

# OBESIDADE: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE ALTO RISCO\*

Terezinha de Jesus Smokowicz\*\*

## RESUMO

Este trabalho de pesquisa teve como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas nas situações de alto risco de recaída, por pessoas que fazem dietas. Foi realizado levando-se em conta a sugestão da literatura atual, que coloca a questão da escassez de pesquisas acerca do tema, dirigidas especificamente à obesidade. Efetivou-se em duas fases: a) Fase I, na qual participaram catorze sujeitos no estágio de manutenção. Foram selecionadas as situações que consideram de maior risco de recaída, em seis tipos de situações; b) Fase II, na qual foi aplicado um questionário elaborado a partir das situações de risco selecionadas na Fase I, que foi respondido por seis sujeitos, também no estágio de manutenção, e complementado com entrevistas individuais. Os dados obtidos foram analisados e as estratégias de enfrentamento foram categorizadas em: A - Discriminar as sensações corporais de fome e saciação; B - Fazer planejamento

---

\* Monografia apresentada para conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Behaviorismo, sob orientação das Professoras Maria Zilah S. Brandão - Universidade Estadual de Londrina - PR, e Yara K. Ingberman - Universidade Federal do Paraná.

\*\* Psicóloga do Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná.

alimentar; C - Discriminar as relações de contingências; D - Autoverbalização; E - Comportamentos alternativos; E - Vivência adequada de emoções; G - Recusar alimentos inadequados em situações sociais; H - Auto-reforçamento. Observou-se que nas situações Tipo II - lidar com situações difíceis, e Tipo IV - lidar com problemas físicos ou psicológicos, predominou a utilização da estratégia E - Vivência adequada de emoções. E nas situações do Tipo I - lidar com emoções negativas, Tipo III - lidar com a diversão e o prazer, Tipo V - lidar com o hábito de comer em excesso e Tipo VI - lidar com o tratamento, teve maior frequência a utilização da estratégia de enfrentamento C - Discriminar as relações de contingências. A alta frequência na utilização desta última estratégia sugere a importância da aprendizagem da mesma, pois possibilita o autocontrole, que é um aspecto extremamente importante para o tratamento da obesidade.

A obesidade evidencia-se no ser humano há mais de 12.000 anos. Isso pode ser constatado em esculturas do período paleolítico superior, como nas denominadas “Vênus de Willendorf” e “Vênus de Savinhano”, que mostravam um corpo feminino volumoso (CORDÁS, 1993).

Observa-se, nos fatos referentes à história sociocultural, a influência dos costumes sociais, podendo-se dizer que a obesidade pode aumentar ou diminuir de acordo com o período histórico (CUNHA, 1985). Por exemplo, qualquer modelo profissional de hoje seria considerada desnutrida há alguns anos, quando Marilyn Monroe era o símbolo de beleza. E a obesidade pode flutuar, também, de acordo com o nível econômico. Nas sociedades em desenvolvimento, ela aumenta com a ascensão aos bens materiais e o acréscimo de alimento disponível (BROWN e KONNER, 1987; PAWSON, e TROWEL, 1981 *apud* SORAL e SPUNKARD, 1989).

Nas décadas de 30 e 40 deste século, com a descoberta das vitaminas e aminoácidos, houve uma significativa mudança nos hábitos alimentares (CUNHA, 1985).

Esta mesma autora cita STUART e DAVIS (1972), que consideram o fato de que o comportamento de comer assumiu caráter recreativo, estendendo-se com a chegada e consumo de guloseimas, cafezinhos e lanches em frente à televisão, e almoços e jantares festivos. Também houve mudanças nos padrões de gastos de energia, com o surgimento do automóvel e dos eletrodomésticos.

A obesidade é considerada um dos mais sérios problemas de saúde de natureza nutricional, mas há diferenças entre os autores para determinar o que é a obesidade. Segundo o Serviço de Saúde Americano (1965), “a obesidade é uma condição corporal marcada pelo depósito generalizado e excessivo de gordura” (CUNHA, 1985).

Segundo MARLATT (1993), uma forma atual de enfocar a questão é considerar a obesidade como uma forma de adicção, compreendida por dois modelos: o *modelo do doença*, que leva em conta a influência de forças psicológicas internas como compulsões e fissuras, contra as quais não há resistência, e o *modelo de padrões de hábitos adquiridos*, em que a ingestão alimentar inadequada é considerada como um “mau hábito” que foi aprendido e pode ser analisado e modificado. No segundo caso, a compreensão implica o estudo dos fatores que o determinam, ou seja, dos antecedentes situacionais, crenças e expectativas, história familiar e experiências de aprendizado do comportamento de alimentar-se.

Muitas vezes, o comportamento adicto é realizado em situações estressantes. Por exemplo, comer quando se está solitário ou aborrecido. Quando ocorrem desta forma, esses comportamentos representam mecanismos de enfrentamento mal-adaptados, isto é, levam a conseqüências negativas posteriores para a saúde, estado social e auto-estima.

Existem muitas maneiras de se detectar a presença da obesidade, embora alguns autores defendam a idéia de que a observação da estrutura óssea, musculatura e distribuição da gordura sejam mais importantes que o uso de tabelas que indicam o peso “ideal” (SELIGMANN, 1995), sendo esta utilização muito comum na prática.

Entre as maneiras mais simples para se detectar a obesidade, estão o “teste do espelho”, o “teste do twist” e o “teste da régua” (CUNHA, 1985).

Dentre algumas das medidas antropométricas, que são utilizadas nas pesquisas, cita-se o “teste de 36 mágico”, o “teste de Pinch”, “medidas de pregas cutâneas” e o “índice de Broca” (CUNHA, 1985).

Quanto aos fatores que determinam a obesidade, observa-se que, nos anos 50, foi considerado que um problema psicológico, um distúrbio da personalidade, e conflitos intrapsíquicos eram representados pelo comer em excesso. Tais atribuições levavam em consideração os conceitos freudianos. No início dos anos 60, os terapeutas do comportamento consideraram a obesidade como o resultado da má adaptação de hábitos alimentares. Nos anos 80, prevaleceu a questão genética - o metabolismo e a biologia definiam a obesidade que se adaptava ao modelo de doença. Finalmente, nos anos 90, houve o reconhecimento da comunidade científica de que vários fatores contribuem para a obesidade. Foram considerados a genética, a cultura, o comportamento pessoal (decorrente da história pessoal) e fatores ambientais, que provavelmente agem em combinações, sugerindo que duas pessoas podem ter o mesmo peso excessivo, porém por razões distintas (BROWNELL e O’NEIL, 1993 in: BARLOW, 1993).

Entre os fatores pesquisados para comprovar sua contribuição para o desenvolvimento da obesidade estão:

- a) diferenças nos índices metabólico (GRIFFITHS, 1976 *apud* SOBAL; SPUNKARD, 1989);

- b) as mudanças do peso corporal resultam de um saldo energético positivo da ingestão alimentar (GARROW, 1978 *apud* SOBAL; SPUNKARD, 1989);
- c) não-discriminação da sensação orgânica da fome real e a sensação de vazio, muitas vezes provocado por tensões (KATHON, 1989 *apud* SELIGMANN, 1995);
- d) uso contínuo de anticoncepcionais (CUNHA, 1985);
- e) circunstâncias e valores de vida e nível socioeconômico (DORBUSH *et al.*, 1984 *apud* SOBAL; SPUNKARD, 1989); e, finalmente,
- f) a “indústria da moda, da perda de peso e dos produtos dietéticos” (WOLF, 1992).

Além da questão estética, que muitas vezes leva a pessoa a buscar o emagrecimento, a preocupação da comunidade científica direciona-se principalmente aos riscos para a saúde, como ataques cardíacos e derrames. Os ciclos de perda e ganho de peso dos obesos, o chamado “efeito iô iô”, favorecem tais riscos (SELIGMANN, 1995).

Nos últimos anos, tem havido grande interesse pelas intervenções que enfocam a aplicação de programas de autocontrole e automanejo, em uma grande variedade de transtornos. Inicialmente, houve a utilização de processos operantes, como controle de estímulos e técnicas de auto-reforço, mas as abordagens contemporâneas salientam os componentes cognitivos, como a reestruturação cognitiva, o treinamento para solução de problemas, e tomada de decisões (MARLATT, 1993).

Dentre as intervenções mais utilizadas atualmente na área da obesidade, pode-se citar:

- a) as intervenções em terapia comportamental, que têm como objetivo a modificação do comportamento diário de alimentar-se (BROWNELL; KRAMMER, 1989 *apud* KALODNER; LUCIA, 1990);

- b) mudança no estilo de vida sedentária (GRILO *et al.*, 1989 *apud* BROWNELL; WADEN, 1992);
- c) ingestão de menor quantidade de alimentos, evitando os menos saudáveis (DONATO, 1987; SCHULTZ *et al.*, 1989 *apud* BROWNELL; WADDEN, 1992);
- d) apoio de pessoas significativas (ROSENTHAL; WINTHER, 1980 *apud* BROWNELL; WADDEN, 1992);
- e) desenvolvimento de habilidades de luta (GRILO *et al.*, 1989 *apud* BROWNELL; WADDEN, 1992);
- f) melhorar a imagem corporal distorcida (BROWNELL; WADDEN, 1992).

Para que ocorra o processo de mudança, PROCHASKA e DICLEMENTE (1983) descrevem cinco estágios, que denominam de precontemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

MARLATT (1993) relata três estágios: compromisso e motivação (preparo para a mudança), implantação da mudança comportamental e manutenção da mudança.

Na obesidade, denominam-se estratégias de enfrentamento de situações de alto risco de recaída, as ações ou respostas, de acordo com as habilidades pessoais, para lidar adequadamente com as situações que possam colocar em risco o autocontrole quanto ao comportamento de ingerir alimentos.

Parece que já há algum tempo buscam-se formas de enfrentar satisfatoriamente as situações de risco de recaída, quando se faz referência ao aumento do repertório da pessoa obesa, para lidar com situações “perigosas” (KERBAUY, 1972).

Em 1980, MARLATT iniciou o desenvolvimento de um programa denominado Prevenção da Recaída, que foi publicado integralmente em 1985 e inicialmente foi proposto como um programa de manutenção para o tratamento dirigido à dependência de álcool e outras drogas.

Tal programa de autocontrole e automanejo tem como objetivo aumentar as probabilidades de manutenção dos ganhos obti-

dos no tratamento. Combina o treino de habilidades comportamentais com intervenções cognitivas e mudança no estilo de vida.

Os programas de perda de peso que têm como objetivo a mudança de hábitos alimentares não especificam o nível calórico da ingestão alimentar diária, deixando ampla a escolha dos alimentos. Assim, a definição de recaída é mais subjetiva, pois significa a ingestão alimentar não planejada.

A manutenção define-se então, como o uso continuado de regras que regulam a ingestão alimentar. E recaída é a violação de uma ou mais dessas regras. A abordagem, que considera o comportamento adicto como padrões de hábitos adquiridos, considera que uma recaída pode ser vista como um erro único, um engano, um deslize, um lapso.

A probabilidade de ocorrência de um lapso, no comportamento de alimentar-se, vai depender da habilidade da pessoa em envolver-se em algum comportamento de enfrentamento, na situação de risco.

Considerando a sugestão da literatura atual na área da obesidade, esta pesquisa exploratória teve como objetivo a busca de dados concretos para a atuação em prevenção da recaída em comportamento de alimentar-se de forma inadequada e, conseqüentemente, recaída ao estado anterior ao emagrecimento, ou seja, evitar o ciclo de perda e ganho de peso, o chamado efeito “iô iô”, já descrito como muito prejudicial à saúde.

## MÉTODOS

Esta pesquisa exploratória foi realizada em duas fases. Na Fase I, foram selecionadas as situações de alto risco para a recaída. Participaram catorze sujeitos, no estágio de manutenção há 2 meses, no mínimo.

A Fase II teve como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas perante as situações de alto risco selecionadas na Fase I. Nesta Fase, participaram seis sujeitos, com período mínimo de 10 meses no estágio de manutenção do autocontrole sobre o comportamento de alimentar-se.

Todos os sujeitos que participaram deste trabalho eram do sexo feminino e estavam engajados no programa proposto pelos Vigilantes do Peso, na sede Matriz de Curitiba. A idade não foi considerada como dado relevante, e a escolaridade exigida foi a mínima para que houvesse compreensão quanto aos objetivos do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida na sede Matriz dos Vigilantes do Peso, em Curitiba - Paraná.

Na Fase I, o levantamento das situações de maior risco para recaída consistiu da aplicação do "Inventário das habilidades para lidar com situações de risco" elaborado por KNAPP e BERTOLOTE (1994), que foi adaptado pela pesquisadora, para a obesidade. Os sujeitos selecionaram três situações de cada tipo, nas quais se sentiam mais vulneráveis a comer de forma inadequada. A aplicação foi individual ou em duplas, de acordo com a possibilidade.

Os dados obtidos na Fase I, ou seja, as situações escolhidas por 44% ou mais dos sujeitos, foram utilizados para a elaboração do questionário que foi aplicado na Fase II da pesquisa.

Na Fase II - que teve como objetivo a identificação das estratégias de enfrentamento das situações de alto risco (selecionadas na Fase I) - foi aplicado um questionário, com respostas abertas, que foi complementado com entrevista, gravada em fita cassete, e analisada posteriormente. A aplicação do questionário e a entrevista foram individualizadas.

As respostas dos questionários e as entrevistas foram analisadas por três psicólogas. As estratégias de enfrentamento de situações de alto risco de recaída do comportamento de comer em excesso (de calorias) foram selecionadas e categorizadas em: *A - Discriminar as sensações corporais de fome e saciação; B - Fazer planejamento alimentar; C - Discriminar as relações de contingências; D - Autoverbalização; E - Comportamentos alternativos; F - Viver adequadamente as emoções; G - Recusar alimentos inadequados, em situações sociais; e H - Auto-reforçamento*, levando-se em conta a similaridade quanto à sua função. Por exemplo, na análise dos relatos sobre a situação de chegar em

casa no final do dia (considerada de alto risco): “*primeiro vou descansar*”, ou “*fazer um relaxamento*”, ou “*tomar um banho*”, “*para depois ir à cozinha fazer a refeição. Antigamente, eu chegava e ia direto comer...*”; onde: descansar, fazer relaxamento e tomar banho são estratégias utilizadas para a situação específica de chegar em casa no final do dia e foram categorizadas como Estratégia E - *Comportamentos alternativos* ao de comer. Após a seleção e categorização, foi feito o tratamento estatístico, considerando-se o número total de cada estratégia de enfrentamento relatada em relação ao seu total geral, ou seja, a soma das estratégias A, B, C, D, E, F, G, H, resultando a frequência de uso das mesmas em porcentagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos sugerem que a história de aprendizagem de cada sujeito é um fator determinante na escolha da maneira de enfrentar as situações consideradas de alto risco para recaída, ou seja, que podem levar à ingestão inadequada.

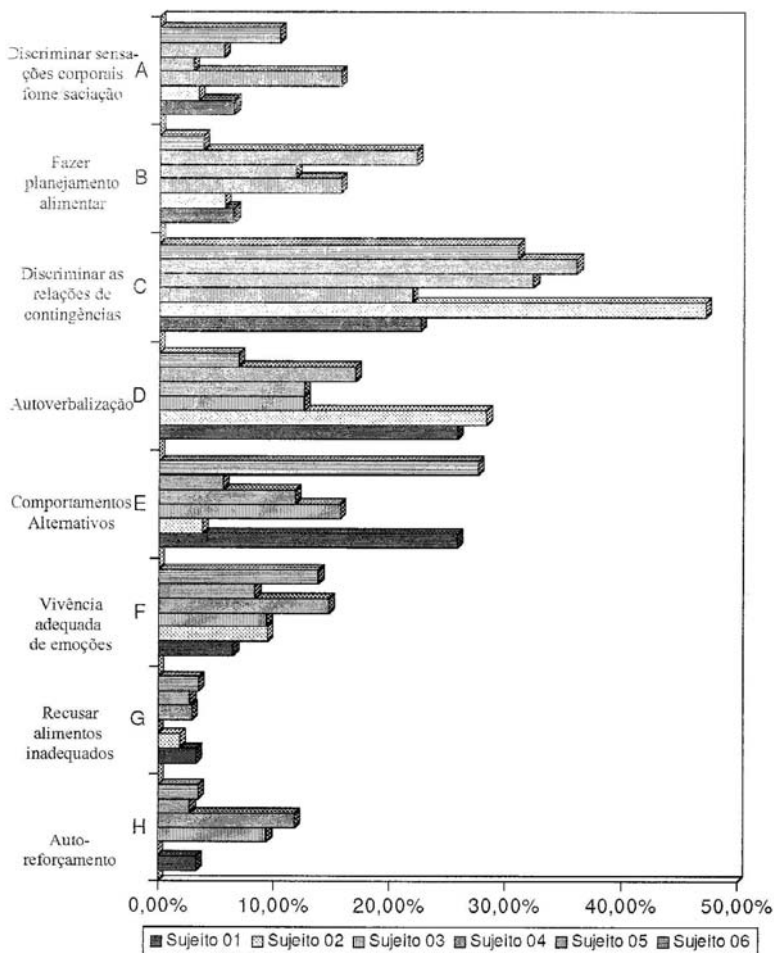
Apesar das diferenças individuais, foi possível categorizar as estratégias de enfrentamento como: A - *Discriminar sensações corporais de fome e saciação*, percepção e identificação das sensações corporais que envolvem a fome e a saciação, para conseqüente ingestão de quantidade adequada de alimentos; B - *Fazer planejamento alimentar*: estabelecimento de horários para fazer as refeições e programação alimentar de acordo com orientação nutricional; C - *Discriminar as relações de contingências*: processo de identificação das relações de contingências que afetam os comportamentos relativos à ingestão alimentar, ou seja, a identificação dos fatores antecedentes e conseqüentes que podem estar envolvidos no comportamento de alimentar-se. Esta discriminação ocorre quando a pessoa é capaz de descrever verbalmente seu comportamento e os fatores que o envolvem. Por exemplo, pode ocorrer através da autoverbalização, como no relato: “Eu estava muito feliz pelo nascimento de minha netinha, e comecei a comer

chocolate, comia mais que as visitas que chegavam lá, aí eu parei e comecei a pensar: o que é isso? Não, eu não preciso comer tanto chocolate só porque estou feliz! Já comi o suficiente, pois não estou com fome e estou comendo pelo prazer de comer. E sei que se comer muito chocolate a consequência é engordar!” a estratégia *C - Discriminar as relações de contingências* foi selecionada na seqüência do relato: “Estou tendo uma recaída bonita... e é bom reconhecê-la, como uma forma de se reerguer novamente. Eu tenho maior possibilidade de comer a mais quando estou feliz e não quando estou triste...”; *D - Autoverbalização*: utilização de pensamentos ou outras verbalizações com o objetivo de evitar o comportamento de comer de forma inapropriada ou de desenvolver comportamentos alternativos para o de comer. Estes pensamentos podem estar em forma de auto-instruções, descrição de contingências vividas em situações semelhantes, regras ou auto-regras, que podem funcionar como estímulo discriminativo da imagem ideal, por exemplo : “vou ficar bonita...”, ou estímulo discriminativo de esquiva da imagem aversiva de obesa, por exemplo: “vou engordar...”; *E - Comportamentos alternativos*: desenvolvimento de comportamentos alternativos que são incompatíveis com o comportamento de alimentar-se, ou que diminuem a força do impulso de comer em excesso; *F - Viver adequadamente as emoções*: respostas apropriadas às emoções do momento, não confundindo as emoções com o estado de privação alimentar; *G - Recusar alimentos inadequados, em situações sociais*: habilidade para dizer não à oferta de alimentos inadequados ou desnecessários, quando em situações sociais; *H - Auto-reforçamento*: comportamento aberto ou encoberto, que tem como finalidade explicitar para o próprio indivíduo a adequação de um comportamento alimentar.

A figura 1 mostra o relato das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos seis sujeitos entrevistados, e estas respostas compreendem os seis tipos de situações de risco, quais sejam: Tipo I - Lidar com emoções negativas; Tipo II - Lidar com situações difíceis; Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer; Tipo IV -

Lidar com problemas físicos ou psicológicos; Tipo V - Lidar como hábito de comer em excesso, e Tipo VI - Lidar como tratamento.

FIGURA 01 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO RELATADAS PELOS SEIS SUJEITOS



A estratégia A - *Discriminar sensações corporais de fome e saciação* teve uma média de 6,45%; a estratégia B - *Fazer planejamento alimentar* apresenta uma média de 10,91%; a estratégia C - *Discriminar as relações de contingências* apresenta a média de 31,85%; a estratégia D - *Autoverbalização* mostra a média de 17,15%, sendo que os sujeitos 01 e 02 apresentam resultados mais elevados (25,80% e 28,30%); a estratégia E - *Comportamentos alternativos* mostra uma média de 15,01%; a estratégia E - *Vivência adequada de emoções* apresenta a média de 10,34%; a estratégia G - *Recusar alimentos inadequados* apresenta média de 2,38%, o que denota frequência baixa quanto ao relato de utilização desta estratégia quando comparada às outras; e, a estratégia H - *Auto-reforçamento*, mostra uma média de 5,10%.

Portanto, a figura 1, em síntese, diz que a estratégia de enfrentamento categorizada como C - *Discriminar as relações de contingência* é relatada como a mais utilizada, sendo seguida pela estratégia D - *Autoverbalização* e estratégia E - *Comportamentos alternativos*. As estratégias B - *Fazer planejamento alimentar* e F - *Vivência adequada de emoções* aparecem de forma significativa. Menos aparentes são as frequências de uso das estratégias A - *Discriminar as sensações corporais de fome e saciação*, H - *Auto-reforçamento* e G - *Recusa de alimentos inadequados em situações sociais*. Contudo, nas questões em que apareciam situações específicas sobre a adequação em recusar alimentos inadequados em situações sociais, todos os sujeitos responderam de forma adequada, isto é, que sabem dizer não a alimentos inadequados oferecidos nessas situações. O índice pouco aparente nas respostas justifica-se, provavelmente, pelo número reduzido de questões específicas neste tipo de situação.

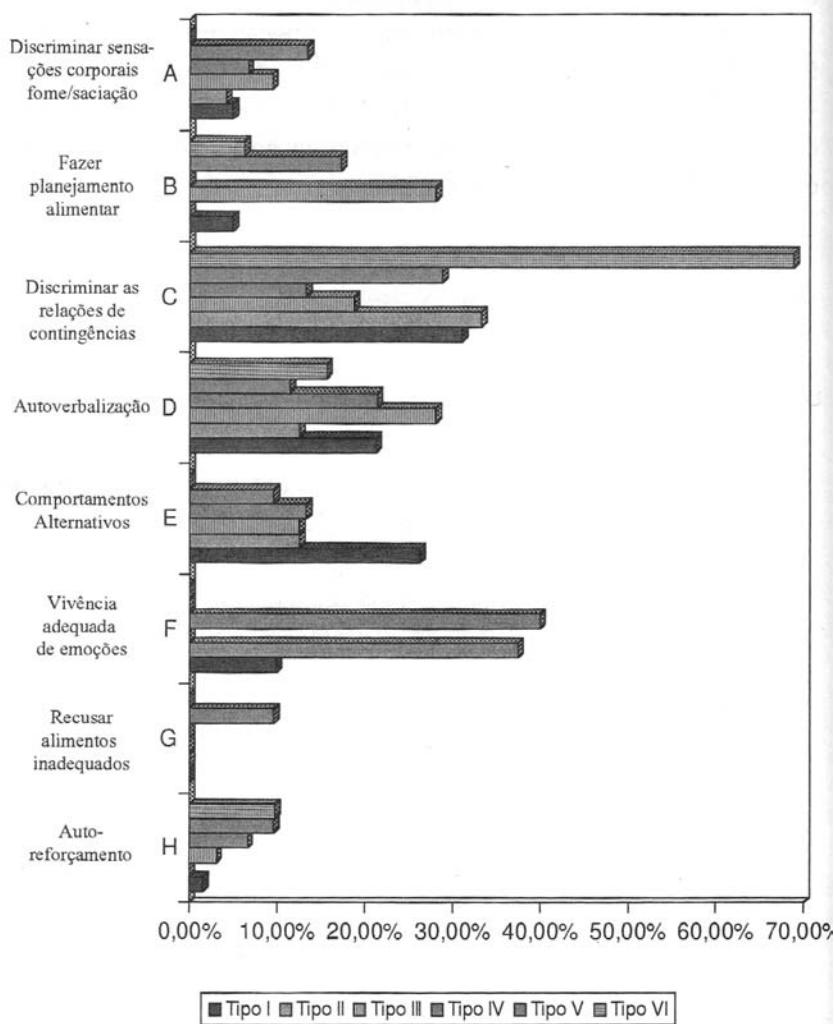
A figura 2 apresenta o relato das estratégias de enfrentamento utilizadas nos seis tipos de situações, ou seja, situações Tipo I - Lidar com emoções negativas; Tipo II - Lidar com situações difíceis; Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer; Tipo IV -

Lidar com problemas físicos ou psicológicos; Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso; e Tipo VI - Lidar com o tratamento.

A estratégia A - *Discriminar sensações corporais de fome e saciação* apresenta a média de 6,42%, sendo que as situações Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer e Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso, apresentam resultados mais salientes (9,37% e 13,46%). Nas demais situações, os resultados são menos aparentes.

A estratégia B - Fazer planejamento alimentar, mostra a média de 9,43%, salientando-se maior frequência de utilização nas situações Tipo III- Lidar com a diversão e o prazer (28,12%), e Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso (17,30%). Nas demais situações, a frequência de uso desta estratégia mostra-se menos aparente.

**FIGURA 02 -** ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO RELATADOS NOS SEIS TIPOS DE SITUAÇÕES



A estratégia C - *Discriminar as relações de contingências* apresenta a média de 32,35%, sendo que aparece alta a frequência (68,75%) de utilização nas situações Tipo VI - Lidar com o tratamento. Também aparece com resultado elevado nas situações Tipo II - Lidar com situações difíceis (33,33%); Tipo I - Lidar com emoções negativas (31,14%); Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso; Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer (18,75%); e Tipo IV - Lidar com problemas físicos ou psicológicos.

A estratégia D - *Autoverbalização*, mostra a média 18,41%, salientando-se a frequência de uso nas situações Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer (28,12%), sendo seguida pelas situações Tipo I - Lidar com emoções negativas, e Tipo IV - Lidar com problemas físicos e psicológicos (21,31% e 21,43%). Com resultados significativos nas situações Tipo VI - Lidar com o tratamento (15,62%); Tipo II - Lidar com situações difíceis (12,50%); e Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso (11,53%).

A estratégia E - *Comportamentos alternativos* apresenta a média de 12,36%, salientando-se a frequência no relato de uso da mesma, nas situações Tipo I - Lidar com emoções negativas (26,22%), sendo seguida significativamente pelas situações Tipo IV - Lidar com problemas físicos ou psicológicos (13,33%); Tipo II - Lidar com situações difíceis (12,50%); Tipo III - Lidar com a diversão e o prazer (12,50%); e Tipo V - Lidar como hábito de comer em excesso (9,61%). Estando ausente nas situações Tipo VI - Lidar com o tratamento.

A estratégia F - *Vivência adequada de emoções*, mostra a média de 8,57%, salientando-se sua utilização nas situações Tipo IV - Lidar com problemas físicos ou psicológicos (40,00%) Tipo II - Lidar com situações difíceis (37,50%) e aparece nas situações do Tipo I - Lidar com emoções negativas (9,93%), estando ausente nas demais situações.

A estratégia G - *Recusar alimentos inadequados em situações sociais*, presente apenas nas situações Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso (9,61%).

E a estratégia H - *Auto-reforçamento*, apresenta a média 5,12%, sendo que salientam-se a frequência de utilização nas situações Tipo V - Lidar com o hábito de comer em excesso (9,61%) e Tipo VI - Lidar com o tratamento (9,75%). Nas demais situações, os resultados são menos salientes.

Estes resultados mostram que, embora todas as estratégias enfrentamento categorizadas neste estudo sejam utilizadas na maioria das situações de risco, existem diferenças quanto à frequência no relato de uso das mesmas nas diversas situações.

Considerando-se que a discriminação das relações de contingências ocorre por meio do comportamento verbal, aberto ou encoberto, o que irá permitir a tomada de decisão sobre a execução de um comportamento alternativo ao comportamento de comer, surge a questão: o relato das estratégias utilizadas com frequência mais altas mostra que estas são as que apresentam os primeiros elos das cadeias comportamentais que envolvem o comportamento de evitar comer?

O relato da utilização da estratégia categorizada como vivência adequada de emoções nos Tipos II - Lidar com situações difíceis e IV - Lidar com problemas físicos ou psicológicos, sugere que, quando as situações envolvem respostas emocionais de maneira intensa, como, por exemplo, na situação de morte ou acidente com uma pessoa da família, a forma mais adequada de enfrentá-la é a vivência das emoções que, no caso, evocam comportamentos compatíveis, como chorar ou gritar. Parece que não há competição com outros comportamentos, mesmo o de ingestão alimentar.

Observa-se também, nos relatos que, após a vivência da emoção pode ocorrer uma situação de risco de recaída, quando é utilizada a autoverbalização.

Nas situações que envolvem a diversão e o prazer, a escolha das estratégias como autoverbalização, planejamento alimentar e discriminação das relações de contingências parece dever-se ao fato de que comer também pode ser um prazer, daí a necessi-

dade de se recorrer ao uso de regras e/ou informações como, por exemplo, um cardápio específico com baixas calorias, como parte de um planejamento adequado.

Para lidar com o hábito de comer em excesso, os resultados sugerem a necessidade da utilização de todas as estratégias de enfrentamento categorizadas, salientando-se a frequência na utilização da discriminação das relações de contingências seguidas do planejamento alimentar.

Também, nas situações que envolvem o tratamento, durante o processo de emagrecimento, a estratégia que aparece com maior frequência é a discriminação das relações de contingências (68,75%).

O auto-reforçamento aparece nas que envolvem o hábito de comer em excesso e, também, nas situações que envolvem o tratamento, estando ausente nas demais.

A figura 3 mostra as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos sujeitos com menor e maior tempo de manutenção.

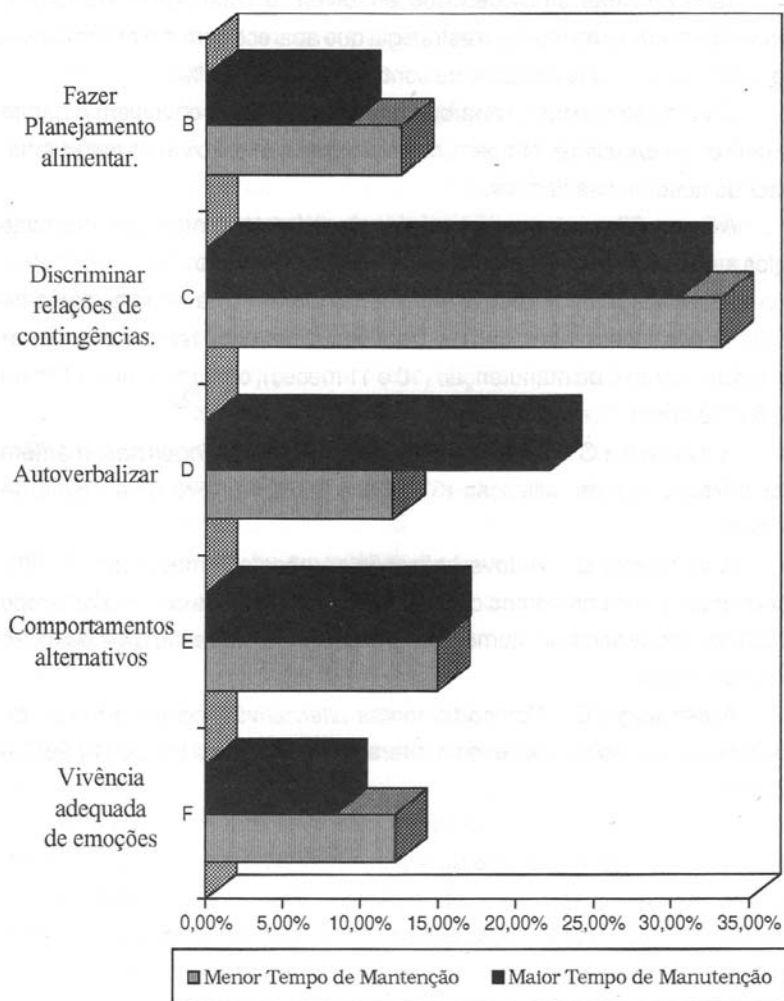
A estratégia B - *Fazer planejamento alimentar* teve uma média de 10,90% e não mostra alteração na frequência de uso, tanto com menor tempo no estágio de manutenção (10 e 11 meses), com maior tempo (6,8 e 12 anos).

A estratégia C - *Discriminar as relações de contingências*, mantém alta a frequência de utilização (33,16% e 30,52%) e teve uma média de 31,84%.

A estratégia D - *Autoverbalização* apresenta a média de 17,15%, sendo que com menor tempo de manutenção (12,11%) e com maior tempo (22,20%), mostrando um aumento significativo na utilização da mesma ao longo do tempo.

A estratégia E - *Comportamentos alternativos* mostra a média de 15,01%, e seu uso não apresenta alteração ao longo do tempo (14,96% e 15,06%).

FIGURA 03 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO TEMPO DE MANUTENÇÃO



A estratégia F - *Vivência adequada* de emoções apresenta uma média de 10,33%, diminuindo ao longo do tempo, de 12,27% para 8,40%.

Observa-se que, ao longo do tempo, a frequência de utilização da maioria das estratégias de enfrentamento permaneceu inalterada, apenas a estratégia categorizada como autoverbalização aumentou significativamente sua frequência.

## CONCLUSÃO

A alta frequência na utilização da estratégia de discriminar as relações de contingências sugere a importância da aprendizagem da mesma para as pessoas que participaram desta pesquisa, para que ocorresse o emagrecimento e elas pudessem atingir e permanecer no estágio de manutenção, o que está de acordo com MARLATT (1993), quando diz que é necessário que o indivíduo aprenda a reconhecer e lidar com as situações de alto risco de recaída.

O modelo de Prevenção de Recaída está baseado na discriminação das relações de contingências, o que possibilita o autocontrole, que é um aspecto extremamente importante para o tratamento da obesidade e baseia-se no autoconhecimento. O autoconhecimento é determinado socialmente e é produto de um processo de discriminação das relações de contingências, que ocorrem quando o indivíduo as descreve verbalmente.

Os dados coletados neste estudo parecem ser de relevante importância para utilização como referencial na prática clínica, visando melhorar a eficácia do trabalho, tanto no processo de emagrecimento como na sua manutenção, podendo-se enfocar estratégias específicas para cada tipo de situação.

Este trabalho foi encorajador, pois trouxe elementos concretos para a prevenção da recaída, embora haja necessidade de outras pesquisas para comprovação da eficácia destas estratégias categorizadas, pois foi realizado com um número restrito de sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BARLOW, D. H. **Clinical handbook of psychological disorders**. 2. ed. N. York : Guilford Press, 1993.
- 2 BROWNELL, K. D.; WADDEN, T. A. Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 60, n. 4, p. 505-517, 1992.
- 3 CORDÁS, T. A. **Fome de cão** : quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade. São Paulo : Maltese, 1993.
- 4 CUNHA, J. A. Ciência do comportamento: teoria, pesquisa e prática. O que é a obesidade e o que fazer? Flashes históricos da obesidade. **Sociedade Brasileira de Análise do comportamento**, v. 1, n. 1, 1985.
- 5 DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; GILBERTINI, M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. **Cognitive Therapy and Reseach**, v. 9,n. 2, p. 181-200, 1981.
- 6 KALODNER,C. R.; DeLÚCIA, J. L. Components of effective weigh loss program: theory, research and practice. **Journal of Conseling e Development**, v. 68, Mar./Apr., 1990.
- 7 KERBAUY, R.R. **Auto-controle** : manipulação de condições antecedentes do comportamento alimentar. São Paulo, 1972. Tese (Doutorado) - USP.
- 8 KNAPP, P.; BERTOLOTE, J. M. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 9 MARLATT, A. G.; GORDON, J. R. **Prevenção de recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

- 10 PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C.; FOLLER, J. L. *et al.* Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. **Adictive Behaviors**, v. 17, p. 35-45, 1992.
- 11 SELIGMANN, M. E. P. **O que você pode e o que você não pode mudar**. Rio de Janeiro : Editora Objetiva, 1995.
- 12 SOBAL, J.; SPUNKARD JR., A. A. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. **The Psychological Bulletin**, v. 405, n. 2, p. 260-275, 1989.
- 13 WOLF, Naomi. **O mito da beleza**. São Paulo : Rocco, 1992.