



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ANDRÉIA DE LIMA BARBOSA

**ESTUDO EXPLORATÓRIO-INTERVENTIVO NO TRATAMENTO DA
OBESIDADE SEGUNDO O PROTOCOLO BECK “PENSE MAGRO”**

UBERLÂNDIA
2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ANDRÉIA DE LIMA BARBOSA

**ESTUDO EXPLORATÓRIO-INTERVENTIVO NO TRATAMENTO DA
OBESIDADE SEGUNDO O PROTOCOLO BECK “PENSE MAGRO”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Ederaldo José Lopes

Coorientador: Leonardo Gomes Bernardino

UBERLÂNDIA
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- B238e
2017 Barbosa, Andréia de Lima, 1979
 Estudo exploratório-interventivo no tratamento da obesidade segundo o Protocolo Beck "Pense Magro" / Andréia de Lima Barbosa. - 2017.
 113 p. : il.
- Orientador: Ederaldo José Lopes.
 Coorientador: Leonardo Gomes Bernardino.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.40>
 Inclui bibliografia.
1. Psicologia - Teses. 2. Obesidade - Tratamento - Teses. 3. Terapia cognitiva - Teses. 4. Psicoterapia em grupo - Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II. Bernardino, Leonardo Gomes. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ANDRÉIA DE LIMA BARBOSA

**ESTUDO EXPLORATÓRIO-INTERVENTIVO NO TRATAMENTO DA
OBESIDADE SEGUNDO O PROTOCOLO BECK “PENSE MAGRO”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Ederaldo José Lopes

Coorientador: Leonardo Gomes Bernardino

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Orientador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Sabrina Barroso (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Suplentes

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Claudiane Aparecida Guimarães (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

UBERLÂNDIA
2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me permitiu a realização deste trabalho e agiu para que tudo transcorresse conforme Sua vontade, que é sempre o melhor para cada um de nós, colocando no meu caminho pessoas maravilhosas, fundamentais para este resultado que aqui venho apresentar.

Agradeço ainda a minha família, meus pais, filhos amados Henrique e Mateus, que souberam me apoiar e compreender as ausências e dificuldades para a realização deste. Às minhas queridas irmãs, de sangue ou de alma, por estarem verdadeiramente comigo ao longo desse percurso; aos meus irmãos, pelo exemplo e incentivo; ao meu namorado e companheiro, por enriquecer a minha vida neste período de tantas renúncias, com seu amor, carinho e compreensão.

Nada disso seria possível sem a minha brilhante Mestre Renata Ferrarez Fernandes Lopes, exemplo de profissional, educadora, pessoa iluminada repleta de generosidade para com todos que a buscam. Tenho sido agraciada pela sua presença em minha vida, espero poder retribuir ao mundo com os seus inestimáveis ensinamentos. Na sua ausência, deixou ainda substitutos brilhantes, seu esposo e não menos querido Professor Ederaldo José Lopes, que viabilizou a conclusão desta pesquisa, além do querido amigo e Mestre Leonardo Gomes Bernardino, que generosamente dispôs de seus conhecimentos e precioso tempo para auxiliar-me na finalização do trabalho, de forma tão atenciosa e admirável; muito obrigada a vocês.

Às colegas e companheiras de caminhada neste Mestrado, obrigada por compartilharem comigo este tempo e tantos ensinamentos.

Enfim, não poderia deixar de agradecer as participantes deste estudo, tão queridas pela equipe que formamos. Mulheres de fibra, guerreiras por um mundo melhor, para todos os que cruzam seus caminhos.

“Tudo posso, n’Aquele que me fortalece”.

Filipenses 4:13.

RESUMO

A obesidade é uma doença atual de grande prevalência no Brasil e no mundo. Trata-se de uma condição multifatorial, que envolve aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido empregada com eficácia comprovada no tratamento da obesidade e suas comorbidades, como índices de ansiedade e depressão. Este trabalho tem por objetivos: apresentar a adaptação do Protocolo Beck Pense Magro para um grupo psicoterápico de obesas pós-bariátricas que apresentaram reganho de peso, em tratamento psiquiátrico paralelo no Ambulatório de Transtornos Alimentares do HC/UFU, de onde foram encaminhadas e avaliar o impacto desta intervenção sobre os índices de ansiedade, depressão e peso (IMC) das participantes. Foram selecionadas 3 participantes, segundo os critérios de inclusão/exclusão do estudo, porém uma delas não concluiu todas as etapas da pesquisa. O estudo se deu em três etapas: 1) três encontros individuais para entrevistas, medidas antropométricas iniciais e escalas Beck de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI); 2) oito sessões em grupo de intervenção psicoterápica segundo o protocolo Pense Magro e, ao final, novas medidas antropométricas e replicação das escalas; e 3) *follow up* três meses após o encerramento dos atendimentos em grupo, com reteste das medidas coletadas nas duas etapas anteriores, para se avaliar a manutenção dos resultados alcançados com a intervenção realizada. Os resultados mostraram um impacto da intervenção sobre sintomas depressivos e peso das participantes, porém esses resultados, em sua maioria, não se mantiveram na última etapa; os níveis de ansiedade das participantes tiveram seus índices elevados ao longo da pesquisa, apesar da análise de satisfação das participantes sobre o serviço ofertado ter tido resultados positivos. Discutimos as hipóteses de que variáveis como número de sessões e cronicidade dos transtornos emocionais das participantes, possam estar relacionadas a estes resultados.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental; Pense Magro; Obesidade; TCCG.

ABSTRACT

Obesity is a current disease of great prevalence in Brazil and in the world. It is a multifactorial condition that involves emotional, cognitive and behavioral aspects. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has been used with proven efficacy in the treatment of obesity and its comorbidities, such as anxiety and depression indexes. This paper aims: to present the adaptation of the Beck Think Thin Protocol to a psychotherapeutic group of obese post-bariatric patients, with weight regain, in parallel psychiatric treatment at the Ambulatory of Eating Disorders of HC / UFU, from where they were referred and to evaluate the impact of this intervention on the anxiety, depression and weight (BMI) indices of the participants. Three participants were selected according to the inclusion / exclusion criteria of the study, however one did not complete all the stages of the study. The study was carried out in three stages: 1) three individual sessions to interviews, initial anthropometric measurements and Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI); 2) eight sessions were performed in a group of psychotherapeutic intervention according to the Think Thin protocol and, at the end, new anthropometric measurements and inventories replication; and 3) follow-up three months after the end of the group, retesting the measures collected in the previous two stages, to evaluate the maintenance of the results achieved with the intervention performed. The results showed an impact of the intervention on depressive symptoms and weight of the participants, but these results, for the most part, were not maintained in the last stage; The anxiety levels of the participants had their indexes high throughout the research, despite the satisfaction analysis of the participants about the service offered have had positive results. We discuss the hypotheses that variables such as number of sessions and chronicity of the participants' emotional disorders may be related to these results.

Key-words: Cognitive Behavioral Therapy; Think Thin; Obesity; TCCG.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1. A Abordagem Cognitivo-comportamental.....	13
2.2. O Programa Pense Magro	15
2.3. Psicoterapia de Grupo	17
3. OBJETIVOS.....	21
3.1. Objetivo geral	21
3.2. Objetivos específicos	21
4.MÉTODO.....	22
4.1. Delineamento do Estudo.....	22
4.2. Contexto e Participantes da Pesquisa.....	22
4.2.1. Amostra.....	22
4.2.2.Critérios de Inclusão.....	22
4.2.3.Critérios de Exclusão.....	23
4.2.4. Local da Pesquisa.....	23
4.3.Materiais e Instrumentos.....	23
4.4.Procedimentos.....	27
4.5.Análise dos dados.....	29
5. RESULTADOS.....	30
5.1.Caracterização da amostra.....	30
5.2.Adaptação do protocolo Pense Magro para o trabalho psicoterápico realizado em grupo.....	31
5.3. Resumo das oito sessões de intervenção psicoterápica em grupo baseada no Pense Magro.....	73
5.4. Medidas obtidas nas três etapas.....	80
5.4.1.Nível de ansiedade.....	80
5.4.2.Nível de depressão.....	82
5.4.3.Peso (kg).....	83
5.4.4.Índice de massa corporal (IMC).....	83
5.4.5.Avaliação do serviço.....	84
6. DISCUSSÃO.....	85

6.1. Impacto da intervenção e dos eventos da vida pessoal sobre o humor e o peso/IMC das participantes.....	85
6.2. TCCG x Pense Magro.....	89
7.CONCLUSÃO	92
8. REFERÊNCIAS.....	93
Apêndice A: Resumo do Livro “Pense Magro: A Dieta Definitiva de Beck”(Beck, 2009).....	97
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
Anexo B: Entrevista semi-estruturada.....	109
Anexo C: Tarefas dos 42 dias segundo o protocolo Beck Pense Magro, distribuídas por semana.....	111

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição humana de grande prevalência na população mundial, com características epidêmicas no que diz respeito à ocorrência e aumento dos casos, sem distinção entre localização geográfica, nível socioeconômico, sexo e idade. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization / WHO) definiu obesidade e sobrepeso como “anormal ou excessivo acúmulo de gordura corporal, que pode prejudicar a saúde.” Para se chegar a esta definição, utiliza-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que segue a seguinte fórmula: Massa (kg) dividida pela altura (m) ao quadrado, logo: $IMC = kg/m^2$. Assim, o padrão consensual para se definir obesidade é um IMC maior ou igual a 30 (WHO, 1997). Já o sobrepeso é definido por um $IMC > 24,99 kg/m^2$ (Sampaio & Figueiredo, 2005). Mundialmente, a WHO apontou que 1,9 bilhões de pessoas (39% da população) apresenta, segundo os critérios acima citados, sobrepeso e, 600 milhões de pessoas (13% da população) estão obesos. Ainda segundo a mesma entidade, a projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos (WHO, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa denominada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2016), a qual indicou que 53,8% da população brasileira acima de 18 anos está acima do peso ideal, índice que aumentou cerca de 18% de 2006 a 2014, segundo o mesmo órgão. Este aumento foi observado tanto em homens (57,7% acima do peso) quanto em mulheres (50,5% estão acima do peso). Outro dado alarmante proveniente deste estudo é que 18,9% da população atinge o critério para obesidade.

Quanto a sua etiologia, é sabido que a obesidade se dá, basicamente, por um desequilíbrio energético entre calorias ingeridas e calorias gastas (WHO, 2011), onde há um saldo positivo para a ingestão em relação às calorias gastas. Fatores ambientais e biológicos vêm sendo identificados na predisposição dos indivíduos a se tornarem obesos. Contudo, o rápido aumento da obesidade sugere que é preciso mais que isso (Shaw, O'Rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005). Caetano, Carvalho e Galindo (2005) descrevem a obesidade como síndrome multifatorial na qual genética, metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diferentes realidades socioeconômicas. Xavier, Silva, Mendes e Neufeld (2010) acrescentam que fatores psicológicos, socioculturais, genéticos e fisiológicos também devem ser considerados para se avaliar a etiologia e manutenção do

fenômeno da obesidade. Daí a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para este fenômeno, para a sua prevenção, êxito no tratamento e manutenção a longo prazo dos resultados neste alcançados.

A WHO classifica a obesidade em níveis, conforme sua gravidade: obesidade grau I, quando o IMC está entre 30 e 34,9kg/m²; obesidade grau II, quando o IMC está entre 35 e 39,9kg/m²; e obesidade grau III (ou obesidade mórbida) quando o IMC está igual ou acima de 40 kg/m². Estima-se que 4 milhões de brasileiros tenham atingido o estágio de obesidade mórbida, segundo levantamento feito pelo Ministério da Saúde entre 2006 e 2009. A obesidade mórbida é acompanhada de uma série de complicações que comprometem a saúde de maneira geral, colocando muitas vezes em risco a vida dos indivíduos acometidos por complicações graves, como os distúrbios cardiovasculares, ortopédicos, digestivos, endócrinos, dermatológicos e respiratórios. Dessa maneira, a obesidade é considerada um fator de risco, dentre outros, relacionados à morbidade e mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a sua redução é meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (Plano Brasil – Ministério da Saúde, 2011). Seu controle faz parte também, em consonância com este plano de ações, das metas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS), como estratégia para prevenção e controle de tais doenças.

Por ser a obesidade um fenômeno cujo centro se apoia no aspecto comportamental, para ser enfrentada com êxito, no que diz respeito ao alcance das metas estabelecidas de um peso saudável, é preciso mudanças nos hábitos alimentares, condicionamento físico e na atenção à saúde psíquica. Para o obeso mórbido, o alcance destas metas é ainda mais difícil, devido a gravidade e complexidade de seu estado geral de saúde, o que exige medidas mais drásticas de tratamento, já que a maioria deles não obtém sucesso nos tratamentos convencionais para perda de peso. Este fracasso mantém o obeso mórbido num ciclo vicioso de frustração e ansiedade constantes, estresse e depressão, que influenciam mais ainda o comportamento alimentar inadequado e no agravamento da morbidade (Marcelino & Patrício, 2011).

Desta dura realidade de fracasso e com o crescimento da população de superobesos (obesidade grau III), desde a década de setenta do século XX, a Medicina vem desenvolvendo técnicas cirúrgicas como tratamento para a obesidade mórbida, agrupadas sob o nome de cirurgia bariátrica ou gastroplastia ou cirurgia da redução do estômago. Sua indicação está relacionada à perda de peso para quem sofre de problemas crônicos de saúde associados à

obesidade mórbida, especialmente os portadores de Diabetes Mellitus tipo II (Marcelino & Patrício, 2011). Estes autores apontam que o procedimento cirúrgico possibilita uma redução média de 40% do peso inicial em um ano a partir da realização da cirurgia. Com a redução do tamanho do estômago, perde-se também até 90% de sua capacidade de absorção de nutrientes; com sua capacidade reduzida de suportar a quantidade habitual de alimentos, o estômago enche-se mais rapidamente e a mensagem de saciedade é enviada ao cérebro, fazendo com que a pessoa, saciada, coma bem menos que antes. Assim, dá-se o emagrecimento.

Os fatores que compõem a indicação para a cirurgia bariátrica são: IMC acima de 40 kg/m² ou acima de 35kg/m² na presença de doenças associadas; fracasso nos métodos tradicionais de emagrecimento; ausência de causas endócrinas para a obesidade e avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente em suportar as transformações comportamentais impostas pela cirurgia (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). Tais aspectos sempre deverão ser analisados por uma equipe multiprofissional, que dará o parecer favorável ou não à realização do procedimento cirúrgico, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).

Os resultados satisfatórios da gastroplastia incluem perda de peso, melhora das comorbidades e da qualidade de vida geral, especialmente advindos da resignificação de valores sobre o corpo e de padrões de hábitos cotidianos para a superação de problemas psicossociais, estritamente relacionados ao ganho/reganho de peso. Por outro lado, as repercussões insatisfatórias envolvem complicações no próprio ato cirúrgico, agravamento de doenças associadas e até mesmo, em pequena porcentagem, o óbito do paciente (Fandiño, et.al., 2004; Marcelino & Patrício, 2011).

O reganho de peso no futuro é um fator que pode ocorrer, especialmente a partir de dois anos da operação, caso não seja feito o devido acompanhamento pelo paciente no tratamento pós-cirúrgico, o que envolve uma necessária e contínua disciplina. O tempo pós-operatório e a atividade laboral estimulando a alimentação fora de casa foram encontrados como fatores determinantes para a ocorrência de reganho de peso. Diversos fatores não cirúrgicos são apontados como preditivos do ganho de peso após a gastroplastia, dentre eles: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, baixa adesão ao acompanhamento pós-operatório, IMC inicial muito elevado, entre outros (Bastos, Barbosa, Soriano, dos Santos, & Vasconcelos, 2013).

Verifica-se que a obesidade está relacionada a fatores psicológicos como controle, percepção de si e desenvolvimento emocional na infância e adolescência. Também é preciso destacar a estreita associação entre altos níveis de ansiedade e obesidade, sendo que esta

possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo tratamento psicológico urgente (Caetano et al., 2005). Neste sentido, estudos nos mostram que o padrão alimentar desordenado prévio à cirurgia bariátrica tende a persistir após a operação e pode agravar a condição clínica do paciente, além de facilitar o reganho de peso a longo prazo.

Raramente os indivíduos obesos têm problemas médicos que os impedem de emagrecer. A obesidade exógena (atribuída a fatores ambientais) é responsável por aproximadamente 95% dos indivíduos obesos, enquanto que os 5% restantes decorrem de fatores endógenos (Machado, Pellanda, Vigueiras, & Ruschel, 2005). No entanto, apresentam padrões de pensamento disfuncionais que, quando modificados, fazem com que passem a ter uma maior percepção sobre o que comem e a apreciar a comida sem culpa, favorecendo persistirem em uma dieta em prol da perda de peso (Beck, 2011). Dessa maneira, pessoas com sobrepeso e obesidade beneficiam-se de intervenções psicológicas para a diminuição do peso corporal, sendo a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) particularmente indicada para este tipo de tratamento em conjunto com atividade física e reeducação alimentar (Cordás, Lopes Filho, & Segal, 2004; Shaw et al., 2005).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A Terapia Cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) trabalha a intrínseca relação entre pensamentos, comportamentos e emoções, onde a cognição atua como mediadora da relação do sujeito com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão do comportamento e das emoções (Beck, 2009). Esta abordagem psicológica foi desenvolvida pelo psiquiatra norte-americano Aron T. Beck, na década de 1960, como referencial teórico alternativo às teorias psicológicas predominantes na época, como a Psicanálise. O modelo cognitivo de psicopatologia proposto por Beck enfatiza o papel central do pensamento na evocação e manutenção da depressão, ansiedade e raiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

O modelo cognitivo de Beck sugere que existem vários níveis de avaliação cognitiva, sendo que no nível mais imediato estariam os pensamentos automáticos, que surgiriam espontaneamente e parecem estar associados a comportamentos problemáticos ou emoções perturbadoras (Beck & Dozois, 2011). Esses pensamentos automáticos podem ser classificados de acordo com vieses ou distorções específicas - por exemplo, leitura mental, personalização, rotulação, adivinhação do futuro, catastrofização ou pensamento dicotômico do tipo tudo-ou-nada (Beck, 1976; Beck, Hollon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985); podem, ainda, ser verdadeiros ou falsos. Leahy (2006) aponta que vieses cognitivos aumentam a vulnerabilidade a eventos negativos de vida. Perdas ou impedimentos teriam maior probabilidade de ser interpretados de forma exagerada, personalizada e negativa.

As experiências pessoais seriam canalizadas através destes pensamentos automáticos e depois avaliadas de acordo com os pressupostos subjacentes (“Se..., então...”). Os pressupostos subjacentes estariam ligados ao esquema pessoal (“Não sou digno de amor” - exemplo de crença central ou nuclear localizada num eixo de desamor), reforçando ainda mais a crença pessoal negativa e confirmando, mais uma vez, o conteúdo dos pensamentos automáticos. O sistema de crenças de um indivíduo exerce importante papel no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. Um sistema distorcido de crenças pode perpetuar-se em decorrência de tendências disfuncionais do raciocínio (Duchesne & Almeida, 2002). O atual modelo cognitivo de Beck enfatiza o aspecto do pensamento científico que busca a “desconfirmação” ou “falsificação” da crença desadaptativa ou disfuncional (Beck & Dozois, 2011). Isto significa que podemos examinar e também provar que a crença é errada ou inadequada, em vez de simplesmente buscar evidências confirmatórias que perpetuem o esquema psicopatológico. Ocorre, entretanto, que algumas

vezes nos deparamos com fatos verdadeiramente negativos acerca da realidade que vivenciamos. Nestas circunstâncias, ao invés da estratégia de questionamento sobre a validade ou não das cognições relacionadas a estes fatos (já que são reais, portanto válidos e não interpretações distorcidas da realidade), a estratégia aqui proposta pelo modelo cognitivo sugere o questionamento quanto à utilidade destes pensamentos, visando conclusões que levem ao menor sofrimento.

Beck (1997) resume que o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional, que influencia o humor e o comportamento do paciente, seria comum a todos os transtornos psicológicos. Assim, quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obteriam uma melhora em seu estado emocional e em seu comportamento. Ainda segundo esta autora, para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo (futuro) e as outras pessoas. Somente a modificação das crenças disfuncionais subjacentes produziria uma mudança mais duradoura com relação ao alívio dos sintomas psicopatológicos ou sofrimento emocional.

Por se tratar de uma teoria baseada em evidências, a TCC vem sendo amplamente avaliada quanto à eficácia de seus tratamentos (Hofmann, 2014; Beck & Dozois, 2011; Luz & Oliveira, 2013). Uma revisão sistemática da literatura científica mostrou que a TCC tem experiências bem-sucedidas no tratamento da obesidade e do sobrepeso, apresentando protocolos eficazes para a perda de peso e a manutenção desta, especialmente se aliados à dieta hipocalórica e aos exercícios físicos (Shaw et al., 2005). A TCC ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e a manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos. Assim, para a modificação dos comportamentos disfuncionais relacionados à obesidade, a TCC emprega várias técnicas, sendo algumas delas: automonitoração, técnicas para controle de estímulos (gatilhos) e o treinamento em resolução de problemas. Estas vão ajudar o indivíduo a desenvolver estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada (Beck, 1997; Beck et al., 1985). Em geral, a TCC ainda emprega técnicas para prevenção de recaídas e consequente manutenção dos resultados alcançados com o tratamento (Duchesne et al., 2007; Leahy, 2006).

2.2. O programa Pense Magro

“Pense magro: a dieta definitiva de Beck – Treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra” (Beck, 2009) é o primeiro livro sobre o programa Pense Magro. Este foi o modelo escolhido para ser replicado neste estudo exploratório. Nessa obra, a autora propõe um programa de 6 semanas, dia-a-dia descrito e bastante detalhado. Seu objetivo é capacitar o leitor a compreender e implementar técnicas da TCC para seguir corretamente uma dieta hipocalórica prescrita por um profissional da área, promover mudanças comportamentais fundamentais em sua vida, lidar com situações cotidianas desafiadoras à perda de peso, bem como manter os resultados alcançados por longo prazo. Um resumo do livro encontra-se no Apêndice A.

A autora cita as principais distorções cognitivas que impedem os indivíduos que fazem dieta a alcançar e manter o peso desejado, chamados de “pensamentos sabotadores”, a saber: racionalização (“Não há mal nenhum em comer isto porque...”), subestimação das consequências (“Comer isto não vai fazer diferença”), pensamentos auto-ilusórios (“Já que exagerei um pouquinho, posso também comer tudo o que quiser no resto do dia”), regras arbitrárias (“Não posso desperdiçar alimentos”), leitura da mente (“Minha amiga pensará que sou mal educada se eu não comer o bolo que ela fez”), e exagero (“Não suporto estar com fome”).

Estes pensamentos distorcidos acerca da alimentação prejudicam o indivíduo e contribuem para o quadro da obesidade ao 1) incentivar a pessoa a comer, pois os pensamentos de “permissão” a autorizam a racionalizar aquilo que come; 2) minar com a autoconfiança, surgindo depois da pessoa ter comido algo que considera que não deveria, ou quando a pessoa se pesa e percebe que ganhou peso, por exemplo, “foi terrível o que fiz; sou tão fraco; não conseguirei emagrecer nunca; devo desistir agora; isso nunca vai dar certo”; 3) autorizar o indivíduo a desconsiderar técnicas e orientações propostas por profissionais, como se não fossem realmente necessárias para êxito da dieta e/ou tratamento para obesidade; e 4) aumentar o nível geral de estresse, exigindo do indivíduo perfeição em suas ações frente ao comportamento alimentar disfuncional, trazendo ideias derrotistas quando as metas, em geral irrealistas, não são alcançadas.

Estes pensamentos disfuncionais emergem a partir de estímulos ambientais (a visão e o cheiro dos alimentos), estímulos biológicos (fome, a sede, o desejo incontrolável de comer), estímulos mentais (pensamentos ou lembranças sobre alimentos, leituras de receitas culinárias), estímulos emocionais (sentimentos desagradáveis como a raiva, a tristeza, a ansiedade, a frustração e o aborrecimento, que fazem o indivíduo comer para buscar conforto

ou se distrair), e estímulos sociais (pessoas que incentivam a pessoa a comer ou situações nas quais o indivíduo gostaria de comer como os demais).

Também foram identificadas especificidades do pensamento de quem tem dificuldades para emagrecer. São elas: confundir fome com vontade de comer; ter baixa tolerância à fome e ao desejo incontrollável de comer; gostar da sensação de comer exageradamente; iludir-se a respeito da quantidade de alimentos que consome; sentir conforto emocional no alimento; sentir-se sem amparo ou esperança ao engordar; focar-se na questão da injustiça em relação às pessoas magras, sem considerar o cuidado que a maioria das pessoas magras tem com a sua alimentação; e interromper a dieta imediatamente após emagrecer, recuperando o excesso de peso perdido.

Para abordar esta questão das dificuldades no emagrecimento, Judith Beck em parceria com sua filha Deborah Beck publicou recentemente o livro *The diet trap solution: train your brain to lose weight and keep it off for good* (2015), ainda não traduzido para o português. Armadilha é o termo usado pelas autoras para se referir aos desafios diários e específicos enfrentados por quem faz dieta. Estas armadilhas estão apoiadas na forma como pensamos de maneira automática e com teor avaliativo sobre nossa alimentação, sobre nós mesmo, os outros e o futuro, o que repercute diretamente em nossas emoções, nossas reações fisiológicas e nosso comportamento. As armadilhas são divididas em: *Internal traps* (armadilhas internas, relacionadas ao stress e ao comer por razões emocionais); *Interpersonal traps* (armadilhas interpessoais, relacionadas aos empurradores de comida e à família de maneira geral); *External traps* (armadilhas externas, relacionadas às circunstâncias como viajar, comer fora e em feriados/ férias) e *Universal traps* (armadilhas universais, vivenciadas por todos, relacionadas às questões psicológicas dos deslizos que nos fazem sair da dieta e às dificuldades de seguir em frente nestas situações).

Este livro se diferencia dos anteriores por abordar planos personalizados para lidar com estas armadilhas presentes nas mais variadas circunstâncias e que dificultam a manutenção de dieta para perda de peso. O foco se dá nas habilidades cognitivas relacionadas à identificação prévia destas situações, para então se executar um plano de ação específico para cada uma delas. Mantendo a tradição da TCC, o Modelo Cognitivo é apresentado no início e a discussão final é sobre a manutenção dos resultados e a prevenção de recaídas. Sua linguagem é acessível e didática, na medida em que são utilizados exemplos clínicos de pessoas reais lidando com seus desafios e suas armadilhas e das habilidades desenvolvidas e utilizadas no enfrentamento destas dificuldades.

2.3. Psicoterapia de grupo

Guanaes e Japur (2001) citam que a prática da psicoterapia de grupo tem apresentado um acentuado crescimento em nossa realidade, sobretudo por pressões de ordem econômica e modificações nas concepções e formas de tratamento em saúde mental. O panorama atual revela uma multiplicidade de intervenções psicoterápicas em grupo nos mais variados contextos e evidencia a crescente aceitação desta prática entre os profissionais e entre os próprios pacientes, principalmente nas instituições. Embora respondendo também à necessidade de redução dos custos e de aumento do índice de atendimentos em psicoterapia, esta prática tem se expandido e se mostrado uma modalidade de intervenção viável em decorrência de avanços teóricos e técnicos nesse campo (Scheidlinger, 1994).

Um dos aspectos mais relevantes sobre essa modalidade psicoterápica é a necessidade de cuidados na seleção dos pacientes para os grupos, ou seja, a definição de critérios de inclusão e exclusão. Deve-se considerar por um lado, as características individuais dos participantes e, por outro, a própria finalidade do grupo a ser constituído e sua orientação terapêutica. Estudos presumem que uma seleção adequada de pacientes reduz o índice de abandono no tratamento, além de contribuir para o desenvolvimento da coesão grupal, fundamental no estabelecimento de comportamentos no grupo favoráveis à mudança (Salvendy, 1996). Além disso, segundo Vinogradov e Yalom (1992), três características flexíveis dos grupos de terapia – o contexto, seus objetivos e a estrutura de tempo que os organiza – também devem ser consideradas para sua composição, pois influenciam diretamente em suas finalidades e na adoção de uma determinada orientação terapêutica.

A TCC tem sido tradicionalmente empregada no formato individual, mas desde 1979 temos estudos com intervenções grupais apresentando eficiência clínica e vantagens como a ampliação do acesso do tratamento a um maior número de pessoas e redução de custos financeiros (Bieling, McCabe, & Antony, 2008). Assim como na psicoterapia individual em TCC, um dos pilares para a eficácia da intervenção em grupos é a descoberta guiada, a qual depende de uma boa aliança terapêutica entre terapeuta e clientes (Caminha & Knapp, 2004; Cordioli, 2009).

Os grupos terapêuticos sob a abordagem cognitivo comportamental (Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo – TCCG), também se adequam às condições grupais clássicas descritas por Yallon (1995): instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização e comportamento imitativo, coesão grupal e catarse. Isto se dá por meio das técnicas tradicionais como

psicoeducação, normalização pela exemplificação de outros casos e autorrevelação, questionamento socrático, exame de evidências e estratégias comportamentais (*role-playing*, ativação comportamental), bem como pelo uso do recurso das tarefas de casa. A coesão grupal é esperada, buscada pela definição clara de critérios de exclusão/inclusão, mas compreende-se como aceitável a sua oscilação ao longo do tratamento (Beck, 1997; Beck et al., 1985; Leahy, 2006).

As sessões de TCCG são estruturadas e adaptadas a partir do modelo proposto por Beck (1997) para as sessões de psicoterapia individual. Seguem, portanto, uma sequência previamente estabelecida: fase inicial, avaliação do humor, ligação com a sessão anterior, revisão das tarefas de casa e agenda da sessão; fase intermediária, desenvolvimento dos temas da agenda por meio de psicoeducação, treinamento em técnicas cognitivas ou comportamentais e exercícios práticos; e fase final, combinação das novas tarefas individualizadas para o intervalo entre as sessões, síntese dos principais pontos examinados e avaliação da sessão pelos membros do grupo. Geralmente as sessões possuem intervalos fixos e curtos, com frequência média de uma vez por semana e duração média de 60 a 120 minutos. Um modelo ideal de condução da TCCG envolve um terapeuta e um coterapeuta, no qual o terapeuta principal teria maior responsabilidade na condução da intervenção em grupo, tomada de decisões durante as sessões e apresentação do material e do trabalho. Já o coterapeuta atuaria principalmente como um observador clínico, sendo responsável pelo registro minucioso das sessões (Neufeld, 2011).

Sugere-se que os grupos de TCC sejam fechados, enfatizando-se a questão cumulativa e linear dos aprendizados e desenvolvimento de habilidades necessárias ao sucesso da intervenção. Rangé e Souza (2009) defendem que todos os grupos de TCC sejam fechados, não se permitindo a entrada de novos integrantes, mesmo que ocorram desistências ao longo das sessões. Embora não haja uma definição clara sobre a quantidade de participantes na TCCG, principalmente acerca do número mínimo, estes autores propõem um número máximo de 12 participantes. Em geral, utiliza-se amostra por conveniência, de acordo com as possibilidades físicas e operacionais da instituição onde será realizado a intervenção psicoterápica. Entre as dificuldades encontradas na prática da TCCG, podemos citar: a dificuldade em conciliar os horários entre os participantes do grupo; adesão dos participantes às sessões; manter o foco das metas; e manter uma conexão entre as sessões (Neufeld, 2011). Além disso, o grande número de desistências que ocorrem no início da psicoterapia em grupo também é um grande desafio a ser vencido (Pureza, Oliveira, & Andretta, 2013).

White e Freeman (2003) propuseram um tratamento com TCCG para obesidade leve a moderada (20% a 60% acima do peso ideal), com os participantes liberados por um médico para a prática de algum exercício aeróbico e cognitivamente capazes de realizar as lições de casa solicitadas. O protocolo consiste em psicoeducação, mudança comportamental pretendida e reestruturação cognitiva, com o objetivo de emagrecimento moderado, atingível e sustentado. Embora o objetivo seja a perda de peso, ressalta-se que a maior ênfase recai sobre as mudanças cognitivas e comportamentais que conduzem ao emagrecimento, e uma vida e uma alimentação mais saudáveis. Torna-se evidente que não se vislumbra simplesmente o alívio dos sintomas em curto prazo, mas a modificação fundamental de comportamentos, pensamentos automáticos e esquemas subjacentes que provaram ser problemáticos para o indivíduo, substituindo-os por outros mais adaptativos.

Os autores propõem a existência de dez características básicas em um programa eficaz de emagrecimento, sendo elas: 1) estabelecimento de objetivos moderados (por volta de 10% do peso corporal, ao menos no início); 2) compreender e tomar consciência de seu comportamento alimentar; 3) usar o controle de estímulos (ambientais, externos e internos, psicológicos e fisiológicos); 4) prática regular de exercícios aeróbicos, com efeitos positivos sobre a perda de peso inicial, manutenção do peso perdido e benefícios psicológicos, sendo estes exercícios programados e/ou espontâneos; 5) praticar a reestruturação cognitiva, por meio da identificação e correção das distorções cognitivas autodestrutivas como a generalização, a inferência arbitrária, a catastrofização e o pensamento dicotômico; 6) reduzir ou eliminar a compulsão alimentar, correlacionada com o ganho de peso e depressão, por meio das técnicas cognitivas (contestação de absolutos, reatribuição, transformação da adversidade em vantagem, externalização de vozes, descatastrofização, questionamento socrático, entre outras) e comportamentais (atribuição de tarefas graduadas, programação de atividades, treinamento assertivo, entre outras); 7) adotar uma dieta de baixas calorias e menor teor de gorduras; 8) traçar objetivos específicos atingíveis a curto prazo, podendo ser diários ou semanais; 9) promover a mudança do comportamento alimentar anterior ao programa; e, finalmente, 10) desenvolver o apoio social, que funcionará como estímulo e controle externo. Ainda são acordados com os membros do grupo a pesagem semanal sempre no mesmo horário, a assiduidade, a pontualidade e a confidencialidade grupal.

Há evidências de que a TCCG para o tratamento da obesidade resulta em redução do peso corporal e, além disso, traz benefícios clinicamente significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimento de

bem-estar dos participantes de grupos terapêuticos e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld, Moreira, & Xavier, 2012).

Desta maneira, por ser a obesidade doença atual de grande prevalência; pela dificuldade em se tratar da obesidade mórbida nos modelos tradicionais, o que leva a cirurgia bariátrica como forma de tratamento desta; pela dificuldade de manutenção de peso após a cirurgia bariátrica; por ter a obesidade em sua etiologia e manutenção, aspectos psicológicos e comportamentais tão evidentes; pelos resultados positivos empiricamente demonstrados da TCC no tratamento da obesidade e suas implicações na vida do indivíduo obeso; pelas vantagens dos modelos de intervenção psicoterápicas em grupo, especialmente o modelo de TCCG; pela escassez de estudos abordando protocolos de TCCG e obesidade; pela clareza e aplicabilidade do Protocolo Pense Magro de Beck (2009); teve-se por objetivo neste estudo apresentar um modelo de TCCG, baseado na adaptação do Protocolo Beck Pense Magro, para uma população de obesos com reganho de peso após a gastroplastia como tratamento para a obesidade mórbida. Este estudo tem uma enorme relevância social, pois colabora na ampliação das formas de tratamento disponíveis para a população de obesos em geral e para pacientes pós-bariátricos com reganho de peso em específico. Ademais, contribui para a consolidação do conhecimento na área da Psicologia e das múltiplas disciplinas envolvidas no tratamento da obesidade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Apresentar e avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterápica em grupo na abordagem cognitivo-comportamental baseada no Protocolo Pense Magro de Judith Beck para a perda de peso em participantes obesos que já realizaram a cirurgia bariátrica com história de reganho parcial do peso perdido, bem como avaliar a manutenção dos resultados obtidos após o término das intervenções.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Apresentar a adaptação realizada do Protocolo Pense Magro: A Dieta Definitiva de Beck (Beck, 2009) para um grupo psicoterápico voltado para o tratamento da obesidade e suas comorbidades psicológicas;

3.2.2. Aferir o nível de ansiedade dos participantes com o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) aplicado em três etapas da intervenção psicoterápica em grupo baseada no Protocolo Pense Magro: pré-teste, pós-teste e *follow-up*.

3.2.3. Aferir o nível de depressão dos participantes com o Inventário Beck de Depressão (BDI) aplicado em três etapas da intervenção psicoterápica em grupo baseada no Protocolo Pense Magro: pré-teste, pós-teste e *follow-up*.

3.2.4. Medir o IMC e o peso (em kg) das participantes em três etapas da intervenção psicoterápica em grupo baseada no Protocolo Pense Magro: pré-teste, pós-teste e *follow-up*.

3.2.5. Avaliar o nível de satisfação dos participantes com o serviço psicoterápico ofertado através dos instrumentos CORE-OM e ASPP.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento do Estudo

Este foi um estudo exploratório com uma intervenção psicoterápica em TCC baseada no Protocolo Pense Magro: A Dieta definitiva de Beck (Beck, 2009) conduzida em grupo com pacientes obesos pós-bariátricos com histórico de reganho de peso. A intervenção teve uma duração de 8 semanas. O peso, o IMC e os níveis de ansiedade e de depressão foram medidos em três momentos: antes da intervenção, ao final da intervenção e três meses após o final da intervenção.

4.2. Contexto e Participantes da Pesquisa

4.2.1. Amostra

Três mulheres obesas, com idade média de 49 anos (desvio-padrão de 7,97), que já realizaram a cirurgia bariátrica há dois anos ou mais e apresentam histórico de reganho de peso, participaram do estudo. A participante identificada como P2 abandonou o estudo durante a Etapa 2 (intervenção em grupo) após problemas pessoais por ela relatados: morte do pai e morte da mãe, da qual era a cuidadora principal após o diagnóstico de um câncer terminal. As participantes faziam acompanhamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), devido a presença de transtornos de humor, a pedido do serviço de Cirurgia Bariátrica do mesmo HC-UFU. Elas seguiam uma dieta nutricional prescrita pelo serviço especializado de Nutrição do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do HC-UFU, sendo convidadas a participar do estudo pelos profissionais do setor, o que caracteriza uma amostragem por conveniência. As participantes foram devidamente informadas sobre o objetivo do estudo e salientou-se que caso elas não aceitassem participar do estudo, ou decidissem interromper o mesmo a qualquer momento, o seu acompanhamento psiquiátrico no Ambulatório de Transtornos Alimentares não seria prejudicado.

4.2.2. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão propostos foram:

- Participante deveria ter passado por cirurgia bariátrica prévia, para tratamento da obesidade grau III, com tempo mínimo de 02 anos da realização do procedimento;
- Ter apresentado reganho de peso após 02 anos da realização da cirurgia bariátrica;

- Índice de massa corporal (IMC) maior do que 30 e menor do que 41. No presente estudo, utilizou-se o critério de definição da obesidade da WHO (2011), no qual o ponto de corte para diagnóstico de obesidade é o IMC maior do que 30.

4.2.3 Critérios de Exclusão

O critério de exclusão proposto foi pacientes com transtornos alimentares comórbidos: bulimia, anorexia e transtorno de alimentação compulsiva. Para este rastreio, utilizou-se o questionário BITE – *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (descrito abaixo na seção 4.3. Materiais e Instrumentos), no qual os participantes deveriam obter um escore menor do que 10.

4.2.4. Local da Pesquisa

O estudo foi realizado na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (CLIPS-UFU), em sala de grupo disponibilizada pelo serviço. Nos momentos em que a clínica esteve indisponível por razões administrativas, foi-nos disponibilizada pela equipe do Ambulatório de Transtornos Alimentares do HC-UFU, uma sala para a realização da intervenção em grupo.

4.3. **Materiais e Instrumentos**

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada (Anexo B) para a coleta dos dados pessoais e anamnese, a qual foi realizada em três sessões individuais (Etapa 1). Na intervenção psicoterápica em grupo foram utilizados recursos audiovisuais e materiais confeccionados pela própria equipe de pesquisadores, baseados nos materiais propostos por Beck (2009).

Os instrumentos utilizados foram:

Teste da Avaliação Bulímica de Edinburgo (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*) – BITE

Foi utilizado para o rastreio de transtorno alimentar comórbido, sendo este um critério de exclusão. O BITE é um instrumento de autoavaliação com o objetivo de medir os episódios bulímicos e fatores ligados à cognição e ao comportamento do bulímico. Este inventário foi desenvolvido por Henderson & Freeman (1987) e traduzido e validado para o português por Nunes (2003). Pode ser usado tanto como um instrumento epidemiológico para identificação de casos subclínicos e clínicos de bulimia, como também para monitorar a evolução dos pacientes e medir a resposta ao tratamento instalado. Trata-se de um instrumento composto

por uma lista breve de questões que tanto podem ser autoaplicadas como podem ser aplicadas por entrevistadores leigos (Cavalcanti Ximenes, 2008).

A escala BITE está dividida em duas subescalas: sintomas e gravidade. Subescala de sintomas: possui 30 itens sim/não, com escore variando de 0 a 30, relacionados a sintomas, comportamento e dieta; os resultados abaixo de 10 indicam que os pacientes estão dentro da normalidade; entre 10 e 19 sugerem um comportamento pouco usual que deve ser clinicamente investigado; aqueles com mais de 19 pontos já refletem um alto grau de desordem alimentar, com presença de episódios bulímicos e grande probabilidade de apresentar diagnóstico de bulimia nervosa (Oliveira, 2010). Subescala de gravidade: mede a severidade do comportamento em função de sua frequência; aqueles com pontuação maior ou igual a 5 têm um escore clinicamente significativo, e os que têm pontuação acima de 9 apresentam um elevado grau de gravidade.

Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory*) – BDI

O BDI foi desenvolvido por Beck et al. (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios diagnósticos do DSM III e da literatura sobre depressão.

O BDI é um instrumento estruturado, de autorrelato, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, cada uma com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão; descrevem manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. São elas: tristeza; pessimismo; sentimentos de fracasso; insatisfação; culpa; punição; autoaversão; autoacusação; ideias suicidas; choro; irritabilidade; retraimento social; indecisão; inibição no trabalho; distúrbios do sono; fatigabilidade; perda de apetite; perda de peso; preocupação somática e perda da libido (Cunha, 2001). Na pontuação total, os escores até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; entre 10 e 18 pontos, depressão leve; entre 19 e 29 pontos, depressão moderada; e entre 30 e 63 pontos, depressão grave.

Em se utilizando a versão em português, os níveis dos escores para pacientes psiquiátricos são: 0 – 11: mínimo; 12 – 19: leve; 20 – 35: moderado e 36 – 63: grave (Cunha, 2001).

Segundo seus autores, o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. Pela análise não paramétrica de Kruskal-Wallis, cada uma das 21 categorias teve relação

significativa com a pontuação total ($p < 0,001$) (Maluf, 2002). O BDI foi traduzido para o português (Beck et al., 1982) e validado por Gorenstein e Andrade (1996) com uma amostra de 270 estudantes universitários, 117 pacientes ambulatoriais com síndrome do pânico e 30 pacientes psiquiátricos (ambulatoriais) com depressão, sendo comparado ao *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) e à escala de Hamilton. A consistência interna da versão para o português foi de 0,81 na amostra de estudantes e de 0,88 na amostra de pacientes deprimidos, índices semelhantes aos observados em outros países.

Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory*) – BAI

O BAI foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer (1988). É composto por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, e que devem ser avaliadas pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que refletem níveis crescentes de gravidade, para cada sintoma (Cunha, 2001). Ao respondente é perguntado quanto ele foi incomodado por cada sintoma durante a última semana, variando de 0 (absolutamente não) a 3 (gravemente: dificilmente pude suportar). Os itens somados resultam em escore total entre 0 e 63. Seus escores podem ser classificados da seguinte forma: entre 0 e 10, nível mínimo de ansiedade; entre 11 e 19, nível leve de ansiedade; entre 20 e 30, nível moderado de ansiedade; e entre 31 e 63, nível grave de ansiedade.

Os itens incluídos pelos autores compreendem: dormência ou formigamento; sensação de calor; tremores nas pernas; incapaz de relaxar; medo que aconteça o pior; atordoado ou tonto; palpitação ou aceleração do coração; sem equilíbrio; aterrorizado; nervoso; sensação de sufocação; tremores nas mãos; trêmulo; medo de perder o controle; dificuldade de respirar; medo de morrer; assustado; indigestão ou desconforto no abdômen; sensação de desmaio; rosto afogueado e suor.

A confiabilidade dos 21 itens do BAI foi avaliada em uma amostra de 160 indivíduos. A escala apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e uma faixa de correlação de cada item com o total variando de 0,30 até 0,71 (mediana = 0,60). Uma amostra de 83 pacientes completou o BAI duas vezes com intervalo de uma semana, sendo a correlação entre os escores de 0,75 (Beck et al., 1985). A escala fornece aos pesquisadores e aos clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar entre ansiedade e depressão e para esclarecer resultados de pesquisa e investigações teóricas.

Avaliação da Satisfação de utentes em Psicologia ou Psicoterapia – ASPP

Esta escala foi utilizada na etapa 3 (*follow-up* três meses após o final da intervenção psicoterápica em grupo) com o objetivo de se avaliar a satisfação das participantes do grupo com o serviço prestado. O instrumento foi desenvolvido por Miranda (2012) e tem

por objetivo medir o grau de satisfação relativo aos diferentes aspectos da consulta e de interação profissional de saúde-paciente, referente à última vez que recorreu a uma consulta de psicologia ou psicoterapia. É um instrumento constituído por 18 itens e um espaço de questão aberta, com uma escala de resposta tipo Likert entre “muito insatisfeito/a” (1), “insatisfeito/a” (2), “indiferente” (3), “satisfeito/a” (4) a “muito satisfeito/a” (5). O modelo teórico de base subjacente à construção deste questionário é o modelo de Donabedian (1988), que permite avaliar a satisfação com a qualidade de um serviço em três dimensões: estrutura, processo e resultado. O escore por dimensão varia entre 0 e 30, sendo que um escore entre 0 e 5 revela muita insatisfação; entre 6 e 11 revela insatisfação; entre 12 e 17 revela indiferença; entre 18 e 23 revela satisfação; e entre 24 e 30 revela muita satisfação. Pode-se afirmar, portanto, que escores inferiores a 11 indicam insatisfação e escores acima de 18 indicam satisfação na dimensão em questão.

O escore total varia entre 0 e 90, sendo que um escore entre 0 e 18 revela muita insatisfação; entre 18 e 35 revela insatisfação; entre 36 e 53 revela indiferença; entre 54 e 71 revela satisfação; e entre 72 e 90 revela muita satisfação. Dessa maneira, escores inferiores a 35 indicam insatisfação e escores acima de 54 indicam satisfação geral com o serviço prestado.

Questionário *Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure* – CORE-OM

No presente estudo, utilizamos este questionário em conjunto com o instrumento ASPP, como uma medida de avaliação do bem-estar subjetivo das pacientes na etapa 3 do estudo, ou seja, três meses após o final da intervenção. O CORE-OM avalia os domínios do bem-estar subjetivo, queixas e sintomas, funcionamento geral e comportamento de risco, contra si e contra aos outros. Foi desenvolvido pela necessidade de monitoramento e de se criar uma medida de avaliação do resultado terapêutico ou da mudança terapêutica em diferentes contextos e em diferentes populações clínicas. O instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa (Portugal) por Sales, Moleiro, Evans e Alves (2012) e também foi adaptado para o português do Brasil, com suas propriedades semânticas e conceituais dos itens resultantes equivalentes às do instrumento original (Santana et al., 2015).

O CORE-OM é constituído por 34 itens e uma escala de resposta tipo Likert entre “nunca” (0), “raramente” (1), “às vezes” (2), “muitas vezes” (3), e “sempre, quase sempre” (4). Os escores, portanto, podem variar de 0 a 136. Conclui-se que quanto maior a pontuação, maior o mal-estar psicológico, sendo que pessoas com problemas emocionais apresentam

pontuações mais altas em todas as dimensões do que aquelas sem sintomas clínicos para conflitos emocionais.

4.4. Procedimentos

Mediante autorização dos responsáveis pelos setores do IPUFU e do HC-UFU e do CEP-UFU foi iniciada a pesquisa. Este estudo foi devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP-UFU), número CAAE 50096115.0.0000.5152 e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

As participantes foram recrutadas por meio do Ambulatório de Transtornos Alimentares do HC-UFU, onde encontram-se em acompanhamento psiquiátrico, a pedido do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do qual fazem parte. As participantes foram contatadas por telefone para agendar o primeiro encontro com a pesquisadora responsável pelo estudo, sendo informadas sobre aspectos básicos deste (objetivo, tipo de intervenção, duração). O estudo foi constituído de três etapas, as quais são descritas a seguir.

Etapas 1 (três sessões individuais): Na primeira sessão, as participantes preenchiam o BITE para verificar se não possuíam transtornos alimentares comórbidos. Em seguida, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, caso concordassem com as informações nele contidas. No TCLE está descrito que o participante é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Além disso, embora a pesquisa apresente um risco mínimo de identificação dos participantes, a equipe executora compromete-se em manter o sigilo absoluto da identidade dos participantes por meio da guarda responsável da documentação e também da identificação dos participantes com código alfanumérico. Ainda na primeira sessão foram coletadas as medidas antropométricas das participantes (peso e altura), elas responderam às escalas BAI e BDI e iniciou-se a entrevista semiestruturada, cujo objetivo era coletar informações psicológicas, familiares, sociais e de saúde. A entrevista teve continuação nas duas sessões seguintes, que foram marcadas com um intervalo de uma semana entre elas.

Etapas 2 (oito sessões em grupo): Esta etapa foi a intervenção psicoterápica em TCC baseada no Protocolo Pense Magro (Beck, 2009), adaptada para um formato de grupo, conduzida pela pesquisadora como terapeuta e com duas coterapeutas (estagiárias do Curso de Graduação em Psicologia da UFU). As sessões foram previamente planejadas, com frequência semanal e duração média de 90 minutos.

Cada sessão em grupo seguiu um roteiro pré-estabelecido. No início de cada sessão, a equipe apresentava às participantes um cartaz com a agenda da sessão, que continha o roteiro das atividades que seriam desenvolvidas naquele encontro. Em seguida, era apresentado um segundo cartaz para se fazer a autoavaliação subjetiva do humor de cada participante. Em uma escala de valores crescentes de 0 a 10, cada uma deveria registrar no cartaz a letra inicial de seu nome junto ao escore que melhor representasse seu humor naquele dia. A nota 0 (zero) correspondia a “péssimo” e a nota 10 (dez) correspondia a “ótimo”. Depois, era feita uma discussão do escore indicado, fazendo-se uma contextualização dos mesmos a partir dos acontecimentos da última semana e da interpretação subjetiva de cada uma delas sobre os mesmos. Na sequência, discutiam-se as tarefas de casa que foram (ou não) executadas pelas participantes, conforme orientado na sessão anterior. As dificuldades de compreensão ou de execução das tarefas eram discutidas e lhes era solicitado um *feedback* honesto sobre tais tarefas.

A próxima etapa da sessão era a apresentação do conteúdo do Programa Pense Magro: o que seria trabalhado naquela sessão, as tarefas a serem realizadas ao longo da semana, psicoeducação sobre a abordagem cognitivo-comportamental e aplicação de técnicas de reestruturação cognitiva. Após a discussão dos temas e desafios da semana, apresentavam-se as tarefas de casa a serem realizadas naquela semana. As participantes recebiam o material a ser trabalhado em casa e fazia-se um *role-playing* para melhorar a compreensão sobre a execução das tarefas. Ao final de cada sessão, era solicitado às participantes que falassem da percepção que tiveram do encontro realizado, com suas expectativas e concretizações, tanto a respeito das atividades realizadas quanto em relação ao desempenho da equipe (*feedback*).

A primeira sessão foi destinada à apresentação da intervenção, entrosamento entre as participantes do grupo, apresentação das regras grupais e apresentação do modelo cognitivo por meio de psicoeducação sobre o tema. Da segunda à sétima sessão foram trabalhadas todas as tarefas propostas no protocolo (Anexo C), as quais foram adaptadas para o trabalho em grupo e estão descritas nos resultados deste trabalho. Dessa maneira, em cada uma dessas seis sessões desenvolveu-se o equivalente a sete dias do protocolo, que é composto por 42 dias de intervenções. A cada sessão, as participantes receberam as instruções e tarefas de como deveriam proceder nos seis dias subsequentes à sessão. Enfatizava-se a importância de seguirem diariamente os passos do protocolo. As sessões foram documentadas na forma de relatório e um resumo destas também é apresentado nos resultados.

A oitava sessão foi destinada para entrevista devolutiva, pesagem das participantes e aplicação das escalas BDI e BAI. Ao final foi realizada uma pequena confraternização em

grupo, momento em que as participantes receberam um certificado de conclusão do Programa Pense Magro.

Etapas 3 (uma sessão individual): Três meses após o término da intervenção psicoterápica foi realizado o *follow-up* do estudo, no qual realizou-se pesagem das participantes, aplicação das escalas BAI e BDI, e dos instrumentos CORE-OM e ASPP para se aferir o grau de satisfação das participantes com o serviço que lhes foi prestado.

4.5. Análise dos dados

Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados e esta foi realizada com o auxílio do programa Excel ®. Uma análise qualitativa dos resultados também foi realizada à luz do referencial teórico e dos objetivos deste trabalho.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da amostra

A partir das informações coletadas na entrevista semiestruturada realizada na Etapa 1, temos aqui a caracterização das participantes da pesquisa. Os dados coletados são apresentados na Tabela 1. Analisando estes dados podemos concluir que as participantes do estudo, além de terem em comum os critérios de inclusão para o mesmo, também apresentavam queixas em torno do tema conflitos/preocupações familiares.

Tabela 1.

Resumo dos principais dados sobre as participantes obtidos na entrevista inicial

Informações/participantes	P1	P2	P3
Idade (anos)	58	46	43
Estado civil	Casada	Casada	Divorciada
Profissão	Do lar	Auxiliar administrativa	Secretária
Com quem mora	Com esposo, filhos e netos	Com esposo e filho	Sozinha
Filhos	Dois filhos homens, adultos	Dois filhos, casal, adultos	Dois filhos, casal, adultos
Principal queixa	Conflitos familiares.	Sente-se desligada de si, muitas preocupações com seus familiares	Dificuldade em perder peso, ansiedade, inquietação, insônia, cansaço e conflitos familiares
Altura (m)	1,63	1,56	1,61
Data realização cirurgia bariátrica	05/04/2012	Não informada	20/06/2014
História psiquiátrica	Histórico de depressão	Histórico de depressão	Insônia após a realização da cirurgia bariátrica
Uso de álcool/drogas	Fumava, parou há 34 anos	Fumou por cerca de 10 anos	Não
Situação médica atual	Hipertensão, diabetes tipo II, hérnia lombar, tendinite e hipercolesterolemia	Sem queixa	Hipertensão e artrite
História educacional	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental completo

5.2. Adaptação do protocolo Pense Magro: A Dieta Definitiva de Beck para o trabalho psicoterápico realizado em grupo

A seguir, apresentamos os roteiros de cada sessão realizada com o grupo. Todo o material elaborado foi retirado do Livro de Tarefas Pense Magro (Beck, 2009), sendo que as páginas mencionadas referem-se a este livro, do qual cada participante recebeu um exemplar. A estrutura das sessões segue o padrão preconizado pela TCCG.

ROTEIRO 1ª SESSÃO:

Agenda (cartaz)

1-Apresentação do trabalho (cartaz)

2-Apresentação das participantes

3-Regras do grupo (cartaz)

4-Apresentação do modelo cognitivo (cartazes: modelos e exemplos); tópicos do primeiro encontro;

Exemplos do livro:

...”Sei que não deveria comer isto, mas não me importo”.

...”Se eu comer isto só desta vez não vai ter problema”.

...”tive um dia tão difícil. Mereço comer o que eu quiser”.

...”Não consigo resistir a esta comida”.

...”Estou chateado. Tenho que comer... Já que comi o que não devia, vou continuar comendo até o fim do dia”.

...”É muito difícil. Não quero continuar fazendo dieta”.

...”Nunca vou emagrecer”.

5-Assinatura TCLE (impressos)

6-Tarefa de casa (impresso)

7-Feedback dos participantes (oral ou por escrito).

Regras do Grupo:

-Frequência/ duração/ horário/ cronograma.

-Assiduidade/ pontualidade

-Confidencialidade

-Sigilo/ anonimato

-Adesão às tarefas/ lembretes por mensagem via SMS.

-Apresentação do trabalho:

Informações gerais:

Programa Baseado na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC); modelo adaptado do trabalho de Judith S. Beck (2009).

Estudos anteriores comprovam a eficácia da TCC na perda de peso e manutenção do peso perdido.

Este trabalho faz parte de um estudo científico para comprovar a teoria, baseado nos estudos anteriores, desenvolvido pela mestrandia Andréia de Lima Barbosa, aluna do PGPSI – UFU, modalidade Mestrado, sob a orientação da Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes e dos professores Dr. Ederaldo José Lopes e Dr. Leonardo Gomes Bernardino.

Duração de 8 semanas, com tarefas diárias a serem realizadas pelos participantes.

Foco na identificação e enfrentamento de pensamentos desadaptados, sabotadores ao plano de perder peso e alcançar seus objetivos, bem como na aquisição de habilidades para enfrentar os desafios de se fazer dieta para perda de peso.

-Tópicos do primeiro encontro:

Componentes-chave do programa: dieta nutritiva e programa adequado de exercícios; programar e supervisionar por escrito o que se come; bons hábitos alimentares para se observar e apreciar cada porção de alimento, resolver problemas relacionados com dieta e exercícios e manter estes cuidados pelo resto da vida (p.14).

Analogia entre fazer dieta e jogar tênis (p.14) – trabalhando com expectativas realistas; desenvolvimento das habilidades necessárias para lidar com as dificuldades já esperadas.

Aprendendo como os seus pensamentos podem levar você a sair da dieta (p.18)

Comer não é automático – modificando o foco atencional (p.18)

Os gatilhos e o processo alimentar (p.19) – biológicos, ambientais, mentais, emocionais e sociais.

Diferenças entre os pensamentos das pessoas magras X das pessoas que tem dificuldade para emagrecer (p.20).

Escolha de um “técnico de dieta” (p.21)

Escolha um programa de exercícios físicos (p.25) e exercícios espontâneos diários (p.26)

Tarefa de casa: questionário (páginas 27 a 32)

ROTEIRO 2ª SESSÃO

Agenda:

1-Revisão do humor junto às participantes do grupo.

2-Revisão dos pontos trabalhados na primeira sessão, levantando junto às participantes comentários e possíveis dúvidas.

3-Tarefa de casa da semana anterior: recolher os questionários (identifica-los) e discutir os pontos mais relevantes.

4-Tópicos do segundo encontro (p.39 até p.50)

5-Tarefa de casa: cartões de enfrentamento p.34 (criar o “baralho de vantagens” de cada participante, a partir da Lista de vantagens para emagrecer) e p.35 (recortar e colar nas fichas coloridas).

6-Feedback das participantes.

Tópicos do segundo encontro:

-Princípios básicos (p.39)

Duração de seis semanas; nas semanas 1 e 2, pretende-se aprender as habilidades que preparam o participante a fazer a dieta. Nas semanas 3 a 6, dá-se o início e execução da dieta em si; serão propostas tarefas diárias e cumulativas, que devem ser registradas e monitoradas ao final de cada dia, assinalando-se o que foi feito e circulando os itens que ficaram incompletos.

Deixar itens incompletos significa que a participante não está fazendo TUDO o que precisa para emagrecer.

Deve-se dar atenção aos pensamentos sabotadores que interferem na motivação, enfraquecendo a decisão de seguir o programa, emagrecer.

Os cartões de Enfrentamento são recursos apresentados para ajudar a enfrentar (responder) aos pensamentos sabotadores (ver p.35 e p.227).

Para o Programa dar certo, é preciso que cada participante NÃO PULE NENHUM PASSO, já que todas as técnicas serão necessárias em algum momento.

Sugere-se que não use a palavra “trapaça” ou “erro”- para recomeçar sempre imediatamente após ter saído do plano.

-SEMANA 1 (p.41): FORTALEÇA AS BASES PARA UMA DIETA DE SUCESSO.

Hoje você provavelmente está motivada, mas as dificuldades certamente aparecerão com o tempo.

É preciso dedicar tempo para aprender as técnicas que você usará pelo resto da vida.

Não iniciar a dieta agora, de forma sistemática: é necessário o treino, para fortalecer os “músculos da resistência” que levam ao sucesso.

Dia 1 (p.42) –Registre as vantagens de emagrecer. Data correspondente:

Objetivo: Criar a lista pessoal de vantagens para emagrecer; promover motivação e adesão ao programa.

Ler item a item:

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto – dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.42- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 1.

Dia 2 (p.43)- Escolha duas dietas razoáveis. Data correspondente:

Objetivo: esclarecer ao grupo sobre a importância de se seguir uma dieta prescrita por um profissional; serão orientadas a utilizar a dieta prescrita pelas nutricionistas que já as

acompanham (dieta principal); a segunda será uma adaptação da primeira. A partir de uma lista de substituição de alimentos.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.44- Lista de tarefas de hoje; ler e assinalar/circular, ao final do dia 2.

Dia 3 (p.44)- Sente-se para comer. Data correspondente:

Objetivo; mudando o foco atencional; criando um novo hábito.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.45- Lista de tarefas de hoje; ler e assinalar/circular, ao final do dia 3.

Dia 4 (p.45)- Elogie-se. Data correspondente:

Objetivo: lidar com o sentimento de desamparo quando nos afastamos da dieta ou engordamos; desenvolver a confiança, elogiando-se.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto – dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.46- Lista de tarefas de hoje; ler e assinalar/circular, ao final do dia 4.

Dia 5 (p.46)- Alimente-se devagar e conscientemente. Data correspondente:

Objetivo: aprender sobre a satisfação fisiológica e psicológica; fazer o experimento de realizar o café da manhã e o almoço SOZINHAS. Sem distratores.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.47 – Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 5.

Dia 6 (p.47)- Encontre um técnico de dieta. Data correspondente:

Objetivo: nomear a pessoa escolhida por cada uma para ser seu técnico de dieta.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles: ler os exemplos do livro;

P.48- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 6.

Dia 7 (p.49)- Organize o ambiente. Data correspondente:

Objetivo: retirar do ambiente alimentos sabotadores (difíceis de resistir) que estejam no campo visual, em casa e no trabalho.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.50- lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 7.

ROTEIRO 3ª SESSÃO

Agenda:

1-Revisão do humor.

2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores. Recolher as planilhas.

3-Tópicos do 3º encontro- do Dia 8 ao Dia 14 (p.51 a p.76)

4-Tarefas de casa: planilha da semana.

5-Feedback das participantes.

Tópicos do 3º encontro:

SEMANA 2 (p.51): ORGANIZE-SE PREPARE-SE PARA FAZER A DIETA.

Não se começa a dieta ainda; o foco é aprender duas novas habilidades, referentes à organização do tempo (horários) para alimentação e exercícios físicos, bem como a tolerar o desconforto da fome e dos desejos por comida.

Dia 8 (p.52) Arrume tempo e energia. Data:

Objetivo: Conscientizar e treinar a organização do tempo para comer adequadamente e se exercitar. Preencher diariamente, pela manhã, o Cartão de Horários (p.54), criar seu próprio Cartão de Prioridades (p.56) conforme modelo da p.55.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.57- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 8.

Dia 9 (p.57) Escolha um plano de exercícios. Data:

Objetivo: Definir qual atividade física será realizada regularmente, durante 30 minutos, pelo menos 3 vezes na semana, além de exercícios espontâneos por pelo menos 5 minutos- “5 minutos é melhor que nada” – de forma gradativa e realista.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

Dia 10 (p.60): Estabeleça metas realistas. Data:

Objetivo: lidar com as dificuldades em relação ao alcance das metas de perda de peso, estabelecendo-se pequenas e gradativas metas, em torno de -450g, sucessivamente, definir uma recompensa ou comemoração para cada meta alcançada.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.60- lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 10.

Dia 11 (p.62): Diferencia fome, vontade desejo incontrolável de comer. Data:

Objetivo: Reconhecer a diferença entre fome, vontade de comer e desejo incontrolável de comer (ver p.62). Utilizar Meu Cartão de Monitoramento da Fome (p.63), de hora em hora.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.63- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 11.

Dia 12 (p.65): Pratique a tolerância à fome. Data:

Objetivo: Conscientizar-se sobre a importância de refrear a alimentação não planejada segundo a dieta, para fortalecer “hábitos de resistência” versus “ hábitos de desistência”.

Aprender que o desconforto de fome é tolerável, preenchendo a Minha Escala de Desconforto (p.65) e monitorando o desconforto em relação à fome no Meu Cartão de Desconforto, de hora em hora (p.66)

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.67- Lista de tarefas de hoje: ler assinalar/circular, ao final do dia 12.

Dia 13 (p.69): Supere o desejo incontrolável por comida. Data:

Objetivo: Aprender a utilizar técnicas de distração para lidar com o desconforto de sentir fome e desejos por comida e avaliá-los quanto a sua eficácia para reduzir tal desconforto.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.70- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 13.

Dia 14 (p.73): Planeje o dia de amanhã. Data:

Objetivos: Preparar-se para o início da dieta, seguindo um planejamento alimentar prévio minucioso, de acordo com a dieta prescrita, mantendo as tarefas diárias já incorporadas até aqui. Retomar a dieta em mãos. Preparar-se psicologicamente para pesar-se e lidar com o resultado da balança- diariamente, pela manhã- a partir do 15º dia. Fazer o Planejamento Alimentar Diário (p.76) de véspera.

Ler item a item;

Trabalhar os pensamentos sabotadores do grupo sobre o que está sendo proposto- dar respostas adaptativas para cada um deles; ler os exemplos do livro;

P.74- Lista de tarefas de hoje: ler e assinalar/circular, ao final do dia 14.

ROTEIRO DA 4ª SESSÃO

Agenda:

1-Revisão do humor.

2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores.

3-Tópicos do 4º encontro (Semana 3- p.77 a p.106)

4-Tarefas de casa: planilha da semana.

5-Feedback das participantes.

SEMANA 3 (P.77) – VÁ EM FRENTE: COMECE A DIETA

Esta nova forma de fazer dieta é completamente diferente das suas experiências anteriores com dieta, devido às habilidades e técnicas da TCC para se seguir um plano alimentar. As diferenças já apresentadas:

- Pensar nas razões que se tem para emagrecer;
- Enfrentar com segurança seus pensamentos sabotadores;
- Escolher dietas saudáveis, fazendo modificações necessárias para manter no planejamento alimentar por mais tempo;
- Usar técnicas para tolerar a fome, a vontade e o desejo incontrolável de comer;
- Elogiar-se com frequência;
- Arrumar tempo na sua agenda para praticar atividade física.

Conclusão: não é o plano alimentar em si que determina o sucesso da dieta, e sim a habilidade de se permanecer firme nela- conforme confirmado por pesquisas.

Dia 15 (p.78). Monitore sua alimentação. Data:

Objetivo: Fazer uma linha de base do seu peso. Antes de pesar-se, trabalhar os pensamentos sobre o resultado da balança. Recomenda-se a pesagem diária, pela manhã, porém registrando o resultado de 7/7 dias. Monitorar o planejamento alimentar diário, preferencialmente logo após cada refeição (ver modelo p.78).

Cartões de enfrentamento: 11- “Sem desculpas”; 12- “Hábito de resistência”; 13- “Não dá para ter tudo”; 14- “Está errado”; 15- “Vou dar mais importância da próxima vez” e 16- “Eu prefiro ser magro”.

Diário: p. 80.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 79)

Lista de tarefas de hoje (p. 79 e p. 80).

Meu cartão de horários (p. 81)

Meu planejamento alimentar diário (p.82).

Dia 16 (p.83). Evite a alimentação não-planejada. Data:

Objetivo: ensinar a reconhecer que existe uma escolha a ser feita: ou comer o que quiser e quando quiser (alimentos casuais, não planejados) ou emagrecer e ficar magro para sempre.

Cartões de enfrentamento: 13- “Não dá para ter tudo” e 17- “Não tenho escolha”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 83)

Lista de tarefas de hoje (p. 83 e p. 84).

Diário: p. 84

Meu cartão de horários (p. 85)

Meu planejamento alimentar diário (p.86).

Dia 17 (p.87). Acabe com os excessos alimentares. Data:

Objetivo: Aprender a parar de comer assim que a comida planejada tiver acabado. Aprender a jogar fora os excessos de comida. Experimento comportamental com porção extra de comida e com o tempo biológico para a saciedade.

Cartões de enfrentamento: 10- “Se eu estiver com fome depois da refeição”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 87)

Lista de tarefas de hoje (p. 88).

Diário: p. 88

Meu cartão de horários (p. 89)

Meu planejamento alimentar diário (p.90).

Dia 18 (p.91). Modifique sua definição de saciedade. Data:

Objetivo: Aprender a modificar a sensação subjetiva de saciedade relacionada ao peso do estômago cheio, repleto de alimento. Experimento comportamental; cartão de enfrentamento 8- “Tolere a fome e os desejos”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 91)

Lista de tarefas de hoje (p. 91).

Diário: p. 92

Meu cartão de horários (p. 93)

Meu planejamento alimentar diário (p. 94).

Dia 19 (p. 95). Pare de se enganar. Data:

Objetivo: Atentar-se para os pensamentos que estão associados a todas as vezes em que se come porções ou alimentos não planejados, quando subestima-se a quantidade de comida ou ingredientes. Para isso, utiliza-se do monitoramento absoluto da alimentação e controle das porções e ingredientes através da Tabela de alimentos (p. 96) conforme modelo p. 95.

Cartões de enfrentamento: 11- “Sem desculpas”; 12- “Hábito de resistência”; 13- “Não dá para ter tudo”; 14- “Está errado”; 15- “Vou dar mais importância da próxima vez”; 16- “Eu prefiro ser magro” e 17- “Não tenho escolha”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 96)

Lista de tarefas de hoje (p. 96 e p. 97).

Diário: p. 97

Meu cartão de horários (p. 98)

Meu planejamento alimentar diário (p. 99).

Dia 20 (p. 100). Volte aos trilhos. Data:

Objetivo: Aprender a lidar com os momentos em que você sai da dieta, comendo algo não planejado, de modo que este deslize pontual não comprometa o resto do dia e da dieta em si.

Cartão de enfrentamento 18- “Volte ao rumo certo”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 100)

Lista de tarefas de hoje (p. 100 e p. 101).

Diário: p. 101

Meu cartão de horários (p. 102)

Meu planejamento alimentar diário (p. 103).

Dia 21 (p. 104). Prepare-se para pesar. Data:

Objetivo: Preparar-se para iniciar o gráfico de emagrecimento com o registro do peso semanal e o cálculo da diferença entre o último peso anotado. Aprender a utilizar estes resultados como guias para direcionar as ações, corrigir os erros e manter-se em direção ao alcance dos resultados esperados.

Cartões de enfrentamento 17- “Não tenho escolha” e 19- “Comemore”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 104)

Lista de tarefas de hoje (p. 104 e p. 105).

Diário: p. 105

Meu cartão de horários (p. 106)

Meu planejamento alimentar diário (p. 107).

ROTEIRO DA 5ª SESSÃO

Agenda:

1-Revisão do humor.

2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores.

3-Tópicos do 5º encontro (Semana 4- p. 109 a p. 140)

4-Cartaz: Erros cognitivos (p. 127 e 128)

5-Cartaz: Técnica das Sete Perguntas (p. 132)

6-Tarefas de casa: planilha da semana.

7-Feedback das participantes.

SEMANA 4 (p. 109) – REAJA AOS PENSAMENTOS SABOTADORES

Você já aprendeu a se orgulhar de si mesmo por agir de forma positiva em relação ao seu objetivo de emagrecer. Nesta semana você irá aprender a prevenir e planejar estratégias para lidar com as dificuldades que certamente irão aparecer, trazendo consigo os sentimentos de injustiça, privação, decepção e desânimo.

Dia 22 (p. 110). Diga “Paciência!” para a decepção. Data:

Objetivo: Trabalhar a aceitação quando começar a se sentir decepcionado por estar se privando na alimentação, por não estar perdendo peso como gostaria ou por não estar conseguindo fazer tudo o que foi proposto até aqui, com frases de enfrentamento, como “Eu não posso ter tudo” e “Paciência!”. Iniciar o preenchimento do gráfico de emagrecimento.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 110)

Lista de tarefas de hoje (p. 111).

Diário: p. 111

Meu gráfico de emagrecimento (p. 112)

Meu cartão de horários (p. 113)

Meu planejamento alimentar diário (p. 114).

Dia 23 (p. 115). Contrarie a síndrome de injustiça. Data:

Objetivo: Ensinar a reagir aos pensamentos e sentimentos relacionados à sensação de injustiça por estar fazendo restrições alimentares para emagrecer, de modo a compreender e aceitar esses sentimentos, sem deixar que eles sabotem a dieta, aumentando o sentimento de orgulho, resistência e autocontrole, ao invés de ter pena de si mesmo e sair da dieta.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 115)

Lista de tarefas de hoje (p. 116).

Diário: p. 116

Meu cartão de horários (p. 117)

Meu planejamento alimentar diário (p. 118).

Dia 24 (p. 119). Saiba como lidar com o desânimo. Data:

Objetivo: Aprender a lidar com a sensação de desânimo que pode surgir quando você está restringindo sua alimentação; sentindo-se frustrado por ter saído do planejamento alimentar, ou por não ter perdido o peso desejado ou por estar se sentindo sobrecarregado com as atividades demandadas pelo Programa. Para isso, você deverá manter sua motivação intensificando a leitura de sua lista de vantagens para emagrecer; aprendendo que a sensação de desânimo dura apenas alguns minutos e é temporária; focando no presente sem preocupações com o futuro.

Cartão de enfrentamento: 21- “Conselho a um amigo”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 119)

Lista de tarefas de hoje (p. 119 e p. 120).

Diário: p. 120

Meu cartão de horários (p. 121)

Meu planejamento alimentar diário (p. 122).

Dia 25 (p. 123). Identifique pensamentos sabotadores. Data:

Objetivo: Aprender a reconhecer a ocorrência de um pensamento sabotador, registrá-los e responder a eles de maneira positiva.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 123)

Lista de tarefas de hoje (p. 123 e p. 124).

Diário: p. 124

Meu cartão de horários (p. 125)

Meu planejamento alimentar diário (p. 126).

Dia 26 (p. 127). Reconheça os erros cognitivos. Data:

Objetivo: Aprender a reconhecer e corrigir pensamentos distorcidos (erros cognitivos – ver quadro p. 127 2 p. 128 / Cartaz), relacionados aos pensamentos sabotadores à dieta.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 128)

Lista de tarefas de hoje (p. 128 e p. 129).

Diário: p. 129

Meu cartão de horários (p. 130)

Meu planejamento alimentar diário (p. 131).

Dia 27 (p. 132). Domine a Técnica das Sete Perguntas. Data:

Objetivo: Prender a usar a técnica das 7 perguntas para identificar e desafiar os pensamentos sabotadores.

Quadro p. 132/ cartaz.

- 1- Que tipo de erro cognitivo estou cometendo?
- 2- Qual a evidência de que esse pensamento não seja verdadeiro ou pelo menos não seja totalmente verdadeiro?
- 3- Existe uma explicação alternativa ou outra maneira de ver a situação?

- 4- Qual é o resultado mais realista para esta situação?
- 5- Qual é o efeito de acreditar nesse pensamento e qual seria o efeito de acreditar em um pensamento diferente?
- 6- O que eu diria a um amigo ou membro da família se eles estivessem na mesma situação e tivessem os mesmos pensamentos?
- 7- O que devo fazer agora?

Cartão de enfrentamento: 18- “Volte ao rumo certo”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 133)

Lista de tarefas de hoje (p. 133)

Diário: p. 133 e p. 134

Meu cartão de horários (p. 135)

Meu planejamento alimentar diário (p. 136).

Dia 28 (p. 137). Prepare-se para pesar. Data:

Objetivo: Preparar-se para pesar e continuar seu gráfico de emagrecimento (p. 112) com o registro do peso semanal e o cálculo da diferença entre o último peso anotado. Deve-se buscar a normalização dos padrões alimentares, sem grandes excessos ou grandes restrições. Aprender a utilizar estes resultados como guias para direcionar as ações, corrigir os erros e manter-se em direção ao alcance dos resultados esperados.

Cartões de enfrentamento 19- “Comemore!” e 22- “Seja realista”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 137)

Lista de tarefas de hoje (p. 137 e p. 138).

Diário: p. 138

Meu cartão de horários (p. 139)

Meu planejamento alimentar diário (p. 140).

ROTEIRO DA 6ª SESSÃO

Agenda:

- 1-Revisão do humor.
- 2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores.
- 3-Tópicos do 6º encontro (Semana 5- p. 141 a p. 173)
- 4-Tarefas de casa: planilha da semana.
- 5-Feedback das participantes.

SEMANA 5 (p. 141) – SUPERE OS DESAFIOS

Nesta semana você irá aprender a prevenir e planejar estratégias para lidar com as dificuldades externas, relacionadas às pessoas que convivemos, as situações e os ambientes que frequentamos na vida real, que podem interferir diretamente nas decisões que tomamos a cerca dos alimentos e bebidas que ingerimos.

Dia 29 (p.142). Resista a quem insiste para você comer. Data:

Objetivo: Trabalhar a melhor forma de lidar com os “empurradores de comida”, com ou sem intenção de sabotar sua dieta. Aprenda a dizer NÃO, a agradecer gentilmente ou pedir para levar uma porção para casa para ser apreciada num momento planejado. Aprender, ainda, a avaliar o “custo” que dizer SIM teria para sua dieta e seu sentimento de descontrole e fracasso.

Cartões de enfrentamento: 4- “Não faz mal desapontar as pessoas”; 5- “Diga não para alimentos extras”; 14- “Está errado”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 143)

Lista de tarefas de hoje (p. 143).

Diário: p. 144

Meu cartão de horários (p. 145)

Meu planejamento alimentar diário (p. 146).

Dia 30 (p. 147). Mantenha o controle quando estiver comendo fora. Data:

Objetivo: Aprender a não deixar de ter a vida social em função da dieta, desenvolvendo posturas adequadas dentro de um plano de ação prévio, que envolve definir o quanto de comida extra você se permitirá comer nessas ocasiões especiais, ler a lista de razões para emagrecer (ou baralho de vantagens) sempre antes de sair e usando técnicas de distração para resisitir às porções extras não planejadas. O resultado final será reforçar a resistência e a fortalecer a sensação de autocontrole.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 148)

Lista de tarefas de hoje (p. 148 e p. 149).

Diário: p. 149

Meu cartão de horários (p. 150)

Meu planejamento alimentar diário (p. 151).

Dia 31 (p. 152). Decida sobre bebidas alcoólicas. Data:

Objetivo: Decidir sobre o consumo de álcool junto ou fora das refeições, de acordo com a prescrição médica/nutricional e suas preferências pessoais. Aprender a contabilizar as calorias contidas nas bebidas, planejando tal consumo com antecedência aos eventos ou situações, sem improviso.

Se decidir-se por beber, deverá fazê-lo de forma a saborear cada gole, estar atento a desinibição que o álcool causa, podendo levar a um relaxamento dos limites para os excessos alimentares bem como às pessoas que insistem para que você beba e coma além do planejado.

Cartões de enfrentamento: 4- “Não faz mal desapontar as pessoas”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 152)

Lista de tarefas de hoje (p. 152 e p. 153).

Diário: p. 153

Meu cartão de horários (p. 154)

Meu planejamento alimentar diário (p. 155).

Dia 32 (p. 156). Prepare-se para viajar. Data:

Objetivos: Aprender a lidar com a ansiedade sobre o temor de sair da dieta quando viajar. Para isso, você deverá considerar que é irrealista esperar que você consiga seguir seu planejamento alimentar tal qual o faz em casa, mas aprendendo a fazer algumas adequações à dieta enquanto viaja, sem extremismos (tudo ou nada!). Desenvolver estratégias com antecedência, levando-se em consideração o destino para onde irá, quanto tempo vai ficar fora, o que você terá acesso para preparar seus próprios alimentos, quem estará com você e quanto estima engordar caso saia do controle.

Levar consigo seus cartões de enfrentamento, suas apostilas e seu baralho de vantagens.

Retomar o planejamento alimentar diário e exercícios físicos assim que voltar para casa.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 157)

Lista de tarefas de hoje (p. 157 e p. 158).

Diário: p. 158

Meu cartão de horários (p. 159)

Meu planejamento alimentar diário (p. 160).

Dia 33 (p. 161). Elimine a alimentação emocional. Data:

Objetivo: Aprender a lidar com as emoções negativas que fazem você buscar por alimentos não planejados, entendendo que a comida conforta, mas seus efeitos positivos são temporários, mas suas consequências não. Usar técnicas de motivação, relaxamento e distração.

Cartões de enfrentamento: 17- “Não tenho escolha” e 23- “Não procure conforto na comida”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 161)

Lista de tarefas de hoje (p. 161 e p. 162).

Diário: p. 162

Meu cartão de horários (p. 163)

Meu planejamento alimentar diário (p. 164).

Dia 34 (p. 165). Resolva os problemas. Data:

Aprender a utilizar estes resultados como guias para direcionar as ações, corrigir os erros e manter-se em direção ao alcance dos resultados esperados.

Cartões de enfrentamento: 19- “Comemore!” e 22- “Seja realista”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 170)

Lista de tarefas de hoje (p. 170 e p. 171).

Diário: p. 171

Meu cartão de horários (p. 172)

Meu planejamento alimentar diário (p. 173).

ROTEIRO DA 7ª SESSÃO

Agenda:

1-Revisão do humor.

2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores.

3-Tópicos do 7º encontro (Semana 6- p. 176 a p. 208)

4-Tarefas de casa: planilha da semana.

5-Feedback das participantes.

SEMANA 6 (p. 175) – APRIMORE SUAS HABILIDADES

Nesta semana, você irá aprender a continuar aplicando as habilidades deste programa às situações de vida real, resistindo às influências dos gatilhos internos e externos à você. Para isso você aprenderá a construir sua autoconfiança, a reduzir o estresse de maneira geral, a manter rotina de planejamento alimentar e de exercícios físicos, a lidar com platôs e a enriquecer a sua vida.

Dia 36 (p. 176). Acredite em você! Data:

Objetivo: Aprender a reconhecer em si as habilidades que já adquiriu e que estão lhe ajudando a perder peso e a se manter motivado no alcance de seus objetivos, através do quadro “Acredite em você!” (p. 171).

Cartões de enfrentamento: 19- “Comemore!”; 22- “Seja realista”; 13- “Não dá para ter tudo”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 176)

Quadro: Acredite em você! (p. 177).

Lista de tarefas de hoje (p. 177 e p. 178).

Diário: p. 178

Meu cartão de horários (p. 179)

Meu planejamento alimentar diário (p. 180).

Dia 37 (p. 181). Reduza o estresse. Data:

Objetivo: Aprender a lidar com o estresse quando ele estiver com níveis elevados que prejudicam nossas ações e podem nos levar a comer demasiadamente, através de técnicas de resolução de problemas (dia 34). Estabelecimento de prioridades, atividades e exercícios de relaxamento, sono adequado e flexibilização de regras rígidas autoimpostas (padrões de exigência muito elevados para si e os seus – ver questões p. 181 e p. 182).

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 182)

Lista de tarefas de hoje (p. 182 e p. 183).

Diário: p. 183

Meu cartão de horários (p. 184)

Meu planejamento alimentar diário (p. 185).

Dia 38 (p. 186). Aprenda a lidar com o platô. Data:

Objetivo: Aprender a enfrentar momentos, no decorrer da dieta, em que o peso se estabiliza, tornando-se mais lenta a perda de peso desejada, por meio de cinco ações sugeridas (p. 186).

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 186)

Lista de tarefas de hoje (p. 186 e p. 187).

Diário: p. 187

Meu cartão de horários (p. 188)

Meu planejamento alimentar diário (p. 189).

Dia 39 (p. 190). Mantenha os exercícios. Data:

Objetivo: Aprender a lidar com o pensamento “tudo ou nada” que te faz querer desistir das atividades físicas, a partir das sugestões das páginas 190 e 191.

Cartão de enfrentamento 17- “Não tenho escolha!”.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 191)

Lista de tarefas de hoje (p. 191).

Diário: p. 192

Meu cartão de horários (p. 193)

Meu planejamento alimentar diário (p. 194).

Dia 40 (p. 195). Enriqueça sua vida. Data:

Objetivo: Aprender a enriquecer sua vida com outras atividades, para elevar o humos, propiciar várias oportunidades geradoras de prazer e satisfação, diferentes das suas estratégias anteriores relacionadas unicamente à comida, aumentando assim suas chances de ter sucesso em sua dieta. Ver quadro Minhas atividades enriquecedoras p. 196.

Cartões de enfrentamento: 24- “Enriqueça a Vida Hoje!”

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 195)

Lista de tarefas de hoje (p. 195 e p. 196).

Diário: p. 197

Meu cartão de horários (p. 198)

Meu planejamento alimentar diário (p. 199).

Dia 41 (p. 200). Mantenha suas habilidades em dia. Data:

Objetivo: Através da estratégia de ensinar a alguém as habilidades do Programa : A Dieta Definitiva de Beck, consolidar o que já aprendeu até agora.

Ver lista de informações p. 200 (cartaz).

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 201)

Lista de tarefas de hoje (p. 201).

Diário: p. 201 e 202

Meu cartão de horários (p. 203)

Meu planejamento alimentar diário (p. 204).

Dia 42 (p. 205). Prepare-se para o futuro. Data:

Objetivo: Manter-se no caminho rumo a perda de peso almejada bem como a manutenção do peso perdido, através da prática contínua das tarefas e habilidades aqui aprendidas. Lembrando

que as principais habilidades relacionadas ao sucesso são: voltar aos trilhos, imediatamente, sempre que sair da dieta e perdoar-se pelos erros cometidos.

Ler item a item.

Trabalhar os pensamentos sabotadores (p. 205)

Lista de tarefas de hoje (p. 205 e p. 206).

Diário: p. 206

Meu cartão de horários (p. 207)

Meu planejamento alimentar diário (p. 208)

ROTEIRO DA 8ª SESSÃO

Agenda:

- 1-Revisão do humor.
- 2-Revisão das tarefas de casa diárias das semanas anteriores.
- 3-Tópicos do 8º encontro (p. 211 a p. 219) – RETOMAR OS QUESTIONÁRIOS.
- 4-Retestes: BAI e BDI e pesagem das participantes / Gráfico do emagrecimento.
- 5-Entrega dos certificados.
- 6-Feedback das participantes.
- 7-Agendamento do retorno pós-teste.
- 8-Confraternização!

PENSE: DO EMAGRECIMENTO À MANUTENÇÃO

Você mudou: transição da dieta para uma alimentação apropriada pelo resto da vida, após o alcance do objetivo para perda de peso.

Retomar os questionários para, agora, preenchê-los novamente, levando em conta as novas habilidades aprendidas no Programa.

Capítulo 12 (p.217). Encontre e mantenha um peso saudável.

Objetivo: Aprender a encontrar seu menor peso alcançável, de forma bem realista; descobrir seu menor peso sustentável ao longo do tempo. Levar em consideração o progresso já alcançado e procurar não se deixar influenciar por padrões idealizados de magreza. Continue a enriquecer a sua vida; focalize a parte de seu corpo que mais lhe agrada; diga a si mesma “paciência” e divirta-se!

Mantenha contato:

Andreia.andreia.barbosa@gmail.com

A seguir, está o quadro de registro diário das atividades do Programa. As participantes recebiam, semana a semana, os sete dias de atividades subsequentes como tarefa de casa.

Registro de Atividades – Programa Pense Magro: A dieta definitiva de Beck.

Instruções: ler e assinalar as tarefas realizadas de cada dia; registrar os pensamentos sabotadores identificados em cada dia, que podem ter influenciado na execução ou não das tarefas.

Datas	Tarefas diárias	Pensamentos sabotadores
DIA 1	-FIZ MINHA LISTA DE VANTAGENS PARA EMAGRECER -CRIEI MEU BARALHO DE VANTAGENS. -TIREI CÓPIAS DA LISTA DE VANTAGENS. -FIZ LEMBRETES PARA ME LEMBRAR DE LER A LISTA, PELO MENOS UMA VEZ AO DIA.	
DIA 2	-JÁ ESTOU COM MINHA DIETA EM MÃOS. -LI MINHA LISTA DE VANTAGENS PARA EMAGRECER.	
DIA 3	-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI. -EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.	
DIA 4	-RECORTEI O CARTÃO “ELOGIE-SE” (2). -ESTOU USANDO MINHA PULSEIRA PARA ME LEMBRAR DE ME ELOGIAR. -FIZ ELOGIOS A MIM MESMA. - LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE	

Cont. DIA 4	ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.. - EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
DIA 5	-TOMEI MEU CAFÉ DA MANHÃ OU ALMOCEI SOZINHA. -PEGUEI PEQUENAS PORÇÕES DE COMIDA E MASTIGUEI LENTAMENTE. -RECORTEI OS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO 1 E 3. -MODIFIQUEI ALGUMA COISA NO AMBIENTE PARA ME LEMBRAR DE COMER COM ATENÇÃO E LENTAMENTE. -LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.. - EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES -. FIZ ELOGIOS A MIM MESMA. -COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
DIA 6	-ELEGI MEU TÉCNICO DE DIETA: -CONVERSEI COM ELE/ELA SOBRE ESTE PROGRAMA. -LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.. -EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES. -FIZ ELOGIOS A MIM MESMA. -COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE
DIA 7	-RECORTEI O CARTÃO 4. -RETIREI DA COZINHA OS ALIMENTOS ATRAENTES QUE NÃO FAZEM PARTE DA MINHA DIETA; EU OS DOEI OU JOGUEI FORA. -RECORTEI O CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 5. -FIZ ARRANJOS NOS AMBIENTES DE CASA E DO TRABALHO, PARA COLABORAR COM A MINHA DIETA. -LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.. -EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES. -FIZ ELOGIOS A MIM MESMA. -COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
DIA 8	-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.. -EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES. -FIZ ELOGIOS A MIM MESMA. -COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

Cont. DIA 8	<ul style="list-style-type: none">-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 54)-PRIORIZEI MINHAS ATIVIDADES
DIA 9	<ul style="list-style-type: none">-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 59)-PRIORIZEI MINHAS ATIVIDADES
DIA 10	<ul style="list-style-type: none">-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 61)-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.-ASSIM QUE EMAGRECER 450G, MINHA RECOMPENSA SERÁ...
DIA 11	<ul style="list-style-type: none">-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 61)-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.-PREENCHI MEU CARTÃO DE MONITOTAMENTO A FOME (P.63)
DIA 12	<ul style="list-style-type: none">-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 68)-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO

Cont. DIA 12	<p>MENOS.</p> <p>-PREENCHI MINHA ESCALA DE DESCONFORTO E MEU CARTÃO DE DESCONFORTO (P. 65 E P.66)</p>
DIA 13	<p>-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..</p> <p>-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.</p> <p>-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.</p> <p>-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.</p> <p>-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 72)</p> <p>-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS</p> <p>-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).</p>
DIA 14	<p>-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..</p> <p>-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.</p> <p>-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.</p> <p>-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.</p> <p>-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 74)</p> <p>-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.</p> <p>-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).</p> <p>-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ.</p>
DIA 15	<p>-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..</p> <p>-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.</p> <p>-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.</p> <p>-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.</p> <p>-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 81)</p> <p>-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.</p> <p>-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).</p> <p>-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .</p> <p>-EU ME PESEI.</p> <p>-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.</p> <p>-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.</p>
DIA 16	<p>-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE</p>

Cont. DIA 16

ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
- FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
- COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
- AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 86)
- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
- USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
- PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
- EU ME PESEI.
- MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
- CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
- DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

DIA 17

- LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
- FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
- COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
- AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 89)
- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
- USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
- PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
- EU ME PESEI.
- MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
- CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
- DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
- EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
- PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.

DIA 18

- LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
- FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
- COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
- AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 93)
- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO

Cont. DIA 18

MENOS.

-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR
DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .

-EU ME PESEI.

-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.

-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES
PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS
ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS
EXCESSOS DE COMIDA FORA.

DIA 19

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA
EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE
ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.

-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.

-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO
MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 99)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO
MENOS.

-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR
DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .

-EU ME PESEI.

-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.

-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES
PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS
ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS
EXCESSOS DE COMIDA FORA

-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME
ENGANAM.

DIA 20

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA
EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE
ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.

-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.

-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO
MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 102)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO
MENOS.

Cont. DIA 20

-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-EU ME PREPAREI PARA VOLTAR AOS TRILHOS QUANDO COMETER ERROS.

DIA 21

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 106)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-EU ME PREPAREI PARA VOLTAR AOS TRILHOS QUANDO COMETER ERROS.

DIA 22

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

Cont. DIA 22

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 113)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.

-USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .

-EU ME PESEI.

-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.

-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.

-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.

-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 23

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.

-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.

-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 117)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.

-USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .

-EU ME PESEI.

-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.

-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.

-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.

-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 24

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE

Cont. DIA 24

ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
- FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
- COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
- AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 121)
- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
- USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
- PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
- EU ME PESEI.
- MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
- CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
- DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
- EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
- PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
- FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
- DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 25

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
- FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
- COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
- AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 125)
- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
- USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
- PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
- EU ME PESEI.
- MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
- CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
- DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
- EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
- PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
- FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
- DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS

DECEPÇÕES.

DIA 26

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 131)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 27

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 135)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

Cont. DIA 27

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 28

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 139)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 29

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 145)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES

Cont. DIA 29

PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.

-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.

-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 30

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.

-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.

-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 150)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.

-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .

-EU ME PESEI.

-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.

-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.

-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.

-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.

-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.

-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 31

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.

-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.

-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.

-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 154)

-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.

-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).

Cont. DIA 31

-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 32

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 159)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 33

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO

Cont. DIA 33

MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 163)

- FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
- USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
- PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
- EU ME PESEI.
- MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
- CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
- DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
- EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
- PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
- FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
- DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
- FIZ UM PLANEJAMENTO PARA QUANDO ESTIVER ABORRECIDO.

DIA 34

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..

- EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
 - FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
 - COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
 - AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 168)
 - FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
 - USEI TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
 - PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
 - EU ME PESEI.
 - MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
 - CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
 - DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
 - EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
 - PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
 - FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
 - DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
-

DIA 35

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P. 172)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO (P.71).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ .
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-CONSEGUI ME MANTER NAS ATIVIDADES PLANEJADAS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-PRATIQUEI A HABILIDADE DE JOGAR OS EXCESSOS DE COMIDA FORA.
-FIQUEI ATENTO AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
-PREPAREI-ME MENTALMENTE PARA PESAR AMANHÃ.

DIA 36

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI.
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P.145)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHÃ (P.146).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-EVITEI COMER EXAGERADAMENTE.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

Cont. DIA 36

-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
-VERIFIQUEI A LISTA DO QUADRO(P.177): ACREDITE EM VOCÊ!

DIA 37

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS(P.150)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA (P.151).
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 38

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS(P.154)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA.
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

Cont. DIA 38

-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
-PREPAREI-ME MENTALMENTE PARA UM POSSÍVEL PLATÔ NO FUTURO.

DIA 39

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS(P.164)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA.
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 40

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P.163)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA.
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

Cont. DIA 40

-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.

DIA 41

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P.168)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA.
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.
-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.
-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.
-COMPARTILHEI COM ALGUÉM O QUE APRENDI NA DIETA DEFINITIVA DE BECK.

DIA 42

-LI A LISTA DAS RAZÕES QUE TENHO PARA EMAGRECER E OUTROS CARTÕES DE ENFRENTAMENTO QUANDO PRECISEI..
-EU ME SENTEI EM TODAS AS REFEIÇÕES.
-FIZ ELOGIOS A MIM MESMA.
-COMI DEVAGAR E ATENTAMENTE.
-AGENDEI ATIVIDADES FÍSICAS E DE DIETA NO MEU CARTÃO DE HORÁRIOS (P.172)
-FIZ EXERCÍCIOS FÍSICOS DE 5 A 30 MINUTOS, PELO MENOS.
-USEI TECNICAS DE DISTRAÇÃO
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO PARA AS REFEIÇÕES DE AMANHA.
-PREENCHI MEU PLANEJAMENTO ALIMENTAR DIÁRIO LOGO APÓS COMER.
-EU ME PESEI.
-MENSUREI TODOS OS ALIMENTOS.
-DISSE “NÃO TENHO ESCOLHA” PARA OS ALIMENTOS NÃO PLANEJADOS.

Cont. DIA 42	<p>-FIQUEI ALERTA AOS PENSAMENTOS QUE ME ENGANAM.</p> <p>-DISSE “PACIÊNCIA” PARA ENFRENTAR AS DECEPÇÕES.</p> <p>-PREPAREI-ME MENTALMENTE PARA PESAR AMANHÃ.</p> <p>-DECIDI MANTER AS ATIVIDADES DO PROGRAMA PENSE MAGRO MESMO APÓS SEU TÉRMINO, PARA MANTER OS MEUS OBJETIVOS DE PERDER PESO E CONTINUAR MAGRO PARA SEMPRE.</p>
--------------	---

5.3. Resumo das oito sessões de intervenção psicoterápica em grupo baseada no Pense Magro

Sessão 01	Informações
Participantes presentes	P1, P3
Objetivos do encontro	Apresentação do Programa Pense Magro, apresentação da agenda, estabelecimento dos critérios de participação no grupo. Apresentação das participantes e da equipe. Explicação do modelo cognitivo e do ciclo do pensamento sabotador. Orientação sobre as tarefas de casa. Solicitação <i>de feedback</i> .
Revisão do humor	Não houve revisão do humor neste primeiro encontro.
Procedimentos realizados	Foi feita a apresentação do trabalho, da equipe e das participantes. Psicoeducação sobre o Modelo Cognitivo, distorções de pensamento exemplificadas pelas situações desafiadoras relacionadas à perda de peso. Foi trabalhada a coesão grupal, pela normalização dos problemas individuais, e expectativas realistas.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	A sessão seguiu conforme o planejado. Cumpru-se a agenda prevista para o encontro de maneira satisfatória.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes presentes mostraram-se motivadas com a proposta de trabalho. Apresentaram-se bem humoradas, estabeleceram boa interação com a equipe, e entre si. Foram colaborativas e ativas durante a sessão.
Feedback das participantes	Ambas as participantes disseram estar satisfeitas, e com expectativas positivas em relação ao trabalho iniciado. Não referiram dúvidas ou dificuldades de compreensão desta primeira sessão.

Sessão 02	Informações
Participantes presentes	P1, P2, P3
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da 1ª sessão, trabalhar as atividades diárias a serem realizadas nas próximas duas semanas. Identificar pensamentos sabotadores ao programa.
Revisão do humor	P1: 4/10; P2: 1/10; P3: 1/10.
Procedimentos realizados	Foi feita a apresentação da agenda, bem como da nova participante ao grupo e a equipe. Feita a revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Foram trabalhadas as tarefas diárias a serem realizadas nas próximas duas semanas, seus objetivos e desafios. Identificação e enfrentamento dos pensamentos sabotadores. Proposição das tarefas de casa e orientações
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Conforme o planejado, foi possível a execução de toda a agenda da sessão. Devido ao número de informações trabalhadas, e a apresentação de uma nova participante, o tempo foi excedido em 15 minutos.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes estavam animadas com a proposta, participativas, apesar de relatarem humor negativo. Na sessão estavam eutímicas, engajadas na proposta e colaborativas.
Feedback das participantes	As participantes falaram e perguntaram sobre suas dúvidas, dificuldades de compreensão e sobre o que estava sendo proposto. Mostraram-se honestas consigo mesmas e com o grupo quanto às dificuldades pessoais em seguir o programa.

Sessão 03	Informações
Participantes presentes	P1, P2, P3.
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da segunda sessão e tarefas de casa. Trabalhar novas habilidades de organização do tempo para planejamento alimentar, exercícios físicos, desconforto da fome, desejos por comida. Apresentação da tarefa de casa para a próxima semana.
Revisão do humor	P1: 5/10; P2: 1/10; P3: 5/10.
Procedimentos realizados	Foi feita a apresentação da agenda. Revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Foram trabalhadas as tarefas diárias a serem realizadas na próxima semana, as habilidades envolvidas em cada uma delas. Identificação e enfrentamento dos pensamentos sabotadores.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	As participantes foram ativas, engajadas nas discussões durante a sessão. Estavam receptivas e com boa interação entre si.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes foram ativas, engajadas nas discussões durante a sessão. Estavam receptivas e com boa interação entre si.
Feedback das participantes	P2 , devido a problemas com a mãe, teve dificuldades em se envolver nas atividades e falar sobre isso: “O que eu estou fazendo aqui?” disse ela em determinado momento. Tal pensamento foi trabalhado. As demais participantes mostraram-se mais entusiasmadas e esperançosas com o programa

Sessão 04	Informações
Participantes presentes	P1.
Objetivos do encontro	Trabalhar junto ao grupo a nova forma de fazer dieta a partir das novas habilidades cognitivas e comportamentais apresentadas pelo programa. Apresentar as tarefas diárias da próxima semana, com foco no planejamento alimentar diário de véspera
Revisão do humor	P1: 5/10.
Procedimentos realizados	Como apenas uma participante compareceu, foi trabalhado individualmente as tarefas anteriores, suas dúvidas e dificuldades, com respostas adaptativas aos pensamentos sabotadores. Foram apresentadas as tarefas diárias para a semana seguinte.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Foi uma sessão bastante produtiva em relação ao desenvolvimento e reforçamento das habilidades da participante.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	A participante foi bastante receptiva, interagiu muito bem com a equipe, e se mostrou motivada em manter-se no programa, apesar de todas as dificuldades pessoais.
Feedback das participantes	A participante se mostrou grata, engajada e entusiasmada com o programa, especialmente ao constatar que já iniciou a perda de peso.

Sessão 05	Informações
Participantes presentes	P1, P2, P3.
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da segunda sessão e tarefas de casa. Trabalhar com o grupo estratégias para lidar com as dificuldades prováveis ao longo da dieta, que podem estar relacionadas aos sentimentos de injustiça, privação, decepção e desânimo. Apresentação da tarefa de casa para a próxima semana.
Revisão do humor	P1:3/10; P2: 1/10; P3: 1/10.
Procedimentos realizados	Apresentação da agenda. Revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Revisão das tarefas de casa da semana anterior. Houve foco na psicoeducação sobre as distorções cognitivas, com exemplos relacionados à dieta e outras áreas da vida. Apresentação da técnica das sete perguntas para identificação, correção e enfrentamento dos pensamentos disfuncionais. Apresentação das tarefas diárias para a semana seguinte.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Foi possível trabalhar com êxito esta ênfase teórico-prática da terapia cognitivo-comportamental junto ao grupo, bem como cumprir a agenda estabelecida para a sessão.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes mostraram-se bastante engajadas e motivadas no aprendizado das novas habilidades, reconhecendo em si mesmas os exemplos que foram trabalhados.
Feedback das participantes	As participantes demonstraram estar otimistas quanto ao aprendizado e resultados dele decorrentes, motivadas a continuar.

Sessão 06	Informações
Participantes presentes	P1, P3.
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da sessão anterior, trabalhar junto as participantes o planejamento de estratégias para lidar com as dificuldades externas (ambientais) relacionadas às pessoas com as quais convivemos, situações e lugares que frequentamos, e que podem interferir nas decisões alimentares.
Revisão do humor	P1:5/10; P3: 1/10.
Procedimentos realizados	Fizemos a apresentação da agenda. Revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Revisão das tarefas da semana anterior. Proposição das tarefas diárias para a próxima semana, relacionadas a prevenção de situações desafiadoras à dieta, como comer fora, viagens, e como lidar com os empurradores de comida.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Foi possível cumprir com êxito a agenda de trabalho, enfatizando as novas habilidades e retomando pontos já trabalhados, como a técnica das sete perguntas, e apresentação da técnica de resolução de problemas.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes foram colaborativas, interagindo muito bem entre si e com a equipe.
Feedback das participantes	As participantes falaram sobre os ganhos positivos que estão tendo com este acompanhamento, e expressaram o desejo e “necessidade” de mantê-lo por mais tempo, para conseguirem se manter equilibradas e com bons resultados quanto à perda de peso e humor eutímico, apesar de todos os problemas vivenciados no cotidiano.

Sessão 07	Informações
Participantes presentes	P1, P3.
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da sessão anterior, trabalhar junto as participantes o planejamento de estratégias para lidar com o platô, pensamentos sabotadores e dificuldades. Trabalhar tópicos relacionados a volta aos trilhos após escapar da dieta e encontrar atividades alternativas que possam enriquecer a vida
Revisão do humor	P1:4/10; P3: 1/10.
Procedimentos realizados	Fizemos a apresentação da agenda. Revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Revisão das tarefas da semana anterior. Proposição das tarefas diárias para a próxima semana, explicação do termo platô, como lidar com ele, importância da manutenção de atividades físicas, de encontrar atividades alternativas para enriquecer a vida.
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Foi possível cumprir com êxito a agenda de trabalho, retomando pontos já trabalhados.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes estavam engajadas nas atividades, mas demonstraram certa preocupação com o final do programa.
Feedback das participantes	As participantes expressaram novamente o desejo de que o programa se estenda, uma vez que sentem necessidade de amparo por parte do grupo e equipe, tanto em relação a dieta, como em relação as questões familiares.

Sessão 08	Informações
Participantes presentes	P1, P3.
Objetivos do encontro	Revisar os tópicos da sessão anterior. Reteste (BAI, BDI, e pesagem). Construção do gráfico do emagrecimento de cada participante, entrega do certificado pela participação, e confraternização.
Revisão do humor	P1:5/10; P3: 5/10.
Procedimentos realizados	Foi feita a apresentação da agenda. Revisão do humor em escala de 0 a 10, juntamente a contextualização do escore assinalado. Reteste (BAI, BDI, pesagem). Foi construído um gráfico do emagrecimento com cada participante. Levantada a questão da importância da manutenção das práticas aprendidas com o programa. Entrega dos certificados e confraternização
Principais observações da equipe sobre os procedimentos realizados	Foi possível cumprir toda a agenda programada para a sessão.
Observações da equipe sobre os participantes nesta sessão	As participantes se mostraram contentes com a pesagem, e com o recebimento dos certificados. Demonstraram ansiedade em relação ao encerramento do trabalho.
Feedback das participantes	As participantes expuseram a preocupação quanto a continuidade do grupo, demonstraram ansiedade em relação ao período de férias, e dúvidas quanto a conseguir manter a dieta, e o humor na ausência dos encontros.

5.4. Medidas obtidas nas três etapas

5.4.1. Nível de ansiedade

Os resultados do Inventário Beck de Ansiedade (BAI) nas três etapas do estudo foram: Etapa 1 (entrevistas e medidas iniciais), Etapa 2 (ao final da intervenção psicoterápica adaptada para grupo segundo o Programa Pense Magro) e Etapa 3 (*follow up* de 3 meses após o final da intervenção). Os escores do BAI de P1 e P3 estão representados na Figura 1, ressaltando que P2 abandonou o estudo durante a Etapa 2 e, por isso, seus resultados não são apresentados.

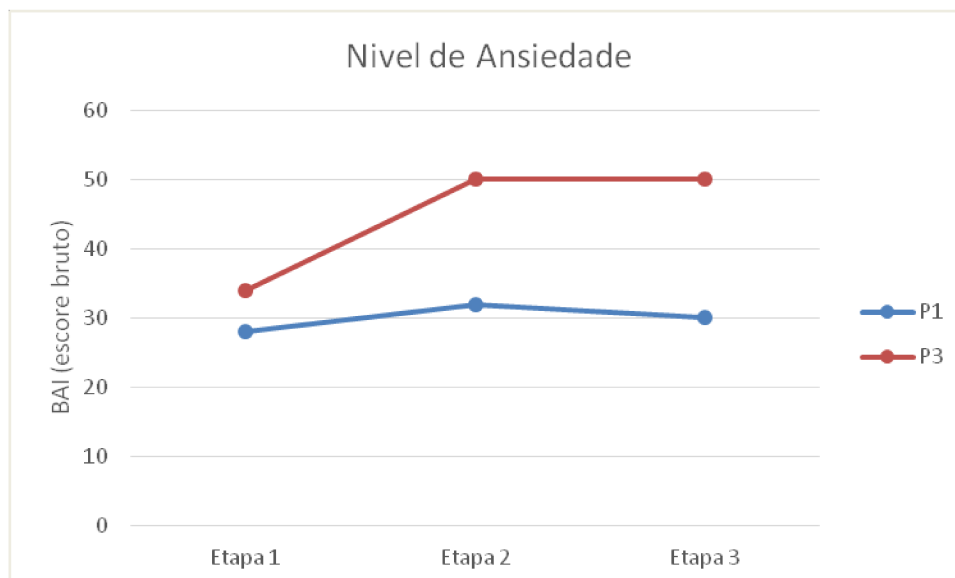


Figura 1. Escores do BAI nas três etapas do estudo.

Observa-se a partir destes resultados que os escores do BAI das duas participantes aumentaram ao longo das etapas do estudo, com leve diminuição no *follow up* para P1 e manutenção dos índices para P3. Portanto, temos aqui a hipótese de que provavelmente o término da intervenção (final da Etapa 2) está relacionado com o aumento dos níveis de ansiedade medidos pelo BAI.

Para P1, os escores 28 (Etapa 1) e 30 (Etapa 3) estão na mesma faixa avaliativa do instrumento, revelando ansiedade moderada nas duas etapas. Na Etapa 2, ao final da intervenção, estes níveis aumentaram (34) e passou à classificação da ansiedade como grave. Já os escores do BAI para P3 indicam uma ansiedade grave (34) na Etapa 1, seguida de um aumento significativo para 50 nas etapas seguintes, mas ainda mantendo a classificação da ansiedade como grave.

Além disso, observou-se uma diminuição nos escores de alguns itens entre as etapas 1 e 2. Para P1, essa diminuição ocorreu nos itens 1 (dormência e formigamento), 2 (sensação de calor), 7 (palpitação) e 9 (aterrorizado); e para P3 no item 11 (sensação de sufocação). Na Etapa 3, estes escores voltaram a aumentar. Por outro lado, no item 5 (medo que aconteça o pior) de P1 houve diminuição no escore entre as etapas 1 e 2 e manutenção deste na Etapa 3. Por fim, P1 também indicou seguidas reduções no escore dos itens 6 (atordoado ou tonto) e 17 (assustado) entre as três etapas.

5.4.2. Nível de depressão

Os resultados do Inventário Beck de Depressão (BDI) nas três etapas do estudo foram: Etapa 1 (entrevistas e medidas iniciais), Etapa 2 (ao final da intervenção psicoterápica adaptada para grupo segundo o Programa Pense Magro) e Etapa 3 (*follow up* de 3 meses após o final da intervenção). Os escores de P1 e P3 estão representados na Figura 2.

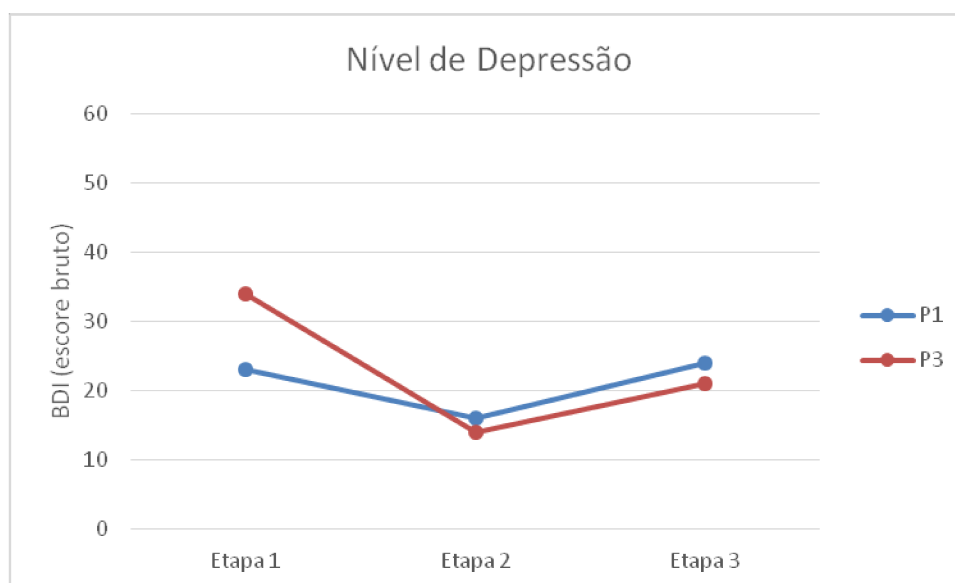


Figura 2. Escores brutos do BDI nas três etapas do estudo.

Pode-se observar a partir destes dados que os escores do BDI tiveram uma importante diminuição da Etapa 1 para a Etapa 2. Por exemplo, o escore de P1 variou de 23 (nível moderado) para 16 (nível leve) e o escore de P3 diminuiu de 34 (nível moderado) para 14 (leve), o que provavelmente revela um efeito da intervenção realizada sobre sintomas depressivos de ambas as participantes.

Pode-se, ainda, constatar que, entre o final da intervenção na Etapa 2 e o *follow up* (Etapa 3), houve uma elevação destes escores para P1 (24), inclusive ultrapassando o escore inicial (23), mas mantendo-se na faixa de sintomas depressivos moderados. Já P3 apresentou também uma elevação dos escores neste período (21, nível moderado), mas ainda assim este ficou bem abaixo do inicial (34). Tomados em conjunto, estes dados revelam uma provável manutenção parcial dos efeitos da intervenção psicoterápica realizada.

A análise por itens revelou uma diminuição nos escores entre as etapas 1 e 2 nos seguintes itens: 2 (pessimismo) e 21 (perda de libido) para P1; e 1 (tristeza), 7 (auto aversão), 8 (auto acusação), 10 (choro), 11 (irritabilidade), 13 (indecisão), 17 (fatigabilidade) e 21 (perda de libido) para P3. Entretanto, essa diminuição não se manteve na Etapa 3. Por outro

lado, P1 apresentou redução nos escores entre as etapas 1 e 2 e manutenção na Etapa 3 nos itens 6 (punição) e 8 (auto acusação), o mesmo ocorrendo com P3 nos itens 2 (pessimismo), 5 (culpa), 18 (perda de apetite) e 20 (preocupações somáticas). Por fim, P1 apresentou diminuição no escore no item 16 (insônia) ao longo das três etapas do estudo.

5.4.3. Peso (kg)

O peso das participantes (medido em kg) foi uma das variáveis dependentes utilizadas para verificar o impacto da intervenção sobre a obesidade. A Figura 3 aponta a evolução desta medida ao longo das três etapas do estudo. A partir da observação destes dados, nota-se que o peso das duas participantes diminuiu entre as etapas 1 e 2, revelando provavelmente um efeito positivo da intervenção realizada sobre esta variável.

Entretanto, no intervalo de três meses entre o final da Etapa 2 e a Etapa 3, as participantes voltaram a ganhar peso, principalmente P1, cujo peso final (96,7kg) ultrapassou o peso inicial (94,5kg). P3 não chegou a recuperar totalmente o peso perdido, passando de 105kg (Etapa 1) para 102,5kg (Etapa 2) e depois chegando a 103kg (Etapa 3), o que indica um efeito parcial da intervenção sobre a manutenção dos resultados alcançados com a intervenção em grupo.

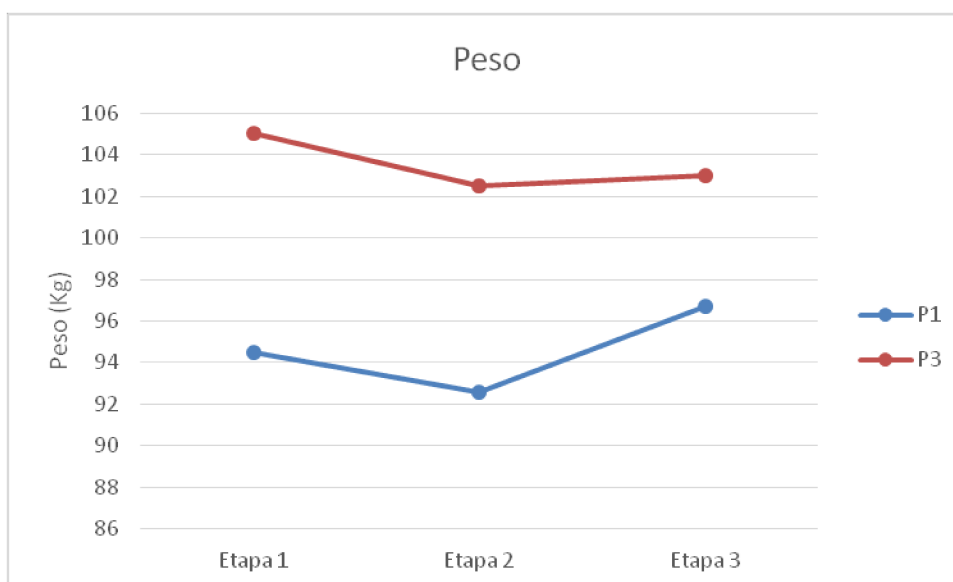


Figura 3. Peso (kg) nas três etapas do estudo.

5.4.4. Índice de massa corporal (IMC)

O IMC das participantes foi calculado nas três etapas do estudo, a partir da medida do peso (kg) e da altura (m) pela fórmula $IMC = \text{massa (kg)} / \text{altura (m)}^2$. Os dados das duas

participantes são apresentados na Figura 4. A variação do IMC é diretamente proporcional ao peso (kg) medido nas três etapas do estudo. Assim, observa-se uma pequena redução entre a Etapa 1 e o final da Etapa 2, e um aumento na Etapa 3 (maior para P1 em comparação com P3). É importante destacar que P1 era classificada com obesidade grau II na Etapa 1 (35,66kg/m²), muda para obesidade grau I ao final da Etapa 2 (34,94 kg/m²) e retorna para obesidade grau II na Etapa 3 (36,35kg/m²). Por outro lado, P3 inicia a intervenção com obesidade grau III (40,54kg/m²) e nas etapas 2 e 3 reduz e mantém-se com obesidade grau II (39,57kg/m² e 39,76kg/m², respectivamente).

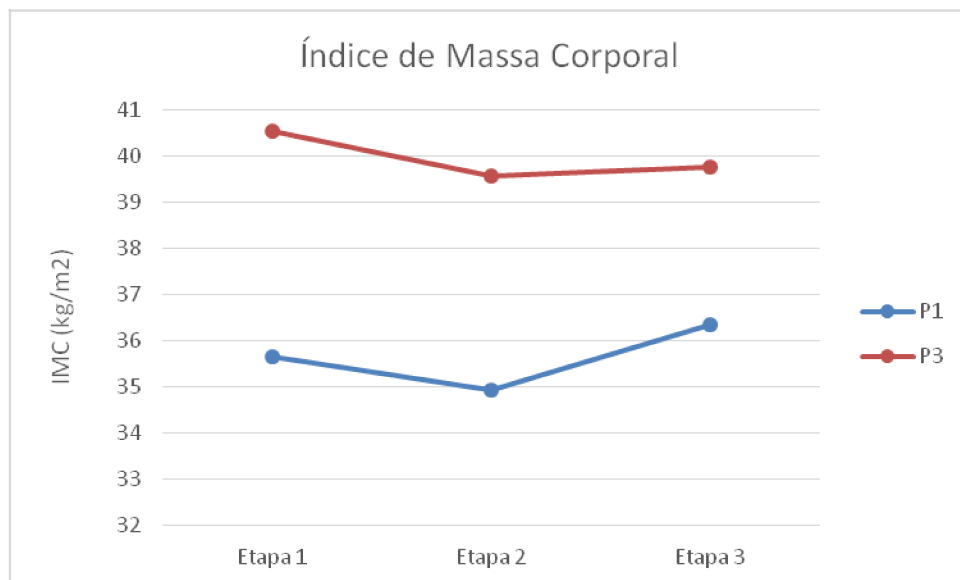


Figura 4. IMC (Kg/m²) nas três etapas do estudo.

5.4.5. Avaliação do serviço

Os escores do ASPP e do CORE-OM foram utilizados para avaliar a satisfação das participantes em relação ao serviço prestado através da intervenção psicoterápica em grupo. Com relação ao ASPP, o escore de P1 foi 61 e o escore de P3 foi 66, indicando satisfação com o serviço ofertado, já que resultados entre 54 e 71 revelam satisfação, segundo os critérios avaliativos do instrumento. Com relação ao CORE-OM, o escore de P1 foi 61 e o escore de P3 foi 77. Este resultado revela uma satisfação parcial com os resultados da intervenção, já que estes se encontram próximos da mediana do instrumento (68) em relação ao maior escore possível (136).

6. DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos foi organizada de modo a responder ao objetivo geral deste trabalho: apresentar e avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterápica em grupo na abordagem cognitivo-comportamental baseada no Protocolo Pense Magro de Judith Beck para a perda de peso, e também avaliar a manutenção dos resultados obtidos após o término da intervenção. As participantes eram obesas com história de reganho parcial do peso perdido após a cirurgia bariátrica. Três participantes foram selecionadas para compor a amostra, entretanto uma não chegou ao final do estudo, que foi constituído por três etapas, a saber: 1) três encontros individuais para entrevistas, medidas antropométricas iniciais e escalas Beck de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI); 2) oito sessões em grupo de intervenção psicoterápica segundo o protocolo Pense Magro e, ao final, novas medidas antropométricas e replicação das escalas; e 3) *follow up* três meses após o encerramento dos atendimentos em grupo, com repetição das medidas coletadas nas duas etapas anteriores, e avaliação da satisfação das participantes com o serviço oferecido. Os resultados mostraram um impacto da intervenção sobre sintomas depressivos, peso e IMC das participantes, porém esses resultados, em sua maioria, não se mantiveram na última etapa. Por outro lado, os níveis de ansiedade das participantes mantiveram-se elevados ao longo das três etapas. Por fim, as participantes mostraram-se satisfeitas com a intervenção psicoterápica.

Os resultados são discutidos à luz do impacto da cronicidade de seus quadros clínicos e de eventos inesperados e de forte conotação emocional em suas vidas pessoais sobre o humor e o peso/IMC; e também das características da intervenção realizada em comparação com a TCCG clássica e os desafios inerentes à intervenção como o abandono terapêutico e a dificuldade em realizar as tarefas de casa.

6.1. Impacto da intervenção e dos eventos da vida pessoal sobre o humor e o peso/IMC das participantes

Analisando-se a evolução dos escores do BAI e do BDI ao longo deste estudo, podemos observar que alguns itens das escalas tiveram decréscimos na Etapa 2 em relação ao nível anteriormente aferido na Etapa 1, tornando a subir na Etapa 3 (*follow up*). Para P1, isto se deu nos seguintes itens dos instrumentos aqui analisados: BAI – 1 (dormência e formigamento), 2 (sensação de calor), 7 (palpitação) e 9 (aterrorizado); BDI – 2 (pessimismo) e 21 (perda de libido). Para P3, este fenômeno se deu nos seguintes itens dos instrumentos: BAI – 11 (sensação de sufocação); BDI – 1 (tristeza), 7 (auto aversão), 8 (auto acusação), 10

(choro), 11 (irritabilidade), 13 (indecisão), 17 (fatigabilidade) e 21 (perda de libido). Assim, pode-se concluir que, provavelmente, a intervenção psicoterápica realizada na Etapa 2, foi eficaz na redução dos itens acima citados, especialmente com relação aos sintomas depressivos. Entretanto, a eficácia da intervenção não se estendeu após o término dos atendimentos, já que estes índices voltaram a subir nas medidas realizadas na Etapa 3.

Além disso, observou-se que, para alguns itens destes instrumentos, houve diminuição nos escores entre as etapas 1 e 2 e manutenção destes na Etapa 3. Para P1, isto foi observado no BAI para o item 5 (medo que aconteça o pior) e no BDI para os itens 6 (punição) e 8 (auto acusação). Para P3, isto foi observado exclusivamente no BDI para os itens 2 (pessimismo), 5 (culpa), 18 (perda de apetite) e 20 (preocupações somáticas). Aqui, então, temos uma evidência do efeito da intervenção sobre estes sintomas ansiosos e depressivos, bem como na manutenção destes resultados três meses após o fim da intervenção. Ainda houve uma diminuição progressiva nos escores entre as três etapas, porém isto ocorreu para poucos itens, para P1 nos itens 6 (atordoado ou tonto) e 17 (assustado) do BAI; e para P3 no item 16 (insônia) do BDI.

Observa-se que os itens acima citados são, em sua maioria, de natureza psicológica, apenas alguns referindo-se a sintomas físicos ou fisiológicos. Aqui deve-se considerar ainda que o baixo impacto sobre os escores de ansiedade, especialmente de sintomas físicos, provavelmente está relacionado à características individuais das participantes, como o caso de P3, que revela-se uma pessoa de traço ansioso marcante, constante ao longo de sua vida, como pôde ser observado na anamnese inicial, a partir do relato de histórico psiquiátrico prévio.

Quanto aos sintomas depressivos, estes tiveram redução mais prevalente, para ambas as participantes. Correlacionamos esta redução às técnicas psicoterápicas trabalhadas ao longo dos atendimentos, especialmente às de identificação e correção de pensamentos automáticos, culminando na mudança de crenças nucleares remotas e desadaptativas. Perda de libido foi um índice que melhorou para ambas as participantes, coerente com a melhora do humor. Acreditamos que a aliança terapêutica construída ao longo dos atendimentos também foi de fundamental importância para estes resultados, assim como nos diz a literatura (Caminha & Knapp, 2004; Cordioli, 2009).

Um dado que gostaríamos de ressaltar diz respeito à diminuição das queixas de insônia das participantes, especialmente de P3, já que esta lhes trazia graves prejuízos. A diminuição progressiva deste sintoma ao longo do estudo deve-se, provavelmente, às técnicas trabalhadas de higiene do sono, relaxamento e meditação, entre outras.

Em geral, estes resultados vêm ao encontro da proposta de Beck (2009), que afirma que combatendo os pensamentos automáticos “sabotadores”, técnica amplamente utilizada no Programa Pense Magro, teríamos um fortalecimento da autoconfiança e autocontrole. Estas são fundamentais para o alcance dos objetivos pessoais por meio da reestruturação de crenças pessoais desadaptativas e distorcidas, consolidando assim, parte da reestruturação cognitiva, objetivo final da TCC.

Estes resultados indicam que o comportamento alimentar das participantes está estreitamente relacionado às questões emocionais, principalmente à depressão, visto o nível de sintomatologia de depressão moderado e elevado na Etapa 1 e sua posterior diminuição na Etapa 2 concomitante à redução no peso e no IMC nas duas participantes; mostram-se, portanto, coerentes com o que nos diz a literatura sobre a obesidade, suas causas e aspectos relevantes para o tratamento (Xavier et al., 2010). Tivemos para P1 uma mudança de obesidade grau II para grau I (IMC inicial 35,66 kg/m² e final etapa 2, 34,94 kg/m²), com impactos diretos no melhor controle de suas comorbidades clínicas e melhor qualidade de vida em geral; para P3 tivemos um decréscimo de 40,54 kg/m² na etapa 1 e de 39,52 kg/m² no final da etapa 2, revelando uma mudança de obesidade grau III para grau II, com melhora também importante em suas crises de hipertensão arterial e qualidade de vida em geral.

Ao longo do estudo, os níveis de ansiedade mantiveram-se altos, inclusive aumentando entre as etapas 1 e 2 e depois reduzindo discretamente na Etapa 3. Em contraste, essa relação não foi encontrada para os níveis de depressão. Os efeitos dos níveis elevados de ansiedade provavelmente impactaram na discreta perda de peso e no reganho posterior ao término da intervenção; há muitas evidências na literatura sobre os efeitos da ansiedade no comportamento alimentar e, conseqüentemente, sobre o peso e o IMC, como já foi apresentado na introdução deste trabalho (Xavier et al., 2010; Caetano et al., 2005).

Consonante ao apresentado acima, ao longo das sessões de psicoterapia em grupo, as participantes passaram por muitas situações aversivas de grande impacto emocional, dada a proximidade e força de vínculos afetivos com os envolvidos nestas situações. Por exemplo, o filho de P3 fez uma tentativa de suicídio, além de revelar ser dependente químico há anos. No caso de P1, ocorreu um súbito e grave adoecimento de uma sobrinha-neta muito querida e próxima afetivamente. Além das conseqüências emocionais, este evento causou uma série de responsabilidades extras para P1, que teve que acolher em sua casa os pais e parentes da menina por várias semanas, além de se envolver diretamente no revezamento de cuidados da criança durante sua longa internação hospitalar. Não se pode negligenciar também os diversos problemas de saúde enfrentados por elas, como crises hipertensivas de P3 e uma infecção por

pneumonia de P1, que a deixou muito debilitada fisicamente e interferiu diretamente em suas tarefas diárias, exercícios físicos e até mesmo no seu comparecimento em algumas sessões da intervenção em grupo.

É provável que estes acontecimentos interferiram diretamente nos resultados alcançados, principalmente no que diz respeito à perda de peso discreta e ao aumento dos níveis de ansiedade na Etapa 2. Dessa maneira, estes resultados são, pelo menos parcialmente, explicados pelos conflitos pessoais e interpessoais vivenciados por elas, contemporâneos e coincidentes com o momento em que voltaram a ganhar peso após a cirurgia bariátrica, assim como ocorreu durante as três etapas deste estudo. Além disso, as participantes relataram de maneira explícita a preocupação com o término da intervenção, enfatizando a preocupação e o medo de não estarem “prontas” para enfrentarem sozinhas seus problemas; e de não conseguirem manter as habilidades recém aprendidas para lidar com os desafios relacionados ao comportamento alimentar disfuncional associado à obesidade.

Relacionado a isso, tivemos a desistência de uma (P2) das três participantes após algumas faltas na fase da intervenção psicoterápica em grupo. Assim, não foi possível obter suas medidas (peso e, conseqüentemente, IMC) e tampouco verificar seus níveis de ansiedade e de depressão ao final da intervenção (Etapa 2) e no *follow up* após 3 meses do término da intervenção (Etapa 3), cujo objetivo era verificar a manutenção dos resultados alcançados e os níveis de satisfação pessoal com o serviço oferecido. No caso da participante P2, ela justificou suas dificuldades em prosseguir com o tratamento, as quais a levaram ao abandono. Durante os meses da intervenção, ela sofreu importantes perdas: a morte de seu pai e depois de sua mãe, que estava sob seus cuidados para um tratamento de um câncer terminal. Dessa maneira, as alterações em sua rotina e a sobrecarga de tarefas relacionadas às perdas, além das questões emocionais agravadas pelo luto, impossibilitaram sua continuação no estudo.

Muitas razões complexas são responsáveis pelas dificuldades que surgem durante o processo terapêutico da TCC, podendo resultar em abandono do tratamento. Elas podem estar relacionadas ao indivíduo (paciente), ao terapeuta ou a outros fatores externos à sessão terapêutica (Beck, 2006). A literatura nos mostra que a taxa de abandono na TCC é similar ao reportado nas outras abordagens de psicoterapia. Os índices de abandono variam de 30% a 60%, segundo uma meta-análise (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Melo & Guimarães, 2005). Não são verificadas diferenças significativas sociodemográficas e diagnósticas dos pacientes que permanecem ou não no tratamento (Pureza et al., 2013).

6.2. TCCG x Pense Magro

A intervenção psicoterápica em grupo baseada no Programa Pense Magro foi realizada atentando-se à manutenção das características básicas dos modelos clássicos de TCCG, especificamente no que diz respeito: aos critérios de escolha dos participantes para a composição do grupo, à estrutura das sessões, à frequência semanal e duração média de tempo de cada sessão, ao aspecto cumulativo do aprendizado e desenvolvimento das habilidades necessárias ao sucesso da intervenção. Atentamo-nos ainda às diretrizes da TCCG específica para o tratamento da obesidade, em relação à recomendação de prática regular de atividade física aeróbica e alimentação orientada por dieta prescrita por nutricionista, além da realização da pesagem semanal, sempre no mesmo horário, a assiduidade, pontualidade e confidencialidade grupal.

No entanto, houve duas diferenças importante no que diz respeito ao número total de sessões. Primeiramente, a TCCG indica como número médio doze sessões (Knapp & Beck, 2008) e realizamos apenas 8 sessões de intervenção em grupo, já que distribuímos os 42 dias do Programa em seis semanas, mais duas sessões, para introdução (primeira) e fechamento do trabalho psicoterápico (última), respectivamente. Estes mesmos autores nos mostram que, muitos protocolos de tratamento recomendam de 12 a 16 sessões para depressão e ansiedade não complicadas; sendo que transtornos de personalidade e outros transtornos crônicos levam mais tempo, talvez mais de 1-2 anos de tratamento. As informações fornecidas pelas participantes na entrevista inicial e ao longo da intervenção revelam o caráter crônico da obesidade e da ansiedade, assim fica evidente a dificuldade na modificação de padrões tão rígidos de funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental. Acreditamos que o reduzido número de sessões realizadas possa ter sido insuficiente para a obtenção dos resultados esperados: para além da perda de peso significativa, a diminuição dos níveis de ansiedade que está diretamente relacionada ao comportamento alimentar disfuncional que leva e/ou mantém a obesidade.

Em segundo lugar, o número de participantes, que não se aproximou da quantidade máxima (12) indicada na literatura (Rangé & Souza, 2009), pois iniciamos com 3 participantes e terminamos com somente duas. Como já dito anteriormente, Yallou (1995) aponta como benefícios da psicoterapia de grupo: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização e comportamento imitativo, coesão grupal e catarse. Além disso, há evidências de que a TCCG para o tratamento da obesidade resulta em redução do peso corporal e traz benefícios clinicamente

significativos em aspectos como dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimento de bem-estar dos participantes de grupos terapêuticos e diminuição da compulsão alimentar (Neufeld, Moreira & Xavier, 2012).

Pelo número reduzido de participantes, houveram algumas sessões que foram feitas individualmente pela ausência de uma delas. Acreditamos que esta mudança no modelo de TCCG, que acontecia em função dessa circunstância de apenas um participante na sessão, possa também ter impactado nos resultados alcançados na pesquisa.

Durante toda a intervenção, parte das sessões de TCCG foram utilizadas para programar e verificar as tarefas de casa. Estas deveriam ser realizadas diariamente, usando como modelo o que foi aprendido na sessão. Seguiu-se o que é sugerido pela literatura, isto é, a necessidade de cumprimento das tarefas deve estar bem estabelecida, assim como sua relação com o progresso da terapia (Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr et.al., 2008).

No entanto, ao longo da intervenção, foi possível observar uma grande dificuldade das participantes em realizar as tarefas de casa propostas. Foi bastante recorrente o comparecimento à sessão sem a realização das tarefas de casa, justificadas por dificuldades de tempo e até mesmo resistência explícita em realizá-las. Neste último caso, quase sempre se observava a ocorrência de pensamentos sabotadores de inutilidade ou incompetência em relação à execução das tarefas. Como já discutido anteriormente, provavelmente o pouco tempo de trabalho psicoterápico também tenha favorecido o não estabelecimento de um novo hábito em relação à realização de tarefas de casa diárias.

Por mais simples que fossem as tarefas de casa propostas, elas exigiam que as participantes entrassem em contato com temas disparadores de angústia e ansiedade, por exemplo, a falta de autocontrole sobre o próprio comportamento alimentar em situações cotidianas ou desafiadoras. Técnicas aversivas (como a exposição a estímulos ou situações ansiogênicas), apesar de serem extremamente eficazes para tratar problemas de ansiedade, provocam na situação terapêutica, aquilo que pretendem eliminar: a própria ansiedade. Inclusive isto pode estar relacionado ao aumento da ansiedade observado ao final da intervenção (Etapa 2).

Desse modo, a não adesão às tarefas de casa podem ser vistas como novas respostas de esquiva ou fuga, dentro de um repertório já rico neste tipo de comportamento, que permitiam às participantes evitar situações causadoras de ansiedade e mal-estar (Banaco, 2001; Gomes & Scrochio, 2001). Isso nos leva a concluir que, provavelmente, a não realização das tarefas de casa também pode ter levado à limitação dos resultados esperados com a intervenção,

especialmente no que diz respeito aos elevados níveis de ansiedade e à mudança dos comportamentos e crenças disfuncionais, que estão na base da manutenção da obesidade.

É importante destacar que na avaliação da satisfação pessoal das participantes com o serviço ofertado, por meio dos questionários CORE-OM e ASPP, encontramos bons níveis de satisfação com o trabalho psicoterápico realizado. Acreditamos que isto se deve ao bom vínculo que foi criado entre as participantes e delas para com a equipe de terapeutas, o que reforça a ideia da aliança terapêutica como elemento fundamental para o sucesso da psicoterapia segundo a TCC (Caminha & Knapp, 2004; Cordioli, 2009). As participantes também relataram bastante satisfação com a perda de peso obtida ao longo da Etapa 2, mesmo que discreta e apesar do reganho parcial, o que as manteve aderidas ao tratamento e as fizeram acreditar na sua capacidade de autocontrole sobre seus comportamentos, não só em relação à comida, mas à vida de uma maneira geral.

Podemos observar que uma das limitações deste estudo se refere a falta de medidas para se avaliar e monitorar como as distorções cognitivas das participantes evoluíram ao longo das etapas do estudo. O protocolo aqui utilizado para nortear o estudo, *Pense Magro*, não oferece especificamente um instrumento para se realizar estas medidas. Faz-se necessário, portanto, em estudos posteriores, que tal medida seja contemplada para se avaliar, de fato, a eficácia psicológica da intervenção tendo em foco a reestruturação cognitiva.

7. CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção psicoterápica em grupo, realizada a partir de uma adaptação do Programa “Pense Magro” de Beck (2009), sobre os níveis de ansiedade, depressão, peso (kg) e IMC de pacientes obesas com histórico de reganho parcial de peso após cirurgia bariátrica. Os resultados indicaram que a intervenção teve um impacto positivo sobre os níveis de depressão, ou seja, houve diminuição dessa sintomatologia e, inclusive, manteve-se relativamente estável três meses após o final da intervenção. Os efeitos da intervenção sobre o peso (kg) e o IMC das participantes também foram positivos, entretanto a redução destes não se estende para além do encerramento da intervenção psicoterápica, sinalizando que as mudanças ocorridas ao longo da terapia não se sustentaram sem o apoio psicológico semanal.

Com relação aos níveis de ansiedade, observou-se um aumento e depois manutenção destes, revelando uma relação negativa com a intervenção realizada. Levanta-se a hipótese de que algumas variáveis expliquem estes resultados, tais como: 1) cronicidade dos problemas emocionais e da obesidade das participantes; 2) eventos que ocorreram na vida das participantes envolvendo pessoas de suas relações afetivas primárias com forte implicação emocional e prática em suas rotinas; 3) tempo reduzido da intervenção (oito sessões), inferior às doze sessões preconizadas pela TCCG, que foi insuficiente para uma reestruturação cognitiva das crenças nucleares desadaptativas; e 4) dificuldade das participantes em realizarem as tarefas de casa. Apesar disso, as participantes mostraram-se satisfeitas com a intervenção psicoterápica tanto por meio dos instrumentos utilizados (ASPP e CORE-OM) quanto por seus relatos acerca da percepção subjetiva das mudanças decorrentes desta.

Por fim, o estudo permitiu-nos verificar que a intervenção psicoterápica em grupo, baseada no Programa “Pense Magro” de Beck (2009), mostrou-se limitada em seus efeitos para a amostra em questão, já que as variáveis mensuradas sofreram mudanças discretas e não tiveram seus efeitos mantidos três meses após o seu fim (*follow up*). Vale ressaltar que uma limitação importante deste estudo é o número reduzido de participantes e, por isso, deve-se ter cautela na generalização dos resultados.

Conclui-se que, dada a gravidade do fenômeno contemporâneo da obesidade em nossa sociedade, este estudo foi de grande relevância para o progresso das pesquisas na área dos tratamentos multidisciplinares para esta doença multifatorial, porém de forte constituição psicológica, a partir de padrões disfuncionais cognitivos, afetivos e comportamentais.

8. REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para o tratamento de problemas de ansiedade. Em M.L. Marinho e V. Caballo (Org), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL – Apicsa.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A. D., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(supl. 1), 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C. & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of general psychiatry*, 42(2), 142-148. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790250036005>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Beck, A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., & Erbauch G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médica.
- Beck, J. S. (2006). Indicações de problemas no tratamento. In: J. S. Beck (Org). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2009). *Pense magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J.S. & Beck, D. (2015). *The Diet Trap Solution: Train your brain to lose weight and keep it off for good*. London: British Library.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., Antony, M. M., & cols. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011a). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2016

- Brasil. Ministério da Saúde (2017). Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília.
- Caetano, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006>
- Caminha, R. M., & Knapp, P. (2004). Transtorno do estresse pós-traumático. *Terapia Cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcanti Ximenes, R. C., Colares, V., Bertulino, T., Bosco Lindoso Couto, G., & Botelho Sougey, E. (2011). Versão brasileira do " BITE. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(1).
- Cordás, T. A., Lopes Filho, A. P., & Segal, A. (2004). Eating disorder and bariatric surgery: a case report. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48(4), 564-571. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302004000400019>
- Cordioli, A. V. (2009). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. *São Paulo: Casa do Psicólogo*, 11-13.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl III), 49-53. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700011>
- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obeso com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 47-51. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>
- Gomes, M. J. C., & Scrochio, E. F. (2001). Terapia da gagueira em grupo: experiência a partir de um grupo de apoio ao gago. *Revista Brasileira terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(2), 25-34.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: Análise do manejo terapêutico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 191- 199. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100016>
- Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18>
- Hofmann, S. G. (2014). *Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental Contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

- Ito, L. M., Roso, M.C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. Cognitive-behavioral therapy in socialphobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Sup II), 96-101. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>
- Knapp P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 54-64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre. Artmed.
- Luz, F. Q. D., & Oliveira, M. D. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia*, 40, 159-173.
- Machado, R. L., Pellanda, L. C., Viguera, E. R., & Ruschel, P. P. (2005). Obesidade infantil e prevenção de cardiopatia isquêmica: contribuições da intervenção psicológica em um ambulatório de referência no sul do Brasil. *Revista da SBPH*, 8(2), 25-49.
- Marcelino, L. F., & Patrício, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. The complexity of obesity and life after bariatric surgery: a public health issue. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4767-4776. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>
- Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 113-118. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200008>
- Ministério Da Saúde (MS) 2014. Plano Brasil.2014 <www.portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 05 set. 2014.
- Miranda, L. M. M. D. F. (2012). Satisfação de utentes de psicologia clínica ou psicoterapia e bem-estar subjetivo: Construção do questionário de avaliação de satisfação (ASSP). Doctoral dissertation, ISPA- Instituto Universitário.
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: B. Rangé et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp 735-750), Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93-100.
- Nunes, M. A. (2003). Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres jovens no sul do Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.
- Oliveira, V. A. M. D. (2010). Sinais vocais em adolescentes com características de Bulimia Nervosa. www.repositorio.unifesp.br acesso em 05/04/2017, as 21:10h.
- Pureza, J. D. R., da Silva Oliveira, M., & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento (PUCPR. Impresso)*, 31(74), 561-568. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO10>

- Rangé, B. P., & Souza, C. R. (2009). Terapia cognitiva. In: A. V. Cordioli. *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 263-340). Porto Alegre: Artmed.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 54-59. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200003>
- Salvendy, J.T. (1996) Seleção e Preparação dos Pacientes e Organização do Grupo. In Kaplan, H.I. & Sadock B.J. (orgs). *Compêndio de Psicoterapia de Grupo*. 3a edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sampaio, L. R., & Figueiredo, V. D. C. (2005). Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos.
- Santana, M. R. M., Silva, M. M. D., Moraes, D. S. D., Fukuda, C. C., Freitas, L. H., Ramos, M. E. C., & Evans, C. (2015). Brazilian Portuguese version of the CORE-OM: cross-cultural adaptation of an instrument to assess the efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 227-231. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0002>
- Scheidlinger, S. (1994). An overview of nine decades of group psychotherapy. *Psychiatrics Services*, 45(3), 217-225. <https://doi.org/10.1176/ps.45.3.217>
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003818. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br/>>. Acesso em: 24 fev. 2016.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. Rio de Janeiro: Roca
- Vinogradov, S., & Yalom, I.D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- World Health Organization (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 1998. *WHO Technical Report Series*, 894.
- World Health Organization (2011). Obesidade e sobrepeso. Março 2011(atualizado) Ficha 311. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 14 mai. 2012.
- Xavier, G. S., Silva, A. L. M., Mendes, A. I. F., & Neufeld, C. B. (2010). Alterações na satisfação da imagem corporal a partir da intervenção cognitivo-comportamental em um programa de reeducação alimentar multidisciplinar. LAPIC – Fac. Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/hotsites/imagemcorporal2010/cd/anais/trabalhos/portugues/Area2/IC2-23.pdf>> . Acesso em: 14 mai. 2012.

Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

APÊNDICE A - Resumo do Livro “Pense Magro a dieta definitiva de Beck – Treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra” (Beck, 2009).

Prefaciado por Aaron T. Beck, este é o primeiro livro do programa. Na introdução, Beck (2009) começa explicitando as vantagens e benefícios que, em geral, as pessoas têm em emagrecer, mas traz as dificuldades que encontram para conseguir perder peso e manter o peso perdido, como por exemplo manter-se engajado na dieta após 2 ou 3 semanas a partir do início, como lidar com a insistência de alguns por oferecer alimentos, manter o controle comendo fora de casa, em viagens ou por razões emocionais.

O livro é dividido em 3 partes: 1-Pense: O poder da Terapia Cognitiva para Emagrecer;

2-Pense: O Programa; 3-Pense: A Continuidade.

Iniciando na Parte 1 (Pense: O poder da Terapia Cognitiva), a autora explica como a TCC é aplicada à perda peso, e faz uma psicoeducação sobre a obesidade e sobre a Terapia Cognitiva.

No primeiro capítulo do livro - A chave do sucesso (Beck, 2009) começa a explicar sobre a programação mental e as diferenças de pensamento entre pessoas magras e obesas. Explica o conceito de “pensamentos sabotadores” – as distorções cognitivas relacionadas aos comportamentos alimentares. Ela ainda explicita que, a dieta definitiva de Beck, é um programa psicológico e não uma dieta alimentar, já que qualquer dieta razoável, nutritiva e equilibrada, que pode ser de 1200 kcal a 1600 kcal/dia, será eficaz “SE” a pessoa em dieta tiver uma programação mental adequada. Beck (2009) faz um breve histórico da Terapia Cognitiva, e apresenta o modelo cognitivo: “A terapia cognitiva baseia-se no conceito de que a maneira como as pessoas pensam afeta o que elas sentem e o que elas fazem.” (p. 27). Afirmo que a Terapia Cognitiva ajuda a resolver problemas práticos e psicológicos, e ainda permite aprender novos pensamentos e habilidades comportamentais, para serem usadas pelo resto da vida.

Através de relatos de pacientes e da sua própria história com dietas para emagrecer, a autora aproxima-se do leitor, de maneira empática. Finalmente, propõe ao leitor um processo de seis semanas, para transformar pensamentos sabotadores em adaptativos, que conduzirão a pessoa ao sucesso: emagrecer e se manter magra.

No segundo capítulo - O que, na verdade, faz você comer - a autora inicia sua discussão com a importante informação que comer não é um comportamento automático, e sim, sempre é uma decisão precedida de um pensamento que, por sua vez, é precedido por estímulos internos ou ambientais. É possível aprender a ficar no controle, através de técnicas para lidar com esses estímulos. “Se você puder identificar os estímulos que provocam os pensamentos sabotadores e que o levam a comer de maneira inadequada, você poderá minimizar sua eles ou mudar a forma de enfrentá-los.” (p. 35). Beck (2009) propõe a metáfora de “músculos” mentais – de resistência ou desistência. O músculo da resistência seria fortalecido cada vez que a pessoa reage confrontando pensamentos sabotadores; já o músculo da desistência se fortaleceria cada vez que a pessoa reage de maneira improdutivo a seus pensamentos, cedendo “às tentações”. Concluindo, apresenta a capacidade de reagir aos pensamentos sabotadores como uma habilidade, que poderá ser utilizada pelo resto da vida para manter a perda de peso.

No terceiro capítulo - Como as pessoas magras pensam - a autora descreve as diferentes características de pensamento entre pessoas magras e obesas. Basicamente, essas características de pensamentos de quem tem dificuldades com emagrecer, estão focadas numa visão da fome como uma emergência, superestimando o desconforto e a duração dos desejos incontroláveis de comer, subestimando o fato de que as pessoas magras também restringem sua alimentação. Faz ainda um alerta ao leitor sobre a necessidade de identificar a existência de um transtorno alimentar associado à obesidade e, em caso afirmativo, pede que se procure um profissional de saúde mental.

Para emagrecer, o programa oferece técnicas típicas de Terapia Cognitiva, como planejar a alimentação, escolher alimentos saudáveis, resistir aos desejos incontroláveis, acalmar-se sem recorrer à comida, ter bons hábitos alimentares, fazer exercícios, entre outras. Esta nova aprendizagem inclui, ainda, habilidades para responder aos pensamentos sabotadores que levam a comer exageradamente, a sentir-se desmoralizado e a desistir, por falta de motivação para continuar. Conclui: “Não importa que programação mental seja a sua hoje. Você vai aprender a modificá-la, não apenas para emagrecer, mas também para ter certeza de que irá continuar magro.”(p. 52)

No quarto capítulo do livro - Como utilizar A dieta definitiva de Beck - Dra. Judith propõe tarefas a serem realizadas diariamente, uma nova tarefa por dia, durante seis semanas. Apresenta então o programa de seis semanas. As tarefas das duas primeiras semanas ajudariam na preparação para se fazer a dieta, já que saber o que comer é apenas uma pequena parte de uma dieta bem sucedida. Essas tarefas, baseadas em técnicas, são tão eficazes que

provavelmente a pessoa comece a emagrecer mesmo antes de iniciar oficialmente uma dieta, propõe o programa. Para a realização destas tarefas, a autora solicita a compra de alguns materiais de registro e anotações. Neste livro, não é proposta uma dieta alimentar a ser seguida.

Na segunda parte do livro - Pense: O Programa - semana a semana, dia a dia, apresenta-se o processo de tratamento em si. O leitor vai poder aprender a ser seu próprio terapeuta para a tarefa de emagrecer e se manter magro. O quinto capítulo apresenta a semana 1 do programa - Prepare-se: aprenda os fundamentos.

No dia 1 - Registre as vantagens de emagrecer - a autora propõe um modelo de “Cartão das Razões pelas quais quero Emagrecer” e sugere a confecção de um cartão de enfrentamento das vantagens de emagrecer. Em seguida, ensina como utilizar diariamente este cartão. Sugere, ainda, a implementação de um sistema de lembretes. A partir deste primeiro dia, as tarefas serão cumulativas, e cada nova habilidade deverá ser realizada todos os dias ao longo das 6 semanas. Ao final de cada dia, são trabalhados os pensamentos sabotadores relacionados ao tema apresentado como técnica ou habilidade do dia.

No dia 2 - Escolha duas dietas razoáveis – uma dieta será a principal, e a outra será secundária (plano B), caso a primeira falhe. A escolha poderá ser entre dieta do tipo planejamento alimentar detalhado para cada refeição ou um sistema de contagem de calorias (ex: dieta dos pontos). Esta escolha dependerá das características pessoais da pessoa em tratamento, considerando os prós e contras de cada tipo de dieta. A flexibilização diária da dieta é nomeada “indulgências planejadas”, que são inseridas em toda a programação alimentar e ajuda o indivíduo a aderir à dieta por mais tempo.

No dia 3: Sente-se para comer - propõe-se comer sempre sentado, com o objetivo de tornar-se mais consciente de tudo o que se põe na boca, sentindo-se mais satisfeito, não só quanto à saciedade da fome, mas também visualmente falando, a partir da disposição correta dos alimentos no prato de refeição. Deve-se usar lembretes para lembrar de sentar-se sempre que for comer.

No dia 4: Elogie-se – propõe-se desconstruir a autocrítica sobre os erros em relação à dieta. Tais erros, na maioria das vezes, são tidos como passíveis de desistir da dieta, minam a autoconfiança e deixam uma sensação de perda total de controle. O programa ensina, então, que erros são apenas deslizos momentâneos e incentiva a pessoa a voltar imediatamente ao plano alimentar sempre que cometer um deslize, “voltar aos trilhos”. Ensina ainda que a pessoa deve elogiar-se cada vez que conseguir evitar um comportamento disfuncional, pelos comportamentos positivos realizados em relação a dieta e às tarefas diárias propostas.

No dia 5: Alimente-se devagar e conscientemente, Beck (2009) explica sobre o intervalo de 20 minutos entre o alimento no estômago e a sensação de saciedade que se dá no cérebro; daí a importância de se comer devagar, com a atenção e consciência voltadas para o que se está comendo.

No dia 6: Encontre um técnico de dieta – orienta-se solicitar a alguém para lhe ajudar com a dieta, para manter-se motivado, ajudá-lo a construir sua autoconfiança, a voltar à dieta sempre que escorregar, solucionar problemas no dia-a-dia e ter a quem prestar contas (funcionando como um controle externo), ajudando a inibir comportamentos disfuncionais frente à dieta.

No dia 7: Organize o ambiente - o objetivo é preparar a casa e o ambiente de trabalho, colocando alimentos tentadores fora do alcance visual e, totalmente à vista, os alimentos desejáveis na dieta. Aqui a autora faz uma ponderação interessante: diante da dificuldade em descartar alimentos indesejados ou excessos, lembrar a diferença entre o próprio corpo e o lixo, sendo este o correto local para depósito do que não serve e dos excessos.

No capítulo 6 inicia-se a semana 2: Organize-se: prepare-se para fazer a dieta. A autora inicia a discussão fazendo uma revisão e avaliação da primeira semana.

No dia 8: Arrume tempo e energia - trabalha-se a ideia de que fazer dieta exige tempo, planejamento e compromisso. Para encontrar mais tempo, a autora sugere um Cartão de Horários, para se fazer uma programação diária das atividades e verificar como tem-se gastado seu tempo, para assim fazer a reorganização necessária. Para isso, o livro ensina a eleger prioridades, através de um cartão, onde as atividades são categorizadas como essenciais, altamente desejáveis ou desejáveis apenas.

No dia 9: Escolha um plano de exercícios; através de dados de pesquisas, mostra como o sucesso do emagrecimento depende da regularidade da prática de exercícios e traz seus benefícios: ajuda a aderir à dieta, a controlar o apetite, melhora o humor e alivia o estresse, aumenta o gasto calórico, preserva os tecidos musculares, aumenta a autoconfiança, bem-estar físico, melhora no sono e na saúde em geral. Propõe a prática de exercícios espontâneos, incorporados às atividades diárias e exercícios planejados, de forma gradual. Ensina a resolver problemas relacionados aos exercícios planejados, propondo soluções práticas para cada um.

No dia 10: Estabeleça metas realistas - pede-se que as metas não sejam desafiadoras demais, para que não funcionem como armadilhas à dieta. Propõe-se metas de curto prazo, de perda gradual e contínua, de 2 em 2 kg, comemorando cada conquista. Explica, ainda, os prejuízos de emagrecer rapidamente, por forte restrição alimentar.

No dia 11: Diferencie fome, vontade e desejo incontrolável de comer – ensina-se a fazer um monitoramento da fome, observando as sensações corporais antes, durante e depois de cada refeição. Propõe um Cartão de Monitoramento da Fome.

No dia 12: Pratique a tolerância à fome – a autora explica que a sensação de fome não é uma emergência a ser solucionada; ensina a pessoa a tolerar a fome, voltando sua atenção para outras coisas. Propõe um experimento de ficar um dia sem almoçar, sob algumas condições. Desmistifica o medo de sentir fome, diferenciando “QUERER” de “TER” que comer. Para avaliar o desconforto em relação à fome, propõe uma escala de desconforto a ser preenchida pelo leitor.

No dia 13: Supere o desejo incontrolável por comida – explica-se que o nível de desejo por comida vai sendo reduzido gradualmente ao longo da dieta e com as mudanças nos hábitos alimentares. Orienta que pare de ceder aos desejos, já que retardando a satisfação de desejos, aumenta-se a capacidade de tolerá-los, diminuindo sua frequência de ocorrência e intensidade no futuro. Para medir e treinar a superação dos desejos, propõe um Cartão de Desejos por Comida e ensina “estratégias antidesdesejo”, a partir de técnicas de programação mental (rotular, permanecer firme, não se permitir escolha, imaginar o resultado de ceder, lembrar-se dos motivos que você tem para resistir aos desejos) e técnicas comportamentais (ficar longe dos alimentos que provocam desejo, beber um líquido com pouca ou nenhuma caloria, relaxar, distrair-se). Finalmente, apresenta um Cartão de atividades de Distração.

No dia 14: Planeje o dia de amanhã - pede-se que planeje e monitore sua alimentação por escrito, todos os dias. Explica as razões de se fazer diariamente o planejamento alimentar por escrito: pensar em como obter e preparar os alimentos da dieta, lembrar o que e como comer, eliminar a alimentação espontânea, tolerar a fome, os desejos e aprender a conviver com eles, tomar decisões antes dos impulsos. Ao final deste dia, pede-se que no dia seguinte a pessoa se pese oficialmente e registre seu peso, dando início ao seu gráfico de emagrecimento, seguindo algumas instruções.

No capítulo 7 inicia-se a Semana 3 - Vá em frente: comece a dieta. Inicia-se revisando os conhecimentos adquiridos nas duas primeiras semanas e apresenta a continuidade deste aprendizado, para fortalecer ainda mais o “músculo da resistência”, no sentido de reestruturação da programação mental.

No dia 15: Monitore sua alimentação – ensina-se a conferir o que se comeu e escrever o que não havia planejado, para fazer com que se torne cada vez mais consciente e responsável pelo que se está fazendo, diariamente.

No dia 16: Evite a alimentação não planejada – argumenta-se que para lidar com a indecisão frente a alimentação não planejada, propõe-se o estabelecimento da regra ”não tenho escolha”. Seguir esta regra minimiza o desconforto gerado pela indecisão sobre comer ou não comer. Sugere que a pessoa faça um cartão de enfrentamento com esta frase.

No dia 17: Acabe com os excessos alimentar – ensina-se a acabar com situações de exagero alimentar, como comer quantidades maiores que as planejadas e não parar de comer quando sentir-se satisfeito. Aqui, propõe um experimento comportamental para aprender a não comer exageradamente, deixando comida no prato e usando as técnicas antidesijos.

No dia 18: Modifique sua definição de saciedade – define-se que o ideal seria que o leitor comesse apenas quando estivesse com fome e parasse de comer quase satisfeito ou satisfeito. Um parâmetro para se saber se comeu exageradamente, seria imaginar-se saindo caminhando apressadamente, logo após a refeição. Se não conseguir, significaria que a pessoa exagerou e possivelmente teria uma definição irrealista de saciedade. Propõe, então, que quebre a conexão entre ter de comer muito para estar satisfeito. Para isso, é preciso que treine, repetidamente, comer até estar apenas satisfeito, parar e dizer a si mesmo: “É ótimo ter parado de comer agora”.

No dia 19: Pare de se enganar – trabalha-se identificar pensamentos sabotadores autoilusórios, ideias irracionais, sobre comportamentos alimentares e responder a eles com cartões de enfrentamento.

No dia 20: Volte aos trilhos - orienta-se que ao cometer um lapso, um deslize na dieta, deve-se reconhecer o deslize cometido, comprometer-se novamente com a dieta, criar um limite simbólico com uma ação que finalize o deslize, elogiar-se por ter parado de comer, ficar atento aos possíveis sentimentos de fracasso e desamparo e voltar a comer normalmente. Neste dia a autora explica o conceito de compulsão e propõe um cartão com a frase “Volte aos trilhos”.

No dia 21: Prepare-se para se pesar – a autora orienta a pesagem no dia seguinte, para dar continuidade ao gráfico de emagrecimento, com as medidas semanais. Explica que o resultado da balança deve ser encarado como um guia para ajudá-lo a decidir sobre seus comportamentos alimentares, para guiar a dieta e não como uma evidência de fraqueza, inadequação ou falta de controle. Deve-se comemorar cada 200g perdidas. Não espere emagrecer todas as semanas e, se engordar, usar este dado para redirecionar sua dieta.

No Capítulo 8, inicia-se a Semana 4: Reaja aos pensamentos sabotadores. Nesta semana, continua-se o trabalho das habilidades já conquistadas, possibilitando que sejam automatizadas com o passar dos dias, prosseguindo-se a construção do autocontrole e

autoconfiança, reagindo aos sentimentos de decepção, injustiça e sobrecarga e respondendo aos pensamentos sabotadores.

No dia 22: Diga “paciência” para a decepção - é esperado que em algum momento da dieta, a pessoa se desmotive e que as dificuldades de fazer dieta pareçam superar as vantagens, já que modificar uma programação mental que levou anos para se formar leva tempo. Trabalha-se, então, o conceito de aceitação, a partir do exemplo do próprio filho da autora, que ao enfrentar uma condição adversa de saúde, agiu com perseverança e aceitação. Dizer “paciência” significa: “eu não gosto que seja assim, mas vou aceitar e ir em frente”.

No dia 23: Contrarie a síndrome da injustiça – discute-se que entre as pessoas que fazem dieta, muitas se permitem comer quando se confrontam com a ideia de injustiça. Neste momento é preciso se lembrar que fazer dieta foi uma decisão e não uma imposição, para minar com a ideia de injustiça que incentiva a pessoa a comer. Deve lembrar-se, então, das razões pelas quais decidiu fazer dieta e nas vantagens que se tem na vida, em relação a muitas outras pessoas no mundo; fazer um cartão de enfrentamento a respeito.

No dia 24: Saiba lidar com o desânimo – aborda-se que neste ponto da dieta é preciso encontrar motivação para manter-se nos trilhos. Para isso, é preciso estar atento ao fato de que na maior parte do tempo, não é difícil seguir a dieta. Deve-se esquecer do futuro e focar-se no que é possível fazer hoje.

No dia 25: Identifique pensamentos sabotadores - sugere-se anotar os pensamentos sabotadores assim que identificá-los e confrontá-los com pensamentos mais reais. Aqui, a autora apresenta uma lista com os pensamentos mais comuns entre as pessoas que fazem dieta.

No dia 26: Reconheça os erros cognitivos - Beck (2009) explica que os pensamentos podem ser ideias verdadeiras, parcialmente verdadeiras ou completamente falsas. Explica, em seguida, as 9 distorções cognitivas mais comuns às pessoas que fazem dieta: 1- pensamento tudo ou nada; 2- adivinhação negativa do futuro; 3- leitura excessivamente positiva do futuro; 4- raciocínio emocional; 5- leitura da mente; 6- pensamentos autoilusórios; 7-regras disfuncionais; 8-justificação e 9- maximização. Pede, então que a pessoa identifique quais deles correspondem aos seus pensamentos já identificados.

No dia 27: Domine a técnica das sete perguntas - Trabalha-se uma técnica de um auto-questionamento socrático, para se dar respostas adaptativas aos pensamentos sabotadores. Fazer autoquestionamento é uma alternativa aos cartões de enfrentamento.

No dia 28: Prepare-se para se pesar – pede-se seguir os passos das semanas anteriores.

No Capítulo 9 - Semana 5: Supere os desafios – trabalha-se o enfrentamento das dificuldades esperadas e inesperadas durante a dieta, como a insistência de alguns por oferecer alimentos, manter o controle comendo fora de casa, em viagens ou por razões emocionais.

No dia 29: Resista a quem insiste para você comer - Beck (2009) ensina a como dizer “não” a quem oferece alimentos fora do planejado: desenvolver um senso de direito sobre como recusar uma solicitação para comer; preparando a resposta inicial e planejando uma maneira de agir, com respostas assertivas.

No dia 30: Mantenha o controle quando estiver comendo fora - propõe-se o uso de algumas estratégias para lidar com esta situação: escolher dia e lugar apropriado; ir com um amigo; planejar com antecedência o que e a quantidade do que irá comer; antecipar os pensamentos sabotadores que poderão aparecer; pensar em estratégias antidesejos; separar o que realmente se pode comer do que lhe for servido; avaliar o sucesso e trabalhar os pensamentos sabotadores, se ocorrerem. A autora ensina, ainda, como se comportar em eventos especiais, confrontando a ideia de que é permitido fazer exceções na dieta em ocasiões especiais.

No dia 31: Decida sobre bebidas alcoólicas - orienta-se que, para se decidir sobre a ingestão ou não de bebidas alcoólicas durante a dieta, a autora expõe “as verdades sobre o álcool” e coloca a necessidade de se planejar esse consumo, tal qual se faz com a alimentação.

No dia 32: Prepare-se para viajar - a autora dá dicas de como fazer a dieta em viagens, propondo atividades compensatórias as calorias extras ingeridas, mas ainda dentro de um planejamento prévio.

No dia 33: Elimine a alimentação emocional - Beck (2009) afirma que todas as pessoas que tem problemas de peso comem, em alguma circunstância, por razões emocionais. Para lidar com esse fato, propõe técnicas de programação mental e técnicas comportamentais, conforme descrito no dia 13. Finalmente, a autora ensina a pessoa a identificar se tem tido este comportamento, de comer por razões emocionais.

No dia 34: Resolva os problemas - o texto retoma técnicas para resolução de problemas, a partir de sua identificação, dos erros cognitivos envolvidos e das maneiras de corrigi-los. Entretanto, ela lembra à pessoa que não se pode resolver todos os problemas.

No dia 35: Prepare-se para pesar – orienta-se pesar-se no dia seguinte, conforme recomendações das semanas anteriores, calculando a diferença de peso e utilizando-a como guia na continuidade da dieta.

No Capítulo 10 - Semana 6: Aprimore as novas habilidades – aqui se dá a continuação do treino de habilidades em terapia cognitiva. Agora, foca-se na redução do estresse em geral e no platô de emagrecimento, mantendo-se os benefícios já conquistados e reduzindo o risco de recaídas, para um sucesso duradouro.

No dia 36: Acredite em você! - pede-se que a pessoa perceba o quanto já se conseguiu até agora, e reconheça o mérito que tem neste processo, bem como que se recorde como conseguiu chegar até aqui. Sugere, ainda, que se faça uma comparação entre os comportamentos e habilidades que tinha antes do programa, e as que têm agora.

No dia 37: Reduza o estresse - resolvendo problemas, relaxando e mudando seus conceitos (crenças secundárias: regras se... então; deveria... não deveria...), propõe-se uma flexibilização das regras sobre si mesmo e sobre os outros, deixando as expectativas em níveis mais racionais.

No dia 38: Aprenda a lidar com o platô – a autora, pensando que a maioria das pessoas que fazem dieta espera emagrecer todas as semanas, esclarece que esta é uma falsa expectativa e passa a ensinar a como lidar com os momentos em que há uma estagnação da perda de peso – o platô. Para sair desta situação esperada, pede-se manter todos os passos da dieta, reduzir cerca de 200 calorias /dia e aumentar o tempo dos exercícios diários. Atingindo-se o peso desejado ou voltando a perder peso, inicia-se o processo de manutenção.

No dia 39: Mantenha os exercícios - é preciso que o leitor mantenha-se motivado para fazer exercícios, para isso a autora sugere que use as mesmas técnicas de motivação para a dieta. Focalizar o pensamento em como se sentirá depois de fazer exercícios; dizer a si mesmo “não tenho escolha”, pedir ajuda a alguém ou a um profissional da área e elogiar-se muito, focalizando o progresso e fazendo sempre algo que goste.

No dia 40: Enriqueça sua vida - trabalha-se o desenvolvimento de novos interesses, envolvimento em atividades prazerosas para melhorar humor, senso de eficácia e ganhando energia mental. A autora sugere que se faça uma lista com metas pessoais a serem conquistadas e que se escolha uma delas para ser trabalhada já: fazer um planejamento para se alcançar esta meta.

No dia 41: Faça uma nova lista de tarefas - a autora apresenta uma lista com todas as técnicas aprendidas ao longo do programa, e que serão fundamentais na manutenção do peso perdido. Portanto, as tarefas diárias da fase da dieta deverão continuar a serem praticadas, sem possibilidade de escolha!

Finalmente, no dia 42: Pratique, pratique e pratique – trabalha-se lembretes para se pensar magro – pensamentos sabotadores e respostas adaptativas, a serem praticadas regularmente.

A Parte 3: Pense: A continuidade - aborda a prevenção de recaídas, parte integrante da terapia cognitiva, e a manutenção do peso perdido.

No capítulo 11: Quando parar de emagrecer e começar a manter? – discute-se que para responder a esta pergunta, a autora pede que se defina uma meta ideal de peso e outra meta satisfatória de peso, mais próxima do peso realmente possível de se alcançar (meta mais realista). Para se alcançar a meta satisfatória, é preciso saber se ela é sustentável, ou seja, um peso que a pessoa terá capacidade para manter, continuando a comer e a se exercitar de forma sensata, pelo resto da vida.

No capítulo 12: Como manter seu novo peso – pede-se que, ao encontrar seu menor peso sustentável, o leitor seja chamado a elogiar-se muito por ter atingido o seu objetivo. Para se manter assim, propõe: continue a pesar-se diariamente ou semanalmente, mantendo o hábito de usar a balança; comprometa-se novamente se engordar 1250g a partir do menor peso sustentável; crie um cartão de enfrentamento para as vantagens de manter o novo peso; antecipe os esforços necessários para a manutenção, lembrando que podem haver dificuldades em alguns momentos; elogie-se muito; responda a todos os pensamentos sabotadores; continue comendo a mesma quantidade de comida e monitorando e planejando sua alimentação; continue criando cardápios, tendo constância no dia-a-dia, tendo bons hábitos alimentares, mantendo os exercícios e obtendo apoio.

Finalmente, lança a possibilidade de que o leitor de hoje torne-se um técnico de dieta, ensinando as habilidades aprendidas a outras pessoas e apreciando sua nova forma e condicionamento físico.

Na sequência desta obra aqui apresentada, a autora Judith Beck escreveu ainda o Livro de Tarefas Pense Magro: programa de seis semanas da dieta definitiva de Beck (Beck, 2009). Deste livro de tarefas foram retiradas as informações e modelos necessários para a confecção do material que será utilizado com os pacientes na intervenção proposta nesta pesquisa.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada Terapia Cognitivo-comportamental no Tratamento da Obesidade: estudo exploratório baseado no Protocolo de Judith Beck – Pense Magro, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes e Andréia de Lima Barbosa (mestranda). Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar a eficácia da Terapia cognitivo comportamental na perda de peso, após intervenções terapêuticas em grupo de pacientes obesos, bem como a manutenção dos resultados obtidos, num follow-up (seguimento pós- psicoterapia) de 3 meses.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Andréia de Lima Barbosa, no ambulatório de psiquiatria do HC-UFU. Na sua participação você responderá a uma entrevista semiestruturada e terá suas medidas aferidas; depois responderá a 3 questionários; participará de sessões em grupo de Terapia Cognitivo-comportamental voltadas para a perda de peso. Ao final da intervenção, responderá os 3 questionários novamente e repetirá essa mesma atividade, 3 meses depois do término da terapia. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem em que psicologicamente, pode haver sentimento de frustração em relação aos resultados esperados; para minimizá-las, as expectativas dos participantes serão trabalhadas ao longo do processo. Os benefícios aos participantes, decorrentes desta pesquisa, estão relacionados à melhora da autoestima, decréscimo dos níveis de ansiedade e depressão, bem como perda de peso esperada. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa: Andréia de Lima Barbosa (andreia.andreia.barbosa@gmail.com ou 34-3256-0200) ou Renata Ferrarez Fernandes Lopes (rfernandeslopes@fapsi.ufu.br). Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131.

Uberlândia, dede 2016.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO B – Entrevista semiestruturada

Código Alfanumérico: _____ (iniciais)

Informações pessoais:

DN:

Estado civil:

Profissão:

Com quem mora:

Se tiver filhos: Nome:

Idade:

Est. Civil:

- Queixas principais e problemas atuais

1- Qual seria hoje, para você, sua principal queixa que a faz buscar tratamento médico e/ou psicológico?

De 0 a 10, o quanto você considera que este problema a atrapalha / faz sofrer?

- História da doença atual e eventos desencadeantes

2- Quando este problema começou? O que estava acontecendo em sua vida naquela época?

- Estratégias de enfrentamento (adaptativas desadaptativas, atuais e passadas)

3- O que você fez naquela ocasião para tentar solucionar/ lidar com tal problema/situação?

4- E hoje? O que você tem feito para lidar com esta queixa?

- História psiquiátrica

Continuação da entrevista semiestruturada:

5- Quando você iniciou tratamento médico psiquiátrico? O que estava acontecendo com você naquela época? Você demorou para procurar/aceitar ajuda? O que a motivou?

- História de abuso de substância e situação atual.

6- Você já fez uso de alguma substância (álcool ou outras drogas)? O que você usava, em que quantidade, em qual frequência?

7- E hoje? Você faz uso de alguma substância (álcool ou outras drogas)? O que você usa, em que quantidade, em qual frequência?

- História médica e situação atual

8- Fale, por favor, das principais doenças que você já teve, cirurgias, internações, uso de medicamentos.

9- Hoje em dia quais tratamentos de saúde você tem feito? Quais as especialidades médica? Onde são realizados? Quais medicamentos está usando, qual a dose e a forma de usar? Você tem dificuldades em usá-los? Se sim, quais são elas?

- História psiquiátrica familiar e situação atual.

10- Alguém na sua família já teve alguma doença mental ou dependência de substâncias? Se sim, quem foi, o que aconteceu, quais as medidas que foram adotadas, fez ou não tratamento?

- História de desenvolvimento História geral familiar e situação atual

11- Existe algum dado importante sobre seu desenvolvimento que chame a atenção? Gravidez, infância e adolescência? E sobre seus pais, avós e outros parentes?

12- Atualmente, qual é a sua relação com a sua família? Há convivência, com quem, com que frequência se veem?

- História social e situação atual

13- O que você faz para se divertir? Onde? Com quem?

14- Você tem amigos? Como é sua relação com eles?

15- Você está em um relacionamento atualmente? Há quanto tempo? Como você qualificaria este relacionamento?

16- Fale sobre seus relacionamentos anteriores.

- História educacional e situação atual

17- Você frequentou a escola? Até qual série?

18- Você apresentou dificuldades nos estudos? Quais?

- História vocacional e situação atual

19- Você possui alguma formação profissional? Atua na sua área de formação?

20- Você está trabalhando atualmente? Você está satisfeita com seu trabalho?

21- Qual a sua principal fonte de renda? Você possui outras fontes de renda?

- Pontos fortes, valores e estratégias de enfrentamento adaptativas.

22- O que você considera mais importante em sua vida? O que tem feito para alcançá-las ou mantê-las?

23- Hoje você está satisfeita com sua forma física? E com o seu peso atual? Se não, o que gostaria de modificar? O que você já fez/tem feito para isso?

24- Você deseja perder peso ou manter o peso já perdido até agora?

Anexo C – Tarefas dos 42 dias do protocolo Pense Magro, distribuídas por semana.

Semana 1 – Prepare-se	Objetivos
Dia 1: Registre as vantagens de emagrecer.	Aprender os fundamentos da TCC. Fazer lista de vantagens e desvantagens. Fazer cartão das razões pelas quais quero emagrecer.
Dia 2: Escolha duas dietas razoáveis.	Psicoeducação: escolha da dieta.
Dia 3: Sente-se para comer.	Psicoeducação: comer por impulso.
Dia 4: Elogie-se.	Aprender autoreforçamento.
Dia 5: Alimente-se devagar e conscientemente.	Treinamento para comer com atenção apesar das distrações.
Dia 6: Encontre um técnico de dieta.	Conversar sobre nutricionista e apoio social/familiar.
Dia 7: Organize o ambiente.	Promover mudanças no ambiente físico da casa e do trabalho.
Semana 2- Organize-se: prepare-se para fazer a dieta.	Objetivos
Dia 8: Arrume tempo e energia.	Construir cartão de horários e cartão de prioridades.
Dia 9: Escolha um plano de exercícios.	Traçar plano de exercícios individualizado.
Dia 10: Estabeleça metas realistas.	Fazer lista de metas.
Dia 11: Diferencie fome de vontade de comer.	Psicoeducação: diferenciar fome, vontade e desejo incontrolável de comer.
Dia 12: Pratique a tolerância à fome.	Medir a intensidade do desconforto ligado à fome.
Dia 13: Supere o desejo incontrolável por comida.	Fazer cartão de desejo por comida e cartão de atividade de distração.
Dia 14: Planeje o dia de amanhã.	Estabelecer roteiros alimentares para o dia seguinte.

Semana 3- Vá em frente: comece sua dieta.	Objetivos
Dia 15: Monitore sua alimentação.	Descrever por escrito o que se come.
Dia 16: Evite a alimentação não planejada.	Fazer cartão de enfrentamento.
Dia 17: Acabe com os excessos alimentares.	Psicoeducação sobre comer alimentos mais do que o planejado e continuar comendo até se sentir saturado.
Dia 18: Modifique sua definição de saciedade.	Psicoeducação sobre saciedade.
Dia 19: Pare de se enganar.	Psicoeducação sobre pensamentos sabotadores.
Dia 20: Volte aos trilhos.	Psicoeducação: como retornar à dieta depois que sair da programação.
Dia 21: Prepare-se para pesar.	Introduzir o gráfico de emagrecimento.

Semana 4- Reaja aos pensamentos sabotadores	Objetivos
Dia 22: Diga “paciência” para a decepção.	Psicoeducação: autocontrole
Dia 23: Contrarie a síndrome de injustiça.	Psicoeducação e reestruturação cognitiva.
Dia 24: Saiba lidar com o desânimo.	Psicoeducação e reestruturação cognitiva.
Dia 25: Identifique pensamentos sabotadores.	Psicoeducação e reestruturação cognitiva.
Dia 26: Reconheça os erros cognitivos.	Psicoeducação e reestruturação cognitiva.
Dia 27: Domine a técnica das 7 perguntas.	Identificação e correção de PAs.
Dia 28: Prepare-se para pesar.	Reestruturação cognitiva.

Semana 5- Supere os desafios.	Objetivos
Dia 29: Resista a quem insiste para você comer.	Reestruturação cognitiva.
Dia 30: Mantenha o controle quando estiver comendo fora.	Técnica de autocontrole.
Dia 31: Decida sobre bebidas alcoólicas.	Treino de tomada de decisão
Dia 32: Prepare-se para viajar.	Psicoeducação sobre antecipação de possível armadilha para a dieta.
Dia 33: Elimine a alimentação emocional.	Reestruturação cognitiva.
Dia 34: Resolva os problemas.	Técnica de solução de problemas.
Dia 35: Prepare-se para pesar.	Reestruturação cognitiva.

Semana 6- Aprimore as novas habilidades.	Objetivos
Dia 36: Acredite em você!	Reestruturação cognitiva.
Dia 37: Reduza o estresse.	Treino de relaxamento.
Dia 38: Aprenda a lidar com o platô.	Técnica de autocontrole.
Dia 39: Mantenha os exercícios.	Técnica de autocontrole.
Dia 40: Enriqueça sua vida.	Psicoeducação.
Dia 41: Faça uma nova lista de tarefas.	Fazer lista de novas metas.
Dia 42: Pratique, pratique, pratique.	Psicoeducação, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas.