



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana

NORMA SUELY FACCHINETTI

**CONTRIBUIÇÕES DA MEDITAÇÃO *MINDFULNESS* COMO ESTRATÉGIA DE
COPING PARA LIDAR COM O ESTRESSE EM RELAÇÃO À COMIDA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SALVADOR - BA
2015**

NORMA SUELY FACCHINETTI

**CONTRIBUIÇÕES DA MEDITAÇÃO *MINDFULNESS* COMO ESTRATÉGIA DE
COPING PARA LIDAR COM O ESTRESSE EM RELAÇÃO À COMIDA.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Manuela Garcia Lima

**SALVADOR - BA
2015**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da EBMS

F137 Facchinetti, Norma Suely

Contribuições da meditação mindfulness como estratégia de coping para lidar com o estresse em relação à comida./Norma Suely Facchinetti – Salvador, 2015.

88f. il

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Manuela Garcia Lima

Inclui bibliografia

1.Obesidade. 2. Prevenção de recaída. 3.Estresse. 4. Coping.
5.Mindfulness. I. Título.

CDU: 616.4

FOLHA DE APROVAÇÃO - DISSERTAÇÃO

Nome: FACCHINETTI, Norma Suely

Título: Contribuições da meditação mindfulness como estratégia de coping para lidar com o estresse em relação à comida.

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Aprovado em: 27 de maio de 2015

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Milena Pereira Pondé

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva pelo ISC-UFBA (1996-2000).

Instituição: Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof.^a. Dr.^a. Marta Moreira Cavalcante Castro

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, UFBA - 2009

Instituição: Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

Prof. Dr. Ailton da Silva Santos

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ – 2014.

Instituição: Professor da Faculdade Estácio de Sá.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

CTMR: Centro Terapêutico Máximo Ravenna

FONTE DE FINANCIAMENTO

FAPESB: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

Aos meus pais, Arthur e Dilma,
ao meu marido, Roberto,
às minhas filhas Daniela, Juliana, Carolina e Isadora (*in memoriam*),
com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à dádiva da vida, à família, aos amigos, aos professores, aos colegas, aos voluntários que participaram da pesquisa.

A cada um que, à sua maneira, contribuiu, inspirou, apoiou, incentivou e caminhou ao meu lado nesta jornada, obrigada.

“Já que se há de escrever, que ao menos
não se esmaguem com palavras as entrelinhas”.

Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: A meditação *mindfulness* tem sido usada em diferentes contextos relacionados ao estresse, entretanto, até este momento, não há registro de estudos sobre o seu uso relacionado ao estresse em relação à comida na obesidade. A obesidade é uma doença crônica, considerada problema de saúde pública devido ao aumento da sua prevalência no mundo, por se constituir fator de risco para várias patologias e pela alta recidiva após o seu tratamento. **Objetivos:** Comparar as estratégias de *coping* utilizadas por sujeitos em fase de manutenção do peso antes e depois do treinamento em *mindfulness* e os fatores desencadeadores do estresse. **Métodos:** Estudo qualitativo com amostra de conveniência. Realizou-se a coleta de dados antes e depois do treinamento através do Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman. Para análise dos dados foi adotada a estratégia *quanti-quali*. Os dados *quanti* foram analisados por meio da estatística descritiva e os dados *quali* pela análise de conteúdo. **Resultados:** A média de idade foi de 47 anos e predominou o sexo feminino, com 70% dos sujeitos. Após o treinamento, de acordo com o critério de frequência mínima de 60%, 10 sujeitos foram selecionados para terem os seus dados analisados e os resultados são apresentados de forma descritiva. Antes do treinamento, predominou o uso da estratégia de *coping* de fuga-esquiva e depois, a resolução de problema foi a mais utilizada. Os fatores estressantes foram os mesmos, antes e depois do mesmo. **Conclusões:** A *mindfulness* ofereceu ferramentas alternativas de enfrentamento ao estresse, o que favoreceu a diminuição do comportamento anterior de usar a comida para descarregar as tensões e relaxar. Ela trouxe para esses sujeitos uma possibilidade de funcionar de forma menos impulsiva e menos automática, desenvolver novas habilidades de *coping* e ampliou os recursos para se lidar com os estressores que levam à comida.

Palavras-chave: obesidade; prevenção de recaída; estresse; *coping*; *mindfulness*.

ABSTRACT

Introduction: Mindfulness meditation has been used in different contexts related to stress, however, so far, there is no record of studies on its use related to stress about food in obesity. Obesity is a chronic disease considered a public health problem due to its increased prevalence in the world, because they constitute a risk factor for several diseases and high relapse after treatment. **Objectives:** To compare the coping strategies used by subjects in weight maintenance phase before and after training in mindfulness and triggers of stress. **Methods:** A qualitative study with a convenience sample. Held data collection before and after training through the Coping Strategies Inventory Lazarus and Folkman. Data analysis was adopted quantitative and qualitative strategy. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data by content analysis. **Results:** Mean age was 47 years and dominated the female, with 70% of subjects. After training, according to the criterion of minimum rate of 60%, 10 subjects were selected to have their data analyzed and the results are presented descriptively. Before the training, the predominant use of coping escape-avoidance strategy, after it, problem solving was the most used. Stressors were the same before and after it. **Conclusions:** mindfulness offered alternative coping with stress tools, which favored the decrease of the previous behavior of using food to discharge tension and relax. She brought those individuals a chance to work less impulsive and less automatically, develop new coping skills and increased resources to deal with stressors that lead to food.

Key-words: obesity; relapse prevention; stress; coping; mindfulness.

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICO E FIGURAS.

Tabela 1. Descrição do grupo em fase de manutenção do peso quanto ao tempo em tratamento e o IMC.....	49
Tabela 2. Descrição dos sujeitos em fase de manutenção do peso quanto ao tempo em tratamento e o IMC.....	50
Gráfico 1 - Utilização dos fatores de <i>coping</i> antes e depois da intervenção por sujeitos em fase de manutenção do peso.....	51
Figura 01. Núcleo de sentido: estressores.....	52
Figura 02. Núcleo de sentido: ações.....	53
Figura 03. Núcleo de sentido: consequências.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CTMR – Centro Terapêutico Máximo Ravenna

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DSC – Discurso do sujeito coletivo

DSI – Discurso do sujeito individual

EEG - Eletroencefalograma

IMC – Índice de massa corpórea

IECFL – Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

MBCT – Terapia Cognitiva baseada em *mindfulness*

MBRP – *Mindfulness-based relapse prevention*

MM – Meditação de base *mindfulness*

MSBR – *Mindfulness-based Stress Reduction*

MORE – *Mindfulness Oriented Recovery Enhancement*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

RP – Prevenção de recaída

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

TOC – Transtorno obsessivo compulsivo

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

UMSS – Universidade de *Massachusetts*

WCC – *Ways of Coping Checklist*

WCQ – *Ways of Coping Questionnaire*

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	Obesidade	16
2.2.	Manutenção do peso e recaída.....	19
2.3.	Estresse e <i>coping</i>	25
2.4	Meditação.....	29
3	OBJETIVOS.....	41
3.1	Objetivo primário.....	41
3.2	Objetivo secundário.....	41
4	MÉTODOS.....	42
4.1.	Desenho do estudo	42
4.2.	População alvo	42
4.2.1	Critérios de seleção.....	42
4.3.	Coleta de dados.....	43
4.3.1	Instrumentos.....	43
4.3.1.1	<i>Inventário de Coping</i>	43
4.3.1.2	<i>Ficha de dados sociodemográficos</i>	45
4.4	Intervenção.....	45
4.4.1	Procedimentos usados na intervenção	45
4.5	Análise dos dados.....	47
4.5.1	Dados quantitativos.....	47
4.5.2	Dados qualitativos.....	47
4.6	Considerações éticas	48
5	RESULTADOS.....	49
5.1	Resultados quantitativos.....	49
5.2	Resultados qualitativos.....	52
5.2.1	Antes da intervenção.....	54
5.2.1.1	<i>Núcleo de Sentido : estressores</i>	54
5.2.1.2	<i>Núcleo de Sentido:ações</i>	56
5.2.1.3	<i>Núcleo de Sentido: consequências</i>	57
5.2.2	Após intervenção.....	58
5.2.2.1	<i>Núcleo de sentido: estressores</i>	58
5.2.2.2	<i>Núcleo de Sentido: ações</i>	60
5.2.2.3	<i>Núcleo de Sentido:consequências</i>	61
6	DISCUSSÃO.....	63
7	CONCLUSÕES.....	70
8	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	ANEXOS.....	80

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada por excessivo acúmulo de gordura no organismo, o qual acarreta variados riscos à saúde e está relacionada a diversas complicações metabólicas. É um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, considerada como a epidemia do século XXI pela WHO.^{1,2,3} O número de obesos, entre 1995 e 2000, passou de 200 para 300 milhões, a representar quase 15% da população mundial. A WHO estima que, em 2015, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos terão excesso de peso e, desses, 700 milhões serão obesos.^{1,2} No Brasil, entre os anos 2008 e 2009, a obesidade atingiu 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres.⁴ A maneira comumente usada para avaliar a questão do peso de um indivíduo é o cálculo do IMC (índice de massa corpórea), por meio da seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} \div \text{altura}^2$. O $IMC \geq 25$ é indicador de sobrepeso, enquanto o $IMC \geq 30$ indica obesidade.^{1,2,3} Quanto mais este índice encontra-se aumentado, maior o risco de algumas doenças como: doenças cardiovasculares (doença cardíaca e acidente vascular cerebral, principalmente); diabetes tipo II; distúrbios músculo-esqueléticos (especialmente osteoartrite - doença degenerativa altamente incapacitante das articulações); alguns tipos de câncer (endométrio, mama e cólon).^{1,2,3} Nas capitais brasileiras, o sobrepeso (IMC entre 25 e 29) variou de 55,4% a 39,8% e a obesidade (IMC ≥ 30) variou de 39,8% a 12,5%, segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-09).⁴ Devido ao caráter multifatorial da sua etiologia, uma complexa interação entre fatores comportamentais relacionados à história pessoal, culturais, ambientais, genéticos, fisiológicos, endócrinos, metabólicos e psicológicos, faz-se necessária abordagem multidisciplinar para lidar com esta questão.^{1,2,3}

O tratamento da obesidade em longo prazo revela haver recidiva, na maioria dos casos, e que a perda de peso quase sempre é insustentável. Estima-se que 80% das pessoas que perdem peso voltam a recuperá-lo e que entre 1/3 e 2/3 dessa recuperação ocorre no primeiro ano após a perda de peso. Essa flutuação de peso, conhecida como efeito sanfona ou “iô-iô”, decorrente de uma perda intencional e de um reganho não intencional, traz evidências de inúmeros danos à saúde.⁵

A obesidade é uma forma de adicção, mas diferentemente de outras adicções (uso de substâncias psicoativas, tabaco etc.) obviamente não pode ser tratada por meio da abstinência. Alimentar-se é vital para qualquer ser vivo. Aprender a regular a ingestão alimentar é um desafio importante no tratamento da obesidade e fundamental para a prevenção da recaída. O

indivíduo obeso está constantemente exposto às situações que envolvem comida e aos alimentos que são literalmente “ofertados” ou por meio de vários apelos comerciais veiculados pelas diversas mídias de uma cultura obesogênica.^{6,7} Indivíduos obesos costumam usar a comida como estratégia de enfrentamento (*coping*) para lidar com o estresse.^{8,9}

O termo “estresse” é utilizado amplamente em estudos e pesquisas científicas e acadêmicas. Na linguagem do dia a dia, muitas vezes se denomina estresse desde manifestações emocionais a quadros de depressão. Existem várias teorias sobre o estresse com diferentes aspectos conceituais. Em 1936, Selye usou o termo para se referir à resposta geral e inespecífica de um organismo a um estressor (síndrome geral de adaptação; reação de alarme, fase de adaptação e fase de exaustão); esse termo anteriormente havia sido empregado na física em relação à força que produz um desgaste em determinado material.¹⁰

Diante de um evento ou situação estressora, surgem respostas ou reações adaptativas que envolvem aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Assim, a situação e as demandas envolvidas podem ser mais bem percebidas e o processamento da informação pode se dar mais rapidamente para a busca de alternativas adequadas ao desafio que essas circunstâncias impõem ao organismo. Isso pode diminuir os danos e ser eficaz até certo limite. A acentuada e contínua exposição aos mobilizadores do estresse poderão esgotar os recursos do indivíduo para restabelecer o equilíbrio e o estado de homeostase, tão essencial à saúde, e desencadear um efeito desorganizador. Esse é um campo fértil para as manifestações psicopatológicas diversas que vão desde os sintomas inespecíficos de depressão ou ansiedade até alguns transtornos psiquiátricos e vários outros problemas de saúde.¹⁰

Este trabalho se baseia na concepção de Lazarus e Folkman sobre o estresse. Nesse modelo teórico, o qual tem ampla aplicação nos vários segmentos da vida do indivíduo, o estresse é considerado como resultado da relação entre a pessoa e o ambiente, o qual é avaliado como prejudicial ao seu bem-estar. Dessa forma, pode ser usado para explicar as diversas respostas do sujeito nessa interação (sujeito ↔ ambiente). Nessa abordagem transacional, os autores chamam a atenção para a importância da avaliação cognitiva da situação (o fator estressor) e trazem o conceito de *coping* (sem tradução em português). Na verdade, *coping* se trata de um processo dinâmico para lidar com as demandas internas e/ou externas que sobrecarregam ou excedem os recursos pessoais de um indivíduo. Esse processo se dá por meio do uso de estratégias cognitivas e comportamentais para avaliar e gerenciar as exigências internas e/ou externas mobilizadas pela situação estressante e proteger o sujeito de aspectos ameaçadores ao seu bem-estar. Esse processo passa por constante mudança, de

acordo com as reavaliações sobre a situação e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que essa.^{11,12,13}

Em psicologia, como nas filosofias orientais, a meditação é um instrumento de desenvolvimento pessoal. Há uma diversidade de técnicas meditativas, mas Cardoso *et al.* chegaram a uma definição operacional de meditação reconhecida internacionalmente, publicada e utilizada em protocolos de pesquisa. Nessa definição, para que se possa considerar meditação um determinado procedimento, alguns requisitos são necessários. Esses requisitos incluem usar uma técnica específica e claramente definida; conseguir algum grau de relaxamento muscular durante o processo; o ‘relaxamento da lógica’; a autoindução e a utilização de uma âncora (artifício de autofocalização). Todos esses parâmetros precisam estar presentes para que se possa denominar determinada prática como meditação.^{14,15}

A meditação *mindfulness* (atenção plena) é uma prática cognitiva com raízes nas tradições orientais (Budismo Theravada/Vipassana), a qual passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de estresse (MSBR) de Kabat-Zinn, na University of Massachusetts Medical School, no final da década de 70.¹⁶

Desde então, realizaram-se muitos estudos e pesquisas acadêmicas para se explorarem os vários usos terapêuticos dessa meditação. A meditação *mindfulness* tem sido usada em diversos transtornos nos quais se identifica a presença do estresse na sintomatologia e ou na etiologia do problema. Essa meditação se constitui instrumento auxiliar para a prevenção e para o tratamento de vários problemas de saúde, seja aplicada com base no modelo criado e desenvolvido por Kabat-Zinn (MSBR), seja conforme o programa de *Mindfulness-based relapse prevention* (MBRP), o qual integra a *mindfulness* ao programa de prevenção de recaída (RP), ou ainda utilizada de acordo com as práticas da tradição Vipassana.^{16,17}

As terapias cognitivas e comportamentais contemporâneas absorveram rapidamente essa prática como ferramenta facilitadora nos processos de mudança e tem encontrado benefícios terapêuticos advindos da sua aplicação.¹⁷

Segundo Kabat-Zinn, *mindfulness* é a percepção que surge do resultado de prestar atenção, com intenção, momento a momento, sem julgamentos.¹⁸

Possibilita, dessa forma, que o indivíduo perceba o surgimento das tensões, das sensações corporais e dos estados psicológicos que são mobilizados pelas experiências do dia a dia, desenvolva gradualmente a capacidade de não se identificar com tais estados e escolha responder a tais experiências de modo menos impulsivo e mais equilibrado. Engloba a consciência corporal, a consciência emocional e o sentido de si próprio.^{18,19}

A meditação *mindfulness* tem sido utilizada em diferentes contextos relacionados ao estresse, contudo, até o presente momento não há registro de pesquisas sobre a sua aplicação voltada ao estresse relacionado à alimentação na obesidade. Este estudo, através de uma estratégia terapêutica complementar, diante de um agravo à saúde de elevada prevalência e difícil controle, vem explorar as contribuições da *mindfulness* no contexto complexo da obesidade, cuja abordagem multidisciplinar é importante e necessária, face à multiplicidade de fatores intervenientes na etiologia desta patologia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Obesidade

A obesidade é definida pelo acúmulo de gordura excessiva que pode causar prejuízos à saúde e à qualidade de vida de forma independente ou associada a outras doenças.¹ O índice mais usado para avaliar essa questão é o IMC (índice de massa corpórea), calculado pela fórmula $IMC = \text{peso} \div \text{altura}^2$.^{1,2,3} Quando o $IMC \geq 25$ se considera sobrepeso e obesidade se esse é ≥ 30 . Considera-se obesidade grau I o IMC de 30 a 34,9; obesidade grau II de 35,0 a 39,9 e obesidade grau III ou obesidade mórbida o índice ≥ 40 .³ A magnitude de excesso de peso aponta para um risco de mortalidade levemente aumentado em indivíduos com $IMC > 30$ e acentuado em indivíduos com $IMC \geq 40$. Peeters *et al*, no Framingham Heart Study, concluíram existir, aos 40 anos de idade, redução de seis a sete anos na expectativa de vida dos indivíduos com excesso de peso que participaram do estudo.²⁰

A obesidade é uma doença crônica com alto índice de recidiva e etiologia multifatorial, à qual estão relacionados fatores sociais, ambientais, culturais, comportamentais, psicológicos, metabólicos e genéticos. A sua prevalência tem aumentado progressivamente em todo o mundo. No Brasil, entre os anos 2008 e 2009, a obesidade atingiu 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres.⁴ Além do IMC, indicadores como a medida da circunferência da cintura e o percentual de gordura corporal também são importantes na avaliação da obesidade, principalmente quando se quer avaliar a síndrome metabólica, na qual se combinam dislipidemia, *diabetes mellitus* do tipo 2, hipertensão arterial e obesidade em um mesmo indivíduo.²¹

Essa síndrome, conhecida também como síndrome de resistência à insulina (hiperinsulinemia) é a maior responsável por eventos cardiovasculares.²¹ Além da diabetes e das doenças isquêmicas do coração, alguns tipos de câncer, doenças osteoarticulares e acidentes vasculares cerebrais estão associados ao excesso de peso e à obesidade, os quais levam a óbito cerca de 3,4 milhões de adultos a cada ano, devido ao aumento das patologias a esses associadas.²²

Associados ainda a essas doenças estão outras condições que interferem no bem-estar, como problemas respiratórios, problemas de pele, problemas músculo-esqueléticos e os conflitos psicológicos que emergem da autoimagem fora dos padrões estéticos idealizados

veiculados pela mídia e por uma sociedade que estigmatiza e discrimina o indivíduo obeso tanto no âmbito social quanto no profissional.^{22,23}

Esse fenômeno de rejeição social e cultural à obesidade atinge desde os que apresentam discreto sobrepeso até os que estão em condição de obesidade severa. Os que não se enquadram no ideal de magreza estabelecido tornam-se alvo de piadas, julgamentos negativos e denominações depreciativas (indolentes, preguiçosos, incapazes, irresponsáveis, fracos, burros etc.), as quais são internalizadas, dificultam a aceitação da imagem corporal, causam danos à autoestima e agregam às questões emocionais existentes uma dose extra de sofrimento. Por outro lado, o foco nas questões relacionadas à saúde e às consequências advindas do fato de se estar com sobrepeso ou obesidade, quando acompanhado de ênfase exclusivamente pautada na autorresponsabilidade, potencializa a culpa, a vergonha e a autocensura.^{23,24,25}

A obesidade é uma condição de saúde muito estigmatizada pela sociedade e se os obesos sentem-se discriminados pelas mensagens que recebem em relação à sua condição, tornam-se mais propensos a não escutá-las e nem aceitá-las, “ignorando” os riscos aos quais estão expostos, o que caracteriza um processo de negação. O impacto do estigma e dos estereótipos socioculturais nos indivíduos obesos, nas suas crenças e nos seus comportamentos relacionados à saúde pode variar de acordo com a severidade da obesidade, dos aspectos individuais e das autopercepções relacionadas à forma corporal e ao próprio peso, as quais muitas vezes se contrapõem às medidas objetivas desse e do IMC.^{23,24,25}

Os aspectos psicoculturais presentes no comportamento alimentar dos indivíduos obesos destacam a importância de se considerar a influência das relações sociais, das questões de ordem emocional e da subjetividade do ser, para que as intervenções propostas possam ir além das causas diretas dos problemas de saúde na obesidade e alcancem outros determinantes.^{23,24,25}

Mudar o corpo implica mudar a vida e a identidade, disse Le Breton (2003), como também as formas de tratamento e prevenção utilizados pela medicina contemporânea, que apostam nas mudanças do estilo de vida, na reeducação alimentar, entre outras recomendações implicam alterações difíceis de serem adotadas porque passam pela cultura, pelos valores e o modo de vida em geral. (Le Breton 2003 *apud* Yoshino, 2007 p. 124).²⁵

Além de todos os fatores expostos até aqui, existem ainda as consequências socioeconômicas que o sobrepeso e a obesidade acarretam para os sistemas de saúde, as quais são significativas e geram custos que representam 2% a 8% do gasto total com atenção à saúde em países industrializados, segundo estimativas do International Obesity Task Force.²²

Os estudos científicos que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade enfatizam a importância da dieta alimentar e da atividade física nestes processos. Esses dois pilares estão presentes tanto nas pesquisas que se utilizam de tratamentos medicamentosos, quanto cirúrgicos. A estratégia global da WHO sobre dieta, atividade física e saúde, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, descreve as ações necessárias para apoiar regimes alimentares saudáveis e atividade física regular. Trata-se de um apelo a todas as partes interessadas, no sentido de tomar medidas em nível global, regional e local para melhorar a dieta e padrões de atividade física em nível populacional.¹

A Assembleia Geral das Nações Unidas para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis (DCNT), de setembro de 2011, reconheceu a importância fundamental de se reduzir o nível de exposição dos indivíduos e populações à dieta pouco saudável e inatividade física e se comprometeu a promover a implementação da estratégia global da WHO sobre dieta, atividade física e saúde. Ações voltadas para o controle e prevenção dessa patologia na esfera pública e privada, individual e coletiva, as quais priorizem medidas educacionais em saúde e nutrição, políticas públicas que assegurem a todos o acesso às informações e assistência multiprofissional que uma enfermidade multifatorial requer.^{1,2}

No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, homologada em 1999, contempla em sua base as vertentes da legislação, informação e desenvolvimento de recursos humanos voltados para promover, proteger e apoiar práticas alimentares e estilos de vida que levem à melhoria nutricional e da saúde em geral.⁴

Um grande aporte energético, aliado a uma reduzida atividade física, está completamente implicado no processo do ganho de peso. É preciso considerar, entretanto, outros aspectos que interagem entre si e contribuem para essa situação. A combinação de fatores fisiológicos, entre os quais os neuroendócrinos, os adipocitários e intestinais, atuam no controle da fome e da saciedade, modulam o metabolismo dos alimentos e o balanço energético do organismo e interferem no controle do peso e do apetite.^{23,26,27,28} As alterações metabólicas interconectam-se com os eixos neuroendócrinos, os quais são controlados pelo hipotálamo e pela hipófise. O hipotálamo, integrante do sistema nervoso central, participa da regulação de vários comportamentos que favorecem a homeostase, como o comer, o beber e o controle da temperatura.²⁸

A leptina, a insulina, a grelina e os glucocorticoides participam também da gênese da obesidade em complexa interação.^{23,26,27,28} A leptina atua no hipotálamo na regulação da saciedade.^{21,27,28} Tanto a leptina quanto a insulina são secretadas proporcionalmente à massa

adiposa, portanto, são encontradas em altas concentrações nos indivíduos obesos. Quando o organismo passa por situações de estresse como jejum prolongado e exercícios físicos intensos, os níveis de leptina circulante diminuem e isso induz à hiperfagia (aumento anormal do apetite ou ingestão excessiva de alimentos).²⁷ Existe possível associação entre mudanças no comportamento alimentar e alterações neurais.²⁸

As interações entre os determinantes fisiológicos (neurotransmissores, hormônios, metabolismo etc.), fatores psicológicos e psicodinâmicos (emoção, percepção de si, aprendizagem, motivação etc.) e os fatores ambientais (costumes familiares e socioculturais, crenças, tabus, propaganda, estilo de vida etc.) se entrelaçam e se refletem no comportamento alimentar do indivíduo.^{23,27,29}

O comportamento alimentar em indivíduos com obesidade parece adquirir diferentes funções e estar relacionado à história de vida, às contingências conflitantes e aos hábitos alimentares desadaptativos.²⁹ Byrne *et al*, chamam a atenção para o papel dos fatores psicológicos no reganho de peso em sujeitos que haviam sido bem-sucedidos no processo de emagrecimento.³⁰

2. 2 Manutenção do peso e recaída

O grande desafio do indivíduo bem-sucedido no processo de perda de peso é a manutenção daquele atingido após o emagrecimento. A recaída ou recidiva da obesidade é muito comum (80%), assim como é comum em pessoas que passaram por tratamento para dependência de drogas, álcool e tabaco (50 a 90%).^{5, 7, 23, 30, 31} Aproximadamente metade do peso perdido é recuperado no ano seguinte ao tratamento de emagrecimento, seja esse medicamentoso ou comportamental, e os indivíduos recuperam ou excedem o peso anterior ao tratamento em intervalos que variam de 3 a 5 anos.^{5,30,31,32} Na questão da obesidade, a perda de peso e o reganho, alternadas vezes, são vistos por alguns pesquisadores como prejudicial à saúde física e ao metabolismo, mas há controvérsias nesse quesito. Isso também traz consequências psicológicas ao indivíduo, o qual vivencia emoções negativas como culpa, frustração, autocondenação, desapontamento e à família e aos amigos, os quais também costumam reagir com tristeza e, às vezes, raiva.⁷

Estratégias relacionadas ao controle da ingesta alimentar e à prática da atividade física, fundamentais no processo da perda de peso, precisam ser continuadas na fase de manutenção desse para que o resultado obtido se consolide com sucesso.^{7,31,32} Contudo, diferentes

estratégias precisam ser introduzidas nessa etapa para que a perda seja bem-sucedida em longo prazo.^{7,31} Nos resultados da sua pesquisa, Teixeira *et al.* ressaltam a importância da redução do comer emocional (o uso da comida para relaxar as sensações físicas/emocionais) e da adoção de uma dieta de restrição flexível para a manutenção sustentada. A tendência a comer em excesso, sob a forma de episódios "desinibidos" e descontrolados, em resposta a uma variedade de estímulos, representa um fator de risco para a obesidade.³¹

Byrne *et al.* destacam alguns fatores comportamentais, cognitivos e afetivos que diferenciam os bem-sucedidos na manutenção do peso daqueles que sofrem de recaída. Entre outros aspectos que se destacam entre os que recaem estão a demora a responder ao ganho de peso, à baixa adesão a uma dieta com pouco teor de gordura, à atividade física regular e ao monitoramento do peso. Outras diferenças encontradas são a tendência para utilizar a comida como estratégia de regulação do humor, da fuga/esquiva do contato com os afetos negativos e o estilo de pensamento dicotômico (tudo ou nada) para lidar com a alimentação e o processo de emagrecimento. Observou-se ainda, nesse estudo, que aqueles que voltaram a ganhar peso tinham maior propensão à insatisfação com o fato de não terem atingido as suas metas de peso, ainda que estivessem mais magros, e à autoavaliação excessivamente baseada no peso e na forma corporal.³⁰

Vários estudos trazem evidências da necessidade de se aliarem estratégias comportamentais usadas na fase de perda de peso à fase de manutenção do peso recém-adquirido. Essas estratégias envolvem uma série de mudanças cognitivas comportamentais que combinam a observância de um plano alimentar com ingestão de baixo teor de gordura, a prática de atividade física regular vigorosa e o monitoramento permanente do peso corporal ao desenvolvimento de "novas" estratégias que precisam ser incorporadas para o sucesso da manutenção em longo prazo. Dentre essas estão a habilidade de resolver problemas, lidar com o estresse dos eventos da vida diária, a autoeficácia, a autopercepção dos pensamentos, das sensações corporais, tanto quanto das ações (automonitorização dos comportamentos), a automotivação, a busca de apoio social e de um novo estilo de vida.^{6,7,30,31,32,33,34,35,36,37,38}

A pesquisa de Kayman *et al.* desenvolvida com três grupos: mulheres que ganharam peso após a perda; mulheres que mantinham a perda de peso e mulheres que sempre se mantiveram com peso normal (grupo controle), detectou diferenças significativas entre os grupos de manutenção, controle e recaída, na forma de lidar com questões estressantes ou problemas. Constatou-se que 90% dos indivíduos que conseguiam manter o peso e 82% do grupo controle exercitavam-se regularmente e tinham consciência dos seus comportamentos;

70% e 80% respectivamente se utilizavam de suporte social; 95% e 60% respectivamente se confrontavam com seus problemas diretamente e desenvolviam estratégias pessoais que lhes dessem suporte. Das que não conseguiam manter a redução do peso, apenas 34% se exercitavam, 70% eram inconscientes das suas respostas emocionais, 38% se utilizavam de suporte social e somente 10% se confrontavam com os problemas diretamente. Nos do grupo de manutenção e controle, o uso da estratégia resolução de problemas e a busca de suporte social foi maior, enquanto no grupo dos que recaíram houve maior propensão ao da estratégia da fuga/esquiva. Esses resultados sugerem que reforçar a atividade física, desenvolver habilidades de enfrentamento e buscar suporte social são estratégias facilitadoras para a manutenção do peso após emagrecimento.³⁹

McGuire *et al.* investigaram os preditores do reganho de peso em indivíduos bem-sucedidos na perda de peso em longo prazo e concluíram que quanto maior o tempo de ingresso na fase de manutenção maior probabilidade de essa ser continuada no futuro. Foram observados outros aspectos em relação à quantidade de peso perdido (maior quantidade está relacionada ao maior risco) e aos níveis de depressão, compulsão alimentar e comer “desinibido” encontrados no início do processo. O fracasso em manter as mudanças comportamentais foi, em parte, associado como preditor do reganho do peso.³⁷

Em estudo qualitativo exploratório realizado com mulheres foram identificados como facilitadores no processo de emagrecimento e de manutenção do peso o suporte social, conhecimentos elementares de nutrição, controle das porções ingeridas, atividade física, reportar o processo para “outros”, o planejamento prévio, a consciência e atenção plena em relação às escolhas/opções alimentares e automotivação. Quanto às barreiras mencionadas, foram incluídas as mudanças no estado de saúde, fatores internos, as pressões ambientais, as transições da vida, o não compromisso em prestar contas do processo e a ausência de suporte social. Outro estudo, também de abordagem qualitativa, agrupou as barreiras encontradas em duas principais categorias: a “luta” consigo mesmo (dificuldade na mudança de hábitos, problemas de saúde, falta de autocontrole e insegurança) e a “luta” com a implementação da dieta (dificuldade nas relações sociais e relacionadas ao projeto). Os aspectos facilitadores também foram agrupados em dois ramos: o da autodeterminação (ter metas claras) e o do recebimento de suporte (família, amigos, clínica).^{33,34,35}

O critério mais comumente usado para definir manutenção do peso é o que considera o resultado obtido em processos de emagrecimentos em torno de 10% menor do total inicial e a conservação desse por pelo menos um ano. Critérios mais exigentes relacionam perda de 5%

do peso, o qual deverá ser mantido por dois anos. Mas, outros parâmetros podem ser utilizados, como fizeram Elfhag e Rossner na sua revisão de literatura. Para esses autores, a definição mais inclusiva toma como base a perda de peso mantida por pelo menos seis meses.³⁶

Em vez de usar formas diretas para lidar com problemas na vida, é mais comum entre os que reganham o peso o uso da fuga/esquiva como *coping* em situações de estresse. O estresse tem sido considerado um fator de risco importante para o reganho do peso. Os resultados das pesquisas com indivíduos que recuperaram o peso perdido apontam para o empobrecimento e limitação no repertório das estratégias de enfrentamento no reganho de peso. Uma característica comum identificada nesse grupo é o comer em resposta a eventos estressantes e emoções negativas, as quais podem ser mobilizadas por uma variedade de estressores presentes na vida cotidiana, assim como a tendência para utilizar a comida para regular o humor.^{34,35}

Mantenedores parecem ser capazes de lidar com mais facilidade com os desejos e usar o enfrentamento direto e ativo em situações de lapso que podem levar à recaída. Isso significa que eles conseguem recuperar o controle da situação rapidamente e podem, assim, prevenir outros episódios. Além das habilidades de resolução de problemas, buscam novas soluções ao lidar com as demandas da vida, seja aplicar os conceitos ensinados, usar técnicas de relaxamento ou mesmo trabalhar.³⁵

Os excessos alimentares refletem, dentre outras coisas, a ausência de recursos pessoais para lidar com o estresse e não constituem estratégia de enfrentamento eficiente da obesidade. Os indivíduos que conseguem perder peso e mantê-lo nesse patamar são os que apresentam melhores recursos de enfrentamento.³⁵

Segundo Marlatt e Donovan, as situações estressantes frequentemente estão associadas aos comportamentos adictos, o que pode evidenciar o empobrecimento das habilidades de enfrentamento do estresse ou estratégias mal adaptadas para lidar com esse.^{6,7}

Indivíduos obesos costumam usar a comida como estratégia de enfrentamento (*coping*) para lidar com o estresse.⁷ Por outro lado, os que se encontram em dieta e regimes de grande restrição podem desenvolver compulsão alimentar, não apenas pela longa privação calórica, como também pela privação psicológica (eliminação de determinados alimentos a essa associada). A reintrodução de determinados alimentos, dos quais o indivíduo encontrava-se privado, pode levar ao efeito rebote e resultar em compulsão alimentar.^{8,9}

Lattimore explica que os indivíduos em dieta restrita comem mais em situações de estresse. Por outro lado, a própria comida pode desencadear o estresse para quem passou por tratamento para perda de peso.⁹

Polivy definiu restrição alimentar como sinônimo de dietas crônicas e sugeriu que o indivíduo que vivencia essa situação pode apresentar o comportamento de comer desenfreadamente (farras ou orgias alimentares), uma vez que a comida se apresente disponível. Manifestações psicológicas como preocupação com a comida e o comer, o aumento da responsividade emocional, disforia e distração também estão presentes nesse quadro.⁴⁰

As evidências preliminares encontradas no trabalho de Ward e Mann salientam o aspecto da falta de consciência em relação à quantidade de alimento ingerido, a qual é observada nos indivíduos em dieta restrita quando estão sob estresse. Outro ponto é o quanto os participantes da pesquisa, na condição de alto estresse, comeram mais do que aqueles na condição de baixo estresse. Fica clara a ligação entre a restrição alimentar, comportamento alimentar e estresse nesse e em outros estudos.⁴¹

Os recursos atencionais e cognitivos desempenham importante papel na capacidade de exercer o autocontrole sobre várias situações da vida. Quando esses recursos são limitados, a autorregulação e o autocontrole para lidar com atividades desgastantes ou estressantes tornam-se grande desafio. A ingestão alimentar costuma aumentar na presença de um estressor, mas existem diferenças individuais nesse padrão de resposta que precisam ser consideradas. Uma delas diz respeito a quanto o indivíduo sob estresse está ou não seguindo uma dieta restrita. A contenção alimentar é um preditor da tendência de comer em resposta às pressões. A manutenção do peso está associada a baixo nível de estresse e melhor habilidade para enfrentá-lo.^{35,40}

Na obesidade, o alto risco de recaída (volta ao estado anterior ao emagrecimento) é um indicador da necessidade de se ampliar os repertórios cognitivos comportamentais para se lidar adequadamente com as demandas internas e externas as quais envolvem a comida e as situações consideradas “perigosas” pelos indivíduos que passam pela recaída. Geralmente, essas situações são as que desafiam a capacidade de enfrentamento do indivíduo e o leva a usar recursos com os quais está familiarizado, mas que se constituem estratégias mal adaptativas, tal como o comer em excesso.⁶

É muito provável que um indivíduo que se encontra em processo de mudança de determinado comportamento experimente lapsos (breves momentos de retorno ao padrão

antigo de comportamento, deslizes das regras estabelecidas) que podem conduzir, ou não, à recaída.⁶

O programa de prevenção de recaída desenvolvido por Marlatt e Donovan, originalmente proposto para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas, posteriormente foi estendido para incluir o tratamento de outros comportamentos adictivos, como os transtornos alimentares, no sentido de aumentar as chances de manutenção dos ganhos obtidos e prevenir ou diminuir as recaídas. O foco desse programa psicoeducativo é o autoconhecimento por meio da auto-observação, do treino de habilidades comportamentais, das intervenções cognitivas e da aquisição de um estilo de vida equilibrado. Tudo isso com o propósito de levar o indivíduo a agregar novas possibilidades ao seu repertório de estratégias de enfrentamento, tanto para as ocorrências externas (eventos: reuniões familiares, datas festivas, reuniões de trabalho etc.), quanto para as vivências internas (afeto negativo: raiva, depressão, ansiedade, culpa, tristeza, dentre outros).^{6,7,42}

Algumas ações precisam ser implementadas com a finalidade de instrumentalizar os indivíduos na aquisição de estratégias de enfrentamento e no desenvolvimento de determinadas habilidades comportamentais e cognitivas para lidar com as situações de alto risco, com impulsos e desejos. Nessa abordagem preventiva, é fundamental a mudança do estilo de vida para incluir, além da atividade física, as técnicas de relaxamento, a meditação, os exercícios que possam reforçar a capacidade de lidar com as situações difíceis, as quais, muitas vezes, resultam do estresse e da angústia causada por um estilo de vida desequilibrado. Os exercícios de automonitorização e autopercepção são utilizados com o propósito de os indivíduos passarem a identificar os seus padrões de emoção, pensamento e comportamento e como eles se vinculam aos desafios do hábito e do processo de mudança.^{6,42}

Os resultados da pesquisa de Byrne *et al.* sugerem que as dificuldades encontradas pelos indivíduos quanto aos comportamentos e estratégias de manutenção do peso após o emagrecimento bem-sucedido, em certa medida estão relacionados aos fatores psicológicos. Dentre eles, o pensamento dicotômico, fator cognitivo, que se constitui importante preditor no reganho de peso, o qual está associado a várias desordens psicológicas como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares. Além disso, essa é uma característica encontrada em suicidas e também nas questões que envolvem dificuldade de resolução de problemas, percepção do estresse e problemas interpessoais.³⁰

A abordagem da distorção cognitiva, por meio de exercícios e técnicas cognitivo-comportamentais, tem o propósito de modificá-la para que os indivíduos possam desenvolver

um padrão de pensamento menos absolutista e mais flexível, de modo a aumentarem as possibilidades da bem-sucedida manutenção do peso.⁴¹

2.3 Estresse e *coping*

Lazarus ressalta que, apesar dos diferentes usos que se fazem da palavra estresse, alguns aspectos estão sempre envolvidos nessa questão. Estes são: um agente causal externo ou interno (estressor); uma avaliação do que é ou não ameaçador; processos de enfrentamento utilizados pela mente (ou corpo) para lidar com as demandas e um padrão complexo de manifestações ou sintomas (corpo e mente), que é identificado muitas vezes como a reação de estresse.¹⁴

Segundo o modelo quadrifásico de Lipp, o processo do estresse é iniciado com o organismo em prontidão, ao se preparar para lutar ou fugir da ameaça (fase de alerta), para em seguida tentar restabelecer o equilíbrio interno e usar seus recursos adaptativos (fase de resistência). Esses recursos podem se esgotar, a depender do repertório de que o indivíduo dispõe, da sua vulnerabilidade ao estresse, da duração e frequência desses episódios, e dar início a um processo de desgaste físico/psíquico (fase de quase-exaustão), até o adoecimento grave (fase de exaustão). O organismo sob estresse tem reações neuroendócrinas, cuja função é recuperar o equilíbrio, a homeostase. Essas reações se constituem em uma forma de adaptação à situação, seja essa interna ou externa.⁴³

A pesquisa sobre os mecanismos de adaptação às situações adversas e estressantes, iniciada no início do século XX, seguiu uma abordagem derivada da psicanálise, da psicologia do ego e dos seus mecanismos de defesa. A partir dos anos sessenta, a segunda geração de pesquisadores passou a olhar os comportamentos adaptativos por uma nova perspectiva.⁴⁴

A perspectiva cognitivista de Folkman e Lazarus trouxe o conceito de *coping* como um processo ou interação que ocorre entre o indivíduo e o ambiente. Sua função não é controlar ou dominar a situação estressora, mas administrá-la a partir de como ela é percebida, interpretada e representada cognitivamente na mente do indivíduo. O processo de *coping* implica em esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as demandas internas/externas que sobrecarregam ou excedem os recursos pessoais do indivíduo e protegem-no de aspectos considerados ameaçadores ao seu bem-estar.^{11,12,13}

A terceira geração de pesquisadores tem investigado a relação entre *coping* e personalidade. Vários novos enfoques sobre esse tema começaram a surgir relacionando-o aos

traços de personalidade ou aos estilos de resposta (tendência a um determinado comportamento diante de um evento estressor) e deram origem a diversas tipologias com pontos convergentes e divergentes, o que tem gerado controvérsias na literatura do *coping* e dificultado a compreensão desse constructo.^{44,45}

Estilos de *coping* são associados aos traços de personalidade, mas, quando se trata de estratégias de *coping*, a abordagem tem como foco as ações cognitivas ou comportamentais (esforços) usadas para lidar com a situação estressora específica, com o objetivo de reduzir as suas qualidades aversivas.^{44,45}

Antoniazzi *et al.* fazem diferenciação entre estilos de enfrentamento e estratégias de enfrentamento. Enquanto os estilos se referem às características de personalidade do indivíduo, as estratégias dizem respeito às ações cognitivas diante de uma situação particular de estresse como meios de adaptação às circunstâncias adversas, de modo a favorecer o bem-estar pessoal e reduzir o caráter aversivo da ocorrência. A avaliação de cada estratégia se faz a partir do contexto em que ocorreu o evento estressante, das características do próprio evento e das respostas dos indivíduos envolvidos. As estratégias podem ser aprendidas, mantidas ou descartadas, ao longo da vida de cada um, de acordo com os sistemas de reforço a que são submetidos. A ampliação do repertório de estratégias traz ao sujeito um incremento de possibilidades de respostas ao estresse.⁴⁶

Diante de um evento adverso, o indivíduo aciona os seus recursos pessoais e socioambientais para lidar com o estresse advindo da situação. A disponibilidade e a qualidade desses recursos vai determinar como o evento será avaliado, quais estratégias serão utilizadas, o quão vulnerável/exposto o indivíduo ficará aos seus efeitos, bem como o grau de ajustamento que será alcançado.^{44,45,46,47,48,49}

A escolha de determinada estratégia depende dos recursos do indivíduo, das experiências reforçadas anteriormente e de como é avaliada a demanda (psicológica/ambiental), a qual pode mudar ao longo de uma situação estressante e a qualquer momento. O *coping* é um processo dinâmico que envolve esforços conscientes e flexíveis. Novas estratégias podem ser aprendidas ao se ampliar o repertório individual, que é constituído pelos aspectos físicos, saúde, variáveis psicológicas, crenças, habilidades cognitivas, experiências anteriores, dentre outros; recursos encontrados no contexto ambiental, nas relações familiares, afetivas, nas redes sociais, na situação econômica e outros aspectos práticos. Do mesmo modo que ao longo da vida novas estratégias são agregadas ao repertório do indivíduo, também “velhas” estratégias podem ser descartadas.^{44,45,46}

Lazarus e Folkman esclarecem que são aspectos distintos a função do *coping* e a consequência do *coping*. A função é o “para que” a estratégia foi utilizada e a consequência é o efeito produzido por ela. Nem sempre a estratégia cumpre a sua função; em outras palavras, o uso de uma estratégia pode não trazer os resultados esperados. Contudo, qualquer esforço para administrar a situação estressora é considerado *coping*, alcançando ou não o sucesso esperado.^{11,45}

O processo de *coping* tem certa complexidade, a qual precisa ser considerada. Ao lidar com um estressor, as estratégias são usadas individualmente, consecutivamente e em combinação, de tal forma que o efeito provocado por uma delas pode ser atribuído e confundido pelo efeito provocado por outra.⁴⁷

De acordo com sua função, as estratégias podem ser classificadas em *coping* focalizado na emoção ou *coping* focalizado no problema. O *coping* focalizado na emoção tem o propósito de regular a emoção que é vinculada ao estresse ou é o resultado desse. Os seus esforços são dirigidos ao nível somático ou aos sentimentos, em busca de alterar o estado emocional e diminuir as sensações físicas incômodas causadas por ele.^{11,44,45}

O *coping* focalizado no problema tem como função modificar a situação que desencadeou o estresse, de modo a sanar o problema que está entre o indivíduo e o ambiente e causa a tensão. Tanto o *coping* focalizado na emoção pode favorecer o *coping* focalizado no problema, quanto o inverso. O primeiro, ao atuar diminuindo a tensão e o segundo ao atuar na situação estressora de modo a relativizar a ameaça. Eles se influenciam mutuamente qualquer que seja a situação estressante. Compas *apud* Antoniazzi *et al.*, ressalta que a eficácia do *coping* com foco na emoção ou no pensamento está relacionada à flexibilidade e à mudança. À medida que surgem novas demandas, novas estratégias passam a ser necessárias. O resultado obtido por meio de determinada estratégia pode não ser eficaz para todo o tipo de estresse e também pode mudar com o tempo.^{11,44,45,47}

A escolha do tipo de *coping* a ser utilizado é feita mediante avaliação da situação de estresse em questão. As duas formas de avaliação, primária e secundária, são complementares. Enquanto a avaliação primária identifica os riscos envolvidos em determinada situação estressora, a avaliação secundária verifica a disponibilidade de recursos e opções para lidar com essa. Quando a situação é avaliada como passível de modificação, utiliza-se mais frequentemente o *coping* focalizado no problema; quando a situação é avaliada como inalterável, o *coping* focalizado na emoção é o mais usado.^{11,44,47}

Os eventos, por si só, não se constituem estressores universais, mas podem ser considerados assim, a partir da forma como são percebidos pelo sujeito. Isso ocorre no processo da avaliação primária, quando o indivíduo avalia subjetivamente o significado de determinado evento e o considera como ameaçador ou não por uma ótica própria. A partir daí, passa a se operar um processo de análise mais aprofundada (avaliação secundária), o qual leva em consideração os conteúdos guardados na memória sobre si mesmo e sobre o mundo. Nessa etapa, são consideradas as opções possíveis para lidar com o problema, os recursos individuais e socioambientais disponíveis. Esse processamento de análise e avaliação acontece nas estruturas do sistema límbico, o qual integra funções relacionadas à cognição, emoção e comportamento automático.^{11,47}

Dada a importância do *coping* para as pesquisas na área de saúde e estudos sobre estresse, resiliência, vulnerabilidade e adaptabilidade social, fez-se necessário o desenvolvimento de vários instrumentos de medida para que sua avaliação fosse possível. Esses instrumentos têm sido elaborados para diversas faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos, idosos) e vêm sendo adaptados e validados para diferentes idiomas e populações. Por outro lado, foram concebidos a partir de modelos teóricos, cujos pressupostos revelam algumas discordâncias e cada um deles reflete em suas medidas as classificações que os seus autores fazem das estratégias de *coping*. Essa questão faz com que a aceitação desses instrumentos não se dê de forma mais universal.^{47,48,49,50.}

Na literatura científica, encontramos estudos voltados para as estratégias de enfrentamento dos indivíduos com compulsão alimentar e obesidade; indivíduos elegíveis e indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica e à cirurgia de colecistectomia; enfrentamento de crianças com doença crônica; familiares de pessoas hospitalizadas; mulheres acometidas por câncer de mama; “*food cravings*” (intenso desejo ou urgência de comer um tipo específico de comida); adolescentes com *diabetes mellitus* tipo I; transtorno do pânico; mulheres hipertensas; idosos institucionalizados com dificuldades funcionais e fatores associados; pilotos de caça; estratégias de enfrentamento para parar de fumar após diagnóstico de câncer; docentes universitários; enfermeiros de oncologia; *burnout*; crianças com câncer; motoristas de ônibus urbanos; eventos estressantes na adolescência; família com parente com câncer; auxiliares/técnicos de enfermagem; manejo clínico da dor; idosos com incontinência fecal; pacientes alcoólicos; viciados em jogos de azar; distúrbios de dependência etc.^{51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71}

Cada estudo foca em uma situação estressante específica, a qual é relatada e, a partir disso, escolhidas as estratégias que são utilizadas e a medida ou intensidade do seu uso. Então, a configuração do padrão de estratégias de *coping* é determinada pela situação específica.^{47,50,51}

Na diversidade de pesquisas encontradas na área do *coping*, inclusive com obesos, não foi encontrado registro algum de estudo voltado para a situação de estresse em relação à comida. Portanto, descrever e ou explorar as estratégias de enfrentamento utilizadas nesse contexto poderá agregar novos elementos na abordagem da obesidade e ensejar novos estudos.

2. 4 Meditação

A palavra meditação vem do latim, *meditari*, e significa contemplar ou refletir. As práticas que lhe são associadas remontam a diversas tradições filosófico-religiosas e a comunidades muito antigas, como a dos índios americanos e a dos esquimós. Contudo, para se praticar a meditação não há necessidade de se adotar uma filosofia ou religião determinada nem é preciso ter uma crença religiosa.¹⁵

À medida que as práticas meditativas se disseminaram no mundo ocidental, vários sinônimos lhes foram atribuídos, como: relaxamento, concentração, oração, respiração, auto-hipnose, imaginação criativa, reflexão sobre um problema ou questão, dentre outros. Mas, quando se passou a olhar para essas práticas como objeto de estudos e pesquisas científicas / acadêmicas, houve necessidade de se buscar um conceito que garantisse a compreensão uniforme da meditação e a definição de consenso.^{14,15}

Para alguns estudiosos, a definição única poderia implicar em limitações e deixar escapar aspectos sutis importantes que diferenciam uma prática da outra. Contudo, Cardoso *et al.* chegaram a uma definição operacional de meditação, ampla o bastante para contemplar desde as práticas cuja origem se encontra em crenças tradicionais até aquelas desenvolvidas para a utilização no contexto clínico. Os autores chegaram a uma definição operacional conhecida internacionalmente, publicada e utilizada em protocolos de pesquisa, por meio de uma abordagem sistemática baseada em técnicas de consenso que estabeleceu como prática de meditação aquela que preenchesse todos os seguintes requisitos: (1) usar uma técnica específica e claramente definida, (2) conseguir algum grau de relaxamento muscular durante o processo, (3) incluir o ‘relaxamento da lógica’ (pretender não analisar, não julgar, não criar

expectativas a respeito do processo, não se envolver nas sequências de pensamento) (4) um estado autoinduzido e (5) a utilização de uma âncora (artifício de autofocalização).^{14,15}

Segundo Bishop *et al.* e Lutz *et al.*, a meditação também pode ser definida como um treinamento mental (uma técnica que precisa ser aprendida e treinada), a qual traz mudanças no longo prazo sobre algumas características ou traços na cognição e na emoção. Lutz *et al.* conceituam ainda a meditação como um grupo de estratégias complexas de regulação emocional e de atenção, desenvolvidas para diversos propósitos, os quais incluem o cultivo da sensação de bem-estar e o equilíbrio emocional.^{72,73}

As práticas de meditação são muito anteriores ao surgimento da psicologia, mas, na sua perspectiva, tanto quanto na da medicina, tais práticas passaram a ser identificadas como instrumentos de autorregulação do corpo, da mente e dos processos mentais. O interesse nesse tema está relacionado à necessidade de se aprofundar o conhecimento das complexas interações entre corpo e mente e dessas com o bem-estar psicológico e físico do indivíduo.¹⁶

Pode-se observar o aumento do número de estudos acadêmicos sobre os efeitos das práticas de meditação para uma variedade de doenças, situações aversivas, estresse, transtornos como pânico, depressão, ansiedade, transtornos alimentares compulsivos, e abuso de substâncias, dentre outros. Também se observa o aumento do interesse por parte de indivíduos que buscam benefícios físicos, psicológicos e espirituais nessas práticas.¹⁶

Cientistas e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento humano, a partir das descobertas das neurociências e do avanço da tecnologia que permitiu mapear o funcionamento do cérebro, perceberam como a prática meditativa é acompanhada de várias alterações fisiológicas. Foi possível observar a atividade parassimpática aumentada, com a consequente diminuição dos batimentos cardíacos e queda no consumo de oxigênio (diminuição do metabolismo). Outros registros são as variações hormonais e, na frequência eletroencefalográfica (EEG), aumento da resistência galvânica da pele, modificações nas concentrações de substâncias neurotransmissoras, redução da temperatura corporal, alteração dos sentidos e das percepções.^{73,74,75}

Essas mudanças fisiológicas caracterizam um estado relaxado e trazem *insights* de como a meditação funciona. O relaxamento e a redução do estresse, afirmados como resultado da meditação podem trazer benefícios profiláticos e terapêuticos para a saúde, fato comprovado por Kozasa em sua pesquisa com meditação. Nessa, os voluntários, em sua maioria, relataram melhoria na relação interpessoal e na qualidade de vida, maior equilíbrio

emocional, redução da tensão e dos sintomas de ansiedade e depressão, melhoria na agilidade motora e na atenção, o que contribuiu para a sensação subjetiva de bem-estar.⁷⁶

Historicamente a meditação não foi concebida como um recurso terapêutico a ser utilizado pontualmente, quando situações difíceis de saúde se apresentassem. Na sua origem, a meditação era uma habilidade aprendida e praticada ao longo da vida para ampliar a consciência e proporcionar ao indivíduo ganhar conhecimento e compreensão de si mesmo e dos vários aspectos da sua existência por meio desse processo.^{15,16}

A vasta gama de práticas meditativas pode ser classificada com base nos processos de atenção envolvidos, em dois grandes segmentos: meditação de concentração e meditação *mindfulness*. Nas práticas oriundas da tradição budista, como a *mindfulness*, a concentração é um aspecto relevante. O outro elemento primordial nessa abordagem é a atenção. A meditação *mindfulness* tem o desenvolvimento da atenção como meta e usa a concentração como ferramenta.^{16,17}

A meditação de concentração restringe o foco da atenção a um único objeto, interno ou externo, e mantém essa atenção até que os pensamentos se aquietem. A meditação de atenção plena, *mindfulness*, consiste em sustentar a atenção seletiva momento a momento. Para essa sustentação, o indivíduo deve monitorar constantemente a qualidade da atenção. O desvio da atenção do momento presente acontece muitas vezes ao longo do período meditativo e isso requer do meditante a pronta percepção do ocorrido e a ação de restaurar a atenção, trazendo-a de volta ao presente e ao objeto de focalização (âncora) quantas vezes sejam necessárias.⁷⁷

Por essas perspectivas, torna-se difícil classificar uma determinada prática meditativa como meditação *mindfulness* puramente ou de concentração. Na meditação de atenção plena, *mindfulness*, a concentração tem o seu papel, mas o destaque é a abertura da percepção para os conteúdos que emergem na mente e a observação desses sem julgamento. A meditação de concentração tem como característica o estreitamento do foco de atenção.^{16,17}

Segundo Lutz *et al*, o cultivo da acuidade e estabilidade da atenção sustentada em um objeto escolhido leva ao desenvolvimento de três habilidades regulatórias da atenção: (1) o monitoramento que mantém a vigilância para distrações sem desestabilizar o foco pretendido; (2) a capacidade de se desenganchar das distrações que a levam para longe do objeto; (3) a capacidade de redirecionar o foco imediato para o objeto escolhido.⁷³

O progresso nessa forma de meditação é medido, em parte, pelo grau de esforço necessário para sustentar o foco pretendido. À medida que se avança, as três capacidades

reguladoras podem ser desenvolvidas de tal forma que os praticantes adquiram uma capacidade especialmente aguda de perceber quando a mente se desviou. Nos níveis mais avançados, as competências reguladoras atuam cada vez com menos frequência e a capacidade de manter o foco torna-se, assim, relativamente e também progressivamente "sem esforço".⁷³

A *mindfulness* é uma prática cognitiva derivada da Vipassana, a mais antiga das práticas budistas. Vipassana significa ver a si mesmo em profundidade.^{18,19}

Essa prática alcançou visibilidade no meio científico, foi desmistificada como fenômeno puramente religioso e passou a ser considerada estratégia comportamental para a promoção do bem-estar e uma ferramenta psicoterápica. Isso ocorreu a partir da década de 70, quando a medicina comportamental a adotou, nos trabalhos desenvolvidos por Kabat-Zinn, escola médica da Universidade de Massachusets (UMSS), em programas de redução do estresse e manejo de dores crônicas com base na *mindfulness* (MBSR: Mindfulness- Based Stress Reduction).^{17,18,19}

O objetivo principal da meditação *mindfulness* é levar à aquisição progressiva da consciência por meio do treino da atenção, da observação desidentificada e do desenvolvimento da atitude de não julgamento e aceitação, a qual promove serenidade e estabilização emocional. Dessa maneira, segundo Kabat-Zinn, *mindfulness* é “prestar atenção de forma particular, com um propósito, momento a momento e sem julgamento”.^{18,19} Ela consiste no treinamento da faculdade mental da atenção e da concentração, desenvolvidas por meio da observação direta das experiências do corpo (respiração e sensações) da mente (pensamentos espontâneos) e dos estados emocionais, de maneira completamente consciente e sem julgamentos. Trabalha com a autorregulação da atenção para o momento presente, o aqui e o agora.¹⁷

Além de promover o autoconhecimento, treina a mente para funcionar fora do “piloto automático”, da repetição inconsciente de padrões comportamentais não funcionais (modo no qual os indivíduos funcionam a maior parte do tempo e é caracterizado pela desatenção e pela reatividade impulsiva) e desenvolve a habilidade de alinhar a intenção com a ação e encontrar soluções criativas que permitam a retomada da direção da própria vida. O funcionamento no “piloto automático” promove modos rígidos e altamente limitados de lidar com as situações, com o ambiente, com as pessoas, com a vida. Uma mente “desperta” e ao mesmo tempo serena pode enfrentar os desafios e ameaças e se recuperar mais rapidamente das situações estressantes.^{19,78,79,80,81,82}

Langer definiu o conceito *mindfulness* como um constructo metacognitivo e multidimensional relacionado a um estado mental flexível.⁸³

Alguns estudos demonstraram que a tentativa de supressão ou fuga/esquiva de pensamentos com conteúdos aversivos facilitam a ruminação mental e levam ao aumento involuntário da atenção dirigida para tais conteúdos, enquanto o treino de *mindfulness* reduz esses processos, uma vez que enfatizam a percepção desapegada e a aceitação.^{79,80} As intervenções baseadas em *mindfulness*, segundo Baer, favorecem profunda mudança na relação do sujeito com os seus próprios processos internos, entre eles o aspecto do distanciamento cognitivo.⁸¹

A prática formal da *mindfulness* inclui a observação da respiração, a sondagem corporal e a percepção sustentada das sensações corporais, do fluxo de pensamentos, das emoções e sentimentos. O indivíduo deve se abster de julgá-los como bons ou ruins, verdadeiros ou falsos, saudáveis ou doentios, importantes ou supérfluos.⁸⁴ Tais práticas podem ser utilizadas separadamente ou de maneira combinada, a depender do objetivo a se alcançar e das necessidades do praticante. A ênfase deve estar no sujeito permanecer no “aqui e agora”, consciente dos estímulos internos e externos. Segundo estudos relacionados a essa prática, o que promove o relaxamento psicofisiológico é se permitir estar no momento presente, sem cultivar expectativas futuras ou dar ênfase a lembranças passadas.^{16,17}

Pode-se dizer, então, que *mindfulness* é a habilidade de se estar consciente dos pensamentos, emoções, sensações e ações no momento presente, sem julgar ou criticar a si mesmo ou à própria experiência. É “estar no aqui e agora”. Esse conceito, o qual está relacionado com qualidades particulares de atenção e consciência, passou a fazer parte das terapias comportamentais contextualistas nas últimas décadas e tornou-se o núcleo central dessas.⁸²

Menezes & Dell’Aglia (2009) afirmam:

Pode-se definir meditação como uma prática que engloba um conjunto de técnicas que buscam treinar a focalização da atenção (Shapiro, 1981). Por essa razão, pode ser chamada de processo autorregulatório da atenção, em que através da prática é desenvolvido o controle dos processos atencionais (Davidson & Goleman, 1977; Goleman & Schwartz, 1976). Além disso, a meditação pode ser caracterizada como uma prática que atinge objetivos semelhantes a algumas técnicas da psicoterapia cognitiva, embora por meios distintos. Ambas levam à diminuição do pensamento repetitivo e à reorientação cognitiva, desenvolvendo habilidades para lidar com os pensamentos automáticos. A diferença, contudo, é que, na prática da meditação, os conteúdos que emergem à consciência não devem ser confrontados ou elaborados intencionalmente, apenas observados, de forma que a prática se transforme em um aprendizado de como não deixar influenciar-se pelos mesmos e compreendê-los

como fluxos mentais (Bishop *et al.*, 2004; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Vandenberghe & Sousa, 2006).¹⁶

Os elementos da atenção plena, ou seja, consciência e aceitação sem julgamento da própria experiência momento a momento, são considerados como antídotos potenciais e eficazes contra formas comuns de desconforto psicológico tais como ruminação, ansiedade, preocupação, tristeza, medo, raiva e assim por diante. Muitos desses desconfortos envolvem padrões comportamentais não adaptativos para evitar, reprimir ou envolver-se excessivamente com pensamentos e emoções angustiantes.⁸³

Em estudo recente, publicado na *Psychiatric Research: Neuroimaging*, em 2011, foram apresentados os resultados da utilização de imagens de ressonância magnética para pesquisar possíveis modificações devidas à meditação, produzidas na massa cinzenta do cérebro dos indivíduos que praticaram a *mindfulness*. Nesse estudo, foi possível comprovar alterações consideráveis em determinadas regiões cerebrais relacionadas com a memória, autoconsciência e estresse, dos 16 voluntários que se submeteram ao exame duas semanas antes de iniciar o treinamento na meditação *mindfulness* e após oito semanas desse.⁸⁴

Também foram registradas as imagens cerebrais dos indivíduos do grupo controle, os quais não passaram pela meditação, no mesmo período de tempo, e não foram encontradas alterações nos exames desses. A redução comprovada na densidade da massa cinzenta da amígdala, que desempenha importante papel na ansiedade e no estresse, é um importante achado, o qual abre possibilidades para novas investigações relacionadas à meditação e ao estresse.⁸⁴

Davidson e Kabat-Zinn constataram aumento da ativação do lado esquerdo do cérebro em indivíduos que participaram deste estudo e passaram pela intervenção da meditação e que não houve mudança nos indivíduos que fizeram parte do grupo controle, lista de espera. Além disso, as funções imunológicas testadas também apresentaram resultados positivos para os participantes do grupo de intervenção. Os autores concluíram que um programa curto de meditação *mindfulness* produz efeitos demonstráveis no cérebro e na função imunológica. Esses achados sugerem que a meditação pode mudar as funções cerebrais e imunes de maneira positiva e ressaltam a necessidade de pesquisa adicional.⁸⁵

Alguns pesquisadores, como Brown & Ryan, têm se concentrado quase exclusivamente nos aspectos da *mindfulness* relacionados à atenção plena; outros seguem o modelo de Bishop *et al.*, o qual engloba tanto a autorregulação da atenção, no sentido da observação não elaborativa, quanto a consciência das sensações, pensamentos e sentimentos

momento a momento. Isso requer tanto a capacidade de ancorar a atenção no que ocorre quanto a capacidade de alternar, intencionalmente, a atenção de um aspecto da experiência para outro.^{86,72}

A atitude de curiosidade, abertura e aceitação em relação à experiência não está associada à passividade ou resignação. Nesse contexto, aceitação refere-se à capacidade de passar pelas experiências vivenciando-as plenamente, sem recorrer aos extremos da preocupação excessiva ou da supressão da experiência. As conceituações atuais, no campo da psicologia clínica, ressaltam a consciência da experiência momento a momento sem julgamento e a aceitação como os elementos principais da abordagem *mindfulness*.⁸⁷

Segundo Neale, o termo *mindfulness* pode se referir tanto a um estado psicológico de consciência receptiva quanto a uma prática de meditação sistemática, usada para desenvolver habilidade na receptividade perceptual não julgadora.⁸⁷

A abordagem *mindfulness* tem sido incorporada, com crescente receptividade, tanto na psicoterapia quanto no contexto da saúde geral e mental e, na atualidade, consta de variados protocolos de tratamento de diversas desordens psicológicas, as quais buscam nas suas práticas um meio de intervir em processos mentais que contribuem para a perturbação emocional e para o comportamento mal-adaptativo.⁷²

Tratamentos relacionados às dependências e ao comportamento aditivo têm pesquisado o papel das intervenções baseadas em *mindfulness* associado a diferentes desfechos.

São relatadas melhorias significativas na qualidade de vida, nos sintomas de estresse e na qualidade do sono em indivíduos em tratamentos oncológicos, após participarem de intervenção baseada em *mindfulness*. Como também redução da fadiga, ansiedade e perturbação de humor.⁸⁸

Indivíduos com dor crônica, depressão e perturbação de personalidade *borderline* também foram beneficiados por essa abordagem.⁸⁶

As pesquisas com foco na *mindfulness* também têm contribuído para uma nova perspectiva dos relacionamentos interpessoais. Fruzzetti e Iverson aplicaram o conceito de *mindfulness* - como utilizado no tratamento clínico-terapêutico individual - para o tratamento de casais.⁸⁹

A importância da *mindfulness*, abordada por Carson *et al.* e Langer configura-se, ainda, ao despertar nos profissionais de saúde e saúde mental uma nova visão a respeito do papel do terapeuta.^{83,90}

Atualmente a literatura tem apontado o uso dessa técnica em diversos tratamentos e para diferentes transtornos. Hardt *et al.* apontam evidências que associam a *mindfulness* a um menor índice de estresse e distúrbios mentais. Além disso, o aumento da capacidade de *mindfulness* predispõe à diminuição da angústia e do relato de sintomas médicos. Os autores mencionam que têm sido desenvolvidos vários programas, os quais utilizam a *mindfulness*, com o objetivo de ajudar os pacientes no tratamento de várias doenças crônicas, câncer e depressão.⁹¹

McKay *et al.* afirmam que as habilidades desenvolvidas por meio da *mindfulness* ajudam a concentrar a atenção em determinado elemento em um momento específico, o que pode favorecer o melhor controle de emoções intensas, visando a acalmá-las. Além disso, argumenta-se que a *mindfulness* ajuda no reconhecimento e discriminação dos julgamentos em relação às experiências e promove o equilíbrio entre os pensamentos e as necessidades emocionais.⁹²

Na psicoterapia, a aplicação da *mindfulness* pode se constituir em nova forma de abordar as situações com flexibilidade e fora do condicionamento do piloto automático, levando, assim, à diminuição da reatividade emocional e da impulsividade da resposta. Trata-se de uma maneira de contribuir para o treino de respostas mais conscienciosas e conectadas às experiências internas sem julgamento e com aceitação.^{72,93}

A meditação *mindfulness* se propõe a desenvolver a percepção cognitiva das relações entre a mente, o corpo e o ambiente externo, de modo a favorecer a ampliação da consciência e o contato do indivíduo com o poder dos seus recursos internos para lidar, enfrentar e crescer a partir das experiências estressantes.⁹⁴

Várias revisões de literatura, as quais pesquisaram a meditação, apontam para resultados similares em relação ao bem-estar, à diminuição do estresse psicológico e do estresse relacionado a problemas de saúde alcançados a partir de diferentes abordagens.

Em recente publicação, de janeiro de 2014, no conceituado JAMA Internal Medicine, uma revisão sistemática e meta-análise sobre programas de meditação para o estresse psicológico e bem-estar, chegou à conclusão de que tais programas resultavam em pequenas a moderadas reduções de várias dimensões negativas do estresse psicológico. A meditação *mindfulness*, em particular, mostrou melhores desfechos do que os obtidos com a meditação do Mantra.⁹⁵

Na revisão realizada por Ospina *et al.*, cinco grandes categorias de práticas de meditação foram identificadas: meditação do Mantra (que consistem TM®, RR, e CSM),

meditação *mindfulness* (compreendendo Vipassana, meditação budista Zen, MBSR e MBCT), Yoga, Tai Chi e Qi Gong. Não houve muita clareza na definição e caracterização de cada uma dessas, nem sobre outros aspectos metodológicos, portanto, com base na evidência disponível, não se pôde chegar à conclusão sobre os efeitos das práticas de meditação sobre a saúde nessa pesquisa.⁹⁶

No entanto, os resultados analisados a partir de pesquisas metodologicamente mais consistentes foram favoráveis ao incentivo de mais pesquisas nesse campo, com maior detalhamento dos métodos de estudo e dados sobre a formação dos participantes, a qualificação dos instrutores de meditação e dos critérios para determinar o sucesso de uma prática de meditação.

Na primeira revisão sistemática das intervenções *mindfulness* ou meditação de base *mindfulness* (MM) para indivíduos que faziam uso de substâncias ou com transtornos aditivos, Zgierska *et al.* concluíram que vários achados eram interessantes para formulação de teorias, pesquisa, aplicação clínica e indicavam a eficácia e segurança da MM, embora os dados coletados pudessem ser considerados preliminares. Resultados positivos foram encontrados ao se compararem os indivíduos tratados com intervenção MM com a linha de base ou os submetidos apenas ao tratamento padrão. Os dados dos ensaios clínicos controlados sugerem que indivíduos que receberam MM, com o tratamento padrão ou tratamento farmacoterápico, tiveram resultado igual ou superior ao daqueles que receberam apenas tratamento padrão ou apenas tratamento farmacoterápico. A MM demonstrou produzir resultados comparáveis aos obtidos por intermédio das terapias comportamentais.⁹⁷

A indicação da MM como tratamento eficaz para o abuso de substâncias é apoiada pela consistência de resultados positivos, demonstrada na revisão, realizada com diferentes desenhos de estudo, diferentes modalidades de MM, diversas populações e vícios tratados. Assim, com base nos resultados da revisão, sugere-se que a MM é eficaz no tratamento de várias desordens médicas e de saúde mental, incluindo o estresse, a ansiedade, a depressão, a desregulação emocional, a evasão de enfrentamento (fuga-esquiva) e a todos os fatores de risco conhecidos como preditores de recaída em uso de substância.⁹⁸

Garland *et al.*, em estudo de abordagem qualitativa baseado em entrevistas, conduzido após intervenção de 10 semanas, realizada com *mindfulness* orientada ao aperfeiçoamento da recuperação (MORE: *Mindfulness Oriented Recovery Enhancement*) de indivíduos em tratamento para dependência de álcool e uso de drogas, portadores de comorbidades e sintomas psicológicos, ressaltam, dentre outros aspectos, o baixo custo dessa intervenção

cognitiva, a qual facilita a recuperação da dependência de álcool. O objetivo desse estudo foi melhorar a compreensão dos efeitos da MORE e explorar a aceitabilidade e a viabilidade da sua aplicação em uma amostra de 14 homens e 4 mulheres dependentes de álcool, residentes em uma comunidade terapêutica. Os participantes do estudo apresentavam histórias de vida marcadas pela pobreza, falta de moradia, violência, situações de encarceramento e reinserção na sociedade, além de várias formas de sofrimento psíquico e do vício para o qual que eles procuraram tratamento. Contudo, vários deles evidenciavam também grande capacidade de resiliência, a qual foi aumentada por meio do tratamento MORE. A meditação levou a uma ampliação da autoconsciência dos indivíduos e também os ajudou no enfrentamento dos problemas emocionais e compulsivos com maior eficácia. Além disso, levou à plena aceitação por parte dos participantes e à viabilidade de implementação em um cenário de tratamento em residência clínica comunitária. Os autores chegaram à conclusão, com esse estudo, de que a intervenção baseada em *mindfulness* pode ajudar na recuperação de indivíduos viciados e marginalizados.⁹⁹

Kristeller & Hallet, em estudo exploratório com 21 mulheres portadoras do transtorno de compulsão alimentar, utilizaram a meditação *mindfulness* por seis semanas e observaram mudanças substanciais no comportamento e no estado emocional das participantes. Houve diminuição dos episódios compulsivos em número e intensidade, da depressão e da ansiedade e melhora das atitudes em relação à alimentação. A redução da ingestão compulsiva e das outras medidas de resposta mantiveram-se estáveis ao longo das três semanas seguintes. Porém, não houve perda de peso global em 12 semanas.¹⁰⁰

Em estudo qualitativo com indivíduos em tratamento para o câncer, Ando *et al.* investigaram a meditação *mindfulness* e os temas que emergiram sobre o significado da doença nas de entrevistas pré e pós- intervenção. Após a intervenção, os indivíduos puderam ter o reconhecimento positivo da doença, mudaram o estilo de vida e desenvolveram as suas próprias estratégias de enfrentamento.¹⁰¹

Morone *et al.*, por meio de estudo qualitativo com adultos de 65 anos, no mínimo, com dor lombar crônica, utilizaram a meditação *mindfulness* durante oito semanas. A análise foi realizada a partir dos conteúdos registrados pelos participantes nos seus diários. Vários temas foram encontrados e apontaram para os benefícios da intervenção em relação à redução da dor, ao desenvolvimento de habilidades atencionais, à melhora da qualidade do sono e à sensação de bem-estar durante e após a meditação. Todos esses desfechos são relacionados à

saúde. Os participantes também relataram efeitos imediatos sobre a elevação do humor e efeitos globais sobre a qualidade de vida.¹⁰²

Keyworth *et al.* utilizaram a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo, sequenciados, em estudo piloto com a meditação *mindfulness*, cujos participantes eram portadores de *diabetes mellitus* e doença coronariana. A abordagem qualitativa buscou, por intermédio da realização de entrevistas semiestruturadas e grupo focal, analisar questões exploratórias sobre a aceitabilidade, eficácia e viabilidade de intervenção baseada na meditação *mindfulness* dirigida a essa população, por seis semanas. Os participantes relataram reduções significativas da preocupação e da supressão de pensamento. Os dados qualitativos também destacaram como esses perceberam a meditação como oportunidade de integração corpo e mente, de proporcionar relaxamento, de melhoria da qualidade do sono e da saúde física, bem como de adquirir mais consciência dos pensamentos, aceitação e reconhecimento. Conforme relataram ainda, a meditação pode ser incorporada às suas rotinas diárias de autocuidado, como ferramenta complementar ao tratamento.¹⁰³

Hertenstein *et al.*, em estudo piloto qualitativo, com o objetivo de avaliar as experiências subjetivas de pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC) que participaram da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT), em intervenção que durou oito semanas, coletaram os dados por meio de entrevistas semiestruturadas e os analisaram pela análise de conteúdo. Os benefícios trazidos pela intervenção, levantados nas entrevistas dos doze participantes, incluíram a percepção de redução nos sintomas obsessivos compulsivos, a percepção de uma consciência mais focada no presente, maior flexibilidade e capacidade aumentada para lidar com as emoções desagradáveis, atitude mais calma na vida cotidiana e para enfrentar o TOC, bem como melhora do humor e da qualidade do sono. Antes da intervenção as compulsões eram percebidas como incontroláveis.¹⁰⁴

Segundo Mantzios e Wilson, a meditação pode ser difícil de manter, especialmente em dieta, razão pela qual a sua pesquisa buscou induzir um estado de plena atenção (*mindfulness*) e autocompaixão, ao usar diários alimentares nos quais os participantes deveriam registrar concretamente como estavam comendo e porque estavam comendo (suas interpretações). Segundo os autores, esses registros aumentaram a atenção, a autocompaixão, bem como a prevenção e a diminuição dos pensamentos negativos. Constatou-se que a atenção plena e a autocompaixão são preditores independentes da perda de peso, os quais ficam ainda mais potencializados. Os registros concretos aumentaram a *mindfulness* (atenção plena) e

autocompaixão, diminuíram a evitação (esquiva) e os pensamentos negativos e apoiaram a perda de peso significativamente mais do que os registros abstratos (interpretações).¹⁰⁵

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo primário

Comparar as estratégias de *coping* utilizadas por sujeitos em fase de manutenção do peso, antes e após o treinamento da meditação *mindfulness*.

3.2. Objetivo secundário

Descrever os fatores relacionados ao estresse do sujeito em situação de restrição alimentar e as formas de lidar com o mesmo.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo qualitativo com amostra de conveniência.

4.2 População alvo

A população do estudo foi constituída pelos pacientes em tratamento da obesidade de uma clínica de emagrecimento, na cidade de Salvador. A população alvo foram os indivíduos que estavam na fase do tratamento correspondente à manutenção do peso. Nesta fase encontram-se aqueles que atingiram a meta de emagrecimento estabelecida pelo nutricionista, geralmente equivalente ao IMC menor ou igual a 25.

4.2.1 Recrutamento

O recrutamento foi realizado mediante convite para participar da pesquisa a todos os pacientes da clínica que estavam na fase do tratamento de manutenção do peso, por meio de cartazes e anúncios nos grupos terapêuticos.

Os que se interessaram pelo convite foram orientados a se inscreverem na secretaria da clínica. Após o período de dois meses para o início das inscrições, fizeram-se contatos por telefone com todos os inscritos para agendar entrevistas individuais com a autora, na clínica de emagrecimento.

Após os esclarecimentos sobre a pesquisa e avaliação dos critérios de inclusão/exclusão, os que aceitaram participar assinaram o TCLE (Anexo 1) e responderam à ficha dos dados sociodemográficos (Anexo 2) e o Inventário das Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (Anexo 3).

Formou-se um grupo de treinamento e o recrutamento continuou até ser formado um novo grupo. A todos os inscritos foi dada a oportunidade de participar do treinamento. Por questões de indisponibilidade de horário dos mesmos e outras questões pessoais, muitos não mantiveram o interesse em passar pelo treinamento.

4.2.2 Critérios de seleção

4.2.2.1 Critérios de inclusão

- (1) ser participante do tratamento na clínica de emagrecimento;
- (2) estar na fase de manutenção do peso;
- (3) ser maior de 18 anos.

4.2.2.2 Critérios de exclusão

- (1) indivíduos com diagnóstico de psicose (informação fornecida pelos profissionais da clínica);
- (2) indivíduos que não aceitassem participar;
- (3) indivíduos que não assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.3 Coleta de dados

4.3.1 Instrumentos

4.3.1.1 Inventário de Coping

No presente estudo, a opção foi utilizar o questionário desenvolvido a partir da abordagem de Folkman e Lazarus, inicialmente denominado *Ways of Coping Checklist* (WCC) e posteriormente *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ), por ser a concepção teórica mais referida na literatura, tratar-se de um inventário para identificar como o indivíduo enfrenta situações de estresse, ter sido adaptado para o português, validado para a população brasileira e cujo “desenho” tem como foco central o aspecto situacional do evento estressante.^{47,49,50,51,52}

O Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (IECLF), o qual foi adaptado para o português por Savóia *et al.* (1996), neste trabalho foi usado para identificar como o paciente enfrenta situações de estresse relacionadas à comida (Anexo 2).⁵⁰

Trata-se de questionário autoaplicável, composto por 66 itens, o qual engloba pensamentos e ações usadas para se lidar com demandas internas ou externas de uma situação

estressante específica, descrita no início, a qual, neste trabalho, relaciona-se à comida. Todas as questões são pontuadas pela escala Likert, com variação de 0 - não utilizei; 1 - usei um pouco; 2 - usei bastante; a 3 - usei em grande quantidade. A escala consiste de 8 diferentes fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problema, reavaliação positiva e questões “distrativas”, as quais não são pontuadas.

A escala não apresenta pontuação total, os itens passam por uma avaliação por meio dos escores médios dentro de cada fator. No presente instrumento há uma grande variabilidade entre os fatores.⁵⁰

Fator 1 - confronto; Fator 2 - afastamento; Fator 3 - autocontrole; Fator 4 - suporte social; Fator 5 - aceitação de responsabilidade; Fator 6 - fuga-esquiva; Fator 7 - resolução de problemas; Fator 8 - reavaliação positiva.

Fator 1 - Confronto: descreve os esforços agressivos para enfrentar a situação e sugere certo grau de hostilidade e de risco.

Fator 2 - Afastamento: esforços cognitivos de desapego e minimização da situação. São estratégias defensivas utilizadas para se distanciar da situação, sem modificá-la.

Fator 3 - Autocontrole: são os esforços de regulação das próprias emoções frente aos estressores.

Fator 4 - Suporte social: descreve os esforços de busca de suporte informativo, suporte social e suporte emocional.

Fator 5 - Aceitação de responsabilidade: consiste no reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor a situação.

Fator 6 - Fuga-esquiva: descreve os esforços cognitivos e comportamentais utilizados para escapar ou evitar o problema.

Fator 7 - Resolução de problemas: esforços focados sobre o problema para alterar a situação. Envolve planejamento e mudança de atitudes para lidar adequadamente com o estressor.

Fator 8 - Reavaliação positiva: esforços de criação de significados positivos, os quais focam o crescimento pessoal a partir de situações conflitantes. Envolve o controle das emoções e considera também uma dimensão religiosa/espiritual.

A situação estressante, brevemente descrita no início do inventário, é esclarecida na entrevista individual:

“Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior estresse em relação à comida que você vivenciou recentemente, na última semana. Faça uma breve descrição da situação, incluindo quem estava envolvido, o local onde ocorreu, como você se sentiu e o que aconteceu”.

As estratégias são avaliadas a partir do contexto em que ocorreu o episódio de estresse, das características do próprio evento e das respostas do indivíduo envolvido.

4.3.1.2 Ficha de dados sociodemográficos

Questionário estruturado para fins de coleta de dados sociodemográficos, os quais caracterizam a amostra estudada quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, nº de filhos, ocupação, peso no início do tratamento de emagrecimento, peso atual, tempo de tratamento, medicações utilizadas, tabagismo, uso de álcool e/ou outras drogas, experiências anteriores e atuais com qualquer tipo de meditação, estar ou ter passado por tratamento psicoterápico e prática de atividade física.

4.4 Intervenção

Os indivíduos continuaram a participar das atividades do programa de emagrecimento da clínica (atividades físicas variadas, grupos terapêuticos, consultas com equipe multidisciplinar: médicos, nutricionistas, psicólogos e preparadores físicos) e ingressaram no grupo de meditação *mindfulness*. No último dia da intervenção responderam novamente ao Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman.

Foram oito encontros semanais de uma hora de duração, por dois meses. As práticas foram realizadas em salão privativo da clínica de tratamento, com os indivíduos sentados em cadeiras convencionais, de olhos fechados, seguindo as orientações da pesquisadora e em silêncio. Após cada exercício, foi disponibilizado um tempo para compartilhamento das experiências e os esclarecimentos adicionais necessários.

4.4.1 Procedimentos usados no treinamento

Antes das práticas serem introduzidas realizou-se uma explanação dialogada sobre os princípios e fundamentos da *mindfulness* (resumo entregue a cada um dos participantes), os quais, nesse momento, puderam expor seus pensamentos, suas dúvidas, suas expectativas e se fizeram os esclarecimentos necessários.

A cada encontro, a prática a ser desenvolvida naquele dia era explicada e conduzida pela pesquisadora. Após a realização de cada uma delas, era criado um espaço de diálogo e compartilhamento, no qual os participantes podiam descrever sua experiência e esclarecer as dúvidas surgidas na prática. Ao final de cada encontro, a pesquisadora orientava sobre as práticas diárias que deveriam ser realizadas em casa, durante a semana. E, no início de cada encontro, os participantes compartilhavam as experiências vivenciadas nas práticas em casa, o que lhes dava a oportunidade de ampliar o conhecimento que estava sendo construído e, à pesquisadora, a de perceber como esse processo estava ocorrendo.

Todas as práticas realizadas em grupo deveriam ser realizadas pelos participantes ao longo da semana, distribuídas diariamente por eles, da maneira mais adequada a cada um.

As práticas utilizadas foram as seguintes:

1 - Meditação *Mindfulness* da Respiração: 20 minutos

2 - Escaneamento Corporal (*Body Scan*) - 20 minutos

Esta prática de consciência corporal tem origem na tradição meditativa Vipassana ou do *Insight* e é descrita como o primeiro fundamento da atenção plena (*mindfulness*).

Nos encontros semanais em grupo é realizada na postura sentada e na prática diária em casa pode ser realizada na postura sentada ou deitada.

3 - Meditação *Metta* (*LovingKindness*) ou Prática da Compaixão - 10 minutos - (a partir do quinto encontro)

4 - Pausa dos três minutos (minimeditação para realização dia a dia)

Trata-se de prática recomendada para uso e treino várias vezes ao dia, nas mais diversas situações (antes e após as refeições, antes de iniciar o trabalho, antes de tomar alguma decisão, no trânsito etc..).

5 - *Mindfulness* das Atividades Diárias (exercícios informais para casa)

Um componente da prática em casa é trazer a consciência para as atividades diárias, como comer uma refeição, escovar os dentes, tomar banho, lavar a louça.

4.5 Análise dos dados

4.5.1 Dados quantitativos

Os dados quantitativos foram analisados por intermédio da estatística descritiva com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 17.0, EUA). A análise das variáveis quantitativas foi realizada por meio de médias e respectivos desvios-padrão.

4.5.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram extraídos das narrativas dos sujeitos em resposta à questão trazida na primeira parte do inventário.

A metodologia de análise de dados utilizada foi a análise de conteúdo. Nesta, o “tema” é o ponto central da análise. Segundo Bardin (1979), “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Esta análise passou por algumas etapas, tais como: (1) leitura flutuante, sem intenção de captar qualquer aspecto específico do texto; (2) a segunda leitura, em busca da visão conjunta do material a ser analisado; (3) exploração do texto com o objetivo de elaborar pressupostos iniciais para posterior análise e interpretação do material; (4) destaque de palavras e frases – unidades de registro - para tornar os dados brutos significativos; (5) identificação dos núcleos de sentido, para buscar compreender as unidades de registro; (6) identificação das categorias empíricas que emergiram dos núcleos de sentido; (7) associação dos sentidos dos textos com os conceitos teóricos nos quais este estudo foi baseado.

Embora, alguns autores enfatizem e se preocupem com a frequência dos núcleos de sentido, Minayo, defende a ideia de se trabalhar com significados, em vez de inferências estatísticas, o que foi feito neste estudo.^{106,107}

4.6 Considerações éticas

O presente estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e iniciado após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (Número do Parecer: 233.797; CAAE: 11827312.0.0000.5544) (Anexo 4).

A coleta de dados foi iniciada após os entrevistados serem informados sobre a natureza do estudo, seus objetivos e ter-lhes sido assegurado a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como a liberdade de desistir de participar em qualquer momento. O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os participantes.

A autora assumiu o compromisso de dar o suporte terapêutico aos participantes, caso emergisse algum desconforto emocional.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados quantitativos

Neste capítulo são apresentados os resultados descritivos relativos às características sociodemográficas dos participantes, à trajetória grupal e individual quanto ao tempo e IMC e às estratégias de enfrentamento que foram utilizadas por eles, antes e depois da intervenção.

Para fins de análise e discussão de resultados serão reportados apenas os 10 (dez) sujeitos que atenderam ao critério de frequência nos encontros igual ou superior a 60%.

Os participantes foram 70% do sexo feminino, 90% de etnia branca, com idade média de 47 anos, 60% solteiros ou divorciados, 90% com escolaridade de nível superior e 90% renda familiar acima de 10 salários mínimos. A totalidade deles pratica atividade física (100%); desses, 80% de 4 a 7 vezes por semana. Apenas 30% tiveram contato anterior com alguma prática de meditação (Yoga e Transcendental) e 60% passaram por psicoterapia, dos quais 20% ainda estão em processo psicoterapêutico.

Seguem os dados relativos ao tempo em tratamento, o tempo que levou do início ao ingresso na manutenção e o tempo que decorreu entre o ingresso na manutenção e o início da intervenção; assim como, os dados relacionados à trajetória do IMC durante todo o período. Desta forma, pode-se ter uma perspectiva do perfil grupal deste estudo. Tabela 1

Tabela 1 - Descrição do grupo em fase de manutenção do peso quanto ao tempo em tratamento e o IMC

Característica	Grupo n = 10
Tempo (meses)	
Início até a manutenção	6,7 (4,9 – 7,7)
Manutenção até o estudo	9,5 (2,7 – 14,7)
Índice de Massa Corpórea (kg/m²) (média ± desvio padrão)	
Início do tratamento	34,9 ± 5,7
Início da manutenção	24,4 ± 1,9
Início do estudo	24,0 ± 2,3
Final do estudo	24,6 ± 2,1

Pode-se dizer, com base nos dados apresentados, que se trata de um grupo que conseguiu em 6,8 meses sair da faixa considerada obesidade severa ou classe 2 (IMC 35 a 39.9) para a faixa considerada normal (IMC 18.6 a 24.9). No início do estudo, 12 meses (em

média) após o ingresso na manutenção, o IMC se mantinha muito próximo ao do ingresso na manutenção, levemente mais baixo. Ao final da intervenção (período de dois meses) o grupo se mantinha na faixa normal do IMC, semelhante ao do ingresso na manutenção.

A descrição feita anteriormente, relacionada às variáveis: tempo e IMC, no grupo, agora é apresentada individualmente (Tabela 2), por sujeito, de modo que se possa ter uma perspectiva da trajetória de cada indivíduo ao longo deste estudo.

Tabela 2 - Descrição dos sujeitos em fase de manutenção do peso quanto ao tempo em tratamento e o IMC

Sujeito	Tempo (meses)		Índice de Massa Corpórea (kg/m ²)			
	Início à manutenção	Manutenção ao estudo	Início do tratamento	Início da manutenção	Início do estudo	Final do estudo
01	6,2	1,4	28,3	22,6	22,3	22,5
02	24,6	3,2	33,6	23,9	23,8	24,2
03	6,7	14,3	35,8	24,1	20,9	23,3
04	5,8	3,1	33,5	23,8	22,6	22,8
05	4,5	9,0	30,7	24,2	26,0	27,0
06	4,0	1,2	34,2	26,1	25,5	25,4
07	7,5	24,0	36,2	24,4	24,4	25,3
08	5,1	10,4	32,3	24,3	24,0	24,0
09	8,3	16,1	49,9	29,1	28,7	29,0
10	6,7	9,9	34,7	21,8	22,1	22,8

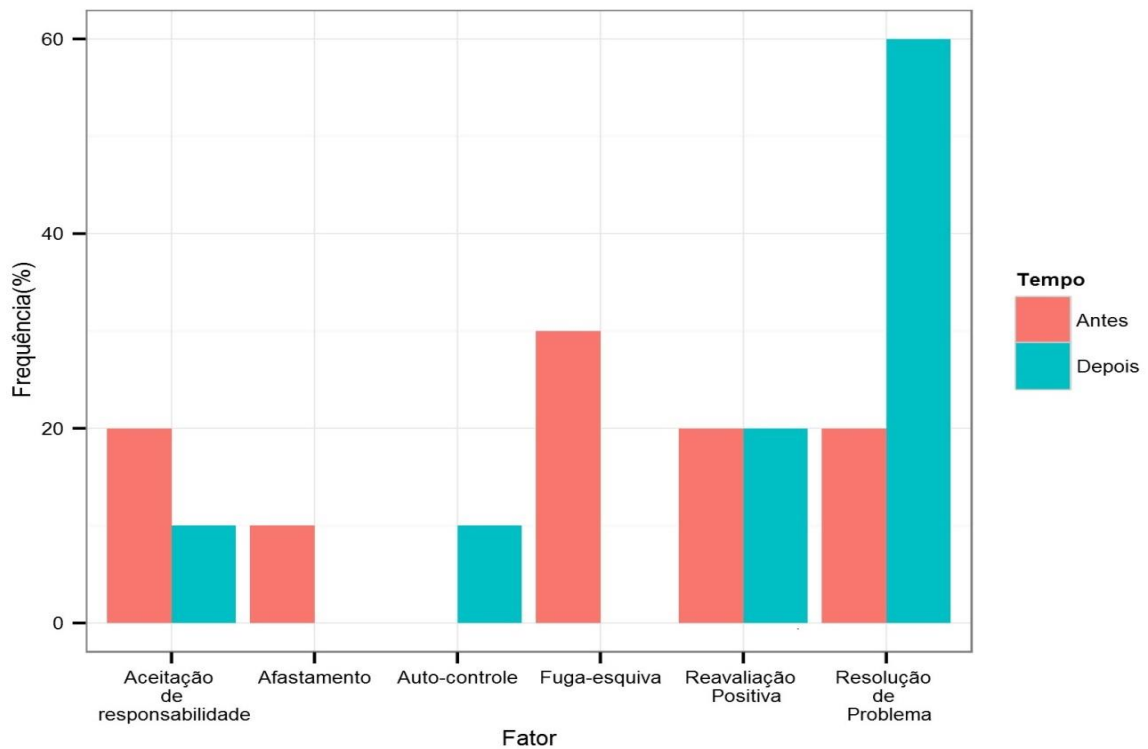
Vê-se nesta tabela que os sujeitos 01 e 06 estão há menos tempo na manutenção. Os sujeitos 02 e 04 ainda não concluíram as quatro etapas desta. Quanto aos demais sujeitos: 07, 09, 03, 08, 10 e 05 – todos estão há mais tempo na manutenção do que o tempo que levaram no descenso (período do emagrecimento).

Notam-se pequenas flutuações no IMC do início da manutenção ao final do estudo, as quais não excedem 1kg/m², com exceção de um dos sujeitos, o qual apresentou ganho maior de peso no período entre o início da manutenção ao final do estudo. Ao começar o estudo ele já havia passado do IMC 24,2 para o IMC 26,0, sobrepeso, em nove meses; ao final do estudo, após dois meses, apresentava IMC 27,0. Este participante levou apenas 4,5 meses para ingressar na manutenção, o que revela redução de 6 unidades de IMC neste período.

Apenas o sujeito 01 iniciou o tratamento com sobrepeso (IMC 28,3) e o sujeito 09 com obesidade mórbida (IMC 49,9). Seis participantes situaram-se na faixa considerada obesidade grau I (IMC 30 – 34,9) e dois deles na obesidade grau II (IMC 35 – 39,9).

Para visualizar a utilização das estratégias de *coping* no grupo, antes e depois da intervenção, apresenta-se abaixo o gráfico que demonstra o percentual de uso de cada uma delas nestes dois momentos. Gráfico 1

Gráfico 1 - Utilização dos fatores de *coping* antes e depois da intervenção por sujeitos em fase de manutenção do peso



Conforme o gráfico, a estratégia de fuga-esquiva foi a mais utilizada antes de se iniciar a intervenção.

As estratégias que vêm em seguida com os mesmos percentuais de utilização, antes da intervenção, são: resolução de problema, reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade. Em menor percentual, as estratégias: afastamento e autocontrole. O suporte social e o confronto não foram utilizados.

Depois da intervenção a estratégia mais utilizada foi a resolução de problema, a qual passou de 20% para 60% de uso.

A estratégia de fuga-esquiva, predominante antes da intervenção com 30% de utilização, passou a 0% depois dessa.

O autocontrole passou a ser utilizado depois da intervenção.

A reavaliação positiva não sofreu alteração na sua frequência depois da intervenção, ficando como a segunda mais utilizada.

A aceitação de responsabilidade foi a terceira mais utilizada depois da intervenção.

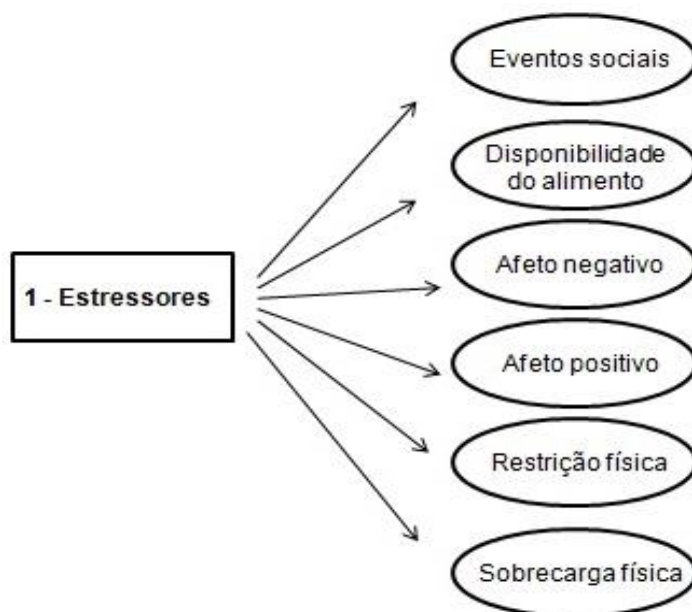
5.2 Resultados qualitativos

Os resultados qualitativos foram extraídos das narrativas realizadas pelos sujeitos na primeira parte do inventário, sobre uma situação vivida na última semana, a qual tivesse desencadeado o estresse em relação à comida.

A partir da leitura, da análise das narrativas e da identificação das unidades de registro foram distinguidos três núcleos de sentido: (1) estressores, (2) ações e (3) consequências; com suas respectivas categorias empíricas.

O núcleo de sentido 1 indica os estressores em relação à comida, os quais se apresentam por meio das seguintes categorias: eventos sociais, disponibilidade do alimento, afeto negativo, afeto positivo, restrição física e sobrecarga física.

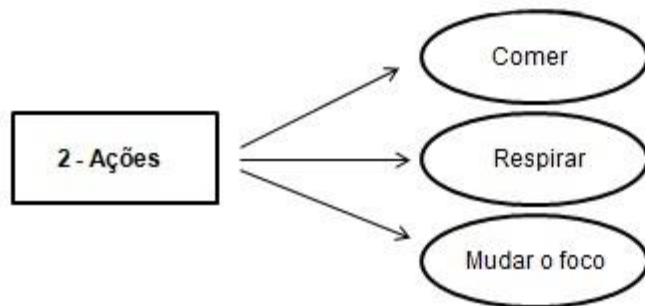
Figura 01 – Núcleo de sentido: estressores



As fontes de estresse foram as mesmas, antes e depois da intervenção. Ressalta-se que uma delas, “Afeto positivo”, apresentou a mesma frequência nos dois momentos.

Na figura 2 está o núcleo de sentido “Ações” o qual indica os comportamentos em resposta aos estressores, distribuídas nas categorias comer, respirar e mudar o foco.

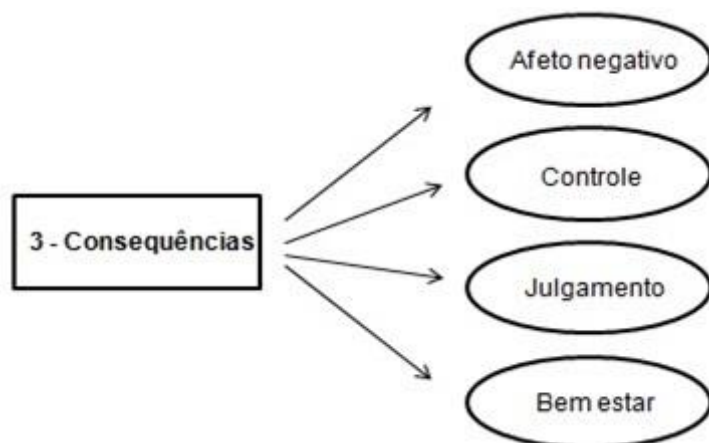
Figura 02 – Núcleo de sentido: ações



A ação “Comer” esteve presente antes e depois da intervenção. As ações “Respirar”, a qual diz respeito ao exercício de levar a atenção à respiração, e “Mudar o foco”, a qual se refere a um redirecionamento da atenção na busca de uma solução diante de uma situação estressante, estiveram presentes apenas depois da intervenção.

O núcleo de sentido 3 refere-se às consequências decorrentes das ações realizadas e seus desdobramentos: afeto negativo, controle, julgamento e bem-estar.

Figura 03 – Núcleo de sentido: consequências



A consequência “Bem estar” apareceu depois da intervenção e as consequências “Julgamento” e “Controle” estiveram presentes, apenas, antes da intervenção.

5.2.1 Antes da intervenção

5.2.1.1 Núcleo de sentido: estressores

Antes da intervenção foram identificados os seguintes estressores em relação à comida:

(1) - Eventos sociais: situações tais como aniversários, comemorações, reuniões entre colegas, amigos ou familiares, as quais envolveram algum tipo de comida/bebida proibida (churrasco, cerveja, doces, torta de chocolate), para indivíduos em manutenção do peso. Eles aparecem como disparadores de padrões de comportamento alimentar anteriores ao início do tratamento de emagrecimento (quando estes alimentos eram consumidos sem medida) e como fontes de estresse para quem está em privação deste tipo de alimento.

“Na última quarta feira, após o trabalho, os colegas da empresa fizeram um churrasco e apesar de tentar, não consegui me conter” (sujeito 06).

“Aniversário de um mês de S (neta). Torta de chocolate, vontade de comer compulsivamente” (sujeito 07).

“Foi o aniversário de minha filha numa casa de doces” (sujeito 09).

(2) – Disponibilidade do alimento: A disponibilidade do alimento “proibido” existe além dos eventos sociais, onde as pessoas são incentivadas e “liberadas” para o seu consumo, também em casa e no trabalho, espaços compartilhados com outros indivíduos que não tem restrição alimentar. A facilidade do acesso permite que em momentos de vulnerabilidade (física ou emocional) ele seja utilizado, uma vez que está “à mão” e “às vistas”.

“Ao acordar deparei-me com grande quantidade de bolo que não havia sido utilizado por minha tia confeitadeira” (sujeito 05).

“Estava em casa... senti vontade de comer chocolate. Comi rápido” (sujeito 01).

(3) - Afeto negativo: diz respeito a emoções desagradáveis como ansiedade, angústia, depressão, agitação, aborrecimento, tristeza, raiva e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes (culpa, arrependimento, preocupação).

“Preocupação com o aprendizado escolar da minha filha. Falta de apoio do pai. Estava em casa. Estresse, cansaço e angústia” (sujeito 01).

“... solidão, baixa disponibilidade para fazer ou controlar a alimentação” (sujeito 03).

“Sem uma causa aparente, senti-me triste, sozinha” (sujeito 08).

“Fiquei ansiosa e disparou a compulsão por coisas que tenho me privado” (sujeito 10).

(4) - Afeto positivo: Neste estudo, afeto positivo é um estado transitório de contentamento vivenciado como excitação, entusiasmo e atividade. É um estado de alerta.

“Estava bem feliz com a visita de meu filho que reside em Brasília, fiz uma canjica e comi um pouco” (sujeito 02).

(5) - Restrição física: Refere-se a qualquer situação de cerceamento da liberdade de ir e vir. A mobilidade comprometida passa a ser uma fonte geradora de estresse, o qual não pode ser liberado pela atividade física.

“Pós-operatório em casa e sozinha” (sujeito 03).

“Há dois dias fiquei doente e fui orientada pelo médico a ficar de repouso e em isolamento por pelo menos 72 horas para que ele fizesse uma reavaliação do meu problema de saúde. Não sair de casa, não poder fazer atividade física e ter que ficar em repouso incomodou bastante” (sujeito 10).

(6) - Sobrecarga física: Quando o indivíduo temporariamente ou por um período mais longo fica exposto a situações que demandam de si energia, empenho e esforços além dos seus recursos disponíveis.

“No final de um dia muito estressante, com mil afazeres e pendências para serem resolvidas, finalmente em casa cheguei para jantar com meu filho e marido. Jantei normalmente, mas não me senti satisfeita. Comi mais, alimentos permitidos, porém sem pesar” (sujeito 04).

“Estresse, cansaço e angústia. Senti vontade de comer chocolate” (sujeito 01).

5.2.1.2 Núcleo de sentido: ações

No contexto das ações ou comportamentos adotados diante dos estressores foi possível identificar no material descritivo as seguintes vertentes:

(1) - Comer: aqui estão os relatos dos sujeitos que comeram em resposta à situação estressante.

“Comi rápido” (sujeito 01).

“Comi um pouco” (sujeito 02)

“Comi um pouco mais do que devia e bebi cerveja” (sujeito 06).

“Não comi a quantidade que queria” (sujeito 07).

“Comi alimentos permitidos sem pesar” (sujeito 03).

“Comi sem controlar” (sujeito 04).

“Comi grande quantidade” (sujeito 05).

“A primeira coisa que encontrei – pacote de biscoitos cookies light. A porção era de cinco

biscoitos (30grs). Comi o pacote todo – 150 grs” (sujeito 08).

“..disparou a compulsão por coisas que tenho me privado” (sujeito 10).

Comi o permitido” (sujeito 09).

5.2.1.3 Núcleo de sentido: consequências

Neste contexto foram identificadas as consequências das ações adotadas para lidar com os estressores. Quatro categorias emergiram:

(1) - Afeto negativo: o afeto negativo pode ser uma das consequências quando a ação adotada não corresponde ao comportamento esperado.

“Me senti enjoada e arrependida. Melhorou parcialmente” (sujeito 01).

“frustração, impaciência” (sujeito 03).

“Isso me deixou um pouco deprimido” (sujeito 06).

“Culpa” (sujeito 10).

(2) - Controle: esta categoria se refere á sensação de controle que os sujeitos tiveram como consequência da ação adotada.

“Comi pouco”. (sujeito 02)

“Não comi a quantidade que queria e me senti no controle” (sujeito 07).

“... eu me preveni me alimentando e durante, escolhi um prato light” (sujeito 09).

(3) - Julgamento: esta categoria surge quando os sujeitos mencionam sensações desconfortáveis (resultado das suas ações), as quais sugerem autojulgamento ou julgamento de terceiros.

“Acabei sonhando com a diretora do centro de emagrecimento. Quando lembrei o sonho fiquei espantada como aquela sensação tinha ficado dentro de mim (peso na consciência)”
(sujeito 04).

“Comi uma grande quantidade sob os olhos fiscalizadores de minhas tias com quem moro sempre apontando pro prato e dizendo: “que dieta” (sujeito 05).

“... me deixou um pouco deprimido e com a consciência pesada” (sujeito 06).

“sensação de culpa” (sujeito 10).

5.2.2 Após intervenção

5.2.2.1 Núcleo de sentido: estressores (gatilhos)

Estes estressores que emergiram das descrições feitas pelos participantes após a intervenção foram os mesmos identificados nas descrições anteriores à intervenção. São eles:

(1) - Eventos sociais:

“Em minha casa organizei o aniversário de 8 anos da minha filha...” (sujeito 01)

“Na última quarta-feira fui convidado para o aniversário de um colega de trabalho”

(sujeito 06).

(2) - Disponibilidade do alimento:

“... dentre as guloseimas o meu marido comprou a mais tentadora. A torta de chocolate”

(sujeito 01).

“... era um jantar e o prato era lasanha” (sujeito 06).

“... em casa na hora do jantar” (sujeito 08).

“Foi diante das comidas típicas juninas, mesa repleta, tinha todas. Foi em casa...”

(sujeito 09).

“... estava no trabalho e tudo que eu via era as pessoas comendo, uma mulher que vendia

sequilhos...” (sujeito 10)

(3) - Afeto negativo:

“... e ansiedade...” (sujeito 02).

“Com minha mãe quando ela demonstrou o quanto se incomodava com o meu emagrecimento”. “Também fiquei incomodada” (sujeito 03).

“... triste mesmo...” (sujeito 04).

“Fiquei muito ansioso e inseguro” (sujeito 05).

“Insegurança” (sujeito 06).

“Situação familiar me deixou bastante angustiada”... (sujeito 07).

“... ansiosa por conta de problemas de saúde...” (sujeito 10).

(4)- Afeto positivo:

“... o prazer de cada pedaço...” (sujeito 01).

(5)- Restrição física:

“Eu estava dirigindo e enfrentei um grande engarrafamento...” (sujeito 02).

“... fiquei impedida de malhar por um período... em casa de repouso...”.

(sujeito 08).

(6) - Sobrecarga física:

“... cheguei em casa do trabalho que foi estressante... Estava sem energia ... com dor de cabeça...” (sujeito 04).

“... estresse... privação do sono” (sujeito 05).

“... cansaço, estresse e muito tempo em jejum – fome” (sujeito 08).

5.2.2.2 Núcleo de sentido: ações

No contexto das ações houve mudança em relação às apresentadas antes da intervenção. Emergiram novas ações: “respirar” e “mudar o foco”. “Respirar” diz respeito ao exercício de meditação praticado na intervenção e “Mudar o foco” à estratégia de levar o foco da atenção para algo que pudesse se constituir em uma solução favorável.

(1) - Comer:

“Comi... Sequer tentei resistir. O problema surgiu de forma mais concreta nos dias subsequentes, aquela sobra maravilhosa guardada na geladeira. Comer em um dia, tudo bem, mas de forma recorrente requer controle” (sujeito 01).

“... coloquei na mesa tudo o que podia comer, geralmente como menos. Comi tudo o que podia. Em outros tempos, não colocaria na mesa, iria comendo sem pensar e na frente da televisão” (sujeito 04).

“No início tentei não aceitar o prato, mas com o tempo acabei comendo um pedaço da lasanha” (sujeito 06).

“... consegui não comer. Porém, quando cheguei em casa a sensação voltou e comi um pouco mais. Mas, fiquei na medida..” (sujeito 10).

(2) - Respirar:

“Usei a técnica de respirar e me afastar. O desejo era forte e o controle insuficiente” (sujeito 01).

“... comecei a prestar atenção à respiração...” (sujeito 02).

“Depois do banho tentei meditar, mas não consegui. O que consegui um pouco foi dar uma pequena pausa, respirar...” (sujeito 04).

“... antes me jogava para a comida, mas desta vez respirei...” (sujeito 07).

“... meditei...” (sujeito 09).

(3) – Mudar o foco:

“... pude perceber que estava conseguindo separar as frustrações dela das minhas...”

(sujeito 03).

“... tomei banho... pausa” (sujeito 04).

“Imediatamente convidei meu primo a irmos no mercado, compramos alguns itens... Me preveni com alimentos da dieta disponíveis” (sujeito 05).

“... e procurei olhar a situação de fora para poder tomar alguma atitude...”.

(sujeito 07).

“... pensei... pesi...” (sujeito 09).

“Levantei-me, sai com a desculpa de que pegaria algo no carro e fiquei um tempo do lado de fora... quando cheguei em casa a sensação voltou e comi um pouco mais” (sujeito 10).

5.2.2.3 Núcleo de sentido: consequências

(1)- Afeto negativo:

“Cada dia que comia um pedaço de torta, sentia uma culpa profunda, mal estar, enjoo e tristeza” (sujeito 01).

“Me senti muito chateado depois disso” (sujeito 06).

“... culpa...” (sujeito 08).

(2)-- Bem-estar:

“... relaxei e obtive a sensação de saciedade da fome da ansiedade, e me acalmei, ao chegar em casa me senti aliviada por ter conseguido lidar com a situação positivamente” (sujeito 02).

“... não deixando que a fuga para comer biscoitos me dominasse... me senti vitoriosa”

(sujeito03).

“Dormi... relaxei” (sujeito 04).

“... me senti aliviado” (sujeito 05).

“... não cometi exageros. Ufa! Consegui! Alívio e sensação de conquista/vitória”

(sujeito 09).

6 DISCUSSÃO

O objetivo primário deste estudo foi comparar as estratégias de *coping* utilizadas por sujeitos em fase de manutenção do peso antes e depois da intervenção com a meditação *mindfulness*.

De acordo com os resultados apresentados neste trabalho, pode-se dizer que após a intervenção houve mudança na utilização das estratégias de *coping* para lidar com o estresse em relação à comida, a qual favoreceu o bem-estar, o controle e agregou novos recursos para o enfrentamento das situações.

A estratégia de *coping* mais utilizada pelos sujeitos desta pesquisa antes da intervenção foi a de fuga-esquiva, cujo propósito é diminuir as sensações de desconforto emocional e evitar o problema. Essa alternativa é utilizada para regular as emoções que o evento estressor desencadeia e é comum nos casos em que o indivíduo não dispõe de repertório suficiente para atender às demandas da situação. Segundo vários autores, o uso dessa estratégia é um preditor para o reganho do peso e essa está associada à ruminação mental.^{30,33,34,35,81,108} Neste trabalho, o comer para evitar o desconforto da situação de estresse foi a ação mais usada antes da intervenção.

As narrativas dos sujeitos 01, 03, 08 e 10 antes da intervenção evidenciaram o quanto a comida se constituía ao mesmo tempo em fonte de estresse e ferramenta de distanciamento temporário das emoções. Quando as emoções excedem a capacidade de manejo do indivíduo, a comida passa a ser uma estratégia de *coping* para lidar com o estresse.¹⁰⁹

Narrativas semelhantes são encontradas no trabalho de Mattos¹⁰⁸, no qual o sujeito “Renata”, a qual apresentou o IMC na faixa de obesidade I, refere-se a esta estratégia como válvula de escape:

“Pois é, tudo, talvez tristeza, ansiedade, frustração, raiva, qualquer coisa me levava a comer, talvez algumas coisas me levavam a mais, outras coisas me levavam a menos.”

“... é alguma coisa que acontece na minha vida assim que eu não sei me relacionar muito, né, seja uma tristeza, seja tá puta com alguma coisa. E aí eu não processo aquilo, aí entra e sai sob a forma de eu pegar alguma coisa pra come”.

“Mas eu acho que, assim, se tem alguma coisa em comum em tudo, é entrar num mecanismo assim de ansiedade, de uma coisa automática, de não pensar e ir fazendo, uma coisa meio compulsiva de comportamento.”

Denomina-se alimentação emocional aquela utilizada como mecanismo de enfrentamento e manejo das emoções negativas. Essa está associada ao consumo alimentar, geralmente além da medida, e é considerada uma estratégia de *coping* que aumenta o risco de o indivíduo desenvolver desordens alimentares, caso seja adotada frequentemente.¹⁰⁹

Tan e Chow, em pesquisa desenvolvida com 345 jovens adultos sobre o papel do estresse e da alimentação emocional na desregulação alimentar, chegaram à conclusão de que os sujeitos com baixa capacidade de responder aos sinais internos de fome e saciedade apresentam maiores índices de alimentação emocional. Eles sugerem que se possa considerar a necessidade de treinar os indivíduos para desenvolverem uma maior percepção das sensações de fome e saciedade.¹⁰⁹

O estresse incontrolável altera padrões alimentares e eleva o consumo de alimentos hiperpalatáveis, com alto teor de gordura e açúcar, ou de “*comfort food*” (alimentos que proporcionam uma sensação de consolo ou um sentimento de bem-estar, geralmente com grande dose de açúcar ou outro que contenha carboidrato refinado e seja associado à infância).^{110,111,112} Nas narrativas dos sujeitos deste estudo alguns destes alimentos são os biscoitos, o chocolate, os bolos e as tortas.

Estes alimentos além de promover bem-estar e alívio imediatos parecem possuir qualidades que podem contribuir tanto para o desenvolvimento da dependência quanto para a recaída. Quanto a estas propriedades, embora existam dados que apontem nesta direção, ainda não há unanimidade entre os pesquisadores em relação ao aspecto viciante dessas.¹¹³

Nos trabalhos desenvolvidos por pesquisadores que avaliaram as diferenças entre os que obtiveram êxito na manutenção do peso e os que recaíram, encontrou-se maior propensão da utilização da estratégia fuga-esquiva no grupo dos que recaíram.^{30,34,35,38,81,108}

As estratégias com o mesmo percentual de utilização, em segundo lugar, antes da intervenção são: resolução de problema, reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade.

Neste estudo, após a intervenção em *mindfulness*, a estratégia de fuga-esquiva deixou de ser utilizada, o que sugere a incorporação de novas possibilidades de responder ao estresse, a ampliação dos recursos de enfrentamento dos sujeitos e a diminuição dos riscos de recaída. Este resultado é compatível com o encontrado em outros estudos baseados em *mindfulness*, atenção plena e autocompaixão.³⁸ Mantzios e Wilson constataram em seu trabalho que o aumento da atenção plena e da autocompaixão levou a uma diminuição da evitação (fuga – esquiva) e dos pensamentos negativos.¹⁰⁵ Semelhantes conclusões foram encontradas na revisão realizada por Zgierska, as quais sugerem a eficácia da *mindfulness* no tratamento da

evasão de enfrentamento (fuga – esquivia), na desregulação emocional, dentre outros que são preditores de recaída em uso de substância.⁹⁸

Outro resultado promissor, depois da intervenção, foi em relação à estratégia de resolução de problema que passou a ser a mais utilizada (20% antes da intervenção para 60% depois dessa). Isto constitui um ótimo indicador de sucesso neste grupo de manutenção do peso. Outros trabalhos na literatura também apontam entre os mantenedores do peso a presença de habilidades de resolução de problema e a capacidade de buscar novas soluções para enfrentar as situações de estresse.^{30,32,33,34,35}

Quando consideramos que a comida faz parte de nosso dia a dia e das diversas situações sociais e profissionais nas quais a oferta do alimento é abundante e geralmente nada adequada para quem se encontra em algum tipo de dieta ou com alguma restrição alimentar, percebemos a importância da estratégia de resolução de problema. Na pesquisa de Kayman *et al.* com três grupos: grupo controle, o dos sujeitos que nunca tiveram problemas de peso; grupo manutenção, o dos sujeitos obesos que emagreceram e estavam se mantendo no peso e o grupo recaída, o dos sujeitos que emagreceram e voltaram ao peso anterior - essa estratégia teve maior utilização pelos sujeitos dos grupo manutenção e controle, em relação ao grupo recaída.³⁸

Como visto nas narrativas dos sujeitos desta pesquisa e em outros estudos, os eventos sociais são importantes fatores de estresse. Em outro estudo relacionado à prevenção de recaída para comportamentos aditivos, os autores ressaltam que a maioria dos episódios de recaída pode ser agrupada em poucas categorias e dentre essas, as que envolvem influências sociais reúnem mais da metade das situações.^{6,41,115}

Os eventos sociais não podem ser excluídos definitivamente das vidas dos sujeitos. A estratégia de afastamento, cujo uso é ensinado e incentivado ao longo da fase do tratamento que corresponde ao descenso (emagrecimento), com o propósito dos sujeitos se distanciarem dos alimentos e situações que possam constituir gatilhos para o estresse, parece ser de grande valia nesta etapa. Contudo, ao ingressar na fase de manutenção do peso quando são reintroduzidos os alimentos “proibidos” até então, não se pode continuar mantendo em médio e longo prazo o afastamento das situações sociais e profissionais que envolvem comida. Faz-se necessário que esta estratégia seja substituída, pelo menos em parte, por outros recursos que venham a ser desenvolvidos e sejam encontradas novas formas de lidar com estes acontecimentos sejam encontradas.

Diante do exposto, a diminuição da estratégia de afastamento após a intervenção, pode ser justificada pelas novas estratégias de enfrentamento aprendidas pelos sujeitos com a intervenção da *mindfulness*, as quais ampliaram seus recursos para lidar com as situações sociais de que anteriormente se afastavam.

A *mindfulness* tem como fundamento a presença (atenção e consciência) momento a momento, sem se engajar na cadeia de sensações, emoções e pensamentos que emergem a todo o tempo. Em vez do afastamento, essa propõe o contato com as diversas dimensões do ser e do ambiente, com uma atitude receptiva, observadora, não julgadora e “desapegada”.^{19,72,78,81}

Quanto à reavaliação positiva, a qual se manteve na mesma posição, antes e após a intervenção, trata-se de um tipo de manejo focado na emoção o qual busca extrair algo da situação, que se configure como valoroso para o crescimento e mudança do sujeito. A *mindfulness* facilita a reavaliação positiva à medida em que permite um modo descentralizado de consciência a partir do qual novas avaliações cognitivas de si e do mundo podem se produzir.¹¹⁴

A aceitação de responsabilidade, também é um tipo de enfrentamento focado na emoção. Ao mesmo tempo em que pressupõe o envolvimento e a aceitação da forma como a realidade se apresenta, pode suscitar autorrepreensão e autocrítica; sua utilização foi diminuída após a intervenção, embora ficasse em terceiro lugar entre as adotadas, e pode revelar autojulgamentos depreciativos que levem à necessidade de “autopunição” e a desfechos não favoráveis.

Neste trabalho, essa estratégia esteve muito associada a esse aspecto, o qual remete à culpa e ao julgamento – não reforçados no treinamento em *mindfulness* - mas parece fazer parte das crenças dos sujeitos e do contexto sociocultural no qual estão inseridos. A aceitação é um dos princípios da *mindfulness* que foi estimulado ao longo da intervenção. Contudo, a assimilação do seu sentido, que difere de acomodação ou passividade, como alguns entendem, requer maior tempo de prática para favorecer melhores resultados.⁷⁸

O autocontrole é um tipo de *coping* focado na emoção, portanto implica em empreender esforços no sentido da regulação emocional, mesmo que isto signifique não expressar os sentimentos. Pode favorecer uma reação menos impulsiva ou automática, e é considerada uma estratégia passiva.

As duas últimas estratégias referidas inverteram suas posições antes e após a intervenção, diminuíram o afastamento e aumentaram o autocontrole. Pode-se atribuir

movimento ascendente em relação ao uso do autocontrole pode ser atribuído aos exercícios de atenção plena desenvolvidos na intervenção, através da respiração, das “pausas” e da observação antes de agir que favorecem ações menos impulsivas e menos automáticas.

O suporte social, do modo como se apresenta no inventário foi interpretado como a possibilidade de se buscar ajuda no momento em que a situação estressante estivesse sendo vivenciada e ficou evidente que este comportamento não é usual. No entanto, estes sujeitos estão engajados nos grupos terapêuticos do centro de emagrecimento e neles recebem suporte contínuo dos profissionais e dos seus pares. Com isto percebe-se que no contexto das suas vidas fora do tratamento, eles não estão usando regularmente este recurso. A probabilidade de recaída é maior quando o suporte social *in loco* é precário e as pressões ambientais excedem os recursos do sujeito para lidar com essas.³⁰

O confronto é uma estratégia focalizada no problema e se constitui de uma abordagem ativa da situação estressora com um enfrentamento agressivo e às vezes ofensivo. Pode vir a se configurar em um *coping* cujos resultados são desfavoráveis, caso envolva comportamentos arriscados e práticas danosas. Este fator se manteve inalterado após a intervenção.

As percepções e narrativas dos sujeitos antes e depois da intervenção revelam os gatilhos mobilizadores do estresse em relação à comida, as ações para lidar com esses e as consequências dessas.

O conhecimento das fontes de estresse é tão importante quanto o conhecimento das estratégias de *coping* que são utilizadas para lidar com os estressores, pois ao saber o que se constitui um gatilho no processo do estresse em relação à comida, é possível buscar e desenvolver, previamente, as ferramentas necessárias para enfrentá-los.

Identificar as situações de alto risco e desenvolver as habilidades de *coping* para aumentar o repertório de estratégias e diminuir a probabilidade de recaída é o caminho a ser percorrido por aqueles que buscam manter os resultados conquistados no processo de emagrecimento.

Os sujeitos desta pesquisa reconhecem a dificuldade de lidar com as pressões sociais para comer, experimentar, provar alimentos dos quais não podem fazer uso, seja por que extrapola as calorias permitidas na prescrição de manutenção, seja por que é um alimento que lhes desperta compulsão e descontrole. Nesta categoria de estressor estão os eventos sociais que combinam a comida “proibida” e as pressões sociais para comer.

Nestas situações mencionadas anteriormente, antes da intervenção, os sujeitos utilizaram a comida para enfrentar o estresse.

Outras fontes apontadas pelos sujeitos como geradoras de estresse foram as situações que envolviam restrições físicas e o sujeito estava impossibilitado de realizar atividades físicas, nas quais costumava descarregar as tensões, ou naquelas em que existia uma sensação de sobrecarga física. Ambas as situações favoreceram o comportamento de buscar a comida para aliviar o desconforto das sensações de estresse.

Os “gatilhos” se repetiam, ou seja, as mesmas situações que geravam estresse antes da intervenção continuaram a gerá-lo depois dessa. O que mudou depois da intervenção foi a nova possibilidade de lidar com o desconforto das sensações. A *mindfulness* ofereceu ferramentas alternativas de enfrentamento do estresse, o que favoreceu a diminuição do comportamento anterior de usar a comida para descarregar as tensões e relaxar.

Assim, espera-se que com a mudança de estratégia para lidar com a situação estressora, possa diminuir a tendência à recaída e ao reganho de peso inerente ao padrão comportamental de usar a comida para aliviar as tensões.

Ainda em relação aos estressores, os trabalhos de prevenção da recidiva apontam a presença do afeto negativo, especificamente a frustração e a raiva, em 1/3 das situações que disparam o comportamento de recaída.¹⁴³ Nas narrativas dos sujeitos desta pesquisa os afetos negativos também se constituíram gatilhos estressores importantes. Antes da intervenção os sujeitos apresentaram dificuldade para enfrentá-los e depois da intervenção, encontraram outras formas de lidar com eles, embora não tenha se tornado fácil.¹¹⁵

Nas narrativas dos sujeitos 01, 03, 04, 05, 06, 07 e 10 percebe-se uma mudança de atitude que revela ponderação e ausência de impulsividade. A possibilidade de se distanciar internamente da situação tornando-se observador sem se deixar sucumbir aos afetos negativos, foi algo desenvolvido nos exercícios praticados durante o treinamento em *mindfulness*.

O afeto positivo se constituiu em um estressor apenas para dois sujeitos desta pesquisa. Sensações de alegria, excitação e prazer, embora possam levar a comer, nesta amostra, não se constituiu como um estressor importante.

As consequências observadas pelos sujeitos da pesquisa em resposta ao tipo de estratégia que foi utilizada por eles para lidar com os diferentes estressores, antes e depois da intervenção, trazem elementos interessantes.

Quando usam a comida para lidar com a situação estressora, emergem os afetos negativos (culpa, tristeza, preocupação, raiva...) e estes mobilizam mais estresse e conseqüentemente maior risco de voltar a comer. O autojulgamento e o julgamento de terceiros em relação aos lapsos que ocorrem não favorecem melhores resultados.

As conseqüências das estratégias usadas no enfrentamento do estresse em relação à comida podem vir a se tornar novas fontes de estresse, ou não.

A partir da intervenção um repertório de novos comportamentos foi aprendido e incorporado. Isto possibilitou a ampliação dos recursos disponíveis para enfrentar as situações de estresse. Surgiu, então, o “bem-estar”, como uma nova categoria de conseqüências após o uso das novas estratégias.

Dentre as três correntes nas quais se baseiam a construção dos instrumentos que avaliam a qualidade de vida, está a teoria do bem-estar, a qual investiga como o sujeito reage subjetivamente às experiências de vida, como lida com os sofrimentos em busca de minimizá-los e de aumentar a satisfação pessoal.¹¹⁶

Portanto, o bem-estar psicológico é um dos parâmetros para se avaliar qualidade de vida; e pressupõe-se que quando existe bem-estar o estresse não está presente.

7. CONCLUSÕES

1 – A intervenção utilizando a *mindfulness* produziu mudanças no repertório de *coping* dos sujeitos para lidar com o estresse relacionado à comida.

2 – A estratégia mais utilizada depois da intervenção, a resolução de problema, sugere que os sujeitos desenvolveram habilidades de planejamento, de buscar soluções e de encontrar recursos facilitadores de *coping* na situação pesquisada.

3 – As fontes de estresse permaneceram as mesmas antes e depois da intervenção, o que evidencia a importância do treinamento para enfrentá-las.

4 – Os sujeitos deste trabalho encontraram novas formas de lidar com o estresse em relação à comida e deixaram de utilizar a estratégia de fuga-esquiva para evitá-lo.

8. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Considerando que este estudo tem algumas limitações como: amostra de conveniência, tamanho reduzido e ausência de grupo controle, não se pode testar hipóteses, nem extrapolar e generalizar os seus resultados para populações com perfil diverso da estudada.

Como o projeto inicial deste trabalho não previa uma abordagem predominantemente qualitativa, o instrumento de coleta de dados escolhido apresentou limitações quanto às possibilidades de captar um universo mais amplo de narrativas do sujeito.

A duração da intervenção, embora pequena, considerando-se que se tratou de uma mudança cognitiva e comportamental, foi suficiente para promover transformações significativas que podem servir de base para novos estudos e aprofundamentos.

Este estudo descortina um panorama no qual surgem novas perspectivas para abordar a questão da obesidade e sua recidiva, contemplando os aspectos psicológicos, cognitivo/comportamentais e sociais presentes na sua etiologia, o que poderá favorecer a prevenção e o tratamento das mesmas.

A partir destes resultados, para prosseguir neste campo de pesquisa, seria interessante investigar a *mindfulness* com uma população na fase de emagrecimento, por um tempo maior e com uma abordagem metodológica que aprofundasse as percepções e narrativas dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- 1** World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.
- 2** World Health Organization. Obesity and overweight. Factsheet. 2014; 311. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>
- 3** Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009.
- 4** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009. PNAN. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
- 5** Andrade MCB, Mendes MCC, Araújo MBL. Peso flutuante no tratamento de mulheres obesas. Arq Bras Endocrinol Metab. 2004; 48(2):276-81.
- 6** Marlatt AG, Donovan MD. Prevenção de Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª ed. Artmed; 2009.
- 7** Bronwell DK, Marlatt AG, Lichtenstein E, Wilson TG. Understanding and preventing relapse. American Psychological Association. 1986; 7(41):765-82.
- 8** Summar H, Jane PS, Roger CL, Habhab et al. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. Appetite. 2009; 52:437-44.
- 9** Lattimore P, Caswell N. Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. Appetite. 2004. 42:167-73.
- 10** Zuardi WA. Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. Disponível em: <<http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20>>
- 11** Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
- 12** Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. Psychosomatic Medicine. 1993; 55: 234-47.
- 13** Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. Annu. Rev. Psycho. 1993; 44: 1-21.
- 14** Cardoso R. *et al.* Meditation in health: an operational definition. Brain Research Protocols. 2004; (4): 58.
- 15** Cardoso R. Medicina e meditação: um médico ensina a meditar. 3ª ed. São Paulo: MG Editores; 2011.
- 16** Menezes BC, Dell’Aglia DD. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em psicologia: Revisão de Literatura. Psicologia Ciência e Profissão. 2009; 29(2): 276-89.

- 17** Vandenberghe L, Sousa AC. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Rev. bras.ter.cogn.* Rio de Janeiro, 2006; 2(1)
- 18** Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003; 10:144-56.
- 19** Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta Trade Paperbacks; 1990.
- 20** Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L; Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med.* 2003 Jan; 138(1):24-32.
- 21** Matos GFA, Moreira OR, Guedes PE. Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica. *Arq. Bras. Endocrinol Metabol.* 2003; 4(47).
- 22** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- 23** Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15 (1):185-94.
- 24** Bernardi F *et al.* Comportamento de restrição alimentar e obesidade Restrained eating behavior and obesity. *Rev. Nutr. Campinas,* 2005 jan/fev; 18(1):85-93.
- 25** Yoshino NL. O corpo em excesso e o culto da boa forma. In: Canesqui AM, org. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007. Cap. 4, p.111- 25.
- 26** Halpern ZSC, Rodrigues MDB, da Costa RF. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Rev. Psiqu. Clin.* 2004; 31(4):150-3.
- 27** Romero MEC, Zanesco A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. *Ver. Nutr., Campinas,* 2006 jan./fev.; 19 (1): 85-91.
- 28** Landeiro MF, Quarantini de CL. Obesidade: Controle neural e hormonal do comportamento alimentar. *Rev. Ci. med. biol., Salvador,* 2011 set./dez.; 3(10): 236-45.
- 29** Quaioti BCT, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP.* 2006; 17(4):193-211.
- 30** Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity.* 2003; 27: 955-62.
- 31** Teixeira *et al.* Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity vol.18 n. 4.* 725-735. 2010.

- 32** Vieira P *et al.* Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal e nos Estados Unidos: comparação de 2 Registos Nacionais de Controlo do Peso. *Rev. Port. Saúde Pública.* 2012; 30 (2):115-24.
- 33** McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Hill JO. Behavioral strategies of individuals who have maintained long-term weight losses. *Obes Res.* 1999 Jul; 7(4):334-41.
- 34** Chambers JA, Swanson V. Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *Br J Health Psychol.* 2012 May; 17(2): 223-43.
- 35** Reyes NR, Oliver TL, Klotz AA, Lagrotte CA, Vander Veur SS, Virus A, Bailer BA, Foster GD. Similarities and differences between weight loss maintainers and regainers: a qualitative analysis. *J Acad Nutr Diet.* 2012 Apr; 112(4):499-505.
- 36** Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev.* 2005 Feb; 6 (1): 67-85.
- 37** McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Lang W, Hill JO. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol.* 1999 Apr; 67(2):177-85.
- 38** Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006 Jun; 5(2):102-14.
- 39** Kayman S, Bruvold W, Stern SJ. Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *Am J Clin Nutr.* 1990; 52: 800-7.
- 40** Polivy J. Psychological Consequences of Food Restriction. *Journal of the American Dietetic Association.* 1996 June; 6(96): 589-92.
- 41** Ward A, Mann T. Don't mind if I do: disinhibited eating under cognitive load. *J Pers Soc Psychol.* 2000 Apr; 78(4): 753-63.
- 42** Marlatt AG, Parks AG, Witkiewitz K. Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy: a guideline developed for the behavioral health recovery management project. Addictive Behaviors Research Center. Dept^o Psychology. December 2002.
- 43** Lipp, MN. O modelo quadrifásico do stress. In: Lipp, MN. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- 44** Antoniazzi SA, Dell'Aglio DD, Bandeira RD. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia.* 1998; 3(2): 273-94.
- 45** Folkman, S. *et al.* Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1986; 5(50):992-1003.

- 46** Antoniazzi AS. Desenvolvimento de instrumentos de coping em adolescentes brasileiros [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, 1999.
- 47** Savoia GM. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). Rev. psiquiatr. clín. São Paulo, mar./abr. 1999; 26(2):57-67.
- 48** Bryony AB. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. Journal of child Psychology and Psychiatry. 1994; 1(35):171-209.
- 49** Billings AG, Moos RH. Coping stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology. 1984; 4(46):877-91.
- 50** Savoia MG, Meijas NP, Santana PR. The adaptation of coping strategies inventory by Folkman and Lazarus into portuguese, Psicologia USP. São Paulo, 1996; 1/2(7):183-201.
- 51** Folkman S, Lazarus S R. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior. 1980 Sep.; 3(21):219-39.
- 52** Folkman S, Lazarus S R . If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination Journal of Personality and Social Psychology. 1985; 1(48):150-70.
- 53** Rezende FF. Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de *coping* em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica [mestrado]. Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.
- 54** Tomaz R. Personalidade e *coping* em pacientes diagnosticados com transtornos alimentares e obesidade [mestrado]. Goiânia, 2008.
- 55** Santos AF *et al.* Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. Interação em Psicologia. 2006; 10(1):63-73.
- 56** Ravagnani LMB, Domingos NAM, Myiazaqui MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estudos de Psicologia. 2007; 12(2):177-184.
- 57** Santos QN. Estratégia de enfrentamento (*coping*) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2013 Jul./Dez.; 21(2):40-7.
- 58** Hallberg I, Ek1 AC, Toss G, Bachrach-Lindström M. A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture. BMC Nursing. 2010; 9(7).
- 59** Chaves BL, Mendes TN. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. Psicologia Hospitalar. 2013; 11(1):25-51.
- 60** Nascimento NA *et al.* Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(4):789-94.

- 61** Medeiros VCC, Peniche ACG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):86-92.
- 62** Chaves EC, Cade NV. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com hipertensão. *Rev.bras. ter. comport. Cogn. São Paulo*, 2002; 1(4).
- 63** Vivan AS, Argimon ILL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2009; 25(2): 436-44.
- 64** Savóia MG, Bernik M. Adverse life events and *coping* skills in panic disorder. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 2004; 59(6):337-40.
- 65** Rodrigues AB, Chaves EC. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(1).
- 66** Costa ALS, Chaves EC. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4): 507-14
- 67** Martins LAGO. Obesidade e morbidade psicológica: psicopatologia, alterações da personalidade, estratégias de *coping* [mestrado]. Portugal, 2011.
- 68** Marcos YQ, Cantero MCT. Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2008; 2(40): 259-80.
- 69** Camargo MAGF. *Coping* e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo [doutorado]. São Paulo, 2013.
- 70** Mensorio MS. Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico [mestrado]. Brasília, 2013.
- 71** Negromonte MRO, Araújo TCCF. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 mar./abr.; 19(2): [07 telas].
- 72** Bishop *et al.* Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and Practice*, American Psychological Association. 2004;4(3).
- 73** Lutz *et al.* Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*. 2008; 12(4):163-9.
- 74** Wallace RK. Physiological effects of transcendental meditation. *Science*. 1970; 167:1751-4.
- 75** Canter P. The therapeutic effects of meditation. *BMJ*. 2003; 326:1049-50.
- 76** Kozasa EH. Efeitos de exercícios respiratórios e de um procedimento de meditação combinados SIDDHA SAMADHI YOGA-SSY9 em voluntários com queixa de ansiedade

[doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2002.

77 Joshi AA. Effects of meditation training on attentional networks: a randomized controlled trial examining psychometric and electrophysiological (EEG) measures. [doutorado]. University of Oregon. Department of Human Physiology, 2007.

78 Kristeller JL. Mindfulness meditation. In P. Lehrer, R.L. Woolfolk & W.E. Sime. Principles and Practice of Stress Management. 3^a Ed. New York: Guilford Press. 2007. Chapter 15.

79 Teasdale JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. Behav Res Ther. 1999 Jul; 37(suppl 1): 53-77.

80 Roemer L, Borkoveck TD. Effects of suppressing thoughts about emotional material. Journal of Abnormal Psychology. 1994 Aug; 3(103):467-74.

81 Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review, Clinical Psychology: science and practice. 2003 Summer; 2(10).

82 Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behavior Therapy. 2004; 35:639-65.

83 Langer EJ. Mindfulness. Reading, MA: Addison Wesley; 1989.

84 Hölzel KB, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti MS, Gard T, Lazar WS. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatric Research: Neuroimaging. 2011; 191(1):36.

85 Davidson R, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Laboratory for affective neuroscience. Psychosomatic Medicine. 2003; 65: 564-70.

86 Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. Psychological Inquiry. 2007; 4(18):211-37.

87 Neale MI. An integration of perspectives from buddhism, science and clinical psychology [doutorado]. Califórnia, 2006.

88 Carlson *et al.* Mindfulness-Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life, Mood, Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatients. Psychosomatic Medicine. 2003 July; 4(65):571-81.

89 Fruzzetti, AE, Iverson KM. Mindfulness, acceptance, validation, and “individual psychopathology in couples. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. 2004;168-91.

90 Carson *et al.* Mindfulness-Based Relationship Enhancement. Behavior Therapy. 2004; 35:471-94.

- 91** Hardt, J., Schultz, S., Xander, C., Becker, G. & Malgorzata, D. The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality. *SciRes.* 2012; 3(1):116-22.
- 92** McKay, M.; Wood, J. C. & Brantley, J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness and distress tolerance. New Harbinger: Raincoast Books; 2007.
- 93** Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In Germer CK, Siegel RD, & Fulton PR (Eds.) *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2005. p. 3-27.
- 94** Weinhold KR. The impact of an experimental introduction of mindfulness to registered dietitians. Ohio: Thesis Bachelor of Science; 2010.
- 95** Goyal M *et al.* Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being. A systematic review and meta-analysis. *Jama Intern Med.* 2014.
- 96** Ospina MB, Bond TK, Karkhaneh M, et al. Meditation Practices for Health: State of the Research. Evidence Report/Technology Assessment. Rockville. 2007; 155.
- 97** Zgierska A *et al.* Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study. *J Addict Med.* 2008 September; 2(3):165-73.
- 98** Zgierska A, Marcus MT. Editorial Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 2. *Subst Abus.* 2010 April; 31(2):77-8.
- 99** Garland EL *et al.* Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *J Soc Work Pract Addict.* 2012 July; 12(3):242-63.
- 100** Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology.* 1999; 3(4):357-63.
- 101** Ando M *et al.* A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer.* 2011; 19:929-33.
- 102** Morone NE *et al.* "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain.* 2008 September; 9(9):841-8.
- 103** Keyworth C *et al.* A Mixed-Methods Pilot Study of the Acceptability and Effectiveness of a Brief Meditation and Mindfulness Intervention for People with Diabetes and Coronary Heart Disease. *Behavioral Medicine.* 2014; 40(2):53-64.
- 104** Hertenstein E et al. Mindfulness based cognitive therapy in obsessive compulsive disorder a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry.* 2012; 12(1):185.
- 105** Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: a novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health.* 2014; 4(29):422-41

- 106** Minayo MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010. (Coleção temas sociais).
- 107** Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
- 108** Mattos JM. Os aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares na constituição da subjetividade de mulheres portadoras destes distúrbios [mestrado]. Rio de Janeiro: UFRJ/EICOS; 2006.
- 109** Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*. 2014; (66):1-4.
- 110** Yau YHC, Potenza MN. Stress and Eating Behaviors. *Minerva Endocrinol*. 2013 September; 38(3):255-67.
- 111** Berthoud H-R, Lenard NR, Shin AC. Food reward, hyperphagia, and obesity. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2011; 300: 1266-77.
- 112** Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry*. 2013 May; 73(9):827-35.
- 113** Ifland *et al*. Refined food addiction: a classic substance use disorder. *Med Hypotheses*. 2009 May; 72(5):518-26.
- 114** Garland E *et al*. The role of *mindfulness* in positive reappraisal. *Explore*. 2009; 5:37-44.
- 115** Bowen S *et al*. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide. USA: The Guilford Press; 2011.
- 116** Minayo MC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.

ANEXOS

Anexo 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

As pesquisadoras Dr^a Manuela Garcia Lima, psiquiatra, e Norma Suely Braga Facchinetti, psicóloga, estão iniciando a pesquisa sobre **O EFEITO DA MEDITAÇÃO *MINDFULNESS* NAS ESTRATÉGIAS PARA SE LIDAR COM O ESTRESSE EM RELAÇÃO À COMIDA**. Esta pesquisa tem como objetivo identificar a correlação entre a técnica da meditação *mindfulness* (atenção plena) e as estratégias para se lidar com o estresse em relação à comida, em indivíduos sob tratamento para emagrecimento.

A pesquisa será realizada com indivíduos matriculados no Centro Terapêutico Máximo Ravenna (CTMR) da cidade do Salvador/BA que estão em fase de manutenção do peso. Sua realização será no CTMR em horário das atividades padrão, para evitar despesas adicionais. Serão 8 encontros semanais, com 1 hora e meia de duração, durante 2 meses, em grupo de até 18 pessoas. Este procedimento será realizado em sala privativa, onde os indivíduos meditarão sentados em cadeiras convencionais, de olhos fechados, em silêncio, com a orientação da psicóloga Norma Facchinetti. Esta pesquisa envolve um risco mínimo relacionado à possibilidade da meditação trazer à consciência conteúdo emocional mobilizador. Caso isto aconteça, a pesquisadora psicóloga dará o suporte terapêutico gratuitamente, no CTMR.

Estamos convidando-o a participar, consentindo que tenhamos acesso aos seus dados clínicos, como peso, IMC, medicações. Que responda a perguntas de identificação pessoal como naturalidade, idade, raça, estado civil, escolaridade, nº de filhos, ocupação profissional, renda familiar, hábitos de vida, se faz ou fez psicoterapia, uso de substâncias, fumo, data de ingresso no CTMR e responda a um Inventário de Estratégias para lidar com o Estresse, antes e após a intervenção. Todos os dados serão coletados pela psicóloga pesquisadora.

A sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo. Esta autorização abrange a revelação dos dados coletados. Na divulgação dos resultados da pesquisa seu nome será mantido em sigilo. Caso tenha alguma dúvida, poderá consultar as pesquisadoras pelos telefones 71-32618367 ou 71-33518986 e ainda ligar em caso de dúvida ou denúncia para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pelo telefone 71-21012944 ou a ele se dirigir diretamente, na Rua Frei Henrique, 8, Nazaré, Salvador, Bahia, CEP: 40050-420.

Autorização:

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito e receberei uma via deste termo.

Salvador, ____ de _____ de _____



Impressão Digital

Assinatura do participante

Assinatura das pesquisadoras

Dados do orientador/pesquisador:

Manuela Garcia Lima

Av. Anita Garibaldi, 1477, Centro Médico Alexander Fleming , sala 106, Ondina - Salvador-Bahia
CEP 40170-130; Tel: 71-32618367- e-mail:limamn@terra.com.br

Norma Suely Braga Facchinetti

Av. ACM, 811, sala 507, Itaigara - Salvador-Bahia CEP 41825-000; Tel: 71-3351-8986 -
email:normafacchinetti@gmail.com

Anexo 2

Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior estresse em relação à comida, que você vivenciou recentemente, na última semana. Faça uma breve descrição da situação incluindo quem estava envolvido, o local onde ocorreu, como você se sentiu e o que aconteceu.

A seguir você vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de estresse.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação de estresse relacionada à comida:

- 0. não usei a estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3

19. Disse a mim mesmo (a) algo que me ajudasse a me sentir bem.	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa, de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive o meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes da próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3

55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo (a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

Adaptada no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996)

Anexo 3

Ficha de Coleta de Dados

Data: ___/___/___

Nome: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Data nascimento: ___/___/___ Naturalidade: _____

Sexo: Fem Masc Cor: Branca Preta Parda Amarela Estado civil: Solteiro Casado Como Casado Divorciado/Separado Viúvo Nº de filhos: Escolaridade: Médio Superior Pós Graduação
Outro _____Atividade ocupacional: Estudante Dona de Casa Professor Profissional Liberal
Empresário Aposentado Comerciarior Bancário Servidor Público Executivo
Outros _____Renda Familiar (Salários Mínimos): abaixo de 5 5 - 10 10 - 20 acima de 20

Data ingresso no CTMR: ___/___/___ Peso inicial: _____ IMC: _____

Data ingresso manutenção: ___/___/___ Peso: _____ IMC: _____

Peso e IMC no início da intervenção: _____

Peso e IMC no final da intervenção: _____

Faz uso de medicação: Sim Não Qual(is): _____Faz uso de álcool: Sim Não Frequência: Diária Semanal Eventual Mensal Faz uso de drogas: Sim Não Qual (is): _____Frequência: Diária Semanal Eventual Mensal Fumo: Sim Não Uso: 1 a 10 cigarros/dia 11 a 20 cigarros/dia mais de 20 cigarros/dia Pratica ou praticou algum tipo de meditação: Sim Não

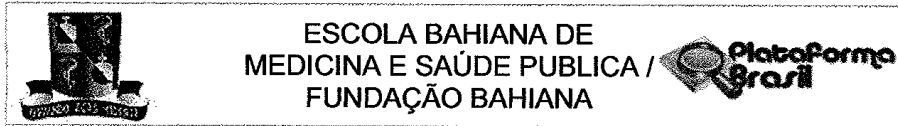
Qual: _____

Quando e com qual frequência: _____

Fez ou faz psicoterapia: Sim Não Quando e por quanto tempo: _____Pratica alguma atividade física: Sim Não Modalidade: Musculação Pilates Corrida Futebol Dança Yoga Outros ()

Quanto tempo: _____ Qual frequência: _____

Anexo 4



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Efeito da Meditação Mindfulness nas Estratégias para Lidar com o Estresse em Relação à Comida

Pesquisador: MANUELA GARCIA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11827312.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 233.797

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

A medicina comportamental e a psicologia cognitiva-comportamental têm investigado, nas últimas décadas, o efeito da meditação mindfulness em diversas doenças que trazem o estresse associado à sua etiologia. Os resultados obtidos nestes estudos apontam favoravelmente para o uso desta técnica, como ferramenta terapêutica complementar, no tratamento de várias destas doenças. Apesar das evidências, que relacionam a diminuição do estresse e da ansiedade à sua aplicação, os benefícios advindos da prática desta meditação ainda precisam ser mais amplamente estudados e a sua investigação estendida às patologias vinculadas ao estresse, que apresentam uma alta prevalência na atualidade, como é o caso da obesidade e da sua recidiva.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a correlação entre a técnica da meditação mindfulness e as estratégias de coping para lidar com o estresse em relação à comida.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil dos pacientes quanto aos comportamentos utilizados no enfrentamento do estresse em relação à comida antes e após à intervenção. Comparar o perfil dos pacientes dos grupos com e sem intervenção, antes e após três meses.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, Nº 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo as autoras é possível que aconteçam desconfortos relacionados ao tempo de imobilidade na mesma posição sentada, inquietação pelo silêncio prolongado, constrangimento no caso de aflorarem emoções que provoquem choros; constrangimento por ruídos involuntários: tosses, espirros e roncos.

Benefícios: Os benefícios esperados neste estudo estão relacionados à diminuição do estresse e à adoção de estratégias mais adaptativas e eficazes para lidar com a comida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto parte da hipótese nula de que a meditação não produz mudança nas estratégias de coping para lidar com o estresse em relação à comida. E da hipótese alternativa que a meditação produz mudança nas estratégias de coping para lidar com o estresse em relação à comida.

Trata-se de um estudo de intervenção randomizado, cuja amostra composta de voluntários, sorteados para compor um grupo de intervenção e um grupo de comparação. - Instrumentos - Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman, adaptado para o português por Savóia et al., para identificar como o paciente enfrenta situações de estresse relacionadas à comida. Trata-se de questionário de autoavaliação, autoaplicável, composto de 66 itens, os quais englobam pensamentos, ações e estratégias usadas para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico.

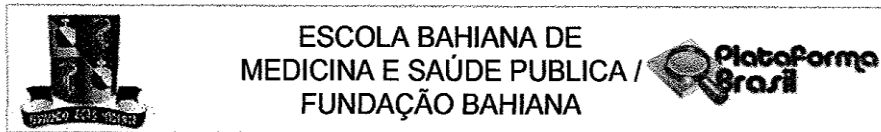
- Ficha para fins de coleta de dados sociodemográficos, no início do tratamento de emagrecimento, experiências anteriores e atuais com qualquer tipo de meditação, estar ou ter passado por tratamento psicoterápico e prática de atividade física.

Coleta de dados: O convite para os indivíduos em manutenção do peso para participar da pesquisa será divulgado no CTMR, nos diversos grupos terapêuticos e em cartazes nos espaços da clínica. Aqueles que se interessarem receberão esclarecimentos e informações sobre a pesquisa; os que aceitarem participar e preencherem os critérios de inclusão-exclusão assinarão o TCLE, passarão pela entrevista inicial para coleta dos dados

sociodemográficos e responderão ao Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman²⁰. Serão formados dois grupos, de forma aleatória, por ordem de chegada. Serão sorteados os participantes dos grupos de intervenção e de comparação por meio de processo de randomização simples. Os indivíduos do grupo intervenção continuarão a frequentar as atividades do CTMR e passarão pelas práticas de meditação mindfulness.

No último dia da intervenção responderão novamente ao inventário. O trabalho será realizado em grupos de 18 participantes, no máximo, com encontros semanais de uma hora e meia de duração, pelo período de três meses, em um total 12 encontros. A assiduidade dos participantes será registrada. Os indivíduos do grupo comparação continuarão a frequentar as atividades do CTMR e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, Nº 275
Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br



responderão ao Inventário de Estratégias de Coping na entrevista inicial e após três meses. Serão informados de que estão

em uma lista de espera e posteriormente participarão do programa de meditação mindfulness, conforme prometido. Os encontros serão em uma sala privada do CTMR, na qual os indivíduos meditarão sentados em cadeiras convencionais, após receberem a orientação devida. Após cada exercício, será disponibilizado um tempo para compartilhamento das experiências e os esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Critério de Inclusão: Pacientes do Centro Terapêutico Máximo Ravenna, maiores de 18 anos, que passaram por tratamento de emagrecimento não cirúrgico e se encontram na fase de manutenção do peso corporal, podendo estar ou não em uso de medicação psicotrópica.

Critério de Exclusão: Indivíduos com diagnóstico de psicose e indivíduos que não aceitem participar ou que não assinem o termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS DADOS Espera-se que, após as doze sessões de meditação mindfulness, os indivíduos possam aumentar suas respostas de coping adaptativas e de afirmação e/ou diminuir as respostas de evitamento e negação para lidar com o estresse em relação à comida. Variável preditora: meditação mindfulness Variável de desfecho: estratégias de coping Após coletados, os dados serão armazenados e analisados através do SPSS versão 16.0. Realizar-se-á análise descritiva das variáveis quantitativas (médias e respectivos desvios -padrão) e das variáveis categóricas (frequências relativas). Para a análise analítica aplicar-se-á o teste t student para comparar os escores do Inventário de Estratégias de Coping entre os grupos de intervenção e comparação. Aplicar-se-á o teste de quiquadrado para comparar as variáveis categóricas entre os grupos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de Rosto e a autorização da instituição em que será realizada a pesquisa estão devidamente assinadas.

Cronograma adequado

TCLE foi modificado de forma satisfatória com endereço da Pesquisadora e telefone correto do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, Nº 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 01 de Abril de 2013

Assinador por:
Roseny Ferreira
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, Nº 275

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br