

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS

(2004)

Artigo científico publicado nos Arquivos de Medicina e apresentado sob forma de Poster no XI Curso Pós-Graduação de Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo e Curso Básico de Alimentação e Nutrição Clínica, organizados pelo Serviço de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Hospital de São João (Porto, Portugal).

Sónia Pereira
Psicóloga clínica

Contactos:

E-mail - contacto@consultorio-psicologia.com

URL - www.consultorio-psicologia.com

RESUMO

O Projecto de Intervenção Psicológica em Crianças e Adolescentes tem como objectivo ajudar os jovens obesos a perder de peso, promovendo estilos de vida saudáveis e realizando psicoterapia de apoio, de modo a intervir em variáveis psicológicas que frequentemente estão associadas à obesidade. Foram incluídos no Projecto 15 jovens com vários graus de excesso ponderal. Em comparação com os valores do IMC (Índice de Massa Corporal) obtidos na primeira consulta, verificou-se uma descida do IMC ao longo do tratamento. No que diz respeito aos aspectos mais qualitativos, podemos referir que maior parte dos jovens modificou os seus hábitos alimentares, mais de metade dos jovens aumentou a actividade física, muitos destes jovens melhoraram a relação com os pares e aumentaram a sua autonomia em relação à família.

Palavras-chave: obesidade, adolescência, alimentação saudável, nutrição, exercício, depressão, auto-estima, autonomia

INTRODUÇÃO

A palavra obesidade é composta por ob (excesso) e edere (comer). Significa, portanto, comer em excesso. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a energia ingerida é maior do que a energia gasta (DGS, 2004). A etiologia da obesidade é ainda desconhecida mas é, sem dúvida, multifactorial. A obesidade é influenciada por factores biológicos, sociais e comportamentais (Brownell & Wadden, 1992 cit. por Marcus, 1997).

A obesidade é um problema de saúde que afecta uma elevada percentagem da população mundial. É considerada um problema grave, com uma prevalência extremamente alta e é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde das sociedades modernas civilizadas (Blundell & Hill, 1986). A obesidade é reconhecida como um problema de saúde pública que tende a agravar-se (DGS, 2004)

Alguns estudos mostram que a incidência e prevalência da obesidade nas crianças e adolescentes tem aumentado significativamente (Barth et al. 1997, cit. por Davies, 1998). O impacto psicológico que a obesidade tem nestas faixas etárias pode ser determinante no aparecimento de perturbações que podem afectar estes indivíduos durante toda a sua vida (Dietz, 1995).

Os jovens obesos vivem em permanente sofrimento psicológico, o que é atestado pelo fraco rendimento escolar e enurese, que ocorre em alguns casos (Ajuniaguerra & Marcelli, 1991). A obesidade impede as crianças e os adolescentes de participar nas mesmas actividades dos seus pares, não só porque por vezes são incapazes de as realizar (como no futebol ou no atletismo), mas também porque são frequentemente alvo de chacota (na praia, nos balneários, na piscina, no ginásio ou nas festas). Estes jovens procuram isolar-se, considerando esta a única forma de se afastarem do tipo de humilhações a que estão sujeitos. Desta forma, e afastados do grupo de pares, os jovens obesos perdem uma boa parte das experiências que estão associadas ao crescimento mental saudável da adolescência (Bruch, 1973).

Quando uma criança é obesa é provável que venha a tornar-se num adulto obeso. Os maiores factores de risco para o desenvolvimento da obesidade são o IMC elevado na infância, a predisposição genética e o estatuto socio-económico baixo (Dietz, 1995; Linscheid & Fleming, 1995). A prevenção da obesidade o mais precocemente possível é essencial.

A obesidade está associada a inúmeras complicações físicas, tais como diabetes tipo II, neoplasias, hipertensão, disfunções do sistema circulatório, hiperlipidemia, doenças da vesícula (Adexo, 2003).

A obesidade encontra-se também associada a perturbações psicológicas. A busca da magreza é uma característica comum nas sociedades ocidentais, pois o excesso de peso está associado à falta de beleza física. Os obesos são discriminados e sofrem frequentemente de falta de auto-confiança e de falta de auto-estima (Apfeldorfer, 1995; Blundell, 1987). Perturbações

emocionais como a ansiedade ou a depressão aparecem frequentemente associadas à ingestão excessiva de alimentos. Alguns autores defendem também que os obesos são incapazes de identificar e reflectir sobre as suas próprias emoções, utilizando a comida como estratégia para ultrapassar os momentos mais difíceis. São incapazes de ter comportamentos assertivos, utilizando a comida como uma estratégia adaptativa para evitar a tomada de posição face aos outros (Apfeldorfer, 1997).

Tratar e investigar a obesidade antes da idade adulta é extremamente importante, pois os hábitos e estilos de vida da criança e do jovem são mais fáceis de mudar do que os hábitos e estilos de vida do adulto. Além disso, os jovens sofrem mais a pressão da sociedade para que fiquem magros e a preocupação com o peso é maior, pois a gordura impede que os jovens se sintam integrados no seu grupo de pares (Gavino, 1992).

Apesar de ser evidente a importância de um tratamento eficaz, a maior parte dos tratamentos tem tido poucos resultados positivos a longo prazo, além da elevada taxa de abandono. A terapêutica da obesidade constitui um permanente desafio e é muitas vezes decepcionante. Ajudar um obeso a perder peso é difícil e manter a perda de peso mais difícil ainda (Torres, Reis & Medina, 1991). Ao longo dos anos numerosos tratamentos têm sido empregues para combater a obesidade. A maior parte dos tratamentos médicos para a obesidade não tem tido bons resultados: a perda de peso é difícil e as recaídas são muito comuns (Blundell & Hill, 1986), provavelmente porque o tratamento da obesidade não se limita apenas à área puramente médica ou dietética.

Por esta razão, é importante que o tratamento tenha uma visão multidisciplinar, que combine a educação nutricional, a actividade física e também a avaliação e o trabalho de variáveis psicológicas associadas ao excesso de peso. O delineamento de um projecto de intervenção na obesidade deve ter em conta uma ampla gama de variáveis: hábitos alimentares, psicopatologia associada, apoio familiar, auto-conceito, pensamentos distorcidos relacionados com o peso, etc.

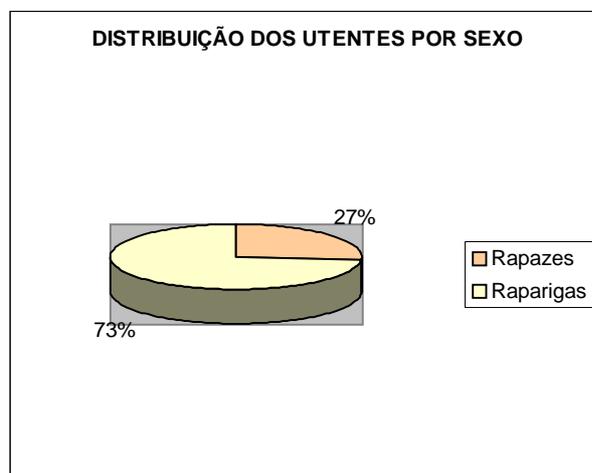
No presente estudo procurámos criar um projecto de intervenção psicológica que tem como objectivo a perda de peso, mas também tem em conta outras variáveis, tais como a modificação dos hábitos alimentares, o aumento da actividade física, as modificações ao nível do auto-conceito, das relações interpessoais e dos resultados escolares.

MÉTODO

Sujeitos

Foram enviados ao CSO 31 jovens obesos e, após ter sido informados sobre as etapas do tratamento na primeira consulta de psicologia, 13 desses jovens não aderiram ao projecto. Após

avaliação psicológica, 3 jovens foram excluídos do projecto por apresentarem sintomatologia psiquiátrica grave, tendo sido encaminhados para a Consulta de Pedopsiquiatria. Assim, foram integrados no projecto 15 doentes obesos. Tal como se pode observar no gráfico 73% são raparigas e 27% são rapazes.



Tal como se pode observar no gráfico, as idades dos alunos incluídos no projecto variam entre os 9 e os 19 anos. A maior parte dos alunos tem entre os 11 e os 12 anos de idade.



Instrumentos

Como instrumentos de avaliação psicológica foram utilizados: Entrevista Diagnóstica, Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar, Escala de Auto-Conceito, Inventário Depressivo de Beck e Diários Alimentares.

A Entrevista Diagnóstica foi utilizada com o objectivo de conhecer a história clínica, elucidar os problemas, conhecer a psicodinâmica e a psicopatologia do sujeito.

O Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (Eating Disorders Inventory) foi criado em 1983 por Garner, Olmsted e Polivy. O EDI estabelece o perfil psicológico e o grau de perturbação alimentar na população normal, nos sujeitos que sofrem de anorexia nervosa, bulimia nervosa e obesidade (Carmo 2001).

A Escala de Auto-Conceito (Piers-Harris Self Concept Scale) foi criada por Piers-Harris em 1969, com manual revisto em 1988. É um dos instrumentos de medida do auto-conceito mais utilizados em Portugal (Veiga, 1989).

O Inventário Depressivo de Beck (Beck Depression Inventory) foi apresentado pela primeira vez em 1961 por Aaron Beck. O objectivo deste inventário é avaliar a depressão e a sua severidade (Beck & Steer, 1993).

O Diário Alimentar foi elaborado para a realização deste estudo e foi baseado em diários alimentares criados por diversos autores (Bruch, 1973; 1974; Clark & Goldstein, 1995; Lacocque, 1991; Seidell, 1998; Wardle, 1989; Wardle & Rapoport, 1998). Consiste num quadro, em que o obeso regista diariamente quais os alimentos que ingeriu, os sentimentos associados à ingestão de certos alimentos, a actividade associada, o grau de fome, etc. Regista também a frequência com que pratica uma modalidade desportiva e a actividade física não estruturada. Além de ajudar o técnico a investigar o comportamento alimentar do doente, o que permite um tratamento mais personalizado, o diário ajuda o paciente a ter uma maior consciência dos alimentos ingeridos (Wardle, 1989; Wardle & Rapoport, 1998).

Procedimento

Este estudo é classificado como exploratório-qualitativo, que procura apoiar-se numa análise qualitativa para desenvolver hipóteses para a realização de uma pesquisa futura mais precisa.

O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Oeiras e decorreu entre Maio de 2003 e Agosto de 2004. As escolas do Concelho de Oeiras foram informadas sobre a existência deste projecto e foram convidadas a enviar para a Consulta de Psicologia do CSO os alunos que consideravam ter indicações para o projecto (obesidade associada a perturbação do comportamento alimentar).

Como método de classificação da obesidade foi utilizada a tabela da Organização Mundial de Saúde (Genebra), que se refere ao IMC (Índice de Massa Corporal). O IMC obtém-se através da seguinte fórmula: $\text{Peso (Kgs)}/\text{Altura}^2 (\text{m}^2)$. O peso considerado normal varia entre 18,5 e 24,9. O Excesso de Peso varia entre 25 e 29,9; a Obesidade grau I entre 30 e 34,9; a Obesidade Grau II entre 35 e 39,9 e a Obesidade Grau III acima de 40.

Os professores preencheram uma folha de referenciação com os dados do aluno, que era enviada à Equipa de Saúde Escolar do CSO. Após ser contactado pela enfermeira da Saúde Escolar, o aluno dirigia-se à primeira Consulta de Psicologia com os pais. Nesta primeira consulta foi feita a anamnese e o cálculo do IMC. A avaliação psicológica foi realizada nas 3 consultas seguintes.

No caso de ter indicação para participar no projecto, o aluno e os pais foram informados sobre os objectivos do projecto, os instrumentos utilizados e os procedimentos a realizar nas consultas seguintes. As consultas de psicoterapia de apoio foram marcadas quinzenalmente, com a duração de cerca de 45 minutos.

A psicoterapia de apoio procurou trabalhar variáveis que têm sido consideradas importantes no tratamento psicológico da obesidade:

Promoção de Estilos de Vida Saudáveis: Hábitos Alimentares e Exercício Físico

Tal como defende Summerbell (1998), o técnico de saúde que trata o doente obeso deve facultar-lhe informações nutricionais pois, independentemente do tipo de dieta que está a seguir, há sempre alimentos que devem ser evitados e alimentos cuja quantidade ingerida deve ser aumentada.

Informámos os jovens e as suas famílias sobre as regras básicas de uma alimentação saudável e facultámos diversos folhetos sobre o tema. Sugerimos aos jovens que aprendessem a fazer sopa, que inventassem receitas de sopa e recolhessem receitas em livros ou na Internet. Sugerimos que aprendessem a fazer sumos naturais, para substituir os sumos de pacote, combinações de fruta fresca com iogurte natural, batidos de leite com fruta, etc. Desta forma procurámos introduzir a procura e confecção de receitas naturais e saudáveis de forma lúdica, que pudessem substituir os habituais snacks (batatas fritas, sumos de pacote, sobremesas calóricas).

Informámos também sobre a importância do exercício físico, sugerindo que iniciassem uma modalidade desportiva ou que aumentassem os níveis de actividade física. Foi realizada uma pesquisa sobre ginásios e locais na zona onde era possível fazer exercício físico. Foi dada essa informação aos pais e ao utente nas primeiras consultas. Algumas famílias não se mostraram disponíveis para a realização de uma actividade física estruturada, por dificuldades económicas, por falta de tempo ou por não haver nenhum ginásio perto de casa. Foram então sugeridas diversas actividades não estruturadas, como por exemplo andar no passeio marítimo, saltar à corda, nadar na piscina, subir pelas escadas em vez de elevador, andar de bicicleta, jogar à bola com os amigos, dançar vigorosamente em casa como se estivesse numa discoteca.

Contratos

A utilização de contratos pode contribuir para a prevenção do abandono do tratamento (Jeffrey, Thompson e Wing, 1978 cit. por Matos, 1990).

No início do acompanhamento terapêutico, o jovem era informado sobre o seu peso actual e sobre qual seria o peso aceitável para a sua altura. Em todas as consultas era realizado um pequeno contrato escrito, que continha as regras a cumprir até à consulta seguinte, que era assinado pelo jovem e era depois levado para casa e entregue aos pais para que eles também pudessem assinar. Estes contratos permitiam, não só mostrar ao jovem que ele era responsável e participante activo no seu tratamento, mas também permitia que a família fosse encarada como parte integrante em todo o processo. As regras foram negociadas em conjunto com o jovem, sendo sempre dele a decisão final.

Criar objectivos

Alguns autores defendem que a criação de objectivos é fundamental para o tratamento de perda de peso (Wardle & Rapoport, 1998).

No início do tratamento procurámos investigar qual era o peso desejado por cada um dos jovens obesos. Verificámos que as expectativas destes jovens eram demasiado elevadas, o que poderia levar à desistência do tratamento caso os resultados não fossem de encontro às expectativas anteriormente estabelecidas. Procurámos então negociar com estes jovens metas mais realistas e explicar que a perda de peso deve acontecer lentamente. Criámos também sub-objectivos, que foram actualizados quinzenalmente.

Auto-Controlo

A falta de auto-controlo contribui muitas vezes para o insucesso do tratamento da obesidade. Consideramos que o doente consegue aumentar o controlo do seu comportamento alimentar se tiver maior consciência da quantidade de alimentos que ingere e das situações que o levam a comer mais. Ao monitorizarem o seu comportamento, os doentes envolvem-se num processo de auto-avaliação (Apfeldorfer, 1997).

Sugerimos então aos jovens que registassem em folhas próprias (diário alimentar) todos os alimentos ingeridos. Este registo era realizado todos os dias e era pedido no início do tratamento e sempre que considerássemos necessário. O diário alimentar procurou avaliar os hábitos alimentares dos jovens, assim como graus de fome, locais preferidos para fazer refeições, estados emocionais, duração das refeições. Foi também avaliada a actividade física, através do mesmo sistema de registo diário.

Apoio social

O apoio social é uma peça fundamental no tratamento da obesidade. O doente não pode ver-se sozinho na tentativa de perder peso (Perpiña & Baños, 1989).

Durante a avaliação foi feito um levantamento de quais as pessoas que poderiam participar activamente no tratamento. Procurámos que os obesos saíssem mais com outros jovens da mesma idade, que procurassem companheiros para fazer exercício físico e para sair para passear ao fim-de-semana.

Os padrões de comportamento da família também foram trabalhados, tal como as crenças que por vezes apresentavam, como a ideia de que determinados alimentos não engordavam ou a ideia de que estavam a fazer mal ao filho se não o levassem várias vezes por semana a restaurantes de fast-food ou se não lhe dessem doces para lanchar na escola. Foi também explicada a importância de reforçarem positivamente os sucessos, ainda que fossem pequenas perdas de peso.

Aumentar a Autonomia

As modalidades de tratamento da obesidade devem conduzir à procura da autonomia. O obeso deve aprender a encontrar autonomia face à alimentação e face aos outros (Gonthier & Longeraï, 1980).

Explicámos também aos pais que era importante estimular a autonomia destes jovens e estimulámos estes jovens a procurar autonomia face aos pais. Procurámos ajudar os obesos a perceber que a perda de peso dependia principalmente deles.

Cuidados com a Imagem

Muitos obesos sofrem de uma perturbação da imagem corporal, fazendo um evitamento fóbico do corpo, esquecendo cuidados com o corpo e desvalorizam-se permanentemente (Apfeldorfer, 1997; Wardle & Rapoport, 1998). Uma pobre imagem corporal resulta numa pobre auto-estima e numa auto-eficácia negativa. O doente sente que não controla o seu corpo e que não consegue participar activamente na sua perda de peso, desistindo precocemente.

Procurámos reverter este problema, tentando recuperar a auto-estima, mesmo antes de eles começarem a perder peso. Procurámos reforçar as habilidades destes jovens, como a pintura, a escrita, o teatro, etc. À medida que iam perdendo peso foram sendo sugeridas mudanças no visual, como a compra de roupas mais justas e coloridas, a utilização de mais acessórios e maquilhagem, mudanças de penteado, etc.

Estratégias de coping

Para muitos obesos, a comida é utilizada para se sentirem menos deprimidos (Apfeldorfer, 1997) ou menos ansiosos (Wardle & Rapoport, 1998). A comida permite o esquecimento das dificuldades.

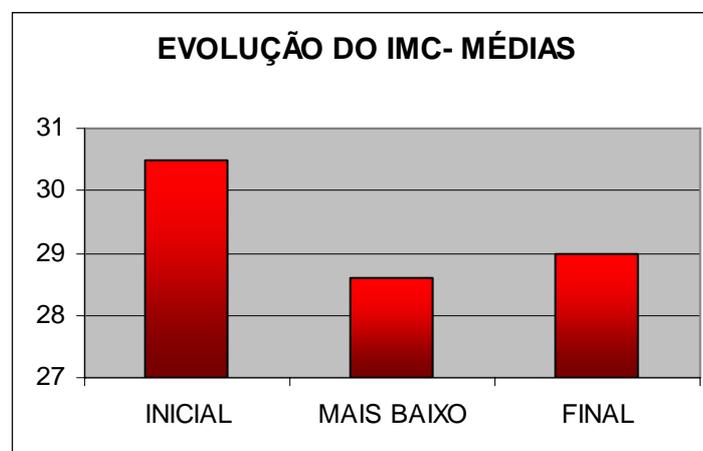
Procurámos então mostrar aos doentes que existia uma relação entre as dificuldades que atravessavam no dia a dia e a hiperfagia. Ajudámo-los depois a desenvolver estratégias de coping para enfrentar o mundo e os problemas, em vez de evitar as dificuldades e refugiar-se na comida. Foram ensinadas técnicas de relaxamento e sugeridas actividades incompatíveis com o acto de comer (dar um passeio, ver montras, fazer desporto, etc.).

Conhecimento e Afirmação de Si

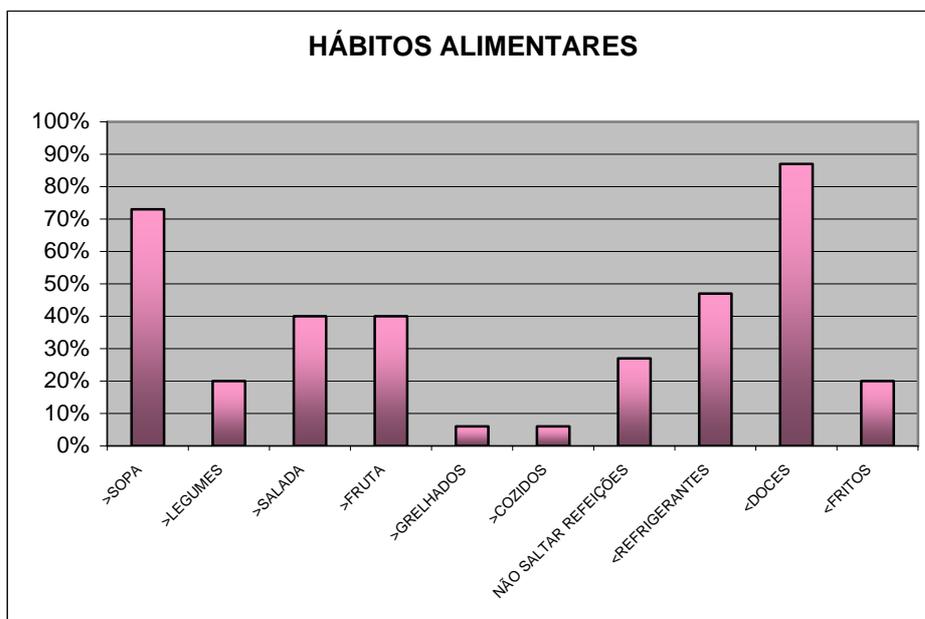
É importante ajudar o obeso a conhecer-se melhor e a saber quais as situações que o levam a comer mais (Apfeldorfer, 1997). Utilizámos o diário alimentar para aumentar este auto-conhecimento e para verificar que, por exemplo, o peso aumentava em época de testes, em que a ansiedade aumentava, e conseqüentemente o excesso de ingestão de alimentos calóricos; e em tempo de férias, em que a actividade física diminuía.

Ajudámos os doentes a identificar e diferenciar sentimentos, a falar sobre a sua personalidade e a admitir que não têm só defeitos, mas também qualidades. Ajudámos também a enfrentar os conflitos e a perceber sensações de agressividade e zanga. A afirmação de si passa também pela assertividade, pela aprendizagem que podemos dizer “não” e que podemos ter uma opinião discordante da maioria sem correremos o risco de os outros gostarem menos de nós. A aprendizagem da assertividade passa também por recusar educadamente um alimento num jantar ou numa festa.

RESULTADOS



Como se pode observar no gráfico, o IMC médio dos sujeitos na primeira consulta era de 30,5. A média do IMC mais baixo atingido durante o decorrer do projecto foi de 28,7 o que indica que, em média, os sujeitos perderam peso. O IMC médio na última consulta foi 29, o que sugere que os sujeitos recuperaram algum do peso perdido, mas sem voltar ao peso inicial. Os resultados sugerem que os sujeitos perderam algum peso, tendo havido manutenção dessa perda de peso.

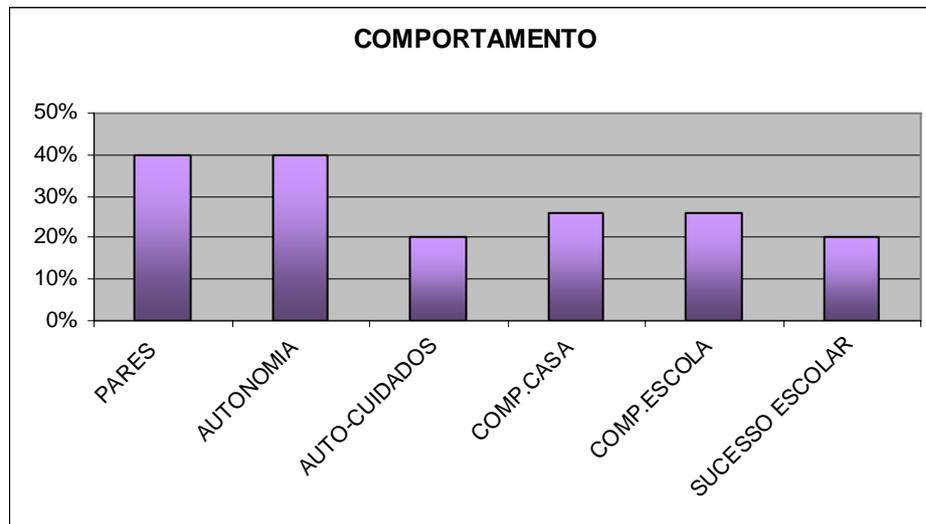


A análise dos hábitos alimentares dos sujeitos no final do tratamento sugere que decorreram algumas mudanças, em comparação com os hábitos alimentares que os sujeitos tinham antes do tratamento. A redução de doces ocorreu em quase 90% dos sujeitos, o aumento de ingestão de sopa em cerca de 70% dos sujeitos. A redução de refrigerantes ocorreu em quase 50% dos sujeitos.

Os hábitos que foram mais difíceis de implementar foram: o aumento de grelhados e cozidos (menos de 10%), o aumento de legumes (20%) e a diminuição de fritos (20%).



Como se pode observar no gráfico, a decisão de iniciar a prática de uma modalidade desportiva foi tomada por pouco mais de 30% dos sujeitos que faziam parte do projecto. A sugestão de aumentar a actividade física de forma menos estruturada parece ter tido mais sucesso, tendo sido adoptada por quase 70% dos sujeitos.



No que diz respeito ao comportamento e ao trabalho de factores psicológicos, podemos salientar que a melhoria na relação com os pares e o aumento da busca pela autonomia foram os factores que originaram maior mudança: 40% dos sujeitos melhoraram as relações com jovens da mesma idade e 40% procuraram maior autonomia em relação à família. As melhorias no comportamento em casa e na escola ocorreram em 27% dos sujeitos. A maior preocupação com o aspecto físico e o aumento de sucesso escolar ocorreu em 20% dos jovens.

DISCUSSÃO

Verificámos que, na generalidade, os jovens que fazem parte deste projecto vivem em permanente sofrimento psicológico, apresentam baixo rendimento escolar, baixo auto-conceito, tendência para afastamento de outros jovens da mesma idade, excessiva dependência em relação à família e pouca confiança nas suas capacidades, especialmente na capacidade de perder peso.

Todos estes jovens tinham estilos de vida pouco saudáveis, com hábitos alimentares errados, associados ao sedentarismo. Quase todos têm familiares próximos obesos, o que poderá prever que a associação de todos estes factores vai provavelmente originar uma obesidade na idade adulta. Com o objectivo de ajudar a prevenir que isso aconteça, procurámos criar um projecto de intervenção psicológica que pudesse contribuir para a mudança no estilo de vida,

para a perda de peso e para a melhoria de problemas psicológicos associados à obesidade. Pensamos que grande parte dos objectivos deste projecto de intervenção foram alcançados.

Observámos que a média do Índice de Massa Corporal dos jovens teve um decréscimo durante o acompanhamento psicológico. Observámos ainda que, no momento em que foram recolhidos os últimos dados, a média do IMC destes jovens tinha um ligeiro aumento em relação aos valores mais baixos obtidos, mas sem nunca se aproximar do IMC inicial. Estes dados sugerem que os jovens que foram submetidos ao acompanhamento psicoterapêutico conseguiram perder peso, tendo conseguido também a manutenção dessa perda de peso.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, verificou-se que mais de metade dos jovens diminuiu a quantidade de ingestão de doces e aumentou a quantidade de sopa. Alguns jovens aumentaram a ingestão de salada e fruta e diminuíram a quantidade de refrigerantes.

Notou-se alguma dificuldade na diminuição de ingestão de fritos e no aumento da ingestão alimentos cozidos, alimentos grelhados e de legumes. Consideramos que a participação da família neste caso é bastante importante e que a motivação do jovem para mudar os seus hábitos alimentares não é suficiente. Pensamos que a modificação na forma de confeccionar os alimentos deve ser feita para toda a família e não apenas para o jovem que está a ser tratado. O trabalho das famílias nesse sentido poderia originar melhores resultados. Consideramos ainda que o trabalho com as escolas também poderia ser vantajoso para melhorar esta intervenção, pois nem sempre as ementas das cantinas respeitam as regras de uma alimentação saudável. O facto de terem disponíveis nas máquinas automáticas e no buffet apenas alimentos calóricos, sem muitas alternativas saudáveis, também deveria ser modificado.

No que diz respeito à actividade física, verificou-se que foram poucos os jovens que decidiram inscrever-se numa modalidade desportiva, devido principalmente a razões económicas. Pensamos que seria benéfico que, tanto a escola como as autarquias, optassem por promover mais o exercício físico criando mais espaços com modalidades desportivas que estes jovens pudessem frequentar sem contrapartidas económicas. O aumento da actividade física não estruturada, isto é, a adopção de comportamentos menos sedentários, ocorreu em mais de metade dos jovens.

No que diz respeito aos factores psicológicos, os resultados do estudo sugerem que as mudanças ocorreram mais lentamente. Quase metade dos jovens melhorou a relação com pares e aumentou a busca pela autonomia. Consideramos que a aceitação por parte das famílias de uma maior aproximação aos pares e de uma maior busca de autonomia nem sempre é fácil. As famílias foram ajudadas a entender que a adolescência é uma fase importante de crescimento, que passa por um certo afastamento do jovem em relação aos pais.

É de salientar a enorme aderência dos jovens à consulta de psicologia e do interesse crescente de familiares, professores e técnicos de saúde. Pensamos que se justifica o alargamento desta intervenção a uma maior população, de modo desenvolver mais investigação sobre este tema e de modo a ajudar mais jovens obesos a conseguir a difícil tarefa de perder peso.

REFERÊNCIAS

- Adexo (2003). Proposta ao Ministro da Saúde para Tratamento da Obesidade em Portugal.
- Ajuniaguerra & Marcelli (1991). Manual de psicopatologia infantil (tradução portuguesa) (2ª ed.). Porto Alegre: Masson (Original publicado em 1986).
- Apfeldorfer (1995). Como, logo existo (tradução portuguesa). Lisboa: Instituto Piaget (Original publicado em 1991).
- Apfeldorfer (1997). Anorexia, bulimia e obesidade (tradução portuguesa). Lisboa: Instituto Piaget (Original publicado em 1995).
- Beck, A. & Steer, R. (1993). Beck depression inventory- Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Blundell, J. E. & Hill, A. J. (1986). Biopsychological interactions underlying the study and treatment of obesity. In M. J. Christie & P. G. Mellett (Eds.), The Psychosomatic Approach: Contemporary Practice of Whole-Personal Care (pp. 115-135): Chichester. John Wiley & Sons.
- Blundell, J. (1987). Évolution de la psychologie physiologique: Des causes aux interactions. Essai sur la biopsychologie de l'alimentation et de l'obésité. Bulletin de Psychologie, XLI, 383, 201-215.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within: New York. Basic Books.
- Bruch, H. (1974). Eating disturbances in adolescence. In American Handbook of Psychiatry: New York. Basic Books.
- Carmo, I. (2001). Doenças do comportamento alimentar. Lisboa: ISPA.
- Clark, M. & Goldstein, M. (1995). Obesity. A health psychology perspective. In A. Goreznyi (Ed.), Handbook of health and rehabilitation psychology (pp.157-173): New York. Plenum Press.
- Davies, P. (1998). Obesity in childhood. In Koppelman & Stock (Eds.), Clinical Obesity. (pp. 290-304). Oxford. Blackwell.

DGS (2004). Circular Informativa nº 9.

Gonthier, G. & Longeraï, M. (1980). L'Obesité à l'adolescence: Les effects psychologiques de l'amaigrissement chez les adolescents obeses traités en centre spécialisé. Bulletin de Psychologie, XXXIV, 352, 869-876.

Lacocque, P. (1991). Obesidade. In R. Craig (Ed.). Entrevista Clínica e Diagnóstica (pp. 249-281). Porto Alegre: Artes Médicas.

Linscheid, T. & Fleming, C. (1995). Anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. In M. Roberts (Ed.), Handbook of Paediatric Psychology (pp. 676-700). New York: Guilford Press.

Matos, A. (1990). Abordagem comportamental da obesidade. Revista Portuguesa de Pedagogia, 209-229.

Perpiña, C. & Baños, R. (1989). Historia del tratamiento conductual de la obesidad: una historia de excusas. Boletín de Psicología, 25, 101-122.

Seidell, J. C. (1998). Epidemiology and classification of obesity. In Kopleman & Stock (Ed.), Clinical Obesity (pp. 1-17): Oxford. Blackwell.

Veiga (1989). Escala de auto-conceito, adaptação portuguesa da "Piers-Harris Self-Concept Scale", Psicologia, 7 (3): 275-284.

Wardle, J. (1989). Management of obesity. In S. Pierce & J. Wardle (Ed.), The practice of behavioural medicine (pp. 131-159): Oxford. Blackwell.

Wardle J. & Rapoport, L. (1998). Cognitive-behavioural treatment of obesity. In Kopleman & Stock (Ed.), Clinical Obesity (pp. 1-17): Oxford. Blackwell.