

Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência

Carmem Beatriz Neufeld

*Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil*

Cleidimara Aparecida Martins Moreira

*Prefeitura de São José dos Pinhais
São José dos Pinhais, PR, Brasil*

Gabriela Salim Xavier

*Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é apontada como uma estratégia bastante eficaz no tratamento da obesidade. Indivíduos com excesso de peso têm maior risco de desenvolver uma série de doenças e condições médicas, além de associar-se a vários estressores interpessoais. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência resultante da intervenção em TCC em grupos (TCCG) em participantes que visavam emagrecimento dentro de uma clínica multiprofissional. Foram realizados dez grupos com cinco participantes cada um, totalizando 50 participantes. Cada grupo teve duração de três meses, com o total de doze encontros, sendo que seis foram reservados à intervenção psicológica. Considerando o conjunto de dados qualitativos obtidos sugere que houve uma melhora clinicamente significativa no que tange as dificuldades interpessoais, ao grau de adaptação social, à autoestima, aos níveis de ansiedade, ao sentimento de bem estar das participantes e a diminuição da compulsão alimentar, além da redução objetiva do peso.

Palavras-chaves: Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo; intervenção multiprofissional; emagrecimento.

ABSTRACT

Group Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Weight Loss Patients: A Experience Report

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is indicated as a very effective strategy for treating obesity. Individuals who are overweight are at increased risk of developing a number of diseases and medical conditions, and join various interpersonal stressors. This paper aims to report the experience from the CBT intervention group (GCBT) with participants who aimed to weight loss, in a multidisciplinary clinic. Ten groups were conducted with five participants each, totaling 50 participants. Each group lasted three months, with a total of twelve meetings, six of which were reserved for psychological intervention. Considering the set of qualitative data suggests that there was a clinically significant improvement with regard to interpersonal difficulties, the degree of social adaptation, self-esteem, levels of anxiety, feeling of well-being of participants and the reduction of binge eating, as well as objective reduction in weight.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy group; multidisciplinary intervention; weight loss.

RESUMEN

Terapia Cognitivo-Conductual en Grupo para Pérdida de Peso: Lo Relato de Una Experiencia

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se indica como una estrategia muy eficaz para el tratamiento de la obesidad. Las personas que tienen sobrepeso corren mayor riesgo de desarrollar una serie de enfermedades y condiciones médicas, y unirse a diversos factores de estrés interpersonal. Este documento tiene como objetivo relatar la experiencia del grupo de intervención en TCC (TCCG), destinado a la pérdida de peso en los participantes en una clínica multidisciplinaria. Diez grupos se realizaron con cinco participantes cada uno, por un total de 50 participantes. Cada grupo duró tres meses, con un total de doce encuentros, seis de las cuales estaban reservadas para la intervención psicológica. Considerando el conjunto de datos cualitativos sugieren que hubo una mejoría clinicamente significativa con respecto a las dificultades interpersonales, el grado de adaptación social, la autoestima, los niveles de ansiedad, sensación de bienestar de los participantes y la reducción de los atracones de comida, así como reducción objetiva de peso.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-Conductual en grupo, intervención multidisciplinaria, pérdida de peso.

INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade vem aumentando em quase todos os países a ponto de ser considerada uma epidemia de grandes proporções (WHO, 1997). Este aumento, particularmente nas últimas décadas do século XX, ocorreu também, claramente, no Brasil. Os dados mais recentes indicam que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentam obesidade, em adolescentes o sobrepeso também seguiu essa forte tendência de aumento. Nas áreas mais desenvolvidas do Brasil, ou seja, no Sudeste a prevalência de sobrepeso atinge 17% das meninas e meninos, enquanto no Nordeste a prevalência era de 5% entre meninos e 12% entre as meninas (Nunes, Appolinário, Galvão e Coutinho, 2006). Além disso, pesquisas continuam mostrando que indivíduos com sobrepeso têm maior risco de desenvolver uma série de doenças e condições médicas, sobretudo cardiovasculares (Carneiro et al., 2003).

Duchesne (2001) aponta que a obesidade associa-se a vários estressores interpessoais e à diminuição da autoestima. Além disso, a obesidade é fator de risco para diversas patologias, tais como: doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho locomotor e dislipidemias. Paralelamente ao crescimento da prevalência da obesidade, houve um aumento da oferta de diferentes tipos de tratamento, muitos deles oferecendo soluções milagrosas e sem comprometimento com a pesquisa e a ética. Este fato gerou a necessidade de sistematizar o tipo de assistência oferecida ao obeso, apoiando-a em estratégias de tratamento e prevenção que tenham provado sua eficácia através de pesquisas, com metodologia adequadamente delineada.

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) (Kolotkin et al., 1987 citado por Duschene et al., 2007b; Wilfley et al., 2002).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se no conceito de que a maneira como as pessoas pensam afeta o que elas sentem e fazem. Neste sentido, a TCC busca auxiliar na identificação de pensamentos sabotadores e a responder a eles, de maneira funcional,

o que leva a pessoa se sentir melhor e a se comportar de modo mais adaptativo ao seu ambiente. Sendo assim, a TCC modifica as crenças disfuncionais dos indivíduos com excesso de peso sobre alimentação e dietas através da reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças mais funcionais (J. Beck, 1997).

A TCC foi criada por Aaron Beck em 1956 e posteriormente adaptada por pesquisadores do mundo inteiro, para ser utilizada em inúmeros transtornos e problemas psicológicos. Vários estudos demonstram que a TCC auxilia pessoas que enfrentam as mais diversas adversidades, incluindo depressão, ansiedade, transtornos alimentares, obesidade, tabagismo e comportamentos adictos (Rangé et al., 2011).

No contexto grupal, as técnicas cognitivas e comportamentais devem ser inseridas mediante uma compreensão abrangente dos fatores do processo grupal. Estes, interagindo entre si constantemente, modificam a experiência do grupo para seus membros. Portanto, o resultado terapêutico em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é determinado tanto pelas estratégias formais da TCC quanto pelo processo grupal (Bieling, McCabe e Antony, 2008).

Deste modo, em TCCG o grupo torna-se um sistema que possibilita aplicação de técnicas específicas com objetivo de atingir resultados específicos no âmbito da remissão sintomatológica. Sendo assim, na grande maioria das modalidades de TCCG, os grupos apresentam sintomatologias e metas comuns, caracterizando certa homogeneidade na composição dos grupos, o que diferencia o tratamento da TCCG de outras modalidades grupais de intervenção (Neufeld, 2011).

O tratamento a partir da intervenção cognitivo-comportamental não proporciona somente uma remissão temporária de sintomas como estes, mas sim a manutenção em longo prazo da melhora alcançada. Isto porque os pacientes aprendem a modificar seus pensamentos disfuncionais, sentindo-se melhores emocionalmente e, assim, comportando-se de maneira mais produtiva na busca de suas metas (A. Beck, 1993).

Grande parte dos indivíduos que emagrecem devido à dieta começa a recuperar os quilos perdidos dentro de um ano. Poucos são os tratamentos médicos desenvolvidos para amenizar esses problemas e aqueles que existem apresentam desvantagens consideráveis. Neste sentido, medicamentos podem ser eficazes em curto prazo, mas provocam efeitos colaterais indesejáveis. Além disso, as pessoas tendem a engordar novamente ao interromperem essa forma de tratamento (Massuia, Bruno e Silva, 2008). Portanto, a terapia farmacológica deve estar associada a mudanças no estilo

de vida do indivíduo, pois ao interromper o uso do medicamento para emagrecer, apresenta ganho de peso (Fortes, Guimarães, Haack, Torres e Carvalho, 2006).

Neste sentido, aplica-se o tratamento cognitivo-comportamental para obesidade descrito por Cooper, Fairburn e Hawker (2009). Proposto não somente para emagrecer, este tratamento tem como principal foco a manutenção do peso em longo prazo. Para o alcance deste último objetivo, o tratamento direciona-se aos fatores que influenciam no abandono das tentativas no controle do peso, negligenciando a estabilidade do peso como um objetivo a ser seguido. Desta forma, o objetivo terapêutico trata-se da aquisição e desenvolvimento de habilidades comportamentais e respostas cognitivas, que, quando praticadas, auxiliam o indivíduo no controle do peso de modo eficaz.

A “dieta definitiva de Beck” proposta por Judith Beck (2009) também foi desenvolvida para proporcionar um emagrecimento saudável e duradouro. Baseado em técnicas cognitivas e comportamentais, esse programa auxilia os indivíduos a modificarem a forma como lidam com a alimentação, adquirindo pensamentos, sentimentos e comportamentos mais funcionais e modificando a relação que estabelecem com a comida. Aperfeiçoando este programa J. Beck (2011) desenvolveu recentemente o “Pense magro por toda a vida”, cujo foco principal consiste em ensinar as habilidades necessárias para atingir o emagrecimento permanente. Vale ressaltar que ambos os programas consistem em propostas de tratamento em nível individual.

A condição de obesidade é frequentemente associada ao Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), caracterizado por episódios de compulsão alimentar recorrentes na ausência dos comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. Durante o episódio de compulsão alimentar, há um sentimento de falta de controle sobre o comportamento associado à ingestão de grandes quantidades de alimento, mesmo que o indivíduo esteja sem fome, e, em geral, levando a um grande desconforto. Esse episódio é sucedido por um intenso mal-estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de angústia, de tristeza, de culpa, de vergonha ou de repulsa por si mesmo (Duchesne et al., 2007a).

O tratamento da TCAP, com base na TCC consiste na normalização da ingestão alimentar, tratando-a como algo mecânico que deve ser seguido sem grandes possibilidades de mudanças. Deste modo, visa-se interromper os ciclos viciosos que podem estar contribuindo para os episódios de compulsão alimentar e promover o início de um padrão alimentar saudável (Duarte e Piccoloto, 2007).

Estudos mostram que há uma variedade de opções de tratamento que podem ser combinadas de acordo com as necessidades específicas das pessoas que sofrem de compulsão alimentar (Duchesne et al., 2007b). A TCC foi considerada a forma de intervenção psicoterápica mais investigada no TCAP através de ensaios clínicos randomizados e tem sido crescentemente utilizada em diversos centros especializados no tratamento dos transtornos alimentares (Duchesne et al., 2007b). Outras opções que vem sendo realizadas é a frequência de grupos de apoio ou terapia de grupo associada ao acompanhamento nutricional visto que nestes casos torna-se importante uma educação alimentar efetiva.

A importância de um tratamento conjunto com nutricionista pode ser justificada para formação de um plano de refeições adequado às necessidades individuais do indivíduo, fazendo um equilíbrio entre calorias ingeridas, gasto energético e variação de alimentos durante o dia. A alimentação adequada é fundamental para evitar que o indivíduo sinta fome, além de ser essencial para o desenvolvimento de hábitos saudáveis, como realizar três refeições nutritivas ao longo do dia intercaladas com os lanches (Duarte e Piccoloto, 2007).

A revisão da literatura efetuada por Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) sugere que tratamentos de redução de peso tenham caráter interdisciplinar, seja em âmbito individual ou grupal, visando facilitar o entendimento da estrutura biopsicossocial que compõe o fenômeno da obesidade. Neste sentido, a TCC é apontada como uma estratégia bastante eficaz, sendo considerada pelos autores interligada ao tratamento da obesidade.

De acordo com Nunes et al. (2006), os obesos têm que lidar frequentemente com preconceitos e discriminação, geralmente são suscetíveis aos estereótipos sociais negativos associados à obesidade, apresentando maior dificuldade para lidar com seu formato corporal. Pois esses estereótipos sociais os caracterizam como pessoas descontroladas, preguiçosas e indisciplinadas. Assim sentimentos de vergonha e desamparo são associados a crenças de inferioridade que precisam ser trabalhadas no tratamento desta população. É essencial ajudar o indivíduo a superar a autoimagem negativa, modificando crenças disfuncionais relacionadas com o peso e o formato corporal. Aspectos chave envolvem a alteração de expectativas irrealistas de perda de peso e o estabelecimento de um equilíbrio entre a autoaceitação e mudança, uma vez que pode ser necessário conviver com algum grau de sobrepeso ou obesidade.

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência resultante da intervenção em TCCG em participantes que visavam emagrecimento dentro de

uma clínica multiprofissional. Apesar dos participantes receberem intervenção de uma psicóloga e de uma nutricionista, tais intervenções ocorriam em momentos distintos, e o presente trabalho direcionará seu foco sobre a intervenção realizada em psicologia.

PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS

Este trabalho foi realizado em um Centro de Estética no interior do Paraná, ao longo dos anos de 2008 e 2009. Neste período foram realizados dez grupos de emagrecimento que contaram com cinco participantes cada um, totalizando 50 pacientes. O serviço oferecido pelo centro era denominado “Programa Bella Forma” e as participantes advinham tanto de pacientes do próprio Centro de Estética quanto da população local, que foi convidada via anúncio nos meios de comunicação da comunidade. O critério de inclusão para a formação dos grupos foi a disponibilidade das participantes, sendo que os grupos foram formados por afinidade de horário. Além disso, foi solicitada autorização para publicação dos resultados da presente intervenção, a qual foi concedida por todas as participantes por escrito, a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cada grupo teve duração de três meses, com o total de doze encontros, de frequência semanal e duração de 1h e 30 min. Dentre os encontros, seis foram reservados à orientação nutricional e os outros seis, à intervenção psicológica. As sessões foram programadas de forma a intercalar o trabalho das duas profissionais responsáveis, ou seja, uma semana o encontro era coordenado pela nutricionista e na outra semana pela psicóloga, e assim sucessivamente.

Inicialmente, foram aferidas medidas de peso e altura das participantes e, semanalmente, apenas foi realizado o acompanhamento do peso das mesmas. A partir desses dados foi calculado o Índice de Massa Corporal pela divisão do valor do peso em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1997), a classificação do estado nutricional conforme o IMC enquadra indivíduos adultos com $IMC < 18,5$ em abaixo do peso; aqueles com $18,5 \leq IMC < 25$ em eutrofia; indivíduos com $25 \leq IMC < 30$ em sobrepeso; adultos com $IMC \geq 30$ em obesidade, sendo que aqueles com $30 \leq IMC < 35$ seriam classificados em Obesidade Moderada (grau I), os com $35 \leq IMC < 40$ em Obesidade Grave (grau II) e os com $IMC \geq 40$ em Obesidade Muito Grave (grau III).

As 50 participantes da presente experiência profissional eram do sexo feminino, com idade média de 40,16 anos ($DP = 7,42$). No que tange ao nível de

escolaridade, 64% das participantes tinham o ensino superior completo e 26% delas, o ensino médio completo, sendo que 10% possuíam ensino fundamental completo. A maioria das participantes (48%) era obesa, enquanto que 38% delas apresentavam sobrepeso e 14% eram eutróficas.

INTERVENÇÃO E RESULTADOS

Serão descritas a seguir as atividades realizadas nos 6 encontros coordenados pela psicóloga. No primeiro encontro foi realizado o contrato terapêutico. Em seguida foi realizada uma dinâmica para interação e conhecimento entre as pessoas do grupo. Cada participante colocou por escrito seus objetivos e metas a serem alcançadas no grupo, bem como foram discutidas as expectativas das participantes em relação ao programa. O encontro foi encerrado com a apresentação da programação dos encontros.

No segundo encontro foi discutido com o grupo, os problemas e dificuldades que as participantes apresentavam para emagrecer ou manter uma dieta equilibrada. Após isso, foi realizada a psicoeducação do modelo cognitivo de Beck, demonstrando como as cognições estão intrinsecamente relacionadas com emoções e comportamentos, podendo interferir no emagrecimento, o que seria o foco das intervenções (J. Beck, 2011). Nesse sentido, com base na Técnica de Resolução de Problemas (Leahy, 2006), foi construído um *continuum* cognitivo, representando os pontos de “onde estou e onde quero chegar”. Esta atividade oportunizou o efeito da universalidade no grupo, uma vez que os exemplos fornecidos pelas próprias participantes puderam ser trabalhados, possibilitando uma melhor interação e fortalecendo os fatores terapêuticos no grupo.

Os temas do terceiro encontro foram autoestima e cognição. Inicialmente foi introduzido um vídeo relacionado ao assunto, com o intuito de atuar como disparador para a discussão do tema. Após a discussão do tema os exemplos das participantes foram relacionados com o modelo cognitivo e houve espaço para a realização do Questionamento Socrático referente aos exemplos abordados. A análise de evidências sobre as distorções cognitivas foi realizada, sendo discutidas respostas alternativas para os pensamentos automáticos (Abreu e Roso, 2003). A Reestruturação Cognitiva foi fundamental para flexibilização dos pensamentos disfuncionais atrelados à dificuldade de autocontrole e permissividade e posterior substituição destes em cognições mais adaptadas à realidade.

O manejo de emoções foi o foco do quarto encontro. Sentimentos como ansiedade, angústia, nervosismo

e depressão foram os mais citados pelas participantes nesta sessão. Após a psicoeducação sobre as emoções (Greenberger e Padesky, 1999), foram trabalhadas técnicas de manejo de emoções, como por exemplo, relaxamento e exercícios de respiração (Vera e Vila, 1997), a estratégia “A.C.A.L.M.E.-S.E.” (Rangé e Borba, 2008), técnicas de manejo de estresse e raiva (Lipp, 1997), além de estratégias de manejo do humor deprimido (Powell, Abreu, Oliveira e Sudak, 2008). Foram apresentados materiais impressos que resumiam as estratégias discutidas e cada uma das técnicas foi realizada na sessão com a orientação de que as participantes praticassem as mesmas ao longo da semana. Estas técnicas de manejo de emoções foram utilizadas de modo complementar às intervenções para modificação de pensamentos na sessão anterior, possibilitando maior eficácia na adoção de comportamentos alimentares desejáveis.

No quinto encontro foram discutidas temáticas relacionadas aos transtornos alimentares e a compulsão alimentar, além de outros desafios que poderiam dificultar a manutenção do peso. Inicialmente foi realizada uma psicoeducação sobre transtornos alimentares através de vídeos e materiais impressos distribuídos às participantes. Em seguida o grupo centrou-se em discussões e comentários acerca do material (Duchesne e Almeida, 2002). Ao final foram passadas orientações sobre possibilidades de respostas para os sintomas discutidos, retomando os pensamentos alternativos já discutidos anteriormente e solidificando a Reestruturação Cognitiva.

Além disso, a prevenção de recaída foi foco da segunda parte da sessão, visando atingir perdas de peso que se mantenham em longo prazo. Foram levantadas as possíveis dificuldades para a manutenção de uma vida mais saudável, bem como possíveis estratégias de manejo de tais dificuldades (Cooper, Fairburn e Hawker, 2009). As principais dificuldades que receberam intervenção foram as referentes a cognições cujo significado expresso era incapacidade de se gerirem sozinhas após o término do programa.

O encontro de encerramento centrou-se em uma sessão de discussão sobre as aprendizagens realizadas e a avaliação da intervenção. A avaliação subjetiva e o compartilhar de experiências e estratégias foi o foco da sessão. Algumas das falas de avaliação das participantes serão apresentadas posteriormente.

Os resultados do presente trabalho multiprofissional podem ser observados em termos do peso das participantes e em termos da avaliação subjetiva das mesmas sobre as intervenções. Em ambas as categorias os dados indicaram melhoras clinicamente significativas, no sentido da redução objetiva de peso

e alívio subjetivo dos sintomas associados à obesidade.

No que se refere ao peso médio das mulheres que participaram do “Programa Bella Forma” a diferença entre o peso inicial e final foi comparado a partir de um teste *t student*. Os resultados indicaram que a perda de peso foi estatisticamente significativa ($t=12,813$; $p<0,001$) entre o peso médio inicial ($M=79,61$; $DP=15,53$) e o peso médio final ($M=76,67$; $DP=15,47$) das participantes. Considerando o tamanho da diferença, as participantes apresentaram uma redução média de 2,94 kg ($DP=1,62$), o que representa uma perda média de 3,77% ($DP=2,12$) do peso inicial.

Com relação ao IMC as médias iniciais e finais foram comparadas a partir de um teste *t student* ($t=12,73$; $p<0,001$). No início da intervenção o IMC médio das participantes era de aproximadamente 31,16 kg/m² ($DP=6,08$), sendo que ao final, o IMC médio das mesmas foi de 30,01 kg/m² ($DP=6,05$).

Já no que tange às classificações de IMC, 14% das participantes foi classificada inicialmente como eutrófica, 38% delas com sobrepeso, enquanto a maioria com obesidade (48%). Quanto a esta última categoria, com relação ao total, 18% foi classificada com Obesidade I, ao passo que 16% enquadrou-se em Obesidade II e 14%, em Obesidade III. Ao final da intervenção a configuração das classificações de IMC das participantes, ficou distribuída da seguinte forma: 22% se apresentavam eutróficas, 34% com sobrepeso e 44% com obesidade, sendo que 20% remetia à Obesidade I, 18% à Obesidade II e apenas 6% à Obesidade III.

Das 50 participantes, 13 reduziram seus pesos de forma a mudarem de classificações de IMC, ao fim dos grupos. Estas mulheres migraram para categorias inferiores de IMC, sendo que não houve nenhuma participante que teve sua classificação elevada. As 37 participantes restantes mantiveram-se nas mesmas classificações iniciais de IMC, apesar de terem reduzido seus pesos.

Quanto às diferenças encontradas entre os 10 grupos participantes do programa, dois deles destacaram-se do conjunto por suas elevadas médias de peso e IMC iniciais. No início da intervenção as médias de peso e IMC do grupo nº7 eram respectivamente 99,16 kg ($DP=10,21$) e 39,87 kg/m² ($DP=3,11$) e ao seu término, reduziram-se para 96,22 kg ($DP=10,82$) e 38,67 kg/m² ($DP=3,16$). Em relação às participantes do grupo nº10, suas médias de peso e IMC iniciais eram, respectivamente, de 91,12 kg ($DP=11,42$) e 36,52 kg/m² ($DP=3,99$), e os valores médios finais de 88,24 kg ($DP=11,42$) e 35,56 kg/m² ($DP=4,07$).

Considerando que a idade das participantes poderia ter influenciado nos resultados obtidos pelas mesmas

em termos de perda de peso, foi realizadas duas Correlações de Pearson. Uma das correlações buscou testar a relação entre a idade e a perda de peso corporal, enquanto a segunda correlação testou a interação entre idade e IMC. Em ambas as análises não foram encontradas correlações significativas, sendo todos os $ps > 0,05$ e todos os $rs < 0,2$.

Considerando o conjunto de dados qualitativos obtidos sugere que houve uma melhora clinicamente significativa no que tange as dificuldades interpessoais, ao grau de adaptação social, à autoestima, aos níveis de ansiedade, ao sentimento de bem estar das participantes e a diminuição da compulsão alimentar, além da redução do peso. Conforme o relato das participantes, elas perceberam melhoras nestas variáveis psicológicas na medida em que o emagrecimento ocorria. Uma vez que os sentimentos sobre a visão negativa do próprio corpo caracterizam problemas emocionais percebidos como consequências da obesidade (Vasques, Martins e Azevedo, 2004), é consonante afirmar que a perda de peso já proporciona certa melhora dos sintomas emocionais em obesos.

Na fase inicial da intervenção as participantes relataram dificuldades interpessoais devido ao excesso de peso. Além disso, elas expressaram sua insatisfação a sua aparência e baixa da autoestima. Sentimentos indicados com maior frequência foram ansiedade e tristeza, bem como a sensação de desesperança em relação ao futuro. Tais sentimentos foram indicados pelas participantes como desencadeadores da maioria de seus episódios de compulsão alimentar, relação que também é apontada no estudo de revisão da literatura sobre as variáveis psicológicas em pacientes obesos com TCAP, realizada por Duchesne et al. (2007b).

Algumas falas que exemplificam tais dados podem ser observadas abaixo. Quando discutidas as metas de cada participante no grupo algumas delas responderam:

“... Deixar de ser ansiosa, conviver melhor com as pessoas, perder peso, gostaria de perder uns sete quilos, ter uma qualidade melhor de vida e ter um tempo pra mim mesmo...”, “... Maior socialização; conseguir colocar algumas dificuldades que por ventura surgirem; aprender mais sobre a reeducação alimentar; aprender também a controlar a impulsividade quanto a alimentação...”, “... Quero voltar a ter meu peso normal, para me sentir bem; não ter mais constrangimento de sair de casa e andar nas ruas, conseguir me reeducar e gostar de mim mesma...”, “... Gostaria muito de me sentir bonita de novo, ficar bem comigo mesma...”

“... Melhorar meus hábitos, não só alimentares; entender minha ansiedade e um jeito de controlar; perder algum peso para me sentir melhor...”, “... Pretendo diminuir a ansiedade e parar de compensar na comida; conhecer mais sobre mim mesma e as pessoas com o mesmo problema, aprender com isso...”, “... Nesta programação eu pretendo diminuir a ansiedade, melhorar a alimentação sem fazer dietas malucas, emagrecer com saúde, trocar experiência, melhorar minha autoestima...”

Ao final da intervenção foi realizada uma sessão de avaliação. Nesta sessão as participantes foram questionadas se perceberam diferenças após terem participado do programa, o que foi seguido de respostas positivas de todas elas. Considerando tal resposta, as participantes foram convidadas a relatar estas diferenças, sendo algumas destas falas apresentadas a seguir:

“... O programa me ajudou nos objetivos que queria alcançar, e o principal onde achava que não iria conseguir era diminuir a minha ansiedade, percebi muita mudança nesta parte, diminuir a ansiedade e controlar as compulsões...”, “... Há muito tempo tinha perdido as esperança de emagrecer e me sentir melhor comigo mesma; através deste programa consegui resgatar minha autoestima, controlar as compulsões e controlar a ansiedade...”, “... Eu percebi várias mudanças no meu comportamento alimentar, aprendi a comer de maneira correta, sem estresse e sem ansiedade...”, “... O engraçado é que não sofri para perder peso, não passei fome, sendo que em outras dietas que fazia passava muita fome, neste lado o programa me ajudou muito, emagrecer sem sofrimentos, controlando a ansiedade e compulsões alimentares...”, “... O que eu mais gostei foi saber que o problema não é só meu, saber que todas nós tínhamos o mesmo objetivo, isso me deu muito mais força de vontade para seguir a dieta”, “... Apesar de achar que mudei muito eu estou com muito medo do efeito sanfona, porque já perdi peso outras vezes e depois sempre recuperei...”, “... Foi a primeira vez que eu fiz regime e consegui seguir por mais de uma semana, eu acho que isso foi graças ao grupo...”

Os relatos acima expressam percepções subjetivas das participantes e, como tal, não são generalizáveis. No entanto, essas falas podem ser interpretadas como indícios de melhora clinicamente significativa, visto que representam a redução de dificuldades e

sintomas apresentados pelas participantes referentes ao comportamento alimentar a partir da avaliação subjetiva das mesmas sobre suas próprias dificuldades e melhora no manejo dos sintomas associados à obesidade. Estudos indicam que intervenções em TCCG proporcionam uma melhora significativa com relação às dificuldades interpessoais, bem como ao grau de adaptação social, à autoestima e aos níveis de ansiedade e depressão, além de uma melhora na qualidade de vida e do sentimento de bem-estar subjetivo (Duchesne et al, 2007a). A participação ativa nas sessões, a alta adesão às orientações e a alta frequência das participantes (M=4,3; DP=1,2) também corroboram para uma interpretação positiva dos resultados alcançados pela presente intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o trabalho interventivo, apesar de dados quantitativos que apontam para uma mudança no peso das participantes e dados qualitativos que apontam para melhorias clinicamente significativas na percepção das participantes, diversas questões permanecem em aberto. O presente relato de experiência parece consonante com a literatura no que tange a importância de um trabalho multiprofissional assim como no sentido de se sugerir a sistematização das intervenções.

Apesar de se tratar de um trabalho multiprofissional, outras especialidades poderiam ter contribuído muito para uma intervenção ainda mais eficaz. As participantes foram encaminhadas para avaliação com endocrinologistas e orientadas a procurar profissionais de educação física para prática de atividade física. No entanto, nem todas as participantes aderiram a estas orientações. Em futuras propostas, sugere-se que estes e outros profissionais que possam contribuir no manejo da obesidade sejam integrados a equipe, tais como médicos clínicos e psiquiatras, e educadores físicos, configurando uma equipe multidisciplinar (Nunes et al., 2006).

Por se tratar de um relato de experiência, outras limitações do presente trabalho devem ser ressaltadas. A primeira limitação metodológica a ser apontada refere-se à ausência de medida quantitativa das variáveis psicológicas acima mencionadas. A melhora percebida nestas variáveis remete tão somente às falas das participantes, e mesmo se tratando de uma intervenção, a possibilidade de medidas objetivas dos resultados contribuiria muito com a área, e é indicada na literatura em TCCG como fundamental (Bieling, McCabe e Antony, 2008). Portanto, sugere-se que em futuros estudos sejam feitas aplicações de medidas de pré e pós-teste.

Outra limitação refere-se ao reduzido número de sessões de intervenção. Estudos indicam grupos com mais de 12 sessões são mais efetivos na manutenção dos ganhos obtidos em intervenções em TCCG (White e Freeman, 2003). A presente intervenção contou com apenas 6 sessões de intervenção cognitivo-comportamental e outras 6 de orientação nutricional. Neste sentido, sugere-se para futuros estudos a utilização de um programa estruturado de intervenção voltado para intervenções que visem além da perda de peso, intervir nas variáveis associadas ao emagrecimento.

A ausência de acompanhamento aos participantes em um formato *follow up* é outra questão que merece atenção. Em estudos futuros sugere-se que sejam realizados sessões de seguimento/encorajamento no intuito de auxiliar os participantes na manutenção das novas aprendizagens. Além disso, a testagem das variáveis em estudo nestas oportunidades também poderá auxiliar na construção de programas de intervenção mais eficazes (Neufeld, 2011).

A proposição de um grupo controle ou de comparação seria outro ganho em termos metodológicos para futuros estudos. Nesse trabalho, todas as participantes que demonstraram interesse em participar foram acolhidas na intervenção. Essa falta de controle das variáveis também pode comprometer a generalização dos presentes dados, uma vez que não houve possibilidade de comparar os resultados obtidos nesta amostra com os dados de grupos com outro tipo de intervenção, ou mesmo sem nenhuma intervenção.

Finalizando, cabe ressaltar que o presente trabalho se refere a um relato de experiência. Como tal, seus resultados são aplicáveis única e exclusivamente para a amostra em questão e não são generalizáveis para a população. Ainda assim, os dados parecem indicar para uma tendência de eficiência das intervenções tanto na perda de peso quanto no aumento de bem-estar percebido pelas participantes. Assim sendo, o mesmo pode ser tomado, tão somente, como um trabalho de mapeamento inicial do campo da intervenção em TCCG com grupos de emagrecimento e de reflexão inicial para a construção de programas estruturados para esta população na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- Abreu, N. & Roso, M. (2003). *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista, novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present and Future. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva – teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

- Beck, J.S. (2009). *Pense magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J.S. (2011). *Pense magro por toda a vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição, Campinas, 18*(1), 85-93.
- Bieling, P.J., McCabe, R.E., Antony M.M. & cols. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Carneiro, G., Faria, A.N., Ribeiro, F.F.F., Guimarães, A., Lerário, D., Ferreira, S.R.G. & Zanella, M.T. (2003). Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Revista da Associação Médica Brasileira, 49*(3), 306-311.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G. & Hawker, D.M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. São Paulo: Roca.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 3*(2).
- Duchesne, M. & Almeida, P.E.M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 49-53.
- Duchesne M., Appolinário, J.C., Rangé, B.P., Fandiño, J., Moya, T. & Freitas, S.R. (2007a). The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 23-25.
- Duchesne, M., Appolinário, J.C., Rangé, B.P., Freitas, S., Papelbaum, M. & Coutinho, W. (2007b). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(1), 80-92.
- Duarte, A.L.C. & Piccoloto, L.B. (2007). A Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCP). In N.M. Piccoloto, R. Wainer & L.B. Piccoloto (Orgs.). *Tópicos especiais em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 161-180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fortes R.C., Guimarães, N.G., Haack A., Torres, A.A.L. & Carvalho, K.M.B. (2006). Orlistat e sibutramina: bons coadjuvantes para perda e manutenção de peso? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 21*(3), 244-251.
- Greenberger, D. & Padesky, C.A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R.L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M.E.N. (1997). *Relaxamento para todos: controle seu stress*. Campinas: Papyrus.
- Massuia, G.R., Bruno, T.I.B. & Silva, V.L. (2008). Regime de emagrecimento X utilização de drogas. *Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE, São João da Boa Vista, 2*(1), 5-9.
- Neufeld, C.B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In Bernard Rangé (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed.): (pp. 737-750). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, M.A., Appolinario, J.C., Galvão, A.L. & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Powell, V.B., Abreu, N., Oliveira, I.R. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 73-80.
- Rangé, B.P. & Borba, A. (2008). *Vencendo o pânico*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Rangé, B.P. et al. (2011). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Vasques, F., Martins, F.C. & Azevedo, A.P. de. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(4), 195-198.
- Vera, M.N. & Vila, J. (1997). Técnicas de relaxamento. In Vicente Caballo, org. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Editora Santos.
- White, J.R. & Freeman A.S. (2003). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E. et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*(8), 713-721.
- World Healthy Organization (WHO). (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report on WHO Consultation on Obesity. Geneve.

Recebido em: 18.07.2011. Aceito em: 13.01.2012.

Autoras:

Carmem Beatriz Neufeld – Doutora em Psicologia pela PUCRS. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (gestão 2011-2013).

Clelidimara Aparecida Martins Moreira – Especialista em Terapia Cognitiva pelo Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva – IPTC. Psicóloga pela Faculdade Assis Gurgacz. Psicóloga clínica da Unidade de Saúde de São José dos Pinhais-PR. <cleidimoreira@yahoo.com.br>

Gabriela Salim Xavier – Estagiária do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC do Curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. <gabrielasalimxavier@gmail.com>

Enviar correspondência para:

Carmem Beatriz Neufeld
Departamento de Psicologia – DP
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP
Universidade de São Paulo – USP
Av. Bandeirantes, 3900 – LaPICC – Bloco 5, sala 29
CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil
Fone: (16)3602-3724
E-mail: cbneufeld@ffclrp.usp.br; lapicc@usp.br