



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

SYLVIA MARIA BARRETO DA SILVA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: UM ESTUDO COM
MULHERES OBESAS**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador
2018**

SYLVIA MARIA BARRETO DA SILVA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: UM ESTUDO COM
MULHERES OBESAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva.

**Salvador
2018**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S586 Silva, Sylvia Maria Barreto da
Terapia cognitivo-comportamental em grupo: um estudo com mulheres obesas. /
Sylvia Maria Barreto da Silva. – 2018.
83 f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva
Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Obesidade. 2. Depressão. 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Qualidade de vida.
I. Título.

CDU: 616.8

SYLVIA MARIA BARRETO DA SILVA

**“TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: UM ESTUDO
COM MULHERES OBESAS”**

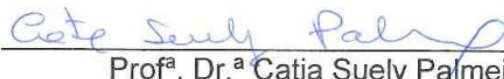
Tese apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Doutora em
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 12 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA



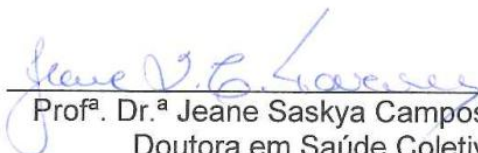
Prof.^a Dr.^a Vania Maria Bitencourt Powell
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.^a Dr.^a Catia Suely Palmeira
Doutora em Enfermagem
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.^a Dr.^a Martha Moreira Cavalcante Castro
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.^a Dr.^a Jeane Saskya Campos Tavares
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, UFRB



Prof.^a Dr.^a Leila Maria Batista Araujo
Doutora em Endocrinologia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, FAMED/UFBA

Para duas mulheres
inspiradoras no processo
de cuidar, aprender e transformar:
Marina e Betânia.

AGRADECIMENTOS

O doutorado me fez refletir sobre o tempo. Pensar sobre os agradecimentos me fez lembrar o dia da defesa do mestrado e a pergunta da Dra. Ana Marice Ladeia: “O que você pensa em fazer após o mestrado?”. Respondi: “Como tudo que faço na vida, farei com cautela...” Mas, não fiz (ou fiz?). Finalizei meu mestrado em agosto de 2015 e agora em 12 de julho de 2018 concluo meu doutorado. Por isso, agradeço:

À Marina e a Rodrigo que viveram intensamente o que eu vivi nos últimos 30 meses;

À Dra. Maria de Lourdes Lima, minha Querida orientadora, por confiar e acreditar em mim;

À meus pais, pelas vibrações positivas sempre!

À minhas irmãs, pelo amor e vibrações positivas;

À Stellinha, nossa estrelinha, pelas alegrias e leveza nos nossos encontros durante o doutorado;

À Duda, minha Dú, desde o início especial e durante o doutorado me presenteou com momentos de felicidade;

À Olímpia e José Francisco pelo carinho, apoio, vibração e entusiasmo;

À Carolina Aguiar, pelo encontro mais profundo no doutorado, um presente para mim, muito obrigada por tudo;

À Eliana Edington, pela intensidade, amorosidade e cumplicidade;

À Narciso, um presente, um irmão de alma;

À Dra. Maria Luisa Soliani, pelo apoio ao Programa do Doutorado Especial;

Aos companheiros de jornada do doutoramento, em especial: Ana Aparecida Martinelli Braga, Ana Lucia Góes, Antonieta Araújo, Clarson Plácido, Constança Velloso, Cristiane Magali, Eliane Simoni, Isabela Queiroz, Luciana Oliveira, Maria de Lourdes Gomes, Thais Calasans, Ubton Nascimento;

Aos docentes do Curso de Psicologia da Bahiana por sempre me apoiarem e, mais ainda, durante o Doutorado;

À Vania Powell e Martha Castro pelas excelentes contribuições durante o exame de qualificação;

Às pacientes que me proporcionaram um lindo, intenso e grande aprendizado.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/Centro Médico de Brotas

FONTES DE FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)

EQUIPE

Sylvia Maria Barreto da Silva – doutoranda da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana.

Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva – orientadora e Profa. Adjunta da Pós-
graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

RESUMO

SILVA, Sylvia Maria Barreto da. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo: um estudo com mulheres obesas**. 2018. Doutorado em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica e um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A sua etiologia é bastante complexa e de natureza multifatorial envolvendo aspectos clínicos, metabólicos, psicológicos e sociais. Evidencia-se assim a importância dos profissionais de saúde traçar intervenções específicas para a referida população. **OBJETIVOS:** Analisar as repercussões de uma intervenção em grupo baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na redução de peso de mulheres com obesidade, assim como analisar a percepção de mulheres com obesidade sobre a intervenção e o processo de emagrecimento. **MÉTODOS:** Em um estudo de intervenção, 12 pacientes com obesidade acompanhadas em um ambulatório docente-assistencial foram selecionadas e alocadas em dois grupos iguais: intervenção e comparação. As integrantes do grupo intervenção participaram de oito encontros semanais com duração de duas horas cada, com referencial da TCC. E o grupo comparação manteve as orientações da equipe interdisciplinar sem nenhuma intervenção psicológica durante oito semanas. Em ambos os grupos, foram realizadas medidas de peso, aplicadas as Escalas de Depressão e de Ansiedade de Beck (BDI e BAI, respectivamente), o SF-36 para avaliação da qualidade de vida no início e no final da intervenção e posterior análises descritivas e estatísticas com os testes Wilcoxon Rank Test e Mann-Whitney Test, respectivamente. Foram realizadas notas de campo e registros das falas das participantes que compuseram o grupo intervenção após cada sessão. Os dados foram categorizados para posterior análise de conteúdo temática com ancoragem da TCC. **RESULTADOS:** O grupo intervenção apresentou após as oito semanas, uma mediana referente à perda de peso de 2,15Kg e o grupo comparação de 0,00Kg, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no que se referiu à perda de peso ($p=0.041$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação à mudança nos sintomas de ansiedade e depressão e na qualidade de vida. As participantes do grupo intervenção perceberam positivamente as mudanças durante o processo de emagrecimento. **CONCLUSÃO:** A utilização de um protocolo de intervenção com base na TCC resultou em mudanças no funcionamento do comportamento alimentar das participantes do grupo intervenção e consequente significativa perda de peso.

Palavras-chave: Obesidade. Terapia Cognitivo-Comportamental. Qualidade de Vida. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

BACKGROUND: Obesity is a chronic disease and one of the major public health problems in Brazil and in the world. Its etiology is quite complex and multifactorial in nature involving clinical, metabolic, psychological and social aspects. Thus, it is evident that it is important for health professionals to draw up specific interventions for this population. **OBJECTIVES:** To analyze the repercussions of a group intervention based on Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on the weight reduction of women with obesity, as well as to analyze the perception of women with obesity on the intervention and the process of weight loss. **METHODS:** In an intervention study, 12 patients with obesity who were followed in a teaching-health clinic were selected and allocated in two equal groups: intervention and comparison. The members of the intervention group participated in eight weekly meetings lasting two hours each, with reference to CBT. And the comparison group maintained the guidelines of the interdisciplinary team without any psychological intervention for eight weeks. In both groups, weight measurements were applied, applying the Beck Depression and Anxiety Scales (BDI and BAI, respectively), the SF-36 to assess quality of life at the beginning and at the end of the intervention and subsequent descriptive analyzes and statistics with the Wilcoxon Rank Test and Mann-Whitney Test, respectively. Field notes and recordings of the speeches of the participants who composed the intervention group were performed after each session. The data were categorized for later analysis of thematic content with anchorage of CBT. **RESULTS:** The intervention group presented after eight weeks, a median referring to the weight loss of 2.15 kg and the comparison group of 0.00 kg, indicating a statistically significant difference between the two groups with regard to weight loss ($p = 0.041$). There were no statistically significant differences between the two groups regarding the change in anxiety and depression symptoms and quality of life. Participants in the intervention group perceived positively the changes during the weight loss process. **CONCLUSION:** The use of an intervention protocol based on CBT resulted in changes in the eating behavior of participants in the intervention group and consequent significant weight loss.

Keywords: Obesity. Cognitive behavioral therapy. Quality of life. Anxiety. Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação do grau de obesidade	17
Quadro 2 - Descrição da coleta de dados e intervenção do estudo	28
Quadro 3 - Descrição do Protocolo de Intervenção	30
Figura 1 - Diagrama do modelo cognitivo	23
Figura 2 - Falas das participantes do GI sobre a preocupação com a saúde	38
Figura 3 - Falas das participantes do GI sobre o comportamento alimentar	39
Figura 4 - Falas das participantes do GI sobre o significado da perda de peso	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos grupos intervenção e comparação antes da intervenção.....	34
Tabela 2 - Escores de ansiedade, depressão e QV dos grupos intervenção e comparação antes da intervenção.....	35
Tabela 3 - Comparação da perda de peso entre os grupos intervenção e comparação após a intervenção.....	36
Tabela 4 - Comparação entre os grupos dos escores dos sintomas de ansiedade e depressão após a intervenção	36
Tabela 5 - Comparação entre os grupos dos domínios de qualidade de vida após a intervenção	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Escala de Ansiedade de Beck
BDI	Escala de Depressão de Beck
CC	Crenças Centrais
CI	Crenças Intermediárias
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
GC	Grupo Comparação
GI	Grupo Intervenção
IIQ	Intervalo Interquartil
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pensamento Automático
PEPE	Projeto para o Estudo de Excesso de Peso
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF36	<i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Primários	15
2.2	Secundário	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Obesidade: contextualização, etiologia, diagnóstico e tratamento	16
3.2	Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Obesidade	18
3.3	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Obesidade	20
3.4	Terapia Cognitivo-Comportamental e Obesidade	21
4	MÉTODO	26
4.1	Desenho do Estudo	26
4.2	Instrumentos	26
4.3	Coleta dos Dados	28
4.4	Protocolo da Intervenção	29
4.5	Tratamento e Análise de Dados	32
4.6	Considerações Éticas	32
5	RESULTADOS	34
5.1	Caracterização e Perfil Clínico da Amostra	34
5.2	Avaliação dos grupos após intervenção	35
5.3	Categorização dos registros das sessões de intervenção	37
5.3.1	Preocupação com a saúde	37
5.3.2	Comportamento alimentar	38
5.3.3	Significado da perda de peso	39
6	DISCUSSÃO	41
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	47
8	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	54
	ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos problemas mais relevantes de saúde pública na atualidade, uma vez que é um fator de risco que pode desencadear diversas doenças.⁽¹⁾ Trata-se de uma doença crônica crescente mundialmente e, em decorrência da sua abrangência, vem configurando-se como uma epidemia.⁽²⁾ A definição da obesidade está relacionada com o excesso de gordura corporal, sendo que muitos estudos epidemiológicos apontam para a sua correlação com diversas comorbidades orgânicas, assim como com altas taxas de mortalidade e morbidade somática, apontando para a necessidade de estudos aprofundados das possíveis causas e consequências desse problema de saúde.^(1,3,4) Em geral, os achados de pesquisas têm indicado que a redução de peso é capaz de levar à melhoria dos índices e taxas que mensuram as comorbidades.^(5,6)

Sendo sua causa multifatorial, a interação dos fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e psicológicos interferem na saúde, longevidade e, principalmente, na qualidade de vida (QV) do indivíduo com excesso de peso. Em nível psicológico, a alteração da imagem corporal pelo ganho de peso pode provocar desvalorização da autoestima, do autoconceito e, como consequência, pode acarretar sintomas ansiosos e/ou depressivos, diminuição da sensação de bem-estar e sentimento de inadequação social. As pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) também evidenciam o impacto da obesidade na saúde e nas áreas funcionais da vida do indivíduo obeso.^(1-3,7) Com isso, o tratamento do indivíduo com obesidade deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar com intervenções específicas para a referida população.

Os custos com o tratamento de indivíduos com obesidade e as consequências para saúde foram estimados em 0,7% a 7,0% dos gastos com a saúde em todo o mundo.⁽⁸⁾ Diante dos dados apresentados anteriormente, o indivíduo com obesidade convoca o sistema de saúde a pensar em alternativas de tratamento com custo adequado, eficácia na redução de peso e melhora das comorbidades associadas, incluindo os aspectos psicológicos. O desafio para os profissionais que acompanham participantes com obesidade é identificar estratégias que considerem a cronicidade e a etiologia multifatorial na busca de mudanças no estilo de vida.⁽⁶⁾ Neste sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser considerada umas das abordagens psicológicas, na modalidade da psicoterapia em grupo que busca potencializar a eficácia dos objetivos de um programa voltado ao tratamento da obesidade.^(3,9,10)

A TCC, criada por Aaron Beck na década de 1960, é um modelo validado empiricamente, eficaz no tratamento de diferentes transtornos psicológicos e doenças clínicas. Caracteriza-se pela objetividade, foco no presente, tempo limitado e possui dois pressupostos básicos. O primeiro diz respeito aos pensamentos ou cognição: para a TCC, é a cognição que media as emoções e comportamentos, ou seja, a forma como os indivíduos processam e interpretam a realidade, interfere nas suas emoções e comportamentos. O segundo pressuposto está vinculado à representação da realidade, ou seja, as crenças e esquemas interferem na representação da realidade construída pelo indivíduo.^(11,12)

A autora do presente trabalho atuou durante sete anos em um Centro de Obesidade, realizando avaliação pré-operatória e acompanhamento psicológico pós-operatório dos pacientes indicados para tratamento cirúrgico. Participa da equipe interdisciplinar do Ambulatório de Obesidade, atividade ligada ao Projeto de Estudo do Excesso de Peso (PEPE), tendo defendido mestrado em agosto de 2015 com o estudo Sintomas de Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade⁽¹³⁾ com as pacientes do referido ambulatório. As experiências indicadas possibilitaram uma reflexão sobre a importância da construção de intervenções individualizadas baseadas na TCC para o referido grupo com foco no melhor resultado do tratamento clínico.

Diante da complexidade da obesidade e do impacto da mesma sobre a saúde e QV do indivíduo obeso, o presente trabalho tem como objetivo analisar as repercussões de uma intervenção em grupo baseada na TCC na redução de peso de mulheres com obesidade, assim como analisar a percepção de mulheres com obesidade sobre a intervenção e o processo de emagrecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Primários

- Analisar as repercussões de uma intervenção em grupo baseada na TCC na redução de peso de mulheres com obesidade.
- Analisar a percepção de mulheres com obesidade sobre a intervenção e o processo de emagrecimento.

2.2 Secundário

- Compreender o efeito de uma intervenção em grupo baseada na TCC na redução dos sintomas de ansiedade e depressão e no aumento da QV de mulheres com obesidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Obesidade: contextualização, etiologia, diagnóstico e tratamento

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, alcançando altos índices de crescimento nos últimos trinta anos, atingindo países pobres, em desenvolvimento e ricos, sendo destaque na agenda pública internacional.⁽¹⁴⁾ Considerada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), a obesidade desafia os sistemas de saúde, pois o tratamento da referida população envolve alto custo e a busca de estratégias de enfrentamento das complicações associadas.⁽¹⁵⁾

De acordo com os dados da World Health Organization (WHO)⁽¹⁶⁾ 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos foram classificadas com sobrepeso e 400 milhões estavam obesas, em 2005. As projeções para 2025 anunciam que cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos.⁽¹⁶⁾ Os dados da última pesquisa Vigitel⁽¹⁴⁾ em 2016, publicados em 2017, indicam que o excesso de peso cresceu 26,3% em 10 anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. No mesmo período, a obesidade aumentou 60% passando de 11,8% para 18,9% com dois indicadores de relevância: a prevalência de obesidade duplica a partir dos 25 anos de idade e é maior em quem tem menor escolaridade. Em Salvador, a prevalência da obesidade está acima da média nacional (19,9%).⁽¹⁴⁾

A obesidade é uma doença crônica e está relacionada com o excesso de gordura corporal, sendo que diversos estudos epidemiológicos apontam para a correlação entre essa doença, comorbidades orgânicas, níveis de mortalidade e morbidade somática.⁽¹⁻⁴⁾ É a sua etiologia multifatorial, ou seja, a interação de fatores genéticos, endócrinos, metabólicos, ambientais, emocionais, psicológicos e estilo de vida, que gera uma maior complexidade no tratamento, demandando a articulação de várias áreas do conhecimento.^(3,17-20) Como doença crônica faz parte das DCNT, assim como pode ser um fator de risco para outras DCNT como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 e contribuir para a redução da expectativa de vida.^(2,3,14,16,21)

O seu diagnóstico pode ocorrer através de diversos parâmetros. Porém, o mais utilizado e amplamente difundido é o cálculo do índice de massa corporal (IMC), medida que relaciona peso e altura com posterior classificação. É de caráter individual, prático, simples e reproduzível com valor diagnóstico e prognóstico⁽³⁾, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação do grau de obesidade

IMC (kg/m2)	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Ausente
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Obesidade Grau II
40 ou mais	Obesidade Grau III

Fonte: Benedetti⁽³⁾

Somente com a classificação da obesidade e do risco de comorbidades é que o tratamento deve ser escolhido. No atual cenário, o tratamento clínico envolve controle da alimentação, atividade física, intervenção medicamentosa e psicoterápica, ou seja, acompanhamento interdisciplinar. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes com obesidade grau III ou naqueles com IMC acima de 35 com comorbidades associadas, depois que as medidas clínicas tenham sido tentadas sem êxito.⁽¹⁶⁾

A partir da contextualização da cronicidade da obesidade e do desafio de acompanhar indivíduos com uma doença de etiologia complexa pela interseção de muitos fatores, faz-se necessário compreender a participação da Psicologia no referido contexto.⁽³⁾ Na área da Psicologia, o *status* de cronicidade da obesidade passa a vigorar a partir do século XX, indicando uma preocupação com os fatores patológicos relacionados ao excesso de peso corporal. Anterior a este período, ou seja, até o final do século XIX, a obesidade, presente nos corpos de mulheres e homens, era sinônimo de beleza e fertilidade.^(3,22) É a partir da referida mudança, que o indivíduo com obesidade passa a ser visto como um doente que necessita de tratamento especializado.⁽²³⁾

A Psicologia, que tem como objeto de estudo o homem no seu ciclo de vida em seus diferentes contextos, contribui com o cuidado ao indivíduo obeso a partir da compreensão da complexidade do lugar de doente crônico em um ambiente obesogênico. Considerar a interferência da obesidade nas atividades da vida cotidiana representa inserir na compreensão do indivíduo obeso o seu componente biopsicossocial, ou seja, o acompanhamento de indivíduos com obesidade precisa considerar aspectos biológicos, psicológicos e sociais, além da interferência dos mesmos no humor e na QV.

3.2 Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Obesidade

A obesidade advém tanto de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, quanto de sintomas e perturbações de ordem psicológica e, conseqüentemente, dificuldade de adaptação.⁽¹⁾ Em nível psicológico, a alteração da imagem corporal pelo ganho de peso pode provocar desvalorização da autoestima, do autoconceito e acarretar diminuição da sensação de bem-estar, sentimento de inadequação social, enfim, contribuir de forma negativa para a QV do sujeito.^(1,24)

Os estudos empíricos sobre o perfil de indivíduos com obesidade identificam a ocorrência de alterações de humor e comportamentais. As conseqüências psicológicas da obesidade estão vinculadas ao estigma, acarretando risco de desenvolvimento de sintomas e transtornos ansiosos e depressivos.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Indivíduos com obesidade, em função das complicações físicas relacionadas ao excesso de peso, apresentam altas taxas de ansiedade e depressão quando comparados à população em geral.^(24,27)

O estigma social presente na vida das mulheres obesas apresenta-se como desencadeador de sintomas ansiosos e depressivos. Na sociedade atual, há uma intensa valorização do corpo magro como ideal de beleza e os indivíduos buscam cada vez mais adequar-se a esse padrão para se sentirem bem. O excesso de peso, muitas vezes é associado à preguiça e à impulsividade para comer, sem considerar a obesidade como uma doença crônica.⁽³⁾

O estado emocional do indivíduo com obesidade interfere decisivamente na aquisição e acumulação de peso. A ansiedade se destaca no presente grupo, e pode interferir de maneira negativa no curso da doença e no tratamento.⁽¹⁹⁾ Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)⁽²⁸⁾, transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos, associados a perturbações comportamentais. A presença de preocupação excessiva e expectativa apreensiva em diversos eventos cotidianos ocorrem na maioria dos dias, pelo período mínimo de seis meses. Os sintomas psíquicos característicos são irritabilidade, dificuldade de concentração, cansaço e agressividade causando sofrimento clinicamente significativo ou ainda prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional ao indivíduo. Além dos psíquicos, estão presentes também os seguintes sintomas físicos: dor no peito, dor de cabeça, formigamento, tontura e palpitações.⁽²⁸⁾

Na população em geral transtornos de ansiedade apresentam prevalência de 12,5% ao longo da vida. Os indivíduos estão sujeitos a vivenciarem sintomas de ansiedade em algum momento e estes podem ser reconhecidos como um alerta, adaptativo e benéfico. Porém, se causa sofrimento e impactos na vida do indivíduo que o experimenta se caracteriza como sintomas moderados e intensos, podendo se transformar em um transtorno.⁽²²⁾ Em indivíduos obesos, a prevalência de transtornos de ansiedade é maior, como indicado na pesquisa de Verdolin et al. que encontrou a prevalência de 67%.⁽¹⁹⁾

Estudos apontam para a relação entre ansiedade e obesidade, com destaque para a frequência desse sintoma na população de obesos, principalmente, pela vinculação com comportamento alimentar.⁽²⁴⁻²⁷⁾ O comportamento alimentar é o conjunto de todas as ações praticadas em torno da alimentação. A sua regulação envolve muitos mecanismos, difere entre as pessoas e suas principais funções estão relacionadas à ingestão de nutrientes necessários para a sobrevivência e o prazer proporcionado pelo ato de comer.⁽²⁹⁾ Os sintomas de ansiedade podem intensificar comportamentos alimentares inadequados, pois frequentemente o indivíduo come sem estar com fome e pode gerar a hiperfagia ocasionando assim mais ansiedade.⁽³⁰⁾

Além da ansiedade, a obesidade promove impactos na autoestima e na imagem corporal do indivíduo, o que pode resultar prejuízos a nível físico e psicológico e, por consequência, o surgimento de sintomas depressivos. A depressão é o transtorno de humor mais associado à condição de obesidade e estudos indicam uma relação bilateral, ou seja, pessoas com obesidade podem ter maior predisposição para depressão, assim como a depressão pode ser um fator desencadeador de sobrepeso e obesidade.⁽³⁰⁾

No DSM-5,⁽²⁸⁾ depressão é considerada um transtorno de humor com presença de acentuada diminuição do interesse ou prazer pelas atividades cotidianas. São sintomas frequentes: agitação, insônia, sentimento de inutilidade e culpa e pode ser graduada como leve, moderada e grave.⁽²⁸⁾ Na população em geral acomete 3% a 5% e em pacientes ambulatoriais a incidência é de 5% a 10%, sendo mais comum em mulheres, jovens e com baixa renda.⁽³¹⁾ No caso de indivíduos obesos, é um dos problemas de saúde mental mais comum e está presente em 10 a 15% dos pacientes.^(25,26)

O impacto da depressão no cotidiano do indivíduo com obesidade é alto, com implicação direta nas atividades laborais, no lazer e nas atividades afetivas. Indivíduos obesos, ao vivenciarem o estigma social do excesso de peso, apresentam sentimento de vergonha e crenças de inferioridade, pois o padrão de beleza e de saúde definido pela sociedade é de um corpo magro. O preconceito e a discriminação interferem diretamente no humor podendo desencadear isolamento social e sintomas depressivos.⁽³²⁾

3.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Obesidade

A categoria QV foi definida após a Segunda Guerra Mundial e se relacionava a fatores econômicos do sistema capitalista, ou seja, a sua avaliação estava vinculada a aquisição de bens materiais. A discussão e análise mais ampliada do referido constructo ocorrem na década de 1970 pelas ciências sociais e filosofia. A partir dos anos 1980, profissionais de saúde inserem nas suas análises a QV com parâmetros mais amplos, do que apenas a ausência de doença, o controle de sintomas ou o aumento da expectativa de vida. É a partir da década de 1990 que os conceitos de subjetividade e multidimensionalidade são considerados na definição de QV.⁽³¹⁻³⁵⁾

As transformações tecnológicas e críticas das práticas de cuidado em saúde contribuíram para o grupo de QV da Divisão de Saúde Mental da WHO considerar o construto centrado na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^(16,34) O bem-estar pessoal envolve atividades de lazer, hábitos e estilo de vida, satisfação pessoal e o estado de saúde do indivíduo, ou seja, compreende condições que envolvem família, relacionamentos sociais, educação e saúde.⁽³⁵⁾

Foi a partir da multidimensionalidade do referido conceito que surge a QVRS e vários instrumentos para sua mensuração. A QVRS está associada aos aspectos relacionados às doenças, agravos e intervenções em saúde, com ênfase no impacto da condição de saúde sobre a QV do indivíduo.⁽³⁶⁾ Compreendendo o caráter complexo da obesidade e as repercussões na vida e na saúde do indivíduo acometido pela referida doença, identifica-se relação entre a deterioração da saúde e as alterações na capacidade física, bem-estar psicológico e funcionamento social.⁽³⁵⁾

Estudos indicam a relação entre o IMC e o estado geral de saúde, ou seja, quanto maior for o IMC, pior o estado geral de saúde. O impacto do excesso de peso no bem-estar físico do indivíduo é grande, interferindo diretamente na expectativa de vida desses sujeitos, diante da predisposição de desenvolver novas doenças e morte prematura. A prática regular do exercício físico é considerada determinante na prevenção do surgimento de novas comorbidades, manutenção do peso perdido e bem-estar. Com isso, as dificuldades vivenciadas pelos indivíduos obesos para realizar atividades físicas cotidianas interferem diretamente nos fatores indicados e também no funcionamento social, pois a prática de atividade física envolve, na maioria das vezes, interação com outras pessoas.^(27,31,35)

A área das relações sociais é extremamente comprometida para os obesos, em virtude das limitações descritas anteriormente, do estigma e da discriminação. A pressão social em relação ao corpo magro e saudável, veiculada pela mídia, influencia diretamente na percepção distorcida de que o indivíduo obeso é responsável por sua condição e que o ganho e/ou a perda de peso depende principalmente do seu controle voluntário.⁽³⁾

A avaliação da QVRS é uma estratégia importante para verificar o impacto da doença na vida do indivíduo. A abordagem integra a saúde física, bem-estar psicológico e satisfação social dos indivíduos. Analisar a QVRS de indivíduos com obesidade torna-se relevante, entendendo que a doença pode interferir nas diversas áreas da vida dos sujeitos.⁽³¹⁾ Com isso, pensar na QV de um indivíduo com obesidade é estar atento à sua história de vida, suas crenças, seus valores e o contexto social no qual está inserido.

3.4 Terapia Cognitivo-Comportamental e Obesidade

Aaron T. Beck,⁽¹¹⁾ psiquiatra americano com formação psicanalítica, criou em 1956 a TCC, a partir de estudos sistemáticos e observações clínicas sobre a depressão na Universidade da Pennsylvania. Para o referido autor, a explicação cognitiva dos sintomas de depressão não está relacionada a manifestações inconscientes como é indicado pela teoria freudiana, mas sim a representações negativas e tendenciosas das situações cotidianas, analisando experiências psíquicas acessíveis. Em 1967, Beck publica o modelo psicológico da depressão, sugerindo que as cognições tem um papel importante no desenvolvimento e manutenção da depressão.⁽¹¹⁾

O contexto histórico (década de 1950) do surgimento da TCC foi caracterizado pela popularização dos princípios construtivistas de Piaget, a transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação e por reflexões e defesas de alguns behavioristas e psicanalistas sobre uma abordagem mais cognitiva para os transtornos emocionais. Para o psicanalista Albert Ellis, na base dos transtornos psicológicos existiam construtos cognitivos e a intervenção nos mesmos ocorreria através de estratégias cognitivas e comportamentais e o comportamentalista Albert Bandura estabeleceu, a partir dos Princípios de Modificação do Comportamento e da Teoria da Aprendizagem Social, a importância dos processos cognitivos na aquisição e regulação do comportamento.⁽¹¹⁾ As bases teóricas da TCC estão vinculadas a outras escolas:

- Fenomenologia: o comportamento é determinado pela percepção do indivíduo sobre si e sobre o mundo pessoal;
- Psicologia Cognitiva: a relevância da cognição no processamento das informações e na mudança comportamental;
- Modelo de constructos e crenças pessoais de George Kelly: os fatos cotidianos são interpretados através do raciocínio indutivo.

O modelo cognitivo possui três importantes conceitos: a tríade cognitiva, as distorções cognitivas e os esquemas. A tríade cognitiva é a visão mais profunda que o indivíduo tem sobre si mesmo, o mundo (contexto) e o futuro, sendo decorrente de esquemas cognitivos negativos, rígidos e não realísticos formados durante a infância. As distorções cognitivas são erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações. A forma como o indivíduo interpreta uma situação determina sua emoção, comportamento e reações fisiológicas. Quando essa interpretação é distorcida, conseqüentemente, gera emoções negativas e comportamentos disfuncionais, ocasionando sofrimento psíquico. Os esquemas são padrões ordenadores da experiência que ajudam o indivíduo a explicá-la, a medir sua percepção e guiar suas respostas.^(11,12,32)

Ao longo da vida, o indivíduo desenvolve sua organização cognitiva que está dividida em três níveis de processamento de informações: crenças centrais (CC), crenças intermediárias (CI) e pensamentos automáticos (PA) que funcionam de maneira integrada. As CC são ideias dos eventos cotidianos e geram sofrimento psíquico quando são negativas e são internalizadas como verdades absolutas. As CI são regras e construções cognitivas disfuncionais,

influenciadas pelas CC, relacionadas a diversos aspectos e que dirigem a conduta das pessoas. Os PA são cognições relacionadas aos erros cognitivos que surgem de maneira rápida em uma determinada situação.^(11,12)

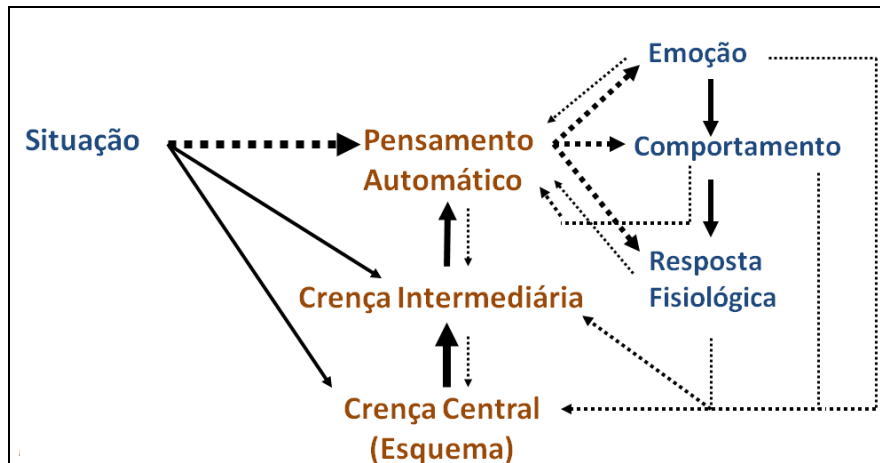


Figura 1 - Diagrama do modelo cognitivo
Fonte: Beck⁽¹¹⁾

A TCC compreende o comportamento humano a partir de uma análise biopsicossocial, ou seja, reconhece a interferência dos fatores sociais, ambientais, psicológicos e biológicos no referido comportamento. A referida abordagem objetiva modificar os três níveis da organização cognitiva (CC, CI e PA), com foco diferenciado para as modificações no nível mais complexo e profundo, corroborando com estudos que apontam melhores resultados terapêuticos quando ocorrem modificações nas CC.^(11,12)

A aplicabilidade da TCC envolve procedimentos e técnicas específicas que dependem diretamente da construção de uma aliança terapêutica segura, com ênfase na colaboração, respeito, parceria e participação ativa do terapeuta e do paciente. Durante o tratamento dois procedimentos são relevantes na relação terapeuta-paciente: o empirismo colaborativo e o questionamento socrático. O empirismo colaborativo envolve responsabilidade compartilhada, pois terapeuta e paciente atuam juntos na identificação e avaliação das crenças do paciente, verificando se as mesmas estão corretas ou não, para em seguida modificá-las. O questionamento socrático é a maneira de orientar o paciente a questionar os seus pensamentos distorcidos.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Após a contextualização inicial sobre a TCC é importante sinalizar que a referida terapia foi estudada e adaptada por outros pesquisadores para ser utilizada em outros tipos de transtornos

e/ou problemas psicológicos, além da depressão. Estudos controlados relacionados ao tabagismo, comportamentos adictos, transtornos alimentares e obesidade indicam eficácia e aplicabilidade da TCC no auxílio ao paciente no enfrentamento das dificuldades vivenciadas individualmente ou em grupo.^(11,12,32) Como o foco do presente estudo é a obesidade, faz-se necessário a compreensão da aplicabilidade da TCC em pacientes obesos.

O indivíduo com obesidade pode apresentar crenças disfuncionais relacionadas ao excesso de peso, alimentação e percepção sobre o impacto da obesidade na sua vida. É o caráter breve, estruturado, colaborativo, orientado para o presente, direcionado para resolução de problemas e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais que favorece a aplicabilidade da TCC no tratamento de pacientes obesos.⁽¹¹⁾ Estudos apontam que a proposta da TCC em grupo no campo da obesidade apresenta maior efetividade para a perda de peso em relação às intervenções individuais com custos menores para a saúde pública.^(9,10,32)

A fase inicial da intervenção em TCC com indivíduos obesos envolve a identificação das crenças relacionadas ao peso, à alimentação e à díade prazer de comer e controle de peso com o objetivo de em seguida atribuir um novo significado a esses pensamentos disfuncionais.⁽³²⁾ É através da psicoeducação que o indivíduo com obesidade pode compreender o funcionamento da doença, sintomas e repercussões no seu comportamento alimentar. Em seguida, o foco se desloca para os pensamentos automáticos e à medida que as mudanças ocorrem, o indivíduo se depara com uma nova forma de dar sentido a si, aos outros e ao mundo.^(9,11) A etapa final da intervenção em TCC é caracterizada pela identificação dos ganhos terapêuticos com evidências de modificação dos comportamentos e a prevenção de recaída. Para isso, algumas técnicas são mais utilizadas no tratamento do indivíduo com obesidade:

- **Definição de metas terapêuticas** é de extrema importância à identificação das metas terapêuticas a partir de uma reflexão sobre peso ideal, desejado e possível;
- **Automonitoramento dos hábitos alimentares com o registro do diário alimentar:** com registros diários o indivíduo tem a oportunidade de se comprometer com suas escolhas;

- **Controle dos estímulos** com foco na diminuição da exposição do indivíduo aos eventos que desencadeiam a alimentação inadequada;
- **Identificação de eventos gatilhos** que facilitam a alimentação em excesso com definição de comportamentos funcionais;
- **Identificação de pensamentos sabotadores**: quando um pensamento sabotador é identificado o indivíduo tem a oportunidade de questioná-lo para em seguida fazer escolhas mais coerentes;
- **Treinamento em Resolução de Problemas** com foco na identificação de comportamentos alternativos;
- **Treinamento em Habilidades Sociais** para identificação de estratégias de enfrentamento para situações cotidianas que desencadeiam reações emocionais e em seguida comportamento alimentar inadequado.

A eficácia da TCC no tratamento de indivíduos com obesidade está relacionada às modificações das cognições e, conseqüentemente, de suas emoções e comportamentos. É a identificação dos pensamentos sabotadores e a resposta adaptativa aos mesmos que proporciona um comportamento funcional frente aos alimentos. O ato de comer não é automático, por isso o indivíduo obeso pode desenvolver estratégias para controlar suas escolhas alimentares.^(9,10)

É o processo de aprendizagem na TCC que favorece o estabelecimento de novas habilidades com repercussão na autoestima e no humor do indivíduo com obesidade, contribuindo com a autonomia do indivíduo na aquisição de novos aprendizados frente ao comportamento alimentar.^(11,12,32)

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

O estudo foi quantitativo-qualitativo e ocorreu no Ambulatório de Obesidade do Centro Médico de Brotas, espaço docente assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). O Centro Médico, há 32 anos é o espaço de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos discentes e docentes dos cursos da EBMSP, através dos atendimentos ambulatoriais na área de medicina, biomedicina, psicologia, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. A população acessível foram as mulheres com obesidade acompanhadas pela equipe interdisciplinar do Projeto de Estudo do Excesso de Peso (PEPE) (Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EBMSP, protocolo 72/2009). A amostra foi probabilística aleatória sendo convidadas a participar do estudo todas as mulheres com diagnóstico clínico de obesidade (obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²; obesidade grau II, IMC entre 35 e 39,9 Kg/m²; e obesidade grau III ou mórbida, IMC maior que 40 Kg/m²), matriculadas no PEPE e em acompanhamento regular com a equipe interdisciplinar que tenham comparecido, no mínimo a uma consulta nos últimos 12 meses, no referido ambulatório, durante o período de agosto de 2016 a maio de 2017. Foram excluídas do estudo participantes que apresentaram confusão mental, distúrbios psiquiátricos já diagnosticados pela equipe médica e registrados no prontuário, em uso de drogas para perda de peso, submetidas à cirurgia bariátrica e não alfabetizadas.

4.2 Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos:

- Ficha contendo dados sociodemográficos (idade, estado civil, naturalidade, religião, grau de instrução, ocupação principal, profissão, renda familiar, raça) e dados referentes ao quadro clínico (peso, altura e comorbidades) (APÊNDICE A);
- O *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)* (ANEXO A): instrumento genérico e multidimensional de avaliação de QV formado por 36 itens, englobados em oito componentes (Capacidade funcional: avalia o impacto da doença nas atividades diárias e laborativas, Aspectos físicos: avalia as dificuldades

encontradas com relação ao tempo e à quantidade de atividades da vida diária realizadas, Dor: avalia a intensidade de dor percebida e as limitações impostas por ela nas atividades cotidianas, Estado geral da saúde: avalia a subjetividade do indivíduo com relação à sua saúde em geral, Vitalidade: avalia a energia e os fatores que possam diminuí-la, afetando as atividades da vida diárias, Aspectos sociais: avalia a integração do indivíduo nas relações familiares, sociais e extrafamiliares, Aspectos emocionais: relaciona as dificuldades diárias provocadas por problemas emocionais e Saúde mental: identifica fatores que possam interferir na vida do indivíduo, como tristeza, cansaço, nervosismos). Apresenta um escore geral de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e cem a melhor estado de saúde;⁽³⁷⁾

- A Escala de Depressão de Beck (BDI): questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. É composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de punição, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. A BDI pode ter um resultado máximo de 63 e possui as seguintes categorias: 0-13, mínimo; 14-19, leve; 20-28, moderado; 29-63, grave.⁽³⁸⁾ (ANEXO B);
- A Escala de Ansiedade de Beck (BAI): um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. A BAI pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são: 0-10, grau mínimo de ansiedade; 11-19, ansiedade leve; 20-30, ansiedade moderada; 31-63, ansiedade severa.⁽³⁸⁾ (ANEXO C).

Durante as sessões a pesquisadora realizou registros das falas das participantes. Além disso, em três momentos ocorreram registros específicos como parte do protocolo: na primeira sessão, foram registradas as expectativas das participantes em relação à intervenção; na quarta sessão foi feito o registro da avaliação parcial da intervenção através de três perguntas (Quais são as mudanças que percebo no meu comportamento alimentar desde que iniciei o trabalho

de grupo? O que o grupo me ajudou até agora? Quais dificuldades ainda encontro no meu cotidiano?); e na última sessão houve o registro da avaliação por parte das participantes, sobre a intervenção.

4.3 Coleta dos Dados

A seleção e alocação das participantes do estudo ocorreram no período de agosto de 2016 a maio de 2017 e só teve início após a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE B). A constituição do grupo intervenção (GI) e do grupo comparação (GC) aconteceu de forma sistemática e por ordem de chegada ao estudo: cada paciente que aceitou participar da pesquisa foi alocada no GI e a próxima foi alocada no GC. O período da intervenção foi de junho a agosto de 2017. A caracterização do estudo está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição da coleta de dados e intervenção do estudo

ETAPAS DO ESTUDO	GI	GC
1ª ETAPA (seleção e alocação das participantes nos grupos)	Aplicação da ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, SF-36, Escalas Beck de ansiedade e depressão.	Aplicação da ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, SF-36, Escalas Beck de ansiedade e depressão.
2ª ETAPA INTERVENÇÃO	A intervenção consistiu em 08 (oito) encontros semanais com duração de 02 (duas horas) cada com referencial da TCC. No primeiro encontro ocorreu a aplicação do SF-36 e das escalas Beck de ansiedade e depressão.	O grupo não realizou nenhuma intervenção, manteve as orientações da equipe interdisciplinar.
3ª ETAPA	Última sessão da intervenção. Aplicação da ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, SF-36, Escalas Beck de ansiedade e depressão.	Aplicação da ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, SF-36, Escalas Beck de ansiedade e depressão. O grupo participou de uma atividade psicoeducativa com foco no tratamento da obesidade. Ao final da referida etapa foi oferecida e garantida às participantes o protocolo de intervenção utilizado pelo GI.

Fonte: Elaborado pela autora.

A verificação das variáveis peso e altura foi usada para determinar o IMC, cuja fórmula é a razão entre o peso em kilogramas e o quadrado da altura em metros. A classificação do IMC seguiu os critérios da OMS (Quadro 1). O peso (em kilogramas) foi verificado em balança digital *scale model EC 30* da marca *techline*, com variação de 0,1Kg. A altura (em metros) foi definida por meio de um estadiômetro portátil (graduado a cada 0,5cm). Para aferição do peso foi solicitado que a participante ficasse de pé, com os braços ao longo do corpo e o olhar fixo no horizonte. A verificação da altura foi realizada com a participante de pé, com a cabeça e o dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo os braços esticados ao longo do corpo, ombros, omoplatas, nádegas, calcanhares encostados à parede e os pés apoiados no chão.

4.4 Protocolo da Intervenção

Após leitura e pesquisa de outros protocolos disponíveis na literatura^(9,10,32) e a experiência da autora do presente trabalho na supervisão e orientação de uma estudante de Psicologia no desenvolvimento de uma intervenção baseada na TCC durante seu estágio obrigatório, o modelo de intervenção utilizado no presente estudo foi desenvolvido com as devidas adequações aos objetivos e população alvo. A intervenção baseada na TCC foi estruturada em oito sessões com duração de 2 horas cada e frequência semanal. Entre a sétima e oitava sessão ocorreu um intervalo de 15 dias conforme é preconizado pela TCC para que não houvesse interrupção abrupta.

Os encontros foram organizados com objetivos definidos, tais como:

- Fornecer informações aos participantes por meio da psicoeducação sobre aspectos etiológicos, cognitivos, emocionais e socioculturais que envolvem a obesidade;
- Identificar estratégias de enfrentamento para a adesão a dietoterapia e outras abordagens terapêuticas;
- Identificar e promover a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida.

Na primeira sessão da intervenção (Quadro 3) foi estabelecido o contrato terapêutico para esclarecimento dos papéis e funções de cada participante do grupo. Em seguida, houve o alinhamento dos compromissos, acordos referentes à intervenção para o desenvolvimento de

uma aliança terapêutica e apresentados e discutidos os aspectos relacionados aos dias, horários, duração das sessões, formato e objetivos da intervenção. Durante este momento, o critério referente à ausência foi compartilhado: a intervenção foi definida com oito sessões e se a paciente faltasse duas consecutivas ou três intercaladas seria convidada a se retirar da pesquisa. Contudo, não houve faltas no presente estudo. A hipótese para a positiva adesão foi à construção de uma boa aliança terapêutica e bom vínculo entre as participantes.

Quadro 3 - Descrição do Protocolo de Intervenção

Sessão	Procedimentos
1	<p>Objetivo: Estabelecer o <i>rapport</i> e fornecer informações gerais sobre a obesidade e o tratamento.</p> <p>Registro dos dados de peso e altura. Aplicação das escalas Beck e o SF 36. Apresentação da proposta de trabalho, a fim de proporcionar ao paciente uma compreensão de procedimentos a serem adotados e da lógica terapêutica. O modelo cognitivo foi destacado e ilustrado por meio de uma figura para facilitar o entendimento da influência dos pensamentos sobre as emoções e comportamentos. Firmação do contrato terapêutico: participantes foram informadas sobre o compromisso da assiduidade durante o tratamento visando benefício próprio. Levantamento de Expectativas em relação à intervenção. Elaboração do Cartão: Motivos para Emagrecer (Cartão de Enfrentamento). Tarefa de casa: completar o cartão Motivos para Emagrecer.</p>
2	<p>Objetivo: Definir estratégias para o automonitoramento alimentar.</p> <p>Revisão da tarefa de casa. Incentivo ao automonitoramento (diário alimentar): Qual a sua meta? peso ideal, desejado e possível. Incentivo ao controle de estímulos: quais são os gatilhos que precedem a alimentação? o comportamento de comer não é automático (fome, vontade e desejo de comer), sentar-se a mesa, comer devagar, prepara o ambiente, planejar o dia seguinte. Diferenças de pensamento: pessoas magras X pessoas obesas. Aprendendo a gerenciar a alimentação fora de casa. Atividade física. Tarefa de casa: registro do diário alimentar.</p>
3	<p>Objetivo: Identificar os obstáculos para a perda de peso.</p> <p>Revisão da tarefa de casa. Discussão das preocupações com o tratamento (prós e contras de comprometer-se). Utilização do <i>checklist</i> de obstáculos para a perda de peso. Técnica de resolução de problemas. Tarefa de casa: manutenção do diário alimentar.</p>

Quadro 3 – Descrição do Protocolo de Intervenção (continuação)

Sessão	Procedimentos
4	<p>Objetivo: Aprender a identificar os pensamentos sabotadores</p> <p>Apresentar lista de pensamento sabotadores – Reações aos pensamentos sabotadores. Técnica da paciência. Motivação: motivos para emagrecer. Tarefa de casa: registro dos pensamentos sabotadores.</p> <p>Nesta sessão ocorreu uma avaliação qualitativa da intervenção através de três perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais são as mudanças que percebo no meu comportamento alimentar desde que iniciei o trabalho de grupo? • O que o grupo me ajudou até agora? • Quais dificuldades ainda encontro no meu cotidiano?
5	<p>Objetivo: Diferenciar o conceito de imagem corporal e aparência física</p> <p>Revisão da tarefa de casa. Diferenciando o conceito de imagem corporal e aparência Física. Avaliação para identificação de preocupações com a imagem corporal (lista de preocupações com a imagem corporal). Psicoeducação sobre o desenvolvimento, manutenção e maneiras de modificar uma imagem corporal negativa. Autopercepção da imagem corporal.</p>
6	<p>Objetivo: Apresentação de técnicas comportamentais</p> <p>Técnicas Comportamentais: Distraia-se. Beba algo suave que não contenha calorias ou que contenha poucas calorias. Relaxe. Respostas alternativas aos pensamentos sabotadores: 1. “Não consigo me acalmar se não comer” – Resposta alternativa. 2. Eu mereço comer quando estou triste”- Resposta alternativa. Na próxima vez que ficar chateado, irei: ...</p>
7	<p>Objetivo: Discutindo estratégias de enfrentamento do gatilho social</p> <p>Continuando a trabalhar a imagem corporal, identificando e corrigindo os vieses de percepções e interpretações. Enfatizando a necessidade de aceitação e mudança do comportamento alimentar. Aprendendo a gerenciar a alimentação fora de casa, em férias e ocasiões especiais (gatilho social). Tarefa de casa.</p>
8	<p>Objetivo: Síntese e avaliação do programa</p> <p>Revisão da tarefa de casa. Reaplicação das escalas iniciais (Beck e SF-36) e aferição do peso. Aprendendo sobre os objetivos independentes da perda de peso. Revisando o aprendizado de manejo cognitivo e comportamental aprendido e conquistas com a intervenção em grupo. Avaliação qualitativa do processo.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Tratamento e Análise de Dados

Os dados foram codificados e digitados em um banco de dados para realização de análise estatística com uso do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 18.0.

Foram realizadas análises descritivas, para caracterizar as variáveis do estudo em termos de frequências e percentuais, médias e desvio padrão ou medianas e intervalos interquartis, quando pertinente; e análises estatísticas de comparação de médias utilizando os testes não paramétricos Wilcoxon Rank Test e Mann-Whitney Test para comparar os indivíduos em relação ao peso, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e qualidade de vida antes e depois da intervenção e na avaliação intergrupos, respectivamente.

A análise qualitativa ocorreu através da avaliação subjetiva das participantes sobre a intervenção em grupo a partir das notas de campo realizadas pela pesquisadora durante o processo de intervenção. Foi realizada a leitura das notas de campo e das respostas das três perguntas respondidas pelas participantes individualmente e por escrito na sessão de número 4. A análise de conteúdo temática⁽³⁹⁾ ocorreu a partir da identificação dos núcleos de sentidos e posterior estabelecimento das categorias temáticas. O referencial de ancoragem para a análise foi a Terapia Cognitivo-Comportamental.

4.6 Considerações Éticas

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa e o aceite ocorreu mediante a assinatura do TCLE, obedecendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, segundo a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP sob o nº CAAE 55508516.5.0000.5544, parecer 1.633.462, 12.07.2016. (ANEXO D). Ao final da intervenção foi oferecido e garantido às participantes do GC o protocolo de intervenção utilizado pelo GI.

Após a coleta dos dados, o material foi colocado em um envelope e identificado pela pesquisadora por meio de um código, de modo que só a pesquisadora teve acesso a sua

identificação. Os dados serão arquivados e guardados na Clínica de Psicologia da EBMSP, durante cinco anos. Após esse período, serão picotados para descarte.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização e Perfil Clínico da Amostra

Um total de 12 participantes foi alocado nos grupos: seis no grupo intervenção e seis no grupo comparação. No GI, a média de idade foi de 53,0 anos (DP = 14,38), 66,6% das participantes eram casadas e 66,7% possuíam ensino médio completo. Em relação à raça, 66,7% se declararam negras e 100% informaram que possuíam de dois a três salários mínimos como renda familiar. No GC a média de idade foi de 45,9 anos (DP = 14,11), 50% das participantes eram solteiras e 50% possuíam ensino médio completo. No que se refere à raça, 50% se declararam pardas e 83,3% possuíam renda familiar abaixo de dois salários mínimos. O IMC médio no GI foi 37,7kg/m² (DP = 6,38) enquanto no GC foi de 38,72 kg/m² (DP = 4,61). Hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente em ambos os grupos (83,3% e 66,7% no GI e GC, respectivamente), seguida das doenças osteoarticulares no GI (66,7%) e da diabetes mellitus no GC (50,0%).

No que se refere às variáveis sociodemográficas e clínicas, os dois grupos apresentaram características similares, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles. O grau de obesidade no GI e GC apresentou distribuição uniforme com dois sujeitos em cada nível: obesidade grau I, II e III (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos grupos intervenção e comparação antes da intervenção

VARIÁVEIS	GRUPO INTERVENÇÃO n (%)	GRUPO CONTROLE n (%)	P
Idade			
De 21 a 30 anos	1 (16,7)	1 (16,7)	0.675
De 31 a 40 anos	0	1 (16,7)	
De 41 a 50 anos	1 (16,7)	2 (33,3)	
De 51 a 60 anos	1 (16,6)	1 (16,7)	
Acima de 60 anos	3 (50,0)	1 (16,6)	
	Média (±) 53 (14,4)	Média (±) 45,9 (14,1)	
Grau de obesidade			
Obesidade grau I	2 (33,3)	2 (33,3)	1.000
Obesidade grau II	2 (33,3)	2 (33,3)	
Obesidade grau III	2 (33,4)	2 (33,4)	
	Média (±) 37,7 (6,4)	Média (±) 38,7 (4,6)	
IMC			

Os escores de ansiedade e de depressão não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, atestando que ambos iniciaram de um mesmo ponto de partida no que diz respeito às duas variáveis. Em relação à qualidade de vida também não foram observadas diferenças entre o GI e GC antes da intervenção (Tabela 2).

Tabela 2 - Escores de ansiedade, depressão e QV dos grupos intervenção e comparação antes da intervenção

VARIÁVEIS	GRUPO INTERVENÇÃO n (%)	GRUPO CONTROLE n (%)	P
Ansiedade			
Mínima	5 (83,3)	4 (66,7)	0.514
Leve	0	0	
Moderada	1 (16,7)	1 (16,7)	
Grave	0	1 (16,7)	
Depressão			
Mínima	3 (50,0)	2 (33,3)	0.766
Leve	2 (33,3)	2 (33,3)	
Moderada	1 (16,7)	2 (33,4)	
Grave	0	0	
Domínios Qualidade de Vida			
Capacidade Funcional	Média (DP) 60,83 (27,09)	Média (DP) 67,50 (19,94)	0.638
Aspectos Físicos	41,67 (40,82)	58,33 (46,55)	0.525
Dor	69,50 (28,42)	54,83 (23,31)	0.361
Estado geral de Saúde	68,67 (10,33)	56,67 (25,03)	0.303
Vitalidade	54,17 (13,57)	54,17 (18,55)	1.000
Aspectos sociais	70,83 (18,82)	83,33 (15,14)	0.234
Aspectos emocionais	38,90 (32,79)	61,12 (49,07)	0.378
Saúde Mental	64,00 (15,59)	61,00 (38,15)	0.861

5.2 Avaliação dos grupos após intervenção

Após as oito semanas, o grupo intervenção apresentou redução do IMC, passando de uma mediana de 37,48 kg/m² (IIQ 31,82-44,56) para uma mediana de 36,66 kg/m² (IIQ31,26-42,72), com $p = 0,046$ e uma redução média de peso de 2,56%. Já o grupo comparação não apresentou alteração significativa, obtendo medianas de 37,44 kg/m² (IIQ34,54-44,20) e de 38,03 kg/m² (IIQ34,50-44,06) no primeiro e segundo momentos, respectivamente, com $p = 1,00$ e aumento médio de peso de 0,43%. No que se refere à classificação do grau de obesidade, uma participante do GI mudou da classificação grau II para a classificação grau I

após o período de intervenção, enquanto no GC todas as participantes mantiveram-se no mesmo nível de obesidade.

Em relação à perda total de peso, o GI apresentou uma mediana de perda de peso de 2,15kg e o GC de 0,00kg. Na comparação entre os dois grupos observou-se que as participantes do GI alcançaram uma perda de peso significativamente superior ao GC ($p=0,041$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação da perda de peso entre os grupos intervenção e comparação após a intervenção

	N	Mediana [25-75]	<i>p</i>
Grupo Intervenção	6	2,15 [1,42 – 3,27]	0,041
Grupo Comparação	6	0,00 [-0,77 – 0,20]	

A comparação dos níveis de ansiedade e depressão dos grupos GI e GC após as oito semanas de intervenção evidenciou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre os grupos dos escores dos sintomas de ansiedade e depressão após a intervenção

	Nível	Grupo Intervenção	Grupo Comparação	<i>P</i>
		N = 6	N = 6	
Ansiedade	Mínimo	6 (100,0)	5 (83,3)	0,296
	Moderado	0 (0,0)	1 (16,7)	
Depressão	Mínimo	6 (100,0)	4 (66,6)	0,301
	Leve	0 (0,0)	1 (16,7)	
	Moderado	0 (0,0)	1 (16,7)	

Da mesma forma, em todos os domínios de QV não foram identificadas diferenças significativas entres os dois grupos (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre os grupos dos domínios de qualidade de vida após a intervenção

		N	Mediana (25-75)	<i>P</i>
Capacidade Funcional	Grupo Intervenção	6	70,00 (28,75 – 82,50)	0,699
	Grupo Comparação	6	75,00 (43,75 – 85,00)	
Limitação por aspectos físicos	Grupo Intervenção	6	37,50 (0,00 – 81,25)	0,589
	Grupo Comparação	6	75,00 (0,00 – 100,00)	
Dor	Grupo Intervenção	6	67,50 (41,00 – 100,00)	0,589
	Grupo Comparação	6	62,00 (40,75 – 72,00)	
Estado geral de saúde	Grupo Intervenção	6	67,00 (60,75 – 75,75)	0,394
	Grupo Comparação	6	58,50 (35,75 – 79,50)	
Vitalidade	Grupo Intervenção	6	55,00 (42,50 – 63,75)	0,937
	Grupo Comparação	6	50,00 (38,75 – 70,00)	
Aspectos sociais	Grupo Intervenção	6	62,50 (59,37 – 90,62)	0,240
	Grupo Comparação	6	81,25 (71,85 – 100,00)	
Limitação por aspectos emocionais	Grupo Intervenção	6	50,00 (0,00 – 66,70)	0,310
	Grupo Comparação	6	83,35 (0,00 – 100,00)	
Saúde mental	Grupo Intervenção	6	66,00 (54,00 – 77,00)	0,937
	Grupo Comparação	6	66,00 (22,50 – 100,00)	

5.3 Categorização dos registros das sessões de intervenção

Os conteúdos do grupo intervenção, registrados após cada sessão, pela psicóloga, Terapeuta Cognitivo-Comportamental e pesquisadora do presente estudo, foram categorizados por núcleo de sentido e serão analisados e discutidos com base no aporte teórico da pesquisa.

Os conhecimentos da psicologia e da TCC serão aplicados ao campo da saúde para a compreensão dos aspectos relacionados ao tratamento do indivíduo obeso. As categorias definidas foram: 1. Preocupação com a Saúde, 2. Comportamento alimentar e 3. Significado da perda de peso.

5.3.1 Preocupação com a saúde

Os conteúdos dessa categoria refere-se ao sentido que as participantes atribuíram quando compartilhavam suas percepções referentes às comorbidades, uso de remédios e a relação entre perda de peso e melhora da saúde. O caráter complexo e crônico da obesidade e seu impacto nas atividades da vida diária foram evidenciados, de acordo com as falas apresentadas na Figura 2.

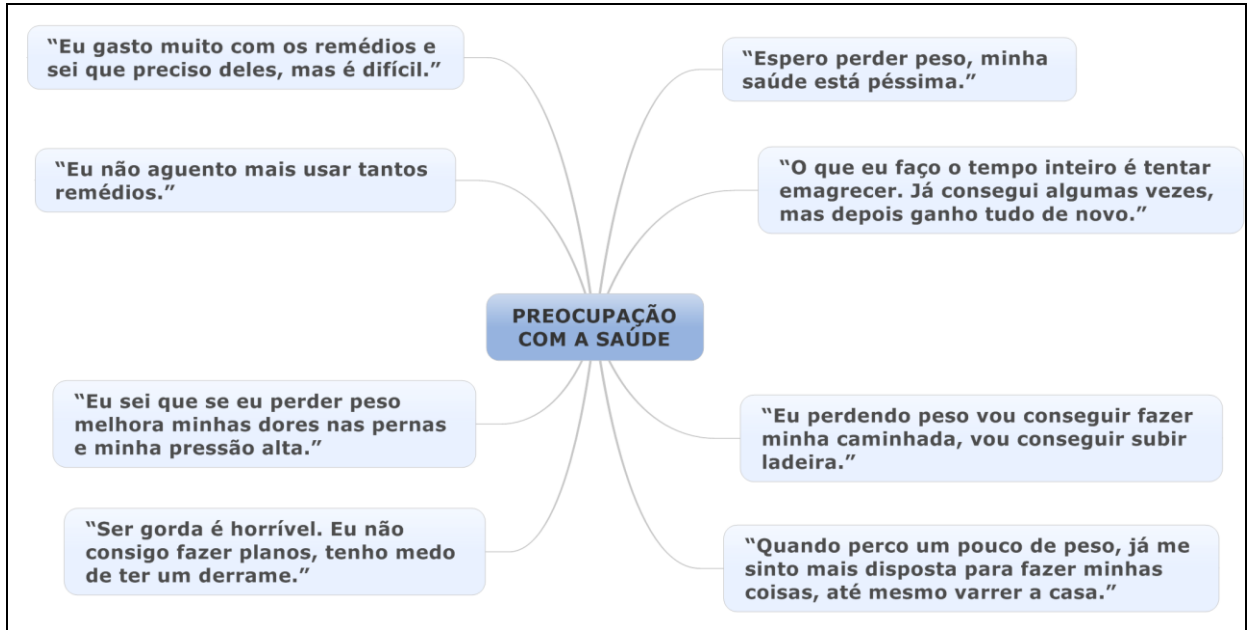


Figura 2 - Falas das participantes do GI sobre a preocupação com a saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.2 Comportamento alimentar

Os conteúdos reunidos nesta categoria estão relacionados às dificuldades com o controle da alimentação, adesão à orientação nutricional e às mudanças no comportamento alimentar em um ambiente obesogênico. As participantes compartilham necessidade de compreender o funcionamento do comportamento alimentar, de acordo com as falas apresentadas na Figura 3.

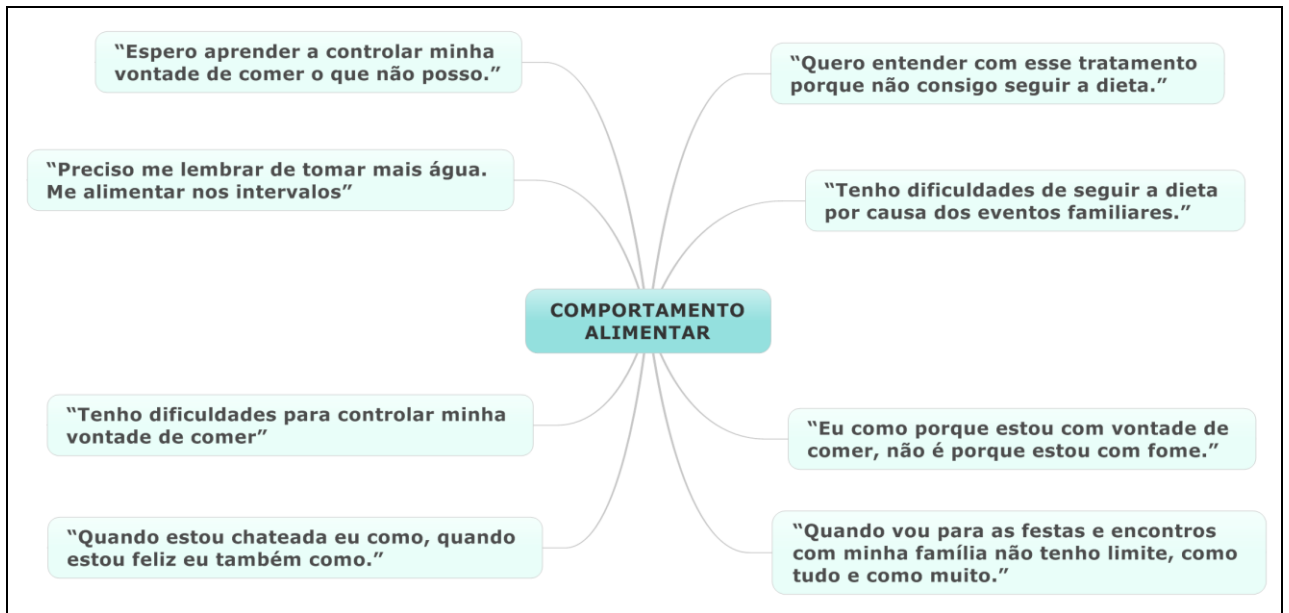


Figura 3 - Falas das participantes do GI sobre o comportamento alimentar

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.3 Significado da perda de peso

A perda de peso durante a intervenção possibilitou identificação de conteúdos representativos das reflexões sobre a autoestima e autoconfiança. As participantes demonstraram um olhar para si, com percepções diferentes em relação ao comportamento alimentar, de acordo com as falas apresentadas na Figura 4.

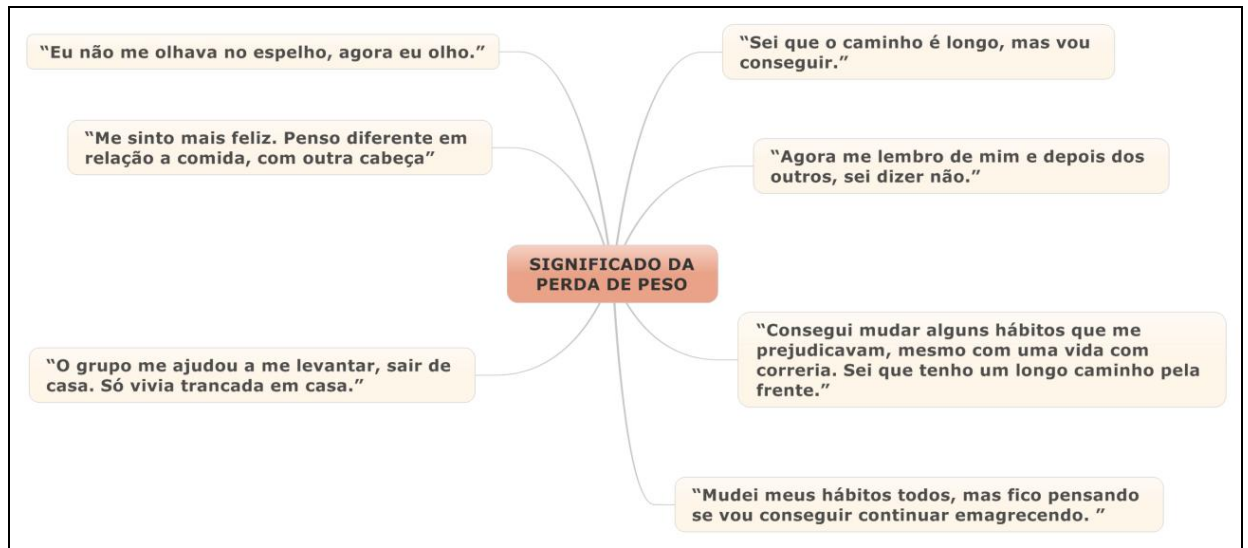


Figura 4 - Falas das participantes do GI sobre o significado da perda de peso

Fonte: Elaborado pela autora.

As quatro categorias do grupo intervenção apresentadas e ilustradas expressam o quanto a condição de obeso impacta em vários aspectos da vida do indivíduo relacionados à saúde e ao comportamento alimentar.

6 DISCUSSÃO

Ao dar início à discussão dos resultados do estudo é importante sinalizar que o contexto do presente trabalho foi um ambulatório docente assistencial e a pesquisa contou com a participação de doze mulheres com obesidade, divididas em dois grupos: intervenção e comparação. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, destaca-se a média de idade e as comorbidades. Nos dois grupos a média de idade indica que as participantes encontram-se na fase adulta do ciclo de vida, sendo esta uma etapa importante, pois é o momento em que a obesidade pode gerar impacto nas atividades produtivas e laborais.^(25,27,31) A hipertensão arterial foi a comorbidade que apresentou maior percentual nos dois grupos, corroborando com estudos anteriores que indicam forte relação entre obesidade e risco de desenvolvimento de hipertensão arterial.^(19,20)

O objetivo do presente trabalho foi analisar as repercussões de uma intervenção em grupo baseada na TCC na redução de peso de mulheres com obesidade, assim como analisar a percepção de mulheres com obesidade sobre a intervenção e o processo de emagrecimento.

A TCC oferece ao indivíduo com obesidade técnicas e estratégias para ajudá-lo a trabalhar seus sistemas de crenças e pensamentos disfuncionais relacionados à doença. É a identificação das crenças que interferem nos pensamentos disfuncionais que possibilita a modificação dos mesmos e em seguida as mudanças comportamentais relacionadas à obesidade.⁽⁴¹⁾ A etiologia multifatorial, a cronicidade e as mudanças no estilo de vida são aspectos considerados nas intervenções em grupo baseadas na TCC, pois a referida abordagem psicológica tem como pressuposto que a mudança do pensamento ocasiona alteração do comportamento alimentar e, conseqüentemente, a perda de peso.⁽⁴⁰⁾ Os dados da literatura apontam que intervenções em grupo produzem mais resultados do que psicoterapia individual e embora a TCC ocorra também individualmente, ela se adequa bem ao trabalho em grupo, principalmente para o tratamento de indivíduos com doenças crônicas, incluindo a obesidade.^(5,6,40)

A perda de peso das participantes do grupo intervenção foi significativamente superior em relação ao grupo comparação, corroborando com os achados da literatura.⁽⁴⁰⁾ No estudo de Moscatiello et al.,⁽⁴¹⁾ pacientes com doença hepática participaram de treze sessões de TCC em grupo com foco na perda de peso. Como a doença hepática está fortemente relacionada ao sobrepeso e obesidade, a TCC foi associada à perda de peso e regularização das enzimas

hepáticas e os resultados foram positivos para os referidos aspectos. O estudo de Ash et al.,⁽⁴²⁾ também demonstrou que a intervenção com TCC foi eficaz na perda de peso dos integrantes que participaram do grupo que vivenciou o protocolo de oito sessões baseadas na TCC diferente dos participantes do grupo controle que tiveram acesso a folhetos informativos sobre obesidade e mudança de estilo de vida. A redução de peso no GI possibilita a reflexão sobre a importância de uma intervenção não farmacológica, com baixo custo e replicável em um contexto atual das políticas públicas, pois o tratamento de indivíduos com obesidade representa um custo alto para a saúde.⁽⁸⁾

Em relação às variáveis ansiedade, depressão e qualidade de vida, não foram identificadas diferença significativa entre os dois grupos após as oito semanas. Este resultado pode estar associado ao fato das referidas variáveis não terem sido controladas no momento da seleção das participantes. Um segundo aspecto a ser considerado é o fato das participantes não apresentarem níveis altos de sintomas de ansiedade e depressão e baixa qualidade de vida no início do estudo, diferente dos resultados encontrados na literatura.⁽⁴³⁾ Uma hipótese explicativa para esses escores iniciais pode ser o efeito do acompanhamento interdisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas) vivenciado pelas participantes. E por último, o tempo de intervenção, oito encontros, pode não ter sido suficiente para repercutir nos escores das três variáveis.

As categorias Preocupação com a saúde, Comportamento alimentar e Significado da perda de peso, destacadas no presente estudo, evidenciam a complexidade para o indivíduo obeso ter uma DCNT com impactos em várias áreas da sua vida e a necessidade de acompanhamento interdisciplinar contínuo.

Os estudos sobre o processo de saúde e doença têm buscado compreendê-lo e discuti-lo de maneira mais integral, a partir de outras perspectivas além da Medicina, como a Antropologia, a Psicologia e a Enfermagem, considerando os aspectos biopsicossociais envolvidos, sem a cisão mente e corpo presente na concepção biomédica. O referido processo possui determinantes sociais, ou seja, é dinâmico e coletivo, com influências históricas, culturais, sociais e econômicas e dependem das relações estabelecidas entre os indivíduos, grupos e sociedade.⁽⁴⁴⁾ É a partir desta perspectiva integradora que o caráter de cronicidade da obesidade será discutido no presente estudo.

A cronicidade evidencia a inexistência de um único órgão ou sistema de corpo afetado, pois a condição crônica passa a fazer parte e impõe limites em diferentes dimensões e sentidos da vida de um indivíduo, questionando o significado de cura na perspectiva biomédica. Os limites estão relacionados e direcionados ao corpo físico e também às atividades cotidianas. Na perspectiva biopsicossocial, a cronicidade media as relações sociais e convoca o indivíduo a reestruturar, fazer escolhas e definir estratégias com foco no enfrentamento das limitações impostas pelo adoecimento.⁽⁴⁴⁾

O comprometimento da saúde relacionado à obesidade remete ao significado de uma doença crônica com grandes prejuízos e ameaça a vida.⁽³⁾ Durante a sessão inicial que tinha como objetivo estabelecer o *rapport* e fornecer informações gerais sobre a obesidade e o tratamento, as participantes foram convidadas a compartilhar as expectativas em relação à TCC em grupo e elaborar o cartão com as vantagens e desvantagens de permanecer obesa. Evidencia-se neste e em outros momentos durante o processo de intervenção a presença da compreensão da característica de cronicidade da obesidade, riscos para a saúde e impacto nas atividades cotidianas.^(3,32)

A doença crônica possui relação direta com a condição incapacitante, ocorrências de outras doenças e requer estratégias para mudanças de estilo de vida, nas relações familiares e sociais do indivíduo.⁽⁴⁵⁾ Segundo a OMS, a expectativa é que até 2020 as doenças crônicas sejam as principais causas de incapacidade no mundo, sendo o consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo determinantes para o desenvolvimento da obesidade e para seu agravamento.^(45,46) No presente estudo, as participantes verbalizaram conhecer a relação entre o caráter de cronicidade da obesidade e o impacto na saúde, ressaltando a importância de ser considerada no acompanhamento de indivíduos obesos a perspectiva do paciente, a partir da sua percepção sobre a experiência com a doença crônica, pois a condição de doente crônico confere ao indivíduo obeso um *status* de perda de autonomia.⁽⁴⁷⁾

O uso de muitos remédios para as comorbidades e o entendimento da relação entre perda de peso e melhora do estado geral de saúde foram conteúdos presentes e partilhados no GI. Alguns estudos indicam que são as doenças associadas à obesidade e as complicações clínicas que sinalizam para os indivíduos obesos as consequências mais imediatas e de maior incômodo da doença. Seu início gradual, gravidade progressiva e consequências graves, possibilitam a interferência na linha de continuidade da vida do indivíduo obeso.^(47,48)

O impacto na realização das atividades da vida cotidiana e sensações incômodas e dolorosas como cansaço e dores no corpo são temas frequentes na escuta clínica de indivíduos obesos. Durante a intervenção, as participantes revelaram as limitações vivenciadas pelo excesso de peso e alguns ganhos quando conseguem perder peso.⁽⁴⁸⁾ Sentir-se incapacitado de realizar atividades simples relacionadas à aquisição de roupas, higiene íntima e atividade física são limitações que impactam diretamente no exercício da autonomia do indivíduo obeso e no planejamento de ações futuras.⁽⁴³⁾ Benedetti⁽³⁾ identificou, ao entrevistar pacientes obesos após cirurgia bariátrica, a presença do medo de não conseguir realizar planos e ser surpreendido por alguma doença fatal ou grave que gere sequelas, indicando associação entre doença crônica e o processo de viver.

O comportamento alimentar é multideterminado, sendo o aspecto mais desafiador no acompanhamento de indivíduos obesos pela relação que possui com questões biológicas, emocionais, psicológicas e relacionais. A sociedade atual se caracteriza como um ambiente obesogênico com escolhas e hábitos de vida interferindo diretamente no aumento de peso. As principais características do referido ambiente estão relacionadas a uma alimentação que estimula o consumo de grandes porções de comida com alta concentração de gorduras e açúcar, além do sedentarismo. Durante a intervenção, as participantes relataram dificuldades de seguir a dieta e controlar suas escolhas alimentares e atribuíram, em muitos momentos, ao referido ambiente.^(49,50)

Os ambientes social e familiar podem ser denominados como gatilho social, pois representam um dificultador para um estilo de vida mais saudável. Na nossa cultura, o comportamento alimentar é responsável por agregar pessoas e estimular o convívio social.⁽⁴⁹⁾ No presente estudo, as participantes sinalizaram sentirem-se vulneráveis nos eventos familiares e sociais, pois não conseguiam controlar o comportamento alimentar. Evidencia-se, assim, a importância da participação da família no processo de emagrecimento de indivíduos obesos, que pode assumir um papel de apoio nas mudanças de hábito, melhorando os padrões alimentares e a prática de atividade física.^(3,49) Caso contrário, essa mesma família será um fator reforçador para a permanência da vulnerabilidade do sujeito no ambiente obesogênico.

As dificuldades encontradas pelas participantes para seguir a orientação nutricional também envolveram fatores ligados ao comportamento alimentar. Elas demonstraram a necessidade de compreender os motivos que interferiam no autocontrole em relação à comida e a diferença

entre fome e vontade de comer. A psicoeducação foi utilizada neste momento para orientar e contribuir com a reflexão e novas aprendizagens das participantes sobre o funcionamento do comportamento alimentar das mesmas, crenças relacionadas à alimentação e o papel dos pensamentos sabotadores.^(50,51)

Durante a intervenção, as participantes foram incentivadas a discutirem, refletirem e em seguida compreenderem que o ato de comer não é uma ação automática: sempre existe um pensamento que o antecede, sendo possível ter controle das decisões alimentares. Quando os pensamentos conduzem a uma ação mais produtiva eles são funcionais. Contudo, os pensamentos sabotadores atuam de maneira disfuncional, incentivando o indivíduo a comer, aumentando o nível de estresse e interferindo na autoconfiança.^(9,10)

Compreender o funcionamento do comportamento alimentar possibilita acolher a indicação do seu automonitoramento. Ao longo das sessões, as participantes foram estimuladas a registrarem suas escolhas alimentares e em seguida compartilhar no grupo. Identificaram-se gradualmente as mudanças de escolhas e, conseqüentemente, de comportamento. A atenção ao ato de comer convocou as participantes a reconhecerem os pensamentos disfuncionais e com base na técnica de resolução de problemas estes foram questionados e modificados.^(9,10)

A diferenciação entre fome e vontade de comer foi outro aspecto extremamente relevante para as participantes do GI e contribuiu para as mudanças comportamentais frente ao ato de comer. Algumas participantes demonstraram compreensão e maior atenção à relação entre os pensamentos sabotadores e o ato de comer. A atenção ao ato de comer possibilitou mudanças comportamentais aparentemente simples, mas significativas para as participantes. O ganho com a perda de peso foi reconhecido como importante para todas as participantes, contudo a compreensão da efetiva mudança dos pensamentos em relação à comida e à saúde teve um efeito ainda mais positivo, sendo ressaltado como o aspecto mais importante do trabalho interventivo. No GI, a identificação dos pensamentos sabotadores pelas participantes possibilitou respostas mais adaptativas e comportamentos mais funcionais frente à alimentação.^(9,10)

A condição de obeso é caracterizada pelo corpo físico diferente do padrão socialmente estabelecido evidenciado que o aspecto físico tem o potencial de incluir ou excluir o sujeito na esfera social. Os olhares discriminatórios em situações sociais e laborais reverberam

negativamente na autoestima e autoconfiança, gerando sofrimento psíquico e isolamento social. Estar acima do peso significa vivenciar situações de abandono e desamparo, contribuindo para a sensação de anormalidade.⁽³⁾

O indivíduo obeso apresenta sentimentos de inferioridade e insegurança que interferem nos seus relacionamentos interpessoais e, em muitos momentos, deslocam o olhar e o cuidado para o outro, deixando de cuidar de si.⁽³⁾ O significado da perda de peso influenciou positivamente na percepção da autoestima e autoconfiança das participantes do GI, demonstrando um olhar para si e a relação entre as mudanças de comportamento alimentar e autoestima.^(9,10)

As participantes sinalizaram que o processo de emagrecimento não se encerrou ao final da intervenção, demonstrando consciência sobre a necessidade de continuidade das mudanças. O treinamento em resolução de problemas e em habilidades sociais representou um aprendizado na identificação de comportamentos alternativos e estratégias de enfrentamento dos desafios que elas vivenciarão no ambiente obesogênico que estão inseridas.⁽³⁾

Ao finalizar a intervenção, as participantes reconheceram a importância da TCC em grupo como rede de apoio para o enfrentamento de uma doença complexa como a obesidade.⁽³⁾ Para elas, compartilhar experiências sobre as dificuldades vivenciadas durante o período da intervenção contribuiu para o surgimento de atitudes mais seguras, possibilitando ampliá-las para outros espaços sociais. A identificação de amigos e família como rede de suporte social foi outro aspecto pontuado por todas as participantes como relevante e necessário para a manutenção das mudanças alcançadas.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

O presente estudo apresenta algumas limitações. Entre elas, destacam-se duas: a primeira diz respeito à falta de controle das variáveis ansiedade, depressão e qualidade de vida. A segunda tem relação com a inexistência de medidas em médio prazo (3 e 6 meses) após a intervenção, para verificação da manutenção do peso perdido.

Como perspectivas futuras, pretende-se implantar o protocolo apresentado no presente trabalho como ação contínua da equipe de Psicologia do Ambulatório de Obesidade como benefício para a população atendida. Além da referida implantação, novos estudos de intervenção em TCC com obesos podem inserir medidas em médio e longo prazo com foco na manutenção do peso perdido.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que intervenções em grupo baseadas na TCC são eficazes na redução de peso em indivíduos com obesidade.

A percepção das participantes do GI sobre a intervenção e o processo de emagrecimento foi positiva, com repercussões efetivas e modificações no funcionamento do comportamento alimentar e conseqüentemente perda de peso.

Não foi evidenciada modificação nos indicadores de ansiedade, depressão e QV das participantes após intervenção em grupo baseada na TCC.

REFERÊNCIAS

1. Silva MP da, Jorge Z, Domingues E, Lacera Nobre E, Chambel P, Castro J de. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port* [Internet]. 2006 [cited 2017 Sep. 03]; 19:247-50. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/3/247-50.pdf>.
2. Mancini MC. Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In: Garrido Junior AB. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo, Atheneu; 2004; p. 1-7.
3. Benedetti C. De obeso a magro: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor; 2003. Capítulo 1. Obesidade: diagnóstico, etiologia e tratamento; p. 21-49.
4. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Critério de Classificação Econômica. [Internet]. 2008 [cited 2017 Apr. 03]. Disponível em: <http://www.anep.org.br/mural/anep/06-2007-cceb.htm>.
5. Magni LR, Ferrari C, Rossi G, Staffieri E, Uberti A, Lamonaca D et al. Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan. 24]; 39(3):244-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v39n3/1516-4446-rbp-1516444620161993.pdf>.
6. Brown A, Gouldstone A, Fox E, Field A, Todd W, Shaker J et al. Description and preliminary results from a structured specialist behavioural weight management group intervention: Specialist Lifestyle Management (SLiM) programme. *BMJ Open* 2015 [cited 2018 Apr 22]; 8(5):1-10. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007217>.
7. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMB de, Haikal SA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [citado 2018 Abr 22]; 21(2): 463-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200463&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. Nissen L, Vieira L, Bozza L, Veiga L, Biscaia B, Pereira J et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 [citado 2018 Jan 24]; 7(24): 184-190. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/472>.
9. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. São Paulo: Roca; 2009.
10. Beck JS. *Pense magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
12. Beck JS. *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

13. Silva SMB da. Sintomas de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e qualidade de vida em mulheres com obesidade. Dissertação [Mestrado em Medicina e Saúde Humana]. [Internet]. [citado 2017 Dez 01]. Bahia: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2015. Disponível em: <https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/263>.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [Internet]. [citado 2017 Dez 01]. Vigitel Brasil 2017: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 22]; 337(9781): 1949-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>.
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2000. [cited 2017 Apr 22]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
17. Gigante DP, Moura EC de, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009; [citado 2017 Aug. 02]; 43(Supl 2):83-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=en.
18. Castro MR. Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. [Internet]. [citado 2017 Dez 01]. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/handle/ufjf/3981>.
19. Verdolin LD, Borner ARS, Guedes Júnior RO, Da Silva TFC, Belmonte TSA. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *Sci Med (Porto Alegre)* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan. 24]; 22(1):15-22. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9918/7531>.
20. Hubert HB, Feinleib M, Mc Namara PT, Castell WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow up of participants of the Framingham Heart Study. *Circulation* [Internet]. 1983[cited 2018 Jan 29]; 67(5): 968-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6219830>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo nacional da despesa familiar (ENDEF): dados preliminares, consumo alimentar – antropométrica [Internet]. Rio de Janeiro, 1977. In: POF 2002 – 2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. [citado 2017 Set 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/analise.pdf>.

22. Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estud Psicol.* [Internet]. 2012. [citado 2018 Mai 02]; 17(1):153-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019.
23. Carvalho-Ferreira JP, Cipullo MAT, Caranti DA, Masquio DCL, Andrade-Silva SG, Pisani LP et al. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends Psychiatry Psychother.* [Internet]. 2012. [cited 2017 Dec. 10]; 34(4): 223-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400008&lng=en.
24. Cordás TA. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psiquiatra. In: Garrido Junior AB. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 71-4.
25. Franques ARM, Ascencio RFR. Depressão e obesidade. In: Franques ARM, Loli MAS, organizadoras. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo, SP: Vetor; 2006. p. 125-35.
26. Altenburg H. Associação do sobrepeso, obesidade I e II e circunferência da cintura com sintomas de ansiedade e depressão. Dissertação [Mestrado em Psicologia da Saúde]. [Internet]. [citado 2017 Out 01]. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2007. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1386>.
27. Segal A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A, Mancini MC. *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca; 2002. p. 121-41.
28. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed; 2014.
29. Moraes AL, Almeida EC, Souza LB. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet] 2013 [citado 2017 Mai 02], 23(2): 553-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200012&script=sci_abstract&tlng=pt.
30. Porcu M, Franzin R, Abreu PB, Previdelli ITS, Astolfi M. (2011). Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum* [Internet] 2011 [citado 2018 Abr 25]; 33(2): 165-71. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7653/0>.
31. Vasconcelos PO, Costa Neto SB. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico.* [Internet]. 2008 [citado 2017 Dez 05]; 39(1): 58-65. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1483>.

32. Neufeld CB, Moreira CAM, Xavier GS. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos de emagrecimento: um relato de experiência. *Psico* [Internet]. 2012. [citado 2018 Fev 05]; 43(1): 93-100. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revista_psico/article/view/11103.
33. Horta PM, Cardoso AH, Lopes ACS, Santos LC. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013. [citado 2017 Jan 22]; 34(4): 121-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400016.
34. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2010. [citado 2017 Nov 05]; 20(3): 359-66. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>.
35. Melo CF, Sampaio IS, Souza DL de A, Pinto N dos S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 09]; 15(2): 447-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002.
36. Rodrigues GH de P, Gebara OCE, Gerbi CC da S, Pierri H, Wajngarten M. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 09]; 104(6): 443-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000600003&script=sci_arttext&tlng=pt.
37. Ciconelli FMB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF 36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 1999 [citado 2017 Mar 03]; 39(3): 143-50. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID>.
38. Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2007.
40. Luz FQ da, Oliveira M da S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jan 24]; (40):159-73. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014.
41. Moscattiello S, Rafella DL, Bugianesi E, Suppini A, Hickman IJ, Domizio SD et al. Cognitive-behavioral treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a propensity score-adjusted observational study. *Obesity* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jan 24]; 19(4): 763-70. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2010.254>.
42. Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C et al. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counseling and written information in the

- management of weight and health outcomes over 12 months. *International Journal of Obesity*. [Internet]. 2006 [citado 2018 Jan 24]; 30: 1557-64. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/0803263>.
43. Melo WV, Bergmann C, Neufeld CB, Machado PPP, Conceição E. A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 03]; 10(2), 84-92. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200004.
 44. Castellanos MEP, Trad LAB, Jorge MSB, Leitão IMTA. (Orgs.). *Cronicidade [e-book]: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza: EdUECE; 2015.
 45. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 2018 Jun 12]; 15(4): 590-97. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130>.
 46. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jun 12]; 20(4): 425-38. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130>.
 47. Lira GV, Nations MK, Catrib AMF. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2004 [citado 2018 Jun 01]; 13(1), 147-55. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0221.pdf>.
 48. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [citado 2018 Jun 01]; 20(2): 443-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a06v20n2.pdf>.
 49. Ludwig MWB, Bortolon C, Bortolini M, Boff R de M, Oliveira M da S. Intervenção grupal em pacientes com síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* [Internet] 2010 [citado 2018 Jun 01]; 6(1): 5-31. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=120.
 50. França CL, Biaginni M, Mudesto APL, Alves ED. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estud Psicol (Natal)* [Internet] 2012 [citado Jun 01]; 17(2): 337-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200019.
 51. Nogueira CA, Crisostomo KN, Souza R dos S, Prado J de M. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia* [Internet] 2017 [citado 2018 May 02]; 2(1): 108-20. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>.

APÊNDICES**Apêndice A - Ficha de Avaliação Clínico Demográfico**

Dados Sócios Demográficos e Clínicos
Nome
Registro PEPE
Idade
Estado Civil
Naturalidade
Religião
Raça
Grau de Instrução
Profissão
Ocupação Atual
Renda Familiar
Peso
Altura
Circunferência Abdominal
Comorbidades
() hipertensão arterial () diabetes <i>mellitus</i>
() dislipidemia () doenças osteoarticulares

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: Intervenção Psicológica em Mulheres com Excesso de Peso em um Ambulatório Multiprofissional de Obesidade

Prezada:

Você está sendo convidada para participar voluntariamente na pesquisa **Intervenção Psicológica em Mulheres com Excesso de Peso em um Ambulatório Multiprofissional de Obesidade** sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável Maria de Lourdes Lima, doutora em Medicina e Saúde e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Pesquisadora Assistente Sylvia Maria Barreto da Silva, mestre em Medicina e Saúde Humana. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso encontre alguma palavra ou frase que você não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo. A proposta deste termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar da pesquisa.

O objetivo da pesquisa é avaliar o efeito da intervenção psicológica, ou seja, o trabalho da Psicóloga, em grupo na redução de peso de mulheres com obesidade, assim como avaliar o efeito da perda de peso na qualidade de vida de mulheres com obesidade. Para a realização do trabalho será feito o seguinte: uma entrevista para preenchimento de uma ficha de coleta de dados de identificação pessoal e questões referentes à obesidade (início da obesidade, doenças associadas à obesidade, tratamentos e medicações utilizados) e aplicação de três questionários de avaliação de qualidade de vida (SF 36), níveis de ansiedade e depressão. Nos questionários, você encontrará várias perguntas e gastará aproximadamente trinta minutos. No de ansiedade será questionado se tem sintomas como nervoso, tremores nas mãos e sensação de desmaio, dentre outros. No de depressão, as questões serão sobre nível de tristeza, nível de desânimo e ocorrência de choros, dentre outros. E no de qualidade de vida, as questões serão sobre dificuldades para realizar atividades cotidianas. Você responderá os questionários em um ambiente tranquilo e conhecido, o consultório de atendimento da sua equipe médica. A sua identidade será preservada, pois seu nome não constará nos questionários que serão identificados por um código numérico.

Você poderá fazer parte do grupo que participará inicialmente da intervenção psicológica ou não. Caso faça parte do grupo de intervenção psicológica, participará de oito encontros semanais com duração de duas horas cada, com objetivo de discutirmos maneiras de

seguirmos as orientações da equipe que lhe acompanha no PEPE e, com isso, perder peso. Se você estiver no segundo grupo, participará de um encontro educativo para relatar suas experiências sobre o tratamento da obesidade e receber orientações para ajudar na perda de peso. Você terá garantida a intervenção realizada no primeiro grupo.

A partir dos resultados alcançados pela sua participação voluntária, caso você queira e tenha necessidade, a equipe PEPE realizará, como efeito de benefício direto a você participante dessa pesquisa, intervenções individuais e/ou em grupo, sem custo, com foco em melhorias para o seu tratamento. Além disso, contribuiremos com o crescimento do conhecimento científico, já que podemos constatar a necessidade de pesquisas relativas a essa temática em eventos ou publicações científicas.

Os dados coletados ficarão guardados em um local seguro, por cinco anos, o Serviço de Psicologia e depois serão destruídos e descartados.

Nesta pesquisa, se algo lhe trazer algum sentimento ruim e preferir não seguir adiante com o assunto, terá sempre a possibilidade de interromper a realização da mesma, a qualquer momento. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Por fim, é importante esclarecer que sempre existem riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse trabalho, entende-se que os riscos são mínimos e estão associados à sua mobilização ao ser questionada, preencher os questionários e/ou durante a intervenção. Caso isso ocorra, a pesquisadora dará suporte imediato e caso tenha necessidade, você será encaminhada para atendimento psicológico no Serviço de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) sem custo. Você só iniciará o acompanhamento no Serviço de Psicologia, caso tenha interesse.

Agradecemos a sua colaboração e solicitamos, **se de acordo**, assinar no espaço reservado abaixo, deste consentimento, o qual ficará arquivado. Esse documento será assinado em duas vias. Você receberá uma via deste termo assinada e rubricada pelos pesquisadores e outra via ficará com a pesquisadora

Dando consentimento após a leitura ou escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável ou a pesquisadora assistente, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de

confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

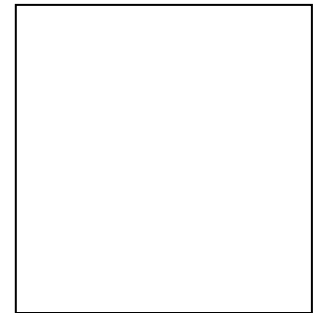
Ciente, eu _____ (**nome completo por extenso**) declaro que dou consentimento para a utilização dos dados para a pesquisa.

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Local para Impressão Digital



Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 275 – Brotas. CEP.: 40290-000 Salvador-BA. Tel.: (71) 3276-8225.

Contatos das Pesquisadoras:

Maria de Lourdes Lima, (71) 99964-6233 – email: mlourdeslima@bahiana.edu.br

Sylvia Maria Barreto da Silva, (71) 99135-9501 – email: sylviabarreto@bahiana.edu.br

ANEXOS

Anexo A – Escala de Qualidade de Vida – SF 36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanto dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo B - Escala de Depressão – BECK



Data: ____/____/____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

Anexo C – Escala de Ansiedade



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
				Total

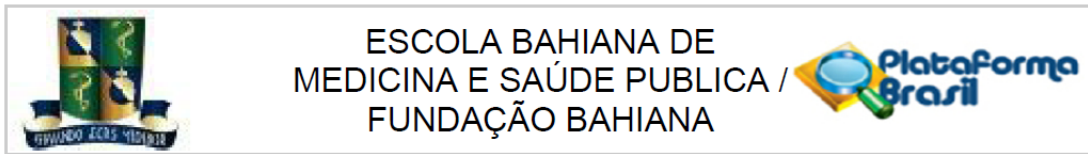
PEARSON

Copyright© 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright© 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Anexo D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM MULHERES COM EXCESSO DE PESO EM UM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE OBESIDADE

Pesquisador: Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55508516.5.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.633.462

Apresentação do Projeto:

A obesidade é uma doença crônica e um das grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A sua etiologia é bastante complexa e de natureza multifatorial envolvendo aspectos clínicos, metabólicos, psicológicos e sociais. Com isso, o tratamento do indivíduo com obesidade deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar. Evidencia-se assim a importância dos profissionais de saúde traçar intervenções específicas para a referida população. O presente trabalho possui como objetivo avaliar o efeito da intervenção psicológica em grupo na redução de peso em mulheres com obesidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o efeito da intervenção psicológica em grupo na redução de peso de mulheres com obesidade.

Objetivo Secundário:

- Avaliar o efeito da perda de peso na qualidade de vida de mulheres com obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O pesquisador responsável descreve que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e que

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

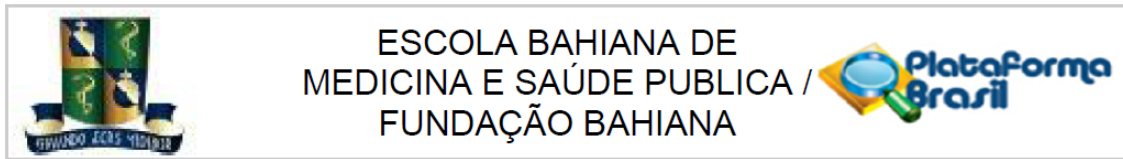
UF: BA

Telefone: (71)3276-8225

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.633.462

esta pesquisa envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de mobilização dos participantes durante a coleta de dados. Caso isso ocorra, estes pacientes terão suporte psicológico da pesquisadora e serão encaminhados para atendimento gratuito no Serviço de Psicologia da EBMSP.

Benefícios:

Pretende-se com esta pesquisa avaliar o efeito da intervenção psicológica em grupo na redução de peso e melhoria da qualidade de vida de mulheres com obesidade. As pacientes que participarem do estudo terão como benefício direto a intervenção psicológica em grupo, em momentos diferentes. O GI participará da intervenção no primeiro momento do estudo e o GC participará de um encontro psicoeducativo no momento de finalização da intervenção do GI.

Neste encontro, será garantido aos membros do GC o protocolo de intervenção vivenciado pelo GI. Vale ressaltar que a equipe interdisciplinar do ambulatório manterá todo o acompanhamento clínico para o GC, garantindo uma assistência diferenciada a este grupo.

A partir daí, intervenções individualizadas e/ou em grupo, para todas as pacientes acompanhadas pela equipe interdisciplinar do PEPE, serão implementadas. A apresentação dos resultados para a comunidade científica ocorrerá, buscando subsidiar futuros estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será de intervenção. A intervenção ocorrerá no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB). A população acessível serão as mulheres com obesidade acompanhadas pela equipe interdisciplinar do Projeto de Estudo do Excesso de Peso (PEPE) (Aprovado pelo CEP da EBMSP, protocolo 72/2009). A amostra será probabilística aleatória e todas as mulheres atendidas pela equipe, durante o período de maio a agosto de 2016 serão convidadas a participar do estudo. A seleção das participantes do grupo intervenção (GI) e do grupo comparação (GC) acontecerá da seguinte forma: a cada paciente que aceitar participar do estudo será alocada no GI, a próxima será alocada no GC. O cálculo amostral resultou em 16 pacientes em cada grupo. Serão utilizados:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ficha de Coleta contendo dados sociodemográficos (idade, estado civil, naturalidade, religião, grau de instrução, ocupação principal, profissão, renda familiar, raça) e dados referentes ao quadro clínico (peso, altura, circunferência abdominal e comorbidades).
- O Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36): é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida.
- A Escala de Depressão de Beck (BDI) é um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

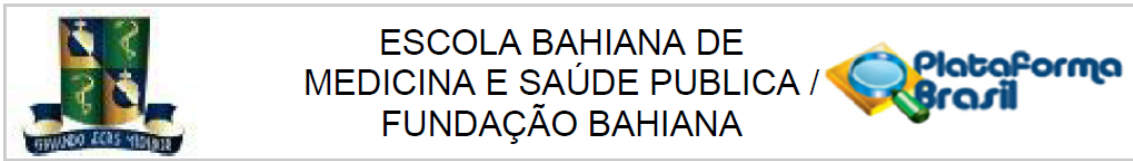
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.633.462

escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos.

- A Escala de Ansiedade de Beck (BAI) é um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo.

O sigilo será preservado. Estima-se que o estudo ocorrerá no período de maio a julho de 2016. Contudo, essa etapa só terá início após a aprovação

deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EBMS. SF-36, as escalas Beck da O GI participará da intervenção que consistirá em 08 (oito) encontros semanais com duração de 02 (duas horas) cada com referencial da terapia cognitivo comportamental. Os encontros serão estruturados com objetivos definidos, tais como: fornecer informações aos pacientes por meio da psicoeducação sobre aspectos etiológicos, cognitivos, emocionais e socioculturais que envolvem a obesidade; trabalhar estratégias de enfrentamento para a adesão a dietoterapia e outras abordagens terapêuticas; identificar e promover a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais acerca dos hábitos alimentares e estilo de vida. Na última sessão da intervenção o GI responderá o SF-36, escalas

Beck da ansiedade e depressão, coleta dos dados clínicos. O GC participará de uma atividade psicoeducativa com foco no tratamento da obesidade, além de SF-36, Escalas Beck da ansiedade e depressão, Coleta dos dados clínicos. Ao final da referida

etapa será oferecida e garantida às pacientes o protocolo de intervenção utilizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador responsável respondeu as pendências listadas no parecer consubstanciado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise bioética do protocolo de pesquisa de acordo com a Resolução 466/12-CNS o protocolo foi aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

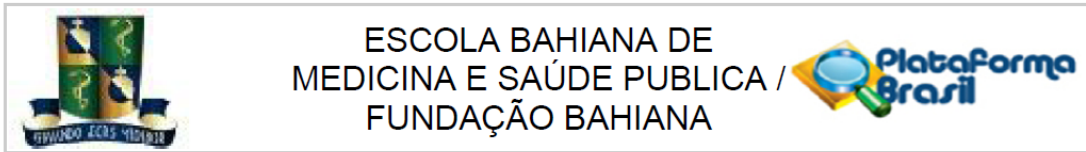
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.633.462

- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_688374.pdf	28/06/2016 20:29:49		Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	28/06/2016 20:28:14	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Revisado.doc	28/06/2016 20:22:08	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Revisado.doc	28/06/2016 20:19:26	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	SF.doc	25/04/2016 21:18:33	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	BDI2.jpeg	25/04/2016 21:16:02	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	BDI.jpeg	25/04/2016 21:13:33	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	BAI.jpeg	25/04/2016 21:09:17	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	BAI.jpeg	25/04/2016 21:09:17	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	Anuencia2.jpeg	25/04/2016 21:08:28	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Outros	Anuencia1.jpeg	25/04/2016 21:07:55	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

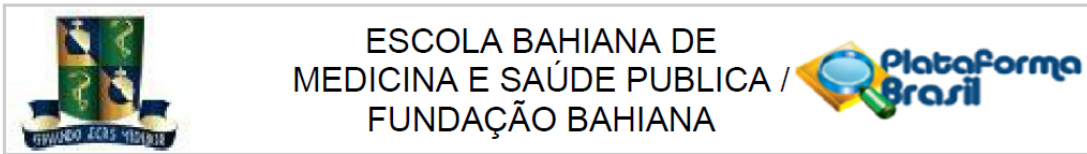
UF: BA

Telefone: (71)3276-8225

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.633.462

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/04/2016 20:58:16	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	25/04/2016 20:57:52	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	25/04/2016 20:55:48	Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 12 de Julho de 2016

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)

Anexo E – Artigo Submetido na Revista Brasileira de Psiquiatria

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Brasileira de Psiquiatria
Manuscript ID	RBP-2018-0098
Title	COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ANDE WEIGHT REDUCTION FOR WOMEN WITH OBESITY: A GROUP INTERVENTION STUDY
Authors	da Silva, Sylvia Maria Lima, Maria Ladela, Ana Guimarães, Armênio
Date Submitted	16-Mar-2018

[Author Dashboard](#)

14:48
16/03/2018

**COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND WEIGHT REDUCTION FOR WOMEN
WITH OBESITY: A GROUP INTERVENTION STUDY**

Sylvia Maria Barreto da Silva – Post-Graduation Program in Medicine and Human Health – Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador – Bahia – Brazil.

Maria de Lourdes Lima – Post-Graduation Program in Medicine and Human Health – Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador University, Salvador – Bahia – Brazil.

Ana Marice Ladeia – Post-Graduation Program in Medicine and Human Health – Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador – Bahia – Brazil.

Armênio da Costa Guimarães – Post-Graduation Program in Medicine and Human Health – Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador – Bahia – Brazil.

Sylvia Maria Barreto da Silva. Endereço: Av. D. João VI, 275 – Brotas. Zip Code: 40.290-000 Salvador/Bahia. Email address: sylviabarreto@bahiana.edu.br. Phone number: +55 (71) 3276-8260. FAX: +55 (71) 3276-8202.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Evaluate the effect group cognitive-behavioral therapy has on weight reduction, and its possible impact on anxiety and depression symptoms, and in the perception of quality of life for women with obesity. **METHODS:** In an intervention study, 12 obese patients, being followed at the university outpatient clinic, were selected and randomized into two groups: intervention and comparison. Patients from the intervention group attended eight 2-hour meetings every week, with reference to cognitive-behavioral therapy; while the comparison group followed the instructions by the cross curricular team with no psychological intervention during eight weeks. The weight measurement, the anxiety and depression symptoms, and the quality of life perception were evaluated at the beginning and end of the intervention. **RESULTS:** After eight weeks the intervention group presented a median weight loss of 2.15, while in the comparison group the median was 0.00, indicating a statistically significant weight reduction between the two groups ($p=0.041$). No statistically significant differences were observed between the groups regarding anxiety and depression symptoms and quality of life perception. **CONCLUSION:** The use of an intervention protocol based on cognitive-behavioral therapy resulted in significant weight loss.

Key-words: Obesity. Cognitive-Behavioral Therapy. Quality of Life. Anxiety. Depression.

INTRODUCTION

Obesity is currently one of the most relevant public health problems since it is a risk factor capable of triggering several illnesses¹. It is a growing worldwide chronic disease and, considering its range, it has been configured as an epidemic². The definition of obesity is related to excessive body fat, and several epidemiological studies indicate a correlation between this disease and several organic comorbidities and levels of somatic mortality and morbidity, pointing towards the need for in-depth studies regarding possible causes and consequences for this problem¹⁻³⁻⁴.

Since its cause is multifactorial, the interaction between genetic, metabolic, social, behavior, and psychological factors, impact health, longevity, and overall, the quality of life of overweight individuals. In a psychological level, the modification of the body image caused by gaining weight may cause loss in the person's self-esteem, self-concept, and consequently, it may cause anxiety and/or depressive symptoms, decreased feeling of well-being, the sense of social inadequacy, along with poor quality of life. Overall, it may have a negative impact on quality of life¹⁻⁵. Therefore, the treatment for obese patients must be carried out by a cross curricular team using interventions that are specific for the population in question.

Although data from the World Health Organization (WHO) indicate an increased prevalence of obesity in developed and underdeveloped countries, systematic investigations regarding psychological, psychosocial, and psychiatric aspects are recent, as are the studies that discuss and offer proposals of interventions focused on weight reduction and on the improvement of psychological aspects and quality of life. Doctors, dieticians, nurses, physical education professionals, and psychologists can work as a team, sharing actions and opinions on the complexity of following a patient with obesity. The psychologist's role in this treatment is of utmost importance, since this professional avails of specific therapeutic resources such as active listening, cognitive and behavior management techniques, as well as exclusive psychometric instruments. One of the psychological approaches in the group therapy is the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), an intervention that aims to enhance the efficiency of a program targeting the treatment of obesity³. As regards to following obese patients, CBT presents reliable results related to an average weight loss of around 10% from the baseline weight³⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹.

CBT integrates concepts and techniques for cognitive and behavioral approaches and has two basic assumptions: the first one refers to thoughts or cognition; for CBT, cognition is responsible for mediating emotions and behaviors, i.e., the way people think interferes with their emotions and behaviors; the second assumption is linked to the representation of reality, i.e., beliefs and projects interfere with the representation of reality constructed by the individual¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴.

The objective of this study is to evaluate the effect group sessions of cognitive-behavioral therapy have in reducing weight, and the possible impacts on anxiety and depression symptoms, and in the perception of quality of life for women with obesity.

METHODS

This was an intervention study, which took place at the Outpatient Clinic of Brotas Medical Center (Ambulatório de Obesidade do Centro Médico de Brotas), a university outpatient clinic linked to the Bahia School of Medicine and Public Health (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP). For already 32 years, this medical center has been a space for the development and improvement of students and professors from the EBMSP courses, by the means of outpatient care in the fields of medicine, psychology, physical therapy, occupational therapy, besides lab exams and imaging tests. The sample population were obese women followed by the Excess Weight Study Project (Projeto de Estudo do Excesso de Peso, PEPE) (approved by the Ethics and Research Committee from the EBMSP, protocol 72/2009). This study included a random probabilistic sampling, and all the women with clinical diagnosis of obesity, registered in the PEPE, and undergoing regular follow-up with the cross curricular team and who attended, at least, one visit during the last 12 months in the abovementioned outpatient clinic, were invited to participate in the study during the period from August 2016 to March 2017. Patients who presented mental confusion, cognitive conditions that prevented them from answering questionnaires/inventories, that were diagnosed with psychiatric disorders, were under pharmacologic treatment to lose weight, and those submitted to bariatric surgery were excluded from the study. The setup of the intervention group (IG) and the comparison group (CG) was carried out the following way: once a woman accepted to take part in the study, she would be placed in the IG, and the next one to accept it, would be placed in the CG, after reading and signing the informed consent form (ICF). The study was approved by the ERC from the EBMSP under CAAE # 55508516.5.0000.5544, paper 1.633.462, 12.07.2016, in obedience to the Guidelines and Norms Regulating Research Involving Human Beings, according to resolution #466 from December 12, 2012 by the National Health Council (Conselho Nacional de Saúde).

The instruments used were a data collection file with social demographic data (age, marital status, place of birth, religion, educational level, main occupation, profession, family income, race) and data related to the clinical picture (weight, height, abdominal circumference, and comorbidities); the Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36): a generic and multidimensional assessment instrument, for quality of life, based on 36 items, enclosed in eight components (functional capacity, physical aspects, pain, general health status, vitality, social and emotional aspects, and mental health). It has a score from 0 to 100, where 0 means the worst general health status and 100 the best general health status¹⁶. Also, Beck Depression Inventory (BDI): self-report questionnaire with 21 multiple choice questions, used to measure the severity of an individual's anxiety¹⁷.

The IG intervention began after attributing the subjects to different groups. It consisted of 8 (eight) weekly meetings lasting 2 (two) hours each with reference to cognitive-behavioral therapy. The meetings were structured with defined goals such as: to offer patients information using psychoeducation regarding etiological, cognitive, emotional, and social-cultural aspects involving obesity; to work on coping strategies to deal with compliance issues regarding diet therapy and other therapeutic approaches; and to identify and further the modification of dysfunctional thoughts and behaviors regarding eating habits and lifestyle. On the first and eighth meetings, the subjects had their weight measured and the SF-36 and Beck Anxiety and Depression Inventory were applied. The CG was evaluated at the same moment as the IG.

The data were encoded and typed into a database for statistical analyses using the SPSS software for *Windows* version 18.0. Descriptive analyses were carried out in order to characterize the

study's variables in terms of frequencies and percentages, averages and standard deviations or medians and, when relevant, interquartile ranges. The non-parametric Wilcoxon Rank Test and Mann-Whitney Test were also applied to compare averages for the individuals before and after the intervention and between groups, respectively.

RESULTS

Participants' Characteristics

A total number of 12 participants were attributed to the following groups: six people to the intervention group and six to the comparison group. In the IG, the average age was 53 years (SD = 14.38), 66.6% of the participants were married and 66.7% had completed high school. Regarding race, 66.7% self-declared as black, and 100% informed their household income was two to three minimum wages. In the CG, the average age was 45.9 years (SD = 14.11), 50% of the participants were single and 50% had completed high school. Regarding race, 50% self-declared as *pardo* Brazilians, and 83.3% informed their household income was below two minimum wages. The average BMI was 37.7 (SD = 6.38) for the IG, while it was 38.72 (SD = 4.61) for the CG. Systemic hypertension was the most frequently observed comorbidity in both groups (83.3% and 66.7% for IG and CG, respectively), followed by osteoarticular pathologies in the IG (66.7%) and diabetes mellitus in the CG (50.0%).

Regarding socio-demographic and clinical variables, both groups presented similar characteristics, without statistically significant differences between them. The obesity level in the IG and CG was evenly distributed with two subjects of each level in each group (obesity levels I, II, and III). The scores for anxiety and depression did not present statistically significant differences between groups, showing both started at the same point regarding the two variables. With respect to quality of life, differences were also not observed between the IG and the CG before the intervention (Table 1).

Table 1 Sociodemographic and clinical characteristics of the intervention and control groups before the intervention

VARIABLES	INTERVENTIO NGROUP	CONTROL GROUP	p-value
	n (%)	n (%)	
Age			
From 21 to 30 years	1 (16.7)	1 (16.7)	0.675
From 31 to 40 years	0	1 (16.7)	
From 41 to 50 years	1 (16.7)	2 (33.3)	
From 51 to 60 years	1 (16.6)	1 (16.7)	
Over 60 years	3 (50.0)	1 (16.6)	
Classification of obesity			
Class I obesity	2 (33.3)	2 (33.3)	1.000
Class II obesity	2 (33.3)	2 (33.3)	
Class III obesity	2 (33.4)	2 (33.4)	
Anxiety			
Minimal	5 (83.3)	4 (66.7)	0.514
Mild	0	0	
Moderate	1 (16.7)	1 (16.7)	
Severe	0	1 (16.7)	
Depression			
Minimal	3 (50.0)	2 (33.3)	0.766
Mild	2 (33.3)	2 (33.3)	
Moderate	1 (16.7)	2 (33.4)	
Severe	0	0	
Quality of Life Domains	Média Average (DP)	Average (DP)	
Functional Capacity	60.83 (27.09)	67.50 (19.94)	0.638
Physical Aspects	41.67 (40.82)	58.33 (46.55)	0.525
Pain	69.50 (28.42)	54.83 (23.31)	0.361
General Health State	68.67 (10.33)	56.67 (25.03)	0.303
Vitality	54.17 (13.57)	54.17 (18.55)	1.000

Social Aspects	70.83 (18.82)	83.33 (15.14)	0.234
Emotional Aspects	38.90 (32.79)	61.12 (49.07)	0.378
Mental Health	64.00 (15.59)	61.00 (38.15)	0.861

Evaluation of the groups after the intervention

After eight weeks, the intervention group presented a BMI reduction that decreased from a median of 37.48 (31.82-44.56) to a median of 36.66 (31.26-42.72), with $p=0.046$. The comparison group, however, showed no significant change, reaching medians of 37.44 (34.54-44.20) and 38.03 (34.50-44.06) at the first and second moments, respectively, with $p=1.00$. Regarding the obesity level rating, one participant in the IG changed from level II to level I during the intervention period, while in the CG all participants remained on the same obesity level.

Concerning total weight loss, the IG presented a median of 2.15 kg and the CG of 0.00 kg. When comparing both groups it was observed that the IG participants reached a more significant weight loss versus the CG participants ($p=0.041$), indicating the effectiveness of the intervention in reducing weight (Table 2).

	N	Medium(25-75)	p
Intervention Group	6	2.15 (1.42 – 3.27)	0.041
Control Group	6	0.00 (-0.77 – 0.20)	

No statistically significant difference was observed when the anxiety and depression levels between IG and CG were compared after eight weeks of intervention (Table 3). Similarly, no significant differences were identified between the two groups in regard to all quality of life domains (Table 4).

	Level	Intervention Group N = 6	Control Group N = 6	p
Anxiety	Minimal	6 (100.0)	5 (83.3)	0.296
	Moderate	0 (0.0)	1 (16.7)	
Depression	Minimal	6 (100.0)	4 (66.6)	0.301
	Mild	0 (0.0)	1 (16.7)	
	Moderate	0 (0.0)	1 (16.7)	

Table 4 Comparison between the groups perceptions about the quality life domain after intervention

		N	Medium (25-75)	p
Functional Capacity	Intervention Group	6	70.00 (28.75 – 82.50)	0.699
	Control Group	6	75.00 (43.75 – 85.00)	
Physical Aspects Limitations	Intervention Group	6	37.50 (0.00 – 81.25)	0.589
	Control Group	6	75.00 (0.00 – 100.00)	
Pain	Intervention Group	6	67.50 (41.00 – 100.00)	0.589
	Control Group	6	62.00 (40.75 – 72.00)	
General Health State	Intervention Group	6	67.00 (60.75 – 75.75)	0.394
	Control Group	6	58.50 (35.75 – 79.50)	
Vitality	Intervention Group	6	55.00 (42.50 – 63.75)	0.937
	Control Group	6	50.00 (38.75 – 70.00)	
Social Aspects	Intervention Group	6	62.50 (59.37 – 90.62)	0.240
	Control Group	6	81.25 (71.85 – 100.00)	
Social Aspects Limitations	Intervention Group	6	50.00 (0.00 – 66.70)	0.310
	Control Group	6	83.35 (0.00 – 100.00)	
Mental Health	Intervention Group	6	66.00 (54.00 – 77.00)	0.937
	Control Group	6	66.00 (22.50 – 100.00)	

DISCUSSION

When starting to discuss the study results it is important to point out that the context of the current study was carried out at a university outpatient clinic and the research counted with the participation of 12 obese women, divided into two groups: intervention group (IG) and comparison group (CG). Considering social demographic variables, the two items that stood out were: average age and comorbidities. The average age in the IG was 53 years, and in the CG, 45.9 years, indicating that the participants were in the adult phase of their life cycle. This phase is important, for it is the moment when obesity can impact laboral and productive activities.⁸⁻⁹⁻¹⁰ Systemic hypertension was the comorbidity presenting highest percentage in both groups, corroborating previous studies that indicate a strong association between obesity and the risk of developing systemic hypertension⁷⁻¹⁷.

The complexity involving obesity, related to its multifactorial etiology, chronicity, and to comorbidities such as hypertension, diabetes and osteoarticular diseases, result in great impact and serious health risks. Studies indicate that weight reduction improves the indexes and rates measured as comorbidities¹⁴. Treatment costs for obese individuals and the health consequences were estimated at 0.7% - 7.0% of the expenses with health throughout the world¹¹. Considering the data presented previously, the obese individual calls the health system to consider treatment alternatives with proper costs, that are efficient in reducing weight and in improving the associated comorbidities, including psychological aspects. The challenge for professionals that follow obese patients is to identify strategies that consider chronicity and the multifactorial etiology in search for lifestyle changes¹⁴⁻¹⁵.

The objective of this study was to evaluate the effect group sessions of cognitive-behavioral therapy (CBT) have in weight reduction and its possible impact on anxiety and depression symptoms, as well as in the perception of quality of life for women with obesity. Research results indicated the positive effect of an intervention model based on group BCT in reducing the weight of obese women¹².

BCT offers techniques and strategies to help obese individuals to work their belief systems and dysfunctional thoughts related to the disease. It consists of the identification of beliefs that interfere with dysfunctional thoughts, enabling their modification, followed by the modification of behaviors associated to obesity¹³. The multifactorial etiology, chronicity and lifestyle changes are aspects considered in group interventions based com BCT, for this psychological approach is based on the assumption that a thought modification causes changes to eating behaviors and, consequently, weight loss¹². Data in literature indicated that group interventions produce more results compared to individual psychotherapy, and although the BCT also occurs individually, it is well adjusted for group therapy, especially in the treatment of individuals with a chronic disease such as obesity¹²⁻¹⁴.

The weight loss of those who participated in the group intervention was significantly superior in relation to the comparison group, corroborating the findings in literature. In the study by Moscatiello et al.¹², patients presenting liver disease participated in 13 group BCT sessions, focused on losing weight. Since liver disease is strongly linked to overweight and obesity, BCT was associated to weight loss and normalization of liver enzymes, so the results were positive for the aspects mentioned. We can reflect on the importance of a low cost, non-pharmacological intervention, which can be replicated in the current context of public policies, because the treatment of obese individuals represents a high cost for health systems. This study by Ash et al.¹² also demonstrated that the intervention using BCT was effective in the weight loss of its participants, different from those who only had access to information leaflets.

In relation to the variables anxiety, depression and quality of life, these were not identified as significant differences between both groups after eight weeks. This result may be associated to the low frequency of anxiety and depression in the group studied, due to the fact the mentioned variables were not controlled when selecting the participants. Therefore, a second aspect to be considered is the fact the participants did not present high levels of anxiety and depression symptoms nor poor quality of life at the beginning of the study, different from the results found in literature¹⁴.

A hypothesis to explain these initial scores can be the effect of the cross curriculum follow-up (doctors, nurses, psychologists and dieticians) experienced by the participants. And, finally, the duration of the intervention, since eight weeks were not sufficient to affect the score of all three variables, which can be considered a limitation for this study.

In this sense, this study presents two limitations. The first is the lack of control over the variables anxiety, depression, and quality of life. The second is the inexistence of middle term measurements (3 and 6 months) after the intervention, to check if the weight loss was maintained. Additionally, we observed that data in literature about controlled studies covering this topic is scarce.

The conclusion reached was that group interventions based on BCT are efficient in reducing the weight of obese individuals and must be implemented in clinical practices following obese individuals. Future intervention studies using BCT in obese subjects might enter mid- and long-term measurements, focused in maintaining the lost weight and in the measurements of anxiety, depression, and quality of life.

REFERENCES

1. Silva MP da, Jorge Z, Domingues E, Lacera Nobre E, Chambel P, Castro J de. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep. 03]; 19:247-50. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/3/247-250.pdf>.
2. Mancini MC. Noções fundamentais diagnóstico e classificação da obesidade. In: Garrido Junior AB. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo, Atheneu; 2004. p. 1-7.
3. Benedetti C. De obeso a magro: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor; 2003. Capítulo 1. Obesidade: diagnóstico, etiologia e tratamento; p. 21-49.
4. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Critério de Classificação Econômica. Brasil 2008 [cited 2010 Apr. 03]. <http://www.anep.org.br/mural/anep/06-2007-cceb.htm>.
5. Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estud Psicol*. [Internet]. 2012. [cited 2013 May 02]; 17(1):153-160. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019.
6. Carvalho-Ferreira JP, Cipullo MAT, Caranti DA, Masquio DCL, Andrade-Silva SG, Pisani LP et al. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends Psychiatry Psychother*. [Internet]. 2012. [cited 2013 Dez. 10]; 34(4): 223-233. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400008&lng=en. DOI: 10.1590/S2237-60892012000400008.
7. Verdolin LD, Borner ARS, Guedes Júnior RO, Da Silva, TFC, Belmonte TSA. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *Sci Med (Porto Alegre)* [Internet]. 2012; [cited 2015 Jan. 24]; 22(1):15-22. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9918/7531>.
8. Vasconcelos PO, Costa Neto SB. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico*. 2008; 39(1):58-65.
9. Franques ARM, Ascencio RFR. Depressão e obesidade. In: Franques ARM, Loli MAS, organizadoras. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo, SP: Vetor; 2006. p. 125-135.
10. Magni Laura R., Ferrari Clarissa, Rossi Giuseppe, Staffieri Elena, Uberti Aldo, Lamonaca Dario et al. Superwellness Program: a cognitive-behavioral therapy-based group intervention to reduce weight gain in patients treated with antipsychotic drugs. *Rev. Bras. Psiquiatr*. [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Jan 24]; 39(3):244-251. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462017000300009&lng=en. Epub Mar 13, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1993>.

11. Segal A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A, Mancini MC. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca; 2002. p. 121-41.
12. Nissen L, Vieira L, Bozza L, Veiga L, Biscaia B, Pereira J, Picolo-Furlan L. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2012 Out 13; [Citado em 2018 Jan 24]; 7(24):184-190. <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/472>.
13. Luz Felipe Quinto da, Oliveira Margareth da Silva. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan. 24]; (40):159-173. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014&lng=pt.
14. Melo, Wilson Vieira, Bergmann, Claudilene, Neufeld, Carmem Beatriz, Machado, Paulo P. P., & Conceição, Eva. (2014). A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 10(2), 84-92. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140014>.
15. Brown A, Gouldstone A, Fox E, et al. Description and preliminary results from a structured specialist behavioural weight management group intervention: Specialist Lifestyle Management (SLiM) programme *BMJ Open* 2015; 5:e007217. doi:10.1136/bmjopen-2014-007217.
16. Ciconellirm, F. M. B; Santos, W; Meinão, I; Quaresma, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3).
17. Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
18. Hubert HB, Feinleib M, Mc Namara PT, Castell WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow up of participants of the Framingham Heart Study. *Circulation* [Internet]. 1983; [cited 2015 Jan. 29]; 67(5):968-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6219830>.