

# O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental (\*)

*Filipa Pimenta (\*\*)*

*Isabel Leal (\*\*)*

*Jorge Branco (\*\*\*)*

*João Maroco (\*\*)*

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde declarou há mais de dez anos a obesidade como uma epidemia, reconhecendo-a como uma ameaça real à saúde pública (OMS, 1998). Neste sentido, a investigação evidencia que a obesidade está associada a uma crescente morbilidade e mortalidade e comporta um peso económico tanto a nível pessoal, como a nível social (Nawaz & Katz, 2001).

Dado que as taxas de prevalência de obesidade têm vindo a crescer em populações geneticamente estáveis, torna-se plausível que mudanças no ambiente e no estilo de vida tenham um forte contributo para o aumento desta epidemia (Duvigneaud et al., 2007).

---

(\*) Projecto financiado pela FCT (referência SFRH/BD/32359/2006)

(\*\*) Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

(\*\*\*) Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Segundo Hakala, Rissanen, Koskenvuo, Kaprio, e Rönnemaa (1999), diferenças em factores relacionados com a família e trabalho podem ter conduzido a estilos de vida distintos o que poderá explicar ganhos de peso diferentes verificados em estudos com gémeos idênticos.

Vários estudos documentam que a prevalência de excesso de peso (ou seja, índice de massa corporal – IMC – entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e de obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>) estão a aumentar. Carmo et al. (2007) referem que a prevalência de excesso de peso na população adulta (18-64 anos), num estudo nacional conduzido entre 2003 e 2005 com 8.116 portugueses, é em média 39,4% e de obesidade é igual a 14,2%. Os autores sublinham que se observou um aumento da prevalência de excesso de peso/obesidade em Portugal, tendo passado de 49,6% (em 1995-1998) para 53,6% (no período de 2003-2005).

No que concerne à população juvenil, um estudo inglês documenta que a obesidade passou de 1,2% em 1984 para 6% em 2002/03 em

rapazes; nas raparigas verifica-se um aumento de 1,8% para 6,6%, comparando as datas referidas anteriormente (Stamatakis, Primatesta, Chinn, Rona, & Falaschetti, 2005).

## PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E DE OBESIDADE E FACTORES ASSOCIADOS

### *Crianças e adolescentes*

Apesar de existirem factores individuais que potenciem o desenvolvimento de excesso de peso em crianças, o papel da família e do ambiente irá contribuir igualmente para o desenvolvimento de comportamentos associados ao ganho de peso, especificamente a nutrição e a prática de exercício físico (Odoms-Young & Fitzgibbon, 2008).

Num estudo com 1.780 crianças francesas de 4 anos concluiu-se que a prevalência de excesso de peso é de 9% e que antecedentes familiares de excesso de peso ou diabetes, bem como o tempo passado a ver televisão, estavam associados à presença de excesso de peso nesta idade (Jouret et al., 2007).

Padez, Mourão, Moreira, e Rosado (2005) realizaram um estudo com 4.511 crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 7 e os 9,5 anos e documentam que 20% das crianças tem excesso de peso e 11% apresenta obesidade. Um nível elevado de habilitações literárias dos pais (nomeadamente, licenciatura) foi evidenciado como um factor protector.

Os mesmos autores referem ainda que a obesidade de uma das figuras parentais constitui um factor de risco, estando a obesidade materna mais fortemente associada à obesidade/excesso de peso da criança do que obesidade do pai. Ser filho único associou-se significativamente a um IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup>. O tempo passado em frente à televisão encontrava-se igualmente relacionado com quadros de obesidade e de excesso de peso e o aumento de horas de sono diminuía o risco da criança ter um peso acima do normal (Padez, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005).

Stamatakis et al. (2005) concluem, a partir de vários estudos que acumularam 28.601 crianças entre os 5 e os 10 anos, que o aumento de obesidade nesta faixa etária é mais marcado

entre menores de estrato socio-económico mais baixo.

Num estudo elaborado na China com 1.804 adolescentes, destaca-se que viver em zona urbana, o uso limitado de instalações desportivas na escola, um estatuto socio-económico elevado, a restrição parental à compra de snacks, ter um parente com excesso de peso/obesidade e consumir refrigerantes mais do que quatro vezes por semana são factores relacionados com o excesso de peso ou obesidade nos participantes (Li, Dibley, Sibbritt, & Yan, 2008). A literatura evidencia igualmente que, em adolescentes com excesso de peso, a auto-estima é um dos factores que parece mediar a relação negativa entre as provocações de que são alvo os jovens e a sua qualidade de vida. Sublinha-se ainda que nesta fase desenvolvimental o excesso de peso vai contribuir para a estigmatização e para o empobrecido do funcionamento psicossocial (Stern, Mazzeo, Gerke, Porter, Bean, & Laver, 2007).

De acordo com Strauss (2000), uma baixa auto-estima em crianças obesas relacionava-se com uma maior tristeza, isolamento e nervosismo. Wadden, Foster, Brownell, e Finley (1984) compararam crianças normais e obesas e concluem que não existem diferenças significativas entre elas em relação à auto-estima e que ambos os grupos evidenciam níveis normais desta variável psicológica. Decaluwé, Braet, e Fairburn (2003) exploram também a auto-estima e verificaram que crianças e adolescentes obesos com ingestão compulsiva de alimentos manifestam uma menor auto-estima do que os jovens obesos sem ingestão compulsiva.

Terres, Pinheiro, Horta, Pinheiro, e Horta (2006) encontraram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 21% e 5 % numa amostra de adolescentes entre os 15 e os 18 anos. De acordo com os autores, e em concordância com outros estudos já referidos, verificou-se uma associação entre excesso de peso/obesidade e obesidade parental e maturação sexual dos adolescentes. Comportamentos de dieta e subtração de refeições estavam também associados a um maior risco de desenvolvimento de obesidade (Terres et al., 2006).

Noutro estudo com uma amostra representativa de 5.697 jovens portugueses, com idades

compreendidas entre os 11 e os 16 anos, verificaram-se diferenças significativas entre jovens obesos e não-obesos no que concerne à prática de exercício físico. Esta investigação destaca ainda que adolescentes obesos/com excesso de peso tinham maior probabilidade de perceberem o seu estado de saúde como sendo pobre, relatavam uma maior dificuldade em fazer amigos e em ter comportamentos de dieta, manifestando ainda uma maior tendência para o isolamento social (Fonseca & de Matos, 2005). Wadden e Stunkard (1985) reiteram estes dados referindo que a dificuldade em perder peso (ou em manter o peso perdido) poderá contribuir não só para a diminuição da auto-confiança, como também, caso a família e os pares manifestem incompreensão perante a obesidade do familiar/par, para o aumento do isolamento psicossocial.

De acordo com Guo, Wu, Chumlea, e Roche (2002), um IMC elevado durante a infância e adolescência aumenta o risco para a presença de excesso de peso ou de obesidade na idade adulta. De forma concordante, Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, e Dietz (1997) destacam que a obesidade infantil aumenta o risco de desenvolvimento de obesidade na idade adulta, acrescentando que a existência de pais obesos duplica esse risco, tanto em crianças obesas como não-obesas com menos de 10 anos.

A obesidade e o excesso de peso em adolescentes vão ter consequências negativas significativas a nível físico e psicossocial (Brennan, Walkley, Fraser, Greenway, & Wilks, 2008; Padez et al., 2005).

#### *Jovens adultos*

Num estudo que comparou estudantes universitários com peso normal e com excesso de peso, ficou demonstrado que os últimos manifestavam um medo maior de ingestão compulsiva de alimentos, uma preocupação maior com a comida, um maior desejo de ser magro e mais comportamentos de dieta; verificou-se igualmente que o IMC médio aumentava com a idade e a inatividade física (Desai, Miller, Staples, & Bravender, 2008).

Foreyt (1987) cita vários estudos que evidenciam que as pessoas obesas são alvo de uma maior discriminação (no contexto académico e laboral), e de preconceito e que as consequências

sociais e psicológicas da obesidade são mais graves no género feminino.

#### *Adultos*

No que respeita ao excesso de peso na adultícia, uma investigação com 4.903 adultos belgas (com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos) verificou que, nos homens, o consumo (actual) de álcool, de tabaco (no passado) ou uma visualização de televisão superior a 11 horas por semana estava relacionado com uma maior probabilidade de ter excesso de peso. Nas mulheres, ver televisão por um período superior a 9 horas semanais encontrava-se associado à existência de um IMC entre 25 e 30kg/m<sup>2</sup>. Como factor protector importante o estudo evidencia a prática de desporto, concretamente, mais do que 4 horas por semana para homens e mais do que 2,5 horas por semana para mulheres. No caso particular do género feminino, Duvigneaud et al. (2007) acrescentam que um nível mais elevado de habilitações literárias, assim como o consumo de tabaco actual, estão relacionados com uma menor probabilidade de manifestação de excesso de peso. Esta conclusão é congruente com os resultados obtidos por Carmo et al. (2007) que evidenciam que níveis baixos de habilitações literárias e de escalão sócio-económico encontram-se relacionados com uma maior prevalência de obesidade.

Allison, Grilo, Masheb, e Stunkard (2005) documentam que pessoas obesas com ingestão compulsiva de alimentos manifestam uma maior ingestão alimentar e mais perturbações psicológicas do que pessoas obesas sem ingestão compulsiva. No que concerne a pessoas com um IMC superior a 30, Wadden e Stunkard (1985) referem que pessoas obesas da população geral não apresentam índices de psicopatologia mais elevados do que pessoas não-obesas.

Foreyt (1987) refere que são diagnosticadas, com frequência, perturbações emocionais em quadros de obesidade e que estas parecem ser consequência, em vez da causa, do elevado peso.

#### *Idosos*

Vários estudos têm explorado a prevalência de excesso de peso e de obesidade em pessoas idosas. Assim, num estudo recente com uma amostra de 6.843 pessoas de nacionalidade

espanhola com mais de 60 anos encontrou-se uma prevalência de excesso de peso igual a 47,2% e de obesidade na ordem dos 34,5%. A análise multivariada revelou que obesidade estava inversamente relacionada com idade e directamente relacionada com o género (nomeadamente, feminino), habitat rural ou semi-urbano, sedentarismo e inexistência de consumo de tabaco (Cea-Calvo et al., 2008). Uma outra investigação realizada no México com 4.605 participantes com mais de 60 anos encontra igualmente uma relação inversa entre obesidade e idade, isto é, a sua prevalência diminui com o aumento da idade; os dados de prevalência de obesidade são um pouco menores do que os valores homónimos do estudo espanhol (34,5%), ou seja, 21% (Ruiz-Arregui, Castillo-Martínez, Orea-Tejeda, Mejía-Arango, & Miguel-Jaimes, 2007). Os autores referem igualmente que um nível mais baixo de habilitações literárias se relaciona com um menor risco para o desenvolvimento de excesso de peso, o que contrariaria as conclusões de Duvigneaud et al. (2007) e de Carmo et al. (2007).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra de 52.921 pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos observou que 39% da amostra tinha excesso de peso e 20% apresentava obesidade (Fuzhong, Fisher, & Harmer, 2005).

Sublinha-se ainda que um IMC superior ao normal pode ter como comorbilidade a doença cardiovascular (Bailey, Michell, Hartman, Jensen, Still, & Smiciklas-Wright, 2007; Carmo et al., 2007; Mefferd, Nichols, Pakiz, & Rock, 2007; Thomas, Bean, Pannier, Oppert, Guize, & Benetos, 2005; Yang, Shiwaku, Nabika, Masuda, & Kobayashi, 2007) ou a diabetes mellitus tipo II (Pinhas-Hamiel, Dolan, Daniels, Standiford, Khoury, & Zeitler, 1996; van den Akker, Puiman, Groen, Timman, Jongejan, & Trijsburg, 2007) podendo ainda ter um impacto negativo na qualidade de vida (Janicke et al., 2007; Mefferd et al., 2007; Stern et al., 2007).

#### COMPORTAMENTO DE DIETA E DESEMPENHO COGNITIVO

Alguns estudos explicam que o comportamento de dieta se associa a comportamentos problemáticos e emoções negativas (Ackard,

Croll, & Kearney-Cooke, 2002; Teixeira et al., 2002) e com o aumento da resposta de stress (Johnstone et al., 2004). Esta conclusão não é, porém, consensual dado que outros estudos salientam que, durante a dieta, as pessoas apresentam uma melhoria no humor deprimido, na ingestão alimentar emocional e nas atitudes disfuncionais, e ainda um aumento de controlo sobre o peso e sobre o comportamento alimentar (Bryan & Tiggemann, 2001). A disparidade de conclusões a este nível pode radicar no facto de as investigações que concluem sobre a existência de humor negativo focarem a sua pesquisa no processo de tentativa de perder peso, enquanto os estudos que evidenciam a existência de humor positivo assentam na perda de peso bem-sucedida (Green, Elliman, & Kretsch, 2005).

No que concerne ao desempenho cognitivo destaca-se a conclusão de que não existe uma relação entre o IMC e o desempenho académico, emanada de um estudo realizado com 2.519 crianças e jovens americanos (com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos). Contudo, observou-se uma relação entre funcionamento cognitivo e o IMC: os resultados que concernem à organização visuo-espacial e à capacidade mental geral, conseguidos por crianças/jovens com excesso de peso ou em risco de o desenvolver, foram mais baixos do que os resultados obtidos por crianças/jovens com peso saudável (Li, Dai, Jackson, & Zhang, 2008). Utilizando uma amostra diferente, Kuo et al. (2006) chegam a outras conclusões sobre este assunto no estudo que desenvolveram com 2.684 idosos (idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos): o design da investigação permite confirmar que idosos com excesso de peso manifestaram melhor desempenho cognitivo em termos de rapidez de memória visuo-espacial e de raciocínio do que sujeitos com um peso normal, depois de controlar diversas variáveis (tais como, idade, género, habilitações literárias, local do estudo, etc.). Os participantes com obesidade de tipo I e II obtiveram igualmente resultados significativamente superiores em termos de rapidez do processamento visuo-espacial, em comparação com o grupo de indivíduos com peso normal (Kuo et al., 2006). A restrição alimentar pode igualmente produzir um efeito na execução cognitiva: a literatura demonstra que baixos níveis de glucose no sangue, adquiridos através da

restrição alimentar, têm um impacto no desempenho cognitivo, nomeadamente em relação à rapidez de recuperação de memórias (Benton & Sargent, 1992).

Também o apoio durante uma dieta pode ter um impacto a nível cognitivo. Green et al. (2005) compararam três grupos de mulheres na pré-menopausa com excesso de peso – a fazer dieta de forma acompanhada, a fazer dieta sem qualquer apoio e sem estarem a fazer qualquer dieta (grupo de controlo) – e concluíram que as participantes na condição em que não recebiam qualquer apoio manifestaram uma vigilância e uma função de planeamento executivo significativamente mais pobres após a primeira semana de dieta. Este grupo de mulheres em dieta sem qualquer apoio manifestou ainda uma subida significativa de cortisol (geralmente associado a uma resposta de stress) após a primeira semana.

Ainda em relação ao desempenho cognitivo, destaca-se que Green, Elliman, e Rogers (1997) concluíram que jovens que fazem dieta manifestam uma memória de trabalho significativamente menor à dos jovens que assumidamente não fazem dieta, mas que apresentam restrição alimentar semelhante à dos participantes que fazem. Estes resultados levam a crer que não é o nível de restrição alimentar, mas sim os pensamentos relacionados com comida (e irrelevantes para a tarefa executada e que avalia o funcionamento cognitivo) que vão consumir parte da capacidade limitada de processamento. Noutro estudo, Green e Rogers (1995) denotam que quando os sujeitos fazem dieta, em comparação com períodos em que não o fazem, evidenciam uma vigilância, um tempo de reacção e de recuperação de palavras mais fracos; nesta fase de dieta os valores de depressão e ansiedade não se modificam, mas o nível de restrição aumenta. Estes resultados apontam para a possibilidade do comportamento de dieta, acompanhado de restrição alimentar, ir exigir um esforço acrescido a recursos internos limitados, contribuindo para uma distractibilidade mais fácil. Assim, o comportamento empregue para emagrecer ou a percepção da necessidade de fazer dieta encontram-se relacionados com os défices observados no desempenho cognitivo (Green & Rogers, 1995).

Contudo, sublinha-se que alguns estudos referidos anteriormente foram elaborados com jovens mulheres com um peso saudável e que começaram a fazer dieta espontaneamente. Kretsch, Green, Fong, Elliman, e Johnson (1997) elaboraram um estudo com mulheres obesas entre os 25 e os 42 anos em dieta controlada durante 21 semanas e verificaram uma diminuição no tempo de reacção – tal como aferido no estudo de Green e Rogers (1995) – mas a capacidade de manter a atenção, o desempenho motor e a memória imediata mantiveram-se inalterados, ao contrário do que investigações anteriores com mulheres com peso normal concluíram.

Landers, Arent, e Lutz (2001) fazem igualmente referência a estudos que demonstram alterações na memória de curto prazo subsequente a uma perda de peso rápida, mas no seu estudo, que compara adolescentes que perderam peso rapidamente (5% do peso corporal) com pares que tiveram uma perda de peso inferior a 1% do peso corporal, não encontraram diferenças significativas a nível cognitivo. Contrariamente, Choma, Sforzo, e Keller (1998) referem que jovens lutadores que experimentam uma perda rápida de peso diferem de pares que não passaram pela perda de peso num curto espaço de tempo, no que concerne ao desempenho da memória a curto prazo (por ex., recuperação de uma história), tendo igualmente obtido valores significativamente inferiores em medidas de humor. Sublinha-se que todos os valores voltaram a aumentar (ficando perto dos valores prévios à perda de peso) depois de compensarem a diminuição de peso. Todavia, os autores colocam a possibilidade dos resultados serem influenciados pela ansiedade, inerente à proximidade de uma competição, no caso dos jovens lutadores que passaram pela perda rápida de peso (Choma et al., 1998).

A literatura documenta que a sugestão também pode afectar a forma como a pessoa se alimenta, perde peso e percepção a comida. Kirk e Griffey (1995) salientam que ler uma série de sugestões escritas antes de comer e beber ou ouvir uma cassete audio com várias sugestões terá um impacto significativo: as pessoas sujeitas a este tipo de condições perderam mais peso e diminuíram a ingestão calórica diária, em comparação com um grupo de controlo. Os primeiros sujeitos apresentaram-se igualmente

menos ansiosos, frustrados e deprimidos antes de comeram a sua comida favorita.

#### INGESTÃO EXCESSIVA DE COMIDA COMO COMPORTAMENTO ADITIVO

No que respeita à ingestão excessiva de comida, a investigação tem suportado o paralelismo entre esta e um comportamento aditivo; alguns autores comprovam esta semelhança ao nível cognitivo e neuronal (Kelley, Schiltz, & Landry, 2005).

Modelos de influência, aplicados no contexto da dependência de droga, têm vindo a ser usados no contexto da obesidade. Assim, através de um processo de aprendizagem, determinados estímulos alimentares vão provocar uma hiperactivação antecipatória; o forte desejo por comida poderá depois despoletar a ingestão excessiva de alimentos (Jansen, 1998; Rodin, Schank, & Striegel-Moore, 1989). Desta forma, a valência afectiva (atitude positiva face ao estímulo alimentar e que, por sua vez, vai influenciar o nível de motivação da pessoa) e a pressão interna para agir (que depende do nível de hiperactivação atingido perante o estímulo alimentar) vão explicar a ingestão alimentar excessiva (Drobes, Miller, Hillman, Bradley, Cuthbert, & Lang, 2001). Acrescenta-se que Craeynest, Crombez, Koster, Haerens, e Bourdeaudhuij (2008) referem que as pessoas apresentam uma maior hiperactivação perante comida rica em gordura do que face a alimentos magros, mas esta associação não é mediada pelo peso dos indivíduos (isto é, tanto pessoas com excesso de peso como os indivíduos com peso normal apresentavam uma maior activação perante alimentos ricos em gordura). Porém, os autores explicam que a inexistência de diferenças no seu estudo entre ambos os grupos (jovens com excesso de peso e jovens com peso saudável) pode dever-se ao facto da diferença de peso entre os dois grupos ser reduzida, supondo que talvez numa amostra com participantes clinicamente obesos estas diferenças pudessem ser experimentalmente comprovadas (Craeynest et al., 2008).

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) tem comprovado a sua eficácia no tratamento de múltiplas perturbações, como por exemplo

bulimia nervosa (Wilson, Fairburn, & Agras, 1997), anorexia nervosa (Garner, Vitousek, & Pike, 1997), perturbação pós-stress traumático (Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000), perturbação de pânico (Barlow & Cerny, 1999), entre muitas outras.

No que respeita à perda de peso, a TCC tem igualmente demonstrado a sua eficácia (Agras, Telch, Arnow, Eldredge, & Marnell, 1997; Brennan et al., 2008; Calleja, Germán, Trincado, & Lucas, 2007; Eichler, Zoller, Steurer, & Bachmann, 2007; Gallagher, Jakicic, Napolitano, & Marcus, 2006; Grilo & Masheb, 2005, 2007; Jelalian, Mehlenbeck, Lloyd-Richardson, Birmaher, & Wing, 2006; Kalodner & DeLucia, 1991; Mefferd et al., 2007; Tsiros et al., 2008; van den Akker et al., 2007; Weber & Wyne, 2006; Wilfley et al., 2002; Wilfley, Welch, & Stein, 2003).

A este propósito Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, e Stice (2004) referem que um bom preditor do resultado do tratamento é a resposta inicial. Grilo, Masheb, e Wilson (2006) e Grilo e Masheb (2007) suportam esta conclusão, evidenciando que participantes com uma resposta rápida (isto é, redução de 65% ou mais da ingestão compulsiva de alimentos pela quarta semana de tratamento) têm uma maior probabilidade de manifestarem a remissão deste comportamento de ingestão excessiva e compulsiva e apresentam perdas de peso superiores às dos participantes que não manifestavam uma resposta rápida.

No que concerne ao apoio especializado no contexto do emagrecimento, existem evidências de que quando a perda de peso é feita com acompanhamento, o humor é mais positivo (Blackburn, 1993) e existe uma maior expectativa de sucesso (Lowe, Miller-Kovach, Frye, & Phelan, 1999).

#### INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

##### *Crianças e adolescentes*

Brennan et al. (2008) referem que a investigação desenvolvida sobre formas de tratamento eficaz para a obesidade e excesso de peso na adolescência é ainda reduzida. Apesar da

investigação nesta área ser insuficiente, a intervenção precoce eficaz na obesidade é crucial na prevenção do desenvolvimento de comorbilidades e na diminuição do risco de jovens virem a ser adultos obesos (van den Akker et al., 2007).

No que concerne à perda de peso em crianças e adolescentes, o envolvimento dos pais é importante para que os objectivos de diminuição de peso e de manutenção desta diminuição sejam atingidos (van den Akker et al., 2007).

Uma investigação com adolescentes que comparou dois grupos, um em lista de espera (grupo de controlo) e o outro a receber dez sessões de intervenção cognitivo-comportamental seguidas de dez contactos telefónicos (ambos os formatos de intervenção – sessões e chamadas telefónicas – com uma frequência semanal) concluiu que a psicoterapia conduz a uma diminuição de peso, de IMC e da circunferência da cintura. Apesar de não ter havido mudanças significativas no que concerne à prática de exercício físico, a diminuição do consumo de refrigerantes pode ter contribuído de forma significativa para o sucesso da intervenção (Tsiros et al., 2008).

A literatura também evidencia que um programa de grupo cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes (com idades entre os 8 e os 15 anos) pode ser eficaz na redução do peso através da adopção de um estilo de vida saudável, desenvolvimento da auto-estima e de uma imagem positiva; os autores sublinham que é requerido o envolvimento dos pais no processo de mudança (van den Akker et al., 2007).

Foi igualmente comprovado, através de uma intervenção comportamental com crianças com excesso de peso, que uma sessão de exercício físico de maior duração, isto é, quarenta minutos por dia, cinco vezes por semana (em comparação com uma prática mais breve do mesmo, concretamente, vinte minutos por dia, cinco vezes por semana) pode melhorar aspectos no funcionamento mental das crianças, importantes para o desenvolvimento social e cognitivo (Davis et al., 2007).

Brennan et al. (2008) documentam igualmente que treze sessões individuais de entrevista motivacional e TCC, seguidas de nove sessões de manutenção, foram eficazes na melhoria da composição corporal, na saúde cardiovascular, nas rotinas alimentares e de exercício físico e

ainda do funcionamento familiar e psicossocial de adolescentes com excesso de peso e obesidade.

O reforço de pares pode também desempenhar um papel importante na mudança. Assim, a comparação de dois tipos de TCC com a duração de 4 meses – nomeadamente, TCC de grupo com reforço de pares e TCC de grupo e exercício físico – concluiu que ambos os tratamentos conduzem à perda de peso, mas mais participantes da primeira intervenção (TCC com reforço de pares) conseguem manter, de forma significativa, o peso perdido (35% *versus* 12% para um nível de significância igual a 0,042) 10 meses após o início dos tratamentos (Jelalian et al., 2006). Parte do sucesso da TCC com reforço de pares assenta no facto dos jovens da mesma idade servirem de modelos em relação a comportamentos de saúde positivos, numa altura desenvolvimental durante a qual os adolescentes procuram a identificação com os pares. As actividades de grupo neste programa incluíam desafios físicos e mentais com o intuito de aumentar a auto-confiança e desenvolver capacidades sociais e de resolução de problemas (Jelalian et al., 2006).

Epstein, Valoski, Kalarchian, e McCurley (1995) mostram que pode haver diferenças na eficácia dos programas delineados para crianças e adultos obesos, dado que as crianças manifestam perdas de peso significativamente maiores do que os seus pais. Esta conclusão compreende-se à luz da evidência de que a mudança do estilo de vida atinge-se mais facilmente quando o sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis estão ainda pouco enraizados e quando a alimentação equilibrada e a prática de exercício físico são desenvolvidos durante a infância (van den Akker et al., 2007).

Não obstante, vários estudos mostram a eficácia de intervenções cognitivo-comportamentais para perda de peso em adultos.

### *Adultos*

Teixeira et al. (2002) destacam alguns factores que se associam ao insucesso de um programa de perda de peso para mulheres de meia-idade com excesso de peso ou obesidade. Assim, um maior número de tentativas para emagrecer, avaliações mais severas sobre o emagrecimento, uma maior percepção de que o peso tem um grande impacto na qualidade de vida, uma baixa auto-motivação,

uma maior insatisfação com o tamanho corporal e uma baixa auto-estima encontram-se correlacionados com uma menor perda de peso, no contexto de uma intervenção comportamental para esse efeito; os factores evidenciados irão ainda distinguir de forma significativa as participantes que respondem das que não respondem à intervenção.

A literatura esclarece que as intervenções cognitivo-comportamentais que desenvolvem a motivação e um conjunto de estratégias para ultrapassar os obstáculos à implementação de exercício físico e de uma alimentação equilibrada constituem tratamentos psicológicos eficazes para a diminuição de peso (Weber & Wyne, 2006).

A investigação destaca igualmente que uma intervenção cognitivo-comportamental com a duração de 16 semanas é significativamente mais eficaz na redução do peso, do IMC, do perímetro da cintura e ancas, dos níveis de colesterol e triglicéridos, do que um grupo de controlo (nomeadamente, uma lista de espera) (Mefferd et al., 2007).

É também salientado que é exequível introduzir uma intervenção cognitivo-comportamental nos cuidados de saúde primários, com um formato de curso. A média de peso perdido por participante, por altura da consulta de seguimento realizada 12 meses após o final do tratamento, pode chegar aos 4kg (Eichler et al., 2007).

Kalodner e DeLucia (1991) compararam quatro tratamentos para o excesso de peso em 69 adultos, nomeadamente, apenas terapia comportamental, apenas TCC, terapia comportamental com educação nutricional e TCC com educação nutricional, verificando que os quatro tratamentos conduzem a uma mudança positiva nos hábitos alimentares. Concretamente, a intervenção comportamental conduziu a um aumento significativo do uso de estratégias de controlo do peso por parte dos participantes e os indivíduos que estiveram num grupo com componente cognitiva manifestaram pensamentos mais adaptativos em relação ao peso.

A literatura demonstra ainda que um programa de grupo cognitivo-comportamental é tão eficaz como uma psicoterapia interpessoal de grupo na recuperação da ingestão compulsiva de alimentos em pessoas com excesso de peso (Wilfley et al., 2002; Wilfley et al., 2003). Grilo e Masheb (2005) confirmam a eficácia de um

programa de auto-ajuda cognitivo-comportamental de 12 semanas na perturbação de ingestão compulsiva, mas não na perda de peso.

Alguns autores defendem que, nos casos em que existe ingestão compulsiva, os programas cognitivo-comportamentais serão eficazes na perda de peso se foram eficazes no tratamento da ingestão compulsiva de alimentos. Agras et al. (1997) referem que um ano após o término de um programa cognitivo-comportamental (associado a um programa complementar de perda de peso), mulheres obesas que tinham parado a ingestão compulsiva durante a intervenção tinha perdido e mantido peso, mas as participantes que não conseguiram parar este comportamento ganharam peso. Assim, parar a ingestão compulsiva de alimentos parece ser de crucial importância para a redução de peso e, tal como este estudo comprova, tal é possível com uma intervenção cognitivo-comportamental (com manutenção de resultados até pelo menos um ano). Eldredge et al. (1997) relatam que, no caso de indivíduos que não conseguem reduzir a ingestão compulsiva até às 12 sessões de TCC, será benéfico estender o tratamento psicológico dado que, pela vigésima sessão, pode ocorrer a diminuição ou a remissão deste comportamento em participantes não-responsivos nas primeiras 12 sessões.

Munsh et al. (2007) compararam dois tratamentos (cognitivo-comportamental e comportamental), ambos com 16 sessões semanais, para a perda de peso numa amostra de oitenta mulheres com excesso de peso e ingestão compulsiva de alimentos. Concluem que o primeiro é mais eficaz em reduzir a ingestão compulsiva e que o programa comportamental conduz a uma maior perda de peso após o término da intervenção. Contudo, no final de um ano não se detectam diferenças significativas entre ambos os grupos.

Tal como tinha sido anteriormente referido, a sugestão pode ter um impacto positivo na perda de peso e na forma como o sujeito percepção a comida (Kirk & Griffey, 1995). Kirsch (1996) efectuou uma meta-análise sobre o efeito da conjugação de hipnose clínica com TCC e concluiu que a relação de peso sem hipnose é em média 2,72kg enquanto a adição de hipnose ao programa cognitivo-comportamental permite uma perda de 5,37kg em média (analisando os períodos de pós-tratamento e desequilíbrio).

Os hábitos nutricionais e de exercício físico foram igualmente modificados após uma TCC de 12 sessões semanais, numa amostra de indivíduos com esquizofrenia, tendo sido observada uma diminuição de peso no grupo experimental (Calleja et al., 2007).

No mesmo sentido, um estudo realizado também com uma amostra de participantes com esquizofrenia (e que experimenta um ganho significativo de peso devido à medicação) comprova que 16 sessões de terapia de grupo cognitivo-comportamental são eficazes na perda de peso, em comparação com um grupo de controlo (Weber & Wyne, 2006). As sessões incluíam *role playing*, estabelecimento de objectivos, gestão da motivação, desenvolvimento de capacidades para resolução de problemas, análise de custo-benefício, exploração de obstáculos à mudança, informação sobre uma alimentação baixa em gordura e estabelecimento de plano para aumentar a actividade física (Weber & Wyne, 2006). No grupo de TCC os participantes perderam em média 2,9% do peso corporal, enquanto no grupo de controlo os sujeitos perderam 0,6%.

Gallagher et al. (2006) defendem que uma intervenção que consiga aumentar a auto-eficácia em relação à prática de exercício físico, recorrendo a estratégias cognitivas e comportamentais, pode conduzir à prática mais frequente e/ou intensa de exercício físico, o que por sua vez pode permitir uma perda de peso significativa.

É de sublinhar ainda que Jordan, Canavan, e Steer (1985) chamam a atenção para o facto de que o uso de diferentes índices de mudança de peso, no contexto da avaliação da eficácia a longo prazo da TCC para perda de peso, pode conduzir a conclusões significativamente diferentes, dependendo do índice que se utilizar. Ressalvando o explicitado anteriormente, a literatura evidencia que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz na perda de peso.

## CONCLUSÃO

A literatura mostra-nos que existem vários factores, de natureza pessoal e contextual associados ao excesso de peso; estas evidências permitem que se identifique grupos de pessoas

que se encontram em maior risco de desenvolver excesso de peso ou obesidade.

Tendo em conta as consequências que um IMC superior a 24,9kg/m<sup>2</sup> pode ter para a saúde física e psicológica da pessoa, implementar nos cuidados de saúde tratamentos eficazes para a perda de peso é certamente um objectivo importante e premente, dado o aumento da prevalência de excesso de peso/obesidade, nas últimas décadas. E, tal como sublinham alguns autores, é possível introduzir tratamentos relativamente breves e satisfatoriamente eficazes para a perda de peso, nomeadamente de orientação cognitivo-comportamental, nos cuidados de saúde primários (Eichler et al., 2007).

Considerando que a percentagem de desistência e de sucesso baixo em programas de perda corresponde a uma grande parte dos sujeitos (Teixeira et al., 2002), sustenta-se que é crucial a adopção do aumento da adesão aos tratamento como um foco de intervenção. Pierce e Stoltenberg (1990) comprovam que a introdução de técnicas cognitivo-comportamentais para aumentar a motivação das pessoas para aderirem a um tratamento psicológico para perda de peso (e quando introduzidas antes do tratamento concretamente direccionado para a redução de peso), eficaz no aumento de adesão ao mesmo, em comparação com grupos de controlo.

Conclui-se assim que a investigação feita na área, e tal como evidenciado anteriormente, aponta para a eficácia de intervenções breves cognitivo-comportamentais na diminuição de peso, em pessoas com excesso de peso e obesidade.

## REFERÊNCIAS

- Ackard, D. M., Croll, J. K., & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 129-136.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of

- disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1107-1115.
- Bailey, R., Michell, D. C., Hartman, T. J., Jensen, G. L., Still, C. D., & Smiciklas-Wright, H. (2007). Waist circumference and cardiovascular risk factors among overweight and obese rural older adults: Gender differences. *The Federation of American Society for Experimental Biology Journal*, 21(6), 1071-1075.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artmed (obra original em Inglês, 1988).
- Benton, D., & Sargent, J. (1992). Breakfast, blood glucose and memory. *Biological Psychology*, 33(2-3), 207-210.
- Blackburn, G. L. (1993). Comparison of medically supervised and unsupervised approaches to weight loss and control. *Annals of Internal Medicine*, 119(7), 714-718.
- Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., Greenway, K., & Wilks, R. (2008). Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 29(3), 359-375.
- Bryan, J., & Tiggemann, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*, 36, 147-156.
- Calleja, A. M. G., Germán, M. A. S., Trincado, M. R., & Lucas, A. G. (2007). Programa de control de peso en personas con enfermedad mental grave del espectro psicótico. *Psicothema*, 19(4), 640-645.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1), 11-19.
- Cea-Calvo, L., Moreno, B., Monereo, S., Gil-Guillén, V., Lozano, J. V., Martí-Canales, J. C., Llisterri, J. L., Aznar, J., González-Esteban, J., & Redón, J. (2008). Prevalence and related factors of overweight and obesity in Spanish population aged 60 years-old or older. The PREV-ICTUS study. *Medicina Clínica*, 131(6), 205-210.
- Choma, C. W., Sforzo, G. A., & Keller, B. A. (1998). Impact of rapid weight loss on cognitive function in collegiate wrestlers. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 30(5), 746-749.
- Craeynest, M., Crombez, G., Koster, E. H. W., Haerens, L., & Bourdeaudhuij, I. (2008). Cognitive-motivational determinants of fat food consumption in overweight and obese youngsters: The implicit association between fat food and arousal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 354-368.
- Davis, C., Tomporowski, P. D., Boyle, C. A., Wailer, J. L., Miller, P. H., Naglieri, J. A., & Gregoski, M. (2007). Effects of Aerobic exercise on overweight children's cognitive functioning: A randomized controlled trial. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 78(5), 510-519.
- Decaluwé, V., Braet, C., & Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 78-84.
- Desai, M. N., Miller, W. C., Staples, B., & Bravender, T. (2008). Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 109-114.
- Drobes, D. J., Miller, E. J., Hillman, C. H., Bradley, M. M., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (2001). Food deprivation and emotional reactions to food cues: Implications for eating disorders. *Biological Psychology*, 57(1-3), 153-177.
- Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Deriemaeker, P., Philippaerts, R., Lefevre, J., Thomis, M., & Duquet, W. (2007). Socio-economic and lifestyle factors associated with overweight in Flemish adult men and women. *BMC Public Health*, 7, 23.
- Eichler, K., Zoller, M., Steurer, J., & Bachmann, L. M. (2007). Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss Medical Weekly*, 137, 35-36.
- Eldredge, K. L., Agras, W. S., Arnow, B., Telch, C. F., Bell, S., Castonguay, L., & Marnell, M. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347-352.
- Epstein, L. H., Valoski, A. M., Kalarchian, M. A., & McCurley, J. (1995). Do children lose and maintain weight easier than adults: A comparison of child and parent weight changes from six months to ten years. *Obesity Research*, 3(5), 411-417.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2322-2324.
- Fonseca, H., & de Matos, M. G. (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: An overview of associated factors. *European Journal of Public Health*, 15(3), 323-328.
- Foreyt, J. P. (1987). Issues in assessment and treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 677-684.
- Fuzhong, L., Fisher, K. J., & Harmer, P. (2005). Prevalence of overweight and obesity in older U. S. adults: Estimates from 2003 behavioral risk factor surveillance system survey. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(4), 737-739.

- Gallagher, K. I., Jakicic, J. M., Napolitano, M. A., & Marcus, B. H. (2006). Psychosocial Factors Related to Physical Activity and Weight Loss in Overweight Women, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(5), 971-980.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M. & Pike, K. M. (1997) Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94-144). New York: The Guilford Press.
- Green, M. W., & Rogers, P. J. (1995). Impaired cognitive functioning during spontaneous dieting. *Psychological Medicine*, 25(5), 1003-1010.
- Green, M. W., Elliman, N. A., & Kretsch, M. J. (2005). Weight loss strategies, stress, and cognitive function: Supervised versus unsupervised dieting. *Psychoneuroendocrinology*, 30(9), 908-918.
- Green, M. W., Elliman, N. A., & Rogers, P. J. (1997). Impaired cognitive processing in dieters: Failure of attention focus or resource capacity limitation. *British Journal of Health Psychology*, 2(3), 259-267.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1509-1525.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 602-613.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2007). Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2537-2550.
- Guo, S. S., Wu, W., Chumlea, W. C., & Roche, A. F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(3), 653-658.
- Hakala, P., Rissanen, A., Koskenvuo, M., Kaprio, J., & Rönnemaa, T. (1999). Environmental factors in the development of obesity in identical twins. *International Journal of Obesity*, 23, 746-753.
- Janicke, D. M., Marciel, K. K., Ingerski, L. M., Novoa, W., Lowry, K. W., Sallinen, B. J., & Silverstein, J. H. (2007). Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth. *Obesity*, 15(7), 1799-1807.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 257-272.
- Jelalian, E., Mehlenbeck, R., Lloyd-Richardson, E. E., Birmaher, V., & Wing, R. R. (2006). "Adventure therapy" combined with cognitive-behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of Obesity*, 30, 31-39.
- Johnstone, A. M., Faber, P., Andrew, R., Gibney, E. R., Elia, M., Lobley, G., Stubbs, R. J., & Walker, B. R. (2004). Influence of short-term dietary weight loss on cortisol secretion and metabolism in obese men. *European Journal of Endocrinology*, 150(2), 185-194.
- Jordan, H. A., Canavan, A. J., & Steer, R. A. (1985). Patterns of weight change: The interval 6 to 10 years after initial weight loss in a cognitive-behavioral treatment program. *Psychological Reports*, 57(1), 195-203.
- Jouret, B., Ahluwalia, N., Cristini, C., Dupuy, M., Nègre-Pages, L., Grandjean, H., & Tauber, M. (2007). Factors associated with overweight in preschool-age children in southwestern France. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(6), 1643-1649.
- Kalodner, C. R., & DeLucia, J. L. (1991). The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition education as additions to a behavior modification program for weight loss. *Addictive Behaviors*, 16(5), 255-263.
- Kelley, A. E., Schiltz, C. A., & Landry, A. F. (2005). Neural systems recruited by drug- and food-related cues: Studies of gene activation in corticolimbic regions. *Physiology & Behavior*, 86(1/2), 11-14.
- Kirk, C. C., & Griffey, D. C. (1995). The effects of imagery and language cognitive strategies on dietary intake, weight loss, and perception of food. *Imagination, Cognition and Personality*, 15(2), 145-157.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 517-519.
- Kretsch, M. J., Green, M. W., Fong, A. K. H., Elliman, N. A., & Johnson, H. L. (1997). Cognitive effects of a long-term weight reducing diet. *International Journal of Obesity*, 21, 14-21.
- Kuo, H. K., Jones, R. N., Milberg, W. P., Tennstedt, S., Talbot, L., Morris, J. N., & Lipsitz, L. (2006). Cognitive function in a normal-weight, overweight and obese older adults: an analysis of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cohort. *Journal of American Geriatric Society*, 5, 97-103.
- Landers, D. M., Arent, S. M., & Lutz, R. S. (2001). Affect and cognitive performance in high school wrestlers undergoing rapid weight loss. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 23(4), 307-316.
- Li, Y., Dai, Q., Jackson, J. C., & Zhang, J. (2008). Overweight is associated with decreased cognitive functioning among school-age children and adolescents. *Obesity*, 16(8), 1809-1815.

- Li, M., Dibley, M. J., Sibbritt, D., & Yan, H. (2008). Factors associated with adolescents' overweight and obesity at community, school and household levels in Xi'an city, China: Results of hierarchical analysis. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(5), 635-643.
- Lowe, M. R., Miller-Kovach, K., Frye, N., & Phelan, S. (1999). An initial evaluation of a commercial weight loss program: Short-term effects on weight, eating behavior, and mood. *Obesity Research*, 7(1), 51-59.
- Mefferd, K., Nichols, J. F., Pakiz, B., & Rock, C. L. (2007). A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(2), 145-52.
- Munsh, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive-behavioral therapy and behavioural weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 102-113.
- Nawaz, H., & Katz, D. (2001). American college of preventive medicine practice policy statement: Weight management counseling of overweight adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 73-78.
- Odoms-Young, A. M., & Fitzgibbon, M. (2008). Familial and environmental factors that contribute to pediatric overweight in African American populations: Implications for prevention and treatment. *Progress in Pediatric Cardiology*, 25(2), 147-151.
- OMS (1998). *Report of a WHO consultation on obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: OMS.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94, 1550-1557.
- Pierce, R. A., & Stoltenberg, C. D. (1990). Increasing program persistence in professional weight loss programs involving cognitive self-persuasion. *Profession Psychology: Research and Practice*, 21(3), 210-215.
- Pinhas-Hamiel, O., Dolan, L. M., Daniels, S. R., Standiford, D., Khoury, P. R., & Zeitler, P. (1996). Increased incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 128(5 pt 1), 608-615.
- Rodin, J., Schank, D., & Striegel-Moore, R. (1989). Psychological features of obesity. *The Medical Clinics of North America*, 73(1), 47-66.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD* (pp. 60-83). New York: the Guilford Press.
- Ruiz-Arregui, L., Castillo-Martínez, L., Orea-Tejeda, A., Mejía-Arango, S., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults. *Salud Pública de México*, 49(4), 482-487.
- Stamatakis, E., Primatesta, P., Chinn, S., Rona, R., & Falaschetti, E. (2005). Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: What is the role of socioeconomic factors? *Archives of Disease in Childhood*, 90(10), 999-1004.
- Stern, M., Mazzeo, S. E., Gerke, C. K., Porter, J. S., Bean, M. K., & Laver, J. H. (2007). Gender, ethnicity, psychosocial factors, and quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 90-94.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1), 1-5.
- Teixeira, P. J., Goings, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, L. L., Finkenthal, N. R., Blew, R. M., & Sardinha, L. B. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 499-523.
- Terres, N. G., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., Pinheiro, K. A., & Horta, L. L. (2006). Prevalence and factors associated to overweight and obesity in adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 627-633.
- Thomas, F., Bean, K., Pannier, B., Oppert, J. M., Guize, L., & Benetos, A. (2005). Cardiovascular mortality in overweight subjects: The key role of associated risk factors. *Hypertension*, 46(4), 654-659.
- Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., Howe, P. R., & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1134-1140.
- van den Akker, E. L. T., Puiman, P. J., Groen, M., Timman, R., Jongejan, M. T. M., & Trijsburg, W. (2007). A cognitive behavioral therapy program for overweight children. *The Journal of Pediatrics*, 151(3), 280-283.
- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103, 1062-1067.
- Weber, M., & Wyne, K. (2006). A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients

treated with atypical antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 83(1), 95-101.

- Wadden, T. A., Foster, G. D., Brownell, K. D., & Finley, E. (1984). Self-concept in obese and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1104-1105.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York: The Guilford Press.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873.
- Wilfley, D., Welch, R., & Stein, R. (2003). Group interpersonal psychotherapy may be as effective as group cognitive behavioural therapy for overweight people with binge eating disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 6(2), 56-57.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.
- Yang, J. J., Shiwaku, K., Nabika, T., Masuda, J., & Kobayashi, S. (2007). High frequency of cardiovascular risk factors in overweight adult Japanese subjects. *Archives of Medical Research*, 38(3), 337-344.

## RESUMO

A presente revisão de literatura foca os factores associados ao excesso de peso em diferentes fases do ciclo de vida, bem como a prevalência do excesso de peso e obesidade nas várias faixas etárias e em diferentes países. É também objecto de exploração o comportamento de dieta, o seu impacto no desempenho cognitivo, bem como a conceptualização da ingestão de comida como comportamento aditivo. Explana-se, por fim, a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental para a perda de peso, em crianças e adolescentes, assim como em adultos.

*Palavras chave:* Excesso de peso, Intervenção cognitivo-comportamental, Obesidade.

## ABSTRACT

This literature review focus on excessive weight and obesity and their associated factors across the different phases of the life cycle. Moreover, this article evidences the prevalence rates of obesity and excessive weight in different age groups and in diverse countries. It is also examined the diet behaviour, its impact on cognitive performance, as well as the conceptualization of excessive food ingestion as an addictive behaviour. Finally, the efficacy of cognitive-behavioural interventions for weight loss, both for children/adolescents and adults, is explored.

*Key words:* Cognitive-behavioural intervention, Excessive weight, Obesity.

