

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

RILVANE HELENA DE QUEIROZ SANTOS

GUIA PRÁTICO PARA TRATAMENTO DE
OBESIDADE BASEADO NA TERAPIA COGNITIVO -
COMPORTAMENTAL

PATOS DE MINAS
2014

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

RILVANE HELENA DE QUEIROZ SANTOS

**GUIA PRÁTICO PARA TRATAMENTO DE
OBESIDADE BASEADO NA TERAPIA COGNITIVO -
COMPORTAMENTAL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Ms. Eduardo Antonio Moreira

PATOS DE MINAS
2014

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

RILVANE HELENA DE QUEIROZ SANTOS

**GUIA PRÁTICO PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE
BASEADO NA TERAPIA COGNITIVO –
COMPORTAMENTAL**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 03 de
Outubro de 2014.

Orientador: Prof. Ms. Eduardo Antonio Moreira
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof^a Sara Cristina de Assunção Melo Nascimento
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Ms. Gilmar Antoniassi Junior.
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho aos meus filhos, João Victor e Maria Vitoria, que enfrentaram com muita nobreza todas as minhas ausências.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar minha gratidão a DEUS, que me concedeu a dádiva de viver e que esteve e está comigo em todos os momentos.

Aos meus pais, Jayro (*in memoriam*) e Rachel, que contribuíram com seus bons exemplos para a formação da minha personalidade e por plantarem em mim sementes de alegria, amor, humildade, determinação e a confiança de que eu poderia ser cada vez melhor.

Ao meu esposo Elder, cuja paciência, companheirismo e incentivo tornaram possível me formar Psicóloga. Sou grata a você por ter feito do 'meu' sonho, o 'nosso' sonho.

Aos meus filhos, João Victor e Maria Vitoria; que compreenderam e perdoaram a minha ausência e que torceram por mim em cada etapa.

A toda a minha família que querem o meu bem e me valorizam como pessoa, em especial aos Tios Wander e Elaine, que sempre me mimam com seu carinho.

A todos os meus professores, a quem abraço e agradeço de maneira especial na pessoa de meu orientador Prof. Ms. Eduardo Antonio Moreira pelo carinho e dedicação, além de extremo profissionalismo.

Ao Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior, coordenador do curso de Psicologia da FPM – Faculdade Patos de Minas, pela louvável condução de tão importante tarefa.

Aos meus colegas que me acompanharam e estiveram juntos comigo todos esses anos, demonstrando companheirismo e amizade, em especial à D. Esmeralda, que considero pelo exemplo de coragem e de determinação.

E, por fim, mas não menos importante, a todos os meus amigos, pois, cada um deles teve uma participação, ao seu modo, para a concretização dessa vitória!

O pessimista queixa-se do vento. O otimista espera que ele mude. O realista ajusta as velas.

William George Ward

**GUIA PRÁTICO PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE
BASEADO NA TERAPIA COGNITIVO –
COMPORTAMENTAL
PRACTICAL GUIDE FOR TREATMENT OF OBESITY IN
THERAPY BASED COGNITIVE - BEHAVIORAL**

Rilvane Helena de Queiroz Santos¹

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Prof. Ms. Eduardo Antonio Moreira²

Mestre em Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

RESUMO

A obesidade tornou-se uma doença crônica que precisa ser combatida no Brasil e no mundo. Considera-se, a partir disso, que todas as técnicas para o seu enfrentamento resultam em benefícios individuais e sociais. Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo construir um guia prático que contribuísse para o tratamento desta doença tendo como base a Teoria cognitivo-comportamental. Para sua realização utilizou-se como metodologia de uma pesquisa bibliográfica de natureza descritiva e caráter exploratório. Esta pesquisa demonstrou, como resultado final, que o emagrecimento é um processo que pode ser facilitado a partir da transição das crenças e dos pensamentos negativos que contribuirão não somente para a perda, mas, sobretudo para a manutenção do peso dos pacientes.

Palavras-chave: Obesidade. Emagrecimento. Manutenção do peso. Teoria cognitivo-comportamental.

¹ Orientanda

² Professor Orientador. Docente do DPGPS/FPM

ABSTRACT

Obesity has become a chronic disease that needs to be fought in Brazil and worldwide. It is considered, from this, that all the techniques for solving them result in individual and social benefits. Thus, this work aimed to construct a practical guide to contribute to this disease based on cognitive-behavioral theory. For its realization methodology was used as a literature research of a descriptive and exploratory. This research has demonstrated, as a final result, that weight loss is a process that can be facilitated from the transition of beliefs and negative thoughts that contribute not only to the loss, but mainly for weight maintenance patients.

Keywords: Obesity. Slimming. Weight maintenance. Cognitive-behavioral theory.

INTRODUÇÃO

Segundo Ronque et al. (2005), o controle da obesidade tem sido, sobretudo ao longo das duas últimas décadas, um dos maiores desafios de pesquisadores e profissionais da área de saúde, uma vez que o sobrepeso está associado ao desenvolvimento ou agravamento de inúmeras disfunções metabólicas, tais como cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, entre outras.

Embora muitos recursos financeiros venham sendo investidos em pesquisas e campanhas de conscientização da população para a prevenção e controle da obesidade, as perspectivas não são nada promissoras, visto que a epidemia da obesidade tem crescido assustadoramente em diferentes populações. De acordo com Gontois (2012 apud ELIAS, 2013, p. 23), no Brasil o custo anual com internações e tratamentos relacionados à doença na rede pública é de aproximadamente R\$ 488 milhões.

Dentro deste contexto a Psicologia passou a ser vista como uma aliada para o controle da obesidade, através da criação e implementação de programas que ensinam as habilidades necessárias para que seja possível emagrecer e se manter magro. Estes programas estão embasadas nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que é hoje uma das mais conhecidas psicoterapias praticadas ao redor do mundo (BECK, 2009).

Ressalte-se que, se em algum momento da história o obeso já foi tido como próspero e saudável, mas, atualmente a correlação entre obesidade, complicações orgânicas e mortalidade conferiu a este indivíduo o status de doente e, à obesidade, o de doença que precisa ser tratada (BENEDITTI, 2011 apud PINTO, 2011, p. 22).

Com o objetivo principal de compor um guia de auxílio ao tratamento da obesidade baseado na terapia cognitivo-comportamental, esse trabalho fundou-se em um estudo da literatura pertinente.

Sendo assim torna-se necessária a criação de procedimentos visando à prevenção e ao tratamento da obesidade. Neste contexto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem se mostrando um instrumento poderoso no manejo da obesidade (BECK, 2009). Assim o objetivo deste trabalho foi o de descrever um guia baseado na terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da obesidade. A relevância deste estudo encontra-se no fato de que guias psicoterapêuticos que auxiliem no controle da obesidade podem ajudar a contenção e tratamento da mesma.

METODOLOGIA

Segundo Rampazzo (2005, p. 53) “[...] toda pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica.” Esse é o tipo de pesquisa que se faz a partir de material já elaborado por diferentes autores, a partir da análise de livros e artigos científicos já publicados (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Considerando-se o objetivo da pesquisa, esta tem natureza descritiva, uma vez que foi orientada para a elaboração de um guia. De acordo com Rampazzo (2005), a pesquisa descritiva tem por objetivo básico descrever as características de determinado fenômeno e estabelecer possíveis relações entre variáveis. Segundo este autor, a pesquisa descritiva é aquela que “[...] observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los; estuda fatos e fenômenos do mundo físico e, especialmente do mundo humano, sem a interferência do pesquisador.” (p. 53).

Trata-se também de um estudo de caráter exploratório, pois, conforme Reis (2008) este tipo de pesquisa permite que o investigador aprofunde os conceitos preliminares de um determinado tema, identificando novos aspectos sobre ele.

A coleta de dados sustentou-se em artigos científicos que focam na temática da obesidade e da Terapia Cognitivo-Comportamental obtidos através de bases de dados tais como a Scielo, Bireme e Pubmed, além de dissertações, monografias e teses disponíveis em sites de Instituições de Ensino Superior que versavam sobre o tema.

O recorte temporal foi o de publicações do ano de 2005 a 2013 por se considerar de grande relevância a análise de artigos atuais, bem como pela necessidade de se avaliar a evolução alcançada pelo tema nos últimos anos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obesidade

A obesidade, uma doença crônica não-transmissível (DCNT), pode ser considerada de forma simplificada como sendo o acúmulo de excesso de peso, de forma que comprometa à saúde do indivíduo (PINHEIRO, et.al., 2004; PINTO, 2011). Porém, pela sua relevância enquanto epidemia mundial, essa definição não se aplica à realidade, uma vez que ela é frequentemente associada a inúmeras disfunções metabólicas, tais como cardiopatias, diabetes, hipertensão artéria, entre outras (RONQUE et al., 2005).

Segundo Elias (2013) a origem da obesidade é multifatorial, pois está ligada a aspectos genéticos, metabólicos, fisiológicos, emocionais e psicológicos. Significa dizer que ela pode ser decorrente das interações e influências ambientais, bem como ter origem familiar, psicológica ou sociocultural. Nesse sentido, e por sua complexidade, Cataneo et al. (2005) sustentam que ela deve ser analisada a partir de uma abordagem multidisciplinar.

A Associação Brasileira de Estudos Sobre a Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) corrobora com o exposto ao retratar que a obesidade foi,

por muito tempo, considerada como uma manifestação somática, ou seja, como se houvesse implícito, nela, um conflito psicológico. Assim, embora esta associação ressalte que a obesidade não venha a ser classificada como transtorno psiquiátrico, destaca em suas Diretrizes Brasileiras de Obesidade que esta requer uma avaliação levando-se em conta fatores importantes, tais como o genético e o histórico familiar de obesidade mórbida; social e cultural, metabólicos, sedentarismo e, sobretudo, os psicológicos. Sugere, ainda, a possibilidade de uma relação forte entre a obesidade e o estresse, que pode ser observado no indivíduo em forma de ansiedade, depressão, nervosismo e no desequilíbrio visto no hábito alimentar.

A obesidade causa importantes impactos no indivíduo, independente do gênero, da raça ou da idade e que podem ser observados na saúde, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida do indivíduo (TAVARES, et.al., 2010).

Amaral e Pereira (2008, p. 311) relatam que os referidos impactos podem ser quantificados a partir da influência “na qualidade de vida, no recurso aos serviços de saúde, no absentismo escolar, na limitação nas atividades de vida diária, nomeadamente na prática de desporto e alterações nas relações interpessoais”, sem deixar de considerar, também, aspectos como a marginalização, a depressão e o isolamento. Ainda segundo estes autores, ao nível da família, as repercussões podem se traduzir no absentismo profissional, nas alterações dos estilos de vida e na necessidade de acompanhamento dos familiares.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2013), o aumento da prevalência de obesidade é bastante significativo na maioria dos países desenvolvidos, com raras exceções, da mesma forma que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento. Esse crescente aumento, ao nível mundial, fez com que ela se tornasse um grave problema de saúde pública (COUTINHO, 2007). Assim, o controle da obesidade tem se apresentado como um dos grandes desafios dos pesquisadores, nas mais diferentes áreas ligadas à saúde (PINTO, 2011).

Lopes (2006, p. 773) observa que a obesidade e suas comorbidades “[...] representam as principais causas de morbidade e mortalidade prematuras nos dias atuais em todo o mundo.”, enfatizando, assim, a importância dos estudos sobre ela. É importante ressaltar que o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade tem sido observado em idades cada vez mais precoces, sendo que, segundo este autor, há, no Brasil, prevalência tanto de um quanto de outro.

De acordo com recentes dados veiculados pela SBEM (2013, p. 1):

[...] o Ministério da Saúde divulgou um pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo o estudo, 42,7% da população estava acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), e os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Observa-se, nesse sentido, que a obesidade é o resultado de uma gama de fatores e condições, que incluem desde os genéticos, até os físicos, de aprendizagem, sociais e comportamentais.

Fatores etiológicos da obesidade

Como comentado anteriormente, a obesidade é um fenômeno multifatorial. É, por isso mesmo, complexa, pois são muitos os fatores que nela intervêm (fatores genéticos e biológicos; fatores de aprendizagem; estilo de vida relacionado com o exercício físico; fatores psicológicos e cognitivos e os fatores sociais). Assim sendo, é importante reconhecê-los, para uma intervenção psicológica positiva pois, deve-se distinguir quais deles apresentam maior relevância em cada caso. Entretanto, ao se realizar a avaliação dos obesos, os fatores genéticos e biológicos são preponderantes para se evitar o efeito sanfona (engorda/emagrece/engorda).e podem desempenhar um papel mais ou menos importantes em cada caso particular (GUERRERO, 2006).

A obesidade é um problema social, haja vista que a própria sociedade que promove o sedentarismo, o consumo de *fast-foods* onde os produtos são geralmente muito calóricos e o abuso de comida e bebida, é a mesma que impõem padrões de belezas baseados na esbelteza do corpo (BECK, 2009).

Para Guerrero (2006) é sensato dizer que os que querem perder peso devem se esforçar para isso. Porém, por outro lado, é insensato exigir deles, que se esforcem além de seus limites ou que extrapolem o limiar da saúde para emagrecer. Assim, é fundamental analisar os objetivos terapêuticos, pois:

[...] tentar levar um obeso hiperplásico até um peso ideal estabelecido pelas tabelas padronizadas somente conseguiria

fracasso e frustração, na melhor das hipóteses, ou perigo real para a saúde, ao diminuir de forma anormal o tamanho de suas células adiposas, na pior das hipóteses, se conseguirmos nos aproximar dos objetivos do peso ideal. (p. 112).

Conforme esclarece Guerrero (2006), os fatores de aprendizagem são importantes, pois consideram que não existe um jeito de comer próprio do obeso em relação ao não obeso. O que se constata, é que existem diferenças individuais, sendo necessária, portanto, uma avaliação individual para que se analise o grau de importância desse fator dentro de cada caso. Com relação ao estilo de vida, este autor chama a atenção para o fato de que na atualidade, a sociedade industrializada permite um estilo de vida mais sedentário. Entretanto, é preciso ter cuidado com a tendência de se generalizar ao dizer que obesos realizam menos exercícios que os não obesos, porque, em comparação com os não obesos, os obesos gastam muito mais energia ao realizarem qualquer atividade física já que têm que deslocar muito mais massa corporal que os demais. Da mesma forma, não se pode dizer que os fatores psicológicos e cognitivos sejam diferenciados entre pessoas obesas e não obesas. Exige-se, portanto, uma avaliação, caso a caso, enfocando cada um desses fatores para se estabelecer os objetivos terapêuticos individuais junto aos pacientes.

Neste contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem se mostrando um instrumento poderoso no manejo da obesidade (BECK, 2009).

A terapia cognitivo-comportamental e a obesidade

Foco de angústias, estresses e de outros diferentes problemas emocionais que levam ao sofrimento psíquico, tais como a frustração, o abandono, a solidão e a incompreensão, e que interferem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, a obesidade tem sido tratada pelo seu aspecto clínico por meio do uso de fármacos, orientação dietética e de atividades físicas. Entretanto, na maioria das vezes, os resultados são insatisfatórios e, dentro de pouco tempo, o indivíduo volta a ganhar peso novamente. Assim, sem se levar em conta seus aspectos psicológicos, principalmente o conjunto de crenças que o mesmo apresenta, torna-se difícil para o paciente perder o peso e manter significativamente essa perda (COOPER, et. al., 2009).

Observa-se nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade que:

Grande porcentagem de pacientes recupera o peso perdido: 50% dos pacientes recuperam o peso pré-tratamento em 12 meses e a maioria, em cinco anos. Apenas 11% mantêm perda de 5 kg ou mais. Algumas dietas de emagrecimento são nutricionalmente corretas e consistentes, com bons hábitos alimentares. Outras se apresentam como dietas milagrosas, que encorajam práticas irracionais, algumas vezes perigosas, e passam a ser feitas pela população, devido à promoção da mídia, ou porque celebridades as estão fazendo ou são consideradas novidade. (ABESO, 2009, p. 36)

Beck (2009) chegou à mesma conclusão ao afirmar que entre 50 e 70% das pessoas que iniciam uma dieta, não conseguiram persistir e continuar emagrecendo no decorrer de um ano. De acordo com essa autora, para que uma dieta dê certo é preciso estar consorciada a um programa psicológico que permita ao indivíduo se apropriar de hábitos alimentares adequados a partir de modificações permanentes na sua maneira de pensar. Essa afirmativa está relacionada aos preceitos da Terapia Cognitiva, uma vez que esta considera que aquilo que as pessoas pensam afeta o que elas sentem e, desse modo, ao que elas fazem.

Alguns estudos com orientação cognitivo-comportamental têm enfatizado a importância dessa terapia para o tratamento de diversos tipos de transtornos, especialmente a obesidade. Cooper, et.al. (2009, p. 2) ressaltam as características que diferenciam a TCC de outras formas de tratamentos psicológicos ressaltando que, embora elas possam se assemelhar em vários aspectos, a TCC procura “[...] produzir a mudança cognitiva, a reestruturação cognitiva e experiências comportamentais [...]” Nesse sentido, destacam ainda que “[...] a teoria cognitivo-comportamental se baseia na conceituação cognitiva dos processos que mantêm o problema em questão.”, mudando as crenças centrais que mantêm o transtorno, identificando-os e corrigindo-os, para que isso ocorra.

A chamada TCC, segundo a ABESO (2009, p. 45) “[...] é uma das técnicas terapêuticas auxiliares para o controle de peso.” e diz respeito ao tratamento comportamental aplicado por meio de técnicas cognitivas (pensamentos). Corroborando com essa afirmativa, Neufeld, et.al. (2012, p. 94), refletem que a TCC é importante no tratamento da obesidade porque:

Emagrecimento pressupõe mudança de hábitos de comportamento. Antes de mudanças comportamentais, implica-se a necessidade de alterações cognitivas. Parte-se do princípio que indivíduos obesos ou com sobrepeso possuem crenças disfuncionais acerca da alimentação e do peso. Este esquema cognitivo gera sentimentos de

culpa, ansiedade, preocupação, raiva, estresse, tristeza e impotência, resultando em problemas de relacionamento interpessoal, conjugal e familiar, além de associar-se a outros transtornos psicológicos como Depressão e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

De acordo com Neufeld, et.al., (2012), a ABESO (2009, p. 45) complementa afirmando que essa terapia,

Baseia-se na análise e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida do paciente. O objetivo é implementar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçar a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o conseqüente ganho de peso novamente.

A TCC é direcionada para casos de excesso de peso e de obesidade média e moderada, utilizando-se, para isso, de pacotes terapêuticos que, segundo Guerrero (2006, p. 209), “[...] não incluem somente elementos de aprendizagem, mas também outros, como o exercício físico, a informação dietética, a reestruturação cognitiva e o apoio social do companheiro.”

No entender de Leite (2008, p. 77), “[...] a atitude alimentar é produto de um aprendizado, onde o comportamento é reforçado a partir das conseqüências que produz.” Assim, algumas pessoas compreendem o alimento como um substituto ou “[...] uma gratificação substituta, equivalente ao afeto, e a restrição alimentar pode significar abandono, rejeição ou punição.”, sugerindo, desse modo, que comportamentos alimentares inadequados sejam sintomas manifestos de transtornos psicológicos que podem ser alterados.

Seguindo essa linha de pensamento, Cooper, et.al., (2009) analisam que a tarefa de controlar o peso deveria ser simples, bastando, para isso, que houvesse apenas um balanceamento entre o que se consome e o que se gasta em termos energéticos. Entretanto, segundo estes autores, enquanto para algumas pessoas isso quase não exige esforço, para outras esta tarefa se apresenta com alto grau de dificuldade. Beck (2009, p. 25) concorda com o exposto, acrescentando que, uma dieta razoável terá maior probabilidade de obter sucesso na medida em que seguir junta com “[...] uma programação mental adequada.”

Nesse sentido, a próxima sessão apresenta um guia baseado na terapia cognitivo-comportamental, o qual pretende ser uma contribuição para que os obesos

possam modificar seu modo de pensar para não só emagrecer, como, sobretudo, manter seu peso ideal.

Guia prático para o tratamento da obesidade baseado na TCC

Este guia foi criado para ser aplicado na terapia grupal, com pessoas que não apresentem patologias psicológicas significativas, tais como a bulimia, por exemplo. Seu objetivo é o de ser um orientador e não um receituário. Baseia-se no modelo proposto por Cooper, et.al. (2009), e de Guerrero (2006), a partir da utilização de técnicas grupais da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da obesidade, cujo objetivo é não somente o emagrecimento, mas, sobretudo, a manutenção do peso em longo prazo.

Sua formatação fundamentou-se na dissertação de mestrado de Pereira (2005), a partir da construção de seu protocolo de tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Assim sendo, apresenta-se elaborado a partir de três (3) fases, (emagrecimento, manutenção do peso e aceitação; prática das habilidades comportamentais; e habilidades para manter o peso). Estas fases são interligadas entre si e interdependentes, e foram divididas em oito (8) seções, de aproximadamente duas horas cada, que deverão acontecer, inicialmente, de sete em sete dias e, a partir da 5ª sessão, de 15 em 15 dias (COOPER, et.al. 2009, p. 9).

Os grupos deverão ter no máximo 10 participantes para que um único profissional possa atender a todos com qualidade, considerando-se que cada um tem seus próprios problemas individuais a serem resolvidos. Por se tratar de terapia grupal, os membros do grupo devem ser estimulados a dividirem coletivamente as soluções apresentadas para estes problemas, compartilhando suas experiências.

As estratégias estabelecidas para cada sessão serão apresentadas a seguir. Ressalta-se que todos os objetivos elencados nestas sessões foram adaptados a partir das obras de Cooper, et.al. (2009); de Guerrero (2006) e de Pereira (2005).

1ª Sessão

Essa é, geralmente, a sessão mais demorada, pois é nela que se apresenta e avalia os membros do grupo. São objetivos da primeira sessão:

- Apresentação dos membros do grupo;
- Avaliação dos pacientes;
- Pesar os pacientes e anotar em uma tabela, paralelo ao peso meta de cada um;
- Exposição sobre o que vem a ser o tratamento por meio da TCC para a motivação dos pacientes;
- Explicar o que vem a ser obesidade;
- Diferenciar perda de peso e manutenção de peso;
- Avaliar a motivação;
- Estabelecer como tarefa diária a confecção de um diário onde se deve anotar tudo que foi ingerido em cada horário.

A primeira estratégia é a apresentação dos membros do grupo. Este é um passo importante para a TCC, haja vista que, segundo esta teoria, o pensamento é o determinante dos comportamentos e emoções (PEREIRA, 2005). Nesse caso, estabelecer um ambiente de bom relacionamento pode contribuir positivamente para com o trabalho, já que se pode obter, assim, maior colaboração dos pacientes:

Desde o início deve-se realizar um esforço considerável para se estabelecer uma relação colaborativa com o paciente. Embora a preocupação e o interesse genuínos sejam importantes, os terapeutas devem ter autoridade e firmeza durante o tratamento, em especial com relação ao estabelecimento e à revisão dos exercícios terapêuticos domiciliares. (COOPER, et. al. 2009, p. 18).

A avaliação do histórico dos pacientes tem como objetivo principal descobrir quais são as variáveis (genéticas, biológicas, psicológicas ou sociais) que estão interferindo no ganho de peso e determinar, também, o grau de obesidade de cada participante. Para tanto, o terapeuta deverá solicitar que o paciente faça uma breve descrição do seu problema com o peso e de que forma isso tem afetado sua vida. Nessa avaliação é preciso caracterizar que tipo de problemas o paciente

apresenta, detectando presença de transtornos alimentares como a bulimia ou a anorexia.

A identificação da obesidade é feita pela medição do Índice de Massa Corporal (IMC), que resulta, conforme Guerrero (2006, p. 211), “[...] da divisão do peso (em Kg), pela altura (em metros), ao quadrado (peso/altura²).” Entretanto, existe também, a alternativa de comparar o paciente com tabelas padronizadas de peso e altura recomendáveis, internacionalmente reconhecidas. É importante ressaltar que, quando o paciente já se encontra em um estágio severo de obesidade, a TCC não deve ser considerada a melhor alternativa terapêutica. Nesses casos, é preciso aconselhar a intervenção médica, do mesmo modo que ocorre quando o estado de saúde geral do paciente apresenta-se comprometido.

É preciso deixar claro para o grupo, nesse momento, a importância da aceitação do próprio corpo para que não ocorra o efeito contrário e indesejável de se reforçar a obsessão contra o próprio corpo. É interessante, também, criar uma tabela em uma cartolina e afixá-la em uma das paredes do espaço onde se dá a terapia. Nesta, deve-se anotar, na primeira coluna, o nome do indivíduo, o peso em que se encontra no início do tratamento, bem como o peso que pretende atingir. Deverá também ter uma coluna para se anotar o peso de cada paciente a cada sessão (COOPER, et. al. 2009).

Tabela 1- Pesagem atual X Peso Meta

Paciente	Peso Meta Kg	Peso atual Kg	Pesagem semanal - Kg	Data
X	80	138		
Y				
Z				

Fonte: Adaptado de Cooper; Fairburn; Hawker (2009)

Isso feito, é preciso obter a atenção dos pacientes para se esclarecer o que vem a ser a obesidade, motivá-los, ajudá-los a compreender a diferença entre a perda de peso e sua manutenção e descrever para eles, em rápidas palavras, o que vem a ser a TCC e qual sua contribuição no tratamento e controle do peso. Cooper,

et.al. (2009, p. 19) ressaltam que, nesta primeira fase, “[...] a forma personalizada do tratamento é menos detalhada e específica do que a terapia cognitivo-comportamental comum.”, já que a prioridade, aqui, é começar a perder peso.

Deve-se informar ao paciente sobre a forma como se dará o tratamento, o tempo provável de duração das seções, o que podem esperar em termos de diminuição de peso como resultado destas seções, ressaltando a importância da pontualidade como fator de demonstração de interesse e de comprometimento para com o tratamento. Conforme esclarece Guerrero (2006), inicia-se, ainda nessa fase, a averiguação da razão que move os pacientes para perder peso. O tratamento propriamente dito só deve ter início após esta motivação estar bem explícita. Para isso, esta deverá ser constantemente trabalhada.

Além disso, é de grande relevância a distribuição de um guia com amplo espectro de alimentos e o seu valor calórico, como ensinam Cooper; Fairburn; e Hawker (2009, p. 28):

O terapeuta deve fornecer aos pacientes orientações detalhadas sobre como fazer a contagem das calorias consumidas. Não se deve ter pressa nessa parte da sessão. O paciente deve receber um guia fácil para a contagem de calorias e ser ensinado a manuseá-lo. Os pacientes necessitarão de uma balança de cozinha e se não tiverem, deverão ser orientados a comprá-la o quanto antes. Nesse momento, também vale a pena informá-los que a maioria das pessoas subestima a quantidade de calorias que consome.

De posse do guia e tendo compreendido como se faz a contagem de calorias, como primeira tarefa pós-sessão para ser feita em casa, o paciente deverá criar uma espécie de diário, onde deverá registrar tudo que ingeriu (comida e bebida) em cada ocasião do dia, como no exemplo a seguir:

Quadro 1- Diário de motivação para a ingestão de alimentos

Dia:				
Hora	Alimentos e bebidas ingeridos	Local	Quantidade de calorias	Motivação para ingestão
7: 30	2 fatias de pão 14 g manteiga 1 copo (200 ml) de leite desnatado	Cozinha	150 182 65	Acordei com fome e comi também por hábito de comer quando acordo.
8: 45	1 xícara de café com açúcar	Trabalh o	45	Estava com frio.

Fonte: Adaptado de Cooper, et. al.(2009, p. 27)

Deve-se pedir que todos os dias os pacientes façam a autoanálise sobre o que os levou a ingerir e a refletir onde podem modificar os hábitos. Além disso, o diário contribui para que eles se especializem em contar calorias, podendo, com isso, monitorá-las.

Ao final da sessão o paciente deverá se pesar e escrever seu peso na tabela própria.

2ª Sessão

São objetivos da segunda sessão:

- Análise dos registros feitos nos diários;
- Destacar as situações que os levam a comer e beber em excesso;
- Discutir e analisar os principais pensamentos negativos percebidos a partir dos registros;
- Continuar o trabalho de motivação dos pacientes;
- Estabelecer um contrato de comportamento;
- Pesagem e registro.

A análise de registros deve ser feita diariamente. Deve-se pedir aos pacientes que leiam em voz alta seus registros, um a um, para, a seguir, analisá-los

junto ao grupo, destacando os pontos negativos que favorecem a ingestão em excesso de alimentos e bebidas.

Nesse momento, o terapeuta deve pedir a cada participante que comente resumidamente sobre seu registro, estimulando-o a falar sobre que tipo de comida e bebida ingere bem como sobre a quantidade, avaliando, assim, qual o intervalo de tempo que está registrado entre uma ingestão e outra. Deve-se dar especial atenção às verbalizações negativas, para, a seguir, proporcionar momentos de motivação lembrando-os sobre o objetivo que pretendem alcançar.

Nessa sessão deve-se propor um contrato comportamental, que deve ser assinado por todos, se comprometendo com a terapia. Através dele, os pacientes se comprometem a seguir os termos combinados de forma colaborativa nas sessões.

3ª Sessão

Nesta sessão começa-se o estímulo para a perda de peso. São objetivos desta sessão:

- Pesagem e anotação;
- Começo do controle de estímulos;
- Educação nutricional;
- Estabelecer o limite de ingestão de 1.500 calorias/dia;
- Leitura e discussão do diário;
- Estimular atividades físicas.

A sessão começará com a pesagem. O terapeuta deverá elogiar e motivar as perdas e motivar aos pacientes quanto à necessidade de se manterem firmes em seus propósitos.

O controle de estímulos deve começar com a fixação de horários para as refeições. O paciente deve ser estimulado a comer de 3 a 4 vezes por dia, e a comer sempre no mesmo lugar da mesa, sem realizar outras atividades durante as refeições.

Nesta sessão começa-se a educação nutricional, discutindo-se o que são calorias e o melhor nível de calorias diário, que será estabelecido em 1500. Discutir-se-á também sobre a importância de se distinguir o que é fome e o que é apetite

(GUERRERO, 2006). Deve-se ressaltar, nesse sentido, a importância de se gastar mais energia do que se consome, estimulando-se, para isso, as atividades físicas.

É importante deixar claro que a partir de uma dieta limitada a 1500 calorias, o paciente terá a perda de peso como resultado, mas, deve-se ressaltar que esse limite é aproximado, ou seja, deve ser uma média de consumo diário, já que haverá dias em que o paciente vai comer um pouco mais e em outros menos (COOPER, et. al., 2009).

Ao se discutirem os diários, deve-se gerar motivação para que os pacientes eliminem pensamento de autodepreciações, ensinando-os a se autorreforçarem e se autoestimularem de forma assertiva.

4ª Sessão

Nesta sessão reforça-se o estímulo para a perda e manutenção de peso. São objetivos desta sessão:

- Pesagem e registro;
- Revisão do diário alimentar;
- Explicitar as vantagens de emagrecer;
- Estimular o aumento de atividades físicas;
- Encorajamento para enfrentar sentimentos negativos;
- Motivar o controle da quantidade de comida;
- Avaliação do comprometimento com a dieta;
- Encorajamento das mudanças de hábitos.

Após pesagem e registro, deve-se proceder à revisão do diário. O diário permite que o terapeuta analise o comprometimento dos pacientes e os estimulem, reforçando suas capacidades e o quão bom esse resultado será na vida deles.

O terapeuta deve pedir, nesse momento, que os pacientes descrevam, por escrito, as razões pelas quais querem emagrecer, em ordem de importância. Essa estratégia permite que os mesmos criem recursos para o enfrentamento das dificuldades do emagrecimento. O terapeuta descreverá vantagens extras, tais como a capacidade de controlar os impulsos de comer, o fato de que, com as mudanças

de hábito eles não terão mais que lutar contra a ideia de comer os alimentos que não deveriam, o quanto se sentirão bem quando conseguirem resistir às refeições não planejadas e também a questão de não precisarem mais viver com a culpa e a desmoralização por terem cedido a desejos incontrolláveis por comida.

Deve-se estimular o aumento gradativo das atividades físicas, reforçando a necessidade de gastar mais energia do que se consome. Conforme explicam Cooper, et. al. (2009, p. 101), as atividades físicas devem ser mantidas até o final do tratamento. entretanto, “Muitas pessoas obesas acham o exercício formal difícil e aversivo.” Embora isso seja compreensível, é preciso provocar o estímulo para que abandonem o sedentarismo, mantenham o aumento das atividades e estabeleçam uma rotina para elas em suas vidas.

De modo geral, as pessoas obesas tendem a compensar os sentimentos e emoções negativas comendo. É preciso estimulá-los a identificar o mais cedo possível e solucionar esse problema. Para isso, os pacientes devem ser encorajados a identificar seu estado de humor, de maneira objetiva, e praticarem as maneiras de enfrentá-los (que comportamentos e sentimentos têm te levado a isso? O que foi que aconteceu primeiro e como uma coisa te levou a outra?). Duas estratégias podem ser utilizadas para isso: distrair-se envolvendo-se em atividades que não envolvam comida e tentar evitar sentimentos e emoções negativas envolvendo-se em atividades que lhes são prazerosas.

Além disso, os pacientes devem ser estimulados a reduzir gradativamente o tamanho das porções que se servem. A ideia é fazer com que eles substituam os alimentos calóricos por menos calóricos, os quais podem ser comidos em maior quantidade sem comprometer o tratamento e muito menos uma dieta saudável.

É importante encorajar a mudança de hábitos: comer mais devagar, mastigando e saboreando os alimentos; formalizar um local certo para se alimentar; não comer direto da embalagem; fazer o planejamento do que irá comer durante o dia; comer em prato pequeno; servir-se uma única vez; deixar um pouco de comida no prato e comer em intervalos regulares.

Deve-se aproveitar para ensinar e encorajar mudanças de pensamentos, tais como substituir as generalizações do tipo ‘Estou sempre beliscando.’ por ‘Belisquei hoje, mas houve vezes em não belisquei.’ Ou a substituir as desculpas do tipo ‘Final, só um não faz mal’ por ‘Faz mal sim, pois coloco muitas calorias no

corpo e é difícil perder, e além do mais, relaxo tanto que como mais um.’ (GUERRERO, 2006, p. 223).

5ª Sessão

Nesta sessão reforça-se a transição para a manutenção do peso. São objetivos desta sessão:

- Pesagem e registro;
- Revisão do diário alimentar;
- Fornecer informações sobre a imagem corporal e aparência física;
- Estimular o aumento do nível atividades físicas;
- Gerenciamento das barreiras ao emagrecimento;
- Destacar as conquistas positivas.

Após os procedimentos de pesagem e revisão do diário, o terapeuta poderá fornecer informações sobre a imagem corporal e a aparência física. Cooper, et.al. (2009) lembram que, embora alguns pacientes demonstrem preocupar-se pouco ou nada em relação a isso, o que os induz a pensarem que não precisam de ajuda para isso. Entretanto, sabe-se que isso constitui uma fonte de angústia para muitos. O foco da imagem corporal deve ser trabalhado constantemente, e serem administrados sempre que surgirem, independente da sessão em que se estiver.

O objetivo geral é fazer com que o paciente substitua a imagem corporal negativa pela aceitação do novo peso e sua manutenção. Pensamentos críticos, crenças mantenedoras de uma imagem corporal distorcida e disfuncionais devem ser administrados. Trabalhar identificando experiências positivas associadas à imagem pode contribuir substancialmente para isso.

6ª Sessão

Nesta sessão trabalham-se as habilidades para manter o peso em longo prazo. São objetivos desta sessão:

- Pesagem;

- Revisão do diário alimentar;
- Revisão das causas de baixa manutenção de peso;
- Enfatizar a necessidade de aceitação e mudanças;
- Gerenciamento de pensamentos e crenças disfuncionais.

Após a pesagem e registro e depois de revisarem juntos os diários, o terapeuta observará que nem todos perdem peso com a mesma facilidade. É preciso reforçar as informações e enfatizar que a manutenção do peso é uma habilidade necessária ao paciente e, por isso, deve ser aprendida e praticada todos os dias. É objetivo dessa sessão lembrar ao paciente que manter uma dieta restritiva de calorias é uma tarefa difícil e que, por isso mesmo, é melhor “[...] pararem de tentar emagrecer e passarem a ter como objetivo aprender a manter o novo peso.” (COOPER, et. al., 2009, p. 141).

Deve fazer parte dessa conversa a discussão sobre experiências passadas onde os pacientes perderam peso e não conseguiram manter. É preciso deixar claro que o tratamento tendo como base a TCC é diferenciado, pois é planejado para ajudá-los a superar esses problemas. Quando o paciente não vê seu peso como um problema ele cria obstáculos para o seu emagrecimento.

Como na sessão anterior, é preciso enfatizar a necessidade de aceitação das mudanças e gerenciamento dos pensamentos e crenças disfuncionais.

7ª Sessão

Nesta sessão trabalham-se as motivações para o enfrentamento de pressões sociais e sentimento de privação. São objetivos desta sessão:

- Desenvolvimento de estratégias para estabelecer alimentação saudável;
- Motivação para vencer as pressões para comer;
- Estimular enfrentamento da sensação de privação.

Após os procedimentos de pesagem e revisão do diário (de praxe), o terapeuta focará no desenvolvimento de estratégias de estabelecimento de uma dieta saudável. Isso pode ser feito a partir da mudança do hábito de comer que,

conforme mencionado anteriormente, requer o estabelecimento de um local adequado e formal de se realizar refeições, tamanho das porções, comer devagar, não beliscar, entre outras. O outro fator é a escolha correta da comida. A adoção de uma dieta saudável não se restringe à perda de peso, mas, também, à manutenção deste. Além disso, é importante destacar que uma dieta saudável não é aquela em que se consome poucos alimentos, mas onde se consome alimentos saudáveis, com pouco teor de gorduras, mas energéticos o suficiente para dar a sensação de saciedade necessária. O terapeuta deve reforçar a necessidade de redução do consumo de gorduras e o aumento do consumo de frutas e vegetais.

O tratamento da obesidade requer cuidados em longo prazo, haja vista que, como exposto anteriormente, ela é considerada uma doença crônica. É preciso deixar claro para os pacientes que o objetivo deste tratamento não é mudar o peso, mas eliminá-lo. E, nesse processo, a sensação de privação acompanha grande parte dos pacientes.

É preciso esclarecer que a fome não vai desaparecer. Ela é, inclusive, esperada. O que é importante é aprender a enfrentá-la bem como às pressões sofridas por parentes e amigos no sentido de abandonar a dieta e o compromisso com a terapia. As refeições fora de casa costumam se apresentar como barreira para o emagrecimento. Os pacientes deverão aprender as estratégias para lidar com isso, tais como: decidir a quantidade que quer consumir, procurar chegar à sobremesa quando já estiver satisfeito, servir-se somente do que vai consumir, compensar os excessos cometidos, parabenizar-se por cada boa escolha.

8ª Sessão

Essa sessão pretende finalizar o tratamento. Para tanto, o terapeuta fará um resumo de tudo que se passou durante todo o tratamento, ressaltará as estratégias aprendidas pelo grupo, enfatizando que o exercício diário delas é que os ajudará a manter o peso perdido.

O terapeuta deverá parabenizar aos participantes pelo comprometimento, destacando o quanto foi engrandecedor trabalhar com eles. Deverá felicitá-los também pelos progressos obtidos e se colocará à disposição para futuros encontros, se necessário.

CONCLUSÃO

Baseando-se na TCC, a qual visa à análise e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida do paciente, este artigo teve como proposta a criação de um guia prático para o tratamento da obesidade. O objetivo principal foi o de implementar estratégias que auxiliassem aos pacientes no controle de peso, reforçando a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o conseqüente ganho de peso novamente.

A TCC foi a teoria escolhida porque, como se sabe, emagrecer depende de mudanças de hábitos e comportamentos e isso, por sua vez, implica em se ajudar aos pacientes a obterem alterações cognitivas importantes.

O emagrecimento não é um processo fácil, haja vista que grande parte das pessoas que tentam, voltam a ganhar peso. A TCC contribui para com eles no sentido de ensiná-los a substituir os pensamentos e crenças negativos, que sabotam sua expectativa de perda de peso, por outros de motivação, autoconfiança e de empoderamento.

Espera-se, no entanto, que esse trabalho venha a contribuir no sentido de destacar a importância da TCC nessa espécie de tratamento, uma vez que, por meio dela é possível ajustar as crenças negativa à capacidade que cada pessoa tem de revertê-la, tornando-se mais autoconfiante e capaz de se ajudar, tornando-se um instrumento eficaz em relação ao emagrecimento.

Ressalta-se, no entanto, que este guia não tem a pretensão de ser um receituário. O mesmo foi descrito a partir das contribuições da psicologia a partir da TCC. Assim sendo, foi elaborado para ser aplicado por um psicólogo que pode, inclusive estar vinculado ao sistema de saúde pública, a partir de oito sessões que deverão servir de base para os terapeutas, mas que, devido às suas limitações, uma vez que ainda não foi colocado em prática, deve ser analisado com cautela e adaptado às necessidades de cada grupo trabalhado e de cada indivíduo a ele pertencente.

Vale advertir, ainda, que a obesidade, enquanto problema de saúde pública é uma doença que requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, formada, além de psicólogos, preferencialmente por nutricionistas e médicos. Aos

nutricionistas cabe a elaboração de uma dieta nutricional com até 1500 calorias, enquanto que o médico ficaria a cargo da manutenção da saúde física. Caberia, nesta equipe, inclusive, um profissional de Educação Física, capacitado para ajudar a estimular as atividades físicas também necessárias para a perda de peso.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009.

AMARAL, Odete; PEREIRA, Carlos. Obesidade: da genética ao ambiente. **Revista Millenium**. n. 34. abr. p. 311 - 320. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/360/simple-search?query=obesidade>>. Acesso em: 01 maio 2014.

BECK, S. Judith. **Pense Magro**: a dieta definitiva de Beck. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CATANEO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, Elizângela Moreira Careta. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Autoconceito, Locus de Controle e Ansiedade. **Reflexão e Crítica**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. Revisão Técnica de Marília Leyacov. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, Zafra; FAIRBURN, Christopher G.; HAWKER, Deborah M. **Terapia Cognitivo-comportamental da obesidade**: manual do terapeuta. São Paulo: Rocca, 2009.

COUTINHO, Walmir. **Etiologia da obesidade**. 2007. Artigo de revisão. Disponível em: <<http://www.abeso.com.br>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

ELIAS, Eliane. **Obesidade no Tratamento com Terapia Cognitiva Comportamental**: uma revisão bibliográfica. 2013. 43f. Monografia (Pós graduação em Saúde Mental) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2013 Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1764/Eliane%20Elias.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 out. 2013.

GUERRERO, Maria Neves Vera. Avaliação e tratamento de obesidade. In: CABALLO, E. Vicente. **Tratamento Cognitivo – Comportamental dos transtornos psicológicos da Atualidade**: intervenção em crise, transtorno da personalidade e do relacionamento dos transtornos e psicologia da saúde. São Paulo: Santos, 2006. Cap. 8, p. 209-240.

LEITE, Carla de Meira. **O universo simbólico da mulher obesa**. 2008. (Mestrado em Educação.) Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-30042009-150604/pt-br.php>>. Acesso em: 10 maio 2014.

LOPES, Antonio Carlos. **Diagnostico e tratamento**. v. 2. São Paulo: Manole, 2006.

NEUFELD, Carmem Beatriz; MOREIRA, Cleidimara Aparecida Martins; XAVIER, Gabriela Salim. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. **Psico**. Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2012. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/.../7623>. Acesso em: 02 maio 2014.

PEREIRA, André Luiz dos Santos. **Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)**. 2005. 117 p. (Mestrado em Psicologia) Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da UFRJ, 2005. Disponível em: <teses.ufrj.br/IP_m/AndreLuizDosSantosPereira.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** v. 17, n. 4, p. 523-533, out/dez. 2004,. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 abr. 2014.

PINTO, Livia Kondrat. **Um estudo com psicodiagnóstico de Rorschach sobre o funcionamento psíquico do paciente que realizaram tratamento para a obesidade**. São Paulo, 2011. 231f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde.../pinto_me.pdf>. Acesso em 24 out. 2013.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós graduação**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REIS, Linda G. **Produção de monografia: da teoria à prática**. 2. ed. Brasília: Senac/DF, 2008.

RONQUE, Enio Ricardo Vaz. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil**. 2005. Disponível em <diaadiaeducacao.pr.gov.br>. Acesso em: 23 mar. 2014.

SBEM. **Números da Obesidade no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**. v. 20 n. 3. p. 359-366, ago. 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/images/Obesidade_e_qualidade_de_vida_revis%C3%A3o_de_literatura.pdf> Acesso: 01 maio 2014.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Rilvane Helena de Queiroz Santos

Endereço: Rua Marechal Simão Borges, 691. B. Jardim Itamarati – Patos de Minas

Email: rilvane_helena@hotmail.com

Autor Orientador:

Eduardo Antonio Moreira

Endereço: R. Major Gote, 585. Ed. João Borges – Centro ou Faculdade Patos de Minas.

Email: Moreira.ea@uol.com.br