



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JURACI DE CÁSSIA ARAÚJO

OBESIDADE:
ESTILOS DE *COPING*, CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE E ESTIMATIVA DE TAMANHO DE
PORÇÕES ALIMENTARES

JURACI DE CÁSSIA ARAÚJO

OBESIDADE:
ESTILOS DE *COPING*, CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE E ESTIMATIVA DE TAMANHO DE
PORÇÕES ALIMENTARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Célio Roberto Estanislau

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

A663	<p>Araújo, Juraci de Cássia.</p> <p>OBESIDADE: ESTILOS DE COPING, CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E ESTIMATIVA DE TAMANHO DE PORÇÕES ALIMENTARES / Juraci de Cássia Araújo. - Londrina, 2022. 45 f.</p> <p>Orientador: Célio Roberto Estanislau. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2022. Inclui bibliografia.</p> <p>1. obesidade - Tese. 2. coping - Tese. 3. personalidade - Tese. 4. tamanho de porção - Tese. I. Estanislau, Célio Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.</p>
CDU 61	

JURACI DE CÁSSIA ARAÚJO

OBESIDADE:
ESTILOS DE *COPING*, CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE E ESTIMATIVA DE TAMANHO DE
PORÇÕES ALIMENTARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Célio Roberto Estanislau
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Katya Luciane de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Mayron Pereira Piccolo Ribeiro
Harvard University

Londrina, 25 de fevereiro de 2022.

ARAÚJO, Juraci de Cássia. **Obesidade:** estilos de coping, características de personalidade e estimativa de tamanho de porções alimentares. 2022. 40 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

Introdução: A obesidade é um problema global. No Brasil, o número de pessoas com obesidade mais do que dobrou entre 2002 e 2019. O comportamento alimentar pode se relacionar com características de personalidade e estilos de coping. Essas relações podem interagir com a maneira como a pessoa estima tamanhos de porções alimentares, mas esse fenômeno apresenta estudos incipientes sobre o assunto.

Objetivo: O presente estudo investiga correlações entre características de personalidade, estilos de *coping* e a percepção de tamanho de porções alimentares em pessoas com obesidade. **Método:** Participaram do estudo 37 pacientes do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário. Eles responderam a um questionário de dados demográficos, Bateria Fatorial de Personalidade, Inventário de Estilos de *Coping* e avaliação da estimativa de tamanho de porções alimentares.

Resultados: Observou-se que a amostra estudada apresenta índices de Neuroticismo (N1 e N4) acima da média da população brasileira. O Estilo de *Coping* mais adotado foi o de Fuga-Esquiva. Fatores de Personalidade e Estilos de *Coping* não apresentaram correlações significativas entre si, mas se correlacionaram com as estimativas de tamanho de porções. As estimativas de tamanho de porção (p, m e g) também apresentaram correlação entre si, garantindo a confiabilidade das avaliações feitas pelos participantes. **Conclusões:** Neuroticismo elevado e Estilo de *Coping* Fuga-Esquiva estão, conforme estudos anteriores, relacionados a expectativas negativas na evolução da obesidade, indicando a necessidade de acompanhamento psicológico sistemático para o grupo estudado. A estimativa de tamanho de porção apresentou correlação com características de personalidade e estilos de *coping*, sugerindo a adoção dessa estratégia de pesquisa em próximos estudos.

Palavras-Chave: obesidade; *coping*; personalidade; tamanho de porção.

ARAÚJO, Juraci de Cássia. **Obesity: Coping Styles, Personality Characteristics and meal portion size estimation.** 2022. 40 p. Dissertation (Master Degree in Health Sciences) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a global problem. In Brazil, the number of people with obesity more than doubled between 2002 and 2019. Eating behavior can be related to personality characteristics and coping styles. These relationships may interact with how a person estimates food portion sizes, but this is still poorly understood. **Objective:** The present study investigates correlations between personality characteristics, coping styles and the perception of food portion size in people with obesity. **Method:** Thirty-seven patients from the Specialty Outpatient Clinic of the University Hospital participated in this study. They completed a demographic data questionnaire, Personality Factor Battery, Coping Styles Inventory and assessment of food portion size estimation. **Results:** It was observed that the studied sample has Neuroticism rates (N1 and N4) above the average of the Brazilian population. The most adopted Coping Style was Escape-Avoidance. Personality Factors and Coping Styles did not show significant correlations with each other, but did correlate with portion size estimates. Portion size estimates (s, m and l) were also correlated with each other, ensuring the reliability of the assessments made by the participants. **Conclusions:** Elevated neuroticism and Escape-Avoidance Coping Style are, according to previous studies, related to negative expectations in the evolution of obesity, indicating the need for systematic psychological follow-up for the studied group. The portion size estimate correlated with personality characteristics and coping styles, suggesting the adoption of this research strategy in future studies.

Keywords: obesity; *coping*; personality; portion size.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação do tamanho de porções	17
Tabela 2: Resultados da Bateria Fatorial de Personalidade	18
Tabela 3: Resultados dos componentes do Inventário de Estilos de <i>Coping</i>	19
Tabela 4: Correlações significativas entre tamanho de porção, Bateria Fatorial de Personalidade e Inventário de Estilos de <i>Coping</i>	20
Tabela 5: Tabela de Correlação de Pearson entre as estimativas de tamanho de porção	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	MÉTODO	13
2.1	AMOSTRA/PARTICIPANTES	13
2.2	INSTRUMENTOS	13
2.3	PROCEDIMENTOS	15
2.4	ANÁLISE DE DADOS	16
2.5	QUESTÕES ÉTICAS	16
3	RESULTADOS	17
3.1	ESTIMATIVA DE TAMANHO DE PORÇÃO	17
3.2	BATERIA FATORIAL DE PERSONALIDADE	18
3.3	INVENTÁRIO DE ESTILOS DE COPING	19
3.4	CORRELAÇÕES	20
4	DISCUSSÃO	22
5	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como a presença de excesso de peso em um indivíduo ou o excesso de gordura em sua composição corporal. O índice mais utilizado para a definição da presença da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado a partir do peso em quilogramas dividido pela altura do indivíduo em metros elevada ao quadrado – kg/m^2 (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, 2016). A ABESO segue os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) para definição dos pontos de corte de IMC para definir a presença de baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade. A obesidade é dividida em três graus: I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m^2), II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2) e III (IMC igual ou superior a 40 kg/m^2) (ABESO, 2016). Como fenômeno multifatorial, a obesidade precisa ser entendida em seus mais diversos aspectos (Wanderlei; Ferreira, 2010). Este estudo visa investigar a existência de correlações entre características de personalidade¹, estilos de *coping*² e a estimativa de tamanho de porções de refeição³ em uma amostra de indivíduos obesos em tratamento para obesidade.

A obesidade é um problema global grave. Na Europa, a Associação Europeia para Estudos de Obesidade (*The European Association for the Study of Obesity - EASO*), promove desde 2010 o Dia Europeu da Obesidade. Em 2015, a Federação Mundial de Obesidade (*World Obesity Federation*) lançou o Dia Mundial da Obesidade em 4 de março (EASO, 2021). As entidades buscavam a conscientização sobre o agravamento da prevalência da obesidade e a necessária intervenção para seu tratamento.

Assim como no contexto mundial, a obesidade no Brasil é um problema de saúde pública crescente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que houve um aumento do número de adultos obesos em uma proporção maior do que 100% entre 2002 e 2019 (Brasil, 2020). Embora o aumento da obesidade entre adultos seja sistematicamente maior e mais grave (Brasil, 2017a; Brasil, 2017b), sabe-se que a obesidade infantil também está crescendo no Brasil (Anjos & Silveira, 2017) e é preditora de obesidade

¹ Personalidade é um termo abrangente, usualmente entendido como o estilo geral de ajustamento do indivíduo às diferentes situações cotidianas (Nunes, Hutz & Nunes, 2011).

² Estilos de *Coping* são compreendidos como as estratégias de enfrentamento das situações de estresse que o indivíduo enfrenta em seu cotidiano (Antoniazzi, 1999). *Coping* deriva do verbo “to cope”, na língua inglesa. Pode ser entendido como lutar, enfrentar, competir. Em psicologia é entendido como “enfrentamento”, ou seja, a forma como se lida com diferentes situações (Chaves, Cade, Montovani, Leite & Spire, 2000).

³ A estimativa de tamanhos de porções é uma atividade perceptiva que implica na capacidade de perceber se o tamanho da porção de alimento apresentada é compatível com o esperado em uma dieta alimentar convencional (Crispim et al, 2017).

na vida adulta, além de outros riscos para a saúde associados à obesidade, como doenças cardíacas e diabetes (Santos et al, 2017). Tais dados evidenciam a importância de estudos sobre obesidade e fatores relacionados a ela, bem como a busca de estratégias de intervenção que permitam a adoção de medidas eficazes para a redução de sua incidência na população.

A relevância do estudo da obesidade vem sendo apontada há décadas pelos órgãos mundiais de saúde, sendo tratada como a desordem nutricional mais grave nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (World Health Organization, WHO, 1999/2000; Wanderlei & Ferreira, 2010). No Brasil, a prevalência é maior nas classes mais baixas (Pinheiro; Freitas; Corso, 2004). A abordagem da questão inclui múltiplas perspectivas (Wanderlei & Ferreira, 2010), incluindo a adoção de políticas públicas (WHO, 2011).

O aumento da obesidade na população brasileira e mundial produz o agravamento de doenças crônicas (Wannmacher, 2016). Em revisão sistemática de literatura⁴, Wannmacher (2016) verificou que a obesidade está associada a doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial sistêmica, especialmente com a adiposidade visceral aumentada. Além disso, Wannmacher (2016) cita que estudos relacionam o aumento de peso com o aumento de chances de desenvolver diabetes, sendo que níveis de obesidade maiores estão associados à maior gravidade da doença. O risco de desenvolver doença renal crônica é 2,5 vezes maior em obesos. Mais ainda, a obesidade se relaciona também com diferentes tipos de câncer. Wannmacher (2016) indica que diversos estudos apontam relações com câncer endometrial de tipo I, câncer ovariano seroso epitelial e câncer de mama, entre outros. Entre as complicações relacionadas à obesidade, a apneia obstrutiva do sono é uma doença grave e associada a doenças cardiovasculares. Em pesquisas longitudinais observou-se que o ganho de peso em adultos de meia idade e idosos precede o surgimento de sintomas depressivos. Outras investigações longitudinais revelam a relação entre obesidade e risco de quedas e propensão a lesões decorrentes destas quedas. Quanto maior o grau de obesidade, maior o risco de quedas e maior probabilidade de lesões mais graves (Wannmacher, 2016).

Conforme apontado por Wanderlei e Ferreira (2010), a obesidade precisa ser estudada em seus aspectos genéticos, metabólicos, psicossociais, simbólicos, culturais e de estilo de vida. Pesquisas relacionadas aos aspectos psicológicos da obesidade são variados. Incluem a relação com **procedimentos cirúrgicos**⁵ (Abilés et al, 2010; Almeida et al, 2011; Bordignon

⁴ Wannmacher (2016) cita a meta análise de 8 estudos observacionais norte-americanos, com um total de 5,8 milhões de participantes.

⁵ Entre 2011 e 2019 foram realizadas 493.212 cirurgias bariátricas no Brasil (Benito et al, 2021)

et al, 2017; Larsen et al, 2004; Machado et al, 2008; Marchesi et al, 2017; Silva, Maia, 2013), **obesidade e fatores de personalidade** (Ahmad, Muazzam, Anjum, 2020; Bagnjuk, König, Hajek, 2019; Elfhag et al, 2003; Guerrieri et al, 2008; Jonge et al, 2003; Lunn et al, 2014; Maria, Yaegashi, 2016; Munro et al, 2011; Peterson et al, 2010; Ryden et al, 2003; Ryden et al, 2004; Silva, Maia, 2011; Silva, Maia, 2013; Sullivan et al, 2007; Sutin et al, 2011; Tomaz, Zanini, 2009; Wimmelman et al, 2018) e **obesidade e estilos de Coping** (Hörchner et al, 2002; Lilis, Wing, 2015; Ryden et al, 2001; Silva, Maia, 2011). Nesse sentido, estudos também apontam a relação entre estilos de *Coping* e personalidade (Diniz, Zanini, 2010; Leszko et al, 2020; Serafini, Bandeira, 2011; Souza et al, 2014; Tomaz, Zanini, 2009).

A relação entre elementos psicológicos e procedimentos cirúrgicos relativos à obesidade tem produzido resultados interessantes. Características de personalidade e ansiedade estão relacionadas com a perda de peso e outros resultados pós cirurgia bariátrica (Abilés et al, 2010). Diferenças de sexo podem ser observadas entre pessoas com obesidade, com mulheres apresentando níveis mais elevados de ansiedade e depressão que homens. Aspectos sociais, como ter um emprego, também são importantes preditores de ansiedade e depressão (Almeida et al, 2011). O poder preditivo de características de personalidade é aspecto estudado, apresentando alguns resultados promissores (Bordignon et al, 2017) e outros não (Larsen et al, 2004). Uma preocupação importante, embora não esteja presente em todas as pessoas com obesidade, é a compulsão alimentar, que não é extinta após a cirurgia bariátrica e representa risco aos pacientes no período pós-operatório (Machado et al, 2008). Contudo, pessoas com obesidade e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade⁶ apresentam maior IMC pré-cirúrgico, mas essa característica parece não afetar a perda de IMC no período pós-operatório (Marchesi et al, 2017), indicando que a impulsividade tipicamente relacionada ao TDAH pode não ter o mesmo impacto na compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica. Pode-se observar que, na literatura analisada, existem divergências entre os achados relativos a diferentes questões psicológicas e o resultado obtido no período pós-cirúrgico, seja na perda de peso (diminuição de IMC), seja na aderência ao tratamento posterior. Nesse sentido, Rand et al (2017) destacam que dois grandes temas estão associados à falta de saúde mental dos indivíduos com obesidade: culpa e vergonha causada pela opinião da família e amigos sobre seu peso e a atribuição de culpa e a falta de suporte da parte dos profissionais de saúde.

A relação entre características de personalidade e o desenvolvimento da obesidade também não é campo pacificado. Enquanto pesquisas apontam para relações inequívocas

⁶ O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurológico cujos sintomas giram em torno de uma tríade de comportamentos: desatenção, inquietude e impulsividade (Marchesi et al, 2017).

entre elementos de personalidade, em diferentes abordagens teóricas e modelos avaliativos, e a obesidade (Ahmad, Muazzam, Anjum, 2020; Bagnjuk, König, Hajek, 2019; Elfhag et al, 2003; Guerrieri et al, 2008; Lunn et al, 2014; Maria, Yaegashi, 2016; Munro et al, 2011; Peterson et al, 2010; Ryden et al, 2003; Ryden et al, 2004; Sullivan et al, 2007; Sutin et al, 2011; Tomaz, Zanini, 2009; Wimmelman et al, 2018), outros estudos apresentam a ausência ou falta de segurança nessa relação (Jonge et al, 2003; Silva, Maia, 2011). Alguns resultados sugerem mudanças na personalidade em pacientes obesos após tratamento para perda de peso (Ryden et al, 2003; Ryden et al, 2004; Silva, Maia, 2013; Sullivan et al, 2007), o que pode significar que estudos de seguimento (*follow up*) precisam ser feitos sistematicamente nessa área.

É importante salientar que alguns dos trabalhos citados investigam a relação entre psicopatologias (ou seja, estruturas de personalidade ou de comportamento patológicas) e transtornos alimentares (Jonge et al, 2003; Matos et al 2002; Milos et al, 2013; Peterson et al, 2010; Rajan, Menon, 2017; Silva, Maia, 2011; Tomaz, Zanini, 2009). Nesse sentido, não há concordância nos resultados, contudo, há uma preponderância de estudos que sustentam relação entre essas características e os transtornos alimentares, levando ao desenvolvimento da obesidade. Uma das questões levantadas é a alteração de funções cognitivas⁷, já observada em contextos clínicos (Duchesne et al, 2010) e sua relação com transtornos alimentares. Algumas psicopatologias também afetam a capacidade de avaliação do tamanho de porções alimentares (Milos et al, 2013), um problema grave para a manutenção de uma dieta adequada. Diversas investigações utilizam diferentes estratégias de avaliação de tamanhos de porções de refeição (Fisher, 2007; Hinton et al, 2018; Karadağ et al, 2021; Lioret et al, 2009; Milos et al, 2013; Ruddock et al, 2021; Schwartz et al, 2020; Seto et al, 2016), buscando verificar relação com preditores de obesidade, influência de patologias, efeitos de pressões sociais, emocionais e do treino na determinação das estimativas de tamanho de porção, permitindo refletir sobre a adoção da medida de tamanho de porção como elemento útil na pesquisa sobre obesidade.

Dentre os modelos explicativos de personalidade utilizados nas pesquisas sobre obesidade, o modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (CGF)⁸, também conhecido como *Big Five Factor Model* ou, simplesmente, *Big Five*, é um dos mais utilizados

⁷ Funções Cognitivas, neste contexto, representam diversas habilidades cognitivas, que permitem que o indivíduo execute tarefas voluntariamente, de forma autônoma e auto orientada para um objetivo. Além disso, essas funções estão ligadas ao controle dos impulsos (Duchesne et al, 2010).

⁸ Em português, os fatores foram nomeados Neuroticismo, Extroversão, Realização, Socialização e Abertura (Nunes, Hutz & Nunes, 2010).

(Nunes, Hutz & Nunes, 2011). Trata-se de um modelo baseado na hipótese léxica, que preconiza que se uma característica é importante para descrever um indivíduo, a língua desenvolverá uma palavra apropriada para a identificação dessa característica (Nunes, Hutz & Nunes, 2011). O modelo foi replicado em dezenas de países e línguas, incluindo o Brasil, mostrando-se estável e consistente (Nunes, Hutz & Nunes, 2011). No Brasil, estudos mostram a adequação do modelo CGF no estudo de outras características, como o *coping* (Antoniuzzi, 1999; Diniz, Zanini, 2010; Serafini, Bandeira, 2011). Os fatores Neuroticismo, Extroversão e Realização (em inglês, *conscientiousness*) são frequentemente estudados em relação à predição de obesidade (Ahmad, Muazzam, Anjum, 2020; Bagnjuk, König, Hajek, 2019; Lunn et al, 2014; Munro et al, 2011; Ryden et al, 2003; Ryden et al, 2004; Sutin et al, 2011; Tomaz, Zanini, 2009; Wimmelman et al, 2018).

Coping diz respeito à maneira que cada indivíduo enfrenta situações estressoras (Antoniuzzi, 1999). Ao todo, são conhecidos oito estilos de *coping*: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva (Savóia, Santana & Mejias, 1996). Antoniuzzi (1999) verificou que o fator Aproximação (equivalente ao Fator Suporte Social de Savóia, Santana & Mejias, 1996) apresenta correlações significativas com os cinco fatores do modelo CGF, destacando a correlação negativa com o fator Neuroticismo, reforçando os achados de estudos anteriores do *coping* como preditor de ajustamento social. Resultados similares foram encontrados por Diniz e Zanini (2010). Serafini e Bandeira (2011), por sua vez, estudaram a relação entre *coping*, personalidade e nível de satisfação de vida. Verificaram que variáveis de *coping* e neuroticismo explicam cerca de 57% da variabilidade da satisfação de vida de jovens brasileiros. Destacam que a escala de Depressão (subfator de Neuroticismo) responde por cerca de 30% dessa variabilidade.

Nesse sentido, os estudos concordam que os Estilos de *Coping* influenciam padrões de enfrentamento de situações alimentares, estando diretamente relacionados ao sucesso ou fracasso do tratamento (Hörchner et al, 2002; Lilis, Wing, 2015; Ryden et al, 2001; Silva, Maia, 2011). Pacientes com obesidade tendem a apresentar mais estilo de *coping* passivo (correspondendo aos estilos Afastamento e Fuga-Esquiva na adaptação brasileira), característica com prognóstico negativo para perda e manutenção de perda de peso (Hörchner et al, 2002; Lilis, Wing, 2015; Ryden et al, 2001). A possibilidade de sucesso no tratamento depende do acompanhamento sistemático, físico e psicológico, e de mudanças nas estratégias de *coping* dos pacientes (Silva, Maia, 2011). Tomaz e Zanini (2009) apontam que a literatura apresenta uma consistente relação entre características de personalidade e Estilos de *Coping*, embora poucos estudos brasileiros explorem a conexão entre

personalidade, *coping* e obesidade, sugerindo a necessidade de mais estudos nessa área específica.

Como fenômeno multifatorial, observou-se que a obesidade tem sido pesquisada de forma sistemática por diversas áreas. O presente estudo propõe uma abordagem da questão, investigando a existência de correlações entre características de personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), Estilos de *Coping* e a percepção de tamanho de porções alimentares em pessoas com obesidade. Considerar as relações entre esses fatores pode auxiliar na elaboração de estratégias mais eficazes para o tratamento da obesidade e aumentar a compreensão sobre essa doença e o aumento de sua incidência.

2 MÉTODO

2.1 Amostra/Participantes

Inicialmente, aceitaram participar dessa pesquisa 43 pessoas atendidas pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU). Todos os pacientes do ambulatório foram convidados a participar, ser paciente desse ambulatório foi o único critério de inclusão para a pesquisa. Os pacientes do AEHU estão em tratamento para combate à obesidade, sendo que alguns já passaram por cirurgia bariátrica e seguem em acompanhamento, enquanto outros ainda não passaram por esse procedimento. Como critério de exclusão foi estabelecido apenas a desistência no meio do processo de coleta de dados. Dos 43 pacientes que aceitaram participar, 6 optaram por não preencherem os instrumentos de pesquisa completamente, sendo descartados das análises de dados. Assim, a amostra final do estudo contou com 37 pacientes. Não houve intercorrência durante a coleta de dados nem relatos posteriores que suscitasse a necessidade de qualquer medida de reparação.

Os dados analisados são relativos a 37 casos, 35 do sexo feminino e 2 do sexo masculino (94,6% e 5,4%, respectivamente). A idade média da amostra foi de 47,6 anos e 6 meses ($DP=14,8$), sendo a idade mínima 17 e a máxima 75. O IMC médio do grupo foi de 37,33 kg/m² ($DP= 9,09$). Quanto à residência, a maioria mora em casa (81,1%) própria (64,9%), em zona urbana (70,3%). Em geral, moram com até 2 pessoas em casa (73%). A ocupação mais frequente entre os participantes é o cuidado doméstico do próprio lar (32%), sendo que as fontes de renda mais frequentes são oriundas de aposentadoria (21,6%), trabalho remunerado (10,8%) e salário do companheiro(a) (8,1%). O rendimento salarial médio foi de 2,48 ($DP=1,32$) salários mínimos, sendo que 43,2% estão atualmente sem qualquer tempo aplicado ao trabalho.

2.2 Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de questionário. O questionário encontra-se reproduzido no Anexo 1. O questionário foi produzido a partir de modelos descritivos adotados pelo IBGE, constando idade, sexo, estado civil, ocupação profissional, renda pessoal e familiar e dados de saúde pessoal.

A avaliação da estimativa de tamanho de porções alimentares foi adaptada para a realidade brasileira a partir do trabalho de Milos e colaboradores (2013). No presente estudo,

a avaliação do tamanho de porções⁹ foi baseada em imagens construídas por manual nutricional (Crispim et al, 2017), adotando-se o padrão pequeno (25% da porção padrão), médio (100% da porção padrão) e grande (200% da porção padrão). A disparidade entre os tamanhos é proposital e visa permitir uma diferenciação clara no tamanho das porções. As porções apresentadas podem ser visualizadas no Anexo II, e referem-se aos alimentos arroz, feijão, carne, salada e fruta, sendo que cada porção foi apresentada individualmente. As imagens foram apresentadas por meio de software¹⁰ especificamente produzido para essa pesquisa. A aplicação foi realizada sempre do computador¹¹ da pesquisadora autora, garantindo a uniformidade da apresentação das imagens e a aleatoriedade das imagens, evitando pistas cognitivas ou sugestão de estratégias para a avaliação do tamanho das porções.

As características de personalidade foram coletadas por meio do teste psicológico Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes, Hutz, Nunes, 2011). O instrumento descreve a estrutura de personalidade da pessoa a partir da Teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF, ou conforme o original em inglês, Big Five). Nessa teoria, as principais características humanas são descritas em termos de Neuroticismo (padrão de vulnerabilidade a pressões ambientais, instabilidade emocional, procrastinação e depressão), Extroversão (padrão de comunicação, altivez, dinamismo e interações sociais), Sociabilidade (padrão de amabilidade, pró-sociabilidade e confiança nos outros), Realização (padrão de competência, ponderação e empenho) e Abertura (abertura a novas ideias, liberalismo e busca por novas experiências). A BFP é composta por 126 itens que descrevem padrões de comportamentos típicos das

⁹ A porção padrão é aquela correspondente número de unidades de servir (colheres, conchas, fatias, etc) necessárias para a manutenção de peso de um indivíduo com necessidades calóricas médias (Crispim et al, 2017), equivalente a 2.000 kcal (valor definido pelo Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária em várias instruções, sendo a mais recente a Instrução Normativa IN nº 75, de 8 de outubro de 2020).

¹⁰ O sistema de coleta de dados foi desenvolvido por profissional de Tecnologia da Informação, exclusivamente para essa pesquisa. A tela de entrada colhe dados de identificação individual e, posteriormente, são apresentadas as instruções de preenchimento da estimativa de tamanho de porções, que variava de 0 a 100. As porções são apresentadas uma única vez, de forma randomizada, a cada participante, evitando pistas cognitivas para comparação do tamanho de porções. Não havia limite de tempo para o participante determinar o tamanho da porção apresentada. Cada participante atribuiu um valor a cada uma das três amostras (p, m, g) de porções para cada um dos cinco tipos de alimentos (arroz, feijão, carne, salada e sobremesa), totalizando 15 respostas por indivíduo. O sistema de coleta pode ser solicitado à autora principal, que detém os direitos de uso do software.

¹¹ Notebook Samsung modelo NP350XBE-XD1BR, com tela de LED HD TN, de 15,6 polegadas antirreflexo, processador Intel Core I5 8ª geração, HDD de 1 TB SATA III, placa de vídeo dedicada NVIDIA GeForce MX110, com 2 GB GDDR5, 8 GB de memória RAM, rodando sistema operacional Microsoft Windows, versão 10.

diferentes pessoas, com uma escala Likert de sete pontos, que oscila entre os pólos “descreve-me muito mal” a “descreve-me muito bem” (Nunes, Hutz, Nunes, 2011).

Os estilos de *coping* foram avaliados por meio do Inventário de Estilos de *Coping* (Anexo III), desenvolvido por Folkman e Lazarus (1985), validado para o Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996)¹². O instrumento possui 63 itens e identifica oito estilos de *coping*. Os estilos de *coping* são descritos por Savoia (2000) como sendo: (1) Confronto (enfrentar a questão que provoca estresse ativamente, sem considerar possíveis consequências); (2) Afastamento (distanciar-se do problema - inclui o distanciamento físico, comportamental, emocional e de pensamentos); (3) Autocontrole (adotar postura de assumir o autocontrole acreditando que isso baste para que a situação passe); (4) Suporte Social (busca de auxílio em outras pessoas); (5) Aceitação de Responsabilidade (assumir existência dos problemas e responsabilizar-se); (6) Fuga e Esquiva (evitação do estressor); (7) Resolução de Problemas (tentativa de manejo de situações); e (8) Reavaliação Positiva (procurar aproveitar, aprender ou ver aspectos positivos nas situações). Essa escala adota a seguinte relação de valores: 0=não usei esta estratégia; 1=usei um pouco; 2=usei bastante; e 3=usei em grande quantidade.

O Índice de Massa Corporal foi medido de acordo com o padrão de relação IMC = peso/altura² (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, 2016). A ABESO segue os padrões da OMS para diagnóstico de obesidade, sendo o IMC a estratégia mais utilizada.

2.3 Procedimentos

Os participantes foram convidados a participar desta pesquisa no ambiente geral da sala de espera do Ambulatório de Obesidade do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. Foi apresentado o objetivo do trabalho e, para aqueles que se interessaram, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a leitura e solução de qualquer dúvida, os participantes que aceitaram o convite foram colocados em ambiente apropriado para a coleta de dados.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, mantendo o distanciamento e cuidados sanitários necessários em função da pandemia de COVID-19, sempre na mesma ordem: questionário de dados demográficos, Inventário de Estratégias de *Coping*, avaliação

¹² A análise fatorial do instrumento original apresenta uma solução com 8 fatores explicando 70,8% da variância total do instrumento. Estudos de consistência interna apontaram correlações Fator-Total na ordem de 0,424 a 0,688 ($p < 0,001$). A técnica das duas metades apresentou coeficientes de precisão intrafatores entre 0,440 e 0,797.

do tamanho de porções e Bateria Fatorial de Personalidade. Os dados relativos ao IMC foram coletados por meio de balança digital e estadiômetro, minimizando-se elementos intervenientes, como excesso de roupas, acessórios e calçados. Não foram observadas ou relatadas intercorrências durante a coleta de dados.

2.4 Análise de Dados

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 1.0.0.1447 (2020). Para descrever a amostra, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências e porcentagens). Para comparações entre diferentes grupos, usou-se o teste *t* de *Student* para amostras dependentes e para valores únicos, estudos de Correlação utilizaram Correlações de *Pearson*. O nível de significância foi ajustado para $p < 0,050$.

O grupo total foi dividido em dois, considerando-se a condição de ter passado ou não por procedimento de cirurgia bariátrica. Os grupos comparados incluíram a investigação de diferenças de personalidade, *coping* e estimativa de tamanho de porções entre os participantes. A técnica de correlação de *Pearson* foi utilizada para verificar relações entre personalidade, *coping* e estimativa de tamanho de porções.

Para efeito de investigação posterior, adotou-se a estratégia de calcular o valor médio por refeição (médias dos escores para carne, arroz, feijão, salada e sobremesa) *p*, *m* e *g* e correlacioná-lo com as variáveis de *coping* e personalidade.

2.5 Questões éticas

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (CAAE 31744620.1.0000.5231). Após a aprovação do CEP/UEL, realizou-se o contato com o Hospital das Clínicas (HC/UEL) para acessar os clientes do Ambulatório de Obesidade e convidá-los a participar do presente estudo. Os participantes foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) e aqueles que concordaram em participar assinaram o referido Termo.

3 RESULTADOS

Primeiramente, para efeito de controle, a amostra de 37 participantes foi dividida em participantes que haviam ou não realizado cirurgia bariátrica. O IMC dos grupos é diferente numericamente, porém não de forma significativa (grupo com cirurgia $M=35,879$, $DP=6,815$, $N=22$; grupo sem cirurgia bariátrica $M=39,971$, $DP=12,462$, $N=12$; $t=-1,245$, $p=0,22$, $df=32$). Não foram observadas diferenças significativas nas características sociodemográficas, estimativas de tamanho de porção, estilos de *coping* ou características de personalidade. A única exceção foi a estimativa de tamanho da porção pequena de carne, tendo o grupo com cirurgia bariátrica média ($M=26,6$, $N=10$) maior que participantes sem cirurgia bariátrica ($M=13,6$, $N=26$) ($t=2,39$, $p=0,022$, $df=34$). Os grupos, portanto, foram considerados homogêneos e as análises a seguir contemplam um único grupo com todos os participantes.

As características gerais (pontuações mínima, máxima, média e desvio padrão) de avaliação do tamanho de porção, características de personalidade e estilos cognitivos estão apresentadas nas Tabelas 1, 2 e 3. Para verificar a relação entre a percepção de tamanho de porções, características de personalidade e estilos de *coping*, procedeu-se uma matriz de correlação de *Pearson*, utilizando os valores numéricos padronizados para cada variável. Esses resultados estão sumarizados na Tabela 4, considerando-se apenas as correlações significativas ($p<0,050$), uma vez que a matriz completa de correlações ficaria extensa demais para ser lida adequadamente.

3.1 Estimativa de tamanho de porção

Tabela 1: Avaliação do tamanho de porções ($N=37$)

Imagem	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
arroz p	1,0	80	29,4	19,4
arroz m	1,0	100	62,2	25,1
arroz g	1,0	100	82,7	29,9
carne p	0,0	80	16,9	15,5
carne m	1,0	85	25,4	18,7
carne g	1,0	80	31,1	19,6
feijão p	1,0	80	29,2	18,5
feijão m	1,0	100	61,0	29,6
feijão g	2,0	100	80,9	30,1
melancia p	2,0	90	34,4	24,1
melancia m	2,0	100	44,0	26,8
melancia g	2,0	100	53,7	26,9
salada p	0,0	30	10,8	8,4
salada m	1,0	100	22,5	18,8
salada g	2,0	100	70,2	38,9

Conforme descrito nos Procedimentos, as porções foram apresentadas em tamanhos padronizados a partir de manuais de nutrição sendo, portanto, significativamente diferentes em tamanho. Pode-se observar que o valor inicial (mínimo) para cada tamanho de porção oscila entre 0 e 2 pontos (em uma escala de 0 a 100). Como as porções são apresentadas aleatoriamente, cada participante adota a sua estratégia pessoal inicial para a atribuição de valores para cada porção. Por isso, a análise dos valores médios permite uma melhor compreensão dos dados. Assim, observa-se que o tamanho médio atribuído a cada porção é coerente ($p < m < g$). Contudo, observa-se também que no item “melancia” a diferença atribuída entre os tamanhos pequeno e médio e médio e grande é pequena, embora as imagens apresentadas sejam no mesmo padrão de proporção adotado para os outros alimentos (porções p/m: $t = -1,62$, $p = 0,109$, $df = 72$; porções m-g: $t = -1,55$, $p = 0,124$, $df = 72$). Entre as porções pequena e grande a diferença é significativa: $t = -3,25$, $p = 0,002$, $df = 72$.

3.2 Bateria Fatorial de Personalidade

Tabela 2: Resultados da Bateria Fatorial de Personalidade ($n = 37$)

Fator	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
N1-Vulnerabilidade	1,7	6,9	4,1	1,1
N2-Instabilidade	1,0	7,0	4,0	1,5
N3-Passividade	2,0	6,5	3,9	1,1
N4-Depressão	1,1	5,5	3,7	1,0
E1-Comunicação	2,0	6,7	4,1	1,2
E2-Altivez	1,0	5,3	3,3	1,1
E3-Dinamismo	1,6	6,2	4,3	1,0
E4-Interações	1,9	6,1	4,5	1,2
S1-Amabilidade	3,8	7,0	6,1	0,9
S2-Pró-Sociabilidade	3,5	7,0	6,1	0,9
S3-Confiança	1,5	5,8	3,9	1,0
R1-Competência	2,4	6,6	5,0	1,1
R2-Ponderação	1,0	7,0	5,0	1,3
R3-Empenho	1,7	7,0	4,8	1,4
A1-Abertura Ideias	1,6	7,0	4,1	1,1
A2-Liberalismo	2	6,3	4,4	1,0
A3-Busca Novidade	1,3	7,0	4,3	1,2

Os valores médios e desvios obtidos na amostra são muito similares ao da padronização do instrumento na população brasileira. Contudo, os fatores N1

(vulnerabilidade) e N4 (depressão) possuem médias consideravelmente acima da amostra de padronização nacional (valores da amostra de padronização: N1 $M=3,49$; $DP=1,23$ e N4 $M=2,33$; $DP=1,11$). A comparação da média de N1 da amostra de pesquisa e dos estudos de padronização, de fato, mostrou diferenças significativas ($t=2,975$, $p=0,003$), bem como para N4 ($t=7,974$, $p<0,001$).

3.3 Inventário de Estilos de *Coping*

Tabela 3: Resultados dos componentes do Inventário de Estilos de *Coping* ($n=37$)

Fator	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
CONFRONTO	0,00	2,7	1,0	0,7
AFASTAMENTO	0,29	3,0	1,5	0,7
AUTOCONTROLE	0,20	3,0	1,6	0,8
SUP SOCIAL	0,00	3,0	1,5	0,9
ACEIT RESP	0,43	3,0	1,6	0,8
FUGA-ESQUIVA	0,00	3,0	1,9	1,0
RESOL PROBL	0,00	2,8	1,5	0,8
REAV POSIT	0,33	3,0	1,7	0,8

Os valores obtidos na análise de estilos de *coping* mostram uma maior adoção dos estilos fuga-esquiva ($M=1,86$), reavaliação positiva ($M=1,69$) e aceitação de responsabilidade ($M=1,64$). Por outro lado, o estilo confronto ($M=1,03$) é muito pouco utilizado. Para compreendermos os valores apresentados, é necessário lembrar que essa escala adota a seguinte relação de valores: 0=não usei esta estratégia; 1=usei um pouco; 2=usei bastante; e 3=usei em grande quantidade. Assim, percebemos que a estratégia mais utilizada é fuga-esquiva.

3.4 Correlações

Tabela 4: Correlações significativas entre tamanho de porção, Bateria Fatorial de Personalidade e Inventário de Estilos de *Coping* ($n=37$)

Variáveis	<i>r</i>	<i>p</i>
Arroz g & Busca por Novidade	0,37	0,03
Carne p & Vulnerabilidade	0,41	0,01
Carne p & Altivez	0,37	0,03
Carne g & Empenho	0,34	0,04
Feijão p & Vulnerabilidade	0,34	0,04
Feijão p & Comunicação	0,46	0,00
Feijão p & Altivez	0,35	0,04
Feijão p & Suporte Social	0,34	0,04
Feijão p & Resolução de Problemas	0,37	0,02
Feijão g & Interações Sociais	0,33	0,05
Feijão g & Empenho	0,36	0,03
Feijão g & Busca por Novidade	0,43	0,01
Melancia p & Empenho	0,34	0,04
Melancia m & Altivez	0,33	0,05
Melancia m & Amabilidade	0,36	0,03
Melancia m & Pró-Sociabilidade	0,33	0,05
Melancia m & Competência	0,34	0,04
Melancia m & Empenho	0,48	0,00
Melancia g & Empenho	0,35	0,03
Melancia g & Autocontrole	0,34	0,04
Salada g & Ponderação	0,35	0,04

A amostra do estudo, apesar de reduzida, mostra correlação entre estimativas de tamanho das porções e escores de personalidade e estilos de *coping*. Isto posto, pode-se observar que alguns fatores de personalidade mostraram maior associação com processos perceptivos, especialmente o fator Empenho. Quanto maior o escore no fator Empenho, maior foi a percepção do tamanho das porções avaliadas pelos participantes. Outros fatores também mostraram correlação positiva com a estimativa de tamanho de porção, como Vulnerabilidade, Altivez e Busca por Novidade.

Entre os estilos de *coping*, pode-se observar que Suporte Social, Resolução de Problemas e Autocontrole apresentaram correlações positivas com a estimativa do tamanho de porção. O estilo Suporte Social indica a busca de auxílio em outras pessoas, demonstrando que participantes que buscam auxílio para enfrentar a situação estressora conseguem definir as porções como maiores que os outros. O estilo Resolução de Problemas (a tentativa de

manejo das situações) é uma estratégia de enfrentamento do evento estressor, apontando que enfrentar a situação e tentar resolvê-la leva a percepções de porções maiores também. Por fim, o estilo Autocontrole implica em uma postura de adotar o autocontrole dos impulsos, acreditando que isso basta para que a situação seja superada, sendo que essa estratégia teve correlação positiva com a estimativa de tamanho de porção.

A literatura internacional tem utilizado a avaliação de tamanho de refeições em diferentes estudos sobre comportamento alimentar e suas relações com a obesidade e fatores psicológicos (Fisher, 2007; Hinton et al, 2018; Karadağ et al, 2021; Lioret et al, 2009; Milos et al, 2013; Ruddock et al, 2021; Schwartz et al, 2020; Seto et al, 2016). Assim, para efeito de comparação com outros estudos foi adotada a estratégia de calcular a estimativa média de uma refeição a partir das porções individuais de arroz, feijão, carne, salada e sobremesa.

Os valores médios encontrados para as refeições completas seguiram a ordem esperada para os tamanhos pequeno ($M=24,78$, $DP=13,83$), médio ($M=44,21$, $DP=17,67$) e grande ($M=65,33$, $DP=21,76$). Para verificarmos a consistência no comportamento na atribuição dos valores, foi verificada a correlação entre as médias encontradas, cujos resultados podem ser vistos na Tabela 5.

Tabela 5: Tabela de Correlação de *Pearson* entre as estimativas de tamanho de porção

Refeição completa	Pequena	Média	Grande
Pequena	-	0,76	0,61
Média	0,76	-	0,87
Grande	0,61	0,87	-

*Valores de $p < 0,01$

As correlações encontradas entre as estimativas de tamanho das refeições são altas e significativas, oscilando entre 0,61 e 0,87 ($p < 0,01$). Os resultados indicam que os participantes, ao atribuírem os valores numéricos para representar o tamanho das porções avaliadas, foram significativamente constantes, indicando a porção pequena com números menores e as porções grandes com números maiores, sendo que os valores das porções médias ficaram no meio das duas anteriores sistematicamente, sem influências aleatórias. Considerando a consistência dos dados, procedemos os estudos de correlação das estimativas do tamanho da refeição com as outras variáveis estudadas.

As correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) encontradas foram entre a percepção de refeição pequena e Vulnerabilidade (0,34) e entre a refeição grande e Busca por novidade (0,38).

4 DISCUSSÃO

Esperava-se encontrar resultados similares aos da literatura internacional corrente, que apontava, ainda que de forma pouco consistente, nas seguintes direções: a) relações significativas entre estilos de personalidade e estratégias de *coping*; b) relações significativas entre estilos de personalidade e estimativa de tamanho de porção; b) relações significativas entre estratégias de *coping* e estimativa de tamanho de porção.

Este estudo avaliou se estilos de personalidade e *coping* seriam correlacionados entre si e com estimativa de tamanho de porções alimentares. Nesse sentido, elementos correlacionados positivamente com a atribuição de valores dos tamanhos de porção (maior valor na característica avaliada estar correlacionado com maiores valores na avaliação da porção) devem ser considerados fatores protetivos de obesidade, enquanto estimativas menores do que a realidade seriam fatores de risco.

Conforme descrito nos resultados, não foram encontradas correlações significativas entre as estratégias/Estilos de *Coping* utilizadas pelos participantes e seus elementos descritores de personalidade. Tal correlação é esperada entre essas variáveis, tendo sido identificada em trabalhos no Brasil (Antoniuzzi, 1999; Diniz, Zanini, 2010; Serafini, Bandeira, 2011) e exterior (Leszko, Iwanski, Jarzebinska, 2020). Por outro lado, observou-se que aspectos ligados ao Neuroticismo (vulnerabilidade e depressão) na amostra pesquisada estão acima da média da população brasileira. Neuroticismo representa o aspecto emocional da personalidade humana, resultados elevados nesse aspecto indicam maior sensibilidade emocional, podendo estar associado a tomada de decisão impulsiva ou por pressão externa, desprezando estratégias cognitivas (Nunes, Hutz & Nunes, 2010). Nas respostas coletadas nos questionários utilizados na pesquisa é possível notar a adoção mais frequente da estratégia de *coping*, a fuga-esquiva, que frequentemente está associada na literatura com o fator Neuroticismo elevado. O fato de a amostra da pesquisa estar acima da média da amostra de validação do instrumento (fenômeno que não foi encontrado em outros estudos) pode explicar a ausência de correlações significativas, assim como o tamanho da amostra reduzido ($n=37$). Além disso, observamos que a literatura tem apontado para uma relação entre essas características de personalidade e perda e controle posterior de peso (Larsen et al, 2004; Lunn et al, 2014; Munro et al, 2011; Sullivan, Cloninger, Klein, 2007). De fato, os dados encontrados concordam com estudos anteriores, que encontraram relação dos subfatores da Escala de Neuroticismo e um prognóstico negativo de perda de peso. Lillis e Wing (2015) observaram que aspectos emocionais negativos elevados, como os encontrados no presente estudo, são preditores de comportamentos inadequados para a perda de peso. McGarrity et

al (2019) identificaram que Estilo de *Coping* do tipo fuga-esquiva (evitativo) e sintomas depressivos são elementos chave para o surgimento de transtornos alimentares.

A existência de associação entre características de personalidade e obesidade não é fato novo na literatura (Ahmad, Muazzam, Anjum, 2020; Bagnjuk, König, Hajek, 2019; Lunn et al, 2014; Maria, Yaegashi, 2016; Munro et al, 2011; Ryden et al, 2003; Ryden et al, 2004; Sutin et al, 2011; Tomaz, Zanini, 2009; Wimmelman et al, 2018) e frequentemente o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) tem sido utilizado em pesquisas. O fator mais frequentemente citado é Neuroticismo, embora outros fatores ligados à extroversão e abertura a novas experiências também sejam.

O presente estudo, apesar da amostra reduzida, apresentou a mesma direção de associação entre características de personalidade e obesidade. Ainda foi possível observar correlação positiva entre componentes de Neuroticismo, Extroversão, Sociabilidade, Realização e Abertura com a estimativa de tamanho da porção. O elemento com maior número de correlações significativas foi o subfator Empenho (Fator Realização). Empenho é uma característica de personalidade que descreve uma tendência ao detalhismo na realização de trabalhos e um alto nível de exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas. Pessoas com alto escore nesse fator costumam se dedicar às atividades profissionais/acadêmicas e gostam de obter reconhecimento por seu esforço (Nunes, Hutz, Nunes, 2011). Nos resultados encontrados, Empenho foi correlacionado com a estimativa de cinco diferentes itens, indicando que quanto maior a energia dedicada à conclusão de tarefas e o desejo de superar dificuldades e obstáculos, mais frequentemente a pessoa avaliou as porções como maiores do que seus pares fizeram. A característica Empenho seria, então, elemento de interesse para a construção de um prognóstico mais favorável para a perda de peso. Outros subfatores, como Vulnerabilidade¹³ (Fator Neuroticismo), Altivez¹⁴ (Fator Extroversão) e Busca por Novidade¹⁵ (Fator Abertura) também obtiveram destaque nesse estudo, estando associados a sete dos itens avaliados. Além de os presentes resultados serem compatíveis com estudos anteriores (Ahmad, Muazzam, Anjum, 2020; Bagnjuk, König,

¹³ O fator Vulnerabilidade é composto por itens que descrevem medo a críticas, insegurança, dificuldades em tomar decisões, medo de abandono das pessoas mais próximas, sugerindo sensibilidade à pressão externa e opinião de terceiros (Nunes, Hutz, Nunes, 2011).

¹⁴ O fator Altivez descreve pessoas com uma percepção grandiosa sobre a sua capacidade e valor nos contextos relacionais (Nunes, Hutz, Nunes, 2011).

¹⁵ O fator Busca por Novidade descreve as pessoas que tendem a não gostar de rotinas fixas em contextos variados, indicando que têm pouca motivação para realizar tarefas repetitivas, facilmente ficando entediados quando não podem vivenciar eventos novos (Nunes, Hutz, Nunes, 2011).

Hajek, 2019; Maria, Yaegashi, 2016; Ryden et al, 2001; Ryden et al, 2004; Wimmelman et al, 2018), demonstram que a força do modelo que correlaciona elementos de personalidade com o desenvolvimento de obesidade necessita ser mais amplamente explorado. Primeiramente, por indicar um grau de Neuroticismo mais elevado entre indivíduos com obesidade, portanto, com maior sofrimento emocional, o que é um preditor negativo para o desenvolvimento da obesidade. Em segundo lugar, por mostrar a necessidade de desenvolvimento de novos estudos sobre funcionamento social e a relação de nosso estilo geral de ajustamento com a adoção de hábitos que facilitam o desenvolvimento da obesidade (Ruddock et al, 2021).

As estratégias de enfrentamento de situações (*coping*) também apresentaram correlações positivas com a estimativa do tamanho de porções. As estratégias de Suporte Social (busca de auxílio em outras pessoas), Resolução de Problemas (tentativa de manejo de situações) e Autocontrole (adotar postura de assumir o autocontrole acreditando que isso baste para que a situação passe) apresentaram correlação com três itens avaliados. Convém observar que a estratégia mais adotada pelos participantes do estudo foi a de Fuga-Esquiva, ou seja, de evitar o evento estressor. Essa estratégia está associada a resultados negativos no tratamento da obesidade e na dificuldade de aderência ao tratamento (Hörchner et al, 2002; Lillis & Wing, 2015; Rydén et al, 2001). Este trabalho identificou que, ao utilizarem estratégias que buscam o enfrentamento ativo do problema, os indivíduos também passam a avaliar as porções como maiores, o que os ajudará no controle da obesidade. Estudos anteriores haviam observado a relação entre *coping* e comportamentos alimentares (Rydén et al, 2001; Tomaz; Zanini, 2009), focando em estratégias associadas aos transtornos alimentares. No presente estudo, observamos que alguns pacientes adotaram estratégias associadas a decisões favoráveis ao enfrentamento da obesidade, com estratégias proativas auxiliando na melhor percepção das porções, o que lhes dá uma perspectiva positiva de evolução no tratamento.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou verificar as possíveis relações entre características de personalidade e estratégias de *coping* com a avaliação do tamanho de porções de alimentos em pacientes do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU). Apesar de não encontrarmos todas as correlações esperadas, conforme apresentado na literatura da área, entre personalidade e Estilos de *Coping*, relações entre personalidade, *Coping* e estimativas de tamanho de porções alimentares, nos seus diferentes aspectos, foram encontradas. Ou seja, encontramos um perfil característico de personalidade no grupo, bem como a adoção de uma estratégia típica de *coping*. A relação desses fatores com a percepção de tamanho das porções também foi encontrada. Nesse sentido, os dados quantitativos, mesmo diante de uma amostra reduzida, mostraram-se coerentes com a literatura científica. A confirmação, ainda que estatisticamente frágil, das hipóteses já valeria como exercício metodológico, mas os dados permitem ir além das questões estatísticas.

Do ponto de vista metodológico, observamos a predominância de dois aspectos de personalidade relacionados ao fator Neuroticismo (Vulnerabilidade e Depressão). Conforme observado na literatura, esses fatores estão relacionados a diversos problemas emocionais graves, como psicopatologias, e transtornos alimentares (anorexia, alimentação compulsiva e outros transtornos). Isso posto, a presença dessa diferença de perfil indica que a amostra estudada terá maior dificuldade no controle da obesidade e na aderência ao tratamento, sendo mais sensível às pressões sociais, modelos de corpo ideal e relação com a comida. Outro fator presente foi adoção do estilo de *Coping* de Fuga/Esquiva como o predominante na amostra. Mais uma vez, esse estilo está associado na literatura à maior dificuldade na aderência ao tratamento e a bons resultados na perda e manutenção de peso. A dificuldade no enfrentamento das situações de escolha alimentar, associada a uma maior dificuldade de resistir às pressões externas, faz dessas pessoas sujeitos mais frágeis diante das pressões sociais. Tais dados indicam que a amostra estudada demanda acompanhamento psicológico sistemático e, potencialmente, acompanhamento médico para o sofrimento psíquico ao processo. Observamos, também, que a literatura da área indica que esse tipo de perfil está associado à necessidade de um maior suporte social, o que inclui a aceitação pessoal e a consideração positiva do paciente por parte dos atores do serviço de saúde e da rede de apoio, incluindo família e comunidade. Novos estudos com esse público devem incluir a investigação dessa variável (suporte social percebido em diferentes contextos) como parte do delineamento. Considerando a literatura e os dados observados nesse estudo, esses elementos podem ser preditores confiáveis do sucesso do tratamento da obesidade.

A avaliação do tamanho de porção foi outro elemento metodológico importante para esse estudo. Observamos correlações positivas e significativas entre fatores de personalidade e a avaliação do tamanho da porção. O principal elemento, nessa amostra, foi o subfator Empenho (Fator Realização), que está ligado ao grau de energia e dedicação que a pessoa investe na execução de uma tarefa. Pessoas com escores mais altos nessa característica também atribuem valores maiores às porções avaliadas. Podemos entender que essas pessoas estão mais empenhadas na atividade e, portanto, no desejo de conseguir perder peso. Contudo, devemos observar que a amostra estudada não difere da média da população nessa característica. Isso permite deduzir que essa característica poderia e deveria ser foco do trabalho de desenvolvimento individual dos pacientes de ambulatórios de obesidade, uma vez que os dados sugerem que esta característica está associada a uma avaliação maior do tamanho de porção e, portanto, conforme entendemos, a adoção de quantidades menores de porção de alimentos – essencial à perda e manutenção de peso.

Por fim, o delineamento e instrumentos utilizados mostraram-se úteis ao propósito. A coleta de dados durante a pandemia mostrou-se um desafio importante, causando redução na amostra pretendida. Mesmo assim, pudemos observar vários exemplos práticos que confirmam a literatura da área e devem servir de guia para o desenvolvimento e melhoria dos programas de atendimento a pessoas obesas. A ampliação da amostra deve ser considerada, podendo expandir os achados do presente estudo. Outras limitações observadas no estudo referem-se a ausência de uma análise prévia sobre a existência de algum tipo de psicopatologia na amostra pesquisada, assim como a não randomização na aplicação dos instrumentos. Além disso, outras perguntas surgiram da realização desse trabalho, podendo compor novos estudos. Sugere-se, como potenciais questões, verificar relações entre Estilos de *Coping* e personalidade com o sucesso e adesão ao tratamento; verificar a relação entre suporte social percebido e a adesão ao tratamento e perda e manutenção de peso; verificar se o perfil de personalidade encontrado na presente amostra se repete em outras regiões do país ou se trata-se de característica local, permitindo o desenvolvimento de programas de atendimento sob medida para o público investigado. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de uma pesquisa mais ampla, focada na construção de um modelo empírico de previsão de comportamento do indivíduo com obesidade, representada por uma equação de regressão não linear, já que o fenômeno estudado é multifatorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilés, V.; Rodríguez-Ruiz, S.; Abilés, J.; Mellado, C.; Garcia, A.; Cruz, A.P.; Fernández-Santaella, M.C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, p. 161-167.
- Ahmad, S., Muazzam, A., Anjum, A. (2020). Factors of obesity and personality traits among middle-aged women of Lahore. *Pakistan Armed Forces Medicine Journal*, 70(4), p. 1153-1157.
- Almeida, G.A.N.; Giampietro, H.B.; Belarmino, L.B.; Moretti, L.A.; Marchini, J.S.; Ceneviva, R. (2011). Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(3), p. 226-231.
- Anjos, L.A.; Silveira, W.D.B. (2017). Estado nutricional dos alunos da rede nacional de ensino de educação infantil e fundamental do Serviço Social do Comércio (Sesc), Brasil, 2012. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22(5), p. 1725-1734.
- Antoniazzi, A. S. (1999) Desenvolvimento de instrumentos para avaliação de *coping* em adolescentes brasileiros. Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2908/000283149.pdf>>. Acesso em 12/06/2021.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2016). Diretrizes brasileiras de obesidade, 4.ed., São Paulo, SP.
- Bagnjuk, J., König, H. H., Hajek, A. (2019). Personality traits and obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2675).
- Benito, L.A.O., Lima, R. C., Karnikowski, M.G.O., Silva, I.C.R. Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019. *REVISA*. 2021; 10(1): 181-94.
- Bordignon, S.; Aparício, M.J.G.; Bertoletti, J.; Trentini, C.M. (2017). Personality characteristics and bariatric surgery outcomes: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), p. 124-134.

Brasil. (2017a). Em dez anos, obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>>. Publicado em 17/04/2017. Alterado em 18/04/2017. Acesso em 28/06/2017.

Brasil. (2017b). VIGITEL Brasil 2016 (apresentação). Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf>. Acesso em 28/06/2017.

Brasil. (2020). Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Rio de Janeiro. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>>. Acesso em 03/10/2021.

Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. F., Leite, R. C. B. O. & Spire, W. C. (2000). *Coping*: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 34(4), 370-375.

Crispim, S. P., Fisberg, R. M., Almeida, C. C. B., Nicolas, G., Knaze, V., Pereira, R. A., Marchiori, D. M. L., dos Santos, N. A., Steluti, J., Slimani, N. (2017). Manual fotográfico de quantificação alimentar. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2017.

Diniz, S. S., Zanini, D. S. (2010). Relação entre fatores de personalidade e estratégias de *coping* em adolescentes. *Psico-USF*, 15(1), p. 71-80.

Duchesne, M.; Mattos, P.; Appolinário, J.C.; Freitas, S. R.; Coutinho, G.; Santos, C.; Coutinho, W. (2010). Assessment of executive functions in obese individuals with binge eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (4), p. 381-388.

Fisher, J.O. (2007) Effects of age on children's intake of large and self-selected food portions. *Obesity*, Vol. 15 (2), p. 403-412.

EASO - The European Association for the Study of Obesity. *About world obesity day*. Disponível em <<https://easo.org/advocacy/world-obesity-day/about-world-obesity-day/>>. Acesso em 02/10/2021.

Elfhag, K.; Carlsson, A.M.; Rössner, S. (2003). Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, p. 399-407.

Guerrieri, R.; Nederkoorn, C.; Jansen, A. (2008). The effect of an impulsive personality on overeating and obesity: current state of affairs. *Psychological Topics*, 17 (2), p. 265-286.

Hinton, E.C.; Birch, L.A.; Barton, J.; Holly, J.M.P.; Biernacka, K.M.; Leary, S.D.; Wilson, A.; Byrom, O.S.; Hamilton-Shield, J.P. (2018) Using neuroimaging to investigate the impact of Mandolean® training in young people with obesity: a pilot randomised controlled trial. *BMC Pediatrics*, 18 (366), p. 1-10.

Hörchner, R.; Tuinebreijer, W.E.; Kelder, H.; Urk, E. (2002). *Coping* behavior and loneliness among obese patients. *Obesity Surgery*, 12, p. 864-868.

Jonge, P. V. H., Furth, E. F. V., Lacey, J. H., Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33, p. 1311-1317.

Karadağ, M. G.; Ağagündüz, D.; Yildiran, H.; Arslan, S.; Toka, O. (2021) Factors affecting on perception and knowledge of portion size in young adults. *Nutrition and Food Science; Bradford*, 51 (6), p. 947-958.

Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., Wit, P., Antwerpen, T., Brand, N., Ramshorst, B. (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12, p. 1828-1834.

Leszko, M., Iwanski, R., Jarzebinska, A. (2020). The relationship between personality traits and *coping* styles among first-time and recurrent prisoners in Poland. *Frontiers in Psychology*, v.10, Article 2969, 1-10.

Lillis, J., Wing, R. R. (2015). The role of avoidance-based *coping* in the psychosocial functioning of weight loss treatment-seeking adults. *Obesity Science & Practice*, 1(1), p. 59-64.

Lioret, S.; Volatier, J-L.; Lafay, L.; Touvier, M.; Maire, B. (2009) Is food portion size a risk factor of childhood overweight? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, p. 382-391.

Lunn, T. E., Nowson, C. A., Worsley, A., Torres, S. J. (2014). Does personality affect dietary intake? *Nutrition*, 30, p. 403-409.

Machado, C.E.; Zilberstein, B.; Cecconello, I.; Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 21 (4), 185-191.

Marchesi, D. G., Ciriaco, J. G. M., Miguel, G. P. S., Batista, G. A. P., Cabral, C. P. & Fraga, L. C. (2017). O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade interfere nos resultados da cirurgia bariátrica? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 44(2), 140-146.

Maria, C. C., Yaegashi, S. F. R. (2016). Os traços de personalidade associados no desenvolvimento da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 10(56), p.74-92.

Matos, M.I.R.; Aranha, L.S.; Faria, A.N.; Ferreira, S.R.G.; Bacaltchuck, J.; Zanella, M.T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.

McGarrity, L.A.; Perry, N.S.; Derbidge, C.M.; Trapp, S.K.; Terrill, A.L.; Smith, T.W.; Ibele, A.R.; MacKenzie, J.J. (2019) Associations between approach and avoidance *coping*, psychological distress, and disordered eating among candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 29, p. 3596-3604.

Milos, G., Kuenzli, C., Soelch, C. M., Schumacher, S., Moergeli, H. & Mueller-Pfeiffer, C. (2013). How much should I eat? Estimation of meal portions in anorexia nervosa. *Appetite*, 63, 42-47.

Munro, I. A., Bore, M. R., Munro, D., Garg, M. L. (2011). Using personality as a predictor of diet induced weight loss and weight management. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(129).

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S. & Nunes, M. F. O. (2011). *Bateria Fatorial de Personalidade: manual técnico*. 1a. reimpressão. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Peterson, C. B., Thuras, P., Ackard, D. M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N., Wonderlich, S. A., Pederson, M. W., Crow, S. J. (2010). Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51, p. 31-36.

Pinheiro, A.R.O.; Freitas, S.F.T.; Corso, A.C.T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição* [online]. v. 17, n. 4, pp. 523-533. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>>. Acesso em 28/12/2021.

Rajan, T.M.; Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 63 (3), p. 182-190.

Rand, K.; Vallis, M.; Aston, M.; Price, S.; Piccinini-Vallis, H.; Rehman, L.; Kirk, S.F.L. (2017). “Its not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health And Well-Being*, 12, p. 1-14.

Ruddock, H.K.; Long, E.V.; Brunstrom, J.M.; Vartanian, L.R.; Higgs, S. (2021) People serve themselves larger portions before a social meal. *Scientific Reports*, 11(11072).

Rydén, A., Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., Taft, C., Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40, p. 177-188.

Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K., Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity*, 27, p. 1534-1540.

Rydén, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. K., Taft, C. (2004). A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *International Journal of Obesity*, 28, p. 1485–1493.

Santos, D. F. B., Strapasson, G. C., Golin, S. D. P., Gomes, E. C., Wille, G. M. F. C. & Barreira, S. M. W. (2017). Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1717-1724.

Savóia, M. G., Santana, P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.

Savóia, M.G. (2000). Instrumentos para avaliação de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. Em Gorestein, V., Andrade, L.H.S.G., Zuardi, A.W (orgs) Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia, Ed. Lemos, São Paulo, 2000, 377-386.

Schwartz, C.; Lange, C.; Hachefa, C.; Cornil, Y.; Nicklaus, S.; Chandon, P. (2020) Effects of snack portion size on anticipated and experienced hunger, eating enjoyment, and perceived healthiness among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17:70, p.1-14.

Serafini, A. J. & Bandeira, D. R. (2011). A influência da rede de relações, do *coping* e do neuroticismo na satisfação de vida de jovens estudantes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 15-25.

Seto, E.; Hua, J.; Wu, L.; Shia, V.; Eom, S.; Wang, M.; Li, Y. (2016) Models of Individual Dietary Behavior Based on Smartphone Data: The Influence of Routine, Physical Activity, Emotion, and Food Environment. *PLoS ONE*, 11(4): e0153085.

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

Silva, S.S.P.; Maia, A.C. (2013). Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35 (4), p. 264-271.

Souza, E. L., Grassi-Oliveira, R., Brietzke, E., Sanvicente-Vieira, B., Daruy Filho, L., Moreno, R. A. (2014). Influence of personality traits in *coping* skills in individuals with bipolar disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(4), p. 95-100.

Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31, p. 669-674.

Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B. & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579-592.

Tomaz, R. & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e *coping* em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 22(3), 447-454.

Wanderley, E.N.; Ferreira, V.A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15, n. 1, pp. 185-194. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>>. Acesso em 28/12/2021.

Wannmacher, L. (2016) Obesidade com fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. *Uso racional de medicamentos: fundamentação e condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*, 7(1), 1-10.

Wimmelmann, C. L., Lund, R., Flensburg-Madsen, T., Christensen, U., Osler, M., Mortensen, E. L. (2018). Associations of personality with body mass index and obesity in a large later midlife community sample. *Obesity Facts*, 11, p. 129-143.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2011). Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108038>>. Acesso em 28/12/2021.

WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>>. Acesso em 28/12/2021.



Anexo I – Questionário de dados sociodemográficos

Município: Londrina, PR.
 Posto de coleta: Ambulatório do H.C.
 Data:

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Juraci de Cássia Araújo; Célio Estanislau
 Mestrado em Ciências da Saúde da
 Universidade Estadual de Londrina (UEL),
 Brasil
 Master Program in Health Sciences of
 Londrina State University, Brazil

1. Dados do entrevistado –

Nome:

Telefone:

Endereço:

Data de nascimento:

Sexo:

Feminino () Masculino ()

2. Condição de ocupação –

(A) Alugada;

(B) Própria;

(C) Cedida;

(D) Sub – Alugada.

3. Tipo de moradia –

(A) Casa;

(B) Apartamento;

(C) Casa de vila ou condomínio;

(D) Hotel, pensão e similares com morador;

(E) Alojamento ou casa república.

4. Posição do entrevistado –

(A) Titular;

(B) Cônjuge;

(C) Morador;

(D) Inquilino;

(E) Outros.

5. Quantas pessoas moram com você? –

(A) Moro sozinho;

(B) Uma a três;

(C) Quatro a sete;

(D) Oito a dez;

(E) Mais de dez;

6. Sua casa está localizada em? –

(A) Zona rural;

(B) Zona urbana;

(C) Comunidade indígena;

(D) Comunidade quilombola.

7. Cadastro Socioeconômico –

7.1 Trabalha? sim ou não; formal ou informal;

7.2 Faz o quê?

7.3 Qual a sua principal fonte de renda?

7.4 Quanto é a renda familiar? (Salários mínimos)

7.5 Qual a sua renda mensal aproximadamente? (Salários mínimos)

8. Quantas horas semanais você trabalha? –

(A) Sem jornada fixa, até 10 horas semanais;

(B) De 11 a 20 horas semanais;

(C) De 21 a 30 horas semanais;

(D) De 31 a 40 horas semanais;

(E) Mais de 40 horas semanais.

9. Com qual idade começou a trabalhar? –

(A) Antes dos 14 anos;

(B) Entre 14 e 16 anos;

(C) Entre 17 e 18 anos;

(D) Após 18 anos.

10. Quando iniciou o tratamento e por quê? –

11. Toma medicação? –

Sim Não

Se sim, quais?

12. Possui outras doenças? –

Sim Não

Se sim, quais?

13. Já realizou alguma cirurgia? Possui histórico familiar de tratamento? –

Sim Não

Se sim, quais?

Referências:

CENSO 2020. [S. l.], 1 jul. 2019. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/sobre/questionarios.html>. Acesso em: 9 jan. 2020.

Anexo II – Imagens de porções

Arroz



Feijão



Carne



Salada



Fruta



Anexo III

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

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

<i>Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus</i>					
1	Me concentrei 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	Me critiquei, me repreendi.	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 coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20	Me inspirou 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 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 deixei me impressionar, me recusava 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 eu 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 na 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, me modifiquei 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	Me preparei 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 em 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

Anexo IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Disfunção cognitiva em obesos e características de personalidade: um estudo quantitativo
Cognitive dysfunction in obese and personality characteristics: a quantitative
approach”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Disfunção cognitiva em obesos e características de personalidade: um estudo quantitativo/Cognitive dysfunction in obese and personality characteristics: a quantitative approach”, de autoria de Juraci de Cássia Araújo e Célio Roberto Estanislau, a ser realizada em Ambulatório de obesidade do HC, Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é conhecer características de personalidade em obesos, estilos cognitivos e maneiras de enfrentamentos dos tratamentos. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma, os participantes serão contatados diretamente no HC/UEL. Após a apresentação do projeto, serão convidados a participar do estudo. Será apresentado o TCLE, o qual será lido com o participante e assinado por ele, caso concorde em participar.

Será feita a aplicação dos instrumentos BFP (que avalia personalidade), Escala de Avaliação de Estilos Cognitivos (modos de pensar e tomar decisões) e Inventário de Estratégias de Coping (como lidar para resolver problemas cotidianos), cujo tempo total de coleta deve ser em torno de 60 minutos. Os dados relativos ao IMC serão coletados através de balança digital e estadiômetro, minimizando-se elementos intervenientes, como excesso de roupas e acessórios e calçados.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

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

Os resultados da pesquisa serão divulgados anonimamente (sem a identificação dos participantes) através de (a) artigos publicados em periódicos científicos e (b) no mural do Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas (HC-UEL).

Os benefícios esperados são conhecer os fenômenos psicológicos cognitivos e biológicos da obesidade, com o objetivo de aprimorar as intervenções de saúde. Quanto aos

riscos para o participante, são considerados mínimos, ou seja, não são diferentes dos possíveis incômodos cotidianos diante de uma conversa normal, como algum desconforto diante de um ou outro assunto. Nesse caso, a pesquisadora responsável é qualificada para dar o apoio psicológico e/ou emocional necessário ou encaminhar ao profissional designado pelo HC-UEL para atendimento continuado.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Prof. Dr. Célio Roberto Estanislau, Universidade Estadual de Londrina, telefone celular (43) 991709222 e telefone fixo (43) 33714227, e-mail: celio.estanislau@gmail.com ou com Juraci de Cássia Araújo, responsável por essa pesquisa, através do e-mail cassiaaraujopsi@gmail.com, telefone celular (43) 99974-2095, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, 20 de Abril de 2021.

Pesquisador Responsável

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____