



Percepções de pacientes sobre a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para a obesidade

Patients' Perceptions on Group Cognitive Behavioral Therapy for Obesity

Roberta Bilibio Westphalen ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4511-2634>

Cristina Pilla Della Méa ²

 <https://orcid.org/0000-0002-8733-1560>

Vinicius Renato Thomé Ferreira ³

 <https://orcid.org/0000-0001-9786-7775>

^{1,2,3} Curso de Psicologia, Instituição Atitus Educação, Brasil

¹ ✉ robertawe@hotmail.com ² ✉ cristina.mea@atitus.edu.br ³ ✉ vinicius.ferreira@atitus.edu.br

Recibido: 15 de setembro de 2020. Aceitado: 17 de novembro de 2022.

Resumo. *Objetivo.* Analisar os *feedback* de indivíduos com diagnóstico de obesidade que realizaram 8 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG). *Método.* Participaram 13 pacientes com diagnóstico prévio de obesidade. O instrumento foi uma entrevista conduzida no último encontro da TCCG e, posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo de Bardin. *Resultados.* Foram organizadas quatro categorias: benefícios da participação da intervenção, emagrecimento e autoestima, melhora na qualidade da alimentação, melhora na saúde física e qualidade de vida. Além do emagrecimento, houve uma melhora na qualidade da alimentação, perda de peso, bem-estar e autoestima e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Além de sua aplicação no tratamento da obesidade, a TCCG pode ser uma abordagem promissora no tratamento de outros transtornos.

Palavras-chave. Obesidade, compulsão, Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo, *feedback*

Abstract. *Objective.* The aim of this study was to analyze the feedback of individuals with obesity diagnosis after 8 Group Cognitive-Behavioral Therapy (GCBT) sessions. *Method.* 13 patients with previous obesity diagnosis participated. The instrument was an interview conducted at the last meeting of the GCBT; subsequently, a Bardin's content analysis was carried out. *Results.* The obtained data was organized into four categories: benefits of participation in the intervention; weight loss and self-esteem; improvement in nutrition quality; and improvement in physical health and life quality. Beyond weight loss, there was an improvement in the quality of nutrition, weight loss, well-being, self-esteem, and, consequently, in the quality of life. Aside from its application in obesity treatment, GCBT can be a promising approach in the treatment of other disorders.

Keywords. Obesity, compulsion, Group Cognitive-Behavioral Therapy, feedback



Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo que traz prejuízos a saúde do indivíduo (Tavares et al., 2010). O excesso de peso ocorre normalmente por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o dispêndio energético (Almeida et al., 2012). O método mais utilizado para o diagnóstico de obesidade é o índice de massa corporal (IMC) que resulta do peso dividido pela altura ao quadrado (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2016; Melo et al., 2014). Os indivíduos com IMC superior a 30 são considerados obesos, sendo que estes se subdividem em: Obesidade moderada (grau I): IMC entre 30-34.9; Obesidade grave (grau II): IMC entre 35-39.9; Obesidade muito grave (grau III): IMC acima de 40 (ABESO, 2016; World Health Organization [WHO], 2020). Estima-se que no mundo mais de 650 milhões de pessoas apresentem obesidade, representando cerca de 13% da população, o que caracteriza uma importante questão de saúde pública por ser um fator de risco para doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, diabetes e câncer (WHO, 2020).

O aumento da incidência e prevalência da obesidade deve-se, principalmente, ao estilo de vida, consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, sedentarismo, redução de consumo de fibras (Duchesne, 2001). Nossa cultura capitalista desencadeia uma ingestão excessiva de alimentos calóricos como sanduíches, refrigerantes, chocolates, biscoitos e salgadinhos. Os relacionamentos sociais também são baseados na alimentação. Felicidade ou tristeza é motivo para comer (Souza et al., 2005).

Há um consenso na literatura de que a etiologia da obesidade é bastante complexa e multifatorial (Oliveira & Guimarães, 2018; Wanderley & Ferreira, 2010). As principais causas apontadas são: genética, fatores socioeconômicos, endócrinos, psiquiátricos e psicológicos, culturais e ambientais (Duchesne, 2001; Melo et al., 2014). Nota-se que, em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os bioló-

gicos relacionados ao estilo de vida, especialmente no que diz respeito a dieta e atividade física, com a incorporação do sedentarismo, configurando o denominado estilo de vida ocidental contemporâneo (Wanderley & Ferreira, 2010).

Pessoas com obesidade normalmente possuem elevada insatisfação corporal, baixa autoestima e uma auto crítica negativa (Castro et al., 2013). A imagem desfavorável despertada por indivíduos obesos provoca sofrimento e sérias dificuldades no âmbito social e ocupacional (Almeida et al., 2012). A sociedade discrimina e julga os corpos que fogem ao padrão imposto por ela. Indivíduos com diagnóstico de obesidade têm vergonha de si mesmos e sentem-se triste com comentários relacionados a sua aparência, impactando em sua saúde mental (Medeiro et al., 2021). A Lei 4328/16 garante à pessoa obesa tratamento médico, alimentação saudável, vida em condições de dignidade, inserção no mercado de trabalho, acesso à cultura e ao lazer, e repressão ao bullying por meio de campanhas educativas (Projeto de Lei n.º 4.328, 2016).

Variáveis ambientais influenciam o comportamento de comer e o de fazer exercícios, seja aumentando sua probabilidade, por meio de reforço, seja reduzindo-a por meio de punição ou extinção, (Skinner, 1953/2003), ou seja, se faz necessário avaliar este comportamento também como operante (Bueno & Nascimento, 2014). É possível que venha a ocorrer aumento nos casos de obesidade como um dos efeitos da pandemia de coronavírus como consequência do isolamento social (Sun et al., 2020; Wang et al., 2020), necessário para o controle do vírus, em virtude do aumento do consumo de calorias para aliviar o estresse (reforço negativo), para dar satisfação (reforço positivo) e pela redução da prática de exercícios (extinção) em virtude do fechamento de academias em função do isolamento social.

Diversos tratamentos estão disponíveis para obesidade, tais como: dietas, atividades físicas, psicoterapias e medicamentos (Castro et al., 2013). Dentre as psicoterapias, a Terapia Cognitivo-Com-

portamental (TCC) é apontada pelos estudos como sendo a abordagem mais eficaz para tratar esse tipo de problema (Almeida et al., 2015; Oliveira & Finger, 2016). A base do tratamento consiste na premissa de que, modificando os pensamentos do paciente, haverá, conseqüentemente, mudanças comportamentais. Na TCC, é trabalhado como o indivíduo interpreta os fatos em si e o quanto isto influencia em como ele se sente e se comporta. Nesta abordagem, intervenções cognitivas têm o objetivo de reestruturar pensamentos disfuncionais e intervenções comportamentais são usadas para mudar comportamentos inadequados (Beck, 2011).

Na TCC em casos de obesidade, o terapeuta auxilia o paciente a identificar seus padrões alimentares, bem como os fatores que os mantêm. Por meio da reestruturação cognitiva, parte-se do pressuposto que modificando o pensamento, o comportamento alimentar também será alterado e desta forma se dará a perda de peso (Beck, 2011; Neufeld et al., 2012). Identificar pensamentos automáticos relacionados a comida, distorções cognitivas, o paciente consegue comer mais devagar, apreciar a comida e persistir em uma dieta (Beck, 2021; Wilfley et al., 2011).

Compreender os processos cognitivos envolvidos no comportamento alimentar, gerar pensamentos alternativos, ajuda o paciente a não buscar o alimento como fonte de recompensa (Porto et al., 2020). Crenças disfuncionais como “se sou gordo, então não tenho condições de me controlar/não tenho valor/sou inferior” são comuns nesses pacientes (Abreu & Roso, 2003). O terapeuta deve auxiliar o paciente a acreditar na própria capacidade (crenças de autoeficácia) para que consiga atingir as metas com relação a saúde e peso (Ferreira et al., 2015).

Existem protocolos de TCC específicos para a obesidade (Cooper et al., 2009; White & Freeman, 2003) e para a redução de peso (Beck, 2011). No protocolo de Cooper et al. (2009), os pacientes podem esperar uma perda de 10 a 15% do seu peso inicial, com uma perda de 0.5 Kg a 1Kg por semana.

Já no protocolo de White e Freeman (2003), os autores propõem uma perda de 10% do peso inicial e enfatizam os benefícios físicos e psicológicos desta perda. Beck (2011) afirma que quando os indivíduos aprendem a pensar de forma diferente sobre a alimentação, passam a comer mais devagar, a apreciar o alimento e, com isso, persistem na dieta, obtendo bons resultados em termos de peso.

A terapia pode ser realizada na modalidade individual ou em grupo. A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) equipara-se com a da individual (Neufeld et al., 2017) e, dependendo da demanda, pode ser superior à desta última (Almeida et al., 2015; Renjilian et al., 2001). A TCCG propicia além da redução de peso corporal benefícios importantes em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimentos de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld et al., 2012).

Os grupos de TCC requerem uma homogeneidade de sua composição e objetivos, ou seja, levar em conta avaliação da demanda, metas, característica de cada participante, idade, escolaridade e cultura para que os membros obtenham um grau de pertencimento ao grupo (Neufeld, 2011; Neufeld et al., 2012). Outro é o fato de serem fechados, de maneira que, uma vez estabelecidos os integrantes, não é possível a entrada de novos membros. O contrato terapêutico reforça a importância do sigilo para o andamento do grupo e indica-se que o grupo deve ser pequeno, não excedendo 15 participantes (Neufeld, 2011; Neufeld et al., 2017; Rangé & Sousa, 2008).

A TCCG começa com o estabelecimento de um rapport entre os membros e o terapeuta, além do contrato de trabalho. Nesse momento já é possível utilizar a técnica da psicoeducação. Nos próximos encontros segue-se a estrutura básica da TCC, com a verificação semanal e do humor, revisão das tarefas de casa, objetivo da sessão e da tarefa, além do *feedback* final (Neufeld & Rangé, 2017). O tratamento deve conter estratégias de automonitoramento

e autocontrole, pesagem semanal, psicoeducação sobre o peso e alimentação, treino de habilidades de resolução de problemas, reestruturação cognitiva, estratégias comportamentais e de prevenção de recaída. Todo o processo deve ocorrer em até 12 sessões (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003).

Na estrutura da sessão e durante o tratamento, é realizado os *feedbacks* dos pacientes (Miller et al., 2015). Os *feedbacks* são sistemas que possibilitam recolher os dados em sessão com o paciente (Lambert & Shimokawa, 2011), permitindo que os psicoterapeutas acompanhem objetivamente e sessão-a-sessão o progresso de cada indivíduo, adaptando-se, quando necessário, ao tratamento em curso (Lambert, 2015; Lutz et al., 2015). Dessa forma, o *feedback* pode aumentar a probabilidade de sucesso da intervenção pela identificação dos pacientes que não estão se beneficiando da mesma (Duncan & Reese, 2015). O presente trabalho objetivou analisar qualitativamente os relatos dos participantes da TCCG com diagnóstico de obesidade sobre sua experiência de participar do grupo. Os relatos foram organizados em categorias e apresentam suas percepções sobre o tratamento conduzido.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo com análise de conteúdo para interpretações dos dados. O método qualitativo tem como objetivos verificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, descrições detalhadas de fenômenos e comportamentos, citações diretas de pessoas sobre suas experiências, gravações ou transcrições de entrevistas e discursos, dados com maior riqueza de detalhes e profundidade e interações entre indivíduos, grupos e organizações (Câmara, 2013). Os conteúdos são utilizados como fontes de informações e esclarecimentos, de acordo com o interesse do pesquisador (Sá-Silva et al., 2009).

Participantes

Os participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, foram convidados para com-

por o estudo pacientes que realizavam tratamento médico para obesidade em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade localizada no Norte do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão para intervenção foram: homens e mulheres, maiores de 18 anos, alfabetizados e que não estivessem frequentando outra intervenção para emagrecimento no momento. Excluíram-se os pacientes que não compareceram à primeira sessão. Assim, participaram da TCCG para emagrecimento 13 pacientes com diagnóstico de obesidade, conforme a Tabela 1.

A maioria dos pacientes (53.8%; $n = 7$) tinha diagnóstico de obesidade desde a adolescência com histórico de obesidade na família (92.3%; $n = 12$). Os problemas de saúde mais prevalentes foram hipertensão (69.2%; $n = 9$), refluxo gastroesofágico (38.4%; $n = 5$), seguidos de apneia do sono (30.7%; $n = 4$), colesterol e triglicérides altos (30.7%; $n = 4$) e esteatose hepática (30.7%; $n = 4$). A respeito do uso de medicação, a maioria fazia uso de psicofármacos (69.2%; $n = 9$). Ainda, a maior parte da amostra não praticava atividade física (84.6%; $n = 11$).

Instrumentos

As informações foram coletadas no final do último encontro (oitavo) por meio de uma entrevista semiestruturada que teve como questão norteadora a percepção dos participantes sobre a intervenção (TCCG para emagrecimento). A entrevista foi realizada e gravada (somente áudio) pela pesquisadora que realizou a intervenção. Os relatos foram transcritos na íntegra e, após foram selecionados os trechos onde os participantes avaliam os resultados do tratamento para serem categorizados e analisados.

Procedimentos

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE número 90966818.0.0000.5319. Os pacientes foram encaminhados para o grupo pela médica da UBS que lhes havia dado o diagnóstico de obesidade pre-

Tabela 1. Caracterização dos participantes da TCCG

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão
P1	42 anos	Masculino	Ensino Médio	Afastada do trabalho
P2	47 anos	Masculino	Ensino Fundamental	Aposentado
P3	30 anos	Feminino	Ensino Fundamental	Do lar
P4	24 anos	Feminino	Ensino Médio	Desempregada
P5	34 anos	Feminino	Ensino Médio	Diarista
P6	53 anos	Feminino	Ensino Fundamental	Do lar
P7	45 anos	Feminino	Ensino Médio	Secretária
P8	57 anos	Feminino	Ensino Fundamental	Do lar
P9	45 anos	Feminino	Ensino Fundamental	Cozinheira
P10	49 anos	Feminino	Ensino Médio	Do lar
P11	39 anos	Feminino	Ensino Médio	Do lar
P12	42 anos	Feminino	Ensino Fundamental	Comerciante
P13	54 anos	Masculino	Ensino Médio	Comerciante

viamente. Para compor o grupo, a pesquisadora entrou em contato com cada um dos pacientes indicados pela médica e realizou entrevista individual, em um consultório disponibilizado pela UBS. A entrevista foi realizada para verificar os critérios de inclusão, foi questionado sobre características sociodemográficas como idade, escolaridade, profissão, além de questões clínicas como doenças crônicas, histórico e tratamentos para obesidade e uso de medicações. Na ocasião, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por fim, foi informado a data e o horário de início da intervenção. O diagrama das etapas do estudo é apresentado na [Figura 1](#).

A TCCG realizada no estudo tem a configuração de um grupo terapêutico, foi composta por 8 encontros semanais de aproximadamente 90 minutos realizados em uma sala de atendimento da UBS. A entrevista para coleta dos dados foi realizada no último encontro, ou seja, na oitava sessão de TCCG para emagrecimento. A [Tabela 2](#) sintetiza o conteúdo das 8 sessões de TCCG para emagrecimento.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por [Bardin \(2011\)](#). Nesta técnica, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira ([Godoy, 1995](#)).

O método de análise de conteúdo de [Bardin \(2011\)](#) possui três etapas: na pré-análise, realiza-se a organização do material que será analisado posteriormente. Nessa etapa, demarca-se o que será devidamente analisado, hipóteses e objetivos (escolher os trechos que serão utilizados). A segunda fase é de exploração do conteúdo, onde visa analisar explorando o conteúdo, categorizando e classificando-o. Por fim, há o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesse último estágio,

Figura 1. Diagrama das etapas do estudo

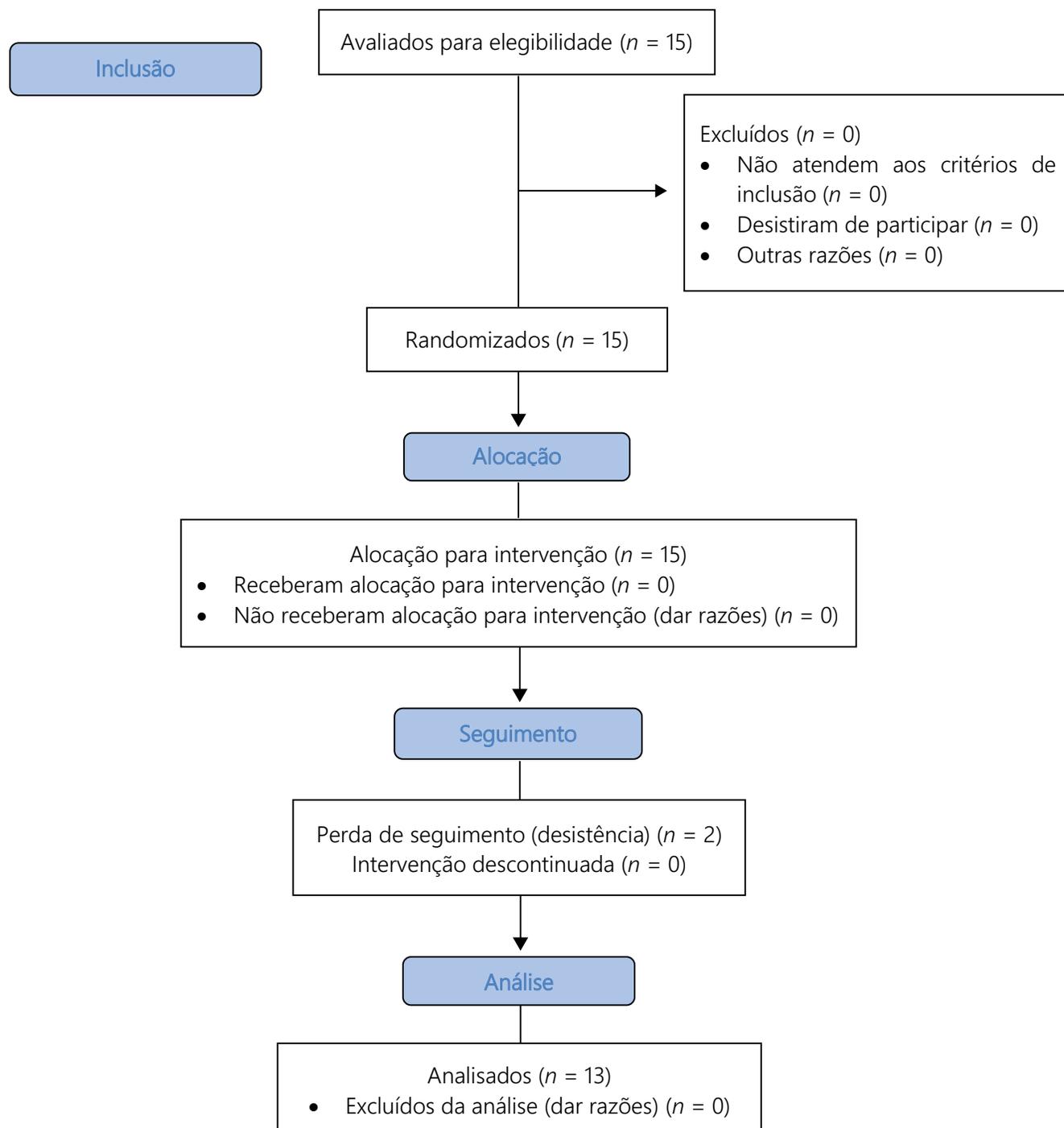


Tabela 2. Conteúdo das sessões de TCCG para emagrecimento

Sessão	Conteúdo
1	-Apresentação da pesquisadora. -Estabelecimento do rapport (Neufeld et al., 2017). -Descrição dos objetivos da atividade (Neufeld et al., 2017). -Apresentação dos participantes e verificação de objetivos e expectativas (Neufeld et al., 2017). -Criação de um grupo no WhatsApp. -Pesagem (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003). -Feedback (Neufeld et al., 2017).
2	Tema: planejamento alimentar (Beck, 2011). Participação de uma nutricionista.
3	Tema: motivação (Beck, 2011). Realização da lista de vantagens e desvantagens do processo do emagrecimento e dos cartões de respostas (Beck, 2011).
4	Pesagem (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003). Tema: psicoeducação sobre a obesidade (Beck, 2011). Participação de um médico especialista em cirurgia bariátrica.
5	Tema: planos, metas e planejamento (Beck, 2011). Participação de uma educadora física.
6	Tema: reestruturação cognitiva e resolução de problemas (Neufeld et al., 2014). Aprenda a lidar com a fome, vontade de comer e desejos incontrolláveis de comer; músculo de resistência; como administrar as emoções sem descontar na sua alimentação (Beck, 2011).

compila-se os dados separando que serão utilizados na análise e se faz o levantamento crítico do conteúdo. Inicialmente, foi realizada uma leitura fluente a fim de conhecer o material que foi coletado. Após, determinou-se por meio de recortes no texto o que seria utilizado, baseado nos trechos que continham a percepção dos participantes sobre a TCCG. A análise foi realizada por dois juízes, sendo uma delas psicóloga clínica, especialista em TCC e professora de graduação em Psicologia e outro, um professor e pesquisador de um Programa de Mestrado de

Psicologia. Por fim, destacou-se as informações que seriam utilizadas para a análise, oportunizando o levantamento crítico do conteúdo.

Resultados e discussão

A partir da análise de dados sobre a experiência de participar do grupo, foram organizadas quatro categorias: Benefícios da participação da intervenção, Emagrecimento e autoestima, Melhora na qualidade da alimentação e Melhora na saúde física e qualidade de vida.

Benefícios da participação da intervenção

A TCCG deve oportunizar que seus membros experimentem certo grau de pertencimento ao grupo, o que ocorre através da homogeneidade em sua composição e objetivos da intervenção. Sendo assim, nesse estudo, o objetivo dos participantes foi homogêneo:

P4: Para mim o grupo ajudou bastante. Eu não estava conseguindo sozinha daí quando comecei o grupo já senti que o incentivo foi bastante. Pode parecer egoísmo mas saber que as pessoas tem o mesmo problema, saber que a gente não está sozinha, a gente consegue melhor. Em grupo é melhor do que sozinha.

P2: O grupo foi um incentivo para emagrecer.

P3: Para mim o grupo foi ótimo, incentiva muito a gente, faz tu correr atrás não desistir. Se tu não tem o grupo para te ajudar, tu não consegue, tu faz um pouquinho e desiste e o grupo é um incentivo muito grande, muito bom mesmo.

P1: Para mim foi uma experiência nova, uma experiência boa.

P11: Eu nunca tinha participado de grupos assim, foi maravilhoso.

A eficácia da TCCG equipara-se com a abordagem individual em estudo com estudantes universitários diagnosticados com transtorno de ansiedade social (Bjornsson et al., 2011) e pacientes com diagnóstico de fobia social (Mörtberg et al., 2007) e, dependendo da demanda, pode ser superior à terapia individual (Renjilian et al., 2001). Para perda de peso

em sujeitos com obesidade, a intervenção grupal é a mais indicada devido as interações que ocorrem entre os membros do grupo e terapeutas (Neufeld et al., 2017). Na grande maioria das modalidades de TCCG ocorre um senso de identidade perante o grupo que faz com que os indivíduos gostem de participar (Neufeld et al., 2012). Além disso, todos são tratados igualmente, sem rótulos ou julgamentos, contribuindo ainda mais para a adesão no tratamento (Benedet & Almeida, 2017).

É comum os indivíduos procurarem ajuda acreditando que seus problemas são raros, no entanto, quando descobrem a universalidade dos seus sintomas e as estratégias de enfrentamento percebem que não estão lutando sozinhos (Neufeld et al., 2017). Esse senso de pertencimento gerado pode impulsionar a coesão grupal (Bieling et al., 2008). Para obesidade, os trabalhos em grupo servem como modelos para os outros em termos de mudança de comportamento (Neufeld et al., 2017).

A TCCG demonstra diversos benefícios, entre eles: o compartilhamento de experiências, a colaboração com o apoio, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamentos e habilidades interpessoais, o autoconhecimento e o alívio das emoções. A valorização das experiências de cada participante traz maior segurança para eles receberem informações e aceitarem as mudanças de pensamento e comportamento propostas (Neufeld et al., 2017; Voltolini & Silva, 2019).

Emagrecimento e autoestima

Durante o processo do grupo, foi possível identificar relatos de melhora da autoestima dos participantes. Percebeu-se também, que durante a intervenção as pacientes mulheres passaram a se arrumar e se cuidar mais:

- P1: O grupo me ajudou bastante essa questão psicológica de autoconfiança, melhorar a autoestima.
- P2: Emagreci e ainda vou emagrecer mais ainda para não precisar fazer a cirurgia bariátrica.
- P5: Diminuí bastante a quantidade que eu comia.
- P6: Emagreci seis quilos e se eu não estivesse

aqui não teria emagrecido isso. Aprendi a lidar mais com a ansiedade, eu penso mais antes eu agia muito por impulso.

P7: Antes nem batom eu passava. Nem me olhava no espelho, tanto que tenho um espelho só na minha casa. Agora eu paro na frente do espelho, me olho, vejo como eu estou, me arrumo, me perfumeio, me ajeito, coisa que eu não fazia mais.

P10: Melhorou minha autoestima, me encontrei.

P11: Eu antes fazia dieta uma semana e desistia, nunca consegui fazer mais do que 30 dias e hoje fecha 44 dias e perdi 4 quilos, quero continuar até o meu objetivo, não quero parar.

A literatura aponta que a TCCG para obesidade reduz peso, modificando o Índice de Massa Corporal dos participantes (Ferrari et al., 2017; Lüdtke et al., 2018; Neufeld et al., 2012). A TCCG proporciona aos pacientes aprenderem a monitorar e modificar seus pensamentos disfuncionais, oportunizando que sintam-se melhores emocionalmente e, conseqüentemente, se comportem de maneira mais produtiva na busca de seus objetivos. As técnicas cognitivas e comportamentais também auxiliam na modificação que os participantes da intervenção estabelecem com a comida (Beck, 2011).

A obesidade diminui a autoestima dos indivíduos (Duchesne, 2001). O conceito de autoestima se caracteriza pela forma como os indivíduos aceitam a si mesmos, valorizam o outro e projetam suas expectativas. A autoestima é um importante indicador da saúde mental, pois tem influência de condições afetivas, sociais e psicológicas dos indivíduos (Bednar & Peterson, 1995; Sánchez & Barrón, 2003). Pessoas gravemente obesas são alvos de discriminação e preconceito em razão de sua aparência. Os pacientes obesos internalizam esses sentimentos e, com isso, podem se culpar, ter alterações em seu estado de humor e sentimento negativo com relação a si próprio. Além disso, existe uma elevada incidência de estados de tristeza, sintomas de ansiedade e depressivos, devido à discriminação. Pessoas obesas, geralmente, passam a ter uma autocrítica negativa por considerarem que

a sociedade os coloca em uma categoria inaceitável, isso faz com que muitas vezes eles não sigam o tratamento (Castro et al., 2013).

O sofrimento psicológico da pessoa com obesidade é decorrente dos estigmas sociais e de valores ligados à cultura atual que considera o corpo gordo feio e inaceitável. Ter excesso de peso significa estar fora dos padrões de beleza (Macedo et al., 2015). A mídia é, em grande parte, responsável pela ideia de que o corpo ideal é o corpo magro, trazendo, assim, ainda mais prejuízos para o indivíduo com obesidade (Almeida et al., 2012). Muitos sentimentos são envolvidos nesta interface da aparência corporal, em destaque a insatisfação, a depreciação, a distorção e a preocupação com a imagem do corpo apresentada à sociedade (Macedo et al., 2015).

Melhora na qualidade da alimentação

Os participantes do grupo relataram uma melhora na qualidade da alimentação. As técnicas de TCC os ensinaram a seguir uma dieta nutritiva e a aprimoraram seus hábitos alimentares:

P5: Aprendi a me alimentar diferente do que me alimentava, aprendi várias coisas que eu não sabia a respeito da alimentação, diminui bastante a quantidade que eu comia e o tempo que eu levava para comer, então mudou bastante para mim.

P7: Eu aprendi bastante a me alimentar, coisa que eu não comia antes agora faz parte do meu cardápio.

P12: A alimentação estou fazendo certinha e aquela ansiedade que eu tinha passou.

P11: Aprendi a comer. Eu não mastigava, comia ligeiro porque tinha que voltar a trabalhar e agora aprendi que tenho que mastigar, comer bastante salada verde.

P8: Aprendi mais ainda a cuidar da alimentação.

O comportamento alimentar envolve a forma como o indivíduo se relaciona com o alimento e o ato de comer se interliga com valores culturais (Carvalho et al., 2013). Algumas das alterações do comportamento alimentar são: alimentação emo-

cional, desinibição alimentar e restrição cognitiva (Jáuregui-Lobera et al., 2014; Karlsson et al., 2000).

A alimentação emocional caracteriza-se por um descontrole alimentar, que em função de estímulos emocionais, principalmente negativos, o indivíduo acaba escolhendo alimentos mais calóricos, com ou sem a presença de fome ou necessidade orgânica, podendo resultar em obesidade (Figueiredo et al., 2014; Werneck & Oliveira, 2021). Estudos verificaram a associação de alimentação emocional e sintomas de ansiedade e depressivos (Goossens et al., 2009; Wehling & Lusher, 2019).

O outro fator que contribui para a obesidade é a desinibição alimentar que consiste em sensibilidade reduzida às pistas internas para a saciedade, ou seja, o indivíduo consome alimentos em excesso em situações há prejuízo no controle cognitivo. Esses indivíduos têm maior probabilidade de episódios de compulsão alimentar (Alberts et al., 2012). A restrição cognitiva é caracterizada pela tendência de controlar o consumo alimentar para impedir o ganho de peso corporal, parando de comer antes de o organismo estar completamente saciado (Dovey, 2010). A restrição pode ter um efeito “rebote”, resultando em compulsão alimentar (Bernardi et al., 2005).

Considera-se alimentação saudável uma dieta composta de proteínas, carboidratos, lipídios, fibras, vitaminas e minerais (Vicente et al., 2018). Para isto, necessita-se de uma dieta variada, que tenha todos os tipos de alimentos, sem abusos e também sem exclusões. Assim, para uma pessoa suprir suas necessidades nutricionais é necessário haver a combinação de vários alimentos, pois alguns nutrientes estão concentrados mais em um determinado grupo de alimentos do que em outro (Sichieri et al., 2000). A participação da nutricionista em um dos encontros do grupo foi fundamental para a aprendizagem do que comer e de como comer melhor. A TCC é reconhecida por, através da psicoeducação, auxiliar os pacientes no aprendizado de novos pensamentos e comportamentos. Quanto mais informada, mais a pessoa estará pronta para participar ativamente do processo (Carvalho et al., 2019). A

nutricionista também elaborou um cardápio com diversas opções para os participantes.

O estabelecimento de uma nutrição saudável proporciona um ótimo nível de saúde. Com o aumento da obesidade, são importantes as orientações visando a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (Sichieri et al., 2000). Atualmente, está amplamente difundida a relação entre hábitos alimentares de um indivíduo com seu estado de saúde. Esta relação pode ser avaliada através do tipo de alimento em si ou por grupos alimentares; por seus componentes (nutrientes) ou ainda por padrões alimentares (Moreira et al., 2015).

Melhora na saúde física e qualidade de vida

Os participantes desta pesquisa relataram um aumento no bem-estar e na qualidade de vida durante o processo terapêutico:

P2: Eu estou me sentindo muito bem, antes eu fazia qualquer coisa e não conseguia mais levantar, hoje levanto tranquilo, caminho tranquilo.

P4: Eu estou conseguindo dormir melhor, respirar melhor até para caminhar melhorou.

P6: Notei que eu estou mais ativa, estou conseguindo acordar mais cedo pela manhã, fazer minhas atividades do dia a dia com mais vontade porque eu estava muito sedentária, muito parada, com muito sono, muita preguiça, muito desanimada.

P11: Não conseguia nem amarrar meus tênis, isso é muito humilhante.

P12: Estou fazendo atividade física quase todos os dias.

O emagrecimento melhora o bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos pacientes (Lima & Oliveira, 2016; Neufeld et al., 2012). A participação de uma educadora física em um dos encontros serviu para demonstrar a importância de se exercitar. Na ocasião, ela demonstrou formas alternativas de exercícios físicos que pudessem ser realizados em casa, sem custos.

A atividade física impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo (WHO, 2020). Existe

um número cada vez maior de estudos e documentos que comprovam e relatam os benefícios da aptidão física para a saúde (Araújo & Araújo, 2000). Entre os benefícios que o exercício físico promove estão a melhora cardiorrespiratória, da composição corporal, do bem-estar psicossocial, entre outros (Paes et al., 2015).

A obesidade tem significativo impacto na saúde, bem-estar psicológico, longevidade e na qualidade de vida (Kolotkin et al., 2001). Do ponto de vista físico, a obesidade associa-se não só ao aumento da prevalência de algumas doenças, mas também a um aumento dos níveis de dor e dores crônicas, em alguns casos (Silva et al., 2006). O impacto na realização das atividades do cotidiano e as sensações incômodas e dolorosas como cansaço e dores no corpo são frequentes nessa população. É comum os indivíduos obesos relatarem limitações vivenciadas pelo excesso de peso e alguns ganhos quando conseguem perder peso (Santos, 2010).

Em conclusão, os resultados deste estudo mostraram que o uso da TCCG em casos de obesidade constitui uma forma viável de tratamento, pois além da perda de peso, as experiências de cada participante possibilitaram a coesão grupal, facilitando a adesão a intervenção. Os participantes relataram que o grupo proporcionou aumento da autoestima e no bem-estar, facilitou a redução de peso, melhorou a qualidade da alimentação, da saúde física e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Sendo assim, os achados encontrados neste grupo específico mostraram resultados positivos da TCCG para emagrecimento.

Após a intervenção percebeu-se que o fato de os participantes terem o mesmo objetivo e sentirem-se pertencendo ao grupo auxiliou na troca de experiência e em manterem a meta de perder peso. Durante o período que participaram da TCCG, houve melhora nos hábitos alimentares, incentivo a atividade física, perda de peso, melhora da autoestima e, conseqüentemente aumento no bem-estar e na qualidade de vida dos participantes. Essa abordagem é pouco frequente no Brasil, podendo

ser promissor o uso da TCCG em outros quadros clínicos. Essa intervenção teve auxílio de uma médica da UBS na captação dos pacientes. O trabalho multidisciplinar pode ser um facilitador para compor um grupo de TCC.

A entrevista para coleta de dados foi realizada pelo pesquisador que realizou a intervenção (TCCG para emagrecimento), o que é um limitador dessa pesquisa. O estudo focou na análise das percepções dos participantes sobre a TCCG, levantando suas opiniões sobre o processo e os resultados alcançados com o grupo. Contudo, não foi feito cruzamento de informações sobre estas percepções e a efetiva redução de peso ou a qualidade de vida. Estudos futuros que analisem estas associações poderão indicar se os relatos subjetivos estão associados a mudanças objetivas nestes parâmetros.

Referências

- Abreu, C. N., & Roso, M. (2003). *Psicoterapias cognitiva e construtivista, novas fronteiras da prática clínica*. Artmed.
- Alberts, H. J., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Almeida, C., Martins, E. M., & Alarcon, R. T. (2015). Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 32-41. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150005>
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 153-160. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>
- Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5), 194-203. <https://doi.org/10.1590/s1517-86922000000500005>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade* (4th ed.). ABESO. <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Beck, J. S. (2011). *Pense magro por toda a vida* (M. Veronese, Trad.). Artmed.
- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental teoria e prática* (3rd ed.). Artmed.
- Bednar, R., & Peterson, S. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and Innovation in Clinical Theory and Practice* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Benedet, D. M., & Almeida, M. P. P. M. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo infantil de manejo de ansiedade: análise de resultados na redução dos sintomas de estresse* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Sul de Santa Catarina]. Repositório Universitário da Ânima (RUNA). <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10462>
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Artmed.
- Bjornsson, A. S., Bidwell, L. C., Brosse, A. L., Carey, G., Hauser, M., Seghete, K. L. M., Schulz-Heik, R.

- J., Weatherley, D., Erwin, B. A., & Craighead, W. E. (2011). Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 28*(11), 1034-1042. <https://doi.org/10.1002/da.20877>
- Bueno, L. N., & Nascimento, N. A. (2014). Transtornos alimentares sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas, 24*(6), 37-48. <http://doi.org/10.18224/frag.v24i0.3563>
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia, 6*(2), 179-191. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Carvalho, M. R., Malagris, L. M. N., & Rangé, B. P. (2019). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Sinopsys.
- Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D., & Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 62*(2), 108-114. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200003>
- Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., & Ferreira, M. E. C. (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motricidade, 9*(3), 87-100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273028912010>
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental da obesidade: Manual do terapeuta*. Roca.
- Dovey, T. M. (2010). *Eating behaviour*. Open University Press.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 3*(2), 19-24. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200003
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): Revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy, 52*(4), 391-401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Ferrari, G. D., Azevedo, M., Medeiros, L., Neufeld, C. B., Ribeiro, R. P. P., Rangé, B. P., & Bueno Júnior, C. R. (2017). A multidisciplinary weight-loss program: The importance of psychological group therapy. *Motriz: Revista de Educação Física, 23*(1), 47-52. <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201700010007>
- Ferreira, M. S. G., Bakos, D. S., & Habigzang, L. F. (2015). A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. *Aletheia, 46*, 202-210. <https://doi.org/10.29327/226091>
- Figueiredo, M. D., Cunha, D. R., Araújo, A. I. G., Santos, C. M. C., Suplicy, H. L., Boguszewski, C. L., & Radominski, R. B. (2014). Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, 3*(3), 43-54. <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/6>
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas, 35*(3), 20-29. <https://doi.org/10.1590/s0034-75901995000300004>
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association, 17*(1), 68-78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>

- Jáuregui-Lobera, I., García-Cruz, P., Carbonero-Carreño, R., Magallares, A., & Ruiz-Prieto, I. (2014). Psychometric properties of Spanish version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Tfeq-Sp) and its relationship with some eating- and body image-related variables. *Nutrients*, *6*(12), 5619-5635. <https://doi.org/10.3390/nu6125619>
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Association for the Study of Obesity*, *24*(12), 1715-1725. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801442>
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D., & Williams, G. R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, *9*(2), 102-111. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.13>
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, *52*(4), 381-390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, *48*(1), 203-223. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0010>
- Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, *24*(1), 1-14. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6465>
- Lüdtke, L., Silva, B. M. B., Peuker, A. C. W. B., & Garcia, E. L. (2018). Obesidade, depressão e estresse: relato de uma intervenção multidisciplinar em grupo com adolescentes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, *1*(4), 256-266. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i4.13078>
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, *25*(6), 625-632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery de Enfermagem*, *19*(3), 505-510. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150067>
- Medeiro, S. A., França, L. H. F. P., & Menezes, I. V. (2021). Motivos psicossociais para cirurgia bariátrica em adultos jovens e mais velhos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *41*, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>
- Melo, W. V., Bergmann, C., Neufeld, C. B., Machado, P. P., & Conceição, E. (2014). A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(2), 84-92. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140014>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*, *52*(4), 449-457. <https://doi.org/10.1037/pst0000031>
- Moreira, P. R. S., Rocha, N. P., Milagres, L. C., & Novaes, J. F. (2015). Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(12), 3907-3923. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.18352015>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., & Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(2), 142-154. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>

- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. Em B. P. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2nd ed., pp. 737-750). Artmed.
- Neufeld, C. B., Affonso, G., & Moreno, A. L. (2014). PRO-META: Programa cognitivo-comportamental de educação alimentar em grupo. Em C. B. Neufeld (Ed.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 44-79). Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Maltoni, J., Ivatiuk, A. L., & Rangé, B. P. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. Em C. B. Neufeld & B. P. Rangé (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* (pp. 33-53). Artmed.
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93-100. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11103>
- Neufeld, C. B., & Rangé, B. P. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. Artmed.
- Oliveira, M. S., & Finger, I. R. (2016). *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*. Sinopsys.
- Oliveira, M. I. S., & Guimarães, T. B. L. (2018). A TCC no manejo clínico com pacientes que apresentam obesidade ou dificuldades para emagrecer. Em N. G. de Araújo, J. P. Rubio, & M. I. S. de Oliveira (Eds.), *Avaliação e Intervenção na Clínica em Terapia Cognitiva-Comportamental* (pp. 421-443). Sinopsys.
- Paes, S. T., Marins, J. C. B., & Andreazzi, A. E. (2015). Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.11.002>
- Porto, A. P., Rabelo, L. N., Gomes, E. P., Nascimento, E. B., Lima, A. L., & Sousa, J. C. (2020). Terapia cognitivo comportamental em grupo de obesidade e sobrepeso. *Diaphora*, 9(2), 71-78. <https://doi.org/10.29327/217869.9.3-11>
- Projeto de Lei nº 4.328: Pronta para Pautana Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), 04 de fevereiro de 2016. (Brasil). <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2076868>
- Randomile, R. R. (2003). Obesidade. Em J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a população e problemas específicos* (pp. 109-136). Roca.
- Rangé, B. P., & Sousa, C. R. (2008). Terapia cognitiva. Em A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3rd ed., pp. 263-284). Artmed.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717-721. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.717>
- Sánchez, E., & Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 3-11. <https://doi.org/10.1017/s1138741600005163>
- Santos, P. L. S. (2010). *Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7793>
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, 1(1), 1-15. <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/0>

- Sichieri, R., Coitinho, D. C., Monteiro, J. B., & Coutinho, W. F. (2000). Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 44(3), 227-232. <https://doi.org/10.1590/s0004-27302000000300007>
- Silva, M. P., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P., & Castro, J. J. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 247-250. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/926/599>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11th ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Souza, J. M. B., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Almondes, K. M., & Silva, N. G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 59-67. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872005000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan, B. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*, 92(6), 548-551. <https://doi.org/10.1002/jmv.25722>
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>
- Vicente, I. A. M. P., Silva, M. R., Oliveira, G. A. L., Santos, G. G., Ribeiro, M. L. R., & Horst, M. A. (2018). Educação continuada de adultos: noções de alimentação saudável e manipulação de alimentos. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 9(1), 17-25. <https://doi.org/10.24317/2358-0399.2018v9i1.6799>
- Voltolini, G. G. O., & Silva, E. (2019). Tratamento grupal da obesidade em mulheres através da terapia Cognitivo-Comportamental. *Cadernos Zygmunt Bauman*, 9(20), 143-155. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/bauman/article/view/10943/6774>
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., & Qin, Q. (2020). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. *Journal of Medical Virology*, 92(6), 568-576. <https://doi.org/10.1002/jmv.25748>
- Wehling, H., & Lusher, J. M. (2019). Cognitive and emotional influences on eating behaviour: A qualitative perspective. *Nutrition and Metabolic Insights*, 12(11), 786-838. <https://doi.org/10.1177%2F1178638819855936>
- Werneck, G. P., & Oliveira, D. R. (2021). Autoestima e estereótipos do comer emocional. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 117-130. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1157>
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P., & Kass, A. E. (2011). Cognitive behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 271-285. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.002>
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (M. Armando, Trad.). Roca.
- World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Worldwide%20obesity%20has%20nearly%20tripled,years%20and%20older%20were%20overweight.&text=39%25%20of%20adults%20aged%2018,kills%20more%20people%20than%20underweight>