

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p><b>PSICO</b></p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 1-13, jan.-dez. 2022 e-ISSN: 1980-8623   ISSN-L: 0103-5371</p>
<p><a href="http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.37402">http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.37402</a></p>	

SEÇÃO: ARTIGO

## Uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo com indivíduos com obesidade: resultados preliminares

*A cognitive behavioral group intervention with obese patients: preliminary results*

*Uma intervenção cognitiva conductual em grupo com indivíduos obesos: resultados preliminares*

**Carmem Beatriz**

**Neufeld<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0003-1097-2973](https://orcid.org/0000-0003-1097-2973)

[cbneufeld@usp.br](mailto:cbneufeld@usp.br)

**Marília Consolini**

**Teodoro<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-8816-2981](https://orcid.org/0000-0002-8816-2981)

[marilia.cteodoro@hotmail.com](mailto:marilia.cteodoro@hotmail.com)

**Priscila G. Brust-Renck<sup>2</sup>**

[orcid.org/0000-0001-9891-510X](https://orcid.org/0000-0001-9891-510X)

[pri.renck@gmail.com](mailto:pri.renck@gmail.com)

**Raquel de Melo Boff<sup>3</sup>**

[orcid.org/0000-0002-8625-9085](https://orcid.org/0000-0002-8625-9085)

[rmboff@hotmail.com](mailto:rmboff@hotmail.com)

**Rosane Pilot Pessa<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-6301-6830](https://orcid.org/0000-0002-6301-6830)

[rosane@eerp.usp.br](mailto:rosane@eerp.usp.br)

**Recebido em:** 19 mar. 2020.

**Aprovado em:** 31 maio 2021.

**Publicado em:** 25 nov. 2022.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**Resumo:** A obesidade tem causas multifatoriais e a Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta resultados positivos sobre os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais relativos à perda de peso. Este estudo apresenta uma avaliação preliminar do Programa Cognitivo Comportamental de Educação Alimentar em Grupo (PROMETA). Foi realizado um estudo quantitativo, pré-experimental com avaliação pré e pós-teste. Sessenta e sete participantes adultos com sobrepeso ou obesidade realizaram as 12 sessões da intervenção em grupos. Foram utilizados os inventários Beck de depressão, de ansiedade, e de desesperança, a escala de compulsão alimentar periódica, e a escala de figuras de silhuetas. Os resultados indicaram que o PROMETA contribuiu para redução de sintomas de depressão, ansiedade, desesperança, e compulsão alimentar. Portanto, o programa apresenta resultados satisfatórios para esta amostra.

**Palavras-chave:** obesidade, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia de grupo, intervenção psicológica, promoção da saúde

**Abstract:** Obesity has multifactorial causes and Cognitive-Behavioral Therapy has positive results on cognitive, emotional, and behavioral aspects related to weight loss. This study presents a preliminary assessment of the Cognitive Behavioral Program for Group Food Education (PROMETA). A quantitative, pre-experimental study was carried out with pre- and post-test evaluation. Sixty-seven adults who were overweight or obese participated of 12 intervention sessions in groups. Instruments included the Beck inventories of depression, anxiety, and hopelessness, a periodic binge eating scale, and a body satisfaction scale. Results indicated that PROMETA contributed to the reduction of symptoms of depression, anxiety, hopelessness, and binge eating. Therefore, the program shows satisfactory results for this sample.

**Keywords:** obesity, cognitive behavioral therapy, group psychotherapy, psychological intervention, health promotion

**Resumen:** La obesidad tiene causas multifactoriales y la terapia cognitivo-conductual tiene resultados positivos en los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la pérdida de peso. Este estudio demuestra una evaluación preliminar del Programa de comportamiento cognitivo para la educación alimentaria grupal - PROMETA. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo pre-experimental con evaluación previa y posterior a la prueba. Se realizaron 67 participantes adultos con sobrepeso u obesidad como 12 intervenciones de intervención en grupos. Se utilizó el inventario Beck de depresión, ansiedad y desesperanza, una escala periódica de atracones y una escala de figuras de personajes. Los resultados indicaron que PROMETA contribuyó a la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad, desesperanza y atracones. Por tanto,

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil.

el programa muestra resultados satisfactorios para esta muestra.

**Palabras clave:** obesidad, terapia cognitiva-conductual, psicoterapia de grupo, intervención psicológica, promoción de la salud

A obesidade é atualmente um dos maiores problemas de saúde no mundo, associada a diversas doenças crônicas não transmissíveis e a redução da qualidade e expectativa de vida (World Health Organization [WHO], 2017). A prevalência aumentou em todas as faixas etárias (Santos et al., 2013) e 50% dos brasileiros estavam acima do peso e 18,9% eram obesos até 2016 (Agência Nacional de Saúde [ANS], 2017).

Há diversas condições que interagem no desenvolvimento desta condição, como em casos de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), com três a seis vezes mais propensão ao desenvolvimento do que aqueles sem TCAP (ANS, 2017; American Psychological Association [APA], 2014; Chriquia et al., 2013; WHO, 2016). Com a depressão, há uma relação bidirecional e influenciada por fatores biológicos, psicológicos e comportamentais (Milaneschi et al., 2018). Uma metanálise apontou que emoções negativas, como a ansiedade e a tristeza, são gatilhos para desencadeamento de episódios de compulsão alimentar (Fernandes et al., 2018).

Mecanismos psicológicos mediacionais, como imagem corporal e insatisfação corporal, também podem impactar o desenvolvimento da obesidade (Bray et al., 2018; McCuen-Wurst et al., 2018; Teixeira et al., 2015). Além disso, possíveis restrições típicas em situações de obesidade, relações interpessoais comprometidas e dificuldade na recusa de alimentos podem indicar algum nível de déficit de habilidades sociais nesses indivíduos (Correia et al., 2004).

Em relação a tratamentos, a efetividade de intervenções para pessoas com obesidade envolve a interdisciplinaridade; aumento da adesão a exercício físico; envolvimento de familiares; e terapia para suporte na mudança comportamental (Boff et al., 2016; Hassan et al., 2016). Essa necessidade se deve ao fato que a mudança dos padrões emocionais, cognitivos e comportamentais é o que assegura a mudança na alimentação e na

manutenção da perda de peso em longo prazo (Burgess et al., 2017; Miguel-Etayo, et al., 2016; Susin, et al., 2015).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) apresenta evidências empíricas e protocolos eficazes que visam intervir na relação com a alimentação e as crenças associadas à perda e à manutenção de peso quando aliados a exercícios físicos e educação alimentar (Carter & Jansen, 2012; Shaw et al., 2005). Um efeito importante de tais intervenções é a melhora de comorbidades psicológicas associadas, como humor, regulação das emoções, modificação de autoconceito, e prevenção à recaída (Carter & Jansen, 2012; Egan et al., 2013). O Ministério da Saúde brasileiro (2016) inclusive preconiza a TCC como o tratamento de primeira escolha para casos de obesidade (Luz & Oliveira, 2013; Musseti et al., 2018; Sasdelli et al., 2017).

Protocolos de TCC propõem o foco na cognição, nas emoções e nos comportamentos, para a posterior mudança de hábitos alimentares (Beck & Foss, 2007), característica que embasa a proposta de Beck (2008) para um programa de treinamento psicológico para mudanças diárias de pensamento e comportamento de seis semanas, sem nenhuma dieta alimentar. Na modalidade da TCC em grupo, há, ainda, benefícios advindos de fatores grupais, que podem resultar em aumento da autoestima, bem-estar, adaptação social e diminuição de compulsão alimentar (Neufeld et al., 2012).

O programa pioneiro de TCC para obesidade, desenvolvido por Cooper e Fairburn (2001), levou a uma perda de peso de 10 a 15% do peso inicial. Um estudo iraniano adaptou o programa de Cooper e Fairburn (2001) para tratar 72 mulheres em oito sessões com foco em modificação de estilos de vida, desenvolvimento de habilidades de alimentação mais saudável, técnicas no controle da alimentação, e exercícios físicos. Resultados indicaram redução nas medidas antropométricas e maior adesão à dieta (Seif-Barghi et al., 2018).

Além dos protocolos de TCC, a utilização e a eficácia de práticas formais e informais de *mindfulness* são usadas em tratamentos para

obesidade (e.g., Barbosa, et al., 2020; Poll & Wichmann, 2018). A prática informal corresponde ao exercício diário dessa prática consciente, dentro da qual está incluída a prática do *comer consciente*. Esta prática pode ser eficaz tanto na redução do estresse psicológico, como na compulsão alimentar, peso e outros sintomas de transtornos alimentares (Almeida & Assumpção, 2018).

O objetivo deste estudo, portanto, foi realizar uma avaliação preliminar do Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo (PROMETA; Neufeld et al., 2014) para pessoas com obesidade, considerando como variáveis de desfecho: ansiedade, depressão, desesperança, compulsão alimentar periódica, insatisfação com a imagem corporal, discrepância na percepção da imagem corporal, IMC e peso.

## Método

Trata-se de um estudo quantitativo pré-experimental, utilizando método pré e pós-teste e sem grupo de comparação para avaliação preliminar da intervenção. O estudo compara os níveis de ansiedade, depressão, desesperança, compulsão alimentar periódica, insatisfação com a imagem corporal, discrepância da percepção da imagem corporal, IMC, e peso avaliados antes e após a participação na intervenção.

## Participantes

Cento e quatorze (114) voluntários indicaram interesse em participar da intervenção em grupos. O recrutamento foi através de publicação no jornal da universidade e cartazes afixados no campus. Os critérios de inclusão para análise de dados foram: nível de escolaridade mínimo de ensino fundamental completo, mais que 70% de presença, e apresentar sobrepeso (IMC  $\geq 25$ ) ou obesidade grau I, II e III (IMC  $\geq 30$ ). Um total de 52 pessoas (45,6%) foi excluído devido ao critério de inclusão de 70% de presença.

A amostra final foi composta por 62 participantes com faixa etária entre 23 e 71 anos ( $M=42,94$ ,  $DP=13,61$ ). A maior parte dos participantes era do sexo feminino (85,10%) e tinha formação de ensino médio completo ou ensino superior (83%).

A taxa média de participação foi de 10,11 encontros ( $DP = 1,01$ ). Os participantes foram divididos em sete grupos que aconteceram ao longo de dois anos conforme demanda e estratégias de recrutamento.

## Instrumentos

*Inventário de Ansiedade Beck (BAI)*. Desenvolvido por Beck et al. (1961) e validado no Brasil por Cunha (2001) consiste em 21 itens de descrições afirmativas acerca de sintomas ansiosos em uma escala Likert de 4 pontos sobre a gravidade dos sintomas (em uma escala crescente). O escore total varia de 0 a 63 pontos, variando de mínimo (escore de 0 a 7) a grave (escore de 26 a 63).

*Inventário de Depressão Beck (BDI)*. Desenvolvido por Beck et al. (1961) e validado no Brasil por Cunha (2001), contém 21 sobre sintomas e atitudes relacionados à depressão, em uma escala Likert de 4 pontos, com resultado obtido pela soma dos escores, sendo mais altos referentes a maior intensidade. A soma total varia de 0 a 63 pontos, com indicação de estado de depressão severa quando está acima de 30.

*Escala de Desesperança Beck (BHS)*. Desenvolvido por Beck et al. (1961) e validado para a população brasileira por Cunha (2001), é uma escala dicotômica com 20 itens de afirmações com cognições sobre desesperança. O resultado é obtido pela soma dos escores e pode variar de 0 a 20, sendo os mais altos indicativos de maior desesperança (Cunha, 2001).

*Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)*. Consiste em um questionário autoadministrado que avalia a gravidade da compulsão em três medidas: sem compulsão, compulsão moderada e severa. O resultado é a soma das pontuações individuais, sendo uma pontuação mais alta, indicativo maior gravidade. Foi desenvolvido por Gormally et al. (1982) e traduzida e adaptada para o Brasil por Freitas et al. (2001) e validada por Freitas et al. (2002).

*Figuras da Escala de Silhuetas*. Formada por cartões individuais com silhuetas de adultos com variações progressivas na escala de medidas, para investigação de aspectos da imagem corpo-

ral em relação ao tamanho corporal, discrepâncias na percepção do próprio corpo e satisfação ou insatisfação com o corpo (Kakeshita et al., 2009). Os resultados são obtidos por cálculos de diferenças entre IMC Real, IMC atual e IMC desejado, sendo escores mais altos indicativos de maior insatisfação corporal, ou seja, desejo de se ter um corpo que atualmente se tem; ou também maior discrepância da imagem corporal real que se tem. Foi desenvolvida por Stunkard et al. (1983), e adaptada e validada no Brasil por Scagliusi et al. (2006), apresentando boas qualidades psicométricas.

### Intervenção

O Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo (PROMETA; Neufeld et al., 2014) foi elaborado com base no programa de intervenção individual de Beck (2008) e no programa grupal de Cooper et al. (2009) considerando os aspectos da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG), de Bieling et al. (2008) e White e Freeman (2003) e utilizando técnicas com foco na cognição, na emoção, e no comportamento. O programa incluiu foco sobre déficit de habilidades sociais de indivíduos com obesidade, e sobre eficácia da prática de *mindful eating*. Houve uma preocupação com a validade das características da cultura ao programa, ponto fundamental nas intervenções em grupos (Neufeld et al., 2017), e uso de uma intervenção com número de sessões menor que as propostas por Cooper (2009).

O objetivo da intervenção proposta neste programa desenvolvido é a reestruturação das crenças disfuncionais associadas ao peso e à alimentação, identificação das distorções cognitivas, desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e de habilidades sociais, práticas de *mindful eating*, desenvolvimento de repertório para manutenção das habilidades adquiridas, conjuntamente com a educação alimentar para pessoas com obesidade ou sobrepeso realizado pelos profissionais da nutrição e enfermagem. O presente trabalho visará descrever apenas as intervenções coordenadas pela equipe da

psicologia.

### Procedimentos de coleta de dados

A primeira etapa da intervenção envolveu uma entrevista semiestruturada individual para avaliação do histórico pessoal de sobrepeso ou obesidade, informações referentes ao seu estado psicológico, hábitos diários e alimentares, e frequência com que se preocupa com seu peso e pensa em comida. Nessa etapa também foram avaliadas possíveis comorbidades psiquiátricas (i.e., ansiedade, depressão, desesperança, compulsão alimentar e distorção da imagem corporal) associadas à obesidade conforme recomendação da literatura (Tosetto & Simeão Júnior, 2008; Travado et al., 2004; Vasques et al., 2004) e realizados encaminhamentos para tratamento individual caso necessário.

A intervenção foi composta por 12 sessões com duração de 50 minutos cada, coordenada por um terapeuta e acompanhada por um coterapeuta e um terapeuta monitor. Os terapeutas eram estudantes de graduação de psicologia, treinados e supervisionados para a intervenção. As intervenções da psicologia eram seguidas por 50 minutos adicionais de atividades de orientação nutricional (PRAUSP). A orientação nutricional teve papel fundamental de fornecer educação adequada para mudanças de comportamento alimentar e conhecimentos específicos referentes à alimentação saudável.

Cada sessão de TCCG foi estruturada com base na literatura (Bieling et al., 2008), incluindo checagem de humor, revisão do plano de ação da semana, proposição de agenda (direcionada pelo terapeuta, mas flexível para incluir tópicos relevantes aos participantes), desenvolvimento dos tópicos da agenda, proposição de novos planos de ação (tanto grupais como individuais), resumo e *feedback*. Os temas abordados foram: explicação do modelo cognitivo, psicoeducação sobre obesidade, levantamento de pensamentos automáticos relacionados à obesidade e à autoimagem ou ao comer compulsivo, conceitualização cognitiva, reestruturação cognitiva, distorções cognitivas, estratégias de regulação

emocional, *mindful eating*, habilidades sociais, e prevenção de recaída.

No intuito de prover intervenções mais memoráveis e facilitar a compreensão dos conceitos de TCC, também foram utilizados recursos auxiliares nas sessões, como: música, argila, produções gráficas, réplicas de alimentos, imagens e fotografias de situações que envolvam o momento da alimentação. O projetor de multimídia foi utilizado para a etapa de psicoeducação e para tornar os conceitos da reestruturação cognitiva menos abstratos.

### Aspectos éticos

Os participantes que se voluntariaram a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após convite para participar dos programas de intervenção, que assegura a liberdade de desistirem a qualquer momento, bem como as etapas de coleta de dados e intervenção. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CAAE n.º 21480213.1.0000.5407). Após, foi realizada a entrevista inicial individual, seguida do pré-teste em pequenos grupos e, por fim, a coleta de dados de peso e altura. Após isso, foi dado início às sessões de intervenção e cada grupo foi finalizado com a sessão de pós-teste.

### Procedimentos de análise de dados

Análises de Variância (ANOVAs) com medidas repetidas foram realizadas para avaliar as diferenças para os preditores (i.e., peso, IMC, ansiedade, depressão, desesperança, compulsão alimentar periódica, discrepâncias na percepção do próprio corpo, insatisfação com o corpo, índice de massa corporal, e peso) entre pré e pós-teste. Também foram realizadas a correlação de Pearson para analisar a relação entre as variáveis, bem como regressões múltiplas para prever a influência da participação no PROMETA nos resultados do pós-teste nos índices de cada preditor, contro-

lando para os resultados do pré-teste.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa IBM SPSS *Statistics*, versão 21. Todos os tratamentos estatísticos utilizaram um  $\alpha = 0,05$  para o teste de hipóteses. Foram realizadas comparações pareadas com correção de Bonferroni. As análises foram realizadas usando uma abordagem *intent-to-treat* não excluindo participantes que deixassem de completar o pós-teste, mas substituindo o desempenho no pós-teste pelo pré-teste.

### Resultados

Uma análise de equivalência entre os subgrupos que receberam intervenção a partir de uma ANOVA Univariada indicou que, no pré-teste, os diferentes grupos que receberam a intervenção eram em sua maioria equivalentes entre si ( $F_s < 1$ ,  $p_s > 0,05$ ) para as variáveis dependentes: ansiedade, depressão, desesperança, compulsão alimentar periódica e peso. No entanto, pelo menos um dos grupos destoava dos demais nas variáveis IMC (grupo 7), discrepância da percepção da imagem corporal (grupo 7), e insatisfação com a imagem corporal (grupos 1 e 7). Dessa forma, foi possível unir os subgrupos para comparação entre pré e pós-teste, excluindo-se apenas os grupos discrepantes nas análises específicas das variáveis em que destoavam dos demais.

A partir de uma série de ANOVAs com medidas repetidas para o momento da testagem, foram realizadas comparações do desempenho dos participantes entre o pré e o pós-teste que revelou diferenças significativas entre momento da testagem para todas as variáveis dependentes (Tabela 1). Em todos os casos, os participantes obtiveram uma melhora (decréscimo nos escores) após a intervenção. Cabe ressaltar que os resultados foram significativos caso os grupos que destoavam dos demais fossem incluídos nas análises.

**Tabela 1** – Média (Desvio Padrão), Comparação do Desempenho de Variáveis Dependentes e Tamanho do Efeito entre Pré- e Pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	Comparação
BAI	12,98 (9,67)	6,79 (6,50)	$F(1, 61) = 48,89, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,445$
BDI	14,44 (9,02)	6,92 (4,64)	$F(1, 61) = 45,10, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,425$
BHS	4,15 (3,27)	2,68 (1,85)	$F(1, 61) = 14,51, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,192$
BES	17,35 (9,82)	7,00 (5,41)	$F(1, 61) = 86,50, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,586$
DISCREPÂNCIA	5,66 (3,57)	4,15 (2,84)	$F(1, 54) = 8,56, p = 0,005, \eta_p^2 = 0,137$
INSATISFAÇÃO	10,46 (5,12)	6,31 (3,35)	$F(1, 39) = 32,74, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,456$
IMC	32,64 (5,43)	31,52 (5,27)	$F(1, 54) = 60,20, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,527$
PESO	88,64 (19,08)	85,96 (18,21)	$F(1, 61) = 53,23, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,466$

Nota. BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI = Inventário Beck de Depressão; BHS = Escala de Desesperança Beck; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; DISCREPÂNCIA = Discrepância da percepção da Imagem Corporal segundo a Escala de Figuras de Silhuetas; INSATISFAÇÃO = Insatisfação com a Imagem Corporal segundo a Escala de Figuras de Silhuetas; IMC = índice de massa corporal.

Em relação à adesão ao tratamento, uma análise de correlação entre participação nas atividades e as variáveis dependentes, demonstra que aqueles que frequentaram mais vezes as atividades foram os participantes com maior insatisfação com a imagem corporal (conforme medida pela Escala de Figuras de Silhuetas) no pré-teste [ $r(67) = 0,426, p < 0,001$ ]. Esse resultado se mantém no pós-teste [ $r(67) = 0,318, p = 0,009$ ].

Uma série de regressões múltiplas foi realizada utilizando cada uma das variáveis dependentes no pós-teste (i.e., ansiedade, depressão, des-

esperança, compulsão alimentar periódica, insatisfação com a imagem corporal, discrepância da percepção da imagem corporal, IMC e peso) como variável dependente e a mesma variável no pré-teste e a presença na intervenção como variáveis preditoras. Os resultados sugerem que participantes com maior desempenho na variável dependente no pós-teste são preditas do desempenho daquela mesma variável no pré-teste (Tabela 2). Cabe ressaltar que menor frequência de participação está relacionado a maior IMC e peso no pós-teste (Tabela 2).

**Tabela 2** – Regressões Múltiplas para Prever Desempenho de Variáveis Dependentes

	B	EP	$\beta$	t
<b>BAI</b>				
Constante	7.11	6.05		1.18
Pré-teste	0.46	0.06	0.68	7.32**
Presenças	-0.49	0.48	-0.09	-1.01
	$R^2 = 0,47 F(2, 61) = 28,31, p < 0,001$			
<b>BDI</b>				
Constante	8.71	5.86		1.49
Pré-teste	0.15	0.06	0.29	2.30*
Presenças	-0.38	0.55	-0.08	-0.70
	$R^2 = 0,07 F(2, 61) = 3,20, p = 0,048$			
<b>BHS</b>				
Constante	3.58	2.34		1.53
Pré-teste	0.21	0.07	0.38	3.03*
Presenças	-0.17	0.22	-0.10	-0.80
	$R^2 = 0,15 F(2, 61) = 6,24, p = 0,003$			

BES

Constante	9.99	6.33		1.58
Pré-teste	0.24	0.06	0.44	3.82**
Presenças	-0.70	0.59	-0.14	-1.19

$R^2 = 0,20$   $F(2, 61) = 8,79$ ,  $p < 0,001$

DISCREPÂNCIA

Constante	0.46	3.72		0.12
Pré-teste	0.25	0.10	0.31	2.38*
Presenças	0.22	0.35	0.08	0.63

$R^2 = 0,07$   $F(2, 54) = 3,01$ ,  $p = 0,058$

INSATISFAÇÃO

Constante	7.04	4.85		1.45
Pré-teste	0.33	0.10	0.50	3.45*
Presenças	-0.41	0.48	-0.12	-0.85

$R^2 = 0,20$   $F(2, 39) = 5,96$ ,  $p = 0,006$

IMC

Constante	3.41	1.53		2.22*
Pré-teste	0.96	0.03	0.99	37.58**
Presenças	-0.30	0.13	-0.06	-2.29

$R^2 = 0,96$   $F(2, 54) = 706,41$ ,  $p < 0,001$

Peso

Constante	14.39	3.30		4.37**
Pré-teste	0.95	0.02	0.99	59.47**
Presenças	-1.19	0.29	-0.07	-4.09**

$R^2 = 0,98$   $F(2, 61) = 1711,85$ ,  $p < 0,001$

*Nota.* EP = Erro padrão. BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI = Inventário Beck de Depressão; BHS = Escala de Desesperança Beck; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; DISCREPÂNCIA = Discrepância da percepção da Imagem Corporal segundo a Escala de Figuras de Silhuetas; INSATISFAÇÃO = Insatisfação com a Imagem Corporal segundo a Escala de Figuras de Silhuetas; IMC = Índice de Massa Corporal. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .001$ .

As regressões evidenciaram uma linearidade na manifestação das variáveis do pré-teste para o pós-teste. Tal resultado parece sugerir que as mudanças são graduais dentro do programa, mudanças estas qualificadas pelas diferenças entre pré e pós-teste em todas as variáveis em estudo. O destaque nas análises de regressão fica por conta do comportamento (i.e., IMC e peso). Apesar de maiores valores no pré-teste predizerem maiores valores no pós-teste, a maior frequência de presença no PROMETA indicou que os pacientes que tendem a diminuir IMC e peso no pós-teste. Este dado pode ser avaliado como uma característica de sucesso da intervenção nos resultados comportamentais dos participantes.

## Discussão

Este estudo preliminar teve como objetivo analisar o pré e o pós-teste de uma intervenção em grupo de TCC para pessoas com obesidade. Algumas variáveis, como sexo, idade, experiência anterior em estratégias de perda de peso, influenciam a manifestação e a interação de fatores como automotivação, sintomas depressivos, ansiedade, compulsão alimentar, preocupação com forma e peso e traços da personalidade. Assim, há uma dificuldade clara em prever sucesso do tratamento (Sasdeli et al., 2017). Porém, as análises com medidas repetidas demonstraram que houve diferenças significativas

entre pré e pós-teste intragrupos (Tabela 1) e que em todos os casos, os participantes obtiveram uma melhora (decréscimo nos escores) após a intervenção. Mesmo perdas de peso consideradas pela população leiga como pequenas (5% a 10%) têm um efeito benéfico substancial nas comorbidades relacionadas à obesidade (Goldstein, 1992). Nesse contexto, sabe-se que a abordagem multidisciplinar do tratamento é uma condição de grande importância para a obtenção de resultados melhores no tratamento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

As médias de todas as variáveis tiveram diminuição, indicando melhora expressiva na maioria das variáveis para todos os grupos, em média. A diminuição de sintomatologia ansiosa e depressiva vai ao encontro da literatura sobre eficácia de intervenções de TCC para pessoas com obesidade para esses sintomas psicológicos, que interferem na manifestação da obesidade (Carter & Jansen, 2012; Egan et al., 2013). Os fatores grupais da intervenção podem também ter contribuído para a melhoria dos sintomas (Neufeld et al., 2012).

As médias de compulsão alimentar, insatisfação corporal e discrepância também diminuíram, o que indica que os indivíduos melhoraram a qualidade de sua imagem corporal, passaram a se ver de forma mais realista e a estar menos insatisfeitos com seu corpo. Tais resultados também vão ao encontro da literatura no que diz respeito a efeitos positivos nessas variáveis ao focar em aspectos cognitivos, como crenças disfuncionais (Mussetti et al., 2018).

As médias de IMC e peso também diminuíram, porém, de forma menos expressiva que as outras variáveis. Neste ponto, é importante se atentar para as características da amostra do estudo, que cumpriu 70% de presença e apresentou uma média baixa de peso. Tal fato corrobora a literatura que indica que índices mais baixos de peso estão relacionados a menores taxas de desistência e menores expectativas de perda de peso. Assim, a pequena diferença entre pré e pós-teste na média do peso pode ser entendida como fator decorrente das características da amostra que foi selecionada (Bautista-Castaño et al., 2004;

Dalle et al., 2001; Sasdelli et al., 2017). Juntamente a isso, é importante considerar os resultados favoráveis dos aspectos psicológicos, os quais são promissores para a manutenção da perda de peso a longo prazo, pois agem na forma que os indivíduos se relacionam com a comida e com seu corpo (Burgess et al., 2017; Miguel-Etayo et al., 2016; Susin et al., 2015).

O PROMETA não se encontra focado na redução de peso, e sim na reestruturação cognitiva, na regulação emocional, e no desenvolvimento de repertório comportamental que possam atuar como base para a manutenção de uma alimentação mais saudável (Neufeld et al., 2014). Os escores indicam que os impactos da intervenção foram mais expressivos nestas variáveis que são o foco principal da intervenção. A partir desses resultados favoráveis de diminuição de escore na análise por média, é importante atentar-se para uma cautela na análise, considerando as características da amostra. Assim, não é possível generalizar estes resultados para a população, mas restringi-los à amostra deste estudo.

Após realização das análises estatísticas, é possível discutir mais alguns resultados, os quais podem ter sido influenciados pela característica de seleção da amostra. Uma das características foi o fato de os participantes terem procurado voluntariamente o serviço PRAUSP, o que indica uma disposição inicial à mudança. Essa motivação parece ser um ponto importante, considerando que os grupos visam mudar hábitos alimentares, que podem ser elucidados melhor em estudos longitudinais avaliando TCCG no médio e longo prazo.

Uma menor frequência nos grupos foi relacionada com maior IMC e peso. Sobre isto, o estudo de Grave et al. (2014) traz informações de que os preditores mais fortes de adesão seriam expectativas menores de perda de IMC, ou seja, expectativas mais realistas. Essas expectativas excessivamente otimistas e na maior parte das vezes, irrealistas, são muito comuns em indivíduos que procuram tratamento para obesidade, principalmente com IMC's mais altos, por isso dão um grande valor ao alcance da meta de redução do

peso (Teixeira et al., 2004). A partir disso, pode-se hipotetizar que para pessoas que com IMC's mais altos em um grupo de educação alimentar no qual o foco não é a perda de peso em si, o abandono ocorre em pouco tempo de tratamento (Grave et al., 2014), já que as altas e irrealistas expectativas não são plenamente atendidas.

Além disso, este estudo corrobora a literatura existente, uma vez que indivíduos com maiores IMC e peso têm maiores taxas de desistência neste tipo de programa quanto comparados com aqueles com menores variáveis antropométricas (Bautista-Castaño et al., 2004; Dalle et al., 2001; Sasdelli et al., 2017). Nesse sentido, vários fatores preditores de não adesão ao tratamento parecem estar associados e permitem compreender melhor a perda amostral.

Em relação a esta não adesão, maiores expectativas de perda de peso, metas irrealistas e insatisfação com imagem corporal como motivação primária ao tratamento, em conjunto com previsíveis resultados insatisfatórios, têm sido associados ao abandono do tratamento, ou seja, a uma descrença que leva a maior quantidade de faltas (Sasdelli et al., 2017). Objetivos com foco na perda de peso como algo primordial, que melhora a aparência, também aparecem como obstáculos à adesão do tratamento (Grave et al., 2014). Tais pontos podem ajudar a compreender a amostra final, composta por indivíduos com níveis de obesidade e sintomatologia mais baixos do que encontrados tipicamente na literatura.

Estas características da amostra parecem ser fatores relevantes também nos resultados de correlação, os quais mostram uma maior frequência correlacionada com uma maior insatisfação corporal. Além disso, a maior frequência de presença no PROMETA indicou que os pacientes tendem a diminuir IMC e peso no pós-teste. Uma compreensão possível para os resultados é a partir da motivação, que leva a mais chances de permanência no tratamento e melhores resultados. No modelo transteórico de mudança, a motivação para a mudança sofre influência de fatores psicológicos (Ludwig, 2017), portanto, as características desta amostra podem ter favo-

recido o avanço nos estágios de mudança, que parecem ter sido variáveis mais contribuidoras para a manutenção no grupo do que os níveis de insatisfação.

Sabe-se que indivíduos com obesidade têm maior risco de desenvolver sintomas depressivos quando comparados a indivíduos de IMC dentro da faixa esperada (Munsch & Jansen, 2014) e que fatores de cunho psicológico podem interferir no desenvolvimento da obesidade (Scotton et al., 2019). Ao mesmo tempo, de acordo com Milaneschi et al. (2018), ambas variáveis podem ser vistas como condições dependentes em uma retroalimentação. A insatisfação corporal também é relacionada à depressão, redução de atividade física, sobrepeso e obesidade (Bray et al., 2018). Adicionalmente, altos níveis de estresse e distúrbios emocionais se relacionam à compulsão alimentar e estão associados à descontinuação do tratamento (Sasdelli et al., 2017).

Teixeira et al. (2004) indicam que menores níveis de variáveis psicossociais e comportamentais predizem resultados melhores em mulheres levemente obesas voluntárias em tratamentos de perda de peso, corroborando os achados deste estudo com mesma população. Sugere-se que futuros grupos usem critérios de inclusão de IMC < nível III, que foi relacionado a maior nível de sintomas psicológicos, maiores expectativas e expectativas irrealistas, embora de possíveis abandonos e efeitos mais brandos do tratamento.

Cabe considerar que altas taxas de evasão são observadas nesse tipo de intervenção (e.g., Vasques et al., 2004), padrão que se repetiu no presente estudo. Os participantes foram informados que seu limite de faltas para participação era de três faltas, e apesar de não serem excluídos quando alcançavam este número de faltas, pode ter sido um ponto adicional para o alto abandono uma vez que o participante que atingiu o limite de faltas provavelmente não se sentiu motivado a retornar ao atendimento.

### Considerações finais

Este estudo teve como objetivo apresentar resultados preliminares de uma intervenção TCCG

para indivíduos com obesidade, administrada por terapeutas iniciantes. Os resultados apontam benefícios em todas as variáveis sugerindo que esta abordagem foi efetiva para esta amostra, composta por pessoas com sintomatologia leve nas variáveis e níveis de obesidade baixos. Como uma das principais limitações, tem-se o fato de que este é um estudo de pré e pós-teste sem um grupo de comparação, que limita as conclusões sobre eficácia. Os dados preliminares reforçam que uma intervenção estruturada, mesmo com terapeutas iniciantes, pode alcançar sucesso no tratamento de variáveis psicossociais associadas com a obesidade.

As Diretrizes Brasileiras da Obesidade (2016) trazem informações de que poucos pacientes em tratamentos cognitivo-comportamentais alcançam perda de peso clinicamente significativa. Porém, há outros benefícios envolvidos, quais sejam: manutenção de dietoterapia e exercícios físicos após o tratamento, aumento de qualidade de vida e bem-estar, e melhora de condições psicológicas (ABESO, 2009). Isso vai ao encontro dos resultados deste estudo em relação à linearidade na manifestação das variáveis do pré para o pós-teste, sugerindo que as mudanças são graduais dentro do programa. Ademais, a literatura é unânime em demonstrar que o peso não é a melhor variável de desfecho em intervenções não medicamentosas, sendo a mudança na qualidade da dieta, a capacidade cardiorrespiratória bem como marcadores biológicos e inflamatórios os sinais mais potentes de efeito (ABESO, 2016). Neste sentido, os aspectos psicossociais funcionam como mediadores de resultado potencializando os desfechos (ABESO, 2016; Duchesne et al., 2007; Lima & Oliveira, 2016).

## Referências

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental – Práticas Clínicas*. Roca.
- Almeida, C. C., & Assumpção, A. A. (2018). A eficácia do mindful eating para transtornos alimentares e obesidade: revisão integrativa. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 25-36.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2009). *Diretrizes brasileiras de obesidade*. ABESO.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade*. ABESO.
- Agência Nacional de Saúde. (2017). *Manual de Diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira*. ANS.
- American Psychological Association. (2014). *DSM-5- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5. ed.). Artmed.
- Baker, A., & Baker, A. (2017). Obesity in an Ageing Population: A Proposed Multidisciplinary Intervention Model for Supporting Cognitive Performance and Physical Function in Obese Seniors. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*, 6(5), 173-174. <https://doi.org/10.15406/aowmc.2017.06.00174>
- Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity and Related Disorders*, 28, 697-705. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802602>
- Barbosa, M. R., Penaforte, F. R. O., & Silva, A. F. S. (2020). Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(3), 118-135. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, J. (2008). *The Beck diet solution: train your brain to think like a thin person*. Artmed.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., Antony M. M., & cols. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Artmed.
- Boff, R. M., Liboni, R. P., Batista, I. P., de Souza, L. H., & Oliveira, M. D. (2016). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 211-229. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0309-1>

- Bray, I., Slater, A., Lewis-Smith, H., Bird, E., & Sabey, A. (2018). Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine*, 116, 219-221. <https://doi.org/10.1016/j.jypmed.2018.08.011>
- Carter, F. A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58(3), 1063-1069. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.016>
- Chriqui, J. F., Chaloupka, F. J., Powell, L. M., & Eidson, S. S. (2013). A typology of beverage taxation: multiple approaches for obesity prevention and obesity prevention-related revenue generation. *Journal of Public Health Policy*, 34(3), 403-423. <https://doi.org/10.1057/jphp.2013.17>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499-511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. & Hawker, D. M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental da obesidade: Manual do terapeuta*. São Paulo: Roca.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do psicólogo.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Centis, E., El Ghoch, M., & Marchesini, G. (2010). Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *Journal of Obesity*, 2011, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2011/348293>
- De Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p1-14>
- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>
- Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R. T., McEvoy, P., Fursland, A., & Nathan, P. R. (2013). Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 905-913. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9516-x>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2018). Emotional processing in obesity: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(1), 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
- Freitas, S.; Lopes, C. S.; Appolinario, J. C., & Sichieri, R. (2002). Transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(2), 79-81. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000600007>
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-20. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grave, R. D., Calugia, S., & Marchesini, G. (2014). The influence of cognitive factors in the treatment of obesity: Lessons from the QUOVADIS study. *Behaviour Research and Therapy*, 63C, 157-161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.004>
- Hassan, Y., Head, V., Jacob, D., Bachmann, M. O., Diu, S., & Ford, J. (2016). Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clinical Obesity*, 6(6), 395-403. <https://doi.org/10.1111/cob.12161>
- Heriseanu, A. I., Hay, P., Corbit, L., & Touyz, S. (2017). Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence. *Clinical psychology review*, 58, 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.004>
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P., & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 263-270. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200015>
- Ludwig, M. W. B. (2017). Modelo transteórico de mudança de comportamento (MTT): o que é e como se aplica? In M. Oliveira, R. M. Boff, M. J. Cazassa, & C. DiClemente (Org.), *Por que é tão difícil mudar? Contribuições do modelo transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde* (pp. 34-59). Sinopsys.
- Luz, F. Q., & Oliveira, M. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia*, 40, 159-173. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100014&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014&lng=pt&lng=pt)
- McCuenWurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge eating disorder, night eating syndrome, and weight related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 96-105. <https://doi.org/10.1111/nyas.13467>
- Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, E. F. C., & Penninx, B. W. (2018). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*, 24(1), 18-33. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0017-5>
- Munsch, S., & Jansen, A. (2014). Obesity. In S. Hoffman (Org.), *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 593-617). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt26>
- Musetti, A., Cattivelli, Guerrini, A., Mirto, A. M., Riboni, F. V., Varallo, G., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy: current paths in the management of obesity. In Ö. Şenormancı. *Cognitive behavioral therapy and clinical applications* (pp. 149-160). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.72586>
- Neufeld, C. B., Affonso, G., & Moreno, A. L. (2014). PRO-META: Programa Cognitivo-Comportamental de educação alimentar em grupo. In C. B. Neufeld. (Org.), *Intervenções e pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 44-79). Sinopsys.

Neufeld, C. B., Maltoni, J., Ivatiuk, A. L., Rangé, B. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. In C. B. Neufeld; B. Rangé. (Orgs.), *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos: das evidências à prática* (pp. 33-55). Artmed.

Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: o relato de uma experiência*. *Psico*, 43(1), 93-100. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11103>

Santos, R. R., Bicalho, M. A. C., Mota, P., Oliveira, D. R., Moraes, E. N. (2013). Obesidade em idosos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(1), 62-71. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130011>

Sasdelli, A. S., Petroni, M. L., Delli Paoli, A., Collini, G., Calugi, S., Dalle Grave, R., & Marchesini, G. (2018) Expected benefits and motivation to weight loss in relation to treatment outcomes in group-based cognitive-behavior therapy of obesity. *Eating and weight disorders, Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0475-9>

Seif-Barghi, T., Akbari-Fakhrabadi, M., Teimori, M. P., Tashk, A., Alizadeh, Z., & Memari, A. H. (2018). Cognitive behavior therapy's effect in a weight loss program among obese Iranian women. *Nutrition Today*, 53(4), 174-178. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000281>

Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C., Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-67. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>

Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordas, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., Philippi, S. T., & Lancha Jr., A. H. (2006) Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale e adapted into Portuguese. *Appetite*, 47, 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.010>

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)

Scotton, I. L., Affonso, G., Pessa, R. P., Conceição, E. M., & Neufeld, C. B. (2019). Aspectos psicológicos em indivíduos com sobrepeso e obesidade. *Saúde e Pesquisa*, 12(2), 295-307. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v-12n2p295-307>

Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., Sardinha, L. B., & Lohman, T. G. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity*, 28(9), 1124. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802727>

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>

Tosetto, A. P., & Simeão, C. A., Jr. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(4), 497-507. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p497-507>

Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(4), 195-198. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400013>

White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações com problemas específicos*. Roca.

World Health Organization. (2017). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity - Implementation plan: executive summary*. WHO.

World Health Organization. (2016). *Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: Technical meeting report*. WHO.

---

### Carmem Beatriz Neufeld

Doutora e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora da Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

---

### Marília Consolini Teodoro

Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil; mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

---

### Priscila G. Brust-Renck

Ph.D em Developmental Psychology pela Cornell University, em Ithaca, NY, Estados Unidos; mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), em São Leopoldo, RS, Brasil.

---

### Raquel de Melo Boff

Doutora e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora da Universidade de Caxias do Sul (UCS), em Caxias do Sul, RS, Brasil.

---

### Rosane Pilot Pessa

Doutora em Saúde Mental e mestre em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professora da Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, SP, Brasil.

---

### Endereço para correspondência

Carmem Beatriz Neufeld  
Universidade de São Paulo  
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão  
Preto  
Av. Bandeirantes, 3900  
14040-901  
Ribeirão Preto, SP, Brasil

*Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação das autoras antes da publicação.*