

A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento

Mariana Sanchez Gomes Ferreira
Daniela Schneider Bakos
Luísa Fernanda Habigzang

Resumo: Este artigo de revisão narrativa da literatura aborda questões referentes à manutenção do emagrecimento e sua relação com as crenças de autoeficácia, tanto de pacientes obesos quanto com sobrepeso, sob o viés da psicoterapia cognitivo-comportamental. A manutenção da perda de peso é um dos estágios mais importantes e mais difíceis enfrentados pelas pessoas que almejam manter o emagrecimento. Portanto, este artigo busca entender de que forma a sensação de competência pessoal interfere na manutenção do emagrecimento, já que grande parte das pessoas que tenta emagrecer readquire o peso em até um ano depois. Autoeficácia pode ser definida como a confiança na capacidade de organizar e executar determinadas ações. A conclusão é de que as crenças de autoeficácia interferem diretamente na manutenção do peso e seu monitoramento, portanto seu desenvolvimento e reestruturação também devem ser foco de atenção dos psicoterapeutas e pacientes que tem por objetivo terapêutico o emagrecimento e manutenção do mesmo.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; Emagrecimento; Autoeficácia.

The influence of self-efficacy beliefs in maintaining weight loss

Abstract: The following article addresses issues related to the maintenance of weight loss and its relation with self-efficacy beliefs in both obese and overweight patients under the bias of cognitive-behavioral psychotherapy. The maintenance of the weight loss is one of the most important as well as the most difficult stages faced by people that aims to maintain the weight loss. Therefore, this article seeks to understand how the sense of personal competence interferes with the maintenance of weight loss, giving that numbers of people who try to lose weight end up to getting fat after one year. Self-efficacy can be defined as the confidence in the own ability to organize and perform certain actions. The conclusion is that self-efficacy beliefs directly interfere in the maintenance of weight and it is continued checking, therefore its development and restructuration should be a focus of the work of psychotherapists and patients whose therapeutic goal are weight loss and maintenance.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; Weight loss; Self-efficacy.

Introdução

Obesidade e sobrepeso

A obesidade é um dos mais importantes problemas da atualidade, sendo, nos países desenvolvidos, considerada a principal dificuldade a se enfrentar quando se fala em saúde pública. Nos países em desenvolvimento ela também é considerada uma pandemia, afetando, portanto, sociedades do mundo inteiro (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004). A cada três adultos, um encontra-se com sobrepeso e, a cada dez,

um encontra-se obeso. A obesidade infantil grave, por exemplo, quase dobrou de número desde 1999 (Skinner & Skelton, 2014). Combater a obesidade é uma prioridade para a OMS, já que ela é um dos fatores desencadeadores e de manutenção de doenças não transmissíveis. O excesso de peso e a obesidade matam cerca de 2,8 milhões de adultos por ano, representando a quinta maior causa de morte em nível mundial (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2012).

Aspectos sociais, econômicos, endócrinos, psiquiátricos e metabólicos estão envolvidos na etiologia, que é resultante de fatores genéticos e ambientais (Bueno, Leal, Saquy, Santos, & Ribeiro, 2011). No entanto, a obesidade não é considerada um transtorno alimentar e tampouco um distúrbio psiquiátrico – mas problemas emocionais podem surgir em decorrência da obesidade, bem como a obesidade pode surgir em decorrência de problemas emocionais, tais como ansiedade e depressão (Vasques, Martins, & Azevedo, 2004). Na maioria dos casos, o obeso apresenta condições de sofrimento não só físico como psíquico, pois é comum que, ao perceber-se com excesso de peso, o indivíduo forme um autoconceito negativo (Cristobo, 2011; Franca, Biaggini, Mudesto, Alves, & Dornelles, 2012; Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013; Zukerfeld, 2011).

A obesidade e o sobrepeso podem ser identificados a partir do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000). Para se calcular o IMC, é necessário dividir o peso do indivíduo (em quilograma) pelo quadrado da altura (em metros). A Organização Mundial da Saúde entende que um baixo peso significa um IMC abaixo de 18,5kg/m², o peso normal é de um IMC entre 18,5 – 24,9kg/m², o sobrepeso é de um IMC entre 25,0 e 29,9kg/m² e a obesidade é identificada por um IMC acima de 30,0kg/m² (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000).

Existem diversos tratamentos para controle e manutenção do peso, mas a prática clínica e a literatura apontam que muitas pessoas que emagrecem não conseguem manter esta condição (Cooper, Doll, Hawker, Byrne, Bonner, Eeley, O'Connor, & Fairburn, 2010; Zukerfeld, 2011). Para que a obesidade e o sobrepeso sejam combatidos, são necessárias mudanças no estilo de vida do indivíduo, que incluem novos hábitos alimentares e adesão à exercícios físicos. Considerando a etiologia multifatorial, o ideal é o trabalho de uma equipe multidisciplinar no tratamento que visa à perda de peso: médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos são alguns dos profissionais da área da saúde que podem estar envolvidos nesse contexto (Bueno, 2011). Dentre as contribuições da psicologia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem se mostrando eficaz no tratamento de pacientes obesos e com sobrepeso que desejam emagrecer (Beck, 2007; Luz & Oliveira, 2013; Pimenta, Leal, Branco, & Maroco, 2009).

O seguinte trabalho tem como objetivo aprofundar conhecimentos sobre como manter a perda de peso, já que se sabe que grande parte dos pacientes que emagrece readquire o mesmo peso após um ano (Beck, 2007; Cooper, 2010). Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada a partir de artigos científicos indexados nas bases *Scielo* e *PubMed* e em livros publicados sobre o tema. As palavras-chave pesquisadas (também em língua espanhola e inglesa) foram: obesidade, autoeficácia, terapia cognitivo-comportamental e emagrecimento.

Terapia cognitivo-comportamental e emagrecimento

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem que foi desenvolvida inicialmente para o tratamento de pacientes deprimidos, no início da década de 60, por Aaron T. Beck, que percebeu haver uma distorção de pensamento no cerne dos transtornos psiquiátricos (Beck *et al.*, 1979). A conclusão foi a de que é possível modificar as emoções e o comportamento a partir da modificação dos pensamentos. Desde então, Beck e outros terapeutas e pesquisadores foram desenvolvendo e adaptando a TCC para uma série de transtornos e desordens psiquiátricas (Beck, 1995). Em se tratando das dificuldades alimentares, a modificação de pensamentos e comportamentos contribui não só para emagrecer como para manter o emagrecimento. A TCC traz as ferramentas para que esses objetivos sejam alcançados com sucesso (Beck, 2007; Franca *et al.*, 2012; Luz & Oliveira, 2013).

Existem diversas variáveis (de natureza pessoal e contextual) que interferem no excesso de peso. Experiências adversas na infância, depressão dos pais, exposição repetida a comentários negativos sobre forma e peso corporal e predisposição genética são fatores associados ao desenvolvimento da obesidade (Cristobo, 2011; Pimenta *et al.*, 2009, Zukerfeld, 2011). No entanto, um alto nível de perfeccionismo e de preocupação exagerada com a forma e o peso são os principais fatores que diferem a obesidade de um transtorno alimentar, como, por exemplo, o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP; Pimenta *et al.*, 2009). No tratamento com pacientes obesos e com sobrepeso, que desejam emagrecer, um dos principais objetivos da TCC é que o paciente consiga automonitorar pensamentos e comportamentos em relação à alimentação. Isso pode abranger técnicas comportamentais e cognitivas, para que seja possível, não só desenvolver comportamentos mais adaptativos em relação à alimentação, como também alcançar algum nível de reestruturação cognitiva. Tal reestruturação abrange a ressignificação do vínculo com a ingestão de alimentos e as crenças distorcidas em relação ao peso/imagem corporal/alimentação (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2009). Além do automonitoramento, objetiva-se o alcance de metas específicas (relacionadas à alimentação e à realização de exercícios físicos), o aumento do conhecimento do paciente em relação a aspectos nutricionais, mudança no estilo de vida, treinamento em resolução de problemas e trabalho de prevenção à recaídas (Wadden & Osei, 2002).

Um dos tratamentos sugeridos dentro da perspectiva da TCC para emagrecer e manter o emagrecimento é composto por três fases: na primeira fase, o objetivo principal é a perda de peso e a mudança cognitiva e comportamental em diversas áreas da vida da pessoa. Abordam-se, neste momento, questões referentes à diferença entre emagrecer e manter o emagrecimento, ou seja, entre o processo e a manutenção do mesmo. No final desta fase espera-se que os pacientes acreditem que é possível controlar o peso e aceitar sua estabilidade. A segunda fase tem como objetivos a identificação, a revisão e o redirecionamento de metas irreais de perda de peso, bem como a administração das preocupações com a imagem corporal. Na terceira fase, o objetivo é ajudar os pacientes a adquirirem e praticarem habilidades necessárias para a manutenção do peso. A flexibilidade do terapeuta é importante, pois é necessário que ele adapte o tratamento de acordo com as demandas de cada paciente e com seu estilo terapêutico. É essencial que o progresso dos pacientes possa ser mensurado ao decorrer das sessões, tanto para

manter a motivação quanto para identificar o que está ou não funcionando (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2009).

A mudança de comportamento sustentada por pessoas com obesidade é mais difícil do que a alteração comportamental sustentada por portadores de algum transtorno alimentar (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Bohn, & Hawker, 2009). Por essa razão, sugere-se que os profissionais da área da saúde trabalhem mais em nível preventivo em casos de obesidade (Cooper, 2010). O padrão alimentar incorreto e desorganizado facilita o acúmulo de peso (Anderson & Waldenn, 2000), e, portanto, a terapia cognitivo-comportamental visa modificar a forma com que a pessoa se relaciona com a comida. Essa modificação torna possível não só emagrecer, como manter-se motivado e engajado a continuar o automonitoramento para que os quilos perdidos não sejam readquiridos (Beck, 2007). Um dos fatores abordados pela TCC no tratamento da obesidade e sobrepeso são as crenças de autoeficácia, já que elas estão diretamente relacionadas ao sucesso ou insucesso do tratamento para emagrecer (Rivero, 2011).

Crenças de autoeficácia

O conceito de autoeficácia é definido como a confiança na capacidade de organizar e executar determinadas ações (Bandura, 1997). As crenças de autoeficácia constituem um dos principais mecanismos que exercem influência sobre as ações e motivações para mudança de um indivíduo. O resultado que se antecipa antes de agir depende extensivamente do que se acredita que é capaz de realizar. Ou seja, quem se julga altamente eficaz espera melhores resultados de suas ações do que aqueles que não se julgam eficazes. As pessoas baseiam-se nos seus julgamentos do quanto são capazes de realizar determinada tarefa para tomar decisões sobre quais ações irão elaborar, quanto esforço será dispendido e qual será a persistência a enfrentar os obstáculos (Bandura, 1997).

Apresentar alta autoeficácia resulta em bons desempenhos, assim como possuir baixa autoeficácia acarreta no contrário (Bandura, 1992; Freire & Oliveira, 2011). Desta forma, pode-se concluir que crenças de autoeficácia são mediadoras do desempenho em tarefas futuras. Além disso, o propósito de autoeficácia em determinada tarefa está condicionado a eventos, contextos e papéis específicos. Logo, é necessário que o propósito seja investigado em diferentes circunstâncias, pois pode ser modificado dependendo do ambiente e situação em que o indivíduo se encontra (Bandura, 1992; Freire & Oliveira, 2011). Pessoas com baixo senso de autoeficácia podem evitar certas atividades e certos ambientes por não sentirem-se capazes de manejar com os mesmos, pois, diante das dificuldades, concentram-se apenas nas suas deficiências (Bandura, 1999).

O conceito de autoeficácia abrange expectativas de autoeficácia e expectativas de resultado. A expectativa de autoeficácia é a crença de que se é capaz de executar determinado comportamento, necessário para atingir um objetivo. Por outro lado, a expectativa de resultado é a crença de que certo comportamento levará a determinado objetivo. Portanto, uma pessoa pode crer que o comportamento “x” leva ao resultado “y” (expectativa de resultado), mas perceber-se incapaz de produzir o comportamento “x” (expectativa de autoeficácia). Existem quatro fatores que formam a expectativa de autoeficácia: (1) realizações pessoais (possuir sucesso em experiências pessoais faz com que os ganhos se generalizem a outras situações), (2) observação de experiências

(a observação de pessoas realizando determinadas tarefas e obtendo sucesso pode gerar expectativas no observador de que algo é passível de ser realizado), (3) persuasão verbal (por meio da persuasão os indivíduos podem sentir-se estimulados a enfrentar situações diversas); e, (4) respostas emocionais (algumas situações geradoras de estresse podem interferir na percepção da competência pessoal). Desses, o fator (1) realizações pessoais é o mais predominante no desenvolvimento da percepção de eficácia, pois baseia-se em experiências próprias do indivíduo (Salveti & Pimenta, 2007).

A autoeficácia tem como origem aspectos do autoconceito do indivíduo (Bandura, 1997). Surge do cruzamento entre as noções de características próprias, capacidades e competências que uma pessoa tem de si mesma. É difícil avaliar a estabilidade da autoeficácia, pois as crenças podem alterar dependendo daquilo que deve ser feito. Em outras palavras, é possível que uma pessoa sinta-se altamente eficaz para cozinhar, por exemplo, mas ineficaz para conseguir fazer uma dieta. A noção de competência, portanto, é variável e relativa (Neves & Faria, 2009).

O papel das crenças de autoeficácia na mudança terapêutica

Pessoas obesas ou com sobrepeso podem ter crenças e pensamentos disfuncionais em relação ao peso, à alimentação e ao valor pessoal. É comum que vinculem o fato de ser magro com capacidades de autocontrole, competência e superioridade. Logo, isso interfere diretamente na autoestima da pessoa e pode desenvolver crenças disfuncionais de que “se sou gordo, então não tenho condições de me controlar/não tenho valor/sou inferior” (Abreu, 2003).

A abordagem da autoestima de ser contemplada em pacientes que se propõe a fazer uma psicoterapia cognitivo-comportamental, com o propósito de modificação de crenças associadas à inferioridade e percepção negativa de si (Erdos, Oliveira, & Piccoloto, 2011). É importante diferenciar os conceitos de autoestima e autoeficácia, pois, ainda que os mesmos relacionem-se entre si, diferenciam-se em alguns aspectos. A autoestima é um construto complexo, associado ao bem-estar psicológico e sabe-se que uma baixa autoestima vincula-se a fenômenos como depressão e suicídio (Gobitta & Guzzo, 2002). É um juízo de valor que o indivíduo faz de si mesmo, indicando se o mesmo se sente capaz, valioso e importante. É algo subjetivo, que pode ser identificado através da forma como a pessoa se coloca nas relações e a maneira como expõe seus sentimentos e comportamentos. Indivíduos com uma alta autoestima irão criar uma imagem mais constante de seus valores e capacidades, orientando-se mais para suas metas pessoais e serão menos envolvidos com seus medos e ambivalências (Coopersmith, 1967). Através desse entendimento, percebe-se que o conceito de autoeficácia compõe o conceito de autoestima, mas o segundo é mais amplo, subjetivo e generalizado. Sentir-se capaz de realizar algo é um dos pontos que integram a autoestima de alguém. É mais provável, desta forma, que uma pessoa com crenças de autoeficácia componha uma alta autoestima, mas não necessariamente signifique que esta pessoa tenha alta autoestima, visto que sentir-se capaz é apenas um aspecto do juízo de valor complexo que é o conceito de autoestima.

A manutenção da dieta segue o mesmo curso do início da mesma (Beck, 2007). Ou seja, mesmo depois de alcançar o peso desejado, será necessário que a

pessoa continue demandando esforço próprio, caso contrário voltará a readquirir peso. Nesse aspecto mostra-se importante a existência de crenças de autoeficácia, porque ela será necessária não apenas para iniciar a perda peso como também para mantê-la. Pessoas obesas que se sentem capazes de controlar o peso e que entendem que o emagrecimento dependerá de suas ações tem mais probabilidade de manter o emagrecimento (Rivero, 2011). O processo de emagrecimento deve ser a etapa inicial para perder peso e manter essa condição. Para manter-se com o peso almejado é necessário que o indivíduo não perceba o emagrecimento como um processo finito, e sim como o início da aquisição de novos hábitos, que constituirão um novo padrão de se relacionar com a alimentação. Escolher opções saudáveis durante a rotina é algo que deve tornar-se automático (Beck, 2007).

Os efeitos psicológicos da obesidade ou sobrepeso devem ser observados, pois podem indicar insatisfações com outros aspectos da vida (Serrano, Vasconcelos, Silva, Cerqueira, & Pontes, 2010). Desenvolver habilidades sociais e a realização de uma avaliação multifacetada do valor pessoal faz com que a autoestima de um indivíduo seja baseada também em outros atributos, que não apenas a imagem corporal. Aumentar o arsenal de habilidades sociais e melhorar a qualidade das relações interpessoais proporciona o desenvolvimento de crenças de autoeficácia e, portanto, é uma forma de trabalhar a autoestima (Correia, Prette, & Del Prette, 2004).

Considerações finais

Atualmente, sendo o sobrepeso e a obesidade questões importantes de saúde pública, muitas pessoas buscam diversas formas de auxílio para conseguir atingir o peso almejado. A psicologia pode ser uma essencial fonte de ajuda, já que se sabe da dificuldade real do momento de manutenção da dieta. Para que o peso seja mantido, é imprescindível que o indivíduo continue tendo constante controle da alimentação e exercendo hábitos de vida saudáveis, utilizando capacidade de flexibilidade nesse processo. Modificar a forma de se relacionar com os alimentos é um aspecto primordial na busca pela saúde. Este estágio, quando atingido, possibilita a obtenção de sucesso no alcance das metas dos pacientes, os tornando capazes de manejar emoções vinculadas à alimentação.

As crenças de autoeficácia influenciam diretamente no objetivo de emagrecer, tanto no processo em si como antes dele: possuir crenças de autoeficácia aumenta a motivação para iniciar a dieta. Além disso, acreditar na própria capacidade faz com que os obstáculos sejam mais facilmente enfrentados. É importante que o profissional da saúde mental conheça esse aspecto para que possa também trabalhá-lo e desenvolvê-lo, atingindo assim melhores resultados com seus pacientes.

Foi identificada uma carência de estudos relacionados à manutenção do processo de emagrecimento, o que é um limitador dessa pesquisa. As pesquisas atuais vinculadas ao peso e imagem corporal encontradas direcionam-se principalmente a aspectos relacionados à obesidade e transtornos alimentares. Sendo assim, identifica-se um campo de aprofundamento dos conhecimentos relacionados à psicologia do emagrecimento, pois a psicologia tem muito a contribuir neste processo.

Referências

- Abreu, C. N. & Roso, M. (2003). *Psicoterapias cognitiva e construtivista, novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, D. A. & Wadden, T. A. (2000). Tratando o paciente obeso: Sugestões para a prática de atendimento primário. *Revista Médica Jornal Americano Medicina*, 4(5), 3172-3188.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In: R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. In: A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-54). Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: ArtMed.
- Beck, J. S. (2007). *Pense magro: A dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: ArtMed.
- Bueno, J. M., Leal, F. S., Saquy, L. P., Santos, C.B., & Ribeiro, R.P. (2011). Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Revista de Nutrição de Campinas*, 24(4), 575-584.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour, Research and Therapy*. 48(8), 706-713.
- Cooper, Z., Fairburn, C., & Hawker, D. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Manual do terapeuta*. São Paulo: Roca.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Correia, S. K. B., Prette, Z. A. P. Del., & Prette, A. Del. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: Um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9(2), 201-210.
- Cristobo, C. (2011). *Obesidad Hablada: Una Experiencia Grupal*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Duchesne, M., Apolinário J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-91.
- Duchesne, M. & Almeida, P. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 49-53.
- Erdos, R., Oliveira, A. C., & Piccoloto, N. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental no Acompanhamento Pré-cirúrgico e Pós-cirúrgico de Cirurgia Bariátrica. In Wainer, R; Piccoloto, & N; Pergher, G (Orgs). *Novas temáticas em terapia cognitiva*. Porto Alegre: Synopsis.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., & Hawker, D. M. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 3(166), 311-319.
- Franca, C., Biaggini, L., Mudesto, M., Alves, A. P., & Dornelles, E. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estudos em Psicologia*, 17(2), 337-345.
- Freire, S. D. & Oliveira, M. S. (2011). Autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas ilícitas: Uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 27(4), 527-536.
- Gobitta, M. & Guzzo, R. S. L. (2002). Estudo inicial do inventário de Autoestima (SEI): Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143-150.
- Luz, F. Q. & Oliveira, M. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão da literatura. *Aletheia*, 40, 159-173.
- Nascimento, C. A. D. do, Bezerra, S. M. M. da Silva, & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: Semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206-218.
- Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. C., & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: ArtMed.
- OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2000). Obesidad e sobrepeso. Disponível em: <<http://www.who.int>>.
- OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponível em: <<http://www.who.int/>>.
- OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2012). Datos y estadísticas. Disponível em: <<http://who.int>>.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente: Uma revisão de literatura sobre fatores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 27(2), 175- 187.
- Rivero, Z. L. (2011). Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autoregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-56.
- Salveti, M. & Pimenta, C. (2007). Dor crônica e a crença de autoeficácia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 135-140.
- Serrano, S. Q., Vasconcelos, M. G., Silva, G. A., Cerqueira, M. M., & Pontes, C. M. (2010). Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(1), 25-31.
- Skinner, A. & Skelton, J. (2014). Prevalence and trends in obesity and severe obesity among children in the United States, 1999-2012. *Journal of Medication Association Pediatrics*, 68(6), 561-566.
- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.

- Wadden, T. A. & Osei, S. (2002). The treatment of obesity: An overview. In: T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Ed), *Handbook of obesity treatment* (pp. 67-72). New York: Guilford Press.
- Weber, M. & Wyne, K. (2006). A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 83(1), 95-101.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la Obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H., Specher, S. M., Pyle R., & Raymond, N. (1994). Eating related and general psychopathology in obese female with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 15, 43-52.

Recebido em julho de 2014

Aceito em março de 2015

Mariana Sanchez Gomes Ferreira: Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Mestranda em Psicologia.

Daniela Schneider Bakos: Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (Unisinos), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS).

Luísa Fernanda Habigzang: Doutora em Psicologia, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Endereço para contato: mariana@sgferreira.com.br