The morbid obese group showed significantly higher anxiety symptoms. No significant differences were found between the groups in depression and stress symptoms. **Conclusion:** The results of this study suggest that there might be a higher prevalence of anxiety symptoms in people with morbid obesity compared to normal weight individuals. **Keywords:** Morbid obesity; Symptom assessment; Psychology.

Introdução

A obesidade é um grande problema de saúde pública. Dados epidemiológicos afirmam seguramente a associação entre obesidade, diversas complicações médicas e psicológicas. Existe uma forte e complexa associação entre obesidade e risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos mentais. A comorbidade da obesidade com transtornos mentais gera menos qualidade de vida para esta população além de maiores gastos para o sistema de saúde. Atualmente, apesar dos avanços na compreensão dos aspectos psicológicos e emocionais relacionados à obesidade ainda é notável a necessidade de maior precisão na compreensão destes aspectos e mais efetividade nos tratamentos de indivíduos nesta condição (Baumeister & Härter, 2007).

Muitos estudos são desenvolvidos no sentido de entender a associação entre obesidade e problemas psicológicos e emocionais, no entanto, as pesquisas em relação aos níveis de psicopatologia desta população apontam dados divergentes. Alguns estudos apontam para a existência de evidências da associação entre obesidade com transtornos de humor e ansiedade (Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011). Outras pesquisas apontam para a existência da associação entre obesidade apenas com transtornos de humor, e nenhuma associação com transtornos de ansiedade (Gadalla, 2009). De forma contraditória, existem evidências da associação da obesidade apenas com níveis elevados de ansiedade e nenhuma associação com níveis mais elevados de depressão (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010; Atlantis & Baker, 2008).

Existem evidências de que a condição de obeso aumenta em 25% a chance de desenvolver transtornos de humor e ansiedade (Simon et al, 2006) e que em mulheres a condição de sobrepeso já esta associada a maiores problemas emocionais (Petry, Barry, Pietrzack & Wagner, 2008). Alguns estudos sugerem que a depressão e a ansiedade em mulheres devem ser tratadas inclusive no sentido da prevenção da obesidade nesta população, já que, este grupo apresentaria uma maior probabilidade de desenvolver a obesidade. Desta forma, existem evidências da associação entre estas condições (Anderson, Cohen, Naumova & Must, 2006).

Apesar dos dados divergentes, seguramente é possível afirmar que existem na literatura científica evidências da associação da obesidade tanto em relação a sintomas de ansiedade quanto sintomas de depressão. Particularmente em relação

a obesos mórbidos existem evidências de alta frequência de episódios de compulsão alimentar, graves sintomas de depressão, ansiedade e preocupação com a imagem corporal (Matos et al., 2002). Neste sentido, é importante considerar que indivíduos com compulsão alimentar apresentam mais chances de desenvolverem sintomas de depressão e ansiedade do que indivíduos sem compulsão alimentar (Bittencourt, Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2012).

A ligação entre obesidade e depressão pode ser influenciada pelo maior isolamento social e menos prática de atividade física nesta população (Wit, 2010). Existem evidências inclusive de que sintomas depressivos na infância aumentam a probabilidade do desenvolvimento da obesidade na vida adulta (Hasler et. al., 2005). De forma preocupante, a obesidade pode estar associada a maiores possibilidades de ideação e tentativas de suicídio, sendo que estas associações acontecem principalmente entre as mulheres (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009).

Apesar de não existirem dados que comprovem uma relação causal entre a obesidade e problemas emocionais ou o contrário, existem evidências de que pessoas que sofrem de transtornos mentais têm mais chance de desenvolver a obesidade (Kivimäki, 2009). Neste sentido, por exemplo, pessoas diagnosticadas com transtorno do estresse pós traumático (TEPT) têm mais chance de apresentarem a obesidade do que pessoas que não tem este diagnóstico (Pagoto et al., 2012). Desta forma é notável a importância da avaliação psicológica destes pacientes, incluindo a investigação de transtornos psiquiátricos.

Em estudos de revisão sistemática sobre a associação entre obesidade, depressão e ansiedade, os seguintes dados foram encontrados. Em uma revisão sistemática desenvolvida por Atlantis e Baker (2008), sobre efeitos da obesidade na depressão, os autores concluem que existe um nível de evidência muito fraco que suporta a hipótese de que a obesidade possa aumentar a probabilidade de ocorrência de depressão. Em revisão sistemática e meta-análise desenvolvida por Garipey, Nitka & Schmitz (2010) sobre a associação entre obesidade e ansiedade, os autores concluem que existe associação positiva entre estas duas condições. Desta forma é notável a existência de fortes evidências da associação entre obesidade e níveis mais altos de ansiedade, assim como, associação moderada entre obesidade e transtornos de ansiedade, e, poucas evidências da associação entre obesidade e depressão.

O estresse também é um fator que pode estar associado à obesidade. Atualmente existem evidências científicas consistentes de que a influência do estresse nas redes cerebrais pode promover comportamentos obesogênicos. O estresse induz a secreção de glicocorticóides, hormônios que produzem muitos dos efeitos corporais do estresse, o que promove a ingestão alimentar. A rápida estimulação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) relacionada ao estresse crônico e a consequente exposição excessiva aos glicocorticoides, tem efeito no desenvolvimento da obesidade visceral (Adam & Epel, 2007).

Desta forma, a epidemia de obesidade pode estar também associada à condição de estresse crônico, a qual grande parte da população se queixa. Existem evidências de que o estresse crônico pode estar associado ao ganho de peso e obesidade (Torres & Nowson, 2007). Respostas alimentares emocionais e habituais relacionadas ao estresse podem ser facilmente adquiridas e são reforçadoras para este tipo de alimentação. Esporadicamente comer algo prazeroso para aliviar o estresse não implica no desenvolvimento da obesidade, no entanto, o habitual alívio de desconfortos das situações estressantes desta maneira certamente implicará em ganho de peso e obesidade (Dallman, 2009).

Através da revisão da literatura exposta anteriormente é notável a prevalência de problemas emocionais relacionados à obesidade, assim como, a urgência de conhecimento mais preciso sobre estes aspectos. Considerando a existência de evidências divergentes na associação entre obesidade e problemas emocionais, e, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse nesta população foi desenvolvido este estudo.

Método

- Estudo comparativo.

Amostra

Definiu-se inicialmente que participariam do estudo 100 participantes, 50 obesos mórbidos e 50 pessoas com peso normal. Foi decidido que o grupo de obesos seria formado apenas por aqueles com obesidade mórbida para que pudéssemos avaliar pessoas na condição mais crítica da doença. O tamanho da

amostra foi calculado por meio do software MINITAB 15 adotando-se um nível de significância de 5% em um poder de 0,80, empregando com base os dados de Anderson, Rieger e Caterson (2006), que desenvolveram estudo comparativo de padrões psicológicos em um grupo de obesos e um grupo de pessoas com peso normal.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram vinculados ao diagnóstico de obesidade mórbida de acordo com o índice de massa corporal (IMC ≥ 40) ou peso normal (IMC entre 18,5 e 24,99). O critério de IMC foi estabelecido de acordo com a definição da *World Health Organization* (WHO, 2000). Em relação aos critérios de escolaridade e idade dos participantes, foram incluídos sujeitos na faixa etária entre 18 e 60 anos, e que tinham no mínimo cinco anos de escolaridade (5ª série do ensino fundamental), com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo participantes que apresentaram baixo desempenho cognitivo que pudessem implicar em prejuízos significativos na compreensão dos itens investigados nos questionários. Para a avaliação destes critérios foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Mulheres grávidas também foram excluídas da pesquisa, já que, a gravidez poderia ser um viés em relação à medida do IMC da participante.

Foram excluídos deste estudo 50 voluntários pelos seguintes motivos:

- MEEM: 02
- Escolaridade: 15
- IMC incompatível com os dois grupos: 20
- Notável dificuldade de compreensão dos itens: 01
- Idade: 04
- Em tratamento para outra doença no hospital: 04
- Dificuldade de leitura (sem óculos): 01
- Questionários com dados incompletos: 01
- Voluntários (emocionalmente alterados) acompanhantes de pacientes na unidade de tratamento intensivo (UTI): 02

Procedimento

Os participantes do grupo de obesos mórbidos eram todos atendidos em um ambulatório para tratamento da obesidade em um hospital público na cidade de Porto Alegre (Brasil) e todos eram candidatos à cirurgia bariátrica. Os participantes do grupo de pessoas com peso normal eram acompanhantes de pacientes ou funcionários do hospital. Os pesquisadores convidaram os pacientes e acompanhantes para participar da pesquisa enquanto estes aguardavam atendimento na sala de espera do hospital. A equipe de pesquisadores convidou funcionários do hospital para participar da pesquisa enquanto estavam nos seus intervalos de trabalho. A equipe de saúde do hospital também colaborou com a pesquisa, convidando os pacientes, acompanhantes e funcionários a participarem da pesquisa. Caso estes aceitassem participar da pesquisa eram encaminhados para a equipe de pesquisadores para responderem aos questionários.

As entrevistas foram individuais, pois a metodologia adotada determinou a condução de um pesquisador para entrevistar cada participante. O período da entrevista durou aproximadamente 50 minutos com cada participante.

Medidas

Todos os participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário Sócio-Demográfico e História Clínica e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

É um instrumento utilizado para fazer um rastreamento inicial do estado mental e avaliar a presença de déficits cognitivos (Folstein, Folstein e McHugh, 1975). O instrumento é composto por questões subdivididas em sete categorias, organizadas de forma a avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O score deste teste pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24.

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e História Clínica

Este questionário é uma entrevista estruturada que foi desenvolvida especificamente para este estudo com o objetivo de identificar características da amostra. Neste questionário foram registrados dados pessoais como: nome, data de nascimento, escolaridade, renda, estado civil, endereço, classificação econômica, grau de instrução do chefe da família, além de aspectos clínicos e relativos à prática de atividade física. Com base na publicação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008) os critérios da classificação econômica do Brasil foram utilizados para determinar a classe econômica dos participantes. O questionário foi aplicado resultando em uma pontuação que determinou a classificação econômica de cada participante de acordo com as seguintes categorias (da maior para a menor renda): A, B, C, D e E.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A DASS em sua versão original com 42 itens, assim como na sua versão reduzida (DASS-21) com 21 itens, é um excelente instrumento para medir sintomas de depressão, hiperexcitação, agitação e tensão psicológica em grupos clínicos e não clínicos. Estas escalas apresentam boa consistência interna e validade concorrente. Algumas vantagens da versão reduzida são menos itens, estrutura fatorial mais clara e menor correlação entre fatores (Antony, Cox, Enns, Bieling & Swinson, 1998).

Esta escala avalia sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e, já foi adaptada e validada para a língua portuguesa. As propriedades psicométricas deste instrumento atestam a sua qualidade para avaliar estados emocionais. A escala possui boa consistência interna e validade de critério (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006). A DASS-21 tende a ser mais bem aceita pelos por aqueles que a respondem por ser menor, e mesmo em sua versão reduzida, apresenta confiabilidade adequada. A DASS-21 apresenta alpha de Cronbach de 0,88 para a escala de depressão, 0,84 para a escala de ansiedade, 0,90 para a escala de estresse e 0,945 para a escala total (Apóstolo, Tanner & Arfken, 2012).

Considerações éticas

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o sigilo das informações fornecidas, o caráter voluntário da sua participação, a possibilidade de questionarem sobre perguntas que não entendessem e sobre a liberdade para desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum ônus. Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 07888612.4.0000.5336) da mesma instituição. O projeto de pesquisa também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar onde foi acessada a maior parte de participantes da pesquisa.

Análise estatística

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade, sendo que, o estudo da distribuição de dados da idade ocorreu pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Everitt & Dunn, 1991).

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), que estabelece a comparação entre as frequências observadas (reais) e as esperada, bem como, a análise pelos resíduos ajustados, onde os valores negativos indicam uma frequência real inferior à esperada e os valores positivos uma frequência real superior à esperada. As células, cujos resíduos ajustados assumem valores iguais ou acima de 1,96, em valor absoluto, contribuem significativamente para a relação de dependência entre variáveis comparadas (Everitt, 1977). Nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentaram frequência esperada menor do que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações onde pelo menos uma variável tenha característica politômica, foi utilizada a simulação de Monte Carlo.

Para as variáveis contínuas, quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes foi aplicado o teste de t-Student e de Mann Whitney (distribuição assimétrica).

Resultados

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 111 participantes divididos nos grupos de pessoas com obesidade mórbida (47,7% n=53) e pessoas com peso normal (52,3%, n=58). O número de participantes ultrapassou o tamanho amostral inicialmente estabelecido porque foi necessário a inclusão de mais alguns participantes para parear as características sócio demográficas dos dois grupos. Dentre as variáveis que compuseram o perfil dos grupos, foi observada a predominância do sexo feminino tanto no grupo de obesos mórbidos (77,4%, n=41) quanto no grupo de pessoas com peso normal (77,6%, n=45) ($p>0,05$). A média de idade foi mais elevada entre os participantes do grupo de obesos mórbidos ($42,3\pm 9,6$) do que entre os sujeitos do grupo com peso normal ($38,7\pm 13,9$), no entanto, a diferença detectada não se mostrou significativa ($p>0,05$).

Em relação à escolaridade, o ensino médio completo concentrou 41,5% (n=22) dos participantes do grupo de obesos mórbidos e, 43,1% (n=25) do grupo de pessoas com peso normal, implicando em ausência de diferença estatística significativa sobre o grau de instrução. O estado civil casado (a) foi o mais observado na amostra, representando 67,9% (n=36) do grupo de obesos mórbidos e 62,1% (n=36) do grupo com peso normal. A faixa de rendimento caracterizada pelo critério da classificação econômica Brasil (ABEP, 2008) apontou que os dois grupos apresentaram distribuições estatisticamente semelhantes ($p\geq 0,05$), sendo que, no grupo de obesos mórbidos, predominaram as classes B e C, cada uma representando 35,8% (n=19) dos casos, enquanto que, no grupo com peso normal as proporções foram de 39,7% (n=23) e 27,6% (n=16), respectivamente. Na tabela 1 são ilustrados os dados referentes à amostra.

Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa para o sexo, estado civil, renda e atividade física; e medidas de tendência central e de variabilidade para a idade.

Variáveis	Grupo				P
	Clínico - obeso (n=53)		Controle – Não obeso (n=58)		
	n	%	n	%	
Sexo*					
Feminino	41	77,4	45	77,6	>0,999 ϕ
Masculino	12	22,6	13	22,4	
Idade					
Média \pm desvio padrão (Amplitude)	42,3 \pm 9,6 (25-59)		38,7 \pm 13,9 (18-65)		0,072 ξ
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil) \ddagger	42,0 (35,0-42,5)		38,5 (26,0-52,0)		
Escolaridade*					
Fundamental Incompleto	18	34,0	9	15,5	0,224 \P
Fundamental Completo	6	11,3	15	25,9	
Médio Incompleto	3	5,7	5	8,6	
Médio Completo	22	41,5	25	43,1	
Superior Incompleto/completo	6	11,3	7	12,1	
Estado civil*					
Solteiro(a)	12	22,6	18	31,0	0,704 \P
Casado(a)	36	67,9	36	62,1	
Separado(a)	1	1,9	2	3,4	
Divorciado(a)	3	5,7	1	1,7	
Viúvo(a)	1	1,9	1	1,7	
Critério Brasil*					
A	1	1,9	1	1,7	0,293 \P
B	23	43,3	35	60,4	
C	27	50,9	21	36,2	
D	2	3,8	1	1,7	

*Percentuais obtidos com base no total de cada categoria; ϕ : Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ξ : Teste t-Student para grupos independentes; \ddagger : Teste de Mann Whitney; \P : Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo;

Inicialmente as classificações foram comparadas aos dois grupos e verificou-se que para sintomas de depressão, 62,3% (n=33) do grupo de obesos mórbidos concentraram-se na classificação normal, enquanto que, no grupo de pessoas com peso normal esta proporção foi de 70,7% (n=41) (p>0,05).

Para a classificação de sintomas de ansiedade novamente a ausência de associação significativa se manteve (p>0,05), onde no grupo de obesos mórbidos

prevaleceram as classificações normal, 47,2% (n=25), e muito grave, 30,2% (n=16). Já no grupo de pessoas com peso normal, a maior ocorrência concentrou-se na classificação normal, representando 60,3% (n=35) dos casos.

Embora não tenha sido detectada associação estatística significativa, cabe chamar atenção para a classificação muito grave, que alcançou 32,2% (n=16) no grupo de obesos mórbidos e 15,5% (n=9) no grupo de sujeitos com peso normal, o que representa uma diferença de 16,7%, e esta diferença foi apontada pelos resíduos ajustados ($|1,86|$), onde esta estimativa sugere que o grupo de obesos mórbidos esta apresentando mais casos classificados como muito grave que o esperado, quando comparado ao grupo de pessoas com peso normal. Esta relação também pode ser evidenciada pela análise da associação linear-by-linear ($p=0,082$), em que seu resultado indicou uma tendência de que o grupo de obesos mórbidos esteja associado às classificações que definem níveis elevados de sintomas de ansiedade.

Em relação à classificação dos sintomas de estresse o grupo dos participantes com caracterização normal alcançou 52,8% (n=28) no grupo de obesos mórbidos e 62,1% (n=36) no grupo de indivíduos com peso normal ($p>0,05$). No entanto, quando se avaliou a classificação muito grave, observou-se que o grupo de obesos mórbidos concentrou 17,0% (n=3) dos participantes enquanto no grupo de pessoas com peso normal o número foi de 5,2% (n=3), implicando em uma diferença de 11,8%. De acordo com a estimativa dos resíduos ajustados ($|2,00|$), os dados apontam que o grupo de obesos mórbidos apresenta mais casos classificados com sintomas de estresse muito grave que o esperado, quando comparado ao grupo de participantes com peso normal. Na figura 1 são demonstradas as percentagens dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, em cada categoria e divididos por grupos.

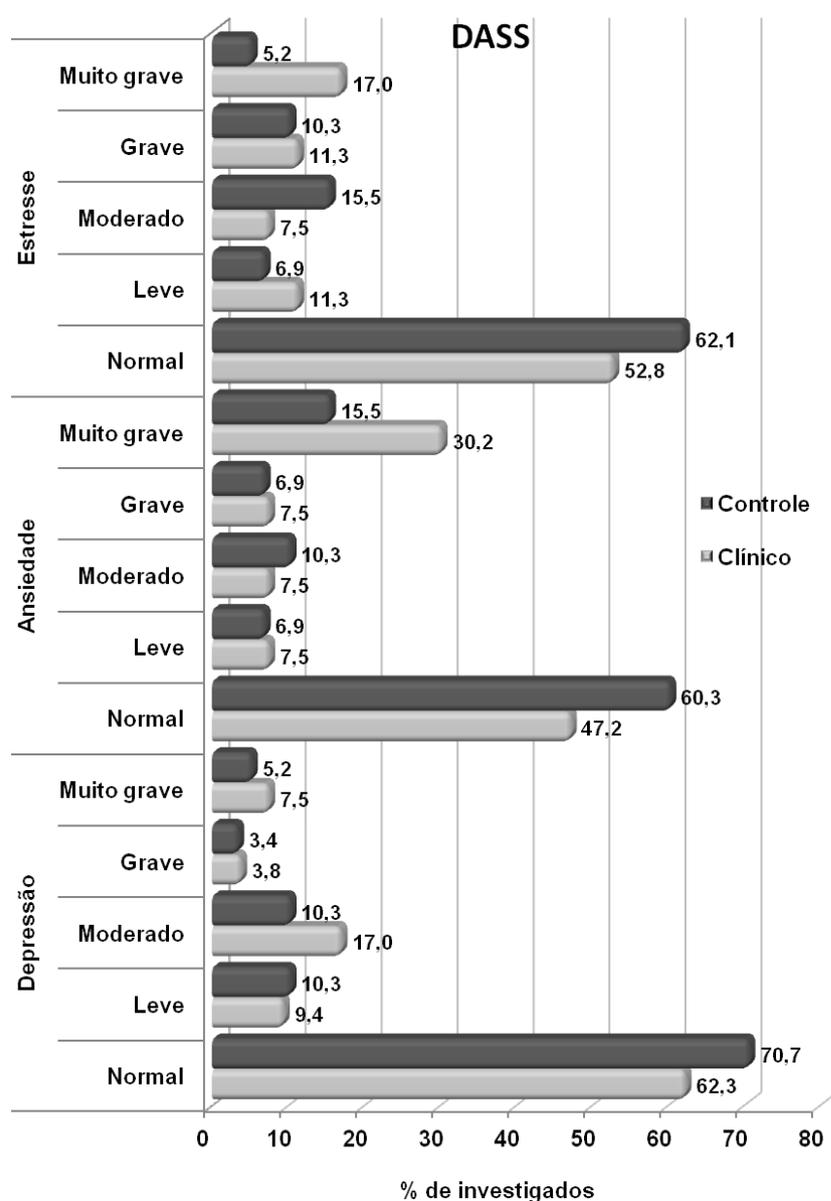


Figura 1: Distribuição relativa para as classificações de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, segundo o grupo.

Ainda no que diz respeito as pontuação DASS-21, foi detectada diferença estatística significativa nos sintomas de ansiedade ($p < 0,05$), indicando que, a pontuação mediana no grupo de obesos mórbidos (Mediana: 8,0; 1^o-3^o quartil: 2,0-23,0) se mostra mais elevada que no grupo de sujeitos com peso normal (Mediana: 4,0; 1^o-3^o quartil: 0,0 -12,5). Nos dados sobre sintomas de depressão, as pontuações no grupo de obesos mórbidos (Mediana: 6,0; 1^o-3^o quartil: 2,0 – 14,0) foram mais elevadas que as do grupo de indivíduos com peso normal (Mediana: 4,0; 1^o-3^o quartil: 0,0 – 10,5), no entanto, as diferenças observadas não se mostraram significativas ($p > 0,05$). Esta mesma situação foi observada na comparação dos

sintomas de estresse onde o grupo de obesos mórbidos (Mediana: 14,0; 1º-3º quartil: 4,0-30,0) apresentou medidas mais elevadas que as do grupo de pessoas com peso normal (Mediana: 9,0; 1º-3º quartil: 3,5-20,0) ($p > 0,05$) (Ver tabela 2).

O alpha de Cronbach da DASS-21 nesta amostra foi de 0,821 para sintomas de depressão, 0,849 para sintomas de ansiedade e 0,812 para sintomas de estresse.

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para as classificações da DASS-21 e medidas de tendência central e de variabilidade para as pontuações da DASS-21, segundo o grupo.

DASS-21	Grupo				p
	Clínico - obeso (n=53)		Controle – Não obeso (n=58)		
	N	%	n	%	
Classificação*					
Depressão					
0-9 normal	33	62,3	41	70,7	
10-13 leve	5	9,4	6	10,3	
14-20 moderado	9	17,0	6	10,3	0,845¶
21-27 Grave	2	3,8	2	3,4	
28 para cima muito grave	4	7,5	3	5,2	
Ansiedade					
0-7 normal	25	47,2	35	60,3	
8-9 leve	4	7,5	4	6,9	
10-14 moderado	4	7,5	6	10,3	0,433¶
15-19 grave	4	7,5	4	6,9	
20+ muito grave	16	30,2	9	15,5	
Estresse					
0-14 normal	28	52,8	36	62,1	
15-18 leve	6	11,3	4	6,9	
19-25 moderado	4	7,5	9	15,5	0,192¶
26-33 grave	6	11,3	6	10,3	
34 + muito grave	9	17,0	3	5,2	
Escore - ¥					
Depressão					
Média ± desvio padrão (Amplitude)	9,7±10,2 (0,0 – 40,0)		7,3±9,9 (0,0-42,0)		0,223§
Mediana (1º-3º quartil) ‡	6,0 (2,0-14,0)		4,0 (0,0-10,5)		
Ansiedade					
Média ± desvio padrão (Amplitude)	12,6±11,9 (0,0-42,0)		8,1±10,1 (0,0-42,0)		0,037§
Mediana (1º-3º quartil) ‡	8,0 (2,0-23,0)		4,0 (0,0-12,5)		
Estresse					
Média ± desvio padrão (Amplitude)	16,1±13,4 (0,0-42,0)		13,1±11,1 (0,0-42,0)		0,201§
Mediana (1º-3º quartil) ‡	14,0 (4,0-30,0)		9,0 (3,5-20,0)		

*Percentuais obtidos com base no total de cada categoria; §: Teste de Mann Whitney; ¶: Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo; ¥: variável com distribuição assimétrica;

Na figura 2 é possível ver as pontuações mais altas do grupo de obesos mórbidos em relação aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, apesar de apenas nos sintomas de ansiedade esta diferença ter sido estatisticamente significativa.

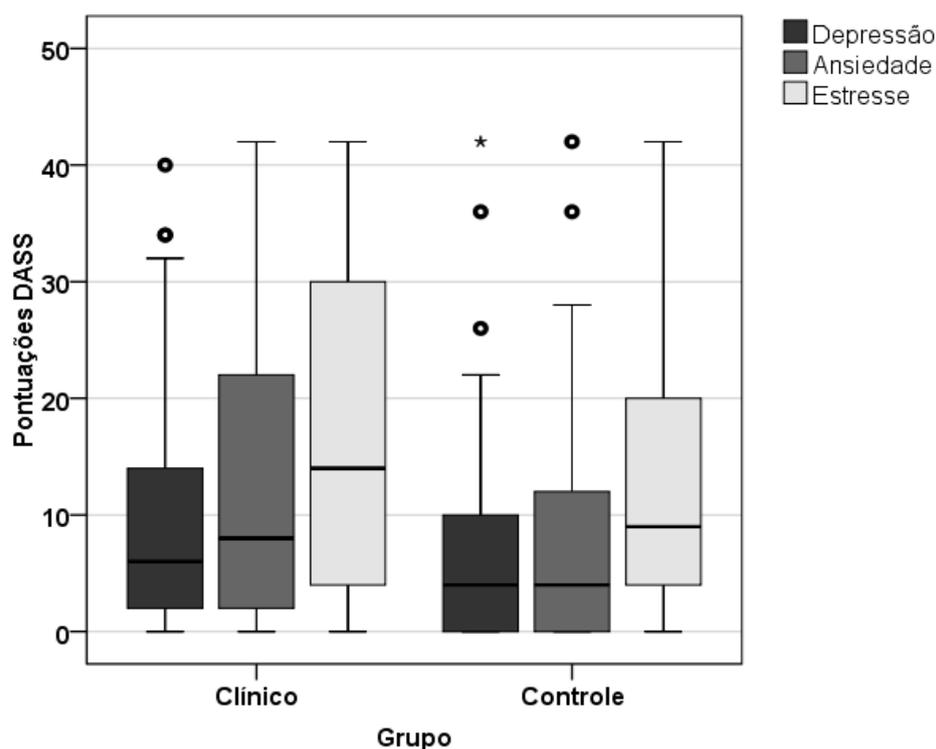


Figura 2: Distribuição das pontuações da DASS-21 para a depressão, ansiedade e estresse.

Para avaliar de forma representativa o grupo clínico em função da DASS-21, mais especificamente em função do estresse, idade e escolaridade (variáveis que apresentaram nível mínimo de significância inferior a 0,250 na análise bivariada) utilizou-se a análise de Regressão Logística Binária, pelo método Forward, baseado no valor de verossimilhança (teste likelihood ratio).

De acordo com os resultados da tabela 3, não foram detectadas variáveis, entre as aquelas definidas como potenciais fatores preditores, capazes de prever o grupo de obesos mórbidos para esta amostra, apontando que, este grupo, além de se mostrar independente da classificação DASS-21 para sintomas de depressão e

ansiedade, mostrou-se independente também da DASS-21 para sintomas de estresse, sendo excluída a influência da idade e do nível de escolaridade. Desta forma, conclui-se que os grupos independem das variáveis DASS-21.

Tabela 3: Odds ratio bruto e ajustado para as variáveis idade, escolaridade e categorias de sintomas de estresse da DASS-21 para descrever os grupos.

Variáveis	b	P	OR	IC95% OR	
Modelo bruto					
Idade	0,029	0,116	1,030	0,993	1,068
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	0,567	0,004	1,657	1,103	3,119
Fundamental Completo	0,316	0,016	1,349	1,012	2,876
Médio Incompleto	0,114	0,197	1,003	0,876	1,755
Médio Completo	0,054	0,677	0,054	0,567	1,123
Superior Incompleto/completo	---		1,000	---	---
StressCAT					
0-14 normal	---		1,000	---	---
15-18 leve	0,115	0,751	0,654	0,458	1,305
19-25 moderado	0,320	0,666	0,303	0,067	1,520
26-33 grave	0,725	0,112	1,085	0,823	1,178
34 + muito grave	0,895	0,134	1,170	0,912	1,389
Modelo final					
StressCAT					
0-14 normal	---		1,000	---	---
15-18 leve	0,072	0,501	0,085	0,823	1,667
19-25 moderado	0,126	0,854	1,170	0,612	3,772
26-33 grave	0,129	0,679	1,079	0,502	3,698
34 + muito grave	0,172	0,548	1,003	0,728	2,316

Parâmetros do modelo final - $R^2=0,203$ (Hosmer e Lemeshow), 0,28 (Cox & Snell), 0,252 (Nagelkerke). X^2 do modelo= 12,605.

Buscou-se identificar como os grupos mostraram-se distribuídos em relação ao uso de medicação para depressão e, pelos resultados, verificou-se que, o grupo de obesos mórbidos mostrou-se significativamente associado ($p<0,001$) ao uso de medicação, 50,9% ($n=27$), enquanto que com o grupo de participantes com peso normal a associação ocorreu com a não utilização de medicação, 89,7% ($n=52$).

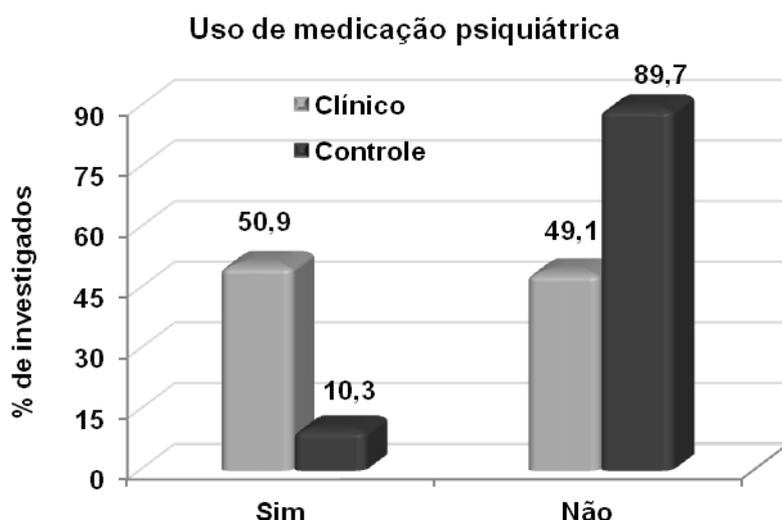


Figura 3: Uso de medicação psiquiátrica.

Apesar do grupo de obesos mórbidos ter apresentado um maior número de investigadores que afirmaram utilizar medicamento psiquiátrico, na comparação entre o uso de medicamentos e as classificações DASS-21, intra grupos, os resultados apontaram que, os dois grupos apresentaram comportamentos estatisticamente semelhantes, quando as classificações para depressão, ansiedade e estresse. Desta forma, não há evidências de que o uso de medicação psiquiátrica possa ter funcionado como um fator de confusão ou de interação. Esses dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição absoluta e relativa para o uso de medicação para depressão e para as classificações DASS segundo a classificação pra depressão, por o grupo

Uso de medicação e DASS	Grupo				p
	Clínico - obeso (n=53) - n (%)		Controle – Não obeso (n=58) - n (%)		
Uso de medicação para depressão					
Sim	27 (50,9)		8 (10,3)		<0,001
Não	26 (49,1)		52 (89,7)		
Uso de medicação	Sim	Não	Sim	Não	
Depressão					
0-9 normal	12 (44,4)	21 (80,8)	2 (33,3)	39 (75,0)	
10-13 leve	2 (7,4)	3 (11,5)	0 (0,0)	6 (11,5)	
14-20 moderado	8 (29,6)	1 (3,8)	1 (16,7)	5 (9,6)	
21-27 Grave	1 (3,7)	1 (3,8)		2 (3,8)	
28 para cima muito grave	4 (14,8)		3 (50,0)		
	p¶ 0,005		0,003		
Ansiedade					
0-7 normal	10 (37,0)	15 (57,7)	1 (16,7)	34 (65,4)	
8-9 leve	1 (3,7)	3 (11,5)		4 (7,7)	
10-14 moderado	1 (3,7)	3 (11,5)	1 (16,7)	5 (9,6)	
15-19 grave	3 (11,1)	1 (3,8)		4 (7,7)	
20+ muito grave	12 (44,4)	4 (15,4)	4 (66,7)	5 (9,6)	
	p¶ 0,082		0,014		
Estresse					
0-14 normal	10 (37,0)	18 (69,2)	1 (16,7)	35 (67,3)	
15-18 leve	3 (11,1)	3 (11,5)	1 (16,7)	3 (5,8)	
19-25 moderado	3 (11,1)	1 (3,8)	1 (16,7)	8 (15,4)	
26-33 grave	5 (18,5)	1 (3,8)	1 (16,7)	5 (9,6)	
34 + muito grave	6 (22,2)	3 (11,5)	2 (33,3)	1 (1,9)	
	p¶ 0,141		0,011		
Uso de medicação	Sim	Não	Sim	Não	
Pontuações DASS	Md±DP	Md±DP	Md±DP	Md±DP	
	(Me)	(Me)	(Me)	(Me)	
Depressão	14,1±11,5 (12,0)	5,0±5,9 (4,0)	23,0±19,8 (27,0)	5,5±6,3 (3,0)	
Ansiedade	16,7±13,3 (18,0)	8,2±8,4 (6,0)	24,6±13,7 (26,0)	6,2±7,7 (4,0)	
Estresse	20,3±13,5 (20,0)	11,6±12,0 (8,0)	26,3±12,6 (27,0)	11,5±10,0 (8,0)	

*Percentuais obtidos com base no total de cada categoria; §: Teste de Mann Whitney; ¶: Teste Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo; ¥: variável com distribuição assimétrica;

Discussão

A presente pesquisa foi desenvolvida considerando que a abordagem da obesidade é multidisciplinar e aspectos psicológicos como depressão, ansiedade e estresse devem ser avaliados nesta população (Lopez Morales, Garcés de los Fayos Ruiz, 2012). De acordo com os resultados deste estudo, o grupo de obesos mórbidos apresentou, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$), mais sintomas de ansiedade em comparação com o grupo de sujeitos com o peso normal.

Além da diferença estatisticamente significativa encontrada nos níveis de ansiedade, os resultados também indicam diferenças entre os grupos na categoria “ansiedade muito grave”. Nesta categoria, o grupo de obesos mórbidos apresentou mais casos do que o esperado em comparação com o grupo com peso normal. A diferença nas pontuações desta categoria entre os grupos não foi estatisticamente significativa devido ao reduzido número de participantes que apresentaram estes sintomas muito graves de ansiedade, no entanto, devido a diferença nas pontuações entre os grupos, fica notável uma tendência dos obesos mórbidos apresentarem sintomas muito graves de ansiedade.

Estes dados convergem com a hipótese do presente estudo de que existe maior prevalência de sintomas de ansiedade entre os obesos mórbidos. De fato, dados de revisão sistemática e metanálise encontraram 16 artigos epidemiológicos sobre obesidade e transtornos de ansiedade em diferentes bases de dados que confirmam a associação moderada entre estas duas condições (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010). No presente estudo não foram utilizados instrumentos diagnósticos para transtornos de ansiedade, no entanto, os dados convergem com os estudos publicados anteriormente no sentido de que apontam para sintomas mais elevados de ansiedade em pessoas com obesidade em comparação com pessoas com peso normal.

O resultado de maior prevalência de sintomas de ansiedade no grupo de obesos mórbidos difere do estudo de Gadalla (2009) que afirma não existir esta associação, no entanto, é importante considerar que na pesquisa da Gadalla a avaliação da presença dos transtornos de humor e ansiedade na população obesa não foi feita por especialistas. Estes autores simplesmente perguntaram aos

participantes da pesquisa se alguma vez já tinham sido diagnosticados com os transtornos, desta forma, o sub-diagnóstico ou a falta de informação do paciente sobre o seu diagnóstico podem ter subestimado a prevalência dos transtornos na amostra estudada.

Existem algumas possíveis interpretações para a maior presença de sintomas de ansiedade entre os obesos mórbidos. É possível que indivíduos que apresentem sintomas elevados de ansiedade possam utilizar a alimentação como forma de enfrentamento deste estado emocional negativo a ponto que isto se torne um hábito que leve ao excesso de peso corporal e à obesidade. Outra interpretação seria a de que a obesidade mórbida por ser um grave estado de saúde possa ser uma condição ansiogênica. Ainda uma terceira explicação seria a de que a espera pela cirurgia bariátrica, por ser uma intervenção cirúrgica complexa e de risco, possa ser também uma fonte de ansiedade. De qualquer forma, as três interpretações podem estar simultaneamente relacionadas aos achados do presente estudo.

Foram avaliados sintomas de depressão entre os obesos mórbidos considerando que existem evidências científicas da alta prevalência destes sintomas nesta população. Dados indicam que obesos mórbidos apresentam 25% de chance de sofrer de transtorno depressivo maior (Wadden et al., 2007). Outros estudos apontam a associação entre obesidade e depressão (Bodenlos, Lemon, Schneider, August & Pagoto, 2011; Gadalla, 2009; Simon et al., 2006; Anderson, Cohen, Naumova & Must, 2006; Hasler et al., 2005), e inclusive ideação suicida (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009). A falta de atividade física e social podem ser importantes fatores que aumentam as chances de ocorrência da depressão entre os obesos (Faith et al., 2011; Wit, 2010).

Para a formulação da nossa hipótese de que os obesos mórbidos apresentariam sintomas de depressão mais elevados do que pessoas com peso normal consideramos também aspectos psicossociais. Pessoas com obesidade mórbida geralmente sofrem com discriminação, humilhação, hostilidade, rejeição e desprezo. Estas pessoas também encontram dificuldades sociais e econômicas devido à estigmatização, pouca integração social, poucas perspectivas de emprego, dificuldades educacionais, vocacionais e promocionais (Hout, Oudheusden & Heck, 2004). Considerando estas exposições a situações hostis, se torna evidente que obesos mórbidos tenham mais probabilidades de desenvolverem problemas emocionais do que a população geral.

No entanto, no presente estudo, de forma contraditória a nossa hipótese, não foi identificada diferença significativa entre os grupos em relação aos sintomas de depressão. Este não é o primeiro estudo a não encontrar relação entre obesidade e depressão. Neste sentido, é notável que este resultado vai ao encontro dos dados da revisão sistemática desenvolvida por Atlantis e Baker (2008) que indicam que o nível de evidência da associação entre obesidade e sintomas depressivos é muito fraco. Percebe-se que a maior prevalência de sintomas depressivos entre os obesos em comparação com a população com peso normal é um tema com evidências divergentes na literatura científica e necessita de mais estudos bem delineados.

Parece existir dificuldade de consenso em relação à prevalência de sintomas depressivos entre os obesos mórbidos. Um estudo que parece refletir esta dificuldade foi desenvolvido por Beydoun e Wang (2010). Nesta pesquisa foram encontradas evidências da associação da obesidade mórbida com o transtorno depressivo maior em mulheres quando estas eram comparadas com mulheres não deprimidas. De forma contraditória, entre os homens houve uma associação inversa entre a obesidade e a depressão. Esses autores sugerem como possível explicação para estes resultados que tanto o aumento quanto a diminuição do apetite são sintomas da depressão. Desta forma, algumas pessoas deprimidas, ao invés de comerem excessivamente e desenvolverem a obesidade, podem comer menos e perder peso.

De forma contraditória à hipótese do presente estudo também não foi encontrada maior prevalência de sintomas de estresse entre os obesos mórbidos em comparação com pessoas com peso normal. No entanto, é notável o grupo de obesos mórbidos apresentou mais casos classificados como “estresse muito grave” em comparação ao grupo com peso normal. Apesar desta diferença não ter sido estatisticamente significativa devido ao número reduzido de participantes que se enquadraram nesta categoria, foi perceptível uma tendência das pessoas com obesidade mórbida apresentarem sintomas muito graves de estresse.

Sobre esta questão, deve-se considerar que as pessoas podem apresentar aumento na alimentação induzidas pelo estresse, já que, este influencia as respostas cerebrais na amígdala direita e do córtex orbitofrontal em relação a alimentos saborosos (Dallman, 2009; Rudenga, Sinha & Small, 2013; Torres & Nowson, 2007). Desta forma uma possível interpretação para a tendência dos obesos mórbidos apresentarem sintomas muito graves de estresse, pode ser que o

estresse influencie a alimentação excessiva e/ou inadequada e o conseqüente acúmulo de excesso de gordura corporal destes indivíduos. Neste sentido, o estresse funcionaria como um fator contribuinte para o desenvolvimento da obesidade. Outra interpretação possível para esta tendência pode se relacionar a questões já citadas anteriormente, como o grave estado de saúde devido ao excesso de gordura corporal e a espera pela complexa cirurgia bariátrica.

É notável que a DASS-21 é uma escala que apresenta medidas teoricamente relevantes de emoções negativas, incluindo sintomas de depressão, ansiedade e estresse, no entanto, este instrumento necessita de mais pesquisas sobre a sua capacidade de diferenciação entre grupos clínicos (Osman et al., 2012). Por exemplo, os sintomas de ansiedade e estresse são muito similares e talvez possam ser agrupados em um mesmo constructo (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006). Esta dificuldade em diferenciar sintomas pode ter influenciado os resultados do presente estudo.

O uso de medicação psiquiátrica pode alterar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. No presente estudo os obesos mórbidos usavam significativamente mais medicação psiquiátrica em comparação com os indivíduos com peso normal. Partindo do pressuposto de que as medicações psiquiátricas reduzem estes sintomas, é possível que o maior uso da medicação entre os obesos mórbidos tenha camuflado sintomas de depressão, ansiedade e estresse mais graves neste grupo. De qualquer forma, através da análise estatística comparativa intra grupo (ver tabela 4) não foram encontradas evidências da influência do uso da medicação psiquiátrica na redução dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Esta conclusão é baseada no fato de que, os indivíduos em tratamento medicamentoso foram os que apresentaram os sintomas mais elevados.

A partir desta constatação evidencia-se que o tratamento com medicações psiquiátricas não estava implicando na redução dos sintomas entre os obesos naquele momento. Esta questão mostra-se relevante no sentido de que aponta uma intervenção amplamente utilizada na amostra e que no mínimo esta sendo pouco eficaz. Deve-se ainda ter cuidado com este tipo de tratamento, já que, alguns tipos de medicação psiquiátrica podem contribuir para o acúmulo de gordura corporal o que pode ser um agravante para a obesidade (Chiles & Wattum, 2010; Dent et al., 2012). Desta forma percebe-se uma área que precisa ser melhor estudada para que se obtenha um tratamento mais efetivo.

O presente estudo traz contribuições para o entendimento emocional e do estresse em obesos mórbidos. Este conhecimento pode ser útil já que pacientes nesta condição são indicados a tratamento cirúrgico com o objetivo de perda de peso. Nestes casos uma avaliação psicológica precisa pode ser uma contribuição importante para identificar pacientes contra-indicados para a cirurgia ou aqueles que precisarão de atenção psiquiátrica ou psicoterapêutica especial no período pós cirúrgico (Kinzl, Maier & Bösch, 2012). O conhecimento sobre os aspectos psicopatológicos desta população pode trazer embasamento para avaliações mais precisas de indivíduos em tratamento para emagrecimento.

Com base nos resultados do presente estudo conclui-se que obesos mórbidos, além da condição clínica grave, podem apresentar prejuízos na sua saúde mental. Assistência psicológica deve ser prestada a estes pacientes, já que, quando perdem peso através de tratamento podem ter alguma melhora psicológica em nível emocional, no entanto, não é possível afirmar uma relação de causalidade entre a perda de peso e melhora em fatores psicológicos (Grave, Calugi, Petroni, Domizio & Marchesini, 2010). O emagrecimento através da cirurgia bariátrica, por exemplo, pode trazer melhoras nas comorbidades relacionadas à obesidade como diabetes tipo 2, hipertensão e apneia do sono, no entanto, as mudanças em nível de saúde mental são incertas. A perda de peso não deve ser vista como tratamento para transtornos psiquiátricos nesta população (Wadden et al., 2007).

Os resultados encontrados convergem com evidências da literatura que indicam que a obesidade especificamente entre as mulheres esta associada a consequências negativas em saúde mental (Kasen, Cohen, Chen & Must, 2008). A predominância de participantes do sexo feminino na composição da amostra deste estudo aconteceu devido à maioria dos pacientes do ambulatório de cirurgia bariátrica do hospital onde a pesquisa foi realizada ser de mulheres.

Em relação às diferenças encontradas nos resultados do presente estudo e outras publicações na área consideramos que estas decorrem da dificuldade de se estabelecer generalizações quando se estuda psicopatologia em obesos. É possível observar resultados discrepantes nos estudos da área, e a literatura sobre as características psicológicas dos obesos mórbidos ainda esta longe de um consenso (Hout, Oudheusden & Heck, 2004).

Em relação às limitações da presente pesquisa, é relevante destacar em primeiro lugar que os participantes do grupo controle foram sujeitos voluntários com

o peso normal que em sua grande maioria estavam dentro de um hospital, sendo estes, funcionários ou acompanhantes de pacientes. É possível que estas pessoas que convivem diariamente em ambiente hospitalar ou que acompanham pessoas próximas com problemas graves de saúde também tivessem alterações emocionais negativas devido a estas condições.

Em segundo lugar, apesar de todos os participantes terem sido avisados sobre o sigilo com os resultados da pesquisa, os pacientes com obesidade mórbida eram todos candidatos à cirurgia bariátrica e podem ter produzido respostas socialmente desejáveis devido ao receio de uma avaliação psicológica negativa que pudesse gerar dificuldades com o seu encaminhamento para a cirurgia. Neste sentido, é notável que grande parte dos obesos candidatos à cirurgia bariátrica tende a se apresentar de forma distorcida nas avaliações psicológicas utilizando respostas socialmente desejáveis (Ambwani, 2013). Estes pacientes tendem a apresentar informações sobre si próprios de forma mais favorável, referindo menos problemas psicológicos, culpa, sintomas de depressão e ansiedade do que realmente têm. Desta forma a avaliação da saúde mental desta população é difícil de ser realizada com precisão.

Conclusão

Este estudo aponta para uma maior prevalência de sintomas de ansiedade em obesos mórbidos em comparação com pessoas com peso normal. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação a sintomas de depressão e estresse. Foi notável a maior quantidade de casos classificados nas categorias “ansiedade muito grave” e “estresse muito grave” do que o esperado no grupo de obesos mórbidos em comparação com o grupo de pessoas com peso normal. Desta forma se percebe uma tendência do grupo de obesos mórbidos apresentar estes graves sintomas.

Os resultados do presente estudo contribuem para um maior conhecimento dos transtornos emocionais e estresse relacionados à obesidade mórbida e podem ser relevantes para o estabelecimento de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas nesta condição. Evidencia-se a necessidade do desenvolvimento da pesquisa psicológica e psiquiátrica sobre a obesidade mórbida. Pesquisas futuras com maior amostra de obesos mórbidos do sexo masculino,

assim como pesquisas que tenham o objetivo de estudar a relação causal entre sintomas de ansiedade e obesidade mórbida podem trazer importantes contribuições.

Referências

- Adam, T. J. & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Psychology & Behavior*, 91, 449-458. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
- Ambwani, S., Boeka, A. G., Brown, J. D., Byrne, T. K., Budak, A. R., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Morey, L. C. & O'Neil, P. M. (2013). Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9, 300-305. doi:10.1016/j.soard.2011.06.019
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N. & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160. 285-291
- Antony, M. M., Cox, B. J., Enns, M. W., Bieling, P. J. & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression, anxiety and stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6).
- Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A. & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590-596.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Acessado em www.anep.org.br.

- Atlantis, E. & Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, 32, 881-891. doi:10.1038/ijo.2008.54
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with health probands. *International Journal of Obesity*, 31, 1155-1164. doi:10.1038/sj.ijo.0803556
- Beydoun, M. A. & Wang, Y. (2010). Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among US adults. *Journal of Affective Disorders*, 123, 52-63. doi:10.1016/j.jad.2009.09.021
- Bittencourt, S. A., Lucena-Santos, P., Moraes, J. F. D. & Oliveira, M. S. (2012). Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(2), 87-92.
- Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Scheneider, K. L., August, M. A. & Pagoto, S. L. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 319-324. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.03.004
- Chiles, C. & Wattum, P. J. (2010). Psychiatric aspects of the obesity crisis. *Psychiatric Times*, 27(4), 47.
- Dallman, M. F. (2009). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 159-165. doi:10.1016/j.tem.2009.10.004
- Dent, R., Angelique, B., Peterson, J., Habib, R., Kay, G. P., Gervais, A., Taylor, V. & Wells, G. (2012). Changes in body weight and psychotropic drugs: a systematic synthesis of the literature. *PLoS ONE*, 7(6), e36889. doi:10.1371/journal.pone.0036889

- Everitt, B. S. & Dunn, G. (1991). *Applied multivariate data analysis*. London: Wiley.
- Everitt, B. S. (1977). *The analysis of contingency tables*. New York: Wiley.
- Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M. & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population based studies. *Obesity Reviews*, 12, 438-453. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh PR. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gadalla, T. M. (2009). Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Diseases in Canada*, 30(1), 29-36.
- Garipey, G., Nitka, D. & Scmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34, 407-419. doi:10.1038/ijo.2009.252
- Grave, R. D., Calugi, S., Petroni, M. L., Domizio, S. D. & Marchesini, G. (2010). Weight management, psychological distress and binge eating in obesity. A reappraisal of the problem. *Appetite*, 54, 269-273. doi:10.1016/j.appet.2009.11.010
- Hasler, G., Pine, D. S., Kleinbaum, D. G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Adjacic, V., Eich, D., Rössler, W. & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich cohort study. *Molecular Psychiatry*, 10, 842-850.
- Hout, G. C. M., Oudheusden, I. & Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14, 579-588.

- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H. & Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*, 32, 558-566. doi:10.1038/sj.ijo.0803736
- Kinzl, J. F., Maier, C. & Bösch, A. (2012). Morbidly obese patients: psychopathology and eating disorders – results of a preoperative evaluation. *Neuropsychiatrie*, 26(4), 159-165. doi: 10.1007/s40211-012-0036-4
- Kivimäki, M., Lawlor, D. A., Sing-Manoux, A., Batty, G. D., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Nabi, H., Sabia, S., marmot, M. G. & Jokela, M. (2009). Common mental disorder and obesity-insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *British Medical Journal*, 339(7726), 1-8. doi:10.1136/bmj.b3765
- Lopez Morales, J. L. & Garcéz de los Fayos Ruiz, E. J. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidade desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810-1816. doi:10.3305/nh.2012.27.6.5882
- Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W. & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 277-285. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.008
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J. & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obese patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169.
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M. & Lozano, G. (2012). The depression anxiety stress scales – 21 (DASS-21): further examination of dimentions, scale reliability, and correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1322-1338. doi: 10.1002/jclp.21908

- Pagoto, S. L., Schneider, K. L., Bodenlos, J. S., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Ma, Y. & Lemon, S. C. (2012). Association of Post-Traumatic Stress Disorder and Obesity in a Nationally Representative Sample. *Obesity, 20*, 200-205. doi:10.1038/oby.2011.318
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H. & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine, 70*, 288-297. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181651651
- Rudenga, K. J., Sinha, R. & Small, D. M. (2013). Acute stress potentiates response to milkshake as function of body weight and chronic stress. *International Journal of Obesity, 37*, 308-316. doi:10.1038/ijo.2012.39
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G. & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry, 63*. 824-830.
- Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition, 23*(11-12), 887-894.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Jones, L., Stack, R. & Williams, N. S. (2007). Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Medical Clinics of North America, 91*, 451-469. doi:10.1016/j.mcna.2007.01.003
- Wit, L. M., Fokkema, M., Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P. & Penninx, W. J. H. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical and social activities. *Depression and Anxiety, 27*. 1057-1065.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation*. WHO Obesity Technical Report Series, 284.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Em relação ao Estudo 1, conclui-se que a psicoterapia cognitivo-comportamental é um tratamento indicado para pessoas com obesidade. Os resultados deste estudo se referem a esta abordagem psicoterapêutica como a que tem mais estudos científicos investigando a sua efetividade em relação a diversos problemas psiquiátricos, psicológicos e da clínica médica, dentre estes a obesidade. No entanto, é importante considerar que uma grande dificuldade no tratamento da obesidade é a manutenção do peso mais baixo, após emagrecimento. Desta forma consideramos que mais estudos na área são necessários com o objetivo de que se desenvolvam estratégias de prevenção e tratamento com resultados duradouros em longo prazo.

Em relação ao Estudo 2, este trouxe contribuições ao conhecimento psicológico de pessoas com obesidade mórbida. Os resultados indicam que obesos mórbidos podem apresentar mais distorções cognitivas do tipo “rotulação” e esquemas iniciais desadaptativos de “autocontrole/autodisciplina insuficiente” em comparação com pessoas com peso normal. Desta forma, concluímos que profissionais de saúde mental que trabalhem com pessoas com obesidade mórbida devem ter atenção especial a estes tipos de cognições disfuncionais e implementem a psicoterapia adequada quando necessário.

Em relação ao Estudo 3, este trouxe contribuições ao conhecimento emocional e de estresse em pessoas com obesidade mórbida. Concluímos que pessoas nesta condição podem apresentar sintomas mais elevados de ansiedade em comparação com pessoas com peso normal. Desta forma, é indicado trabalhar no sentido de identificar quais as causas dos elevados sintomas de ansiedade nestes indivíduos e desenvolver o tratamento apropriado.

Foram encontrados resultados relevantes também nas pontuações das categorias “ansiedade muito grave” e “estresse muito grave” da DASS-21. Foi notável que nestas categorias o grupo de pessoas com obesidade mórbida apresentou mais casos do que o esperado em relação ao grupo controle. Desta forma se tornou evidente uma tendência dos participantes com obesidade mórbida de serem classificados nestas categorias. Neste sentido, é importante avaliar também sintomas graves de ansiedade e estresse em pessoas com obesidade

mórbida. Em relação aos sintomas de depressão não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos neste estudo.

Em relação a este estudo como um todo, foram feitas pesquisas em relação a aspectos cognitivos, emocionais e psicoterapêuticos sobre pessoas com obesidade mórbida. Conclui-se que os dados e resultados deste estudo contribuem significativamente para o enriquecimento teórico à área da psicologia clínica, no que se refere a pessoas com obesidade mórbida e o seu tratamento.

4. ANEXOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Distorções Cognitivas e Esquemas Desadaptativos em Obesos.

Pesquisador: MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07888612.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 224.367

Data da Relatoria: 07/03/2013

Apresentação do Projeto:

A obesidade tem sido associada a maior incidência de problemas psicológicos, emocionais e comportamentais. Transtornos mentais estão associados a cognições e esquemas iniciais desadaptativos. Este estudo tem como objetivo avaliar se existe uma maior prevalência de distorções cognitivas e esquemas disfuncionais em obesos quando comparados a sujeitos não obesos. Dois grupos, cada um com aproximadamente 30 sujeitos serão avaliados. Um grupo será formado por sujeitos obesos e o outro por sujeitos não obesos. Os participantes responderão aos instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de dados sócio-demográficos, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), questionários de Esquemas de Young (YSQ) e Questionário de Distorções Cognitivas (CD_Quest). A coleta de dados ocorrerá em centros de atendimento especializados em Porto Alegre. Os sujeitos serão informados sobre os procedimentos da pesquisa e se concordem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados serão compilados e processados no programa estatístico SPSS 17.0. Serão realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Os dados serão compilados e processados no programa estatístico SPSS 17.0. Serão realizadas análises descritivas para demonstração do perfil da amostra, porcentagens, frequências, médias,

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320--3345

Fax: (51)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



desvios-padrão,

bem como a estatística inferencial para estudo de associação entre as variáveis. A análise de dados será feita por meio da ANOVA de um fator com dois níveis (2 grupos) baseado no artigo: A comparison of maladaptative schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects de Anderson, Elizabeth e Caterson (2005). Esta pesquisa (artigo) teve o objetivo de determinar se obesos adultos que procuravam tratamento tinham esquemas desadaptativos mais severos do que adultos não obesos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar as distorções cognitivas e esquemas desadaptativos em obesos e não obesos.

Objetivo Secundário:

- Verificar se existem distorções cognitivas mais prevalentes em obesos em comparação com não obesos. -

Verificar se existem esquemas

desadaptativos mais prevalentes em obesos em comparação com não obesos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Delineamento: Pesquisa analítico transversal e estudo de caso controle. Amostra: Será de aproximadamente 50 sujeitos com obesidade grau I (IMC:30 - 34.9), II (IMC: 35 - 39.9) e III (IMC > 40), em tratamento em centros especializados de Porto Alegre (RS). O grupo controle será de,aproximadamente, 50 sujeitos não obesos (IMC: 18,5 - 24,9) residentes em Porto Alegre (RS). Os participantes serão do sexo masculino e do sexo feminino, com escolaridade mínima da quinta série do ensino fundamental e com idade entre 18 e 60O projeto está adequado metodologicamente e eticamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

O projeto está eticamente adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 20 de Março de 2013

Assinador por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro: CEP: 90.619-900

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345 **Fax:** (513)320--3345 **E-mail:** cep@pucrs.br



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trevis, 596
CEP 91360-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-2369
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Edifício Pedrinhas do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.1

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Ruyho, 20
CEP 91640-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-4100
CNPJ: 02.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montebello, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314-5216
CNPJ: 02.601.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 12 de junho de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-071

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FELIPE QUINTO DA LUZ

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Título: Distorções cognitivas e esquemas desadaptativos em obesos.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 21 de junho de 2013.

ISSN 1413-0394

Curso de Psicologia - Ulbra/Canoas

Canoas, 19 de abril de 2013.

Prezados autores: Felipe Luz e Margareth Oliveira

Após o recebimento do artigo “Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura”, e encaminhamento deste para análise de pareceristas (blind peer review) da Revista Aletheia, estamos repassando os pareceres.

O artigo foi aceito pelos pareceristas com sugestão de alterações. As reformulações devem ser destacadas em ferramenta word "pincel amarelo". O formulário de controle de alterações anexo deve ser preenchido com o registro das correções e observações dos autores.

O artigo deve se reencaminhado para esse e-mail no prazo de 15 dias.

Agradecemos sua participação em nosso periódico.

Atenciosamente,

Fernanda P. de Souza

Profa. Ms. Fernanda P. de Souza

Editora.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Estamos lhe convidando para participar da pesquisa: **Distorções Cognitivas e Esquemas Desadaptativos em Obesos**. Sou estudante do Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa é pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação da professora Dr^a. Margareth da Silva Oliveira. O objetivo desta pesquisa é estudar pensamentos distorcidos e esquemas cognitivos disfuncionais em pessoas com obesidade.

Sua participação envolve responder alguns questionários sobre informações sócio-demográficas, clínicas, padrões de pensamentos e questões emocionais. Para responder estes questionários você deverá dispor de um tempo estimado em 30 (trinta) minutos, tendo em vista que, pode desistir da participação a qualquer momento. Enquanto estiver respondendo os instrumentos, sinta-se a vontade para fazer perguntas ao aplicador caso haja dúvidas.

A participação neste estudo é voluntaria e se você não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a contribuição do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico.

Caso sejam identificadas questões emocionais decorrentes da aplicação do instrumento será garantido o encaminhamento para atendimento psicológico na Clínica-Escola da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador Felipe Quinto da Luz através do telefone (51) 3320-3500 ou pelo comitê de ética em pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320-3345 ou email cep@pucrs.br. A respeito de dúvidas quanto a questões éticas também é possível entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador geral do comitê de ética em pesquisa do GHC, pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Atenciosamente,

Porto Alegre, ____ de _____ de 2013

Felipe Quinto da Luz
Matrícula: 121906739

Margareth da Silva Oliveira
Matrícula: 0256-7

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Versão Aprovada em
12 JUN, 2013

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Copyright (c) 2010

Irismar Reis de Oliveira

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”

Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”
Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.*

Intensidade:	Freqüência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

Por favor, vire a página e avalie seu próprio estilo de pensamento.

Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Irismar Reis de Oliveira

Nome:

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivas que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 4 ou 5.

DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:

1. **Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado):** Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Meu exemplo:

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

2. **Previsão do futuro (também denominada catastrofização):** Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: “Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”

Meu exemplo:

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

3. **Desqualificação dos aspectos positivos:** Desqualifico e descontro as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.”

EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Meu exemplo:

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

4. **Raciocínio emocional:** Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Meu exemplo:

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

5. **Rotulação:** Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: “Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. **Ampliação/minimização:** Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: “Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. **Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel):** Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.

EXEMPLOS: “Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel. “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. **Leitura mental:** Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: “Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. **Supergeneralização:** Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tomando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro”, etc.

EXEMPLOS: “Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

10. **Personalização:** Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi sua quarta esposa).

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. **Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”):** Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.

EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. **Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias):** Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. **Culpar (outros ou a si mesmo):** Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.

EXEMPLOS: “Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.” “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. **E se...?:** Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”

EXEMPLOS: “E se meu carro bater?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. **Comparações injustas:** Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: “Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Meu exemplo:

Frequência:	Não (não ocorreu).	Ocasional (1-2 dias durante esta semana).	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana).
Intensidade: Acreditei...	0			
Um pouco (Até a 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Referências:

Beck J (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Guilford, New York.

Beck AT (1979) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Meridian, New York.

Burns D (1989) The Feeling Good Handbook. Plume, New York.

Dryden W, Ellis A (2001) Rational Emotive Behavior Therapy. In: Dobson KS, Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. Guilford, New York.

Leahy R (2003) Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. Guilford, New York.

Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida**YSQ - S2****INSTRUÇÕES:**

São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor, leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade.

Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito. Então, escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO:

- 1 = Não me descreve de modo algum
- 2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser
- 3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser
- 4 = Descreve o meu modo de ser
- 5 = Descreve muito o meu modo de ser
- 6 = Me descreve perfeitamente

1. A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.
2. Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.
3. Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.
4. Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.
5. Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.
6. Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.
8. Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.
9. Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.
10. Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.
11. Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.
12. Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.
13. É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traíam.

14. Desconfio muito dos motivos dos outros.
15. Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.
16. Eu não me encaixo.
17. Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
18. Eu não pertencço a ninguém; sou um/a solitário/a.
19. Sinto-me alienada/o das outras pessoas.
20. Sempre me sinto excluída/o dos grupos.
21. Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.
22. Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.
23. Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.
24. Sinto que não mereço ser amada/o.
25. Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.
26. Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.
27. Sou incompetente no que se refere a realizações.
28. A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.
29. Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.
30. Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).
31. Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.
32. Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.
33. Falta-me bom senso.
34. Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.
35. Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.
36. Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.
37. Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.
38. Tenho medo de ser atacada/o.
39. Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.
40. Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido diagnosticado pelos médicos.

41. Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.
42. Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.
43. É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.
44. Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim - eu não tenho uma vida própria.
45. Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.
46. Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
47. Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.
48. Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.
49. Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.
50. Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.
51. Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.
52. Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.
53. Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.
54. Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.
55. As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.
56. Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).
57. Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.
58. Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.
59. Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.
60. As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.
61. Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.
62. Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o "suficientemente bom".
63. Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.
64. Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.
65. Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.

66. Tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta quando quero alguma coisa de alguém.
67. Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.
68. Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.
69. Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.
70. Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.
71. Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.
72. Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.
73. Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.
74. Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.
75. Raramente consigo cumprir minhas resoluções.



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

Mini-exame do Estado Mental

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . **Que dia é hoje?**(___)
- . **Em que mês estamos?**(___)
- . **Em que ano estamos?**(___)
- . **Em que dia da semana estamos?**(___)
- . **Qual a hora aproximada?** (considere a variação de mais ou menos uma hora)(___)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . **Em que local nós estamos?** (consultório, dormitório, sala . apontando para o chão)(___)
- . **Que local é este aqui?** (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)(___)
- . **Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.**(___)
- . **Em que cidade nós estamos?**(___)
- . **Em que Estado nós estamos?**(___)

Memória imediata:

Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO

(dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). (___)

Cálculo: subtração de setes seriadamente

Vou pedir que você faça alguns cálculos: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65

Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.(___)

Evocação das palavras – pergunte: 1 ponto para cada

Quais as palavras que você acabou de repetir? (___)

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados: 1 ponto para cada

Mostre um relógio e uma caneta.(___)

Repetição: Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá.(___)

Comando: Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto).(____)

Leitura: mostre a frase escrita. **FECHE OS OLHOS** - e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para **escrever uma frase**. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).(___)

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para copiar ao lado o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)(___)

TOTAL(___)